



# PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ NA REGIÃO AFRICANA

Um manual para a implementação de programas



**USAID**  
DO POVO AMERICANO

**a<sup>o</sup>ccess**

Access to clinical and community  
maternal, neonatal and women's health services

innovating to save lives

**Jhpiego**

an affiliate of Johns Hopkins University



**World Health  
Organization**



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™



**MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH**

*RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus*



# PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ NA REGIÃO AFRICANA

Um manual para a implementação de programas



**USAID**  
DO POVO AMERICANO

**a<sup>o</sup>ccess**

Access to clinical and community  
maternal, neonatal and women's health services

innovating to save lives

**Jhpiego**

an affiliate of Johns Hopkins University



**World Health  
Organization**



**MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH**

*RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus*

Para informações:

Jhpiego  
1615 Thames Street  
Baltimore, MD 21231-3492  
Tel: 410.537.1845

Editor: Ann Blouse

Desenho Gráfico: Trudy Conley

O Programa ACCESS é o programa global da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional para melhorar a saúde materna e neo-natal. O programa ACCESS trabalha para expandir a cobertura, o acesso e o uso dos principais serviços sanitários maternos e neo-natais através de uma série contínua de cuidados desde o agregado familiar até ao hospital—com o objectivo de tornar os serviços sanitários de qualidade acessíveis o mais próximo de casa quanto possível. A Jhpiego implementa o programa em parceria com a Save the Children, Constella Futures, the Academy for Educational Development (Academia para o Desenvolvimento Educacional), the American College of Nurse-Midwives (O Instituto Superior Americano para Enfermeiras-Parteiras) e IMA World Health (Saúde Mundial).

[www.accesstohealth.org](http://www.accesstohealth.org)

A Jhpiego é uma organização sem fins lucrativos na área de saúde, e afiliada com a Universidade Johns Hopkins. Ao longo de quase 40 anos, a Jhpiego tem capacitado os trabalhadores de saúde da linha de frente através do desenho e implementação de soluções efectivas, de baixo custo e práticas a fim de reforçar os serviços de saúde para as mulheres e suas famílias. Através da execução de inovações na área de saúde com base em evidências, a Jhpiego trabalha para aniquilar barreiras no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade para as populações mais vulneráveis do mundo.

[www.jhpiego.org](http://www.jhpiego.org)

*Março 2008*

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>v</b>
<b>ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS .....</b>	<b>vi</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>1</b>
Objectivo e Audiência.....	1
Síntese da Estratégia da Organização Mundial da Saúde Para a Prevenção e Controlo da Malária Durante e Gravidez na Região Africana.....	2
Integração, Colaboração e Parcerias.....	5
Situação Actual das Políticas e Programas Nacionais para MDG.....	12
Referências para o Capítulo.....	118
Recursos para o Capítulo.....	119
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>20</b>
Síntese.....	20
<b>CAPÍTULO 2-1 .....</b>	<b>21</b>
Questões Principais.....	25
País Exemplo: Zâmbia.....	26
Recursos para o Capítulo 2-1.....	30
<b>CAPÍTULO 2-2 .....</b>	<b>31</b>
<b>2-2.1 Garantir a Gestão Farmacêutica Adequada para a Prevenção e Tratamento da Malária Durante a Gravidez .....</b>	<b>31</b>
Principais Questões.....	38
País Exemplo: Ghana.....	39
Recursos Para o Capítulo 2-2.1.....	43
<b>CAPÍTULO 2-2.2 .....</b>	<b>45</b>
Educação e Aconselhamento.....	46
Previsão, Aquisição e Distribuição.....	47
Principais Questões.....	51
País Exemplo: Malawi.....	52
Recursos para o Capítulo 2-2.2.....	56
<b>CAPÍTULO 2-3 .....</b>	<b>57</b>
Principais Questões.....	61
País Exemplo: Madagáscar.....	62
Recursos para o Capítulo 2-3.....	66
<b>CAPÍTULO 2-4 .....</b>	<b>67</b>
Educação Básica.....	68
Formação Contínua.....	68
Questões Principais.....	71
País Exemplo: Quênia.....	72
Recursos para o Capítulo 2-4.....	75

<b>CAPÍTULO 2-5</b> .....	<b>76</b>
Ciclo de Ação Comunitária para Mobilização da Comunidade.....	77
Questões Principais.....	84
País Exemplo: Burkina-Faso.....	85
Referências para o Capítulo 2-5.....	88
Recursos para o Capítulo 2-5.....	89
<b>CAPÍTULO 2-6</b> .....	<b>90</b>
Desenvolvimento de um Plano de Monitorização e Avaliação para os Programas MDG.....	90
Seleção de Indicadores.....	93
Indicadores de Desempenho.....	94
Fontes de Dados.....	94
Questões Principais.....	97
Países Exemplo: Uganda E Quênia.....	98
Síntese do Teste Piloto.....	99
Resumo das Constatações.....	101
Lições Aprendidas.....	102
Referências para o Capítulo 2-6.....	103
Recursos para o Capítulo 2-6.....	103
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>104</b>
As Mulheres Não Procuram CPN No Início Das Suas Gravidezes.....	104
As Mulheres Não Recebem Medicamentos Anti-Malária Recomendados Pelas	
Directrizes Nacionais Ou Não Os Utilizam Quando Disponíveis.....	105
As Mulheres Não Conseguem Obter RTIs Ou Não As Utilizam Quando Disponíveis.....	106
Referência para o Capítulo 3.....	108
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>109</b>
Componentes de Custo.....	109
Políticas de Financiamento.....	111
Planificação Financeira.....	112
Fontes de Financiamento.....	112
Referências para o Capítulo 4.....	114

# AGRADECIMENTOS

Jhpiego gostaria de agradecer às pessoas e organizações abaixo cujo tempo, conhecimentos e outras contribuições valiosas ajudaram o desenvolvimento do presente manual.<sup>1</sup>

## **Programa ACCESS**

Koki Agarwal, Jhpiego  
Joseph de Graft-Johnson, Save the Children  
Aimee Dickerson, Jhpiego  
Sanyu Kigundu, Jhpiego  
Kaendi Munguti, Jhpiego  
Barbara Rawlins, Jhpiego  
Elaine Roman, Jhpiego  
Jérémie Zoungrana, Jhpiego

## **Jhpiego**

Dorothy Andere  
Débora Bossemeyer  
William Brieger  
Rebecca Dineen  
Patricia Gomez  
Rick Hughes  
Pamela Lynam  
Edgar Necochea  
Tsigué Pleah  
Marya Plotkin

## **Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças (CDC)**

Kwame Asamoah  
Annett Hoppe Cotte  
Robert Newman

## **Gestão Farmacêutica Racional Mais/ Ciências de Gestão para a Saúde**

Rima Shretta  
Gladys Tetteh

## **MEASURE Evaluation**

Ani E. Hyslop

## **Organização Mundial da Saúde**

Eleonore Antoinette Ba-Nguz  
Antoine Serufulira  
Juliana Yartey

## **Academia para o Desenvolvimento Educacional, Saúde de África em 2010**

Sambe Duale  
George Greer  
Holley Stewart

## **NetMark**

Carol Baume

## **Population Services International**

Desmond Chavasse

Esta publicação foi possível graças ao apoio prestado pelo Departamento de Saúde Materna e Infantil, pelo Gabinete de Saúde, Doenças Infecciosas e Nutrição, pelo Departamento de Saúde Global, e pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional, ao abrigo dos termos do Acordo Cooperativo Líder com Associados GHS-A-00-04-00002-00. As opiniões expressas no presente são as dos editores e não reflectem necessariamente os pontos de vista da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional.

---

<sup>1</sup> Estas pessoas reveram todo ou parte deste manual, em conformidade com as suas áreas de especialização.

# ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACT	Terapia combinada com base em Artemisinin
APS	avaliação da provisão de serviços
CAC	Ciclo de acção comunitária para mobilização da comunidade
CAIP	Comunicação e aconselhamento interpessoal
CAM	Coligação da Acção Malária
CDC	(Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças) Centers for Disease Control and Prevention
CFC	Capacidades de Formação Clínica
CNCM	Centro Nacional para o Controlo da Malária/ Conselho Nacional para o Controlo da Malária
CoGes	Comité de gestão da saúde comunitária (Burkina Faso)
CPN	Cuidados pré-natais
CPNF	Cuidados pré-natais focalizados
CQ	Cloroquina
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
DPS	Directriz para a prestação de serviços
DTI	Directriz técnica integrada
DTP	directriz padrão para o tratamento
EAIM	Estudo de Agrupamentos Indicadores Múltiplos
EDGS	Equipa distrital para a gestão sanitária
EIM	Estudo Indicativo da Malária
EMC	Equipa de mobilização comunitária
ESD	Estudo Sanitário Demográfico
FRI	Fumigação residual de interiores
GHS	Serviço Sanitário Ganense
GIDI	Gestão integrada de doenças da infância
IEC	Informação, educação e comunicação
LME	Lista de medicamentos essenciais
M&A	Monitorização e avaliação
MDG	Malária durante a gravidez
MDQ	Melhoria do desempenho e qualidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
OR	Organização religiosa
PF	Planeamento familiar
PNCM	Programa Nacional para o Controlo da Malária
PO	Pesquisa operacional
PRNC	Pessoa de recurso a nível comunitário
PSI	(Population Services International) Serviços Populacionais Internacionais
PTV	Prevenção da transmissão vertical do HIV
RBM	(Roll Back Malaria) Recuar a Malária
RDT	Teste de diagnóstico rápido
RILD	Rede tratada com insecticida de longa duração
RTI	Rede tratada com insecticida (mosquiteiro impregnado)
SGIS	Sistema de gestão da informação sanitária

SIS	Sistema de Informação Sanitária
SP	Sulfadoxine-pyrimethamine
SR	Saúde reprodutiva
TDO	Tratamento directamente observado
TIP	Tratamento preventivo periódico
TIP1	Primeira dose do tratamento Intermitente Preventivo durante a gravidez
TIP2	Segunda dose do tratamento Intermitente Preventivo durante a gravidez
TIPg	Tratamento Intermitente Preventivo durante a gravidez
UNICEF	(United Nations Children's Fund) Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	(United States Agency for International Development) Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
WHOPES	(World Health Organization Pesticide Evaluation Scheme) Esquema da Organização Mundial da Saúde para a Avaliação de Pesticidas



# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

### OBJECTIVO E AUDIÊNCIA

---

Actualmente, aproximadamente 40 por cento da população mundial, principalmente aqueles que vivem nos países mais pobres, corre o risco de contrair malária. A malária causa 250 milhões de doenças agudas (OMS 2008) e pelo menos um milhão de óbitos todos os anos.

Oitenta e cinco por cento dos óbitos causados pela malária ocorrem na África a Sul do Sahara, principalmente entre crianças pequenas. A malária mata uma criança Africana a cada 30 segundos. Muitas crianças que sobrevivam a um episódio de malária grave poderão sofrer de dificuldades de aprendizagem ou danos cerebrais. As mulheres grávidas e os seus filhos não nascidos também são particularmente vulneráveis para a malária que é uma importante causa da mortalidade perinatal, baixo peso à nascença e anemia materna (RBM 2007a).

---

O Programa ACCESS e os seus parceiros da Coligação para Acção contra a Malária colaboraram no desenvolvimento deste manual prático para auxiliar os países africanos a implementar programas de prevenção e controlo da malária durante a gravidez (MDG). O manual foi inspirado pela OMS/AFRO *Moldura Estratégica para o Controlo da Malária durante a Gravidez na Região Africana* (OMS 2004c), que apresenta uma abordagem sistemática para a implementação de programas. Este manual descreve sete componentes iniciais de programa dentro da referida abordagem que são necessários para colocar em prática a política MDG a nível da instalação sanitária. Além disso, o Manual tem como objectivo ser complementar ao documento da OMS/AFRO *Integração da Prevenção e Controlo da Malária durante a Gravidez nos Serviços de Saúde Materno-Infantil: Directrizes para a Implementação* (OMS 2005b). Exemplos nacionais ajudam a tornar o manual relevante e prático.

A audiência alvo deste manual são os criadores de políticas, profissionais de saúde pública e directores de programas e profissionais de saúde na área de controlo nacional da malária e saúde reprodutiva (SR), bem como organizações privadas, não-governamentais e religiosas.

O presente manual é constituído pelos seguintes capítulos:

- Capítulo 1**    Introdução
- Capítulo 2**    Componentes Essenciais para a Implementação de Programas MDG

### **Capítulo 3 Soluções Práticas para Problemas Frequentemente Verificados:**

- As mulheres não vêm receber cuidados pré-natais (CPN) no início da gravidez
- As mulheres não recebem medicamentos antimaláricos recomendados pelas directrizes nacionais ou não os utilizam quando estão disponíveis
- As mulheres não conseguem obter redes tratadas com insecticida (RTIs) ou não as utilizam quando estão disponíveis

### **Capítulo 4 Considerações sobre Financiamento**

O manual assume que já tenha sido desenvolvida uma política nacional para a prevenção e controlo da MDG. No entanto, o processo da política não está completo até que a política seja implementada a nível da instalação sanitária (vide Capítulo 2-1). Para ajudar a assegurar a implementação, o diálogo e a defesa da política deverá continuar a nível nacional, regional e distrital. O diálogo contínuo onde as partes interessadas se envolvam em debates para levantar questões, partilhar perspectivas, encontrar pontos comuns e chegar a um consenso relativamente a soluções da política é fundamental para passar de política para implementação do programa. Os países poderão estabelecer um grupo de assessoria técnica para fornecer orientações sobre a política e planificação (OMS 2004c). Este grupo poderá servir várias funções incluindo a provisão de consultoria técnica relativamente à política e planificação, mobilização de recursos para a implementação de programas, programas de monitorização e efectuar recomendações para correcções de meio-curso.

A advocacia envolve a promoção de questões pelas partes interessadas para desencadear acções dos fazedores de políticas. A advocacia é necessária em todas as etapas do desenvolvimento de políticas e no processo de implementação para manter o interesse nas questões e garantir a disponibilidade de recursos adequados para responder à MDG. Estão disponíveis diversas ferramentas de advocacia para os grupos interessados, sociedade civil, ministério da saúde (MOH) e outros intervenientes para influenciar os principais decisores sobre a necessidade de investir na MDG, na eficácia das intervenções existentes e no impacto das estratégias definidas. (Vide Recursos no final deste capítulo).

### **SÍNTESE DA ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ NA REGIÃO AFRICANA**

As estratégias eficazes para a redução do impacto da MDG devem abordar tanto a necessidade de prevenir a doença nas mulheres grávidas como gerir a doença em mulheres com doença clínica. *A Moldura Estratégica*

*da OMS para a Prevenção e Controlo da Malária durante a Gravidez na Região Africana (OMS 2004c)* recomenda uma abordagem tripartida:

- Tratamento Intermitente Preventivo durante a gravidez (TIPg)
- Controlo do vector incluindo a utilização de RTIs
- Gestão dos casos de doença por malária e anemia

Estas directrizes enfatizam o início das medidas preventivas desde a primeira consulta pré-natal até aos períodos pós-parto e recém-nascido.

### **Tratamento Preventivo Periódico**

A OMS recomenda que “todas as mulheres grávidas nas áreas de transmissão estável da malária deveriam receber pelo menos duas doses de tratamento Intermitente Preventivo (TIP) depois dos primeiros movimentos fetais” (OMS 2004c). A quimioprofilaxia com cloroquina (CQ) já não é recomendada por causa da baixa adesão e do aumento da resistência farmacológica (OMS 2004c). A Sulfadoxine-pyrimethamine (SP) é actualmente o medicamento recomendado para TIPg nas áreas de transmissão estável de baixa resistência SP. A SP é segura nos últimos dois trimestres de gravidez tanto para a mãe como para o feto e é relativamente fácil de fornecer a mulheres grávidas a tomarem uma dose de tratamento de um antimalárico durante uma consulta CPN, como tratamento directamente observado (TDO) por um provedor capacitado.

Para gravidezes normais, a OMS recomenda quatro consultas CPN, com a primeira a ocorrer durante o primeiro trimestre e a segunda, terceira e quarta consultas depois dos primeiros movimentos fetais. Este calendário garante que grande parte das mulheres grávidas recebam pelo menos duas doses de TIPg durante a gravidez conforme recomendado pela OMS.

Aquando da publicação deste manual, o medicamento antimalárico recomendado para TIPg nas áreas de transmissão estável é a SP. A pesquisa por medicamentos alternativos está em curso devido ao aumento da resistência à SP. Os países deveriam estar em contacto regular com a OMS para obter actualizações sobre as actuais recomendações farmacológicas na sua área, e os gestores de programas deveriam ser guiados pelas políticas e directrizes actuais dos seus países.

### **Controlo do Vector**

O controlo do vector tem como objectivo reduzir a doença e óbitos associados com a malária ao evitar o contacto humano-vector, além de reduzir os níveis de transmissão. A OMS recomenda “uma abordagem sistemática para o controlo do vector com base em evidências e conhecimentos da situação local”, uma abordagem chamada Gestão Integrada do vector (OMS 2007). Duas intervenções desta abordagem são o uso de RTIs e a fumigação residual dos interiores (FRI).

**As Redes Tratadas com Insecticida** fornecem protecção contra a picada do mosquito. A OMS recomenda que as mulheres grávidas nas áreas de transmissão estável e instável durmam debaixo de uma RTI todas as noites, começando o mais cedo possível durante a gravidez, e continuando a fazê-lo pós-parto com os seus recém-nascidos e crianças com menos de cinco anos. A provisão de RTIs deverá fazer parte de um pacote CPN para mulheres grávidas durante os serviços CPN de rotina.

As mulheres grávidas deveriam utilizar tanto o TIPg e as RTIs para uma máxima protecção contra a malária. Caso uma mulher grávida não possa tomar TIPg por qualquer motivo, é especialmente importante que ela durma consistentemente debaixo de uma RTI para evitar a infecção pela malária.

**Fumigação Residual de Interiores (FRI)** “refere-se à fumigação de todas as superfícies estáveis dentro de habitações humanas utilizando uma insecticida com acção residual”. A OMS declara que “a FRI permanece uma intervenção para o controlo da malária quando se verificam as seguintes condições:

- Grande percentagem das estruturas numa área operacional possuem superfícies adequadas para a fumigação, e estima-se que funcionem bem quando fumigadas;
- Grande parte da população vector é endofílica, ou seja, fica em interiores;
- O vector seja susceptível ao insecticida em uso.” (OMS 2007)

### **Gestão de Casos Para a Doença por Malária e Anemia**

Deveria estar disponível uma gestão de casos apropriada para todas as mulheres com malária. Nas áreas endémicas, os serviços CPN deveriam incluir triagem para sinais e sintomas de malária e anemia e um rápido diagnóstico e tratamento. Idealmente, a infecção pela malária deverá ser confirmada por um teste de sangue; no entanto, nos recursos com escassez de recursos onde a microscopia leve ou os testes de diagnóstico rápido (TDR)<sup>2</sup> não estejam disponíveis, o diagnóstico poderá ser efectuado com o historial clínico. Quando as mulheres em áreas de transmissão estável são infectadas pela malária, são frequentemente assintomáticas. Nestas áreas onde é difícil detectar a malária através de sinais e sintomas, é extremamente importante fornecer TIPg para eliminar os parasitas, que ainda podem afectar o crescimento fetal e o resultado do parto. Nas áreas de malária sazonal ou instável, as mulheres grávidas são mais propensas a demonstrar sinais e sintomas quando infectadas pela malária. Por

---

<sup>2</sup> Os TDRs podem ser úteis para o diagnóstico da malária nas situações em que não esteja disponível a microscopia clínica. Os TDRs estão disponíveis como uma vareta, cassette ou cartão, que detecta os antígenos específicos produzidos pelos parasitas da malária presentes no sangue das pessoas infectadas. Ao considerar-se o uso dos TDRs na gestão de casos, vide as políticas nacionais específicas para o tratamento e as orientações da OMS. Para mais informações sobre os TDRs, consulte a organização Mundial da Saúde (OMS). 2006b. O Uso de Testes Rápidos para o Diagnóstico da Malária, segunda edição. OMS: Genebra.

existirem diversas doenças que partilham sintomas similares com a malária e porque o tratamento actualmente recomendado é relativamente custoso, o uso da microscopia, TDRs ou exame clínico para confirmar a presença da malária pode ser eficaz para os serviços sanitários em termos de custo-benefício.

Uma mulher que apresente febre (ou historial recente de febre) e complicações tais como perda de consciência ou convulsões, respiração rápida ou dificultosa, vómitos graves e/ou desidratação, fraqueza/fadiga, edema pulmonar ou hipoglicemia poderá ter malária *grave*. As mulheres com malária grave necessitam de cuidados de emergência por um provedor capacitado. Estes cuidados poderão incluir a estabilização, o encaminhamento adequado, administração de antimaláricos adequados, transfusões de sangue e outras medidas para salvar a vida (OMS 2002, 2006a).

Uma mulher que apresente febre (ou historial recente de febre) com ou sem sintomas tais como calafrios, cefaleia, dores no corpo/articulações ou perda de apetite poderá ter malária *simples* ou sem complicações. A gestão da malária sem complicações deverá incluir a administração de medicamentos anti-malária em conformidade com as directrizes nacionais para a saúde reprodutiva, bem como uma estreita monitorização (OMS 2002, 2006a).

Apesar de a SP ser actualmente recomendada para a prevenção da malária, a OMS recomenda o uso de terapias combinadas com base em artemisinina (TCAs) como tratamento de primeira-linha no segundo e terceiro trimestre da gravidez. Na luz destas novas terapias, é essencial que os países estabeleçam sistemas de farmacovigilância para que os provedores possam monitorizar, tratar e reportar eventos adversos associados ao uso das terapias TCA (OMS 2006a). Para o tratamento no primeiro trimestre de gravidez, a OMS recomenda o quinino.

## **INTEGRAÇÃO, COLABORAÇÃO E PARCERIAS**

Todos os parceiros deveriam concordar que a integração é melhor conseguida com o estabelecimento do princípio de “Três Uns” a nível nacional. Isto significa que todos os parceiros para a malária devem contribuir para e concordar em trabalhar com **uma** política nacional para a malária; trabalhar em conjunto sobre **um** mecanismo para coordenação nacional; e contribuir para **uma** moldura e processo nacional para monitorização e avaliação (M&A) (Roll Back Malaria 2007a).

Quando se alcançar a integração como uma componente principal do nível de preparação do programa MDG, poderemos ver: estratégias conjuntas, planificação e partilha de informação entre Programas Nacionais para o Controlo da Malária (PNCMs) e programas de SR a nível nacional; integração da SR, HIV/SIDA e MDG na administração e supervisão compreensiva a nível distrital; e, provisão conjunta de MDG, SR e /ou

HIV/SIDA a nível da instalação sanitária. A integração é melhor conseguida quando os parceiros se encontram, partilham experiências e desenvolvem planos conjuntos. Um fórum nacional para parcerias contra a malária é um mecanismo crucial para fomentar a integração.

*A Moldura Estratégica* da OMS/AFRO propõe o estabelecimento de um grupo de assessoria técnica com intervenientes nacionais e parceiros para assessorarem as políticas e para ter um plano nacional de implementação e um mecanismo importante para a integração, coordenação e colaboração (OMS 2004c). É recomendado a nomeação de uma pessoa focal de alto nível, a fim de coordenar o processo de integração a nível nacional. Este Fórum da Parceria Fazer Recuar a Malária (RBM) deveria estar baseado nos PNCPM mas também incluir outros programas cruciais do Ministério da saúde incluindo SR e Farmácia/Medicamentos Essenciais. Outras agências governamentais poderão estar envolvidas. Importantes parceiros internacionais e bilaterais deveriam ser membros. Os exemplos incluem a OMS, UNICEF, USAID, DFID, a Agência Japonesa para a Cooperação Internacional e o Banco Mundial, dependendo de quais organizações possuam programas num determinado país. As organizações não-governamentais (ONGs) e as comunidades de negócio frequentemente contribuem para o controlo da malária e incluem serviços sanitários religiosos, a Sociedade da Cruz/Crescente vermelho, associações profissionais e a indústria farmacêutica. Grandes empresas podem ter programas filantrópicos que abordem a malária. Ao trabalhar em conjunto, o Fórum da Parceria RBM poderá contribuir para as etapas seguintes da implementação do programa para o controlo da malária conforme declarado pela OMS (2004c):

- Conduzir avaliações das necessidades e análises situacionais para definir a epidemiologia da MDG e a capacidade dos programas de SR e pré-natais
- Desenvolver ou rever a política e estratégia nacional para o controlo da malária incluindo directrizes para a prevenção e controlo da malária na gravidez
- Desenvolver ou actualizar uma estratégia compreensiva e planos de implementação para a prevenção e controlo da malária na gravidez
- Desenvolver estratégias de advocacia e comunicação para a prevenção e controlo da malária na gravidez, a favor da integração de MDG nos serviços de SR
- Reforçar os sistemas de apoio para os serviços pré-natais, incluindo intervenções para a prevenção e controlo da malária na gravidez e integrar os programas de MDG nos serviços de saúde materna e infantil através de CPN
- Capacitar o pessoal na área de prevenção e controlo da malária na gravidez para todas as categorias de trabalhadores de saúde que trabalham com SR a fim de providenciarem serviços integrados

- Definir uma agenda de pesquisa para a malária e o seu controlo na gravidez

Além destas etapas de implementação de programa definidas pela OMS, é importante:

- Integrar as actividades de controlo da malária no plano M&A nacional
- Re-orientar os serviços de saúde para oferece-los de forma amável e acessível às mulheres grávidas
- Envolver as comunidades em todos os estágios críticos do desenvolvimento de políticas e desenho dos programas, incluindo o desenvolvimento de serviços, a sua implementação e avaliação.

Quando as actividades acima forem conjuntamente planeadas e implementadas por uma parceria, existirá um compromisso para cada parceiro contribuir para o sucesso de cada componente. Por exemplo, todos os programas dos parceiros estarão baseados na política e estratégia nacional, e cada parceiro irá fornecer contribuições para um sistema de M&A nacional unificado.

Enquanto que o Fórum da Parceria RBM se basearia no PNCPM, todos os membros deverão ajudar com a logística de marcação de reuniões e actividades. A organização de reuniões mensais ou bimensais é essencial para atingir as metas de coordenação, e as diferentes organizações membro podem rodar a organização das referidas reuniões. Outro aspecto estrutural da parceria seria os subcomités, e seria relevante para este manual a formação de um subcomité MDG.

### **Colaboração entre Programas nacionais para o Controlo da Malária e de Saúde Reprodutiva**

O departamento do MS para SR deverá desempenhar um papel activo no Fórum da Parceria RBM e possivelmente até presidir o subcomité MDG. Além disso, os representantes de ONG e de serviços privados de SR e associações profissionais (e.g., parteiras) deveriam estar representados no subcomité.

A *Moldura Estratégica* da OMS/AFRO recomenda as clínicas pré-natais como a plataforma de implementação dos programas MDG porque quase 70% das mulheres em África vai às clínicas pré-natais pelo menos uma vez durante a sua gravidez, e muitas a frequentam pelo menos duas vezes (OMS/UNICEF 2003). A *Moldura Estratégica* diz “O Programa para a Malária da OMS/AFRO estabeleceu como alvo a clínica pré-natal como o local para a aceleração da implementação do programa de prevenção e controlo da malária durante a gravidez naquelas áreas com transmissão estável da malária e uma elevada frequência das clínicas pré-natais. Nas áreas com baixa cobertura pré-natal, o desenvolvimento e reforço dos programas comunitários é muito importante. Nas áreas com cobertura

pré-natal adequada, os programas comunitários podem aumentar a cobertura” (OMS 2004c).

A OMS recomenda quatro consultas pré-natais por gravidez normal, com a primeira consulta durante o primeiro trimestre e as três consultas seguintes depois dos primeiros movimentos fetais. Além do fornecimento de suplementação com micro nutrientes (incluindo ferro e ácido fólico) e imunizações para a mãe, bem como aconselhamento e testagem para o HIV e aconselhamento sobre a prevenção da transmissão vertical, planeamento familiar e nutrição, a clínica pré-natal também pode prover para a distribuição de RTI, advocacia e educação das grávidas (OMS 2004c).

Muitos países utilizam uma abordagem chamada “cuidados pré-natais focalizados” ou CPNF, que enfatiza a qualidade e não quantidade de consultas, com base no modelo de quatro consultas recomendado pela OMS. A abordagem focaliza-se sobre a avaliação e acções necessárias para tomar decisões e fornecer cuidados para a situação específica de cada mulher em conformidade com as directrizes da OMS de um mínimo de quatro consultas CPN—idealmente antes da 16ª semana; e por volta da 24ª–28ª semana, 32ª semana, e 36ª semana—para mulheres cujas gravidezes estejam a progredir normalmente. A moldura para os CPNF é a provisão de um pacote mínimo de serviços com base em evidências a todas as mulheres grávidas durante os CPN para promover a saúde, detectar doenças existentes, evitar e detectar complicações na gravidez, e fomentar a preparação para o parto. Estes serviços básicos são posteriormente adaptados e “focalizados” sobre a situação e necessidades específicas de cada mulher. Esta abordagem resultou num aumento da frequência aos CPN além de um maior uso de assistência especializada no parto (Kinzie and Gomez 2004).

A prestação de intervenções para malária como parte dos CPN exige uma forte colaboração e conexão entre os programas de controlo da malária e os de SR a todos os níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde.<sup>3</sup>

Portanto, os Programas da OMS para a Malária e Maternidade Segura trabalham em estreita colaboração—ambos estão empenhados em reforçar os serviços de SR (**Tabela 1**). A nível nacional, os programas para o controlo da malária fornecem supervisão técnica enquanto que os programas de SR gerem a implementação. Os programas para o controlo da malária colaboram com os programas de SR na provisão de assistência técnica e supervisão de apoio. A referida colaboração irá garantir a implementação efectiva das estratégias recomendadas para a prevenção e controlo da malária durante a gravidez ao longo dos serviços CPN.

---

<sup>3</sup> *Adaptado de:* Organização Mundial da Saúde (OMS) 2005a. *Moldura para a Colaboração entre os Programas para o Controlo da Malária e os de Saúde Reprodutiva para Controlar a Malária durante a Gravidez*. Gabinete Regional da OMS Regional para África. (Versão Preliminar de Julho 2005).

**Tabela 1. Colaboração entre os Programas nacionais para o Controlo da Malária e de SR: Fundamentação**

<b>Programa nacional para o Controlo da Malária Fazer Recuar a Malária</b>	<b>Programa de Saúde Reprodutiva Tornar a Gravidez mais Segura/Maternidade Segura</b>
<b>Estratégias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar os serviços sanitários</li> <li>Implementar intervenções com base em evidências para evitar a malária no seio das mulheres grávidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlo das causas da mortalidade materno-infantil</li> </ul>
<b>Resultados Esperados</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução da mortalidade e morbilidade causada pela malária no seio de mulheres grávidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução da mortalidade materno-infantil</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>O objectivo desta colaboração é o de desenvolver e implementar estratégias conjuntas para reduzir a morbilidade e mortalidade causadas pela malária no seio das mulheres grávidas.</li> </ul>	

O reforço das ligações a nível nacional entre os programas de saúde reprodutiva e de controlo da malária, incluindo a política, implementação do programa, monitoria e supervisão, fornecem uma fundação para reforçar a integração dos serviços a nível regional, distrital e comunitário. A referida integração ocorre logicamente a nível da instalação sanitária da periferia por causa da função multi-funcional dos profissionais de saúde naquele nível. No entanto, para que a prestação dos serviços seja eficaz, a integração deverá ser suportada ao longo de todos o sistema de prestação de cuidados de saúde.

