

Implementação do manejo integrado de casos na comunidade

A experiência dos intervenientes e lições aprendidas em três países africanos



A colecção dos guias de aprendizagem

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

Do ponto de vista organizacional, a Malaria Consortium está empenhada em garantir que o seu trabalho continua 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 e um controlo da doença eficazes

e sustentáveis. A colaboração e cooperação com outros parceiros implementadores, através do nosso trabalho tem sido fundamental, e uma grande parte das lições aprendidas foi alcançada através das nossas parcerias.

Esta colecção dos guias de aprendizagem tem como objectivo registar e reunir alguns dos conhecimentos, aprendizagem e, sempre que possível, a evidência em torno do foco e eficácia do nosso trabalho. A esperança é que, através da partilha desta aprendizagem, iremos fornecer novos conhecimentos sobre o desenvolvimento da saúde pública, que irá ajudar a influenciar e promover políticas e práticas.

Akek Akol Maehol e a sua filha no Sudão do Sul



Índice

AUTORES

[Alexa Wharton-Smith](#)

Malaria Consortium (Consultora)

[Helen Counihan](#) Malaria Consortium

[Clare Strachan](#) Malaria Consortium

CONTRIBUIÇÕES

[Chomba Sinyangwe](#) Malaria Consortium

[Denis Mubiru](#) Malaria Consortium

[James Ssekitooleko](#) Malaria Consortium

[Joslyn Meier](#) Malaria Consortium

[Miatta Gbanya](#) Malaria Consortium

EDITORES

[Sue George](#)

[Portia Reyes](#) Malaria Consortium

TRADUÇÃO

[Luisa Maria Black](#)

DESENHO

[Transmission](#) Art direction & Design

www.thisistransmission.com

[Andrew Lyons](#) Cover illustration

[Cristina Ortiz](#) Graphic illustration

CONTACTO

learningpapers@malariaconsortium.org

Citação: Wharton-Smith, A, Counihan, H, Strachan, C (2014) Implementação do manejo integrado de casos na comunidade a experiência dos intervenientes e lições aprendidas em três países africanos www.malariaconsortium.org/learningpapers

COPYRIGHT

Malaria Consortium

PUBLICADO

Março de 2014

© 2014 Este Guia de Aprendizagem foi produzido pela Malaria Consortium e está licenciado com a Atribuição-Uso Não Comercial 3.0 Unported da Creative Commons. É permitido copiar, distribuir e transmitir o trabalho comercialmente ou sob as seguintes condições: o trabalho deve ser atribuído, da forma especificada pelo autor ou licenciante (mas não de forma a sugerir que eles lhe dão apoio ou que subscrevem o uso que faz da obra, o trabalho não pode ser alterado, transformado ou desenvolvido. Estas condições podem ser ignoradas, desde que a permissão seja concedida por escrito pela Malaria Consortium. Para outros detalhes relativos a esta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/>. Para cada reutilização ou distribuição, por favor, esclareça os termos da licença deste trabalho ligando-o através de www.malariaconsortium.org/learningpapers

2. Introdução

6. Secção 1:
Planear a implementação do MICC a nível central
 8. Introduzir o MICC a nível regional e local
 9. Recrutamento e selecção do trabalhador comunitário
 10. Formação e capacitação
 12. Supervisão de apoio
 14. Gestão de dados
 16. Cadeia de abastecimentos e produtos
 18. O envolvimento e apoio da comunidade
 19. Comunicação para mudança de comportamentos
 20. Integrar o MICC no sistema de saúde existente
 21. Âmbito técnico e geográfico
-

22. Secção 2: Conclusões

24. Recomendações

26. Referências

28. Sobre Malaria Consortium

Introdução

Nos anos mais recentes tem havido um foco crescente em manejo integrado de casos (MICC) de malária, pneumonia e diarreia ao nível da comunidade nos programas de saúde comunitária por toda a África subsaariana, bem como no programa regional da África da Malaria Consortium.

O MICC ganhou ímpeto devido a um conjunto crescente de pesquisas ¹, que sublinhou a eficácia de uma abordagem integrada na redução da morbidade e mortalidade de menores de cinco anos através da utilização de trabalhadores comunitários de saúde para identificar e tratar doenças que têm um impacto significativo na saúde infantil.

O envolvimento da Malaria Consortium no MICC incluiu contribuições facilitadoras do desenvolvimento de políticas, a concepção de projectos e sua implementação desde a fase inicial, o apoio constante ao sistema de saúde durante a implementação, a experimentação de intervenções específicas de apoio para melhorar a eficácia, a monitoria e avaliação, o trabalho de análise de custos e a sensibilização. Com apoio sobretudo da Agência Canadiana para o Desenvolvimento (CIDA) e da UNICEF, e com outros financiamentos diversos, trabalhamos nos últimos cinco anos com ministérios de saúde nacionais para introduzir e expandir o MICC através do sector público de saúde em Moçambique, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia.

Um trabalho significativo de monitoria e avaliação já foi conduzido, incluindo inquéritos de base e final sobre mudanças no comportamento de procura de cuidados de saúde e morbidade e mortalidade, bem como recolha de dados de rotina sobre casos diagnosticados e tratados. No entanto, foi menor o trabalho de documentação sistemática das actuais abordagens de implementação que foram utilizadas em todos os locais. Todos os intervenientes chave envolvidos no MICC nos últimos quatro anos, incluindo funcionários do ministério da saúde de todos os níveis do sistema de saúde, parceiros implementadores, trabalhadores comunitários de saúde e beneficiários, geraram experiências, lições e boas práticas.

Manejo integrado de casos na comunidade

O termo manejo integrado de casos na comunidade (ou MICC) refere-se geralmente a uma abordagem integrada para avaliar e classificar sinais e sintomas de pneumonia, diarreia, e malária em crianças com menos de cinco anos, e providenciar para estas doenças, tratamento no domicílio ou encaminhamento para uma unidade sanitária. A abordagem normalmente também inclui a promoção da saúde e actividades de prevenção como dormir sob uma rede mosquiteira e a lavagem das mãos. Estes cuidados são prestados por voluntários na comunidade que recebem formação sobre a abordagem MICC.

Solomon, trabalhador comunitário da Malaria Consortium, passeia numa aldeia no Uganda, onde os trabalhadores comunitários são conhecidos localmente como equipas de saúde da aldeia.

Foto: Tine Frank



A man is seen from the back, walking away from the camera. He is wearing a bright yellow t-shirt and grey trousers. The t-shirt features a logo on the back consisting of a red circle with a white handprint inside, followed by the letters 'VHT' in blue. Below the logo, the text 'VHT Member' is printed in blue. The background shows a rural setting with a dirt ground, a large pile of straw or hay, and several traditional mud-brick buildings. A large green tree is visible in the upper part of the frame. In the distance, other people can be seen sitting on the ground.

 **VHT**
VHT Member

Para registar estes processos e variedade de experiências, a Malaria Consortium, com financiamento do Departamento do Governo do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID), liderou a partir de 2012-2013 uma avaliação participativa da implementação do MICC no Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia. Em linha com a abordagem participativa da avaliação, foram realizados workshops naqueles países com o Ministério da Saúde² e os parceiros implementadores, para discutir o alcance, métodos de recolha de dados e grupos-alvo para reforçar a profundidade e variedade dos dados recolhidos. Os participantes nesta avaliação incluíram trabalhadores dos Ministérios da Saúde aos níveis centrais e subnacionais, parceiros implementadores, funcionários da Malaria Consortium, funcionários das unidades sanitárias, trabalhadores comunitários de saúde e beneficiários. Em discussões com grupos focais e entrevistas com informadores chave, os participantes foram inquiridos sobre cerca de 11 diferentes componentes chave da implementação do MICC, tendo por base o seu envolvimento no programa. Os dados da avaliação participativa têm sido valiosos na construção da experiência da Malaria Consortium de utilização de plataformas comunitárias para prestação de serviços essenciais de saúde ainda mais eficazes e numa escala maior.