A integração e ligações a nível nacional deverão estabelecer uma base para a construção da colaboração nos níveis sub-nacionais incluindo estados, províncias, e governos locais. No sector público a nível distrital, poderemos descobrir que as RTIs são manejadas por um oficial para o controlo da doença, a SP é encomendada e armazenada por um agente farmacêutico/farmacológico essencial e que a derradeira prestação de serviços MDG através dos CPN é efectuada por um coordenador de saúde materno-infantil/SR. Muitas vezes, o sector privado é ignorado. Deveremos encorajar a coordenação a nível distrital e os comités de parceria para a malária. A Parceria Nacional RBM poderá desenvolver directrizes para as parcerias locais, e os membros doadores do fórum poderão ajudar a implementar estas directrizes. Os pormenores da coordenação a diferentes níveis são os seguintes:

### ***A Nível Nacional***

- Desenvolver uma política nacional e um plano estratégico para o controlo da malária no seio das mulheres grávidas
- Desenvolver um plano estratégico compreensivo com pormenores sobre as metas, objectivos e estratégias para o controlo da malária entre mulheres grávidas
- Desenvolver padrões, protocolos e manuais de formação
- Desenvolver ferramentas para a supervisão, monitorização e avaliação

- Desenvolver estratégias de comunicação, ferramentas e auxiliares para aumentar a consciencialização e para advocacia voltada para as partes interessadas, profissionais de saúde e comunidade
- Definir indicadores comuns para M&A da implementação de intervenções para prevenir e tratar a malária entre mulheres grávidas
- Advogar para a adopção e implementação de intervenções com base em evidências para controlar a malária entre mulheres grávidas
- Mobilizar recursos e reforçar parcerias
- Conduzir pesquisas operacionais
- Desenvolver directrizes para a integração das actividades de controlo da malária e cuidados pré-natais

### ***A Nível Regional/Provincial***

- Desenvolver um plano de acção com base no distrito
- Apoiar a implementação dos planos distritais
- Fornecer supervisão, monitorização e avaliação
- Conduzir avaliações para identificar necessidades a nível do centro de saúde e comunitário

A colaboração deveria ocorrer a nível nacional, distrital e comunitário, e envolver os seguintes aspectos:

- Desenvolvimento ou revisão da política
- Desenvolvimento de planos estratégicos e planos para implementação
- Desenvolvimento de padrões, protocolos e manuais de formação
- Desenvolvimento e constituição de parcerias
- Encomenda de medicamentos
- Distribuição de medicamentos
- Distribuição de RTI
- Advocacia e comunicação
- Implementação das intervenções
- M&A da implementação
- Pesquisa operacional
- Avaliações

*Em cada uma destas áreas, tanto o PNCM como programa de SR deverão tomar uma acção concertada, enquanto determinam as respectivas responsabilidades.*

## **Colaboração com Outros Programas de Saúde Pública**

Dentre os outros programas com os quais o PNCM possa ter que colaborar existem dois programas sobre saúde infantil e um sobre acção HIV/SIDA. Os referidos programas idealmente deverão estar representados no Fórum nacional da Parceria RBM.

**O Programa Alargado de Imunização (PAI).** Os objectivos do Programa Alargado de Imunização são de reduzir a mortalidade e morbilidade por doenças evitáveis através de vacinas (tuberculose, difteria, tosse convulsa, tétano, pólio, sarampo e hepatite B) entre crianças e recém-nascidos (através da vacinação das mulheres grávidas contra o tétano). O programa segue duas abordagens para expandir a cobertura das vacinas: vacinações de rotina e campanhas de vacinação. Estas estratégias apresentam potenciais oportunidades para intervenções para controlar a malária entre mulheres grávidas, tais como a consciencialização da comunidade e distribuição de RTI.

**Programa para a Gestão Integrada de Doenças Infantis (GIDI).** Desde 1996, os Programas nacionais para o Controlo da Malária e o GIDI têm-se envolvido em estreita colaboração para reduzir a morbilidade e mortalidade entre crianças com menos de cinco anos. Foi formado um grupo de trabalho para este fim e definiu abordagens para reforçar e aumentar a implementação das intervenções de ambos programas. As estratégias capazes de reforçar o controlo da malária entre mulheres grávidas poderão basear-se no desenvolvimento ou revisão da política, advocacia e mobilização de recursos, reforço das parcerias e envolvimento da comunidade (grupos de mulheres e jovens).

**O Programa para o Controlo do SIDA.** A co-infecção pelo HIV e malária acrescenta efeitos negativos para a mulher grávida e para o seu bebé. A prevalência e intensidade da infecção por malária durante a gravidez é mais elevada entre mulheres infectadas pelo HIV, e o risco para a mulher e o seu recém-nascido existe independentemente do número de vezes que a mulher tenha dado à luz (Verhoeff et al. 1999). Um estudo cohort conduzido no Quênia ocidental mostrou que a co-infecção aumentou o risco de anemia moderada a grave para mais do que o dobro em todas as mulheres grávidas (Ayisi et al. 2003). Isto significa que uma proporção considerável de crianças nascidas de mães com HIV e malária estão mais propensas a terem baixo peso à nascença e a morrer na infância. A infecção pelo HIV na gravidez está associada com a redução da eficácia da profilaxia e tratamento da malária. As mulheres infectadas pelo HIV nas áreas com transmissão estável da malária deveriam receber **ou** o TIPg com SP **ou** a profilaxia diária com cotrimoxazole se o estágio da infecção pelo HIV exigir que a mulher o receba para evitar infecções oportunistas (OMS 2004a). Nas mulheres infectadas pelo HIV, são recomendadas três doses ou mais de SP para ter os mesmos benefícios que as duas doses ou mais de SP nas mulheres HIV-negativas. Nos cenários onde a seroprevalência do HIV entre mulheres grávidas seja superior a

10% e a triagem universal das mulheres grávidas para HIV não esteja disponível, recomenda-se que todas as mulheres grávidas recebam três doses ou mais de TIPg com SP.

O programa para o controlo do SIDA deverá integrar a prevenção da malária entre mulheres grávidas; similarmente, o PNCM deverá integrar serviços de cuidados para mulheres infectadas pelo HIV e pacientes com SIDA. Isto exige um aumento da colaboração entre ambos programas para implementar intervenções para controlar a malária e o HIV/SIDA entre mulheres grávidas, utilizando as clínicas pré-natais como uma plataforma. Estas intervenções incluem: o diagnóstico precoce; mecanismos de encaminhamento e contra-encaminhamento para as mulheres infectadas pelo HIV para que recebam antimaláricos e tratamento antiretroviral; prevenção da malária utilizando TIPg, com pelo menos três doses de SP por mulher que não irá receber o tratamento preventivo diário com cotrimoxazole; e uma RTI.

## **SITUAÇÃO ACTUAL DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS PARA MDG**

É importante saber onde um país está em termos de implementação das políticas e programas MDG para definir metas adequadas e determinar as etapas necessárias para alcançar estas metas e alargamento do programa. Como primeiro passo, é necessário conduzir uma avaliação das necessidades para determinar lacunas nas políticas e programas MDG num país. Isto poderá ser feito como parte de uma avaliação mais ampla das políticas e programas do país para a prevenção e controlo da malária, ou de forma mais objectiva concentrando-se somente na MDG. A OMS/RBM desenvolveu uma metodologia e instrumento de análise situacional que podem ser utilizados para conduzir uma avaliação ampla da programação para a malária. A abordagem de análise situacional RBM consiste numa avaliação sistemática do controlo da malária e das actividades de desenvolvimento do sector de saúde associado como base para o desenvolvimento de estratégias nacionais para fazer recuar a malária (OMS 1999). Os países podem seleccionar a partir do conjunto de ferramentas para recolha de dados associado a esta metodologia para satisfazer as metas e necessidades locais de recolha de dados. Além disso, os Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) desenvolveram um conjunto de ferramentas de avaliação rápida focalizadas especificamente sobre a malária durante a gravidez. (Vide Recursos no final deste capítulo.)

Existem várias formas de recolher informação necessária para avaliar o estado actual da implementação do programa MDG. A informação sobre a política, directrizes, recursos e estatísticas do serviço MDG, pode estar prontamente disponível, a partir de pesquisas existentes, tais como Estudos Sanitários Demográficos (ESD), Estudos de Múltiplos Nichos

Indicadores (EAIM) e Estudos de Indicadores da malária (EIM). Também poderá ser necessário recolher dados primários. Por exemplo, dados relativos aos serviços MDG podem ser obtidos directamente nas clínicas pré-natais através da observação, entrevistas e outras ferramentas de avaliação.

Uma vez recolhidos os dados MDG iniciais, estes poderão ser utilizados para classificar um país de acordo com o “estágio” de implementação MDG atingido em diferentes áreas. A Jhpiego desenvolveu uma moldura, denominada “Matriz dos Estágios de Implementação de Programas MDG” que utiliza oito componentes para resumir e classificar a situação MDG actual. Estas componentes incluem: integração, política, comodidades, garantia de qualidade, formação, MDG baseado na comunidade, M&A e financiamento. A Matriz dos Estágios de Implementação de Programas MDG abaixo (**Tabela 2**) descreve os quatro estágios de implementação para cada um destes oito componentes e foi elaborada para ajudar o seu país a determinar o seu estágio actual de prontidão para MDG. O manual definiu lições aprendidas de muitos países que possam ajudar todos os países a superar os desafios que enfrentam com a implementação.

Este manual também pode ajudar aos países a alargar os programas de prevenção e controlo da MDG. O grupo USAID CORE<sup>4</sup> define “alargamento” como “realização disseminada do impacto a custos económicos”. O CORE oferece a seguinte definição do “alargamento” de acordo com o Instituto Internacional para a Reconstrução Rural— “alargamento refere-se a esforços de trazer mais benefícios de qualidade a mais pessoas numa área geográfica vasta mais rapidamente, de forma mais equitativa e duradoura” (Grupo central 2005). Além disso, a obtenção de estágio assinala o progresso do alargamento, de forma que quando um país tiver chegado ao Estágio 4, poderá ser considerado como tendo alargado completamente o seu programa de prevenção e controlo da MDG.

---

<sup>4</sup> Grupo de Colaborações e Recursos para a Sobrevivência Infantil

Tabela 2. Matrix dos Estágios de Implementação de Programas MDG

COMPONENTE DE PRONTIDÃO PARA MDG	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3	ESTÁGIO 4
<p><b>Integração</b> Vide Capítulo 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem reuniões ou comunicação entre o PNCM e os programas de SR a nível nacional</li> <li>Integração fraca ou por coincidência a nível distrital</li> <li>Sem integração da MDG com outros programas de saúde pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algumas reuniões ou comunicação entre o PNCM e os programas de SR a nível nacional</li> <li>Tentativas de integração a nível distrital</li> <li>Tentativas de integrar a MDG com outros programas de saúde pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partilha de informação e reuniões regulares entre o PNCM e os programas de SR a nível nacional</li> <li>Concentração declarada de integração a nível distrital</li> <li>Alguns serviços MDG, SR, saúde infantil, e/ou HIV/SIDA foram agrupados nos serviços sanitários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estratégias e planificação conjuntas, e partilha de informação entre o PNCM e os programas de SR a nível nacional</li> <li>O nível distrital promove a integração da SR, saúde infantil, HIV/SIDA e MDG na administração e supervisão de apoio</li> <li>Os serviços MDG, SR, saúde infantil, e/ou HIV/SIDA são providos conjuntamente nos serviços sanitários</li> </ul>
<p><b>Política</b> Vide Capítulo 2-1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com poucas ou sem políticas, estratégias ou DPSs (diretrizes para a provisão de serviços) MDG disponíveis no país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento de algumas políticas, estratégias ou DPSs</li> <li>A disseminação ainda não foi efectuada ou não foi completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento das políticas, estratégias ou DPSs</li> <li>Disseminação parcial</li> <li>Utilização desconhecida ou incompleta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas, estratégias ou DPSs desenvolvidas e em uso a todos os níveis do sistema sanitário</li> </ul>
<p><b>Comodidades</b> Vide Capítulo 2-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fraca aquisição de medicamentos para a malária e RTI, e sistemas de distribuição para as clínicas CPN fracamente funcional (e.g., ruptura de stocks)</li> <li>Medicamentos para a malária e/ou MDG recomendados pela OMS ainda não foram aprovados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A aquisição de medicamentos para a malária e RTI, e os sistemas funcionais de distribuição para as clínicas CPN</li> <li>Medicamentos para a malária e/ou MDG recomendados pela OMS foram aprovados mas não estão largamente disponíveis</li> <li>RTIs disponíveis esporadicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A aquisição de medicamentos para a malária e RTI, e os sistemas funcionais de distribuição para as clínicas CPN</li> <li>Medicamentos para a malária e/ou MDG recomendados pela OMS foram aprovados e estão largamente disponíveis</li> <li>RTIs disponíveis em muitos locais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A aquisição de medicamentos para a malária e RTI, e os sistemas de distribuição para as clínicas CPN eficientes</li> <li>Medicamentos para a malária e/ou MDG recomendados pela OMS sempre disponíveis</li> <li>RTIs sempre disponíveis</li> </ul>

COMPONENTE DE PRONTIDÃO PARA MDG	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3	ESTÁGIO 4
<p><b>Garantia de Qualidade</b> Vide Capítulo 2-3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os padrões de garantia de qualidade MDG não foram desenvolvidos</li> <li>Inexistência de supervisão de apoio para a manutenção da qualidade dos serviços MDG</li> <li>Serviços MDG de fraca qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os padrões de garantia de qualidade MDG foram desenvolvidos, mas ainda não foram disseminados</li> <li>Existência de supervisão de apoio limitada para os serviços MDG</li> <li>Serviços MDG de baixa qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os padrões de garantia de qualidade MDG foram desenvolvidos e são usados em algumas áreas</li> <li>Aumento da utilização da supervisão de apoio aos serviços MDG</li> <li>Serviços MDG de qualidade moderada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os padrões de garantia de qualidade MDG foram desenvolvidos e são usados sistematicamente</li> <li>Utilização sistemática da supervisão de apoio aos serviços MDG</li> <li>Serviços MSD de alta qualidade</li> </ul>
<p><b>Formação</b> Vide Capítulo 2-4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência planificação de formação MDG com base nas competências</li> <li>Currículos de Formação básica para enfermagem, obstetrícia e medicina estão desatualizados relativamente a MDG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificação ou ocorrência limitada de formação MDG com base nas competências</li> <li>Currículos de Formação básica para enfermagem, obstetrícia e medicina relativamente a MDG, mas não ministrados aos estudantes de forma consistente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formação contínua com base nas competências fornecida a todas as provedoras de serviços sanitários</li> <li>Currículos de Formação básica actualizados para enfermagem, obstetrícia e medicina revistos relativamente a MDG, a grande parte das instituições académicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formação contínua com base nas competências fornecida a todas as categorias adequadas de provedores de serviços sanitários</li> <li>Currículos de Formação básica actualizados para enfermagem, obstetrícia e medicina revistos relativamente a MDG, a grande parte das instituições académicas</li> </ul>
<p><b>Programas MDG Comunitários</b> Vide Capítulo 2-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixa actividade/consciencialização comunitária sobre MDG</li> <li>Indisponibilidade de recursos para a comunidade</li> <li>Baixa aceitação comunitária das medidas de prevenção e tratamento da MDG (RTIs, TIPg e gestão de casos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da actividade/consciencialização comunitária sobre MDG através de programas</li> <li>Desenvolvimento de poucos recursos para a comunidade</li> <li>Alguma aceitação comunitária das medidas de prevenção e tratamento da MDG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forte actividade/consciencialização comunitária sobre MDG através de pesquisa, advocacia e/ou programas</li> <li>Disseminação da disponibilidade de recursos adequados</li> <li>Aceitação comunitária moderada das medidas de prevenção e tratamento da MDG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os grupos de acção comunitária são fortes parceiros nos esforços nacionais de prevenção da MDG</li> <li>Disseminação da disponibilidade de recursos adequados</li> <li>Aceitação comunitária disseminada das medidas de prevenção e tratamento da MDG</li> </ul>

COMPONENTE DE PRONTIDÃO PARA MDG	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3	ESTÁGIO 4
<p><b>M&amp;A</b> Vide Capítulo 2-6</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indisponibilidade de serviço de provisão de dados rotineiros sobre MDG</li> <li>• Ausência de indicadores MDG</li> <li>• Ausência de informação de base<sup>5</sup> ou resultados de pesquisa do país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de serviço de provisão de dados rotineiros sobre MDG</li> <li>• Elaboração de indicadores designados mas não integrados no sistema nacional</li> <li>• Existe alguma informação de base ou sobre pesquisas no país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de rotina sobre a provisão de serviços MDG disponíveis, recolhidos e reportados</li> <li>• Acordo sobre os indicadores MDG e início da recolha de dados</li> <li>• Existe informação de base ou sobre pesquisas no país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de rotina sobre a provisão de serviços MDG disponíveis, recolhidos e reportados e utilizados na tomada de decisões</li> <li>• Recolha regular de indicadores MDG</li> <li>• Desenvolvimento de alguns estudos finais para capturar as realizações e/ou condução de estudos do impacto</li> </ul>
<p><b>Financiamento</b> Vide Capítulo 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O governo nacional não alocou fundos aos programas MDG</li> <li>• Não existe financiamento de doadores para MDG</li> <li>• Não se submeteram propostas aos de doadores para financiamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O governo nacional não alocou fundos adequados para os programas MDG cobrirem os custos estimados</li> <li>• Existem fundos limitados de doadores para MDG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O governo nacional alocou fundos aos programas MDG que cobrem significativamente os custos estimados</li> <li>• Existem fortes fundos de financiamento de doadores para MDG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O governo nacional alocou e desembolsou fundos aos programas MDG que cobrem significativamente os custos estimados</li> <li>• Existem amplos fundos de doadores para MDG que são utilizados de forma eficaz</li> </ul>

<sup>5</sup> A informação de base relevante inclui a utilização comunitária da MDG, epidemiologia da transmissão da malária e farmacovigilância.

## **Pesquisa Operacional**

Dependendo de onde o país estiver nos estágios de implementação dos programas MDG, a pesquisa operacional (PO) é uma consideração para determinar a área do programa sobre a qual o país se concentrará. A PO pode ser definida como um inquérito prático ao funcionamento de um programa. A PO, que também é conhecida como pesquisa de implementação, ajuda-nos a aprender como implementar e gerir melhor os nossos programas.

As ideias para a PO podem surgir da M&A normal da implementação do programa. Por exemplo, poderemos notar que somente 40% das mulheres que recebem a primeira dose de TIPg recebem a sua segunda dose. Podemos esboçar um protocolo de pesquisa simples para saber porque é que isto está a acontecer. Primeiro, poderemos rever os nossos registos do ano anterior e descobrir em que ponto durante a gravidez é que as mulheres que se registavam para CPN. Poderemos portanto saber que a maioria vem à primeira consulta ao sétimo ou oitavo mês de gestação e portanto não tiveram tempo suficiente para receber as duas doses. Depois poderemos elaborar um breve estudo comunitário com algumas perguntas sobre porque as mulheres se registam tarde e sobre quais pensam ser os benefícios do TIPg. Alternativamente, poderemos organizar uma série de grupos focais com mulheres na comunidade—no mercado, ou depois de irem à mesquita ou igreja, e pedir-lhes para debaterem entre elas as questões de adesão aos CPN e percepções sobre o TIPg. Com base no qual saberemos das próprias mulheres, poderemos elaborar formações sanitárias comunitárias e com base na clínica para encorajar a adesão precoce e completa que faça com que obtenham as duas doses de TIPg. Iríamos elaborar um estudo PO, implementado a educação sanitária em metade das clínicas do distrito e depois comparar se houve melhorias na cobertura de TIPg nas clínicas onde a educação sanitária teve lugar relativamente às clínicas onde não ocorreu. Se tivermos uma melhoria da cobertura, poderemos usar estes resultados da PO para fazer o alargamento dos serviços melhorados. Em resumo, a PO capacita-nos para efectuar perguntas sobre a implementação dos nossos programas e ajuda-nos a elaborar e testar soluções para os problemas identificados.

## REFERÊNCIAS PARA O CAPÍTULO 1

Ayisi JG et al. 2003. The effect of dual infection with HIV and malária on pregnancy outcomes in western Kenya. *AIDS* 17: 585–594.

CORE Group. 2005. “Scale” and “Scaling-Up.” A CORE Group Background Paper on “Scaling-Up” Maternal, Newborn and Child Health Services. CORE Group: Washington, D.C. (11 July).

Kinzie B and Gomez P. 2004. *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. Jhpiego/MNH Program: Baltimore, MD.

Roll Back Malaria. 2007a. At: <http://rbm.OMS.int/countryaction> 26 March.

Roll Back Malaria. 2007b. At: <http://rbm.OMS.int/mmss> 26 March.

Verhoeff F et al. 1999. Increased prevalence of malária in HIV-infected pregnant women and its implications for malária control. *Tropical Medicine and International Health* 4(1): 5–12.

World Health Organization (OMS). 2008. *World Malaria Report 2008*. At: <http://www.who.int/malaria/wmr2008>.

World Health Organization (OMS). 2007. Global Malaria Programme. Vector Control. At: <http://www.OMS.int/malaria/vectorcontrol.html> 26 March 2007.

World Health Organization (OMS). 2006a. *Guidelines for the Treatment of Malaria*. OMS: Geneva. At: <http://www.OMS.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>.

World Health Organization (OMS). 2006b. *The Use of Rapid Diagnostic Malaria Tests*, second edition. OMS: Geneva.

World Health Organization (OMS). 2005a. *Framework for Collaboration between the Malaria Control Programme and the Reproductive Health Programme to Control Malaria in Pregnancy*. OMS Regional Office for Africa. (Draft July 2005).

World Health Organization (OMS). 2005b. *Integration of Malaria in Pregnancy Prevention and Control into Maternal and Child Health Services: Implementation Guidelines*. OMS Regional Office for Africa: Brazzaville. (September 2005 draft).

World Health Organization (OMS). 2005c. *Recommendations on the Use of Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP) for Intermittent Preventive Treatment during Pregnancy (IPT) in Areas of Moderate to High Resistance to SP in the African Region*. OMS Regional Office for Africa: Brazzaville. At: [http://afro.OMS.int/malaria/publications/OMS\\_sp\\_statement.pdf](http://afro.OMS.int/malaria/publications/OMS_sp_statement.pdf).

World Health Organization (OMS). 2004a. *Malaria and HIV/AIDS Interactions and Implications: Conclusions of a Technical Consultation Convened by OMS 23–25 June 2004*. OMS: Geneva.

World Health Organization (OMS). 2004b. *The RBM Partnership's Global Response: A Programmatic Strategy 2004–2008*. OMS: Geneva. (June).

World Health Organization (OMS). 2004c. *A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control During Pregnancy in the African Region*. OMS Regional Office for Africa: Brazzaville.

World Health Organization (OMS)/UNICEF. 2003. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990–2001*. OMS: Geneva.

World Health Organization (OMS). 2002. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. OMS: Geneva.

## **RECURSOS PARA O CAPÍTULO 1**

Boyd B et al. 1999. *Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual by POLICY*. POLICY Project, Futures Group International: Washington, D.C.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2005. *The Rapid Assessment of the Problem of Malaria during Pregnancy*. Draft, August 2005.

Sharma RS. n.d. *An Introduction to Advocacy: Training Guide*. Support for Analysis and Research in Africa (SARA), Academy for Educational Development: Washington, D.C.

World Health Organization (OMS). 1999. *Roll Back Malaria: Proposed Methods and Instruments for Situation Analysis*. OMS: Geneva. (26 March). (Reference: OMS/CDS/RBM/99.01.a E).

## CAPÍTULO 2

# COMPONENTES ESSENCIAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS

### SÍNTESE

A *Moldura Estratégica* da OMS/AFRO apresenta uma abordagem sistemática para a implementação de programas para a prevenção e controlo da MDG. Dentro desta moldura de implementação existem componentes de programas que devem ser cobertos para que as actividades ocorram na instalação para cuidados sanitários.

Neste capítulo, as etapas de implementação de programas definidas na *Moldura Estratégica* da OMS/AFRO são mais elaboradas como sete componentes principais do programa, as principais acções necessárias para implementar cada componente, e as questões principais a serem consideradas como parte do processo de implementação. Estão incluídos exemplos de países específicos e são recomendados recursos que fornecem informação mais pormenorizada, onde disponíveis.

Os principais componentes deste capítulo são:

- 2-1 Traduzir a política MDG em Directrizes para a Prestação dos Serviços (DPSs)
- 2-2 Comodidades
  - 2-2.1 Garantir a gestão farmacêutica Adequada para a prevenção e Tratamento da MDG
  - 2-2.2 Garantir a Distribuição de Redes Tratadas com Insecticida para a Prevenção e Controlo da MDG
- 2-3 Utilizar Padrões de Desempenho para Ajudar a Garantir Serviços MDG de Qualidade
- 2-4 Capacitar os Recursos Humanos através da Formação para Garantir a Implementação das Directrizes MDG
- 2-5 Mobilizar as Comunidades a Agirem para Prevenir a MDG
- 2-6 Monitorizar e Avaliar os Programas para a Prevenção e Controlo da MDG

As Principais Acções para cada componente são apresentadas no formato de um plano de acção, com colunas para "Responsável" e "Cronograma", para ajudar os países a adaptarem facilmente a lista de verificação num documento de planificação.

O manual baseou-se na assumpção de que já foi estabelecida uma política nacional para a prevenção e controlo da MDG. Além disso, o primeiro componente é aquele de traduzir a política em DPSs.

# TRADUÇÃO DA POLÍTICA EM DIRECTRIZES PARA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

As directrizes para a provisão dos serviços (DPSs) são uma ferramenta técnica para se chegar a padrões,<sup>6</sup> e elas fornecem informação pormenorizada necessária para implementar as directrizes da política nacional. Elas são utilizadas pelos profissionais de cuidados de saúde, seus supervisores e equipes de gestão ao longo do sistema como fonte de informação específica e actualizada sobre as intervenções MDG oferecidas num país. As DPSs complementam as directrizes da política ao:

- Descreverem os protocolos MDG e como os CPN servem de plataforma para a sua implementação;
- Introduzirem componentes associadas necessárias para a provisão de serviços de qualidade, tais como princípios e procedimentos para práticas de prevenção da infecção nos CPN;
- Explicarem a importância da comunicação interpessoal positiva entre os provedores de cuidados sanitários e clientes e suas famílias;
- Recomendarem a forma de organização dos serviços MDG nos diversos níveis do sistema sanitário nacional; e
- Servirem de base para aprendizagem MDG e materiais de recurso e sistemas de avaliação para formação e provisão de cuidados sanitários.

As DPSs nacionais traduzem os padrões internacionais com base em evidências em instruções adequadas e práticas para os provedores especializados. Elas fornecem pormenores sobre como e por quem é que os serviços serão geridos e prestados. Elas geralmente incluem protocolos para o desempenho de tarefas MDG específicas, listas de medicamentos e de suprimentos, TODO, e medidas justificativas, tais como prevenção da infecção. As directrizes permitem que a prestação de cuidados sanitários, formação, supervisão, apoio logístico e práticas de gestão sejam de uma qualidade elevada consistente a todos os níveis do sistema de cuidados sanitários. Elas fornecem os meios para padronizar as práticas MDG, além de manutenção de registos para fins de monitorização.

*(Adaptado de: Programa Jhpiego/MNH. 2001. Relatório do Seminário: Implementação dos Padrões Globais de Cuidados para a Saúde Materna e Neo-natal. Jhpiego: Baltimore, MD.)*

---

<sup>6</sup> A OMS define um padrão como um nível de desempenho acordado que especifica que acção deveria ser tomada. Um padrão deverá ser atingível, observável, desejável e mensurável.

TRADUÇÃO DA POLÍTICA EM DIRECTRIZES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			
ACÇÕES PRINCIPAIS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	ESTADO
<p>Identificar o comité técnico para esboçar as directrizes MDG (com base na reunião de advocacia anteriormente organizada para definir ou rever a política MDG) e definir padrões de desempenho (vide Capítulo 2-4):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MS, incluindo os representantes dos programas para a malária e saúde reprodutiva</li> <li>• Médicos, incluindo o sector privado</li> <li>• Enfermeiras-parteiras, incluindo o sector privado</li> <li>• Oficiais clínicos</li> <li>• Líderes de formação básica</li> <li>• Representantes de associações profissionais (e.g., parteiras, médicos)</li> <li>• Farmacêuticos</li> <li>• Organizações não governamentais e religiosas</li> <li>• Organizações bilaterais e multilaterais</li> <li>• Profissionais de saúde comunitária</li> <li>• Líderes comunitários</li> <li>• Retalhistas, lojistas</li> </ul>			
<p>Conduzir uma avaliação focalizada das necessidades para fornecer informação sobre os serviços MDG existentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os conhecimentos e práticas dos provedores e as suas sugestões para a implementação de MDG</li> <li>• Serviços oferecidos e como estão integrados com os serviços CPN existentes</li> <li>• Suprimentos e mediamentos disponíveis e cadeia de suprimentos</li> <li>• Prevenção da infecção</li> <li>• Manutenção de registos (e.g., registos e relatórios)</li> <li>• Supervisão: Como é efectuada? (e.g., lista de verificação para supervisão)</li> <li>• Utilização da informação e tomada de decisões</li> <li>• Conhecimentos e práticas dos pacientes e das comunidades</li> <li>• Para mais informações sobre M&amp;A, incluindo indicadores específicos, vide <b>Capítulo 2-6</b>.</li> </ul>			
<p>Conduzir seminários de actualização técnica para o comité técnico e outros intervenientes importantes para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informação precisa, actualizada, com base em evidências relativas à MDG</li> <li>• Debater o uso de padrões de desempenho para ajudar a garantir serviços de alta qualidade</li> <li>• Identificar desafios para a implementação de directrizes MDG novas/revistas</li> <li>• Apresentar as melhores práticas e lições tiradas globalmente, regionalmente e do seu país</li> <li>• Ganhar a aceitação e apoio para implementação nacional</li> </ul>			

TRADUÇÃO DA POLÍTICA EM DIRECTRIZES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			
ACÇÕES PRINCIPAIS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	ESTADO
<p>Esboçar DPSs para TIPg, RTIs e gestão de casos. Estas deveriam incluir informação pormenorizada, básica e essencial sobre:<sup>7</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção da MDG</li> <li>• Posologia dos medicamentos TIPg, calendarização da primeira dose, número de doses</li> <li>• Intervalo mínimo de posologia</li> <li>• Quem irá fornecer o medicamento (e.g., enfermeiro, enfermeiro-parteiro, médico)</li> <li>• Quem irá distribuir RTI</li> <li>• Formação dos provedores de RTIs (sector público e privado), etc.</li> <li>• Necessidade da TODO, incluindo um copo limpo e água potável para cada paciente</li> <li>• Se existirá uma taxa para o medicamento</li> <li>• Documentação necessária/monitorização de rotina (e.g., cartão CPN, registos clínicos)</li> <li>• Aconselhamento para as pacientes sobre os medicamentos anti-malária</li> <li>• Protocolos para mulheres infectadas pelo HIV</li> <li>• Aconselhamento sobre o uso de/provisão de RTIs (acesso através dos CPN e/ou outros mecanismos)</li> <li>• Gestão de casos e/ou encaminhamento para a malária grave e sem complicações de acordo com as directrizes nacionais</li> <li>• Como utilizar a informação (recolhida rotineiramente localmente e nacionalmente) a nível da prestação dos serviços</li> </ul>			
<p>Circular esboços de directrizes para feedback e apoio (com prazo para contribuições) para o MS (programas para a malária e saúde reprodutiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicos experientes (médicos e enfermeiras-parteiras)</li> <li>• Programas de formação básica</li> <li>• Associações profissionais</li> <li>• Doadores</li> <li>• Representantes comunitários</li> </ul>			
<p>Conduzir testes de campo das directrizes por intervenientes e grupos de provedores a vários níveis e tipos de instalações e por diferentes categorias de pessoas dos serviços sanitários. Obter informação sobre os serviços recebidos pelos pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As directrizes devem ser claras, práticas e facilmente compreendidas.</li> <li>• A inclusão dos intervenientes na testagem de campo ajuda a criar um sistema sustentável.</li> </ul>			
<p>Ganhar apoios oficiais do MS para as directrizes.</p>			

<sup>7</sup> Faça referência a Organização Mundial da Saúde (OMS). 2006. *Directrizes para o Tratamento da Malária para orientação*.

<b>TRADUÇÃO DA POLÍTICA EM DIRECTRIZES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>			
<b>ACÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>ESTADO</b>
Preparar directrizes para a disseminação e desenvolver materiais corolários: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Traduzir as directrizes em línguas locais conforme necessário.</li> <li>● Desenvolver, testar e traduzir os meios auxiliares focalizando sobre o conteúdo novo ou actualizado.</li> <li>● Desenvolver e traduzir o pacote de aprendizagem para a formação contínua.</li> <li>● Desenvolver e traduzir o pacote de orientação para a disseminação alargada das directrizes para os provedores, supervisores e equipas de gestão.</li> <li>● Desenvolver padrões de desempenho clínico utilizando DPSs.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Actualizar os curricula para a formação básica para incluir novo conteúdo didáctico e implicações para a prática clínica.</li> <li>● Conduzir uma actualização básica dos conhecimentos e capacidades para os tutores, preceptores clínicos e formadores contínuos.</li> <li>● Desenvolver, testar e traduzir os materiais de advocacia e informação, educação e comunicação (IEC) para garantir que o conteúdo seja compatível com as novas DPSs.</li> <li>● Actualizar o cartão CPN e registos associados em todo o sistema sanitário.</li> <li>● Actualizar as ferramentas para melhoria da qualidade e de supervisão para incorporar novas directrizes.</li> </ul> Rever descrições de funções para serem consistentes com as directrizes.			
Imprimir o número adequado de cópias de directrizes e meios auxiliares para garantir que cada instalação de cuidados sanitários receba pelo menos uma cópia das DPSs e meios auxiliares adequados.			
Imprimir um número adequado de cópias do corolário do pacote de aprendizagem contínua, do curriculum básico, advocacia e materiais IEC, cartões CPN e registos associados.			
Organizar uma reunião nacional de advocacia para lançar e disseminar as directrizes para uma audiência diversa: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Políticos</li> <li>● Associações profissionais</li> <li>● Provedores de cuidados sanitários</li> <li>● Media</li> <li>● Comunidade</li> </ul>			
Disseminar as directrizes para os níveis regional e distrital para chegar e informar aos: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Decisores</li> <li>● Provedores de cuidados sanitários nos sectores público e privado</li> <li>● Defensores da saúde feminina</li> <li>● Grupos comunitários</li> <li>● Educadores básicos</li> </ul>			

TRADUÇÃO DA POLÍTICA EM DIRECTRIZES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			
ACÇÕES PRINCIPAIS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	ESTADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formadores clínicos</li> <li>● Supervisores</li> <li>● Gestores</li> </ul> <p>Disseminar as directrizes através dos canais de comunicação apropriados, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Seminários utilizando pacotes de orientação</li> <li>● Consultas de supervisão</li> <li>● Formação contínua</li> <li>● Educação básica</li> <li>● Campanhas de consciencialização comunitária (dia da malária, etc.)</li> <li>● Meios auxiliares</li> </ul>			

## QUESTÕES PRINCIPAIS

As “principais acções” listadas para o desenvolvimento e implementação de DPSs não ocorrem necessariamente em sequência. A ordem pode diferir ou as acções podem ocorrer simultaneamente. Por exemplo, os padrões de podem ser desenvolvidos em primeiro lugar, como parte de uma iniciativa de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, e as DPSs são posteriormente desenvolvidas, utilizando aqueles padrões de desenvolvimento como orientação. Na ausência de DPSs nacionais, poderão ser utilizadas DPSs internacionais para desenvolver os padrões de desempenho. Não existe nenhum processo de implementação padronizado—poderá ocorrer de baixo para cima ou de cima para baixo.

É essencial que o comité técnico encarregue de esboçar as directrizes MDG seja largamente representativo e multidisciplinar para ajudar a garantir que as directrizes sejam integradas no conteúdo, administração e prestação dos serviços. A integração dos serviços refere-se não só à utilização dos CPN como plataforma para a prestação da prevenção MDG e gestão de casos, mas também os sistemas administrativos para a planificação, alocação de recursos, gestão financeira, M&A e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Este comité técnico é normalmente um subcomité do grupo nacional de assessoria técnica.

- Conforme mencionado na Introdução, as directrizes CPN e MDG geralmente são desenvolvidas como protocolos paralelos mas separados porque os departamentos ou gabinetes para a malária e saúde reprodutiva são separados. A integração das directrizes MDG normalmente ocorre no ponto de prestação dos serviços e através do desenvolvimento de padrões de desempenho para os serviços MDG (vide Capítulo 2-4). É importante lembrar que os CPN são a plataforma para a prestação de todos os serviços de saúde materna, incluindo serviços PTV. A inclusão de outros serviços importantes

ajudará a garantir que estes programas algumas vezes financiados verticalmente não se tornem mutuamente exclusivos. As actividades de advocacia deverão garantir que todos os materiais corolários enumerados na lista de verificação da Acções Principais são consistentes com as novas políticas conforme expresso em ambos conjuntos de directrizes.

- As actividades de advocacia e comunicação provavelmente iniciaram quando a política MDG foi revista e avaliada. As actividades de comunicação em nome das DPSs poderão ocorrer conjuntamente ou sequencialmente para ajudar a garantir a disseminação adequada e compreensão das directrizes. Os exemplos de actividades incluem dramas de rádio, cartazes e logótipos a promoverem as instalações sanitárias que utilizam as directrizes e panfletos que realçam os aspectos importantes das directrizes.
- O principal para garantir o sucesso das directrizes MDG é garantir que 100% dos utentes pretendidos recebam e percebam os documentos. Atingir este objectivo exige uma abordagem multifacetada que poderá incluir visitas de supervisão, formação contínua e seminários de orientação para preencher a lacuna de informação imediata. Os conteúdos e protocolos MDG devem ser incorporados na formação básica para implementação a longo prazo e sustentável. Em todos os casos, será necessária a supervisão de apoio através de visitas de seguimento utilizando listas de verificação com base em padrões para ajudar a garantir que as DPSs estão a ser implementadas na provisão de serviços.
- Uma abordagem em cascata, utilizando um pacote de orientação e meios auxiliares de compreensão fácil, provou-se bem sucedida em diversos países para informar rapidamente aos provedores, supervisores e equipas de gestão das DPSs novas ou revistas a uma larga escala. O pacote de orientação foi desenvolvido utilizando linguagem simples apresentada em slides PowerPoint®. Os meios auxiliares são uma componente principal do pacote porque orientam ao provedor nas tarefas diárias necessárias para fornecer cuidados MDG. O pessoal que tenha participado em seminários de orientação utiliza o pacote de orientação para informar aos colegas, que por sua vez informam a outros colegas.

## **PAÍS EXEMPLO: ZÂMBIA**

Ao longo de um período de tempo prolongado em 2000-2002, foram convocadas inúmeras reuniões de partes interessadas na Zâmbia para debater a necessidade de alterar as directrizes para a malária, á luz da crescente evidência da resistência significativa à cloroquina. Estas reuniões foram coordenadas pelo Centro Nacional para o Controlo da Malária (CNCM), e incluíram os principais intervenientes do Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina/Hospital de Ensino da Universidade da

Zâmbia (UTH), Conselhos de Medicina e Enfermagem, e parceiros multilaterais e bilaterais proeminentes e agências de implementação.

Enquanto houve pouco desacordo sobre o desejo de implementar uma nova política para MDG, incorporando o TIPg com SP, a decisão de substituir a cloroquina e seleccionar um antimalárico de primeira linha alternativo foram muito mais difíceis de resolver. Quando se tornou aparente que estava a emergir um consenso, o comité MDG estava pronto para entrar em acção. Este grupo foi presidido pelo programa de Saúde Materna e Neo-natal (SMN) liderado pela Jhpiego e membros incorporados desde o CNCM, MS, Programa de Saúde Integrado da Zâmbia, Sociedade para a Saúde da Família (SSF) (presidente do grupo de trabalho para RTI), Departamento de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital de Ensino da Universidade, e a OMS.

A política MDG do governo cobria quatro componentes principais:

- **Prevenção:** Todas as mulheres grávidas deveriam ser informadas e capacitadas para se protegerem da malária através de medidas de protecção comprovadas, tais como RTIs.
- **Tratamento Preventivo Periódico:** Todas as mulheres grávidas na Zâmbia deveriam receber três doses de TIPg durante as suas gravidezes, mesmo na ausência de sintomas de malária, como uma medida preventiva.
- **Anemia:** As directrizes para a suplementação de micro nutrientes e para a prevenção e gestão da anemia deveriam ser seguidas por todas as mulheres grávidas.
- **Gestão de Casos:** A malária sintomática nas mulheres grávidas deverá ser precocemente reconhecida e prontamente resolvida e tratada de forma eficaz.

Estas foram traduzidas em DPSs pelo Comité MDG e inseridas no capítulo de saúde materna da Directriz Técnica Integrada para Profissionais de Saúde na Linha da Frente (DTI), que estava a ser revista por um grande grupo de interessados (vide Figura 2-1-1).

Ao traduzir estas componentes em DPSs, o Comité concentrou-se no sector público porque a sua população representa mais de 90% das mulheres que frequentam os CPN uma vez, e mais de 70% das mulheres que frequentam os CPN quatro ou mais vezes. O Comité também determinou a dosagem específica e os calendários/regimes de posologia para TIPg com SP e tratamento da malária sintomática nas mulheres grávidas; concordaram sobre questões relativas à gestão da anemia (desparasitação de rotina), definições e mensagens principais; desenvolveu as ferramentas de M&A; concordou com o programa de disseminação (a abordagem do seminário de orientação); desenvolveu o pacote de orientação e meios auxiliares para o provedor; e organizou os seminários de disseminação. Designou membros do Comité e também garantiu que a

mesma informação foi incorporada nas DTIs, nas directrizes e ferramentas PTV, etc. O comité também levou estas directrizes e desenvolveu um pacote de orientação de um dia para profissionais e gestores de saúde. Ambos processos envolveram diversos estágios de reuniões com as partes interessadas, desenvolvimento de materiais, revisão e finalização.

**Figura 2-1-1. Página Modelo Adaptada das DTIs Contendo Directrizes MDG**

Actividades de Promoção e Prevenção Específicas para Cada Consulta Pré-natal				
Parâmetro	Semanas de Gestação			
	1ª Consulta ou <16ª smn	2ª consulta 20–24ª smn	3ª consulta 28–32ª smn	4ª consulta 36ª smn
<b>Administração do medicamento e imunização</b>				
Ácido fólico: 5 mg diariamente antes da concepção ou a partir do primeiro contacto	✓	✓	✓	✓
Ferro: 200 mg diariamente a partir do primeiro contacto (fornecer aconselhamento sobre os efeitos secundários bem como os perigos da overdose <i>especialmente</i> para crianças). Dose do tratamento em caso de anemia 200 mg t.i.d.	✓	✓	✓	✓
Sulfadoxine-pyrimethamine (SP, também conhecida como Fansidar): O tratamento Intermitente Preventivo para a malária deveria ser administrado a <i>todas</i> mulheres grávidas, mesmo sem sintomas, três vezes durante a gravidez: 3 comprimidos tomados de uma vez, <i>depois</i> do primeiro trimestre e pelo menos com um mês de intervalo, o tratamento deverá ser administrado e observado durante as consultas pré-natais. Esta abordagem será acompanhada pelo fornecimento de RTIs a preços altamente subsidiados através dos CPNs e do sistema de senhas.		✓	✓	✓
Anatoxina tetânica		✓	✓	

Por as alterações da política MDG não serem altamente técnicas, assumindo que os provedores possuam capacidades básicas, o Comité MDG designou uma orientação de um dia para gestores e provedores de forma a impulsionar o programa e obter uma rápida cobertura nacional. O pacote de orientação cobriu as quatro principais componentes da política, explicou o processo de elaboração da política, as bases médicas para as políticas, as directrizes específicas para os profissionais de saúde seguirem. Também incluiu informação clínica para reforçar áreas específicas de fraquezas em termos de capacidades (e.g., avaliação da idade gestacional, eliminação da gravidez ao tratar a malária, etc.). o pacote continha questionários, exercícios e apresentações PowerPoint com notas para o formador. foi formado um pacote num formato fácil de usar e seguir, levando em consideração o fardo sobre os profissionais e gestores de saúde, as elevadas taxas de adesão aos CPN, e a base de conhecimentos existente dos provedores de cuidados sanitários a prestarem cobertura pré-natal. O pacote também incluiu meios auxiliares simples, bem como folhas de resultados para ajudar os distritos a monitorizar a implementação da política MDG.

Uma vez adoptado o pacote de orientação, foi disseminado nacionalmente, e reforçado com circulares oficiais do MS para os distritos. Foi impresso um número suficiente de cópias do manual do formador, manual do participante e jogos de transparências para todos os 72 distritos do país. O Comité MDG organizou seminários de orientação para cada uma das nove províncias da Zâmbia, convidando todos os 72 Equipes Distritais de Gestão Sanitária (EDGSs), e forneceu cópias do pacote de orientação às EDGSs para utilizarem para orientar todos os profissionais de saúde nos seus distritos. Os pacotes de orientação também foram fornecidos a todas as instituições de formação para serem incorporados nos programas de formação básica para enfermeiros, médicos e socorristas, e foram incluídas faculdades chave nos seminários de orientação provincial.

O Comité também incorporou a mesma informação e directrizes MDG num kit de aconselhamento sobre a maternidade, a ser desenvolvido para apoiar os CPN focalizados, e na política PTV, directrizes e materiais de formação.

Como resultado deste trabalho, as novas políticas MDG foram traduzidas em directrizes e disseminadas para todo o país num período de aproximadamente seis meses. Com a frequência pré-natal única em mais de 90% e mais do que 70% das mulheres que frequentavam quatro ou mais consultas pré-natais, as verificações imediatas mostraram que aproximadamente 70% das mulheres elegíveis estavam a receber pelo menos a primeira dose de TIPg. Além disso, os programas RTI concentrados nas clínicas CPN começaram a disseminar, apesar de estarem dependentes do financiamento de doadores para fornecer números adequados de redes subsidiadas e o apoio necessário para a logística e gestão.

**As lições aprendidas** incluem:

- Um pequeno grupo de trabalho bem seleccionado e amplamente representativo poderá fazer progressos rápidos na tradução da política em directrizes e encabeçar a sua disseminação, utilizando contribuições mais amplas das partes interessadas e as actividades de obtenção de consenso selectivamente.
- A integração das directrizes verticais para uma componente de serviço, tais como aquelas para a MDG, é importante porque o sucesso da implementação a longo prazo depende desta se tornar uma parte rotineira do serviço mais vasto, neste caso de serviços CPN de rotina.
- A disseminação activa de novas políticas e directrizes é fundamental, e as actividades de disseminação deve chegar aos utentes finais. Uma reunião de partes interessadas na capital ou o envio massivo de materiais e documentos impressos por correio frequentemente não resulta na adopção rápida e precisa de novas práticas.
- As ferramentas e sistemas M&A são fundamentais para monitorizar a implementação de novas políticas e directrizes. Infelizmente, na

Zâmbia, a inclusão de ferramentas no pacote de orientação não foi suficiente, uma vez que os profissionais de saúde sobrecarregados e os EDGSs não implementaram adequadamente o seu uso. Isto provavelmente deveu-se ao grande número de casos de devem gerir, mas também a um formulário que era demasiado complicado e um desfasamento temporal entre a orientação e a recepção dos materiais de relatório. Existe uma tensão constante no sistema EIM ao não desejar sobrecarregar os provedores de cuidados sanitários e as instalações sanitárias com a prestação de contas vertical; no entanto, para novos programas, a referida prestação de contas é um requisito essencial, pelo menos até que os programas estejam bem estabelecidos.

## **RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-1**

World Health Organization (OMS). 2006a. *Guidelines for the Treatment of Malaria*. OMS: Geneva. OMS/HTM/MAL/2006.1108.

World Health Organization. 2006b. *Recommendations on the Use of Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP) for Intermittent Preventive Treatment during Pregnancy (IPTp) in Areas of Moderate to High Resistance to SP in the African Region*. OMS Regional Office for Africa: Brazzaville. At: [http://afro.OMS.int/malaria/publications/OMS\\_sp\\_statement.pdf](http://afro.OMS.int/malaria/publications/OMS_sp_statement.pdf).

World Health Organization (OMS). 2003. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. OMS: Geneva.

## CAPÍTULO 2-2

# COMODIDADES

### 2-2.1 GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ<sup>8</sup>

A disponibilidade, gestão apropriada e uso racional de medicamentos é fundamental para o sucesso da prevenção e tratamento da MDG e requer:

- Uma decisão atempada por parte da mulher grávida em utilizar CPN onde seja administrado o TIPg;
- Uma decisão atempada por parte da mulher grávida em procurar tratamento, com base no reconhecimento dos sinais de perigo ou sintomas de malária ou anemia;
- Diagnóstico e tratamento adequados para a malária e a prescrição de medicamentos apropriados para TIPg pelo provedor;
- A disponibilidade e acessibilidade de medicamentos adequados;
- A aquisição de medicamentos correctos em quantidades apropriadas;
- O uso de medicamentos em conformidade com um regime adequado (dose, frequência, duração); e
- Seguimento atempado e apropriado, especialmente se ocorrer a falha do tratamento, e encaminhamento atempado para a fonte correcta de cuidados especializados.

Este capítulo concentra-se no quarto, Quinto e sexto pontos acima enumerados. Estes elementos incorporam os mecanismos e processos necessários para garantir que os medicamentos correctos cheguem aos pontos de prestação de serviços de forma que as grávidas possam ter acesso a eles. Além disso, estes elementos ajudam a garantir que o medicamento seja utilizado de forma adequada, em conformidade com as recomendações das directrizes de tratamento padrão. Finalmente, eles incluem todos os processos necessários para apoiar a implementação incluindo formação, gestão e supervisão adequadas.

Este capítulo assume que os medicamentos adequados para a prevenção e tratamento da MDG foram seleccionados utilizando metodologias baseadas em evidências e que foram seleccionados e implementados os métodos adequados para o diagnóstico da malária.

---

<sup>8</sup> Capítulo 2-2.1 preparado por Rima Shretta, Programas Mais RPM /Ciências de Gestão para a Saúde.

---

**Medicamentos para a prevenção e tratamento da MDG**

---

1. Prevenção/TIPg
    - a. Sulfadoxine-pyrimethamine
  2. Tratamento/Gestão de Casos
    - a. TCAs: Recomendadas no segundo e terceiro trimestres
    - b. Quinino: Recomendado no primeiro trimestre
- 

**Principais Componentes da Gestão farmacêutica para a Prevenção e Tratamento da MDG**

Os principais componentes para garantir a gestão farmacêutica adequada para a provisão de medicamentos para a prevenção e tratamento da MDG e anemia podem ser resumida em conformidade com a seguinte moldura:

- Financiamento (Para considerações mais amplas sobre o financiamento, vide Capítulo 4.)
- Coordenação
- Questões reguladoras:
  - Rever a regulamentação farmacológica para garantir a disponibilidade de TIPg para a prevenção e medicamentos para o tratamento da malária e da anemia em todas as clínicas CPN e ao menor nível de cuidados onde as mulheres grávidas tenham acesso a prevenção e tratamento.
  - Rever a regulamentação farmacológica para garantir a eficácia dos medicamentos para a **prevenção** (ou seja, TIPg) não seja prejudicada através do uso para **tratamento**, tanto nos sectores público ou privado.
- Incorporação dos medicamentos na Lista de Medicamentos Essenciais (LME), Directrizes de Tratamento Padrão (DTPs), directrizes e materiais CPN e outras DPSs relevantes; a disseminação destes materiais para os profissionais de saúde através da formação básica e contínua e IEC para a comunidade.
- Gestão do fornecimento de medicamentos:
  - Previsão da demanda e quantificação
  - Aquisição
  - Distribuição
  - Gestão do inventário
- Mecanismos de garantia de qualidade:
  - Farmacovigilância
  - Vigilância da qualidade do produto
  - Controlo da qualidade no registo e recepção dos medicamentos
- Uso racional dos medicamentos:
  - Prescrição

- Aviamento
- Adesão
- M&A:
  - De todos os componentes acima descritos

*N.B. Os mecanismos para a implementação de cada um destes componentes podem diferir de acordo com se o medicamento for para prevenção ou tratamento da MDG e em conformidade com o medicamento a ser utilizado.*

<b>GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>ACÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<b>Financiamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Desenvolver/prever orçamento para implementação.</li> <li>● Identificar potenciais recursos a nível nacional.</li> <li>● Desenvolver uma estratégia para aceder a fundos e identificar compromissos de departamentos dentro do MS e de doadores.</li> <li>● Avaliar mecanismos de repartição de custos e de isenção (isenção de pagamentos de taxas) e desenvolver métodos para melhorar a equidade.</li> </ul>			
<b>Coordenação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Garantir a coordenação efectiva para implementação de políticas para TIPg e gestão de casos de malária nas mulheres grávidas através de um mecanismo ou estrutura que incorpore todos os interessados envolvidos na implementação dos programas.</li> <li>● Os Departamentos para o Controlo da Malária e Saúde Reprodutiva deverão ser responsáveis pela planificação e coordenação de actividades para a prevenção da MDG e gestão de casos.</li> </ul>			
<b>Regulamentação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Envolver a Autoridade Reguladora no princípio do processo.</li> <li>● Garantir que a SP esteja registada para TIPg junto da autoridade reguladora adequada.</li> <li>● Garantir que os medicamentos recomendados para a gestão de casos de MDG sem complicações e grave, e para o tratamento da anemia estejam registados.</li> <li>● Garantir que os regulamentos relativos ao aviamento de SP e a prescrição e aviamento dos tratamentos recomendados para a malária e anemia sejam consistentes com a política adoptada.</li> <li>● Garantir que os regulamentos relativos à distribuição e venda de medicamentos para a malária sejam consistentes com a política adoptada.</li> </ul>			

GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ			
ACÇÕES PRINCIPAIS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Garantir que a situação reguladora da SP para TIPg permita o uso nas instalações sanitárias CPN da linha da frente. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir que o estatuto regulador das TCSs e outros tratamentos para a malária e anemia permitam o uso nas instalações sanitárias CPN da linha da frente.</li> <li>– Garantir a regulamentação de medicamentos para TIPg for a das clínicas CPN para preservar a eficácia dos medicamentos.</li> </ul> </li> <li>● Avaliar se os requisitos reguladores possam ter um impacto negativo sobre a implementação de intervenções MDG, e se sim, estabelecer mecanismos para aliviar o facto.</li> <li>● Promulgar leis e regulamentos para a aquisição, distribuição, prescrição e aviamento adequado dos medicamentos e garantir que sejam consistentes com a política adoptada (<b>vide Capítulo 2-1</b>).</li> </ul>			
<p><b>Incorporar os medicamentos nas Listas de medicamentos Essenciais (LMEs), DTPs, directrizes e materiais CPN e outras DPSs relevantes; disseminar estes materiais para os profissionais de saúde através da formação básica e contínua.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Determinar quais directrizes deveriam ser revistas.</li> <li>● Determinar o processo para a revisão e os grupos envolvidos (incluir os programas para o controlo da malária, saúde reprodutiva, GIDI, Comité Nacional para Medicamentos e Terapêutica, Autoridade Reguladora de Medicamentos, bem como outros interessados relevantes).</li> <li>● Determinar se as novas directrizes precisam ser publicadas ou efectuação de adendas às directrizes existentes. Estas deveriam incluir informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>– TIPg</li> <li>– Gestão de casos de malária sem complicações (tratamentos de primeira e segunda linha) e malária grave no 1º trimestre</li> <li>– Gestão de casos de malária sem complicações (tratamentos de primeira e segunda linha) e malária grave no segundo e terceiro trimestres</li> <li>– Diagnóstico (uso de microscopia, diagnóstico clínico)</li> </ul> </li> <li>● Teste de campo e publicação das directrizes revistas/LME e/ou adenda.</li> <li>● Rever os curricula para formação básica e contínua para incorporar novas directrizes.</li> <li>● Desenvolver/rever o plano de formação para profissionais de saúde e desenvolver materiais de formação.</li> </ul>			

<b>GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>ACÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocar seminários de formação para profissionais de saúde pouco depois da aquisição dos medicamentos na gestão farmacêutica, uso racional de medicamentos e a implementação de DPSs e efectuar uma formação em cascata (vide Recursos para o Capítulo 2-2.1).</li> <li>• Desenvolver mecanismos para supervisionar adequadamente aos profissionais de saúde.</li> </ul> (Vide <b>Capítulos 2-1, 2-3, 2-4</b> )			
<b>IEC para a comunidade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver/rever estratégias para o envolvimento da comunidade e coordenar com IEC/estratégia de comunicação para a mudança de comportamento para ajudar a garantir o acesso das grávidas aos CPN para prevenção e tratamento de forma atempada.</li> <li>• Garantir que IEC/mensagens de comunicação para mudança de comportamento tenham como alvo o sector privado e público além das comunidades (correlacionar isto directamente com a disponibilidade do produto).</li> </ul> (Vide <b>Capítulo 2-5</b> )			
<b>Gerir o Fornecimento de medicamentos: Previsão da demanda e quantificação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilar a lista de medicamentos e comodidades necessários para serem quantificados.</li> <li>• Obter dados sobre o consumo e/ou morbilidade a partir do campo. Caso estejam a utilizar os dados de consumo, utilizem dados dos 12 meses mais recentes que estejam disponíveis. Dependendo da qualidade dos dados disponíveis, isto poderá ser efectuado nacionalmente, por distrito ou por região, ou utilizando instalações sanitárias modelo que sejam representativas de todas as instalações sanitárias na área.</li> <li>• Utilize estes dados para calcular o potencial consumo de TIPg medicamentos para a gestão de casos permitindo algum stock de reserva.</li> <li>• Calcular o potencial consumo.</li> <li>• Utilizar os dados de morbilidade caso não estejam disponíveis uma nova política ou dados sobre o consumo. No entanto, tome medidas para desenvolver sistemas para monitorizar o consumo para possibilitar uma previsão mais precisa no futuro.</li> <li>• Monitorar o consumo para garantir que as previsões compiladas sejam precisas e efectuar ajustes em conformidade.</li> </ul>			

<b>GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>ACÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir que as previsões para esforços de aquisições paralelas do MS e donativos (incluindo o Fundo Global para Combate do SIDA, Tuberculose e Malária) sejam harmonizados para evitar duplicação e stocks excedentários.</li> <li>Ajustar as quantidades calculadas com os recursos disponíveis.</li> </ul>			
<p><b>Gestão do fornecimento de medicamentos: Aquisição</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver um plano de aquisições para as comodidades necessárias. Isto deveria definir os produtos a serem adquiridos, os papéis e responsabilidades dos diversos interessados envolvidos no processo, métodos de aquisição, M&amp;A da aquisição, etc.</li> <li>Garantir a existência de um comité de aquisição/concurso e que inclua os intervenientes necessários.</li> <li>Rever os actuais procedimentos de aquisição, incluindo a eficiência e transparência, e identificar fraquezas; desenvolver mecanismos para responder às fraquezas.</li> <li>Seleccionar o método de aquisição mais adequado para os medicamentos necessários.</li> <li>Identificar as fontes adequadas que possam fornecer medicamentos de boa qualidade para TIPg, gestão de casos e anemia.</li> <li>Desenvolver critérios para fornecedores (vide MSH e OMS 1997).</li> <li>Identificar a fonte de assistência técnica e obter a assistência técnica como necessário.</li> <li>Desenvolver documentos de concurso.</li> <li>Iniciar e gerir a aquisição.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Especificar as listas de entrega (importante para obter entregas escalonadas para TCAs se usados para o tratamento no segundo e terceiro trimestres por causa da sua curta vida de prateleira).</li> </ul> <p>(Para um modelo de plano de aquisições, vide <a href="http://www.theglobalfund.org/en/about/procurement/guides/">http://www.theglobalfund.org/en/about/procurement/guides/</a>.)</p>			
<p><b>Gestão do fornecimento de medicamentos: Distribuição</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver um plano de distribuição pormenorizado especificando as quantidades de medicamentos por distrito/instalação sanitária (para TIPg, gestão de casos e anemia), armazenamento e questões de transporte.</li> <li>Desenvolver um plano para o faseamento da eliminação de medicamentos antigos (e.g., cloroquina para a quimioprofilaxia ou outro medicamento previamente usado para tratamento).</li> </ul>			

<b>GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>ACÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rever/desenvolver sistemas de distribuição para permitir a coordenação entre o sector público e privado.</li> <li>● Desenvolver/rever estratégias para evitar a fuga de suprimentos do sector público para o privado.</li> <li>● Desenvolver/rever a capacidade e condições de armazenamento. Para as TCAs, garantir a existência de armazenamento “a frio” nas lojas centrais e periféricas. Note-se que as TCAs em ampolas são mais volumosas do que a SP e outros medicamentos embalados em recipientes “soltos”.</li> <li>● Desenvolver/rever capacidade humana para a implementação eficaz do plano de distribuição e supervisão.</li> <li>● Desenvolver/rever o sistema de transporte.</li> <li>● Desenvolver/rever sistemas de redistribuição e sistemas para remover stocks expirados.</li> <li>● Desenvolver/rever sistemas para monitorizar a eficiência do sistema de distribuição e os mecanismos de redistribuição.</li> </ul>			
<p><b>Gestão do fornecimento de medicamentos:</b> <b>Gestão do inventário</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rever/desenvolver sistemas de gestão de inventário para melhorar a gestão dos medicamentos nas instalações sanitárias da periferia (avaliar o sistema actual). <ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenvolver mecanismos apropriados para garantir que os inventários sejam regularmente actualizados e que o pessoal esteja adequadamente formado relativamente a gestão de inventário.</li> <li>– Introduzir intervenções apropriadas conforme necessário.</li> </ul> </li> <li>● Garantir verificações regulares e frequentes do inventário, especialmente com a introdução de produtos novos.</li> <li>● Desenvolver/rever as medidas de segurança para evitar o furto de produtos armazenados.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desenvolver/rever sistemas para garantir a gestão da vida de prateleira dos produtos e desenvolver/rever sistemas para lidar com produtos expirados.</li> </ul>			

GARANTIR A GESTÃO FARMACÊUTICA ADEQUADA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ			
ACÇÕES PRINCIPAIS	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO
<p><b>Mecanismos de garantia de qualidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver/rever um sistema para monitorizar eventos adversos (especialmente importante para produtos novos, e.g., TCAs utilizados no primeiro trimestre).</li> <li>• Desenvolver/rever sistemas para a garantia de qualidade durante o registo e aquisição de medicamentos.</li> <li>• Estabelecer mecanismos para coordenar os diversos sistemas de vigilância— reacção farmacológica adversa, qualidade do produto, eficácia, etc.</li> <li>• Desenvolver/rever um plano para a vigilância da qualidade do produto pós-marketing; garantir que as amostras sejam regularmente testadas.</li> <li>• Desenvolver/rever um sistema para a testagem da qualidade do produto durante a recepção da mercadoria e nos vários portos de entrada.</li> </ul>			
<p><b>Uso racional dos medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a prescrição e aviamento adequados.</li> <li>• Desenvolver sistemas para encorajar a adesão a nível dos pacientes.</li> </ul>			
<p><b>Monitoria e avaliação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir marcos para o programa (indicadores) para medir as etapas acima dentro da moldura geral da M&amp;A da malária.</li> <li>• Identificar necessidades de dados.</li> <li>• Desenvolver/adaptar e implementar sistemas de informação.</li> <li>• Identificar e responder às necessidades humanas e de tecnologias de informação.</li> <li>• Desenvolver um calendário para as actividades de M&amp;A.</li> <li>• Desenvolver sistemas para a supervisão.</li> </ul> <p>(vide <b>Capítulo 2-6</b>)</p>			

### QUESTÕES PRINCIPAIS

- A gestão farmacêutica é transversal entre todas as componentes essenciais para a implementação de programas e deve ser considerada em todas as etapas durante o processo de implementação.
- Garantir que todos os medicamentos/vacinas/comodidades (ferro/ácido fólico, anatoxina tetânica) necessárias na provisão de CPN estejam disponíveis em quantidade suficiente, e não somente aqueles para a prevenção e tratamento da malária.
- As “principais acções” enumeradas para garantir a gestão farmacêutica não ocorrem necessariamente de forma escalonada. Cada uma destas etapas/acções está interligada e não pode ser considerada isoladamente.