Componentes do programa MICC

- Planeamento a nível central
- Introdução ao nível subnacional
- Recrutamento e selecção dos trabalhadores comunitários
- Formação e capacitação
- Supervisão de apoio
- Gestão de dados
- Cadeia de abastecimentos e produtos
- Envolvimento e apoio da comunidade
- Comunicação para mudança de comportamentos
- Integração do MICC no sistema de saúde existente

País	Uganda	Sudão do Sul	Zâmbia	Total
Área de estudo	Regiões central e ocidental	Estado Bahr el Ghazal do Norte	Provincia de Luapula	
Nome local para trabalhador comunitário	Village health team (VHT) <i>Equipa de saúde da aldeia</i>	Community drug distributor (CDD) <i>Distribuidor comunitário de medicamentos</i>	Community health worker <i>Trabalhador de saúde comunitário</i>	
Número de participantes no estudo	217	188	241	646

No Sudão do Sul, um distribuidor de medicamentos comunitário verifica o seu stock de medicamentos com o seu supervisor





Componentes chave da implementação do MICC

As conclusões, desafios associados e lições aprendidas com a avaliação participativa apresentam-se por componente neste guia.

Planeamento da implementação do MICC a nível central

O sucesso do MICC noutros países da África Subsaariana incentivou os ministérios da saúde a adoptar a abordagem para reduzir a morbilidade e mortalidade de menores de cinco anos. No Uganda e na Zâmbia, o MICC incluiu o diagnóstico e tratamento da malária, pneumonia e diarreia: as doenças responsáveis pela maioria das mortes de menores de cinco anos na África subsaariana³. No Sudão do Sul, a malária foi tratada presuntivamente e a identificação e gestão da desnutrição também foram incluídas no pacote MICC.

No momento da escrita desta Guia de Aprendizagem, apenas o Uganda tem uma política oficial nacional de MICC e directrizes, que foram elaboradas pelo Ministério da Saúde, em colaboração com os principais parceiros implementadores antes de lançar o programa em 2010. Na Zâmbia e Sudão do Sul, o MICC está actualmente abrangido pelos programas mais amplos de Sobrevivência Infantil. No entanto, acordou-se e definiu-se uma abordagem entre os ministérios da saúde e a Malaria Consortium. Entende-se que o desenvolvimento de uma política formal de MICC continua a ser uma prioridade no Sudão do Sul e Zâmbia.

Em todos os países, durante a fase de planeamento a nível central, havia receios iniciais sobre a resistência aos medicamentos e a baixa adesão dos membros da comunidade, que tendem a não levar até ao fim a toma dos medicamentos prescritos. De acordo com inquiridos chave, as reuniões de diálogo com funcionários de nível sénior do ministério da saúde foram fundamentais para acalmar medos e fornecer uma plataforma para abordar todos os desafios previsíveis e partilhar dados para demonstrar o uso eficaz de antibióticos ao nível da comunidade.

Lições aprendidas

1. É importante convidar todos os intervenientes chave centrais para se envolverem numa discussão aberta para planear como o MICC será implementado nos diferentes contextos e como o programa será completamente integrado no sistema de saúde existente, incentivando a apropriação por parte do Ministério da Saúde.
2. A sensibilização a nível central pode servir para abordar qualquer preocupação, preparar para potenciais desafios e facilitar a introdução do MICC a nível subnacional, e nas unidades sanitárias.



Formação de trabalhadores das equipas de saúde da aldeia no Uganda



NFUUFU

LUBOWA

NANKINGA



Introduzir o MICC a nível subnacional

A introdução ao nível subnacional pelo Ministério da Saúde* foi identificada como chave para a aceitação dos funcionários de saúde a nível estatal, provincial e distrital, especialmente em áreas onde a organização implementadora não tinha trabalhado previamente com os intervenientes da saúde locais. Os inquiridos comentaram que o envolvimento e familiarização dos parceiros e prestadores de serviços de saúde do governo na abordagem, directrizes e processos de MICC foram considerado chave para a aprovação subnacional e para um maior apoio ao programa por parte dos funcionários das unidades sanitárias. A colaboração continuada e o micro planeamento em reuniões regulares incentivam um sentido de apropriação, de acordo com os intervenientes a nível subnacional. A introdução de uma estrutura acordada para o planeamento de actividades e promoção de uma comunicação regular, entre o nível distrital do ministério da saúde e os parceiros implementadores foi descrita como benéfica para uma coordenação bem sucedida. Além disto, os parceiros de implementação a trabalhar em estreita colaboração com as autoridades de saúde do nível mais baixo durante a implementação formaram a capacidade local para planear a melhor forma de integrar as actividades MICC nos orçamentos e planos de trabalho. Também deu suporte a métodos eficazes de recolha de dados, análise, utilização e apoio à supervisão.

Lições aprendidas

1. Representação do nível central do ministério da saúde no nível subnacional pode facilitar a aceitação de um novo programa e de parceiros de implementação
2. Sensibilização e mobilização são chaves para apropriação e apoio subnacionais
3. A estreita colaboração através de sessões participativas regulares durante as fases de planeamento e implementação melhora a coordenação. Também capacita o nível mais baixo da governança da saúde para incorporar as actividades MICC, os dados e custos nos orçamentos e planos de trabalho, e finalmente para apoiar a integração e a sustentabilidade do programa

* O nível subnacional inclui estado, provincia, distrito e comunidade.



Um membro da equipa de saúde da aldeia a ser seleccionado no distrito de Kiboga, Uganda

Recrutamento e selecção do trabalhador comunitário

Antes de recrutar o trabalhador comunitário para o MICC as comunidades foram sensibilizadas sobre os critérios de selecção e a abordagem participativa na escolha do seu próprio trabalhador comunitário. A sensibilização ocorreu através de uma variedade de canais de comunicação, incluindo reuniões na aldeia, encontros da igreja, programas de rádio e divulgação ao nível da unidade sanitária. As mensagens enfatizaram que o envolvimento da comunidade no processo de selecção do trabalhador comunitário era fundamental e salientaram os critérios de selecção de trabalhador comunitário com gosto pelo voluntariado, a residência permanente, as competências de literacia (com excepção do Sudão do Sul), a fluência em Inglês sempre que possível, a honestidade e confiança. Além disto, os líderes políticos e comunitários e seus familiares receberam instruções para não se proporem para o papel de trabalhadores comunitários.

Em todos os três países, as comunidades foram incentivadas a desempenhar um papel activo na selecção do trabalhador comunitário para não terem trabalhadores comunitários impostos pelos líderes locais. Em termos gerais, em todos os países, os inquiridos descreveram um processo participativo para a selecção dos trabalhadores comunitários. Em áreas onde os membros da comunidade estiveram fortemente envolvidos, os inquiridos pontualmente reportaram uma utilização mais elevada dos serviços do trabalhador comunitário, um maior apoio da comunidade ao trabalhador comunitário, uma maior confiança na capacidade do trabalhador comunitário para tratar crianças e um sentimento mais forte de apropriação comunitária.

Apesar do objectivo ser as comunidades escolherem os seus próprios trabalhadores comunitários, foram reportados alguns exemplos de selecção não democrática nos três países. Nestes casos, os inquiridos explicaram que os líderes locais se auto propuseram, ou os seus parentes ou alguém da sua preferência para trabalhadores comunitários no interesse de ganho pessoal e influência, ou devido a filiações tribais ou políticas.

Dinâmicas tribais a influenciar a selecção do trabalhador comunitário foi um problema reportado unicamente no Uganda, onde a selecção não democrática foi reportada com maior frequência do que nos outros países. Nos países onde ocorreu selecção não democrática, as consequências de deixar membros da comunidade fora do processo, incluíram o envio para a formação de trabalhadores comunitários não qualificados, e relutância entre os cuidadores em recorrer aos trabalhadores comunitários que sentiam terem sido impostos ou que pertenciam a partido político ou tribo rivais. Isto levou a menor utilização dos serviços dos trabalhadores comunitários e, de uma forma geral, a um apoio mais fraco da comunidade aos trabalhadores comunitários.

Uma abordagem que teve bons resultados na Zâmbia para resolver a apresentação na formação de trabalhadores comunitários não qualificados, foi exigir que os candidatos se submetessem a um teste de literacia e verificar a sua idade.

Lições aprendidas

1.

Sensibilização intensa da comunidade incentiva a participação da comunidade sendo os candidatos mais qualificados recrutados como trabalhadores comunitários

2.

As consultas com os líderes da comunidade para enfatizar a importância de seguir os critérios de selecção e directrizes pode reduzir a probabilidade de selecção não democrática

3.

Quando a comunidade está totalmente envolvida na selecção, parece verificar-se um aumento na utilização dos serviços e no apoio aos trabalhadores comunitários

4.

Pelo contrário, a selecção não democrática pode ter repercussões negativas na certeza de qualidade do trabalhador comunitário, apoio comunitário e recurso aos serviços

5.