É necessária uma planificação cuidadosa para garantir que os processos que tenham impacto uns sobre os outros tenham sido considerados com antecedência.

- Experiências de países que passaram por uma alteração da política mostraram que o desenvolvimento de comités técnicos e grupos de trabalho encarregues de aspectos particulares da implementação, incluindo a gestão farmacêutica é vantajosa. É importante garantir que estes comités sejam amplamente representativos e multidisciplinares.
- Para serem eficazes, estes processos devem envolver uma variedade de intervenientes. Estes intervenientes vão desde os programas para o controlo da malária até aos programas de saúde reprodutiva e GIDI, autoridades farmacológicas reguladoras, lojas centrais de medicamentos, departamentos ou programas de medicamentos essenciais e/ou farmácia dentro dos MS, serviços laboratoriais nacionais, e outros programas, além da comunidade e sector privado.
- Os países que optem pelas TCAs para a gestão de casos de malária durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez também devem levar em consideração a natureza única destes medicamentos, tais como o seu curto período de armazenamento e sensibilidade à temperatura, que podem por sua vez afectar a aquisição, distribuição e armazenagem destes produtos.
- À medida que os países adoptam as TCAs, eles precisam garantir que a SP esteja disponível nos CPN para a prevenção da MDG.
- As mulheres infectadas pelo HIV e que estejam a tomar cotrimoxazole não deveriam tomar SP.
- A aquisição e outros processos para a gestão dos medicamentos e suprimentos para a malária deveriam ser integrados nos serviços nacionais de fornecimento de medicamentos essenciais.
- O sector privado desempenha um papel fundamental na provisão de serviços às grávidas e também deve estar envolvido no desenvolvimento e implementação da política. As intervenções devem ocorrer para capacitar este sector na área de gestão de casos e prevenção da MDG.

## **PAÍS EXEMPLO: GHANA**

### **Antecedentes**

Em Maio de 2003, o Serviço Sanitário do Ghana (GHS) desenvolveu directrizes nacionais para o TIPg para prevenção da MDG. As directrizes recomendavam a administração de pelo menos duas doses de SP para as grávidas a intervalos de um mês depois dos primeiros movimentos fetais, durante as consultas CPN de rotina. Para fasear o TIPg como uma intervenção, o GHS inicialmente propôs a provisão de SP a 20 distritos cobertos pelos recursos do Fundo Global. Para garantir que a SP esteja disponível em todas as clínicas CPN dentro dos 20 distritos propostos, o

GHS pediu ao RPM Plus para executar um exercício de quantificação<sup>9</sup> utilizando uma combinação de métodos, para auxiliar no desenvolvimento de modelos para serem usados pelo governo na quantificação de necessidades futuras de SP e para avaliar algumas das questões de gestão da rede de suprimentos em redor da provisão do TIPg. O objectivo era de facilitar a aquisição de suprimentos adequados de SP e para desenvolver modelos apropriados para utilizar na quantificação da SP à medida que se expande o TIPg no Ghana.

Foi utilizada uma variedade de métodos baseados em dados sobre a morbidade e população para estimar as necessidades de SP. Foi tomada uma decisão conjunta para obter dados sobre o consumo da CQ para comparação e foi feita uma tentativa de obter dados sobre o consumo de SP. Foi coberto um período de 12 meses, Janeiro-Dezembro de 2002 para recolher dados qualitativos e quantitativos sobre o consumo de CQ e SP, além dos dados sobre a morbidade em instalações sanitárias CPN seleccionadas. Para uma melhor projecção das necessidades e uma análise mais representativa, também foram levados em consideração a aquisição da CQ e SP em 2001. além da estimativa das necessidades, foram efectuadas observações sobre o sistema de gestão da cadeia de suprimentos para a SP.

### **Principais Constatações**

Observações iniciais gerais determinaram a existência de uma elevada consciencialização sobre a necessidade da profilaxia para a malária durante a gravidez entre os respondentes inquiridos a todos os níveis. no entanto, grande parte dos funcionários de saúde inquiridos não estava ciente da política TIPg que estava em vigor há pouco mais de dois meses. Apesar de a documentação CPN ser muito boa, os registos da gestão de stocks não estavam prontamente disponíveis e existia um fluxo inadequado de informação sobre a gestão dos medicamentos dentro dos diferentes níveis do sistema público de serviços sanitários.

O exercício de quantificação descobriu uma grande limitação para o uso dos dados sobre o consumo de CQ para a quantificação de SP para TIPg no Ghana. Esta limitação encontrava-se em todos os níveis—central, (nacional), regional, distrital e instalação sanitária - o consumo da CQ não poderia ser desagregada em conformidade com o uso curativo versus uso profilático para a MDG. Na quantificação, a dependência de dados pouco precisos não é ideal; portanto, o consumo de CQ **não** foi o método apropriado para a quantificação da SP para TIPg no Ghana nesta altura.

A estimativa das necessidades determinou a quantidade de comprimidos anualmente necessários para um período de quatro anos. O custo para o

---

<sup>9</sup> A quantificação envolve a estimativa das quantidades de medicamentos específicos e necessidades de comodidades para aquisição e os requisitos financeiros associados para adquirir os suprimentos.

stock do primeiro ano foi estimado em US\$ 39.782,89. para se chegar às quantidades reais a adquirir imediatamente, foram considerados outros factores tais como o período de antecedência da aquisição, stock existente, situação do pipeline, requisitos de segurança dos stocks e o período de aquisição.

No entanto, poro programa TIPg ser novo e não e por não existir stock ou situação de pipeline para a SP, foi efectuada uma recomendação para adquirir tudo o necessário para os primeiros dois anos do programa, e depois rever a informação sobre o consumo depois de seis meses de funcionamento para determinar os números subsequentes para aquisição. Portanto, a quantidade a adquirir imediatamente foi calculada em 1.565.645 comprimidos de SP e efectuiu-se esta recomendação ao GHS.

### **Desafios da Implementação de SP para TIPg e Estimativa das Necessidades**

- A insuficiência de conhecimentos sobre a alteração da política da quimioprofilaxia com CQ para TIPg com SP no seio dos provedores de cuidados sanitários
- Fracos registos da gestão de inventários
- Fraco fluxo de informação sobre a gestão de medicamentos a todos os níveis da cadeia de suprimentos
- Falta de dados sobre o consumo para tratamento vs. Prevenção; portanto, os dados sobre o consumo não eram apropriados para a estimativa da necessidade de SP

### **Recomendações**

Foram efectuadas as seguintes recomendações para o GHS:

- O MS deveria adquirir imediatamente o total necessário para 2004 e 2005 (ou seja, 1.565.645 comprimidos) através da Unidade para Aquisições.
- O custo da quantidade recomendada para aquisição era \$80.474,17, que está dentro do limiar das Propostas Competitivas Nacionais para o Ghana.
- A aquisição deverá ser conduzida pela Unidade para Aquisições do MS, de preferência através de um concurso nacional limitado voltado somente para fabricantes locais<sup>10</sup> de SP aprovados pela autoridade farmacológica nacional do Ghana (Conselho Alimentar e Farmacológico). Isto iria garantir um menor tempo de espera e permitir que o MS tenha um controlo melhor sobre a qualidade do produto.

---

<sup>10</sup> Dados disponíveis no Conselho Alimentar e Farmacológico Ganense indicam que existe uma capacidade fabril adequada para a produção de SP instalada no país.

- As especificações de aquisição deveriam ser incluídas na pré-embalagem de SP em pacotes de ampolas de três tabletes cada uma (uma dose) e colocação da marca ou etiquetagem das embalagens para distingui-las das outras embalagens de SP no mercado Ganense.
- O consumo da SP para TIPg deverá ser revista seis meses depois do início da implementação, e os resultados obtidos deveriam ser utilizados para rever as actuais projecções.
- O Conselho Alimentar e farmacológico deveria estar envolvido na determinação das especificações a avaliação da garantia de qualidade das firmas a serem convidadas ao concurso. O ideal seria a avaliação minuciosa de todos os sistemas de garantia de qualidade de cada uma das firmas, como parte do processo de avaliação.
- Os sistemas de gestão farmacêutica para a encomenda, armazenamento, gestão de informação e monitorização do uso da SP necessitam de reforço imediato para evitar o uso não autorizado e furtos.

### **Lições Aprendidas**

Uma importante lição tirada deste exercício foi que a colaboração com os departamentos apropriados envolvidos na disponibilização da SP, nomeadamente o Programas Nacional para o Controlo da Malária, a Unidade de Saúde Reprodutiva, a Unidade para Aquisições e as Lojas Médicas Centrais foi muito benéfica para o processo de quantificação. Foram efectuadas muitas suposições no contexto da quantificação, e o desenvolvimento destas suposições pode ser feita somente quando todos os parceiros relevantes trabalham em conjunto.

### **Resumo**

Como resultado do exercício de quantificação, avaliação da gestão da cadeia de suprimentos e recomendações efectuadas, o GHS está a utilizar a metodologia fornecida para a aquisição de SP para TIPg. Foram implementadas intervenções para responder às questões da gestão de inventário. Enquanto que o método de morbilidade foi o mais adequado para estimar as necessidades de SP para TIPg, foi importante continuar a monitorizar o consumo de SP para refinar as estimativas necessárias. O GHS continua a monitorizar o consumo de SP e outros produtos para o tratamento da malária.

O GHS continua a responder às questões relativas ao reforço do sistema de gestão farmacêutica.

## RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-2.1

Management Sciences for Health (MSH). 2005. *Quantimed Pharmaceutical Quantification and Cost Estimation Tool: User's Guide*. Prepared by the RPM Plus Program and submitted to the U.S. Agency for International Development. MSH: Arlington, VA.

Management Sciences for Health (MSH). 2002. *Drug Management for Malaria Manual*. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. MSH: Arlington, VA.

Management Sciences for Health (MSH) and World Health Organization (OMS). 1997. *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*, 2nd ed. Kumarian Press: West Hartford, CT.

Nachbar NJ et al. 2003. *Community Drug Management for Childhood Illnesses: Evaluation Manual*. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Management Sciences for Health: Arlington, VA.

Rational Pharmaceutical Management Plus Program. 2005. *Changing Malaria Treatment Policy to Artemisinin-Based Combinations: An Implementation Guide*. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Management Sciences for Health: Arlington, VA.

Roll Back Malaria. 1999. Proposed Methods and Instruments for Situational Analysis. At: [http://www.doh.gov.za/issues/malaria/red\\_reference/rbm/background/rbm12.pdf](http://www.doh.gov.za/issues/malaria/red_reference/rbm/background/rbm12.pdf) (Accessed Aug. 17, 2004).

World Health Organization (OMS). 2006. *Guidelines for the Treatment of Malaria*. OMS: Geneva. OMS/HTM/MAL/2006.1108.

World Health Organization (OMS). 1988. *Estimating Drug Requirements: A Practical Manual*. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. OMS: Geneva. OMS/DAP/88.2.

World Health Organization (OMS)/Essential Drugs and Medicines Department (EDM). 1999. *Indicators for Monitoring National Drug Policies: A Practical Manual*. 2nd ed. OMS: Geneva. At: [http://www.OMS.int/medicines/library/par/indicators/OMS\\_edm\\_par\\_993.shtml](http://www.OMS.int/medicines/library/par/indicators/OMS_edm_par_993.shtml) (Accessed Aug. 17, 2004).

World Health Organization (OMS)/Essential Drugs and Medicines Department (EDM). 1988. *Estimating Drug Requirements: A Practical Manual*. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. OMS: Geneva. OMS/DAP/88.2.

## CAPÍTULO 2-2.2

# GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DE MOSQUITEIROS IMPREGNADOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ<sup>11</sup>

Ao garantir o acesso a mosquiteiros impregnados (RTIs) acessíveis e ao promover a sua utilização nocturna são componentes fundamentais de qualquer programa com o objectivo de combater a MDG. As RTIs reduzem a anemia e a malária clínica na grávida, e têm efeitos positivos sobre os resultados da gravidez ao reduzirem a malária placentar, baixo peso à nascença, e nados mortos.<sup>12</sup> Além disso, as RTIs fornecem benefícios contínuos depois da gravidez ao proteger a parturiente vulnerável e o seu bebé, além dos outros membros da família.

Um tipo de RTI é uma rede normal que foi colocada de molho em insecticidas seguros. Tradicionalmente, as redes normais eram tratadas a cada seis a doze meses dependendo do insecticida, mas a manutenção dos novos tratamentos frequentes apresenta desafios financeiros, logísticos e de comportamento humano. Hoje o tipo preferido de RTI é o mosquiteiro impregnado em insecticida de longa duração (RILD)—um mosquiteiro tratado durante a produção de tal forma que o insecticida permanece durante a vida do mesmo, tornando o novo tratamento desnecessário. Estas redes muitas vezes são previamente tratadas na fábrica. Os programas deveriam distribuir somente RILDs aprovadas pelo Esquema de Avaliação de Pesticidas da OMS (WHOPES). Para mais informações relativas às RILDs aprovadas, visite <http://www.OMS.int/OMSpes/en/>. Onde sejam utilizadas redes diferentes das RILDs, o programa precisará planear o acesso a kits ou serviços de novos tratamentos.

Os principais elementos ou etapas para a provisão de RTIs/RILDs para evitar e controlar a MDG:

- Rever ou formular a política RTI/RILD com especial atenção às necessidades das grávidas.
- Estimar a necessidade de RTIs/RILDs para prevenir a MDG.
- Garantir financiamentos para a aquisição de RTIs/RILDs.
- Adquirir suprimentos adequados de RTIs/RILDs.
- Elaborar um sistema de distribuição para garantir que suprimentos adequados de redes cheguem às comunidades.

---

<sup>11</sup> Capítulo 2-2.2 preparado por Kwame Asamoah e Annett Cotte, CDC; Carol Baume, da Academia para Desenvolvimento Educacional; e William Brieger, Jhpiego.

<sup>12</sup> Gamble C, Ekwaru JP and ter Kuile FO. 2006. Mosquiteiros impregnados para a prevenção da malária durante a gravidez. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 Abril.

- Determinar o modo de fornecimento de RTIs/RILDs às grávidas.
- Encorajar e educar as mulheres sobre o uso das RTIs/RILDs durante a gravidez.
- Monitorizar o processo desde a aquisição até a distribuição através do uso.
- Manter a força do insecticida e a o estado da rede (e.g., evitar ou reparar buracos e rasgões).

## EDUCAÇÃO E ACONSELHAMENTO

Conforme abordado na Introdução, as clínicas CPN são a plataforma para a provisão de serviços MDG, e oferecem uma oportunidade ideal para fornecer RTIs/RILDs num cenário no qual todas as necessidades das grávidas possam ser monitorizadas e satisfeitas. O pessoal CPN poderá fornecer aconselhamento e educação sanitária para ajudar a criar e aumentar a consciencialização sobre a MDG e os benefícios da adesão ao uso regular de RTIs/RILDs durante a gravidez. As mulheres que recebam uma rede, e as suas famílias, deveriam ser aconselhadas sobre a importância da prevenção da malária, uso correcto da rede, como pendurar a rede e a importância do uso diário da rede. Alguns programas fornecem ajuda ao pendurarem a rede para a mulher e efectuarem o seguimento para garantir o uso todas as noites. A monitorização é necessária para garantir que as redes estejam a ser correctamente utilizadas.

Independentemente do mecanismo utilizado para fornecer RTIs às grávidas, existe a necessidade de promover o uso consistente e correcto das redes impregnadas. Mesmo quando existe uma rede, esta nem sempre é utilizada. Em alguns locais, as grávidas são as menos propensas a dormir debaixo de uma RTI por causa de medos relativos à segurança do insecticida. Na Zâmbia, por exemplo, em 2000, uma preocupação sobre a segurança do insecticida foi a desvantagem mais frequentemente apresentada para as grávidas a dormirem por baixo de uma RTI, e as grávidas estavam menos propensas a dormirem debaixo de uma rede do que outros membros da família. Através da promoção, estes receios foram superados, e até 2004, os níveis de preocupação diminuíram de grande maneira, e as grávidas tornaram-se nos membros da família mais propensos a dormirem debaixo de uma rede, juntamente com os bebés.<sup>13</sup>

Mesmo a pesquisa formativa rápida e económica é útil na identificação de barreiras para o uso de RTIs pelas grávidas. Posteriormente o aconselhamento CPN poderá ser utilizado para preencher as lacunas de conhecimentos, superar as percepções negativas e fornecer motivação para

---

<sup>13</sup> Projecto NetMark, Academy for Educational Development (AED). 2005. *NetMark 2004 Estudo sobre Mosquiteiros Impregnados (RTIs) na (Zâmbia)*. AED: Washington, D.C. At: [www.netmarkafrica.org/research](http://www.netmarkafrica.org/research).

o uso da RTI. No mínimo, o aconselhamento deveria incluir os seguintes pontos:

- A grávida ( e crianças com menos de cinco anos) deveria dormir debaixo de um mosquiteiro impregnado todas as noites, *durante todo o ano*, mesmo quando haja poucos mosquitos. (idealmente, todas as mulheres em idade reprodutiva deveriam dormir sob uma RTI todas as noites, uma vez que as mulheres não sabem quando irão engravidar, e a RTI deveria ser utilizada desde a concepção).
- Os mosquiteiros impregnados são completamente seguros para as grávidas e o seu bebé por nascer. Apanhar malária é muito perigoso para uma grávida e o seu bebé.
- Mãe e filho deveriam continuar a dormir sob a rede depois do nascimento do bebé.

O provedor de cuidados sanitários deveria certificar-se de que a mulher compreenda como obter um mosquiteiro impregnado. O aconselhamento também poderá incluir a informação sobre como pendurar a rede, se as estruturas locais apresentarem desafios a esse respeito. Se as redes não forem RILDs, deve-se abordar a informação sobre o novo tratamento.

Idealmente, o aconselhamento interpessoal deveria reforçar e estar coordenado com as mensagens dos mass media.

## **PREVISÃO, AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO**

Outros componentes principais de qualquer programa RTI/RILD são a quantificação precisa e atempada das redes necessárias além da aquisição e distribuição de redes para as populações vulneráveis tais como as grávidas. Isto é conhecido como necessidade de previsão. A previsão garante que um número adequado de RILDs esteja disponível quando as grávidas vierem para receber CPN pela primeira vez. A previsão requer dados estatísticos para estimar o número de grávidas num distrito além dos registos de utilização dos CPN. A proporção de grávidas que frequentam os CPN varia ao longo de África entre 50% e acima de 90%. Existem variações ainda maiores dentro dos mesmos países. Um programa de controlo da MDG que pretenda chegar a grande parte das grávidas precisará de estratégias que incluem as instalações sanitárias públicas, privadas e de ONG, além da mobilização comunitária para aumentar a adesão aos CPN.

Enquanto que a provisão de RILDs através dos CPN é o método ideal para se chegar às grávidas, a realidade é que podem existir múltiplos canais de distribuição num país ou comunidade. Os exemplos incluem campanhas (muitas vezes ligados a imunizações infantis), senhas, marketing social e até vendas comerciais. A gestão de RTIs/RILDs frequentemente baseia-se dentro da secção de Controlo da Doença do MS ou de um Departamento

Sanitário do Governo Local, não dentro dos serviços de Saúde Materno Infantil ou de Saúde Reprodutiva. Isto significa que os gestores da saúde materno-infantil/SR precisam negociar com os responsáveis pelos programas RTI para garantir a disponibilidade de suprimentos adequados para as clínicas CPN. A M&A é necessária para identificar potenciais lacunas nos mecanismos de distribuição seleccionados e para avaliar o conhecimento, atitudes e práticas.

<b>GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DE MOSQUITEIROS IMPREGNADOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Identificar o comité técnico para esboçar as directrizes RTI/RILD com base na actual política nacional para a MDG (Nota: este comité poderá ser um subcomité do Comité Técnico DPS [vide Capítulo 2-1]). este comité deverá considerar a elaboração de uma estratégia para transição dos mecanismos normais para a distribuição de RTIs para RILDs (ou seja, campanha massiva, distribuição gratuita nos CPN, sistema de senhas, distribuição combinada), coordenação entre o sector público e privado, plano de aquisição incluindo critérios para a selecção de fornecedores e identificação do método e fonte de aquisição mais adequados, gestão de inventário e M&amp;A. Os membros do Comité podem/deveriam incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Decisores do MS</li> <li>● Representantes para a malária e SR</li> <li>● Entomólogos e peritos no controlo de vectores (do MS, universidades e outras instituições relevantes)</li> <li>● Representantes dos produtores e distribuidores de RTI/RILD e insecticidas.</li> <li>● Representantes de associações profissionais (e.g., parteiras, médicos, farmacêuticos, etc.)</li> <li>● ONG e organizações religiosas (ORs) envolvidas na aquisição e distribuição de RTI/RILD</li> <li>● Organizações bilaterais e multilaterais</li> <li>● Profissionais de saúde comunitária (líder)</li> </ul>			
<p>Conduzir uma avaliação para determinar as capacidades nacionais para a implementação de RTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Governo</li> <li>● Sector privado/comercial</li> <li>● ONGs</li> <li>● Pessoa responsável pelo armazenamento, gestão de inventário e distribuição de RTIs/RILDs</li> <li>● Capacidades nacionais para M&amp;A (ou seja, quantidade e qualidade dos insecticidas nas RTIs/RILDs, novo tratamento, uso adequado, monitorização das RTI/RILDs para estimar a sua vida útil restante)</li> </ul>			

<b>GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DE MOSQUITEIROS IMPREGNADOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Conduzir uma avaliação para determinar a situação actual da implementação RTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual é a política nacional: RTIs vs. RILDs, distribuição gratuita, subsídios, marketing comercial</li> <li>• Quais são os mecanismos de distribuição em vigor: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Campanhas de imunização focalizada: Dias nacionais de imunização, campanhas de sarampo, campanhas de micro nutrientes, etc.</li> <li>– Distribuição de rotina: Programa alargado de imunização, CPN, etc.</li> <li>– Dimensões e força do mercado comercial</li> </ul> </li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual é a política sobre o novo tratamento das redes? Foi implementada e monitorizada?</li> <li>• Quem está a comprar RTIs/RILDs?</li> <li>• Qual é o mecanismo de aquisição?</li> <li>• Taxas e tarifas para RTIs/RILDs</li> </ul> <p>Necessidades insatisfeitas, barreiras previstas, desafios e oportunidades relacionados com as RTIs/RILDs</p>			
<p>Obter dados sobre a cobertura, compra e uso de RTI no seio das grávidas (nível nacional, distrital e comunitário):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos do provedor e práticas relativas a RTIs/RILDs</li> <li>• RTIs/RILDs como parte do pacote MDG</li> <li>• Disponibilidade de RTIs/RILDs nacionalmente</li> <li>• Distribuição de RTIs/RILDs</li> <li>• Utilização de RTIs/RILDs</li> <li>• Conhecimentos e práticas das pacientes e comunidade</li> <li>• Barreiras e desafios</li> </ul>			
<p>Desenvolver componentes RTI para DPSs e materiais de formação sobre MDG (vide Capítulo 2-1). O material RTI deveria incluir informação pormenorizada sobre o aconselhamento relativo ao uso/fornecimento de RTIs (acesso através dos CPN e/ou outros mecanismos).</p>			
<p>Desenvolver um plano para a aquisição e gestão do inventário de RTI/RILDs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir RILDs aprovadas pela WHOPES no lugar das RTIs normais.</li> <li>• Se ainda estiverem a ser utilizadas e estiverem em circulação RTIs normais, planifique o novo tratamento (ou seja, doe kits para novo tratamento, fornecer serviços na instalação sanitária, etc.).</li> <li>• Determine o método de aquisição mais adequado.</li> </ul>			

<b>GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO DE MOSQUITEIROS IMPREGNADOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver critérios para a selecção de fornecedores (ou seja, RILDs aprovadas pelo WHOPES).</li> <li>Desenvolver sistemas de gestão de inventário e/ou avaliar os sistemas já em vigor (desenvolver/implementar mecanismos para garantir que os inventários sejam regularmente actualizados).</li> </ul>			
<p>Distribuir directrizes e conduzir formação para provedores de cuidados sanitários (RTIs/RILDs deveriam fazer parte da formação MDG geral) e/ou líderes comunitários (vide Capítulos 2-4 e 2-5).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer informação precisa, actualizada sobre os benefícios das RTIs/RILDs durante a gravidez.</li> <li>Fornecer informação sobre o uso correcto e novo tratamento.</li> </ul>			
<p>Planificar mecanismos de distribuição de RTIs/RILDs para as grávidas; alguns dos seguintes mecanismos também se aplicam a crianças, áreas inacessíveis e populações desfavorecidas e população em geral:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>CPN: incluir RTIs/RILDs (gratuitamente ou a um custo subsidiado) como uma componente da MDG (com o cartão CPN, TIPg e gestão de casos)</li> <li>Programas de alargamento comunitários</li> <li>semana da Saúde Infantil</li> <li>campanhas (ou seja, a imunização em massa das crianças poderá capturar as suas mães grávidas e/ou irmãos)</li> <li>sector comercial/privado: subsidiado (sistema de senhas)</li> </ul>			
<p>Desenvolver meios auxiliares e materiais promocionais/marketing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>distribuir estes materiais nacionalmente.</li> <li>Utilizar canais e eventos existentes (e.g., dia da malária).</li> </ul>			
<p>Monitorizar e avaliar a cobertura e uso de RTI durante a gravidez (vide Capítulo 2-6):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conduzir actividades de M&amp;A a intervalos regulares para avaliar os programas(s).</li> </ul>			
<p>Organizar reuniões de advocacia para disseminar as constatações M&amp;A e efectuar recomendações para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Políticos</li> <li>Associações profissionais</li> <li>Instituições básicas</li> <li>Provedores de cuidados sanitários (governo, ONGs e privados)</li> <li>Media</li> <li>Comunidade</li> </ul>			

## QUESTÕES PRINCIPAIS

- Uma questão importante relativa às RTIs é o seu método de fabrico. As RILDs aprovadas pela WHOPEs tornaram-se mais disponíveis e deveriam ser a primeira opção de qualquer programa MDG. No entanto, as RTIs convencionais ainda estão a ser distribuídas e utilizadas em muitos países. Portanto, os kits de novo tratamento deverão ser disponibilizados para a população em geral até se completar a transição das RTIs para as RILDs.
- As **Principais Acções** acima enumeradas para a aquisição, formação e distribuição de RTI/RILD nem sempre ou necessariamente ocorrem de uma forma escalonada.
- É essencial que o comité técnico responsável pelo esboço das directrizes RTI/RILD seja amplamente representativo e inclua membros dos sectores público e privado de cuidados de saúde para garantir que estas directrizes sejam integradas a todos os níveis.
- Geralmente, as directrizes RTI/RILD e MDG são desenvolvidas como protocolos independentes porque envolvem equipas, especialidades e recursos diferentes. No entanto, é fundamental que os entomólogos e peritos para o controlo de vectores trabalhem em conjunto com os programas para o controlo da malária e programas de SR para garantir a integração imediata das RTIs/RILDs com os serviços MDG.
- A aquisição/quantificação nacional das RTIs/RILDs deveria seguir um modelo específico. Por exemplo, estimar o número de gravidezes esperadas por ano (muitos destes dados estão disponíveis através de estudos nacionalmente representativos) ou utilização de dados sobre a adesão aos CPN e adquirir esta quantidade de redes além das RTIs/RILDs designadas para crianças com menos de cinco anos.
- A distribuição de RTIs/RILDs apresenta outra questão fundamental. Idealmente, as RTIs/RILDs fariam parte de um pacote MDG normal e seriam entregues às grávidas gratuitamente. Alguns países utilizaram sistemas de senhas subsidiadas para distribuir RTIs/RILDs para as populações vulneráveis tais como as grávidas e crianças com menos de cinco anos de idade. Essencialmente é da responsabilidade do Programa Nacional para o Controlo da Malária a identificação de quais mecanismos funcionam melhor nos seus próprios cenários. Além disso, o fornecimento de RTIs/RILDs provenientes do fabricante/distribuidor é normalmente efectuado a nível nacional ou, no melhor dos casos distrital. O transporte das RTIs/RILDs para as instalações sanitárias, clínicas CPN e lojas da aldeia e a manutenção dos stocks são problemáticos e necessitam de apoio. A cadeia logística que serve ao utente final é muitas vezes fraca, resultando em ruptura de stocks ou acumulação nos pontos de entrega.
- A calendarização e frequência do registo e frequência dos serviços CPN são questões fundamentais a serem abordadas no planeamento da distribuição de RILDs para a prevenção da MDG. Idealmente, uma mulher deveria registar-se para CPN assim que souber que está grávida

e posteriormente receber uma RILD na primeira consulta de forma a receber a máxima protecção pelo maior período possível. Diversos factores militam contra este ideal. Em muitas culturas é tabu revelar uma gravidez no princípio para proteger o feto, causando portanto um registo relativamente tardio para CPN. As mulheres precisam sentir-se seguras e que lhes garantam a privacidade e confidencialidade durante o seu primeiro registo para CPN. As adolescentes grávidas em alguns cenários não aderem aos CPN por causa da estigmatização. As mulheres mais velhas podem sentir que a gravidez é “normal” ou pensar que a frequência da clínica CPN interfere com o seu trabalho, e portanto registam-se tardiamente. É necessário um programa de educação sanitária compreensiva para responder a estes factores.

- A utilização de RTI/RILD deverá ser monitorizada e avaliada regularmente para identificar rapidamente quaisquer grandes falhas nos mecanismos de aquisição e distribuição além da sua eficácia na prevenção da MDG. Os factores que influem a eficácia das RTIs/RILDs incluem conhecimento, atitudes e práticas da população alvo além da resistência dos mosquitos aos pesticidas utilizados nas RTIs/RILDs. Também existe uma necessidade definida de uma etapa de controlo da qualidade para garantir o efeito dos insecticidas das RTIs/RILDs antes da distribuição. Esta etapa poderá ser alcançada através do envolvimento das autoridades nacionais para medicamentos que já estejam a testar a qualidade de todas as medicações.

## **PAÍS EXEMPLO: MALAWI<sup>14</sup>**

A provisão de RTI altamente subsidiadas directamente às grávidas e crianças com menos de cinco anos através das clínicas CPN no Malawi resultou num dramático aumento da cobertura de grupos de risco para a malária e garantirá que o Malawi atinja as metas de cobertura ITN de Abuja. O “Modelo Malawiano” forneceu cinco milhões de redes nos últimos quatro anos a um custo médio para o consumidor de USD 0,50 por rede, através de quase todas as instalações sanitárias a oferecerem serviços CPN no país.

Utilizando dados de dois estudos nacionais independentes, juntamente com dados das vendas nos últimos cinco anos, é possível estimar que a cobertura de redes para crianças com menos de cinco anos aumentou de 8% em 2000 para 60% até Dezembro de 2006. Aquando do estudo de 2004, 70% de todas as redes tinham sido registadas como tratadas com insecticida durante os seis meses anteriores.

O sucesso do fornecimento de RTI no Malawi baseou-se numa parceria coordenada. foram desenvolvidas directrizes nacionais, que definem

---

<sup>14</sup> Adaptado com a permissão do: PSI Controlo da Malária. 2005. *O Modelo de Distribuição de RTI do Malawi*. PSI Malaria Control: Nairobi, Quénia.

claramente as políticas relativas a grupos alvo, mecanismos de distribuição e definição de preços. As redes com preços comerciais para as comunidades urbanas/peri-urbanas são fornecidas através de canais do sector privado, enquanto que as RTIs altamente subsidiadas para os grupos de risco para a malária são fornecidas através de clínicas CPN do sector público. O MS fornece liderança e supervisiona a formulação e implementação das políticas. A UNICEF, OMS, USAID, CDC e DFID fornecem contribuições para a política, apoio técnico e/ou financiamento, e os Serviços Populacionais Internacionais (PSI) fornecem capacidades de distribuição, promoção, responsabilização e formação in loco, trabalhando através da infra-estrutura governamental existente.

### **Expansão**

Os pormenores do modelo CPN evoluíram ao longo de um período de dois anos (2000-2001) durante um esforço piloto em três distritos. Demorou seis meses (Junho a Dezembro de 2002) para expandir o modelo dos três distritos para um programa nacional que cobre todos os 28 distritos do Malawi. Na altura, foram organizados 60 cursos de formação de um dia separadas durante os quais foram formados mais de 200 funcionários da EDGS e 1.800 enfermeiros. todo o pessoal de saúde formado recebeu uma rede gratuitamente.

### **Processo para a introdução do Modelo CPN num Novo Distrito**

- Reunião de planificação entre os parceiros contra a malária a nível nacional e distrital
- Formação de um comité distrital para RTI (três membros da EDGS; um parceiros a nível distrital, onde relevante; um representante da PSI)
- A formação da EDGS moderada pela PSI
- Formação de todos enfermeiros do distrito pela EDGS
- Instalação de um cofre para o armazenamento seguro de dinheiro em cada instalação sanitária
- Fornecimento pela PSI de 100–500 redes (dependendo da demanda local) a crédito para cada instalação sanitária
- Estabelecimento de visitas mensais de supervisão de rotina por pelo menos dois representantes do Comité RTI para reconciliar o stock com o dinheiro, voltar a fornecer redes, verificar registos e adesão aos procedimentos, fornecer materiais e orientação para a promoção da compra e o uso apropriado entre os grupos de risco para a malária, responder a quaisquer dúvidas

## **Regulamentos que Regem o Modelo CPN**

- Somente as grávidas e crianças com menos de cinco anos (portadoras de um cartão de saúde válido/cartão CPN) são elegíveis para o preço subsidiado.
- Somente uma rede vendida para cada cartão de saúde elegível.
- Emissão de recibo para cada venda e carimbo do cartão de saúde com a data da compra.
- Uma falta de reconciliação entre o stock e o dinheiro na unidade sanitária causa mais cassação do fornecimento de RTI. (Esta etapa foi implementada em menos de 20 das 400 instalações sanitárias num período de dois anos.)

## **Logística para o Modelo CPN**

O modelo exigiu o seguinte apoio logístico:

- Quatro armazéns regionais (partilhados com outros programas sanitários)
- Dois camiões de cinco toneladas
- Seis carrinhas “4x4”
- 16 funcionários

## **Fornecimento de RTIs no Sector Privado**

estão a ser fornecidas redes rectangulares verdes, que são preferidas pelos residentes rurais que dormem predominantemente em esteiras, a preços altamente subsidiados através das clínicas CPN. As redes azuis cónicas são preferidas pelos residentes urbanos que predominantemente dormem em camas, são fornecidas através do sector privado. As redes do sector privado são vendidas com recuperação integral do custo através de armazenistas e retalhistas adequados em todo o país. Este esquema garante que o subsídio não seja desperdiçado com aqueles que podem pagar, e fomenta a eficiência da distribuição associada com o canal de fornecimento do sector privado.

## **Lições Aprendidas**

- É essencial para a sustentabilidade que os enfermeiros vejam o programa como uma actividade integral da EDGS.
- Uma pequena fracção das receitas geradas das vendas é utilizada para motivação. Como resultado, os enfermeiros promovem activamente os benefícios das redes para as grávidas durante a consulta, o que gera a demanda e causa a rápida cobertura dos grupos de risco.
- A cessação instantânea do fornecimento de RTI combinado com os relatórios para o Oficial de Saúde Distrital provou ser um incentivo adequado para eliminar o furto nas instalações sanitárias.

- O fornecimento através dos canais do sector público e privado melhora grandemente a eficiência geral dos programas e garante a utilização eficaz do subsídio público.

Os benefícios específicos da distribuição de RILDs através dos CPN incluem o seguinte:

- Acesso: as clínicas pré-natais fornecem acesso directo e eficiente aos principais grupos de risco para a malária (grávidas e crianças com menos de cinco anos).
- Adesão: a adesão aos cuidados pré-natais, pelo menos uma vez durante a gravidez está acima dos 90% no Malawi e acima dos 70% e grande parte de Africa.
- Distribuição: as instalações sanitárias públicas estão distribuídas em todas as zonas rurais e podem armazenar de forma segura grandes quantidades de redes, o que aumenta a eficiência da distribuição.
- Promoção: a consulta profissional um-a-um entre o enfermeiro e a mãe oferece uma oportunidade incomparável para a promoção da compra e uso adequado das RTIs.
- Endereçar os Subsídios: as grávidas e as crianças com menos de cinco anos possuem cartões de saúde, que tornam fácil garantir que o subsídio tem como alvo os grupos vulneráveis.
- Responsabilização: a garantia da responsabilização é directa porque a reconciliação entre o stock e as receitas pode ser efectuada em qualquer altura na instalação sanitária. A fuga de redes altamente subsidiadas para grupos diferentes do grupo alvo é minimizada.

## RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-2.2

Arrow KJ, Panosian C and Gelband H. 2004. *Saving Lives, Buying Time: EconoEAIM of Malaria Drugs in an Age of Resistance*. The National Academies Press: Washington, D.C.

Distribution of insecticide treated bednets during integrated nationwide immunization campaign—Togo, West Africa, December 2004. *MMWR* 7 October 2005/54 (39): 994–996.

Gamble C, Ekwaru JP and ter Kuile FO. 2006. Insecticide-treated nets for preventing malária in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2.

NetMark. 2004. *NetMark 2004 Survey. Insecticide Treated Nets in Nigeria, Senegal, Zambia, Ghana and Ethiopia*. At: [www.netmarkafrica.org](http://www.netmarkafrica.org). Accessed on August 23, 2006.

NetMark Project, Academy for Educational Development (AED). 2005. *NetMark 2004 Survey on Insecticide-Treated Nets (ITNs) in Zambia*. AED: Washington, D.C. At: [www.netmarkafrica.org/research](http://www.netmarkafrica.org/research).

PSI Malaria Control. 2005. *The Malawi ITN Delivery Model*. PSI Malaria Control: Nairobi.

Rhee M et al. 2005. Use of insecticide-treated nets (ITNs) following a malária education intervention in Piron, Mali: A control trial with systematic allocation of households. *Malaria Journal* 4: 35.

Roll Back Malaria. *Scaling Up Insecticide-Treated Netting Programmes in Africa. A Strategic Framework for Coordinated National Action*. Roll Back Malaria: Geneva. At: [http://www.rollbackmalaria.org/partnership/wg/wg\\_itn/docs/WINITN\\_StrategicFramework.pdf](http://www.rollbackmalaria.org/partnership/wg/wg_itn/docs/WINITN_StrategicFramework.pdf).

World Health Organization (OMS). 2004. *A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control during Pregnancy in the African Region*. OMS: Regional Office for Africa: Brazzaville.

## CAPÍTULO 2-3

# UTILIZAÇÃO DE PADRÕES DE DESEMPENHO PARA AJUDAR A GARANTIR SERVIÇOS DE MDG DE ALTA QUALIDADE

Quando a disseminação das directrizes MDG estiver completa, os provedores de cuidados sanitários deverão estar a implementar as directrizes como parte da sua prática diária. Mas para isto acontecer, é fundamental que os provedores sejam formados e motivados para seguir e utilizar as directrizes. A alteração das atitudes e comportamentos é conhecida como sendo um processo difícil e cheio de desafios, Mas deverá ser alcançada para que o desempenho dos provedores de cuidados sanitários reflecta os padrões definidos nas directrizes. Ao possuir uma estratégia clara para a alteração do comportamento desde o início, e posteriormente aplicando-os consistentemente, é a abordagem que provavelmente levará à adesão.

A baixa moral e motivação dos funcionários são frequentemente identificadas como uma questão no desempenho inadequado do provedor, e pode ter um efeito adverso sobre a implementação bem sucedida das directrizes MDG. Devem estar em vigor mecanismos para reconhecer os esforços do pessoal em fornecer cuidados de alta qualidade e para reforçar as práticas que institucionalizam uma mudança de comportamento positiva.<sup>15</sup> Outros factores que afectam o desempenho dos provedores são as expectativas de trabalho pouco claras; ausência de feedback sobre o desempenho; instalações, equipamento e suprimentos inadequados; conhecimentos e capacidades fracas; e ausência de apoio organizacional.

A utilização de padrões de desempenho é uma abordagem prática para a melhoria da qualidade dos serviços de cuidados sanitários e responder a estes factores de desempenho. Esta abordagem concentra-se não nos problemas mas no nível de desempenho e qualidade a serem obtidos. Dada a muitas vezes limitada capacidade do sistema de supervisão externa em grande parte dos países, esta abordagem procura capacitar as pessoas a nível das instalações sanitárias para avaliar e melhorar continuamente o desempenho e serviços do provedor. Isto será conseguido através do uso de quatro passos no processo de padrões de desempenho abaixo descritos:

---

<sup>15</sup> Adaptado de: Johnson RH. 2001. *Implementação de Padrões Globais para cuidados de saúde materno Infantil*. Jhpiego/Programa MNH: Baltimore: MD.

- Definir padrões, analisar o desempenho e encontrar causas para as lacunas de desempenho.
- Implementar intervenções para responder às causas das lacunas de desempenho.
- Monitorizar e avaliar o desempenho para medir o progresso.
- Reconhecer o cumprimento dos padrões.

Este processo pode ser utilizado a nível nacional, regional ou local, para todos os tipos de instalações de cuidados sanitários e todos os tipos de serviços. É desejável possuir um sistema nacional em vigor para implementar a actividade dos padrões de desempenho para melhorar a qualidade. No entanto, o processo poderá ser utilizado a qualquer nível, numa única instalação sanitária ou numa pequena rede de instalações sanitárias. Por as actividades de integração e definição de metas serem fundamentais para este sucesso, é melhor trabalhar simultaneamente num número de instalações sanitárias (e.g., quatro a sete). No caso de instalações sanitárias no nível periférico e para a intervenção focalizada tal como a MDG, poderá se incluído um maior número de centros na actividade de melhoria da qualidade.

Esta abordagem é considerada um processo “de baixo para cima” que capacita os supervisores das instalações sanitárias, provedores e comunidades ao fornecer-lhes ferramentas padronizadas para ajudá-los a tomar decisões informadas que irão melhorar o desempenho e a qualidade dos serviços. O supervisor desempenha um papel fundamental ao afectar a mudança na instalação sanitária. A supervisão é o processo de orientação, auxílio, formação e encorajamento dos funcionários a melhorar o seu desempenho de forma a fornecer serviços de alta qualidade. O objectivo da supervisão é de promover e manter a prestação de cuidados sanitários de qualidade. Este objectivo é alcançado ao se concentrar sobre a melhoria do desempenho de cada um dos funcionários.

O supervisor é responsável pelo desempenho do pessoal clínico. Os supervisores são responsáveis por garantir a existência de números suficientes de pessoal formado para fornecer serviços de alta qualidade, que estes possuam os suprimentos e equipamento que necessitam para utilizar as suas capacidades e a existência de recursos financeiros para comprar os suprimentos necessários. eles são responsáveis pela marcação, manutenção de relacionamentos com o nível distrital ou central do MS, solução de problemas, criação de um ambiente de trabalho em equipa, motivação dos funcionários, facilitação do envolvimento comunitário e outras similares.

As abordagens tradicionais para a supervisão enfatizam a “inspecção” das unidades sanitárias e o “controlo” do desempenho individual. Estas focalizam-se sobre a descoberta de falhas ou erros e posteriormente em repreender as pessoas envolvidas. Em contraste, o uso do processo de padrões de desempenho passo-a-passo focaliza-se sobre:

- A meta de prover serviços de cuidados de saúde de alta qualidade
- Utilização de um processo de melhoria contínua do desempenho dos funcionários e da qualidade do serviço
- Um estilo de encorajamento e interacção compreensiva com todos os funcionários e outros interessados<sup>16</sup>

O envolvimento da comunidade é fundamental para o sucesso do processo de garantia de qualidade com base em padrões. É incumbente sobre a unidade sanitária a compreensão das questões comunitárias e a sua inclusão no processo de qualidade. Deveriam existir oportunidades para os membros da comunidade e funcionários interagirem (ex.: convidar os membros da comunidade a participar numa análise das causas das lacunas de desempenho). Além disso, a comunidade deveria ser vista como um activo da unidade sanitária nos seus esforços para reforçar a qualidade dos serviços. A comunidade pode ajudar de muitas maneiras—ao voluntariar-se para melhorar o edifício ou ambiente da clínica, ou apoiando actividades promocionais ou educacionais na unidade sanitária. Uma das formas mais fundamentais para a participação dos pacientes e comunidades é a garantia de que os serviços sejam prestados de acordo com padrões de desempenho definidos e que sejam culturalmente aceitáveis. Finalmente, as comunidades podem desempenhar um papel fundamental no reconhecimento do cumprimento dos padrões.

Este capítulo do *Manual de Implementação* foi escrito para a instalação sanitária de nível periférico. Para mais informações sobre a implementação do sistema de padrões de desempenho a nível nacional, vide Necochea E and Bossemeyer D. 2005. *Gestão e Reconhecimento com Base em Padrões: Um Manual de Campo*. Jhpiego: Baltimore, MD.

---

<sup>16</sup> Garrison, K et al. 2004. *Supervisão de Serviços de Cuidados Sanitários: Como melhorar o Desempenho das Pessoas*. Jhpiego: Baltimore, MD.

PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO
<b>Definir padrões, analisar o desempenho, e encontrar causas para as lacunas de desempenho</b>			
<p>O Comité Técnico DPS (Vide Capítulo 2-1) define os padrões de desempenho (o Comité Técnico deveria ser composto por membros que tenham recebido reciclagem sobre MDG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na política nacional e DPSs, e</li> <li>• Com o maior número possível de contribuições dos interessados (e.g., provedores, supervisores, pacientes)</li> </ul>			
<p>Definir critérios de verificação objectivos para cada padrão de desempenho, organizado como uma lista de verificação prática/ferramenta de avaliação do desempenho.</p>			
<p>Conduzir uma análise do desempenho utilizando a ferramenta de avaliação do desempenho para identificar as lacunas existentes entre o desempenho actual e o desejado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que padrões estão a ser cumpridos e quais não o estão</li> <li>• Se todos os critérios de verificação para cada padrão estão presentes</li> <li>• Quaisquer outros pormenores para ajudar a identificar as causas da lacuna</li> </ul> <p>Os resultados da análise de base são apresentados quantitativamente para servirem como base para futura monitorização.</p>			
<p>Conduzir uma análise das causas que pergunte sobre a existência de lacunas. Recolher informação do máximo de interessados possível. As causas comuns do fraco desempenho incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas de trabalho pouco claras</li> <li>• Ausência de feedback sobre o desempenho</li> <li>• Fraca motivação</li> <li>• Fraca gestão ou liderança</li> <li>• Conhecimentos e capacidades deficientes</li> <li>• Instalações, equipamento ou suprimentos inadequados</li> <li>• Falta de foco nos pacientes ou comunidade</li> </ul>			
<b>Implementar intervenções para responder às causas</b>			
<p>Seleccionar e elaborar intervenções para responder às causas de lacunas de desempenho.</p>			
<p>Priorizar intervenções seleccionadas ao considerar os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequabilidade. As intervenções irão preencher as lacunas de desempenho? Irão melhorar a qualidade dos serviços?</li> <li>• Economia. A intervenção é económica e sustentável?</li> <li>• Viabilidade. Existem sistemas em vigor para apoiar a intervenção?</li> <li>• Aceitação cultural. A comunidade e os pacientes irão reagir favoravelmente à intervenção?</li> <li>• Aceitação pelos provedores. Os provedores ou supervisores apoiam a intervenção?</li> </ul>			
<p>Começar gradualmente ao solucionar lacunas que sejam facilmente preenchidas de forma a obter resultados rápidos e motivar e capacitar as equipas.</p>			

PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO
Desenvolver um plano de acção que enumere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas as actividades planeadas</li> <li>• A data limite para a sua conclusão</li> <li>• Os recursos necessários</li> <li>• A pessoa responsável pela sua execução</li> <li>• Os métodos que serão usados para medir o sucesso</li> </ul>			
<b>Monitorizar e avaliar o desempenho para medir o progresso</b> (vide <b>Capítulo 2-6</b> deste manual para mais informações sobre M&A)			
Desenvolver sistemas de mensuração contínua utilizando a ferramenta de avaliação do desempenho através: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoavaliações executadas por cada provedor ao seu próprio trabalho</li> <li>• Avaliações internas implementadas internamente pelos funcionários da unidade sanitária</li> <li>• Avaliações externas implementadas por pessoas externas à unidade sanitária (e.g., visitas de supervisão facilitativas, avaliações de verificação)</li> </ul>			
Partilha das melhores práticas entre redes de unidades sanitárias (definição de metas).			
<b>Reconhecer o cumprimento dos padrões</b>			
Motivar as pessoas, equipas e unidades sanitárias através de incentivos, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback atempado, específico, contínuo e interactivo</li> <li>• Reconhecimento social através de elogios, troféus, diplomas ou celebrações</li> <li>• Reconhecimento material através de recompensas monetárias e em espécie (e.g., orçamentos com base no desempenho, oportunidades de desenvolvimento profissional, equipamento ou suprimentos adicionais)</li> </ul>			

## QUESTÕES PRINCIPAIS

- A Utilização dos padrões de desempenho para melhorar a qualidade dos serviços faz parte da continuação da implementação - não é uma etapa isolada ou opcional. Os interessados envolvidos nas actividades de melhoria de qualidade são os mesmos envolvidos na definição de DPSs, actividades de formação, e sistemas de M&A.
- A abordagem aos padrões de desempenho foi designada para aliviar o fardo da supervisão externa e tornar a melhoria de qualidade em algo que seja feito todos os dias, como uma parte de rotina da provisão de serviços MDG. No entanto, os supervisores externos desempenham um papel fundamental na iniciação do processo nas unidades sanitárias, e este esforço poderia acrescentar peso ao fardo inicial da supervisão.

- No início, a abordagem de padrões de desempenho pode exigir um nível elevado de assistência externa. No entanto, pretende-se que seja rapidamente e totalmente transferido para o nível local. Esta transferência exige que tanto os administradores como os provedores de serviços estejam motivados e altamente envolvidos para trabalharem em conjunto para a melhoria da qualidade.
- Deverá existir um “e depois” no final do processo—o que é que a melhoria da qualidade nos trouxe? As actividades de M&A devem garantir que os dados recolhidos nas estatísticas dos serviços sejam ligados a actividades de melhoria da qualidade (e.g., o número de mulheres a frequentarem os serviços MDG aumentou depois da melhoria do aconselhamento das pacientes e da interacção provedor-paciente; o número de infecções diminuiu no centro de saúde depois da melhoria das práticas de prevenção da infecção).

## **PAÍS EXEMPLO: MADAGÁSCAR**

Desde 2003–2005, o MS/FP de Madagáscar em colaboração com a Coligação de Acção contra a Malária (MAC) e outros parceiros, desenvolveram e adoptaram uma política nacional para a malária. As principais componentes da política para as grávidas são o uso de RTIs e, para as mulheres a viverem em área de transmissão estável, o fornecimento de TIPg com SP. A política também incluiu a substituição dos CPN como uma abordagem com base nos riscos para uma abordagem focalizada nas necessidades específicas da mulher e na promoção da prontidão para o parto e para complicações.

Durante o mesmo período, o MS/FP e a MAC identificaram cinco instalações modelo numa província altamente endémica (Toamasina) para iniciar os serviços CPN/MDG e tirar lições para expansão nacional. As intervenções iniciais incluíam a formação de formadores focais, o desenvolvimento e testagem de materiais e recursos de aprendizagem, e a formação de provedores de serviços. Assim que os serviços MDG estavam operacionais, a MAC introduziu um processo para a melhoria do desempenho e da qualidade (MDQ) para as instalações sanitárias. O processo capacitou os funcionários a solucionar questões de desempenho e qualidade a nível da unidade sanitária e ao MS/FP para medir a eficácia da formação e provisão dos serviços CPN/MDG, e a identificar as vulnerabilidades na implementação da política para a malária.

O processo MDQ implementado em Madagáscar seguiu as etapas do processo de Gestão e Reconhecimento com Base em Padrões (SBM-R) definido neste capítulo. As principais actividades da experiência de Madagáscar foram as seguintes:

- O processo MDQ foi lançado através de uma reunião de advocacia com todos os interessados com a duração de um dia (representantes do

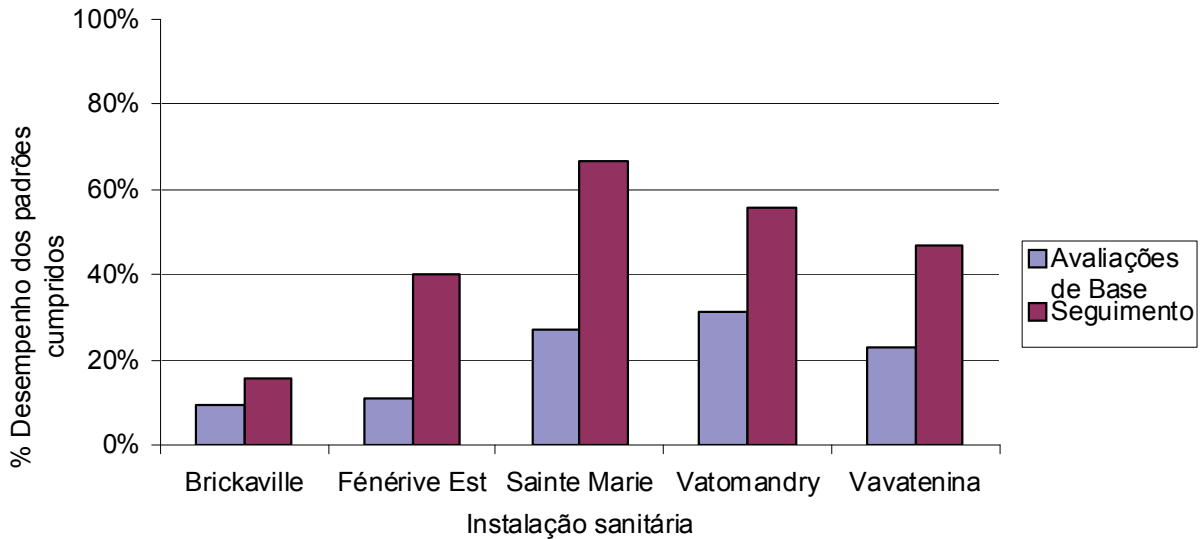
MS/FP, Parceiros multilaterais e bilaterais, ONGs, provedores de serviços, académicos, etc.).

- Foram utilizados a política nacional para CPN/MDG e documentos baseados em evidências na adaptação de uma ferramenta de avaliação do desempenho CPN/MDG da Tanzânia durante um seminário com cinco dias de duração. este seminário também serviu como a primeira etapa no desenvolvimento de um grupo central de moderadores MDQ, todos os quais eram formadores clínicos experientes.
- As perspectivas dos provedores e das comunidades foram incorporadas dentro da ferramenta de avaliação do desempenho ao identificar as necessidades e expectativas das pacientes durante o teste de campo da ferramenta.
- Os formadores conduziram avaliações de dois dias em cada um dos cinco locais e partilharam os resultados da avaliação com os provedores de serviços e administradores. As constatações demonstraram que dois dos cinco locais modelo não possuíam SP ou RTIs, e que todas as unidades tinham fracos serviços CPN.
- A iniciativa reuniu os provedores de serviços e administradores de todas as cinco unidades para analisarem as lacunas de desempenho e desenvolver planos de acção. A Utilização de um formado com base em grupos permitiu que os participantes partilhassem experiências e construissem relacionamentos contínuos.
- Os debates durante a análise das causas principais ajudou o MS/FP a redireccionar suprimentos de SP e RTI aos centros com provedores formados, e a insistir na necessidade de seguir os novos serviços nos centros de saúde.
- Para fornecer alguma motivação na implementação do plano de acção, o programa MAC auxiliou com cursos de formação sobre a prevenção da infecção, provisão de meios auxiliares, e provisão de suprimentos mínimos para o centro de saúde, tais como copos para as mulheres tomarem a SP, etc. no entanto, por as actividades terem sido elaboradas com base nos recursos locais, foi necessária pouca assistência externa para reduzir as lacunas de desempenho.
- Os provedores de serviços e administradores passaram seis meses a implementar os seus planos de acção antes das avaliações de seguimentos pelos formadores MDQ. Estas visitas não foram formalmente marcadas; em vez disso, cada oportunidade envolvendo uma visita de um supervisor ou representante do MS/FP foi utilizada para debater o processo MDQ com os provedores de serviços.

**As visitas de seguimentos pelos formadores MDQ** seis meses depois da implementação do plano de acção mostraram que a qualidade dos serviços CPN/MDG nas cinco unidades modelo melhoraram substancialmente. As unidades melhoraram a média geral do seu desempenho dos padrões cumpridos de 20% para 45%. A pontuação das avaliações de base (Julho

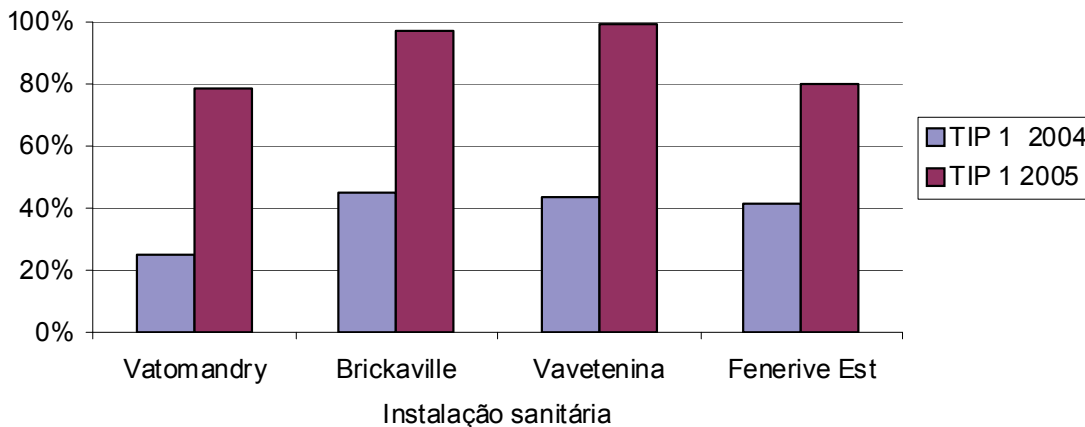
de 2005) e seguimento (Dezembro de 2005) de cada unidade são fornecidas na **Figura 2-3.1**.