Monitoria realizada por funcionários locais respeitados pode reduzir o número de trabalhadores comunitários não qualificados a receber formação e incentivar a selecção de trabalhadores comunitários qualificados

“Ficamos felizes porque fizemos a selecção enquanto comunidade sem que nos tivesse sido imposto alguém ... é bom as pessoas fazerem a selecção, porque seleccionam alguém de confiança. Se você mostrar a alguém que confia nele, ele pode fazer bem o trabalho. Nós confiamos nas pessoas que seleccionamos e elas funcionaram bem.”

Líder comunitário, Uganda

“A coisa mais importante na selecção dos trabalhadores comunitários é a abertura. Se as pessoas forem envolvidas e se sentirem como parte do processo, então não haverá problemas no processo de selecção.”

Líder comunitário, Zâmbia

Formação e capacitação

Em cada país foi seguida uma formação com abordagem em cascata, com um formador mestre presente em todas as sessões para garantir a qualidade. Abordagens de formação participativas e práticas, como discussões de grupo, dramatização, visitas a unidades sanitárias para observar os sinais de perigo, e práticas com os testes de diagnóstico rápido da malária (TDR), contadores respiratórios e ferramentas de recolha de dados, foram considerados como conducentes à compreensão por parte dos trabalhadores comunitários e à promoção de confiança no manejo dos casos. Vídeos que mostram sintomas graves como a inspiração com tiragem intercostal e convulsões, que não podem ser retratadas de forma verbal ou pictórica com rigor, e bonecos para a prática da administração rectal de artesunato (utilizado no Uganda), foram destacadas como ferramentas que facilitam a compreensão do trabalhador comunitário. O auxiliar de trabalho da criança doente fornecido aos trabalhadores comunitários durante a formação foi referido com 'a bíblia' pelos trabalhadores comunitários no Uganda e na Zâmbia devido à sua acessibilidade e conteúdo compreensível.

Um trabalhador da equipa de saúde da aldeia no Uganda a usar o auxiliar de trabalho da criança doente

“Viam as crianças a partir do momento em que chegavam e realizavam um TDR enquanto nós assistíamos. Para a pneumonia, eles contavam a frequência respiratória. Na verdade, havia uma possibilidade dos nossos filhos terem sinais de perigo e eles podiam realmente ver. Podiam observar, interiorizar e responder e havia outras sessões, quando podiam praticar utilizando o áudio/vídeo.”
Funcionário de uma unidade sanitária, Uganda

“Foi muito participativo. Os participantes desempenharam um papel de liderança no sentido em que eles eram os únicos que liam os manuais. Houve também sessões práticas onde os participantes foram levados a clínicas e ao hospital. Havia participação total e partilha de experiências.”
Funcionário de saúde distrital, Zâmbia



Os funcionários das unidades sanitárias e os supervisores dos trabalhadores comunitários verificaram que a formação para as competências da supervisão de apoio, juntamente com o manejo de casos MICC que receberam, foi benéfico para compreenderem como apoiar os trabalhadores comunitários.

A contagem da frequência respiratória/identificação da pneumonia versus tosse, e a recolha de dados utilizando os registos do trabalhador comunitário, constituíram desafios comuns citados pelos trabalhadores comunitários e formadores em todos os três países.

“Em relação a darem-nos formação sobre conhecimentos básicos, não se tratava apenas de testar mas de saber como lidar com trabalhadores comunitários, como comunicar, o saber-fazer técnico, tratamento, documentação...porque os trabalhadores são primeiro munidos com informação e como gerir a doença, o que nos permitiu lidar com o trabalhador comunitário quando começámos... para os supervisionar e treinar, e a documentação como resultado do programa decorreu facilmente.”

Funcionário de unidade sanitária, Uganda

“Temos um problema no diagnóstico da pneumonia. Alguns trabalhadores comunitários pensam que quando uma criança está a tossir, devia ser dada amoxicilina à criança. Mas nem todas as tosses devem ser tratadas como pneumonia.”

Trabalhador comunitário, Zâmbia

Lições aprendidas

1.

As abordagens participativas são as melhores para a compreensão e confiança dos trabalhadores comunitários na manejo de casos

2.

Conduzir a formação nas línguas locais e utilizar termos coloquiais para os sintomas das doenças facilitou que trabalhadores comunitários e supervisores se relacionassem com o conteúdo da formação nalgumas áreas, especialmente nas localidades com população refugiada (Uganda)

3.

Identificar a pneumonia, cuidados ao recém-nascido, correcto encaminhamento e uso das ferramentas de recolha de dados (registos dos trabalhadores comunitários) foram identificados como desafios por alguns trabalhadores comunitários. Demorar mais tempo nestes tópicos durante a formação e/ou alargar a duração da formação possibilita que os trabalhadores comunitários os explorem com maior profundidade

4.

Formação de refrescamento oferece aos trabalhadores comunitários a oportunidade de consolidar as suas competências, abordar quaisquer desafios e motivar os trabalhadores comunitários

Supervisão de apoio

Os modelos de supervisão variaram ligeiramente entre os três países, com ênfase nos funcionários das unidades sanitárias a prestar apoio técnico aos trabalhadores comunitários em reuniões trimestrais nas unidades sanitárias e visitas domiciliares. No Uganda e na Zâmbia, as equipas de saúde a nível distrital deram apoio aos funcionários das unidades sanitárias que supervisionavam os trabalhadores comunitários. No Sudão do Sul, devido a uma falta de capacidade ao nível local e falta de funcionários de saúde qualificados nas unidades sanitárias, os supervisores dos trabalhadores comunitários (compreendendo membros da comunidades nomeados para a função com base nas suas competências de literacia) foram apoiados pelo pessoal de campo da Malaria Consortium. No Uganda, os coordenadores das paróquias* são trabalhadores comunitários seleccionados pelos seus pares, que actuam como supervisores suplementares. Foram introduzidos para preencher a lacuna entre supervisores e trabalhadores de saúde comunitários, sobretudo em áreas remotas. Os coordenadores de paróquia prestam apoio aos trabalhadores comunitários numa base mais regular do que os supervisores e dão assistência na compilação e submissão dos dados recolhidos pelos trabalhadores comunitários.

Em todos os três países o objectivo principal da supervisão era fortalecer as competências dos trabalhadores comunitários no manejo dos casos, armazenamento de medicamentos, inventário, reporte e em como envolver melhor as comunidades para recorrerem aos serviços dos trabalhadores comunitários e dar-lhes apoio.

Rápida supervisão (dentro de duas semanas) após a formação inicial, e visitas domiciliares para assegurar práticas correctas na comunidade, foram destacadas como benéficas nos três países. As visitas domiciliares foram consideradas motivadoras para os trabalhadores comunitários; reconhecimento da comunidade por serem visitados pelos supervisores foi descrito como fonte de orgulho pelos trabalhadores comunitários. Além disto, as visitas domiciliares foram associadas à melhoria e continuação de cuidados de qualidade. As reuniões trimestrais foram também identificadas como uma abordagem chave, por proporcionarem a oportunidade para os trabalhadores comunitários partilhar experiências e soluções, expor preocupações, reforçar a confiança e refrescar as suas competências. No Sudão do Sul, ligar os trabalhadores comunitários que tinham competências mais fortes de manejo de casos com os trabalhadores comunitários que eram mais fracos foi percebido como melhoria do desempenho do trabalhador comunitário.