**Figura 2-3.1: Avaliações de Base e de Seguimento dos CPNF/MDG em Madagascar (Julho de 2005–Dezembro de 2005)**

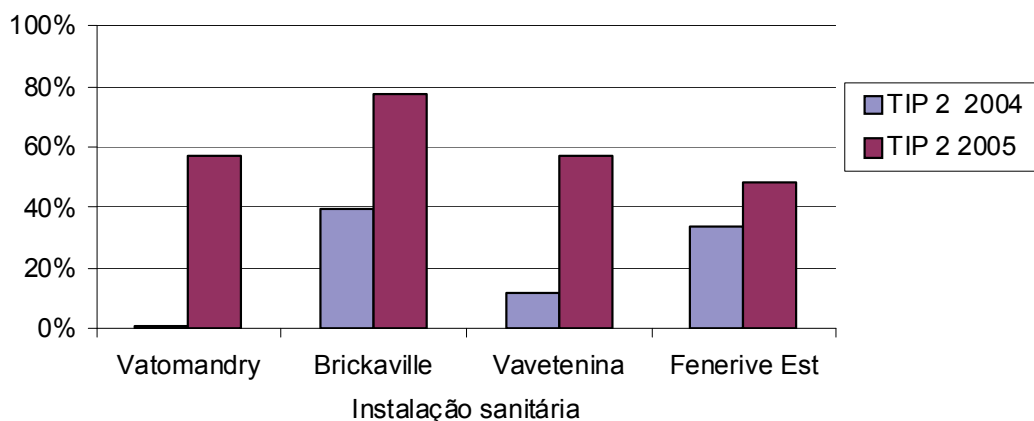


Além disso, os dados sobre a cobertura TIP de quatro das cinco unidades mostraram que no final de 2005, a cobertura TIP tanto para a primeira como para a segunda dose tinham aumentado dramaticamente, conforme ilustrado nos gráficos abaixo.

**Cobertura do TIP1 2004–2005 para Quatro Unidades Modelo**



## Cobertura do TIP2 2004–2005 para Quatro Unidades Modelo



Estes resultados promissores fizeram com que o MS/PF convidasse o programa MAC a desenvolver padrões de desempenho desejável para todos os aspectos da malária e a expandir o processo MDQ nacionalmente. O programa MAC começou a fazê-lo em parceria com o projecto bilateral Santénet da USAID.

### Lições Aprendidas

- É necessária a advocacia e formação no processo MDQ para os principais interessados a nível nacional, de forma a validar e integrar completamente a ferramenta de avaliação de desempenho com os sistemas de funcionamento padrão.
- O número de padrões de desempenho e critérios de verificação deveria ser adequado para o nível e recursos da unidade sanitária. Por exemplo, em Madagáscar um dos padrões IP lida com a protecção do pessoal das limpezas de contrair infecções perigosas (HIV, hepatite B, etc.) ao forrar os cestos de lixo com sacos plásticos. Alguns dizem que o dinheiro utilizado para a compra de sacos plásticos seria melhor gasto noutros recursos. Para responder a estas preocupações, o programa está a reduzir o número de padrões de desempenho e critério de verificação onde possível, mas também a educar os intervenientes sobre a base de evidências dos padrões que precisam advogar para recursos e apoio da comunidade.
- Começando com a elaboração do programa, é essencial considerar como as estatísticas de provisão de serviços estão ligadas aos aspectos de solução de problemas e tomada de decisões do processo de monitorização MDQ. Enquanto o processo MDQ fornece informação sobre como a qualidade melhorou a nível da unidade sanitária, não mostra o número de mulheres que estão a beneficiar dos serviços melhorados. No Madagáscar, esta questão foi resolvida pela formação de supervisores internos e externos. O conceito é que os supervisores

internos deveriam utilizar a ferramenta de avaliação do desempenho para a monitorização regular, e as estatísticas dos serviços durante as análises das lacunas e planificação da acção. Os supervisores externos deveriam monitorizar as estatísticas do serviço e também avaliar o resumo dos resultados do processo MDQ. Parte da visita externa deveria ser organizada para ajudar os provedores de cuidados de saúde a solucionar lacunas complexas na provisão dos serviços.

- Os parceiros deveriam estar envolvidos em seminários de validação de forma que possam apoiar o alargamento da MDQ nas regiões em que trabalham. Nestes esforços o MS/PF deveria procurar utilizar melhor as estatísticas do serviço para solucionar problemas e tomada de decisões.
- Para que a abordagem MDQ seja sustentável em Madagáscar, o MS/FP deverá promover MDQ como um processo oficial para todas as áreas de prestação de serviço, não só CPN/MDG, e integrar PQUI no seu sistema geral de supervisão das unidades sanitárias.

### **RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-3**

Garrison K et al. 2004. *Supervising Healthcare Services: Improving the Performance of People*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Jhpiego. n.d. *Performance Improvement for Quality Reproductive Health Services*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Johnson RH. 2001. *Implementing Global Maternal and Neonatal Health Standards of Care*. Jhpiego/MNH Program: Baltimore: MD.

Necochea E and Bossemeyer D. 2005. *Standards-Based Management and Recognition: A Field Guide*. Jhpiego: Baltimore, MD.

# CAPACITAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS ATRAVÉS DA FORMAÇÃO PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRECTRIZES DE MDG

O resultado pretendido em qualquer programa de formação clínica, independentemente de ser básica ou contínua, é que os provedores comecem a utilizar os conhecimentos e capacidades recentemente adquiridos para melhorar os cuidados com os pacientes. Quando as DPSs são utilizadas para desenvolver programas de formação, as capacidades incluídas na formação são cuidadosamente seleccionadas como capacidades fundamentais necessárias para as directrizes e exigidas para a melhoria do desempenho dos provedores. Isto permite que a formação esteja baseada nas competências, e portanto faz o uso mais eficiente do tempo necessário para a formação.<sup>17</sup>

Um sistema de formação<sup>18</sup> que apoie a implementação das directrizes MDG é o resultado de uma estratégia de formação integrada—uma estratégia que responde a todos os sectores, categorias e níveis do sistema de cuidados sanitários envolvidos na prevenção e tratamento da malária durante a gravidez, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos e técnicos de laboratório. Esta abordagem integrada ajuda a atingir a padronização e aumentar a colaboração entre os departamentos e programas de SR e controlo da malária. Além disso, fomenta um foco nas mulheres e suas famílias e os serviços MDG que necessitam em vez da categoria de provedor ou nível do sistema de cuidados sanitários.

Finalmente, os programas de educação básica e formação contínua deveriam basear-se em descrições de funções claramente definidas, e em padrões de desempenho que por sua vez tenham sido desenvolvidos com base nas directrizes MDG.

Idealmente, a formação MDG deveria ser integrada na formação SR existente e não deveria ser considerada como um requisito de formação “extra” ou especial. No entanto, porque muitos MSs só recentemente reconheceram o problema da malária durante a gravidez, a formação MDG é muitas vezes administrada como uma formação “vertical”, e de “compensação”. Neste caso é importante que os provedores sejam ensinados a integrar os novos serviços nos cuidados de prestam.

---

<sup>17</sup> A formação baseada nas competências concentra-se nos conhecimentos, atitudes e capacidades específicas necessárias para executar um procedimento ou actividade. É enfatizada a forma de *desempenho* do formando e não somente a informação por este adquirida.

<sup>18</sup> O desenvolvimento de sistemas nacionais de formação sustentável é um tópico complexo, e o debate sobre como desenvolver tais sistemas, desafios e lições aprendidas estão para além do âmbito deste Manual.

## **EDUCAÇÃO BÁSICA**

Os sistemas de formação nacional agora reconhecem que a abordagem de formação mais sustentável a longo prazo é a educação básica na área de medicina, obstetrícia e enfermagem. Quando as DPSs MDG são utilizadas para desenvolver currículos básicos, os estudantes aprendem desde o início das suas carreiras os princípios básicos da prática clínica baseada em directrizes, e aprendem como aplicá-las. E, à medida que as novas directrizes para a provisão de cuidados MDG, procedimentos de desempenho, acompanhamento de medicamentos e padrões de fornecimento, e educação do público sobre os sinais de perigo tornam-se norma na prática, estas também só incorporadas na educação básica, capacitando os estudantes recentemente graduados a praticarem-nas em conformidade. Este resultado seria muito mais difícil, se não impossível, de alcançar se os currículos de medicina, obstetrícia e enfermagem fossem desenvolvidos sem referência às directrizes MDG.

Quando os programas de educação básica baseiam-se na competência de princípios de formação clínica, os estudantes graduam-se como profissionais qualificados, proficientes e são capazes de fornecer todos os cuidados definidos pelas DPSs. E, as novas capacidades tais como aquelas necessárias para fornecer cuidados MDG são mais facilmente incorporadas nos currículos existentes. Para a educação básica, a MDG deveria ser incluída na componente de SR.

A revisão dos currículos básicos é um processo complexo e longo, e a abordagem do processo está fora do âmbito deste Manual (vide Schaefer 2002 nos Recursos a seguir a este capítulo).

## **FORMAÇÃO CONTÍNUA**

Mesmo apesar de a passagem para a educação básica ser uma solução a longo prazo necessária, a formação contínua deverá continuar em vigor. Grande parte dos profissionais agora em função não foi formada utilizando o currículo baseado nas directrizes. A formação contínua é portanto necessária a curto prazo para elevar o nível de conhecimentos e capacidades do pessoal de saúde existente até aos padrões definidos pelas directrizes MDG. Neste caso, a formação contínua baseia-se na necessidade, e é executada para preencher uma lacuna identificada nas capacidades ou conhecimentos dos provedores de cuidados sanitários.

Além disso, a motivação e apoio dos provedores são fundamentais para facilitar a sua adesão às directrizes e para a provisão de cuidados MDG de qualidade. As actividades de orientação e formação foram criadas para ajudar os provedores a atingir uma compreensão completa do que está nas directrizes e como estas deveriam ser utilizadas. Esta compreensão encoraja a responsabilização do provedor—um aspecto importante da

adesão. Um sentido de responsabilidade dá aos provedores a confiança para solucionar problemas e adaptar as suas situações para fornecer cuidados com base nas directrizes. Ferramentas e sugestões concretas que possam ser diariamente utilizadas pelos provedores também melhoraram a sua motivação para aderir às directrizes.<sup>19</sup>

A formação contínua pode tomar diversas formas, incluindo a formação clínica baseada em grupos; formação prática (também referida como formação baseada na unidade sanitária ou clínica), tanto estruturada ou informal; e aprendizagem a ritmo individual.

Para a formação contínua baseada em grupos, normalmente é adequado um curso de pelo menos dois a cinco dias. o Programa ACCESS publicou um pacote de aprendizagem clínica (manual de referência, manual do participante e auxiliares de aprendizagem) para provedores capacitados que prestem serviços CPN, incluindo parteiras, enfermeiras, funcionários clínicos e auxiliares médicos. O seminário melhora os conhecimentos, capacidades e atitudes dos provedores necessários para prevenir, reconhecer e tratar a MDG à medida que forneçam CPN. Durante este seminário, os participantes completam estudos de casos e planos de acção para que possam planificar a forma de integração da prevenção e controlo da MDG nas suas actividades de CPN existentes. Recomenda-se que sejam acrescentados um ou mais dias ao seminário básico para fornecer observação clínica guiada e prática aos participantes. (para informações adicionais, vide Ganges and Gomez 2007, na lista de recursos no final deste capítulo.)

A formação prática estruturada, fornecida na unidade clínica do provedor, é mais eficaz nas unidades onde exista rotatividade de funcionários e grandes números de clínicos a necessitarem de formação. Logisticamente, os requisitos para formação prática estruturada são os mesmo que para a formação em grupo—um formador clínico, manual de referência, manual do formador, manual do participante e auxiliares de aprendizagem.

Se os provedores tiverem acesso a computadores e a conexões Internet fiáveis, estes poderão utilizar o tutorial autodidacta MDG do Programa ACCESS. (Para mais informações, vide Recursos, Programa ACCESS 2007.)

Deverá existir uma rede de formadores que possam prestar educação e formação sobre conhecimentos e capacidades MDG. Um dos modelos é aquele de ter um pequeno grupo de formadores mestrados a nível nacional que por sua vez formem um grupo maior de formadores avançados que poderão depois formar um grupo ainda maior de formadores clínicos a nível regional e/ou local. É utilizada uma abordagem paralela, frequentemente chamada de “formação em cascata” nos seminários de

---

<sup>19</sup> *Adaptado de:* Johnson RH. 2001. *Implementação de Padrões Globais para Cuidados de Saúde Materno Infantil*. Jhpiego/ Programa MNH: Baltimore, MD.

orientação nos quais ocorre somente a transferência de conhecimentos. Na abordagem em cascata, os formadores são desenvolvidos para actualizar os provedores e supervisores que por sua vez deverão orientar os seus colegas de forma prática.

<b>BUILD HUMAN CAPACITY THROUGH TRAINING TO ENSURE MIP GUIDELINES IMPLEMENTATION</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Avaliar e rever as descrições de funções com base nas directrizes MDG para fornecer objectivos e padrões de aprendizagem baseados no desempenho.			
Avaliar e ter em consideração os padrões de desempenho com base nas directrizes MDG ao desenvolver formações (vide <b>Capítulo 2-3</b> ).			
Desenvolver uma estratégia de formação contínua para os provedores e superiores: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar aqueles que necessitam de formação, de acordo com uma avaliação de necessidades focalizada (vide <b>Capítulo 2-1</b>).</li> <li>● Identificar formadores a nível nacional, regional e distrital para a formação em grupo e nas unidades, garantindo uma mistura de formadores de ambos departamentos para a malária e SR.</li> <li>● Desenvolver um cronograma para a formação.</li> <li>● Se a formação tiver uma componente clínica prática ou de observação, identificar os locais para a formação.</li> <li>● Reforçar os centros de formação clínica ao garantir que o pessoal implementa os serviços MDG com base nas DPSs.</li> </ul>			
Identificar currícula básicos e materiais de formação contínua que necessitem de adaptação: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rever os currícula e materiais de formação para incluir directrizes MDG e RTI novas/revistas (vide Capítulos 2-1 e 2-2.2).</li> <li>● Desenvolver/rever meios auxiliares que sejam consistentes com os materiais de aprendizagem e directrizes.</li> <li>● Traduzir os materiais de formação e meios auxiliares nas línguas locais conforme necessário.</li> </ul>			
Formar formadores MDG: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actualização MDG</li> <li>● Actualização sobre prevenção da infecção</li> <li>● Curso de formação (formação de formadores) sobre capacidades de formação clínica (CFC)</li> <li>● Prática de CFC (formadores MDG recentemente desenvolvidos “praticam o ensino” a outros provedores) de forma a qualificarem-se como formadores MDG</li> </ul>			

<b>BUILD HUMAN CAPACITY THROUGH TRAINING TO ENSURE MIP GUIDELINES IMPLEMENTATION</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Formar supervisores MDG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualização MDG (incluindo prevenção da infecção)</li> <li>• Formação sobre a melhoria do desempenho (Vide <b>Capítulo 2-3</b>)</li> <li>• Formação sobre facilitação da supervisão</li> </ul>			
Formar provedores de serviços: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualização MDG/IP</li> <li>• Visita de seguimento pelo formador seis semanas depois da formação utilizando a lista de verificação sobre o padrão esperado (vide <b>Capítulo 2-3</b>)</li> </ul>			
Monitorizar e avaliar a formação (fonte: <i>Trabalhos de Formação!</i> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar se os formandos atingiram os objectivos de aprendizagem ao classificar os conhecimentos e avaliando as capacidades como parte da formação.</li> <li>• Melhorar a formação utilizando informação das avaliações de conhecimentos e capacidades.</li> <li>• Monitorizar e avaliar o desempenho prático através da autoavaliação, avaliações internas, supervisão externa (vide <b>Capítulo 2-3</b>).</li> <li>• Determinar a eficácia da formação como uma intervenção para melhorar o desempenho.</li> <li>• Monitorizar o número de pessoas formadas por categoria, por unidade geográfica administrativa e/ou tipo de unidade sanitária.</li> </ul>			

### **QUESTÕES PRINCIPAIS**

- Enquanto a educação básica é a abordagem mais sustentável a longo prazo para a capacitação do pessoal nos programas MDG, este não irá satisfazer as necessidades imediatas a curto-prazo. É necessária a formação contínua direccionada para elevar os níveis de capacidades do pessoal existente até aos níveis dos padrões definidos pelas directrizes. Os recursos, tanto humanos como financeiros, deverão ser equilibrados em conformidade de forma que uma abordagem não seja implementada para exclusão da outra. Tanto a educação básica como a formação contínua são necessárias para construir um sistema de formação nacional sustentável.
- A estratégia de formação deveria incluir ligações com provedores fora do sistema governamental. Deverão existir abordagens específicas para envolver praticantes médicos privados e de organizações religiosas (OR) que tratem uma proporção substancial dos casos de malária (fonte: OMS/AFRO *Moldura Estratégica*).

- Em todas as estratégias de formação, é essencial incluir visitas de seguimento aos participantes num período de tempo designado (frequentemente seis semanas depois da formação) para ajudar a garantir a implementação de conhecimentos e capacidades recentemente adquiridos. Este seguimento deverá ser a primeira etapa num programa de supervisão de apoio regular. Frequentemente o seguimento é descurado para o bem do rápido alargamento, causando problemas sérios na prestação de serviços sanitários. Deveria existir um item de linha orçado para o seguimento de todos os participantes da formação. O seguimento é uma oportunidade para orientar/tutorar adicionalmente aos participantes e deveria ser efectuado pelos formadores utilizando listas de verificação estruturadas baseadas no desempenho.
- Enquanto que a formação não é tão custosa relativamente a outros itens orçados nos cuidados sanitários, poderá ser um desafio encontrar os recursos humanos e financeiros necessários para conduzir programas de formação de larga escala. Geralmente inúmeras ONGs estão envolvidas de acordo com as suas áreas de especialização e/ou localidades nas quais trabalham. Enquanto que isto possa ser necessário ou mesmo desejável, todas as organizações que conduzam formações deveriam possuir uma abordagem de formação baseada nas competências e materiais de formação e de recurso nacionalmente adoptados com base nas directrizes MDG nacionais.
- O desenvolvimento de novos materiais e recursos de formação leva tempo e pode criar um peso sobre recursos limitados. Portanto, é preferível adaptar os materiais MDG existentes em vez de começar “de zero”. Todas as organizações a conduzirem formações MDG num país idealmente deveriam utilizar os mesmos materiais de formação. Os materiais de aprendizagem MDG desenvolvidos pelo Programa ACCESS baseiam-se nos padrões da OMS e podem ser facilmente adaptados aos protocolos nacionais.

## **PAÍS EXEMPLO: QUÉNIA**

O Quénia utilizou uma abordagem faseada para expandir a formação contínua para MDG, começando em dois distritos em 2002 e chegar aos 24 distritos até 2006. A formação focalizada sobre os médicos, oficiais clínicos, enfermeiros e funcionários/técnicos de saúde do MS, ONG, USAID e unidades privadas. Os oficiais/técnicos são considerados essenciais para os esforços de formação na medida em que estes estabelecem a ligação entre comunidade e unidades sanitárias. Também houve uma grande componente de formação que estabelecia como alvo as pessoas de recurso da comunidade (PRNCs), incluindo profissionais de saúde comunitária, educadores de pares juvenis, profissionais aposentados, distribuidores comunitários, parteiras tradicionais e curandeiros. A formação incluiu visitas de seguimento seis semanas depois da formação.

O financiamento veio de uma variedade de fontes e foi implementado em conjunto pelos Departamentos de Saúde reprodutiva e Controlo da Malária. E, a formação foi inclusiva e integradas através de planeamento e financiamento coordenado.

Os elementos fundamentais da abordagem de formação do Quénia que a tornaram bem sucedida incluem:

- **Compreensão.** A abordagem tem como objectivo reforçar aos CPN como uma plataforma para serviços sanitários essenciais durante a gravidez, incluindo MDG e PTV; a formação estava direccionada para os clínicos e para a comunidade.
- A utilização de materiais simples para os provedores de cuidados sanitários e PRNCs. O pacote de orientação MDG incluía meios auxiliares, cartazes, e uma brochura em Inglês e Kiswahili, que foram utilizados para disseminar as directrizes nacionais e aumentar os conhecimentos dos provedores.
- Desenvolvimento de uma categoria de formadores a nível nacional e distrital. Com uma categoria de formadores em vigor, especialmente a nível distrital, novos provedores poderão ser rapidamente e localmente formados.
- A inclusão da supervisão de apoio regular como uma componente da formação. Os supervisores podem actualizar os provedores de serviços sobre novas políticas e resolver as lacunas de formação.

Estudos de seguimento de base em quatro distritos mostraram o seguinte progresso desde 2002 a 2003:

- A percentagem de grávidas a receber pelo menos uma dose de TIPg aumentou de 60% a 78%;
- A percentagem de provedores de CPN a receberem uma actualização sobre SR e MDG aumentou de 28% a 53%;
- A percentagem de conhecimentos dos provedores de cuidados de saúde de três ou mais sinais de perigo durante a gravidez aumentou de 14% a 76%;
- A percentagem de provedores de cuidados de saúde que debateram sinais de perigo durante a gravidez com as suas pacientes aumentou de 17% para 47%.

**As lições aprendidas** incluem:

- O plano de formação e pacotes de formação devem ser desenvolvidos a nível central para evitar a duplicação de esforços e garantir informação consistente. Além disso, a planificação como uma equipa ajuda a resolver questões que podem surgir durante a implementação do programa baseado no campo. O planeamento centralizado para a formação levou a uma planificação conjunta por outros programas. Por

exemplo, o departamento de SR, Departamento para o Controlo da Malária e o Programa Nacional para o Controlo do SIDA/DTSs recentemente trabalharam em conjunto para desenvolver registos comuns para CPN e parto. O MS a nível central deverá tomar a dianteira em colaboração e prevenção de programas verticais.

- A advocacia (garantindo reuniões de compromisso com os principais interessados) a **todos** os níveis (central, regional e distrital) é essencial para garantir o envolvimento e apoio para o plano de formação. Igualmente essencial é o facto de a advocacia dever ser contínua, algo que é conseguido através da vida do programa. A advocacia é necessária para ajudar a garantir que os provedores de serviços formados na área de MDG continuem dentro do sector de SR e não sejam por exemplo transferidos para uma enfermaria de cirurgia.
- É necessário resolver as questões políticas, logísticas e financeiras relativas à provisão de SP através das clínicas CPN antes do início da formação. No Quénia, a formação iniciou antes de existir uma política clara sobre a provisão de SP como tratamento directamente observado (TODO) nas clínicas CPN, sem qualquer custo para a mulher. Enquanto que esta política agora é oficial, ainda não se alargou às unidades das OR, ONG e privadas. Além disso, houve algumas rupturas de stock em alguns distritos, e algumas unidades não tinham água potável e copos para a TOD. Se os provedores estiverem incertos sobre a política para a provisão de SP ou se não houver disponibilidade de SP e suprimentos, o impulso ganho através da formação estará perdido.
- A manutenção de registos e a recolha de dados são essenciais para documentar o progresso na provisão de TIPg1 e TIPg2 nos distritos de malária endémica—isto continua a ser um desafio no Quénia. A necessidade de uma manutenção de registos completa e precisa deveria ser uma componente de todas as formações MDG.
- A formação deveria ser curta e concisa. Muitas vezes, os provedores de serviços são os únicos provedores capacitados nas suas unidades de saúde e não se podem ausentar para formações que durem mais do que alguns dias.
- A supervisão de apoio é uma parte essencial do processo de formação. As cargas de trabalho pesadas e as transferências frequentes de provedores de serviços muitas vezes significam que os provedores não poderão participar nem em cursos de formação curtos, ou que aqueles que são formados não estão disponíveis para fornecer serviços MDG. Além disso, à medida que as políticas mudam (e.g., da SP para a TCA para o tratamento de primeira linha para a MDG), é necessário informar os provedores de serviços formados e sem formação sobre as novas políticas. A supervisão de apoio ajuda a solucionar esta questão ao resolver as lacunas de formação e reforçando o conhecimento a nível da unidade sanitária.

## RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-4

ACCESS Program. 2007. *Prevention and Control of Malaria in Pregnancy: Facilitator's Guide*. ACCESS Program: Baltimore, MD.

ACCESS Program. 2007. *Prevention and Control of Malaria in Pregnancy: Participant's Guide*. ACCESS Program: Baltimore, MD.

Blouse A, Gomez P and Kinzie B (eds). 2004. *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programs*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Ganges F and Gomez P (eds). 2007. *Prevention and Control of Malaria in Pregnancy: Reference Manual for Health Care Providers*, second edition. ACCESS Program: Baltimore, MD.

Jhpiego, Family Health International, IntraHealth International, Population Leadership Program and TRG. 2003. *Training Works! What You Need to Know about Managing, Designing, Delivering, and Evaluating Group-Based Training*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Schaefer L (ed). 2002. *Preservice Implementation Guide. A Process for Strengthening Preservice Education*. Jhpiego, Baltimore, Maryland.

Sullivan R et al. 2000. *Advanced Training Skills for Reproductive Health Professionals*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Sullivan R et al. 1998. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*, second ed. Jhpiego: Baltimore, MD.

Sullivan R et al. 1995. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Sullivan R and Gaffikin L. 1997. *Instructional Design Skills for Reproductive Health Professionals*. Jhpiego: Baltimore, MD.

World Health Organization (OMS) and Jhpiego. 2005. *Effective Teaching: A Guide for Educating Healthcare Providers*. OMS: Geneva.

# MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES A GIREM NA PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ<sup>20</sup>

Para as mulheres grávidas utilizarem os serviços MDG de forma eficaz, os provedores devem oferecer serviços que satisfaçam os padrões definidos, conforme descrito no **Capítulo 2-3**, e as comunidades devem ser mobilizadas para o uso dos serviços. Os esforços de mobilização da comunidade para aumentar o uso de TIPg e RTIS ocorre ao nível da comunidade, mas exige apoio aos níveis nacional, regional e distrital. Do mesmo modo como os programas nacionais para SR e controlo da malária possuem estratégias para as componentes de prestação de serviço, é necessária uma estratégia nacional para a mobilização e envolvimento da comunidade.

Os constrangimentos para o uso efectivo dos serviços MDG incluem a falta de conhecimento sobre a forma de transmissão da malária e os efeitos nocivos da malária sobre a saúde materna e do recém-nascido; as crenças culturais e as práticas sociais, que evitam que os pacientes procurem os serviços; indisponibilidade dos serviços CPN, medicamentos anti-malária e RTIs; e barreiras económicas. As barreiras específicas da comunidade incluem a falta de autoridade da grávida para tomar decisões pessoais tais como procurar CPN e a sua falta de dinheiro para o transporte; a crença de que os medicamentos para a malária são perigosos ou “demasiado fortes” para a mãe e para o bebé; e o receio que o mosquiteiro possa sufocá-las ou que o insecticida seja perigoso. estes constrangimentos variarão de uma comunidade local para outra.

Grande parte das estratégias a nível nacional e regional para a mobilização comunitária responderam a estes constrangimentos utilizando os mass media, a comunicação e aconselhamento interpessoal (CAIP) a nível da unidade sanitária, e a advocacia<sup>21</sup> estas estratégias foram eficazes na melhoria dos conhecimentos e consciencialização sobre as causas e impacto da MDG nas intervenções para prevenir ou tratar a doença, mas não tiveram um impacto sobre a utilização dos serviços. Além disso, algumas estratégias capacitaram as comunidades para tomarem a liderança para responder aos constrangimentos para a utilização dos serviços MDG, e aquelas que estão limitadas em termos de cobertura geográfica.

---

<sup>20</sup> Capítulo 2-5 preparado por Joseph de Graft-Johnson, ACCESS/Save the Children.

<sup>21</sup> O processo para o desenvolvimento destas estratégias foi muito bem documentado e não será aqui descrito. Para informações sobre a elaboração de estratégias de comunicação mass media e CAIP vide O’Sullivan G.A. et al. 2003. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy: A Resource for Health Communication Professionals*. Para informação sobre advocacia, vide Armbruster D. et al. 2003. *Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual Maternal Health Supplement*.

Os esforços de mobilização deverão ir além da consciencialização e utilizar abordagens participativas para galvanizar a comunidade a tomar acções individuais e colectivas para aumentar a utilização dos serviços MDG pelas grávidas. Evidências de estudos recentes sobre a mobilização comunitária mostraram que quando as comunidades são capacitadas, elas também poderão explorar as suas próprias questões de saúde, e priorizar, elaborar, planificar, implementar e monitorizar actividades para alterar os comportamentos sanitários e aumentar a utilização dos serviços disponíveis (Howard-Grabman et al. 1992; Manandhar 2004). Esta abordagem participativa é conhecida por diferentes nomes, no entanto, as etapas envolvidas são similares. Este Manual utilizará o ciclo de acção comunitária (CAC) para a mobilização da comunidade descrito na publicação (*Como mobilizar as Comunidades para a Mudança Sanitária e Social*) *How to Mobilize Communities for Health and Social Change* (Howard-Grabman and Snetro 2003).

## CICLO DE ACÇÃO COMUNITÁRIA PARA MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Este manual focaliza-se nas seis acções principais ou fases do CAC, cada uma das quais possui uma série de etapas necessárias para cumprir a acção:<sup>22</sup>

- Preparação para a mobilização
- Organização da comunidade para acção
- Exploração da questão de saúde e definição de prioridades
- Planificação conjunta
- Acção conjunta
- Avaliação conjunta

A primeira acção principal, **a preparação para a mobilização**, descreve as etapas que um programa deve cumprir antes de envolver a comunidade. As etapas necessárias não precisam de ser tomadas na sequência apresentada, e algumas etapas poderão ser omitidas se a actividade já tiver ocorrido.

**A organização da comunidade para a acção**, a segunda acção principal, é a fase na qual a comunidade é envolvida no debate dos serviços e práticas MDG dentro da sua comunidade para construir o apoio para o início do processo de mobilização da comunidade. É durante esta fase que a comunidade decide trabalhar para a melhoria da utilização e práticas do serviço MDG.

---

<sup>22</sup> A sétima acção do CAC, “Preparação para o alargamento” é relevante somente se o processo estiver a ser iniciado a nível distrital, regional ou nacional. Este capítulo do manual assume que as actividades participativas de mobilização envolverão **todas** as comunidades na área de cobertura da unidade, além de executar actividades para expandir-se para esta área.

As restantes acções poderão ocorrer somente se a comunidade decidir avançar nos seus esforços de mobilização. Durante a terceira acção, **exploração das questões de saúde e definição de prioridades**, a comunidade utiliza dados para identificar e priorizar desafios associados à utilização dos serviços MDG e as práticas na sua comunidade. Posteriormente a comunidade identificará, implementará e avaliará actividades que respondam aos desafios MDG prioritários. A lista de verificação das Principais Acções abaixo fornece informação mais pormenorizada sobre cada uma das etapas necessárias para cumprir cada acção principal. Apesar destas acções terem lugar a nível da comunidade, será necessário um apoio dos sistemas a nível nacional, regional e distrital para sustentabilidade e garantia de qualidade.