“Quando vamos ao encontro deles, os trabalhadores comunitários apreciam-no. Eles dizem: ‘Nós pensávamos que o que estávamos a fazer não estava a ser apreciado ... agora sabemos que você nos aprecia em vez de apenas nos enviar à comunidade para fazer o trabalho’. Então, eles sentem que você tem (os interesses deles) no coração.”
Funcionário de unidade sanitária, Uganda

* O Uganda está dividido em 111 Distritos, cada distrito está dividido em Condados, que se subdividem em sub-condados, que por sua vez se dividem em Paróquias e Aldeias

Modelos de supervisão por país

Zambia

Equipa distrital de gestão da saúde

Funcionários da unidade sanitária

Trabalhadores Comunitários

Uganda

Equipa distrital de gestão da saúde

Funcionários da unidade sanitária

Coordenadores das paróquias

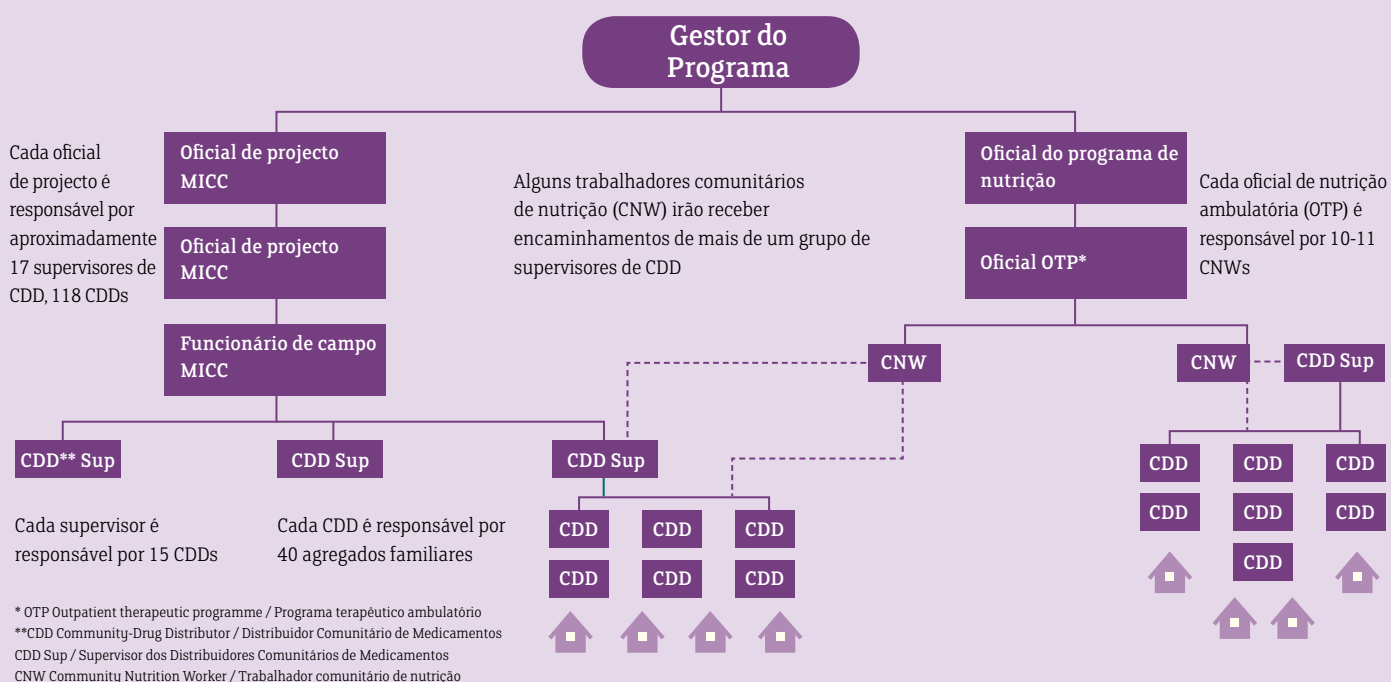
Trabalhadores Comunitários

Supervisão de apoio fraca, como visitas não frequentes dos supervisores tem como resultado os trabalhadores comunitários sentirem-se desencorajados e 'desmoralizados'. As barreiras mais frequentemente mencionadas para uma eficaz supervisão de apoio incluíram: não disponibilidade de fundos ou subsídios de transporte insuficientes; dificuldade de acesso devido a más estradas ou localidades difíceis de alcançar, especialmente na época chuvosa; a quantidade de tempo necessária; uma carga de trabalho pesada; e a disponibilidade dos funcionários da unidade sanitária. No Sudão do Sul, a insegurança e as inundações foram destacadas como desafios adicionais a afectar a capacidade dos supervisores no apoio aos trabalhadores comunitários.

Lições aprendidas

1. Rápido seguimento dado pelos supervisores através de visitas domiciliare, após a formação inicial MICC, é fundamental para assegurar o correcto manejo de casos desde a fase inicial
2. As visitas domiciliare são motivadoras para os trabalhadores comunitários e uma oportunidade para discutir presencialmente os desafios. No entanto, as visitas comunitárias exigem fundos para transporte e tempo dos supervisores que já podem ter uma carga de trabalho pesada
3. As reuniões trimestrais proporcionam uma plataforma para os trabalhadores comunitários se reunirem e partilharem desafios e soluções com o apoio técnico dos funcionários da unidade sanitária no local
4. Um nível suplementar de supervisão, tal como o previsto pelos coordenadores das paróquias no Uganda, pode oferecer apoio e motivação extra aos trabalhadores comunitários de saúde e promover a apresentação atempada de dados aos funcionários da unidade sanitária, especialmente nas áreas de difícil acesso
5. Juntar supervisores fracos e fortes pode melhorar a qualidade do apoio prestado aos trabalhadores comunitários de saúde
6. Iniciar parcerias entre trabalhadores comunitários tecnicamente mais fortes com trabalhadores mais fracos pode afectar positivamente o desempenho dos trabalhadores comunitários (como foi observado no Sudão do Sul)

Estrutura de recursos humanos no programa do Sudão do Sul



Gestão de dados

Em todos os países os trabalhadores comunitários foram treinados para completar registos mensais detalhando a idade do paciente, sexo, frequência respiratória, resultado do TDR (Uganda e Zâmbia), tratamento dado, ou encaminhamento, e resultado. Os registos são submetidos aos supervisores, ao nível da unidade sanitária e reportados para cima. No Uganda, os dados MICC são parcialmente integrados no sistema de gestão de informações de saúde, enquanto na Zâmbia e Sudão do Sul, o desenvolvimento de uma ferramenta de sistema de gestão de informações de saúde para incluir os dados do nível da comunidade continua a ser uma prioridade.

Segundo a maioria dos inquiridos que participaram na avaliação, a qualidade dos dados variou de '50 por cento precisos' a 'excelente' e foi geralmente considerada como de um padrão aceitável. A supervisão de apoio foi associada com a melhoria da qualidade dos dados ao longo do tempo. Imprecisões nos registos dos trabalhadores comunitários no Uganda e na Zâmbia foram atribuídos a fracas habilidades matemáticas, falta de formação suficiente sobre a ferramenta, os trabalhadores comunitários esquecerem-se de como inserir correctamente os dados, erro humano devido à fadiga e ocupação noutras actividades. Além disso, rupturas de stock de produtos também teria afectado a motivação dos trabalhadores comunitários no preenchimento dos registos. A baixa alfabetização foi o principal factor a afectar a qualidade dos dados no Sudão do Sul. No entanto, os registos

dos trabalhadores comunitários foram posteriormente re-desenhados para serem pictóricos, e reduzir os erros.

Barreiras para a apresentação de dados citadas pelos inquiridos frequentemente referiam a insuficiência de fundos / disponibilidade de transporte e distância das unidades sanitárias, o que - para trabalhadores comunitários em localizações remotas - se agravava durante a época chuvosa. Onde os supervisores não estavam disponíveis, os trabalhadores comunitários revelaram alguma relutância em apresentar os seus dados. No Sudão do Sul, a insegurança que afecta o estado Unity (onde o MICC já havia sido implementado) levou a medidas extremas na recolha de dados que não eram sustentáveis num contexto seguro ou normal.

As formas como os dados dos registos dos trabalhadores comunitários foram supostamente utilizados variou dentro e entre países. Foram identificadas mais semelhanças entre o Uganda e a Zâmbia, onde os dados foram comumente utilizados para calcular a carga de casos da comunidade contra os números previstos, para planear actividades de extensão e monitorar o desempenho do trabalhador comunitário, comparando casos com diagnóstico e tratamento. Isto demonstrou o valor atribuído pelas unidades sanitárias e equipas de saúde distritais aos dados dos trabalhadores comunitários. No Sudão do Sul, as respostas indicaram que nas unidades sanitárias faltava a capacidade para utilizar os dados.

Alguns trabalhadores comunitários usam o telefone móvel para reportar dados MICC semanalmente, permitindo que a informação seja mais eficazmente recolhida ao nível central



mHealth [mSaúde]

O objectivo do mHealth, um sistema de reporte de relatórios dos trabalhadores comunitários com base no telefone móvel implementado na região Ocidental do Uganda, é fornecer soluções de informação e tecnologia de comunicação para melhorar o reporte ao nível da comunidade. Os trabalhadores comunitários receberam telefones celulares de baixo custo e formação sobre como submeter dados semanais MICC, através de um navegador web que está acessível nos seus telefones, os quais são transferidos para um servidor central. Uma avaliação com métodos mistos sobre o exercício piloto do mHealth sublinhou como era motivadora a posse do telefone. Acrescentou, que a qualidade dos dados e a velocidade da sua transmissão melhorou quando os trabalhadores comunitários utilizaram os seus telefones para submeter dados. O mHealth também controla o movimento do stock e foi descrito como motivador para os trabalhadores comunitários que recebem feedback dos supervisores e dicas sobre o manejo dos casos através de mensagens de texto. Isso incentivou o seu reporte continuado.