Como o **Capítulo 2-3**, este capítulo foi escrito para as comunidades (ou seja, aldeias ou grupos de aldeias) dentro da área de cobertura da unidade sanitária do nível periférico. Vide as seguintes publicações para informação mais pormenorizada sobre as etapas para cada acção principal: *(Como Mobilizar as Comunidades para a Mudança Sanitária e Social) How to Mobilize Communities for Health and Social Change* (Faculdade Bloomberg para Centros de Saúde Pública para Programas de Comunicação, universidade Johns Hopkins) e *(Mobilização da Comunidade para a Saúde Materna e do Recém-Nascido) Community Mobilization for Maternal and Newborn Health* (Programa ACCESS).

<b>MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA TOMAREM ACÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<b>Preparação para mobilização.</b>			
<p>Definir a comunidade em termos de cobertura geográfica tal como aldeia, grupo de aldeias, distrito ou região. Identificar os principais intervenientes para MDG na comunidade definida. Os potenciais intervenientes incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres grávidas</li> <li>• Mães recentes</li> <li>• MS (ou seja, funcionários da unidade sanitária)</li> <li>• ONGs (locais e internacionais)</li> <li>• ORs e outros grupos comunitários existentes</li> <li>• Líderes comunitários</li> </ul>			
<p>Reunião com os intervenientes para debater as necessidades MDG e procurar o seu apoio para início da mobilização comunitária sobre esta questão de saúde.</p>			
<p>Formar uma Equipa de Mobilização Comunitária (EMC) que inclua os representantes dos intervenientes identificados e pessoas com a seguinte especialização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos sobre MDG e experiência na provisão de serviços</li> <li>• Conhecimento do contexto político, socioeconómico e cultural local</li> <li>• Conhecimentos de métodos participativos (moderador)</li> <li>• Elaboração e gestão de programas</li> <li>• Outros membros conforme identificados pelos intervenientes</li> </ul> <p>A equipa irá liderar todo o processo de mobilização e fornecer apoio à comunidade para iniciar, desenvolver e implementar os seus planos de acção. Depois de todos os membros da equipa terem sido identificados, seleccionar-se-á um líder da equipa para coordenar o resto do processo.</p>			
<p>Recolha de informação adicional sobre a MDG e a comunidade através:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De estudos de base e avaliação das fontes secundárias de dados sobre a disponibilidade, acessibilidade e utilização do TIPg e RTIs</li> <li>• Focalizar o debate do grupo ou inquéritos profundos sobre práticas socioculturais incluindo relações entre os géneros</li> </ul>			
<p>Identificar recursos e constrangimentos do programa tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financeiros: a quantidade de financiamento disponível para a mobilização da comunidade versus o financiamento necessário</li> <li>• Humanos: níveis de pessoal disponível versus nível de pessoal necessário</li> <li>• Materiais: tais como suprimentos, transporte e outros itens de apoio</li> <li>• Tempo: duração /cronograma do programa</li> </ul>			

<b>MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA TOMAREM ACÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Desenvolver um plano de mobilização comunitária pormenorizando como o programa irá guiar e apoiar os planos de acção a serem desenvolvidos pela comunidade. O plano deverá possuir os seguintes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectivos claros para a mobilização (e.g., aumento da toma de TIPg, aumento da utilização de RTIs, melhoria da utilização precoce dos serviços CPN)</li> <li>• Estratégias claras para o desenvolvimento ou reactivação e apoio dos grupos comunitários</li> <li>• Papéis claramente definidos para os membros da EMC durante cada fase do CAC</li> <li>• Plano de M&amp;A com indicadores para medir as realizações da EMC no desenvolvimento da capacidade comunitária para implementar o CAC</li> </ul>			
<p>Reforçar a capacidade da EMC ao identificar as capacidades e especialização da equipa. Fazer uma lista de capacidades e especializações adicionais necessárias para uma mobilização comunitária bem sucedida. As especializações/capacidades em falta poderão ser obtidas através da formação ou da adição de novos membros com a especialização identificada.</p>			
<b>Organização da comunidade para acção.</b>			
<p>Orientar a comunidade para o esforço de mobilização e apresentar a EMC. Reunião com os principais “porta-vozes” da comunidade um-a-um ou em grupo para debater as actividades de mobilização e solicitar o seu apoio. Pedir-lhes para organizar uma reunião comunitária geral. O objectivo desta(s) reunião (ões) comunitária(s) geral(is) é de consciencializar sobre a malária e o seu impacto sobre a gravidez, e as actuais práticas comunitárias associadas a este problema sanitário.</p>			
<p>Aumentar o apoio comunitário ao aumento da utilização do TIPg e RTI. O objectivo desta etapa é o de apoiar a comunidade a reorganizar a necessidade de responder às questões de MDG na sua comunidade e a tomar a liderança. Isto ajudará a garantir a sua responsabilização pelo processo—tal sentido de posse é importante para a sustentabilidade das actividades comunitárias. Exemplos dos principais grupos a incluir na EMC são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos femininos e masculinos existentes</li> <li>• ONGs que trabalhem na comunidade</li> <li>• Media locais</li> <li>• Funcionários locais do MS (e.g., provedores das clínicas CPN)</li> </ul>			

<b>MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA TOMAREM ACÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Seleccionar um Grupo/Equipa Nuclear dentre a comunidade. Este poderá ser um grupo recentemente formado ou existente, tais como comités para a saúde ou desenvolvimento da aldeia, cuja tarefa primordial seria liderar o desenvolvimento e implementação do plano de acção comunitária para a MDG. Os membros do grupo nuclear deverão incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mulheres grávidas e novas mães</li> <li>● Líderes comunitários</li> <li>● Representantes de grupos minoritários ou desfavorecidos</li> <li>● Provedores de serviços MDG</li> <li>● Esposos das mulheres grávidas</li> </ul> <p>O grupo Nuclear irá definir os papéis e responsabilidades dos membros do grupo com o apoio da EMC.</p>			
<b>Exploração das questões MDG e definição de prioridades.</b>			
<p>Explorar as questões MDG com a comunidade e recolher informação. Durante esta etapa, o grupo Nuclear recolherá e analisará informação específica da comunidade, com orientação da EMC, relativamente à utilização do TIPg e RTI bem como factores inibidores ou impulsionadores associados para identificar as questões prioritárias. a informação a ser recolhida, analisada e debatida inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tipos de serviços CPN disponíveis</li> <li>● Qualidade dos serviços CPN</li> <li>● Níveis de utilização do TIPg e RTI</li> <li>● Crenças e práticas MDG da comunidade</li> <li>● Barreiras financeiras</li> <li>● Transporte</li> <li>● Disponibilidade de serviços TIP e RTIs</li> <li>● Outras barreiras/incentivos</li> </ul> <p>A informação poderá ser obtida por via de debates em grupos focais, inquéritos em profundidade e estatísticas de serviços provenientes dos provedores de serviços.</p>			
<b>Planificação conjunta. Esta é a fase na qual a comunidade desenvolve o seu plano de acção MDG.</b>			
<p>Seleccionar a equipa de planificação, que poderá incluir alguns ou todos os membros do grupo Nuclear. Se necessário, poderão ser acrescentados membros adicionais nesta altura com base na questão MDG a ser abordada. A equipa será apoiada pelos membros da EMC.</p>			

<b>MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA TOMAREM ACÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Definir a sessão de planificação. Uma sessão de planificação bem sucedida depende da preparação e seguimento adequados das tarefas de planificação. Com o apoio da EMC, a equipa de planificação elaborará a sessão de planificação com as seguintes contribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Principais tarefas de planificação identificadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Apresentação dos membros da equipa</li> <li>– Revisão do CAC</li> <li>– Revisão dos dados MDG da comunidade</li> <li>– Definir objectivos</li> <li>– Seleccionar actividades para atingir os objectivos definidos</li> <li>– Identificar indicadores simples</li> <li>– Concordar sobre as etapas seguintes</li> </ul> </li> <li>● Seguimento das tarefas seleccionadas</li> <li>● Moderador para cada tarefa</li> <li>● Metodologia a utilizar</li> <li>● Materiais e ferramentas necessários</li> </ul>			
<p>Conduzir a sessão de planificação e desenvolver o plano de acção. Um membro da equipa de planificação e um representante da EMC deveria co-moderar esta etapa. A sessão é conduzida conforme designado na etapa anterior, e a equipa precisa ser flexível para acomodar quaisquer desafios imprevistos. O plano poderá ser apresentado numa matriz ou em qualquer outro formato aprovado pela equipa. No entanto, no mínimo deveria incluir os seguintes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Principais actividades</li> <li>● Recursos necessários e forma de obtê-los</li> <li>● pessoa(s) responsável(eis)</li> <li>● data de conclusão</li> </ul>			
<p>Rever o plano com a comunidade em geral e efectuar alterações. para garantir o apoio da comunidade em geral, é essencial que a equipa de planificação partilhe o plano de acção com esta. O plano deverá ser finalizado, levando em consideração os comentários da comunidade.</p>			
<b>Acção conjunta. Esta é a fase na qual a comunidade implementa das actividades MDG específicas incluídas no seu plano de acção.</b>			
<p>Redefinir os papéis e responsabilidades da EMC e das equipas nucleares. A equipa Nuclear é primariamente responsável pela execução de actividades do seu plano de acção com o apoio da EMC. A EMC deverá gradualmente limitar e passar grande parte das suas responsabilidades para a equipa Nuclear, com o objectivo de tornar a equipa Nuclear independente. Isto deverá ser feito de forma sistemática, em debates conjuntos, em vez de ser deixado ao acaso.</p>			

<b>MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA TOMAREM ACÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Apoiar a implementação do plano de acção comunitária. A EMC deveria continuar a fornecer apoio à equipa Nuclear da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• auxiliar com recursos: fundos, materiais, etc.</li> <li>• fornecer assistência técnica quando necessário.</li> <li>• Tutorar a equipa Nuclear.</li> <li>• Mediar conflitos quando necessário.</li> <li>• Advogar a favor da comunidade.</li> </ul>			
<p><b>Avaliação conjunta. Esta é a fase na qual a comunidade avalia se as suas actividades planeadas estão a ser concluídas e a ter o impacto desejado sobre o uso do TIPg e de RTI pelas mulheres grávidas. (A M&amp;A geral do programa é abordada no Capítulo 2-6.)</b></p>			
<p>Criar uma equipa M&amp;A. os membros da equipa deverão ser seleccionados na EMC e equipa Nuclear, mas é importante que a equipa seja liderada por uma pessoa experiente na área de M&amp;A. Poderá também desejar incluir intervenientes que possam ainda não ter demonstrado interesse nas actividades MDG.</p>			
<p>Seleccionar um indicador. Mantenham em mente que o objectivo da fase de M&amp;A é o de a comunidade avaliar por si mesma como conseguiu implementar as actividades planeadas e o seu resultado. Os indicadores deverão ser simples para serem recolhidos e compreendidos pela comunidade. Os indicadores poderiam ser um subconjunto simplificado dos indicadores M&amp;A gerais do programa abordados no <b>Capítulo 2-6</b>.</p>			
<p>Elaborar um plano M&amp;A com os seguintes elementos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores simples para o processo e resultados (vide Capítulo 2-6 para exemplos)</li> <li>• Valores e metas de base</li> <li>• Pessoa(s) responsável(is) pela recolha 'ou análise de dados e apresentação para o grupo</li> <li>• Processo de decisão com base nos dados</li> </ul>			

MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA TOMAREM ACÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ			
PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO
<p>Implementar plano de M&amp;A, e efectuar as alterações necessárias para o plano de acção, com base nos dados recolhidos e analisados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As equipas de MC e nucleares deverão rever primeiro os indicadores do processo para verificar se as actividades estão a ser executadas de acordo com o plano. E se não, deveriam descobrir porque, e efectuar as revisões necessárias ao plano e/ou apoio técnico para garantir que as actividades sejam atempadamente implementadas.</li> <li>• Os indicadores de resultado deveriam ser revistos somente se pelo menos algumas das actividades planeadas tiverem sido implementadas. Poderá ser necessário alterar as actividades planificadas pela comunidade caso não se observe nenhum efeito sobre a toma de RTI e TIPg depois da implementação das principais actividades da comunidade.</li> <li>• A equipa Nuclear deverá debater os motivos para a ausência de efeito e refinar as suas actividades.</li> <li>• Tanto os indicadores dos resultados e do processo, e as alterações propostas deverão ser partilhadas com a comunidade em geral e a sua contribuição solicitada antes de as alterações serem finalizadas.</li> </ul>			

## QUESTÕES PRINCIPAIS

- Para que o processo de mobilização da comunidade seja sustentável e tenha os efeitos pretendidos sobre o aumento do uso do TIPg e de RTIs, é essencial que a comunidade se aproprie do processo. O objectivo primordial do programa não é mobilizar a comunidade para resolver as questões MEDG, mas **de auxiliar a comunidade a mobilizar-se a si própria** para implementar actividades efectivas que melhorem a utilização e práticas dos serviços MDG. Muitas vezes, os programas fizeram o anterior, o que fez com que o processo de mobilização terminasse com o fechamento do programa porque as comunidades dependiam grandemente do programa e não tinham capacidade para continuar sem contribuições do programa. O programa facilita o processo e fornece à comunidade conhecimentos e capacidades para explorar e definir as suas próprias prioridades MDG.
- Os dados para a planificação, monitorização e avaliação das actividades da comunidade são cruciais para o sucesso do processo de mobilização. No entanto, a capacidade de a comunidade colher e analisar dados pode ser limitada. É importante que o programa auxilie a comunidade a seleccionar indicadores para o processo e resultados que sejam fáceis de recolher, analisar e interpretar. A partilha do impacto do esforço de mobilização é um factor motivador para a

participação contínua nas actividades por membros da EMC e da comunidade em geral. A EMC e a equipa nuclear deverão desenvolver um sistema para a partilha desta informação que seja aceitável para a comunidade em geral. Este sistema variará de uma comunidade para outra.

- As etapas dentro das Principais Acções precisam ser seguidas de forma sequencial. Em algumas situações, algumas etapas poderão ser omitidas. Por exemplo, todas as etapas na segunda acção, *organização da comunidade para acção*, poderiam ser omitidas se existir um grupo comunitário tal como um comité para a saúde da aldeia que já esteja a trabalhar sobre as questões relativas à malária na comunidade. O papel do programa nesta situação seria de auxiliar a comunidade a rever o seu processo de mobilização e a identificar áreas nas quais ela precisará do reforço dos seus conhecimentos e capacidades de forma a melhorar as suas actividades.
- A equipa Nuclear poderá necessitar de materiais gráficos e outros meios auxiliares para os voluntários da comunidade utilizarem no aconselhamento de grupos ou domiciliário para melhorar os conhecimentos e práticas MDG. Frequentemente estes materiais podem ser obtidos na unidade sanitária ou a nível distrital, regional ou nacional. No entanto, caso não existam estes materiais, o programa poderá trabalhar com as comunidades para desenvolver meios auxiliares apropriados. As etapas para o desenvolvimento destes materiais não estão descritas neste capítulo, mas existem inúmeros documentos disponíveis que fornecem esta informação. O ponto crucial a notar é que os materiais deveriam basear-se na compreensão total da fundamentação para os conhecimentos e práticas actuais, que requerem a condução de uma pesquisa formativa.

## **PAÍS EXEMPLO: BURKINA-FASO**

As actividades de mobilização da comunidade para evitar a MDG no Burkina-faso fizeram parte do programa modelo para melhorar os serviços de saúde materna e neo-natal no distrito de Koupéla. As componentes técnicas do programa foram a colaboração de parceiros, política e advocacia, que melhoraram a qualidade dos serviços de saúde materna e neo-natal e aumentaram a demanda comunitária para e acesso aos serviços sanitários.

A nível local ou distrital, as actividades tinham como objectivo reforçar as capacidades da EDGS, provedores de serviços, comité de gestão da saúde comunitária (CoGes) e grupos comunitários. A nível nacional, os esforços de advocacia com o MS resultaram na actualização da política, normas e protocolos que reflectem as recomendações actuais da OMS para a saúde materna e neo-natal. Um objectivo das diversas intervenções para a saúde

materna e neo-natal era de integrar a programação normalmente vertical para a MDG na plataforma de provisão de serviços CPN.

A passagem para além dos modelos tradicionais que se concentravam somente na melhoria da qualidade clínica, o processo de MDQ foi sistematicamente aplicado a todos os aspectos das intervenções do programa (Vide Capítulo 2-3). A utilização do Processo MDQ ajudou a EDGS, ao pessoal de saúde, CoGes, e comunidades a trabalharem em conjunto ao abrigo de uma moldura para a melhoria do desempenho e qualidade nos serviços essenciais de cuidados de saúde materna e negociatas, e aumentar a demanda destes serviços.

A abordagem MDQ (denominada auto-diagnóstico da comunidade) tornou possível debater os problemas de saúde materna e neo-natal directamente com as comunidades utilizando a mesma moldura utilizada com os profissionais de saúde. O processo ensinou aos participantes a identificarem o desempenho pretendido na área de cuidados de saúde materna e neo-natal na perspectiva da mulher e da sua família, as barreiras para o cumprimento destes padrões, as causas para atrasos na recepção dos serviços, e as soluções recomendadas para a preparação para o parto e prontidão para complicações.

Durante o auto-diagnóstico, cada comunidade desenvolveu um plano de acção que incluiu prioridades e formas de medir o progresso em direcção à melhoria da saúde materna e neo-natal. Com base nestas estratégias baseadas na comunidade, os agentes de saúde comunitária utilizaram técnicas simples tais como flipcharts e dramatizações para disseminar as mensagens de saúde. Foram utilizadas três estações de rádio locais para disseminar as principais mensagens de forma mais vasta. Finalmente, cada ano a Aliança do Laço Branco organizou actividades de mobilização comunitária em larga escala em parceria com as comunidades, especialmente por altura do Dia Internacional da Mulher e o Dia Africano da Malária.

Em 2001, a política nacional de prevenção no Burkina-Faso era a quimioprofilaxia semanal com cloroquina. Em colaboração com os CDC e o MS, foi conduzida uma avaliação de base multi-sectorial nas unidades sanitárias, clínicas pré-natais e maternidades. Os resultados da avaliação mostraram níveis elevados de infecção pela malária (29%), anemia materna (76%), e baixo peso à nascença (14%), apesar da disseminação da quimioprofilaxia com cloroquina (Sirima et al. 2003). Em reacção a estas constatações, foram envidados esforços de advocacia subsequentes, e actualizaram-se as recomendações da OMS para a prevenção da MDG, o MS concordou com um piloto de três doses de TIPg com SP no distrito de Koupéla. Este piloto foi implementado em colaboração com parceiros, notavelmente o Plano Internacional e a UNICEF, em 26 unidades sanitárias no distrito de Koupéla em meados de 2002.

Os principais elementos da abordagem de mobilização da comunidade utilizados no Burkina-faso incluem:

- Identificação e organização dos intervenientes comunitários—o projecto reuniu-se com os chefes da aldeia e decisores para identificar quaisquer grupos existentes que lidem com questões sanitárias e encorajou a sua formação quando esta não existisse. A comunidade seleccionou um homem e uma mulher para servirem de profissionais de saúde comunitária a serem formados na área de MDG.
- Formação MDG para os intervenientes—conforme mencionado no Capítulo 2–4, o seguimento depois da formação é essencial. No Burkina, os CoGes foram seguidos uma vez por mês para o primeiro trimestre a seguir à formação e depois uma vez em cada trimestre. Frequentemente as visitas de seguimento envolviam observações directas durante visitas domiciliárias e reuniões comunitárias.
- Reuniões públicas para comunicação da informação relativa à MDG e a sua prevenção—os CoGes conduziram peças dramáticas focalizadas na MDG/CPN e utilização de mosquiteiros. Estas peças dramáticas, muitas vezes envolvendo membros da comunidade, facilitaram o debate aberto e ajudaram a reforçar o empenho dos programas de prevenção.
- Capacidades promocionais para cada nível da população—estas incluíam conversas educacionais, visitas domiciliárias, emissões radiofónicas e televisivas, peças dramáticas, e concursos de arte e rádio.
- Distribuição gratuita ou venda de RTIs a preços acessíveis—parcerias com ONGs locais permitiram a provisão gratuita de RTIs às mulheres grávidas que frequentem as clínicas CPN e a preços reduzidos para outros, vendidas a nível da aldeia.

Em 2004 foi conduzido um estudo de seguimento baseado na população para avaliar o efeito da intervenção piloto sobre a infecção pela malária, anemia materna e baixo peso à nascença. Os resultados demonstraram a extensão do aumento do uso do TIPg causado pelos esforços comunitários—96% das mulheres declararam ter tomado pelo menos uma dose de TIPg nas clínicas CPN e 93% das mulheres declararam tomar pelo menos uma dose nas maternidades. A cobertura das três doses também foi elevada; no parto, 47% das mulheres disseram ter recebido as três doses de TIPg e mais de 30% das grávidas afirmou possuir uma RTI. Os resultados adversos associados à malária durante a gravidez diminuíram entre 2001 e 2004. a anemia materna decresceu de 76% a 64%, e o baixo peso à nascença diminuiu de 14% para 12% (Sirima et al. 2006).

**As lições aprendidas** incluem:

- O processo de mobilização comunitária deverá ser inclusivo—dentre os participantes no processo do distrito de Koupéla havia representantes da aldeia, alunos da escola primária e secundária (nos concursos de arte e

rádio), líderes habituais e religiosos, a imprensa, organizações comunitárias, profissionais de saúde, gestores da saúde distrital e o público em geral). Todos os intervenientes deverão estar envolvidos desde o início do processo.

- O processo de mobilização comunitária não acontece de um dia para o outro. Em Koupéla, o processo demorou dois anos—o primeiro para organização, sensibilização, e criação de stocks de SP e RTIs, e o segundo para o seguimento, cobertura das aldeias ainda não atingidas e reforço da aquisição de RTIs para evitar rupturas de stock.
- Definir claramente os papéis e objectivos de forma que todos os participantes saibam o que têm que fazer e o que deverá ser alcançado. Isto exige um diálogo contínuo entre todos os intervenientes utilizando uma linguagem directa, especialmente entre os provedores e a comunidade—isto é fundamental para o sucesso.
- Conforme seja exequível, ligar as actividades e mensagens de mobilização da comunidade com aquelas aplicadas para melhorar a qualidade das instalações sanitárias e a supervisão das mesmas. Isto reforçará as principais mensagens entre todos os intervenientes e promoverá a responsabilização conjunta para a definição de soluções.
- A desmedicalização das RTIs ajudou a garantir a sua aceitação pelo público. A utilização correcta de RTI foi demonstrada durante as reuniões e cerimónias na aldeia, e os cartazes nas línguas locais reforçaram estas mensagens. Além disso, os representantes da aldeia definem um preço acessível para as suas comunidades de forma a facilitar a reposição dos stocks.
- O trabalho em parceria conduz ao sucesso.

## REFERÊNCIAS PARA O CAPÍTULO 2-5

Sirima SB et al. 2006. Malaria prevention during pregnancy: assessing the disease burden one year after implementing a program of intermittent preventive treatment in Koupéla District, Burkina Faso. *Am J Trop Med Hyg* 75(2): 205–221.

Sirima SB et al. 2003. Failure of a chloroquine chemoprophylaxis program to adequately prevent malária during pregnancy in Koupéla District, Burkina Faso. *Clinical Infectious Diseases* 36:1374–1382.

## RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-5

Armbruster D, Levin L and Strachan M. 2003. *Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual, Maternal Health Supplement* The Policy Project: Washington, D.C. At: [http://www.policyproject.com/pubs/manuals/MH\\_FULL.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/manuals/MH_FULL.pdf).

Howard-Grabman L and Snetro G. 2003. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Health Communication Partnership. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Programs: Baltimore, MD. At: [http://www.hcpartnership.org/Publications/Field\\_Guides/Mobilize/pdf/](http://www.hcpartnership.org/Publications/Field_Guides/Mobilize/pdf/).

Howard-Grabman L, Seoane G and Davenport CA. 1992. *The WARMI Project: A Participatory Approach to Improve Maternal and Neonatal Health. An Implementor's Manual*. MotherCare: Arlington, VA.

O'Sullivan GA, Yonkler JA, Morgan W and Merritt A. P. 2003. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Programs: Baltimore, MD. At: <http://www.jhuccp.org/pubs/fg/02/index.shtml>.

Parlato R, Darmstadt G and Tinker A. 2004. *Qualitative Research to Improve Newborn Care Practices*. Save the Children: Washington, D.C. At: [http://www.savethechildren.org/publications/snl/310496\\_STC.pdf](http://www.savethechildren.org/publications/snl/310496_STC.pdf).

Storti C. 2006. *Community Mobilization for Maternal and Newborn Health*. The ACCESS Program: Baltimore, MD.

World Health Organization (OMS). 2002. *Community Involvement in Rolling Back Malaria*. World Health Organization: Geneva. OMS/CDS/RBM/2002.42. At: [http://www.OMS.int/malaria/cmc\\_upload/0/000/016/247/toc.htm](http://www.OMS.int/malaria/cmc_upload/0/000/016/247/toc.htm).

# MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ

Os sistemas eficazes para a monitorização do progresso e avaliação dos resultados e impacto dos programas MDG baseados em evidências são um aspecto fundamental da mensuração do sucesso do país no controlo da malária no geral. **A monitorização** envolve o rastreio de rotina da informação prioritária sobre o programa e as suas actividades, resultados e feitos pretendidos. A monitorização de dados poderá ser utilizada para determinar se as actividades estão a ser implementadas conforme planeadas, identificar barreiras para a implementação, e fornecer feedback contínuo para os implementadores do programa para apoiar os seus processo de tomada de decisões, enquanto se garante a responsabilização para os financiadores e beneficiários. **A avaliação** envolve avaliações periódicas do valor das estratégias e actividades de um programa através da análise do processo, resultados ou impactos do programa para determinar se os resultados esperados estão a ser atingidos.

A Moldura Estratégica da OMS/AFRO identifica cinco áreas principais para a M&A que se relacionam directamente com os objectivos RBM:

- Impacto da malária, ou seja, morbilidade, mortalidade e perdas económicas
- Melhorias na prevenção da malária e gestão da doença, incluindo prevenção e controlo de epidemias
- Desenvolvimento do sector sanitário associado
- Conexões intersectoriais que precisem ser criadas ou reforçadas
- Apoio e parcerias

A melhor abordagem para a monitorização de programas para a prevenção e controlo da MDG é de se concentrar num pequeno conjunto de indicadores prioritários que sejam de recolha exequível e que possam ser utilizados para acompanhar o progresso da implementação e detectar quaisquer problemas de forma que possam ser atempadamente resolvidos.

## DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO PARA OS PROGRAMAS MDG

Um programa M&A é um documento conciso que fornece um “mapa” para a condução da M&A ao longo da vida do programa. Para desenvolver

este plano, precisaremos formar uma equipa M&A os membros da equipa deverá incluir os intervenientes do programa, incluindo parceiros de implementação, de forma que as suas necessidades em termos de informação possam ser abordadas. Quando os intervenientes são incluídos, ou caso se solicite a sua contribuição, é possível criar um plano de M&A exequível que sirva múltiplos objectivos. A obtenção de um consenso entre os intervenientes num programa relativamente a qual informação poderá ser recolhida, como e quando, além da forma de preparação, disseminação e utilização dos resultados, ajudará a garantir que os esforços de M&A sejam direccionados e úteis.

Cada uma das intervenções recomendadas pela OMS para a prevenção e controlo da MDG nas áreas de transmissão estável (elevada/perene) da malária *P. falciparum* (TIPg, RTIs e gestão de casos) como um parceiro de implementação chave. Estes parceiros incluirão funcionários de programas para o controlo da malária e de saúde reprodutiva. Eles deverão desenvolver processos de M&A partilhados porque será necessária uma colaboração estreita para conduzir as actividades de monitorização e avaliação da MDG como um esforço conjunto. São fornecidas etapas específicas para o desenvolvimento de um plano de M&A na tabela abaixo. A M&A e a MDG deverão estar integradas dentro do plano geral de M&A para a malária.

<b>MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA E DIRECTRIZES MDG, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E/OU INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS</b>			
<b>PRINCIPAIS ACÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<p>Identificar os principais utentes da informação e as suas necessidades (intervenientes no programa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gerar uma lista de todos os intervenientes do programa, e.g., <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doadores/financiadores do programa</li> <li>- Gestores/implementadores do programa</li> <li>- Beneficiários (pacientes CPN, mulheres grávidas, famílias, comunidades)</li> <li>- Outras organizações/agências/doadores com uma missão comum</li> </ul> </li> <li>● Solicitar contribuições dos intervenientes sobre o que gostariam de saber e como esperam utilizar a informação.</li> <li>● Determinar em que formato e frequência a informação é necessária.</li> </ul>			
<p>Desenvolver um mapa conceptual/modelo lógico para o programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Descrever as contribuições, actividades, resultados, e impactos associados com os objectivos do seu programa utilizando um gráfico de fluxo/diagrama.</li> <li>● Certificar-se que as actividades, resultados e impactos no mapa conceptual estão alinhados com as metas e objectivos definidos para o seu projecto/programa.</li> <li>● Utilizar os elementos neste mapa (resultados, desempenho e impacto) para desenvolver a sua moldura M&amp;A.</li> </ul>			
<p>Elaborar as perguntas M&amp;A e criar uma moldura M&amp;A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar quais perguntas precisa responder com a sua informação M&amp;A.</li> <li>● Seleccionar os indicadores que medem de forma mais precisa os resultados da implementação de intervenções MDG (válidos e fiáveis), que sejam de recolha possível e medir elementos no seu mapa conceptual. Consulte os recursos MDG para orientar a selecção ( vide Recursos no final do capítulo, especialmente a OMS 2006).</li> <li>● Fornecer uma definição clara de cada indicador , incluindo o significado dos termos utilizados e o cálculo exacto (e.g., numerador e denominador caso se trate de uma percentagem).</li> <li>● Identificar as fontes de dados correspondentes, tanto de rotina (tais como o sistema de gestão da informação sanitária (SGIS) ou periódicos (tais como estudos) e se estes já existem ou não.</li> <li>● Indicar a frequência da recolha de cada indicador.</li> <li>● Designar uma pessoa ou pessoas e organizações associadas responsáveis pela recolha de dados de cada indicador na moldura M&amp;A.</li> </ul>			

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA E DIRECTRIZES MDG, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E/OU INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS			
PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	SITUAÇÃO
Desenvolver um plano de acção para implementar a moldura de M&A do programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir itens de acção para a recolha, gestão e análise de dados na sua moldura M&amp;A (preferivelmente por cada fonte de dados). Isto inclui a identificação de quaisquer bases de dados que deverão ser desenvolvidas ou modificadas para gerir/armazenar os dados e criar um calendário para a recolha, gestão e análise dos dados, e as pessoas/organizações responsáveis.</li> <li>Descrever itens de acção para a disseminação de informação para os intervenientes, incluindo qual informação, calendário e formato.</li> <li>Identificar a pessoa ou pessoas responsáveis por cada item de acção acima.</li> <li>Determinar o custo dos recursos materiais e financeiros necessários para implementar o plano de M&amp;A.</li> </ul>			

## SELECÇÃO DE INDICADORES

O processo de selecção de indicadores deverá ser guiado pelos resultados esperados para o programa e intervenções associadas (conforme definido no modelo lógico do programas e/ou moldura de M&A). No entanto, a selecção de indicadores deveria ser efectuada com referência a indicadores internacionalmente padronizados, as fontes de dados existentes disponíveis para o programa e nível de recursos M&A alocados ao programa. No geral, é importante seleccionar indicadores de desempenho que meçam se as intervenções baseadas em evidências para a redução das consequências adversas da MDG, tais como o TIPg, RTIs e gestão de casos estão a ser implementadas ou não. Também é importante medir o potencial impacto dos programas de prevenção sobre os resultados de saúde materna e neo-natal tais como anemia materna e baixo peso à nascença. A OMS e a OMS/AFRO, no documento intitulado *(Malária durante a Gravidez: Directrizes para a Mensuração dos Principais Indicadores de Monitorização e Avaliação) Malaria in Pregnancy: Guidelines for Measuring Key Monitoring and Evaluation Indicators*, recomendaram um conjunto nuclear de indicadores para avaliar o progresso e eficácia da implementação do pacote de intervenções que recomendam para o controlo da MDG na área de transmissão elevadas. Estes indicadores, que incluem indicadores de processo, resultados e de impacto, são enumerados abaixo.