As discussões sobre como sustentar a iniciativa mHealth frequentemente referiam-se a como enfrentar desafios tais como fraca cobertura de rede e carregamento dos telefones. A falta, ou o custo, da energia para carregar os telefones provocava atrasos na submissão dos dados e perda de tempo dos supervisores a tentarem localizar os trabalhadores comunitários para recolher os dados deles quando os seus telefones estavam desligados.

Lições aprendidas

1. Uma estreita supervisão de apoio incentiva um reporte mais rigoroso da parte dos trabalhadores da comunidade
2. Os coordenadores das paróquias podem promover atempada submissão de dados se providenciados com reembolsos suficientes
3. mHealth oferece uma abordagem inovadora e reporte consistente com o benefício adicional de proporcionar apoio e motivação à distância ao trabalhador comunitário
4. Os dados dos registos dos trabalhadores comunitários são valorizados e utilizados aos níveis da unidade sanitária e subnacional (à excepção do Sudão do Sul); o reforço das competências da análise de dados dos profissionais de saúde poderia melhorar ainda mais a utilização dos dados para fins de planeamento

“Utilizamo-lo para analisar a incidência da doença entre populações ou em zonas. Assim, podemos ver onde temos a carga mais pesada da doença, ou as áreas que precisam de ajuda urgente. Isto ajuda-nos a planear as actividades [de controlo] da malária para poderemos tentar mitigar [os seus efeitos]. Sempre que os relatórios indicam um surto, também intensificamos as nossas actividades para que as pessoas fiquem conscientes das mensagens de prevenção da malária”

Funcionário de unidade sanitária, Zâmbia

Cadeia de abastecimentos e produtos

Idealmente os produtos MICC devem estar totalmente integrados na cadeia de abastecimentos do sector público, no entanto, na prática, durante as fases iniciais da implementação, o pacote completo composto de TDR (Uganda e Zâmbia), Amoxicilina, Coartem, solução de rehidratação oral e alimentos terapêuticos prontos para uso (Sudão do Sul) foi entregue pelo projecto aos níveis mais baixos do sistema de saúde. No caso do Sudão do Sul, na ausência de uma cadeia nacional de abastecimentos eficaz, foram distribuídos directamente aos trabalhadores comunitários.

Os períodos de rupturas de stock foram reportados em todos os países e foram mais agudos durante a estação chuvosa. Isto teve um impacto negativo na percepção da comunidade sobre o MICC e até mesmo de trabalhadores comunitários. Estes associaram rupturas de stock com motivação reduzida e, nalguns casos, isto levou ao seu abandono. Quando ocorreram as rupturas de stock, os funcionários da unidade sanitária observaram um aumento da carga de trabalho, que eles atribuíram ao facto dos cuidadores não conseguirem obter o tratamento dentro de suas comunidades. Na Zâmbia, funcionários das unidades sanitárias descreveram o intercâmbio que fizeram entre os suprimentos do Ministério da Saúde e MICC quando os trabalhadores comunitários ou unidades sanitárias experienciaram rupturas de stock.

Com o tempo, a aceitação dos medicamentos parece ser universalmente elevada, com os beneficiários a comentar sobre a qualidade e eficácia da medicação.

“Quando a criança adoece, e se detectada a malária, dão à criança uma dose [de medicamentos]. Se seguirem as suas instruções, a doença será tratada. Por isso gostamos desta medicação.”
Beneficiário, Uganda

“Posso dizer-lhe que os medicamentos MICC foram mesmo aceites e apreciados. Todos os medicamentos MICC foram medicamentos de qualidade.”
Trabalhador comunitário, Sudão do Sul

Mulheres reunidas com os seus filhos num programa ambulatório comunitário de alimentação terapêutica em Aweil West, Sudão do Sul



Inicialmente, a aceitação pela comunidade de TDRs* foi cautelosa, embora tenha vindo a aumentar com o tempo. No Uganda e na Zâmbia, os membros da comunidade explicaram que a sua hesitação se devia a preocupações sobre o uso do sangue para o teste de HIV ou para fins 'satânicos'. Os trabalhadores comunitários e os funcionários das unidades sanitárias apreciaram a introdução de TDRs na identificação de casos de malária antes de fornecer tratamento e reduzindo a quantidade de Coartem administrado por suposição.

Lições aprendidas

1.

É necessário alocar tempo suficiente para a aquisição inicial dos produtos MICC, particularmente Coartem, que está em alta demanda no mercado internacional

2.

Integrar os produtos MICC na cadeia de abastecimentos nacional desde o início da implementação pode apoiar a sustentabilidade do programa. No entanto, na prática, os medicamentos MICC podem ser usados nos níveis mais baixos do sistema de saúde se necessário, ou poderão expirar antes de chegar às mãos dos trabalhadores comunitários, devido aos recursos limitados (transporte, combustível) disponíveis a nível distrital para a distribuição

3.

Rupturas de stock podem ser evitadas e a cadeia de abastecimentos pode ser reforçada, baseando as quantidades nos dados do consumo e aumentando as quantidades do stock regulador, especialmente na estação das chuvas

4.

A vontade política a nível central é fundamental para promover um processo de aquisição sustentado e uma distribuição rápida dos produtos MICC através da cadeia nacional de abastecimentos

“Os resultados são instantâneos, pelo que as crianças podem iniciar tratamento imediatamente. Isto tem-nos ajudado porque as crianças não ficam muito doentes como acontecia no passado.”

Beneficiário, Zâmbia

“A introdução do MICC ajudou-nos a tratarmos aquilo de que temos certeza. A utilização de TDRs ajuda a identificar a febre e a utilização de TDRs aumentou a nossa moral e auto-estima bem como a confiança perante os cuidadores. A introdução do MICC também ajudou a reduzir as rupturas de stocks. Aqui não se desperdiça o Coartem, só é dado nos casos comprovados positivos nos TDRs. Isto economizou o suposto desperdício. Muniu-nos com bons conhecimentos sobre a nova política e directrizes da malária.”

Funcionário de unidade sanitária, Uganda

* TDRs só foram incluídos como parte do MICC na Zâmbia e na região ocidental do Uganda. A Malaria Consortium vai realizar um exercício piloto com TDR no Sudão do Sul.

O envolvimento e apoio da comunidade

Foi amplamente noticiado que os beneficiários abraçaram e saudaram o MICC, que trouxe 'alívio', especialmente em locais remotos e de difícil alcance. Esta apreciação foi mais comumente atribuída à redução das longas distâncias na procura de cuidados, e a uma ausência de incentivos financeiros a que se seguiu a disponibilidade de tratamento gratuito acessível a qualquer hora do dia. Outros aspectos apreciados incluíam o tratamento imediato, e não ter que enfrentar longos períodos de espera ou de rupturas de stock nas clínicas.

A maioria dos inquiridos afirmou que a maior parte dos beneficiários seguia o encaminhamento dos trabalhadores comunitários para uma unidade sanitária. As razões mencionadas com mais frequência incluíam os riscos para a saúde se a criança não fosse tratada e a prioridade dada nas unidades sanitárias aos pacientes encaminhados pelos trabalhadores comunitários.

Quando se discutiu porque razão um cuidador poderia não seguir o encaminhamento, muitas barreiras foram listadas pelos inquiridos a nível comunitário nos três países. Distância da unidade sanitária e custos (transporte, honorários da clínica, medicação) foram os mais frequentemente mencionados, em especial entre membros de comunidades remotas e de localidades de difícil acesso. Outros factores, como longos períodos de espera e rupturas de stocks nas unidades sanitárias, eram desmotivantes para os cuidadores, que explicaram que tais barreiras os levavam a procurar farmácias privadas ou medicina tradicional. Diferenças tribais e barreiras linguísticas, em especial para as populações migrantes, foram outras razões porque os cuidadores poderiam ignorar os encaminhamentos dos trabalhadores comunitários.

Apesar de alguns beneficiários considerarem que o período de formação era curto, a confiança nos trabalhadores comunitários geralmente aumentou ao longo do tempo à medida que os beneficiários observavam o manejo eficaz dos casos pelos trabalhadores comunitários e a qualidade dos cuidados.

Em todos os países, os inquiridos reportaram que o recurso aos serviços dos trabalhadores comunitários era elevado e tinha aumentado à medida que cresceu a consciencialização do MICC entre os cuidadores. No Sudão do Sul, os inquiridos observaram uma mudança do recurso à medicina tradicional para os serviços MICC do trabalhador comunitário graças aos esforços de sensibilização e ao bem sucedido tratamento de doenças testemunhado por membros da comunidade. No Uganda e na Zâmbia, os funcionários das unidades sanitárias comentaram que o número de casos de malária, pneumonia e diarreia apresentados nas unidades sanitárias se reduzira significativamente após a introdução dos MICC nas suas áreas de captação. Líderes comunitários, trabalhadores comunitários e cuidadores fizeram relatos pontuais de uma diminuição nas mortes das crianças.

As descrições que os trabalhadores comunitários fazem da sua carga de trabalho varia entre 'controlável' a 'pesada' com alguns trabalhadores comunitários a comentar que consideraram um desafio equilibrar os seus deveres enquanto trabalhadores comunitários com o seu trabalho pessoal. O apoio dos líderes comunitários aos trabalhadores comunitários influenciou de uma forma geral o apoio comunitário que lhes foi dado, manifestado a maior parte das vezes pelo recurso aos seus serviços, agradecimentos verbais, reconhecimento, pequenos sinais de apreciação e, na Zâmbia, assistência no cultivo de parcelas de terra. No Uganda, um equívoco comum entre os beneficiários foi a crença de que os trabalhadores comunitários recebiam um salário, que os trabalhadores comunitários explicaram, teria refreado o apoio por parte dos cuidadores. Os atritos com os trabalhadores comunitários teriam sido devidos (muitas vezes referido nos dados como 'motivação') ao fraco apoio da comunidade.

Lições aprendidas

1.

Sensibilização acerca dos trabalhadores comunitários e dos serviços MICC é fundamental para incentivar as comunidades a usar esses serviços

2.

Apesar da percepção do período de formação MICC dos trabalhadores comunitários ter sido curto, a partir do momento em que as comunidades observaram os trabalhadores comunitários a manejar os casos eficazmente, começaram a confiar na capacidade dos trabalhadores comunitários para tratar crianças

3.

Um forte apoio por parte dos líderes comunitários pode influenciar positivamente os membros da comunidade a reconhecer e auxiliar os trabalhadores comunitários

4.

Apoio e confiança da comunidade afecta a motivação dos trabalhadores comunitários; aumentando a sensibilização sobre a forma como as comunidades podem apoiar os trabalhadores comunitários pode resultar em novos métodos de apoio, como a ajuda no trabalho agrícola

Comunicação para mudança de comportamentos

Nos três países, o papel dos líderes comunitários foi considerado chave para proferir mensagens de comunicação para a mudança de comportamentos (CMC). Outros canais de CMC frequentemente mencionados foram:

- Rádio
- Funcionários das unidades sanitárias
- Trabalhadores comunitários
- Reuniões da comunidade
- Sessões da igreja
- Reuniões sociais, funerais
- Meios de comunicação social escrita (cartazes, T-shirts)
- Grupo de teatro (Uganda)
- Visitas escolares (Uganda)
- Outros membros da comunidade

Onde implementados, os diálogos comunitários, que envolveram proporcionar uma plataforma para que os beneficiários pudessem discutir abertamente os aspectos do MICC com os trabalhadores comunitários e os funcionários da unidade sanitária, foram vistos como bem-sucedidos e apreciados. Inquiridos ao nível da comunidade relataram que as actividades de comunicação tinham sido facilitadoras da promoção do recurso aos trabalhadores comunitários, incentivando a confiança na medicina ocidental e aumentando a motivação dos trabalhadores comunitários. Os inquiridos também sublinharam a importância de traduzir mensagens e informação, materiais educativos e de comunicação nas línguas locais para atingir uma audiência mais vasta.

Na Zâmbia, e em particular no Sudão do Sul, os inquiridos através de grupos-alvo observaram que a CMC tinha sido essencial na mudança de atitudes relativamente à medicina ocidental e em última análise no comportamento de procura de saúde entre os cuidadores. A eficácia da CMC também estava associada ao aumento do recurso ao serviço e o incentivo à confiança entre cuidadores e trabalhadores comunitários comunitários, que eram vistos como bem sucedidos na implementação da mudança nas suas comunidades através da divulgação das mensagens e manejo eficaz dos casos.

“Posso dizer que tem sido muito eficaz. No início, muitas pessoas tinham reservas sobre o recurso ao trabalhador comunitário para tratar crianças. Muitos sentiam que eles iriam fazer erros porque não tinham formação de médicos ou enfermeiros. Outros acreditavam que eles estavam a roubar sangue e a oferecê-lo para rituais satânicos. O facto de hoje toda a gente na comunidade aceitar estes serviços é testemunho suficiente de que as estratégias de CMC funcionaram bem.”

Líder comunitário, Zâmbia

“Todos os comportamentos das nossas comunidades mudaram nos últimos três anos no programa de implementação do MICC. Poucas pessoas nas aldeias estão actualmente a utilizar ervas para tratar as doenças das crianças.”

Líder comunitário, Sudão do Sul

Lições aprendidas

1.

As actividades de CMC são mais eficazes quando são realizadas desde o início da implementação

2.

Os líderes comunitários e religiosos são os melhores canais para a disseminação das mensagens e para envolver as comunidades

3.

As actividades e mensagens de CMC têm um impacto no comportamento de procura de saúde, recurso ao serviço, apoio comunitário aos trabalhadores comunitários e sua motivação

4.

Materiais de informação, educação e comunicação devem ser traduzidos nas línguas locais onde possível

Integrar o MICC no sistema de saúde existente

O consenso entre os inquiridos em todos os países foi de que o MICC tinha sido bem integrado no sistema de saúde, através da implementação dentro das estruturas de saúde existentes e em linha com os objectivos do Ministério da Saúde para reduzir a morbilidade e mortalidade dos menores de cinco anos. A colaboração entre a Malaria Consortium e equipas locais de saúde promoveu a transferência de capacidades e processos de implementação para os distritos, desenvolvendo a capacitação local e, de acordo com vários inquiridos no Uganda, criando um sentido de apropriação.

O apoio dos funcionários das unidades sanitárias em todos os níveis foi reportado como sendo geralmente elevado. No Sudão do Sul, uma recomendação foi de reforçar a capacidade dos trabalhadores comunitários e promover a aquisição e distribuição de tratamentos de segunda linha para casos graves de malária, pneumonia, diarreia e desnutrição. Discussões em torno da sustentabilidade sublinharam desafios tais como a aquisição de produtos, apoio à cadeia de abastecimentos e a motivação dos trabalhadores comunitários. Os inquiridos em cada um dos níveis reconheceram que, para o MICC se tornar sustentável, as comunidades terão que apoiar os trabalhadores comunitários enquanto o Ministério da Saúde, aos níveis local, distrital, provincial e nacional terá que defender o apoio continuado do programa, a atribuição de financiamento e apoio logístico.

“A integração do programa MICC no sistema geral de cuidados de saúde ajudou muito e também melhorou o reforço do sistema de saúde na nossa comunidade”

Funcionário da unidade sanitária, Sudão do Sul

“O MICC é uma abordagem nova porque anteriormente apenas usávamos a atenção integrada a doenças da infância (AIDI). Mas o MICC engloba o AIDI e outros princípios para poder manejar crianças. Ademais, isto envolve o uso dos membros da comunidade MICC ou voluntários e vai um passo além, capacitando-os com medicação e competências para conseguirem tratar ou manejar as crianças ao nível da comunidade. Então, é dentro do foco do Ministério, e o que eles estão a fazer encaixa-se perfeitamente no sistema geral de saúde no país”

Ministério da Saúde, Zâmbia

Lições aprendidas

1.

É possível integrar os diferentes aspectos do MICC com sucesso nos sistemas de saúde existentes

2.

As comunidades e cada um dos níveis dos sistemas de saúde têm que estar empenhados no apoio ao MICC para que o programa seja sustentável

Âmbito técnico e geográfico

Os inquiridos concordaram unanimemente que o âmbito técnico do MICC foi adequado, pois o programa tem como alvo as três doenças mais comuns que afectam as crianças menores de cinco anos nas áreas de implementação. Também foi consenso geral que os serviços MICC estão ajustados ao nível da educação que os trabalhadores comunitários possuem.

O artesunato rectal (Uganda) foi identificado como uma área na qual os trabalhadores comunitários tinham manifestado falta de confiança no início. Contudo, este tratamento foi considerado eficaz nos casos graves e, com prática, os trabalhadores comunitários no Uganda sentiram-se mais à vontade com este método de tratamento. Nas áreas onde os TDRs não foram incluídos como parte do pacote MICC, os trabalhadores comunitários pediram que os mesmos fossem incluídos. Consolidar as actuais componentes (isto é conhecimento, competências dos trabalhadores comunitários) e assegurar que as unidades sanitárias estão equipadas para o manejo eficaz dos casos encaminhados antes de introduzir quaisquer serviços adicionais, foi recomendado pelos inquiridos nos três países para promover a qualidade dos cuidados e não sobrecarregar os trabalhadores comunitários. Recomendações sobre o que podia ser acrescentado ao MICC incluiu o tratamento de desparasitação, serviços de planeamento familiar no Sudão do Sul, promoção de saúde da água e saneamento. Houve pedidos frequentes para alargar o tratamento a crianças mais velhas e adultos.

Nos três países, os inquiridos concordaram que o MICC deveria priorizar as comunidades rurais e de difícil acesso localizadas longe das unidades sanitárias. Isto deveu-se a desafios tais como a distância e custo do transporte, que foram identificados como barreiras para aceder ao tratamento.

De uma maneira geral, os inquiridos a nível comunitário sentiram ser necessário mais trabalhadores comunitários, especialmente nas aldeias mais povoadas e muito dispersas. Uma recomendação das comunidades foi a de ajustar o número de trabalhadores comunitários de acordo com a dimensão e distribuição das habitações, tendo em consideração a densidade populacional da aldeia. Pesquisa futura poderia explorar quantos trabalhadores comunitários são adequados em diferentes contextos de implementação, por exemplo dar formação a trabalhadores comunitários em áreas a mais de 25 quilómetros da unidade sanitária.

Um trabalhador comunitário na Zâmbia utiliza o contador para medir a frequência respiratória da criança

“Nas áreas rurais, as unidades sanitárias ficam muito distantes, a taxa de mortalidade também é elevada devido a tratamento não atempado, enquanto que nos contextos urbanos a maioria das pessoas tem dinheiro para aceder aos serviços disponíveis.”
Funcionário da unidade sanitária, Uganda

Lições aprendidas

1.

O âmbito técnico é adequado, com base nas doenças transmissíveis responsáveis pela maioria das mortes de crianças menores de cinco anos nas áreas de implementação

2.

Locais remotos e de difícil alcance devem ser priorizados. No entanto, novas pesquisas poderão informar melhor sobre qual deverá ser o posicionamento mais eficaz dos trabalhadores comunitários



Conclusões

1.

Os estudos qualitativos podem oferecer contribuição valiosa para compreender os 'como' da implementação, e implicações para a melhoria da execução e aceitação do MICC na prática

2.

Metodologias participativas permitem que o âmbito do inquérito da pesquisa seja específico ao contexto

3.

O apoio da comunidade ao MICC e aos trabalhadores comunitários é necessário para benefícios de saúde sustentados

4.

Os ministérios da saúde devem estar empenhados no apoio ao programa a todos os níveis e promover a sustentabilidade

5.

Um foco preciso deve ser mantido na capacitação e 'activação' do sistema público de saúde

Os projectos MICC procuram melhorar o acesso aos cuidados de saúde e promover comportamentos positivos e preventivos





Recomendações

As experiências de implementação do MICC provenientes dos 646 indivíduos incluídos na avaliação participativa em países múltiplos, fornecem observações sobre como o MICC pode ser reforçado desde a comunidade até ao nível nacional. Recomendações programáticas chave para melhorar a eficácia, a qualidade e a sustentabilidade de futura implementação e expansão do MICC dirigidas ao Ministério da Saúde e parceiros implementadores apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1. Recomendações específicas para futura implementação do MICC

Componente	Recomendações
Preparação a nível central	<ul style="list-style-type: none"> ● Calendário claro para o desenvolvimento/revisão das directrizes com intervenientes múltiplos ● Colaboração eficaz com o Ministério da Saúde ao nível distrital na programação detalhada para o arranque da implementação
Introdução ao nível subnacional	<ul style="list-style-type: none"> ● Colaboração estreita com os implementadores aos níveis subnacional e central desde o início em termos de planeamento, custos e implementação ● Sensibilizar todos os funcionários das unidades sanitárias sobre o MICC (onde possível)
Seleção de trabalhadores comunitários	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilização rápida e reforçada antes da selecção dos trabalhadores comunitários para promover a familiarização com as directrizes, a transparência sobre a natureza voluntária da função e a participação da comunidade ● Envolver funcionários locais e pessoal das unidades sanitárias na monitoria do processo de selecção
Formação e capacitação	<ul style="list-style-type: none"> ● Manter uma abordagem participativa e interactiva na formação, usar vídeos e onde for possível visitar as unidades sanitárias. Traduzir os termos chave nas linguas locais ● Adaptar os materiais da formação ao contexto e ao nível de compreensão dos participantes ● Alocar mais tempo durante a formação para focar as áreas desafiantes, especificamente o diagnóstico da pneumonia e o uso de contadores respiratórios, gestão de dados, gestão de stocks e, para os formadores, reforçar as competências de supervisão ● Mais foco na componente dos cuidados do recém-nascido, onde isto fizer parte da política nacional ● Prolongar a formação dos trabalhadores comunitários além de seis dias para permitir melhor absorção do conteúdo e prática na aplicação, especialmente no que concerne as partes mais desafiantes do curso ● Realizar um teste padrão no final da formação e providenciar um certificado para aqueles que obtiveram aprovação ● Providenciar formação de refrescamento para os trabalhadores comunitários que foque problemas identificados através da supervisão
Supervisão de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ● Os supervisores devem visitar os trabalhadores comunitários (visitas domiciliárias) no mês seguinte à formação inicial para rever a aplicação das novas competências/conhecimentos na prática e para motivar os trabalhadores comunitários ● Supervisão de apoio regular com intervalos frequentes (trimestralmente) ● Priorizar a supervisão de apoio no ministério da saúde para que o apoio logístico seja fornecido e constante ● Promover a apropriação e o apoio logístico a nível distrital tanto quanto possível para as actividades de supervisão, incluindo a integração com outras actividades tais como a recolha e gestão de dados ● Ligar a supervisão de apoio ao registo do trabalhador comunitário para identificar lacunas de conhecimento e stocks, e para avaliar o desempenho do trabalhador comunitário ● Avançar para a supervisão com base nas competências e ferramentas ● Introduzir supervisores para os supervisores do trabalhador comunitário – isto é, nível adicional de supervisão
Gestão de dados	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilizar os trabalhadores comunitários, os funcionários da unidade sanitária e as equipas de saúde distritais sobre a importância e usos dos dados MICC, por exemplo na quantificação de stocks, identificação de dados que faltam nos registos do trabalhador comunitário, na avaliação do seu desempenho, no planeamento das actividades de controlo de doença / saúde comunitária ● Desenvolver a capacidade de análise e gestão de dados dos funcionários da unidade sanitária e das equipas de saúde distritais ● Clarificar e comunicar funções e responsabilidades entre os funcionários da unidade sanitária para apoiarem melhor a priorização das actividades de gestão de dados ● Defender e apoiar os processos para a integração dos dados MICC de nível comunitário no Sistema de Gestão de Informação de Saúde ● Fornecer equipamento aos trabalhadores comunitários para facilitar a submissão de dados (por exemplo bicicletas, botas de borrachas, gabardinas) ● Documentar sistemas de submissão de dados que funcionaram e partilhar com os implementadores ● Incentivar as unidades sanitárias a usar os dados como feedback para mapear tendências e quantificar stocks, a partilhar as suas experiências com as unidades que não fazem isto ● Criar mecanismos e planilhas para os distritos darem feedback, com resumos dos dados MICC relevantes, às unidades sanitárias e aos trabalhadores comunitários

Componente	Recomendações
mHealth	<ul style="list-style-type: none"> ● Expandir o mHealth com foco nas áreas que têm lacunas no reporte dos trabalhadores comunitários ● Explorar maneiras diferentes através das quais o mHealth pode servir para reforçar o reporte, supervisão e motivação dos trabalhadores comunitários
Cadeia de abastecimentos e produtos	<ul style="list-style-type: none"> ● Integrar os produtos MICC na cadeia nacional de abastecimentos desde o início ● Apoiar a melhoria do fluxo de produtos através do distrito, com ênfase na integração na cadeia de abastecimentos do distrito, onde isto possa ser devidamente apoiado ● Ajustar as quantidades de TDRs, terapias combinadas baseadas na artemisinina (ACTs) e amoxicilina, com base nos dados reais de consumo e manter uma revisão alinhada com os dados gerados para evitar rupturas de stocks ● Fornecer as unidades sanitárias com stock regulador, especialmente durante a estação das chuvas (por exemplo TDRs, ACTs) ● Partilhar os registos de distribuição com o distrito conforme necessário para facilitar a apropriação do processo
O envolvimento e apoio da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfatizar a sensibilização e a consulta regular à comunidade, através de líderes comunitários e comités comunitários de saúde ou similar; especificamente sobre o papel dos trabalhadores comunitários, o âmbito dos serviços MICC e o papel da comunidade no apoio aos trabalhadores comunitários ● Incentivar um mecanismo mais sustentável através do qual as comunidades possam apoiar os trabalhadores comunitários, por exemplo cultivar a terra, ajudar nas tarefas, contribuições materiais – exemplos positivos podem ser partilhados com outras comunidades
Comunicação para mudança de comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolver actividades CMC nas comunidades, tais como diálogos comunitários, antes da implementação do MICC para consciencializar sobre os trabalhadores comunitários, os serviços MICC para promover a procura ● Contextualizar as actividades CMC tanto quanto possível com base na informação e iniciativas existentes. Consideração especial deve ser dada às zonas de acesso difícil para que os métodos mais eficazes para essas localidades sejam utilizados (isto é reuniões comunitárias versus rádio, se a cobertura for fraca) ● Usar abordagens interactivas tais como diálogos comunitários, storytelling e cartazes ● Enfatizar mensagens chave específicas durante as actividades CMC: <ul style="list-style-type: none"> – Promover o rápido e eficaz uso dos serviços MICC – A importância da participação da comunidade no processo de selecção do trabalhador comunitário – A natureza voluntária da função do trabalhador comunitário – O papel da comunidade no apoio aos trabalhadores comunitários – Esclarecimento da finalidade dos TDRs, especialmente por que razão o sangue está a ser testado, para evitar equívocos
Gestão e coordenação	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar a partilha de resultados e pesquisas entre os parceiros implementadores e as equipas de saúde do distrito ● Documentar funções e responsabilidades, por exemplo através de memorandos de entendimento para servir como registo de processos acordados ● Melhorar a colaboração e a comunicação mais frequente entre parceiros implementadores, o distrito e os diferentes níveis do sistema de saúde para permitir uma implementação efectiva e a abordagem de desafios
Integração	<ul style="list-style-type: none"> ● Fazer advocacia ao Ministério da Saúde e aos doadores para priorizar o MICC em termos de financiamento e apoio logístico ● Facilitar as visitas do ministério da saúde central e dos doadores, tanto no arranque como durante a implementação, para partilhar experiências e promover o valor do programa ● Priorizar a correcção das lacunas na supervisão de apoio e gestão dos dados ● Fortalecer a cadeia de abastecimentos para facilitar a rápida e frequente entrega dos produtos MICC ● Mais colaboração com o distrito durante a fase de planeamento sobre a melhor forma de integrar as actividades MICC nos planos e orçamentos a nível distrital
Âmbito técnico e geográfico	<ul style="list-style-type: none"> ● Fortalecer as actuais actividades MICC antes de alargar o âmbito em termos de idade e cobertura ● Continuar a priorizar as localidades de difícil acesso ● Juntar e partilhar mais evidência para informar rácios adequados trabalhador comunitário/população

Referências

1. Marsh D, Hamer DH, Pagnoni F, Peterson S. 2012. Introduction to a special supplement: evidence for the implementation, effects and impact of the Integrated Community Case Management strategy to treat childhood infection. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 87, 5.
2. Ministry of Health, South Sudan and Ministry of Health, Zambia
3. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Jha P et al. 2010. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*, 375, 9730.
4. Malaria Consortium. 2010. *Improving access for under fives to life-saving treatment through Integrated Community Case Management for malaria, pneumonia and Diarrhoea: Mozambique Southern Sudan, Uganda and Zambia*. Annual Report, Combined Progress Report, 1, April 2009 to January 2010, p.69



A facilitadora do diálogo comunitário, Agnes, a liderar uma sessão interactiva com cartões ilustrados, Zâmbia



Malaria Consortium

Malaria Consortium é uma das organizações sem fins lucrativos, lider a nível mundial, especializada no controlo global da malária e de outras doenças transmissíveis - particularmente aquelas que afectam as crianças menores de cinco anos.

Malaria 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 advocacia e promoção a níveis nacional e internacional.

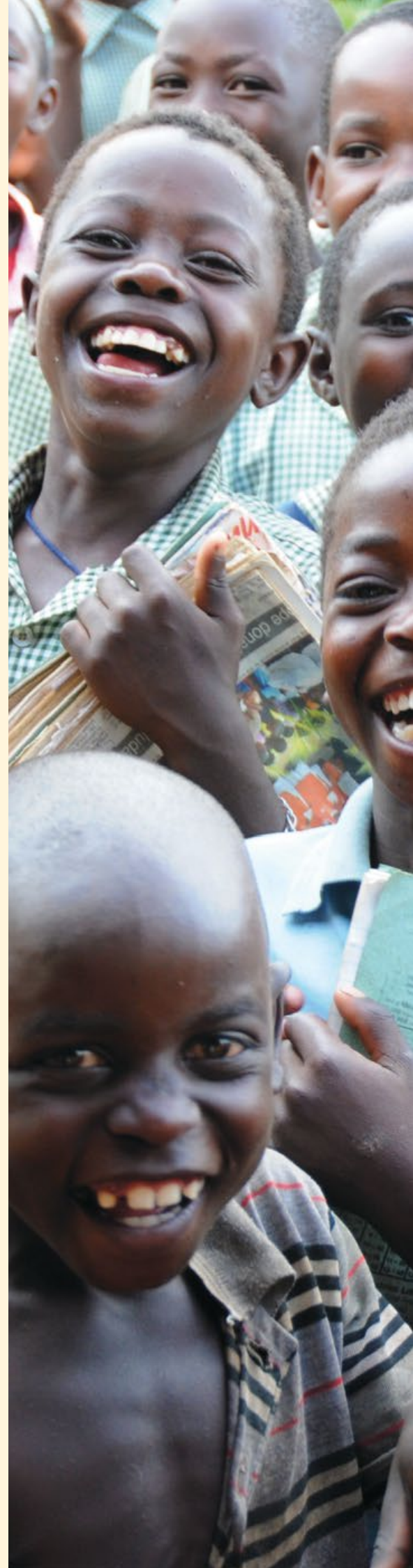
Uma área de enfoque particular para a organização, é a prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade, particularmente através do manejo integrado de casos. Esta é uma estratégia de sobrevivência infantil baseada na comunidade que visa prestar intervenções que salva-vidas para as doenças infantis 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 Sudão do Sul, isto também envolve programas para gerir a desnutrição.

Malaria Consortium também apoia nos esforços para combater doenças tropicais negligenciadas (DTNs) e procura integrar a gestão de DTNs com iniciativas para a malária e outras doenças infecciosas.

Com 95 por cento 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, Malaria 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

Malaria Consortium está empenhada numa abordagem prática que integra o envolvimento entre a comunidade e os serviços de saúde, e os decisores políticos nacionais e globais. É uma abordagem que é sustentada por uma forte base de evidências e impulsionado pela aprendizagem partilhada dentro e entre países





MATHEMATICAL TABLES

MULTIPLICATION TABLE

	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
2	2	4	6	8	10
3	3	6	9	12	15
4	4	8	12	16	20
5	5	10	15	20	25

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



UKaid
from the British people

Este material foi financiado pela UK aid do governo do Reino Unido, no entanto as opiniões expressas não refletem necessariamente as políticas oficiais do governo britânico