## INDICADORES DE DESEMPENHO

- Percentagem de funcionários das clínicas pré-natais formados (formação básica, contínua ou através de visitas de supervisão) no controlo da MDG nos últimos 12 meses ou período de tempo especificado pelo programa nacional (incluindo TIPg, aconselhamento sobre a utilização de RTI e gestão de casos para as mulheres grávidas)
- Percentagem de unidades sanitárias reportando a ruptura de stock de medicamentos recomendados para a TIPg (actualmente SP) no último mês do período de tempo especificado pelo programa nacional

## Indicadores de Resultados

- Percentagem de mulheres grávidas a receber TIPg sob observação directa (primeira dose, segunda dose, terceira dose)<sup>23</sup>
- Percentagem de mulheres grávidas que afirmam ter dormido debaixo de RTI na noite anterior

## Indicadores de Impacto<sup>24</sup>

- Percentagem de recém-nascidos com baixo peso à nascença <2500 gramas, por filho, por paridade
- Percentagem de mulheres grávidas triadas com anemia grave (hemoglobina  $\leq$  7gm/dl) no terceiro trimestre, por paridade

Os indicadores acima deverão ser seleccionados com base nas metas, objectivos e recursos nacionais.

## FONTES DE DADOS

Até a medida possível, os planeadores de programas deverão retirar dados de fontes existentes que já incluam informação importante sobre resultados, desempenho e impactos dos programas para a prevenção e controlo da MDG, além da recolha dos seus próprios dados específicos para o programa. No entanto, é importante compreender e comparar as molduras de amostragem e definições de indicadores utilizadas por estas diferentes fontes, visto que podem variar. Por exemplo, alguns estudos baseados na população podem ser nacionalmente representativos, enquanto que outros poderão ser representativos somente para regiões específicas, ou áreas de intervenção dos programas distritais e sub-distritais.

---

<sup>23</sup> Em conformidade com as directrizes nacionais.

<sup>24</sup> Estes indicadores são influenciados por outros factores tais como nutrição, infecção por tina e nascimentos prematuros.

As três fontes de dados que são cruciais para a recolha de dados relativos à MDG são:

- **Sistema de Gestão de Informação Sanitária (SGIS):** Isto refere-se a sistemas de monitorização sanitária já estabelecidos a todos os níveis de uma estrutura sanitária que deverá incluir indicadores de processo, resultados e impactos relativos à MDG. Partes destes sistemas incluem as estatísticas de serviço recolhidas através dos registos CN e da maternidade e de cartões/processos de pacientes nas instalações sanitárias além da informação sobre gestão farmacêutica.

*Limitações e desvantagens:* A qualidade dos dados dos sistemas de informação rotineira varia de país para país. Nos países com dados de fraca qualidade, esta fonte de dados será de utilidade limitada. Os SGIS podem utilizar dados desactualizados para os denominadores dos indicadores baseados na população. A revisão do SGIS nacional para capturar novos indicadores é frequentemente um processo longo quando necessário.

- **Avaliações das unidades sanitárias:** Estas avaliações têm o objectivo de examinar a qualidade dos serviços MDG prestados e a prontidão das unidades sanitárias para os proverem. As avaliações das unidades sanitárias poderão incluir um ou mais do seguinte: observações clínicas estruturadas das interações provedor-paciente; auditoria dos medicamentos associados à MDG, suprimentos e equipamento; e/ou entrevistas com pacientes e funcionários da unidade sanitária. O processo de avaliação poderá envolver a mensuração do desempenho contra um conjunto de padrões de desempenho desejados conforme descrito no Capítulo 2-3 deste manual. Um exemplo de uma avaliação existente para as unidades sanitárias é a Avaliação da Provisão de Serviços (APS) conduzida pela ORC Macro em diversos países. O APS examina a percentagem de unidades sanitárias onde os pacientes CPN foram prescritos antimaláricos além das unidades sanitárias com capacidade de diagnóstico relativamente à malária. Para mais informações sobre a APS, visite:  
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-09-tool06.html>.

*Limitações e desvantagens:* As molduras de amostragem e definições de indicadores podem variar ao longo de estudos das unidades sanitárias. Os dados de estudos de unidades sanitárias descrevem somente as mulheres que frequentam o tipo de unidade estudada (normalmente do sector público), e não descrevem as mulheres da população em geral, algumas das quais, por exemplo, poderão obter serviços ou medicações do sector privado, farmácias, membros da comunidade, etc. Os clínicos com capacidades de observação padrão deverão executar observações clínicas.

- **Estudos domiciliários:** Estes estudos servem de fonte essencial de dados para mensurar os resultados e impacto de programas para prevenção e controlo da MDG. Existem três grandes estudos baseados na população que levantam informação relevante sobre a MDG: o Estudo Demográfico e Sanitário (EDS), o Estudo de Agrupamentos de Múltiplos Indicadores (EAMI) e o Estudo de Indicadores para a Malária (EIM).<sup>25</sup> O Grupo de Referência para Monitorização e Avaliação da RBM garante que estes três estudos utilizam indicadores padronizados. Uma versão reduzida do EIM (“Módulo Simples para a Malária”) também está disponível para ser utilizado a nível nacional e sub-nacional, e poderá ser incorporado noutros estudos domiciliários.

*Limitações e desvantagens:* As molduras de amostragem e as definições de indicadores poderão variar ao longo de estudos, apesar de os três estudos acima utilizarem indicadores padronizados. Dados de estudos nacionalmente representativos tais como os ESD são recolhidos somente a cada cinco anos e não são representativos abaixo do nível regional/provincial, portanto não são adequados para medir a alteração de programas que trabalhem a nível sub-regional (e.g., distrital) com molduras mais curtas (menos de cinco anos). O ESD e EAIM também não recolhem informação sobre a causa da morte. A elaboração e implementação de estudos populacionais sub-nacionais, específicos dos programas são relativamente custosas.

Outras fontes de dados de rotina que podem-se provar úteis incluem informação de fontes diferentes da unidade sanitária que capturam outras intervenções tais como capacitação, educação comunitária e outras intervenções comunitárias. Além disso, os sistemas de registo vital/vigilância demográfica são fontes importantes de informação relativa a causas da morte, além dos registos de causas de óbitos nas unidades sanitárias.

Uma vez revistos os indicadores importantes e as fontes de dados, é importante mostrar as ligações entre os dois. A tabela abaixo apresenta tópicos de indicadores MDG ilustrativos organizados pelas fontes de dados acima descritas. A nível da unidade sanitária, os relatórios de rotina sobre os indicadores da qualidade dos cuidados e indicadores do cumprimento dos padrões MDG mostraram-se úteis para a monitorização e avaliação da implementação das directrizes MDG. O objectivo da recolha de uma variedade de dados é de gerar um número mínimo de indicadores que irão reflectir a disseminação, implementação e resultados dos programas MDG.

---

<sup>25</sup> Vide (*Malária durante a Gravidez: Directrizes para a Mensuração dos Principais Indicadores de Monitorização e Avaliação*) *Malaria in Pregnancy: Guidelines for Measuring Key Monitoring and Evaluation Indicators* da OMS para mais informações sobre estes estudos.

TIPOS DE INDICADORES E FONTES DE DADOS ADEQUADOS PARA A MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS MDG		
	Tipos de Indicadores	Amostra de Tópicos de Indicadores
<b>SGIS</b> (e.g., registos, cartões de pacientes, registos de gestão farmacêutica)	Estes indicadores têm o objectivo de reflectir a utilização e qualidade dos serviços a nível nacional e/ou sub-nacional. Os dados relativos à morbilidade e mortalidade também são capturados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TIP 1 e 2 entre os pacientes CPN</li> <li>• Distribuição de RTIs ou senhas para RTIs para pacientes CPN</li> <li>• Pacientes CPN: 2 doses de Anatoxina tetânica, testagem e tratamento da sífilis, calendarização da primeira consulta de CPN</li> <li>• Ruptura de stocks de SP</li> </ul>
<b>Avaliações da unidade sanitária</b> (e.g., APS)	Estes indicadores têm o objectivo de reflectir a qualidade dos cuidados prestados em unidades específicas para MDG e a prontidão das unidades para fornecer serviços de alta qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação, conhecimentos e práticas dos provedores</li> <li>• Serviços MDG prestados</li> <li>• Suprimentos e medicamentos disponíveis</li> <li>• Manutenção de registos</li> <li>• Conhecimentos, práticas e relatórios/percepções dos pacientes CPN relativamente à qualidade dos serviços</li> </ul>
<b>Estudos domiciliários</b> (e.g., ESD, EAIM, EIM)	Estes indicadores têm o objectivo de reflectir a utilização dos serviços, morbilidade e mortalidade, <sup>26</sup> conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de mortalidade abaixo (ESD, EAIM)</li> <li>• Posse e utilização de RTIs por crianças com menos de 5 anos e mulheres grávidas</li> <li>• TIP 1 e 2 entre todas as mulheres grávidas</li> <li>• Prevalência da anemia (por medida de hemoglobina) nas crianças com menos de cinco anos e mulheres (ESD)</li> <li>• Recém-nascidos com baixo peso à nascença (por filho) por paridade</li> </ul>

## QUESTÕES PRINCIPAIS

- Dado que a política MDG seja relativamente nova em muitos países, e as formas e processos de SGIS são frequentemente de mudança lenta, poderá ser necessário advogar a revisão da documentação MDG e/ou desenvolvimento de formas suplementares de manutenção de registos. A referida revisão deverá incorporar indicadores para mensurar as intervenções MDG recomendadas. Por exemplo, relativamente ao TIPg, poderá ser necessário garantir que o sistema de manutenção de registos nas clínicas MDG meça a primeira e segunda dose de TIPg:

<sup>26</sup> Em alguns países Africanos, os dados de vigilância demográfica, tais como dados recolhidos através da rede global EM PROFUNDIDADE de locais de vigilância demográfica (37 locais em 18 países, 26 locais em África), também podem fornecer uma boa fonte de dados populacionais sobre a morbilidade e mortalidade materna e neonatal associada à malária. A RBM apoiou esta rede a tentar obter dados de melhor qualidade nas áreas onde os sistemas de gestão de informação sanitária de rotina sejam inadequados.

- O cartão do paciente CPN deveria incluir as doses e datas do TIPg (o cartão permanece com a grávida).
- O registo CPN deveria incluir as doses e datas do TIPg (o registo permanece na clínica).

No entanto, se não existir espaço adequado nos registos CPN para adicionar informação sobre as formas TIPg, poderá ser necessário trabalhar com os intervenientes para elaborar e implementar uma forma suplementar.

- Muitos programas não possuem recursos adequados para conduzir avaliações compreensivas nas unidades sanitárias e/ou estudos populacionais. Depender em avaliações estabelecidas para as unidades e estudos populacionais sempre que possível, ajudará a conservar recursos e também ajudará a garantir que os dados utilizados para M&A da MDG sejam de boa qualidade, padronizados e internacionalmente comparáveis.

## **PAÍSES EXEMPLO: UGANDA E QUÉNIA<sup>27</sup>**

Os processos de M&A são importantes para acompanhar o progresso da implementação do programa e avaliar a eficácia das intervenções. Em 2001, os indicadores para monitorizar e avaliar os programas que respondem a MDG foram desenvolvidos pela OMS (Departamentos para o Recuo da Malária e Tornar a Gravidez mais Segura, Genebra e OMS/AFRO) com contribuições de agências técnicas, bilaterais e multilaterais (OMS 2006). Este documento de orientação para a M&A da MDG tem como objectivo promover o diálogo entre os provedores de cuidados de saúde, directores distritais, definidores de políticas e outros intervenientes sobre a mensuração do progresso perante as metas nacionais e internacionais para a MDG de forma padronizada, ajudando a documentar as reduções nos resultados adversos da MDG.

Os indicadores provisórios foram testados de forma piloto no Uganda (Janeiro a Julho de 2003) e Quénia (Julho a Dezembro de 2003). Os objectivos do teste piloto foram bidireccionais—para examinar a viabilidade da adaptação dos indicadores no sistema de gestão de informação sanitária (SIS) em cada país sem sobrecarregar os provedores e administradores de cuidados; e para determinar se os indicadores seriam úteis na tomada de decisões.

---

<sup>27</sup> As contribuições sobre M&A nacionais foram de Allisyn Moran. Para mais informações sobre estes estudos, incluindo as ferramentas utilizadas em cada país, vide as Directrizes da OMS referenciadas no final deste capítulo.

Com base nos resultados dos testes piloto, a OMS actualmente recomenda os seguintes indicadores baseados nas unidades sanitárias a serem recolhidos como parte do SIS de rotina:

- Percentagem de funcionários CPN formados na área de MDG nos últimos 12 meses
- Número de dias de ruptura de stock de SP no último mês (por unidade sanitária)
- Percentagem de grávidas que recebem a primeira dose de TIPg sob observação directa
- Percentagem de grávidas que recebem a segunda dose de TIPg sob observação directa

A OMS também recomenda a recolha de informação sobre o uso de RTIs, baixo peso à nascença por gravidez, e anemia no terceiro trimestre por gravidez. Não era viável recolher dados sobre estes indicadores a nível da unidade sanitária, com base nos resultados do teste piloto. Portanto, a OMS recomenda que esta informação seja recolhida por meio de estudos domiciliários de rotina (ESD ou EAIM), estudos especiais ou em locais sentinela. Houve diversos motivos para esta recomendação. Primeiro, diferentemente do TIPg, as RTIs não eram rotineiramente distribuídas como parte dos CPN, e portanto era difícil avaliar a viabilidade dos indicadores RTI. Segundo, muitas das unidades sanitárias não tinham balanças em funcionamento, portanto era difícil medir com precisão os indicadores de baixo peso à nascença. Além disso, por menos de metade das mulheres no Uganda e Quênia dão à luz numa unidade sanitária, as medidas do baixo peso à nascença não eram representativas da população. Finalmente, a anemia no terceiro trimestre era difícil de medir por causa da ausência de instalações laboratoriais. As mulheres muitas vezes recorriam às farmácias para testarem a anemia, e os resultados não foram registados no processo CPN. Estes indicadores são muito importantes para a monitorização e avaliação dos programas MDG, mas deveriam ser recolhidos por mecanismos diferentes.

## **SÍNTESE DO TESTE PILOTO**

A lista de indicadores provisórios foi debatida com os principais intervenientes no Uganda e no Quênia, incluindo o programa nacional para o controlo da malária e os de SR, a OMS, e parceiros de implementação (Jhpiego e o Consórcio para a Malária). Ambos países testaram de forma piloto os indicadores da OMS em 2001, e acrescentaram outros indicadores essenciais para as suas necessidades específicas de M&A. Por exemplo, no Quênia, foi acrescentado um indicador sobre a percentagem de mulheres que frequentavam as consultas de cuidados pré-natais. Depois da obtenção do consenso sobre os indicadores, foram seleccionados dois distritos em cada país para as

actividades piloto. Os critérios de selecção incluíam distritos com implementação total das intervenções MDG recomendadas pela OMS<sup>28</sup> e representação regional. Todas as unidades sanitárias em cada um dos distritos seleccionados foram incluídas nas actividades piloto.

Em cada um dos distritos piloto, os indicadores foram integrados com o SIS de rotina através da modificação dos registos CPN e da maternidade. Foram acrescentadas colunas ao processo CPN para registar a primeira e segunda doses de TIPg além da utilização de RTIs. No registo de partos, foi acrescentada a coluna para gravidez. Além disso, foram incluídos espaços para resumir a informação necessária para o numerador e denominador de cada indicador, no final de cada página dos processos.

O MS e os parceiros de ONG em cada país desenvolveram materiais de formação. Foram conduzidas reuniões de orientação com equipas de gestão da saúde distrital e outros intervenientes principais. Os provedores de cuidados e arquivistas em cada um dos distritos piloto foram formados na área de MDG e sobre como utilizar os processos adaptados. Os supervisores receberam formação sobre supervisão de apoio, incluindo formas de verificação dos processos e prestação de feedback construtivo para os profissionais de saúde sobre o aconselhamento MDG. Os provedores de cuidados foram instruídos a resumir a informação necessária para os indicadores MDG depois da conclusão de cada página do processo CPN e/ou maternidade.

Todos os meses, os provedores de cuidados e/ou arquivistas resumiam a informação necessária para calcular os indicadores MDG numa adenda ao formulário regular (mensal) de SIS. Esta adenda foi enviada ao nível distrital, onde os funcionários distritais calcularam os indicadores, agregaram a informação de todas as unidades sanitárias e enviaram-na ao nível nacional.

Os funcionários do nível distrital ou central efectuaram visitas de supervisão mensais para garantir que os provedores de cuidados estavam a preencher os processos correctamente para fornecer feedback. No Quénia, os provedores foram entrevistados para avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas sobre TIPg e utilização de RTIs, e todos os processos relativos à MDG foram verificados. No Uganda, os directores do nível distrital visitaram cada uma das unidades sanitárias a participarem no piloto durante cinco dias para apoiar os provedores de cuidados e arquivistas. A nível distrital, os directores nacionais apoiavam os directores distritais durante dois dias em cada mês em algumas unidades sanitárias definidas para amostragem.

Foi conduzida uma avaliação final no final do período do piloto. Esta avaliação envolveu a avaliação dos indicadores recolhidos durante o

---

<sup>28</sup> As políticas recomendadas pela OMS para a prevenção da MDG incluem: tratamento preventivo periódico (TPPg) utilizando um medicamento anti-malária e mosquiteiros impregnados (RTIs). A Sulfadoxine-pyrimethamine (SP) é actualmente utilizada para TPPg.

período do piloto além de inquéritos aos provedores de cuidados sanitários, arquivistas, funcionários distritais e nacionais.

## RESUMO DAS CONSTATAÇÕES

**Uganda.** Durante o piloto, todas as mulheres elegíveis receberam TIPg sob observação directa. O fornecimento de SP melhorou durante o piloto, mas continuaram a existir dificuldades no Distrito de Soroti. Quase todos os provedores de cuidados sanitários e arquivistas (80%) afirmaram ter recebido supervisão durante o piloto. Além disso, a qualidade da supervisão e manutenção de registos melhorou.

Houve alguns constrangimentos notados durante o piloto. Primeiro, os provedores de cuidados sanitários tinham dificuldades em diferenciar a SP administrada para gestão de casos de MDG e a SP administrada como TIPg e estavam incertos sobre como registar o facto no processo CPN. Muitas vezes as colunas para a primeira dose de TIPg era verificada no processo para uma dose administrada para a gestão da malária. (o é uma dose de SP administrada como prevenção, não tratamento.)

Também houve dificuldades no resumo do número de primeiras consultas CPN versus consultas CPN subsequentes. Para superar este desafio, um centro de saúde estabeleceu um código de cores de notações para mulheres na primeira consulta CPN para evidenciá-las para serem incluídas nos indicadores MDG. Estes também foram problemas com a rotatividade dos funcionários e ausência de um mecanismo para a formação de novos funcionários. Algumas instalações sanitárias não possuíam balanças, e os dados relativos à anemia não foram recolhidos devido à indisponibilidade de instalações laboratoriais.

**Quénia.** Depois do piloto, os provedores de cuidados sanitários estavam cientes da importância da provisão de TIPg sob observação directa a todas as mulheres durante os CPN, independentemente do estado de parasitemia. Os registos foram bem efectuados com excepção de poucos casos que tinham resumos incompletos. A SP foi gratuitamente administrada nas instalações governamentais, e foram fornecidos copos limpos e água potável para a TODO. O fornecimento regular de SP melhorou e não houve rupturas de stock nas instalações durante o período do piloto. Isto provavelmente deveu-se à combinação de factores—as instalações foram parte da actividade piloto e o Quénia recebeu financiamento do Fundo Global para comprar SP.

Também se notaram algumas dificuldades. Frequentemente houve carência de pessoal e não existia nenhum mecanismo para a formação de novos funcionários sobre como preencher os processos adaptados. Alguns espaços nas colunas eram demasiado pequenos, o que tornou difícil o resumo da informação. Houve falta de cartões e processos CPN, e algumas

unidades sanitárias não possuíam balanças para os recém-nascidos. Foi difícil recolher informação sobre a anemia por causa da ausência de serviços laboratoriais e dos custos destes serviços. Além disso, as RTIs eram demasiado custosas e portanto a sua utilização era demasiado baixa. Os profissionais de saúde tinham dificuldades em resumir os dados e as unidades sanitárias não receberam feedback dos distritos relativamente aos indicadores recolhidos.

## **LIÇÕES APRENDIDAS**

Houve diversas lições tiradas do teste piloto dos indicadores de M&A no Uganda e no Quénia.

***A formação e o seguimento imediato são essenciais.*** A experiência piloto demonstrou a necessidade do seguimento imediato dos provedores de cuidados sanitários depois da formação para garantir que estes estejam a registar correctamente a informação sobre MDG. Os provedores de cuidados sanitários também beneficiaram da experiência prática durante a formação sobre como preencher os processos revistos. Também é importante integrar todos os eventos de formação na formação contínua sobre SR, para que se torne mais eficiente e evite a sobreposição e desperdício do tempo dos funcionários.

***A supervisão foi um elemento principal neste teste piloto.*** É essencial possuir supervisão adequada para garantir a recolha de dados de alta qualidade. Durante a supervisão de rotina é importante verificar a forma como os registos são preenchidos e efectuar as correcções conforme necessário. A supervisão para os indicadores MDG deverá ser integrada com as consultas de saúde reprodutiva regularmente marcadas.

***É necessário um mecanismo para a formação de novos funcionários.*** Por a rotatividade do pessoal ser elevada no Quénia e no Uganda, é essencial um mecanismo de formação para os novos funcionários a rodarem na instalação, além de actualizações para o pessoal formado, para garantir uma recolha de dados de alta qualidade.

***Necessário reforçar o SIS de rotina.*** O fluxo de informação proveniente do nível distrital e dos distritos para as unidades era fraco. Este fluxo precisa ser reforçado para garantir a utilização adequada da informação, e também iria ajudar os provedores de cuidados sanitários a reconhecer a importância da informação a ser recolhida.

***Incorporar os indicadores nos processos existentes.*** Os profissionais de saúde já estão sobrecarregados com o número de processos e formulários; portanto, os indicadores MDG deveriam ser integrados nos processos existentes. É importante identificar quais dados são necessários a cada nível e os papéis e responsabilidades dos funcionários. A importância da

utilização de soluções locais para diminuir a carga de trabalho dos funcionários foi demonstrada durante o piloto. Por exemplo, algumas unidades sanitárias estabeleceram códigos de cores para marcar as primeiras consultas CPN, que facilitaram a inserção desta informação.

***Incluir o sector privado.*** É essencial que os dados sobre a prevenção da MDG sejam recolhidos do sector privado. Deverão ser explorados mecanismos para motivar o sector privado a enviar dados para o sistema de saúde pública.

## **REFERÊNCIAS PARA O CAPÍTULO 2-6**

World Health Organization (OMS). 2006. *Malaria in Pregnancy: Guidelines for Measuring Key Monitoring and Evaluation Indicators*. OMS: Geneva.

## **RECURSOS PARA O CAPÍTULO 2-6**

Birungi H and Onyango-Ouma W. 2006. *Acceptability and Sustainability of the OMS Focused Antenatal Care Package in Kenya*. Frontiers in Reproductive Health Program, Population Council Institute of African Studies, University of Nairobi: Nairobi.

Roll Back Malaria, MEASURE Evaluation, World Health Organization and UNICEF. 2006. *Guidelines for Core Population Coverage Indicators for Roll Back Malaria: To Be Obtained from Household Surveys*. MEASURE Evaluation: Calverton, MD.

Roll Back Malaria Monitoring and Evaluation Reference Group, World Health Organization, United Nations Children's Fund, MEASURE ESD, MEASURE Evaluation and U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2005. *Malaria Indicator Survey: Basic Documentation for Survey Design and Implementation*. MEASURE Evaluation: Calverton, MD.

World Health Organization (OMS). 2006. *Malaria in Pregnancy: Guidelines for Measuring Key Monitoring and Evaluation Indicators*. OMS: Geneva.

World Health Organization (OMS). 2004. *A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control during Pregnancy in the Africa Region*. OMS Regional Office for Africa: Brazzaville. (AFR/MAL/04/01).

## CAPÍTULO 3

# SOLUÇÕES PRÁTICAS PARA PROBLEMAS FREQUENTEMENTE VERIFICADOS<sup>29</sup>

Este capítulo do Manual apresenta experiências de países para fornecer sugestões sobre como superar os problemas frequentemente verificados a nível da unidade sanitária, onde as mulheres recebem serviços MDG.

### AS MULHERES NÃO PROCURAM CPN NO INÍCIO DAS SUAS GRAVIDEZES

O MS do **Togo** iniciou campanhas de mobilização comunitária a explicar as vantagens da frequência da clínica CPN o mais rapidamente possível depois de a mulher saber que está grávida. Estas mensagens são reforçadas pela provisão de RTIs, consultas de seguimento pediátrico, e vacinações através da clínica CPN como forma de atrair as grávidas para a clínica.

As estratégias de promoção da frequência precoce dos CPN a nível nacional, regional e distrital como parte da Moldura de Despesas a Médio-Prazo/SR de planos de acção anual na **Zâmbia**. Estas estratégias focalizam-se na informação e educação das mulheres e comunidade sobre os benefícios das consultas precoces para CPN ao utilizar comités de saúde da vizinhança, programas de rádio nas línguas locais, programas da televisão nacional e materiais IEC direccionados para a comunidade.

No **Quénia**, o programa focaliza-se na melhoria da consciencialização da comunidade sobre questões vastas na área de SR, incluindo MDG e a importância da frequência das consultas CPN e reforço da ligação entre as comunidades e as unidades sanitárias.

A extrema diversidade geográfica em **Madagáscar** dificulta o acesso aos serviços sanitários públicos, conforme ilustrado na diferença no número de mulheres que frequentam os CPN nas zonas rurais (77%) e aquelas que vivem nas áreas urbanas (90%). O Ministério da Saúde e do Planeamento Familiar (MS/PF) está a utilizar a educação comunitária para promover os CPN nacionalmente através de actividades de disseminação e diferentes media, incluindo o rádio. Os provedores de cuidados sanitários são aconselhados a utilizar qualquer consulta de cuidados sanitários como uma oportunidade para encorajar a frequência dos CPN. Os centros de saúde oferecem RTIs gratuitas a todas as mulheres que venham para CPN.

---

<sup>29</sup> As experiências nacionais foram apresentadas por Sanyu Kigondu e Kaendi Munguti (Quénia), Eloi Amegan (Togo), Francis Chanda e Bernard Chisanga (Zâmbia).

Espera-se que as mulheres que frequentam CPN passem a palavra na comunidade sobre a disponibilidade de RTIs na clínica CPN.

## **AS MULHERES NÃO RECEBEM MEDICAMENTOS ANTI-MALÁRIA RECOMENDADOS PELAS DIRECTRIZES NACIONAIS OU NÃO OS UTILIZAM QUANDO DISPONÍVEIS**

Financiamento do Fundo Global forneceu ao Togo uma quantidade suficiente de SP para satisfazer as suas necessidades até ao final de 2006. a SP é gratuitamente administrada na clínica CPN sob observação directa. No entanto, as mulheres muitas vezes se esquecem de trazer os copos ou recusam-se a tomar o medicamento por não terem comido antes de virem à clínica. O Programa Nacional para o Controlo da Malária (PNM) está a considerar fornecer copos descartáveis para a TODO. Os provedores dizem às mulheres para comerem antes de virem para CPN e as também possuem cereais nas instalações para as mulheres comprarem para o pequeno-almoço, antes de tomarem SP.

A política no Quénia foi alterada para permitir a provisão de SP, como TODO, gratuitamente nas clínicas CPN (previamente estava disponível somente nas farmácias a um custo de cerca de 20-50 ksh). Nas instalações governamentais, a SP é fornecida como parte dos kits de aviamento do centro de saúde. Caso o medicamento esteja em falta nos kits, o director da unidade sanitária/membros EDGS podem adquirir SP das instalações sanitárias mais próximas ou utilizar fundos comuns para repor os níveis de stocks. Esta cobertura não se estende às OR, ONGs e unidades sanitárias privadas. O MS está a considerar a provisão de SP a estas unidades caso exista documentação apropriada.

A MAC trabalhou em estreita colaboração com o MS/PF em Madagáscar desde 2003 para ajudar a rever a política nacional para MDG e capacitação na área de aquisição e distribuição de SP. A alteração da monitorização nos padrões de desempenho clínico em cinco locais de TIPg piloto mostrou que os locais tinham rupturas de stock de SP e RTIs recorrentes. A utilização destes dados para demonstrar lacunas nos serviços e aumentar a compreensão dos parceiros sobre os problemas com rupturas de stocks foi uma estratégia central para a melhoria da distribuição de SP. Vários parceiros RBM estão a trabalhar com o MS/PF para desenvolver procedimentos padronizados para a quantificação e seguimento da utilização de SP ao longo do tempo.

O DOTS é o método preferido para a provisão de SP em Madagáscar, mas é um desafio nas unidades sanitárias que não tenham acesso à água. A clínica de saúde CSB2 Ambohipeno (SSD Tsiroanomandidy) oferece uma solução prática e serve como bom exemplo para outras clínicas. A clínica tem um depósito de 15 litros de água com um batoque para que as pacientes tomem os comprimidos e sejam directamente observadas por um

profissional de saúde. O MS/PF também está a rever os cartões CPN das pacientes para verificar se receberam SP e quando receberam a medicação.

Além disso, os parceiros estão a trabalhar para encorajar o MS/PF a juntar testemunhos de pacientes relativamente aos benefícios positivos da toma de SP para utilizar em futuras campanhas media e materiais educacionais. Num local em Madagáscar, uma paciente grávida disse que antes de estar grávida e a receber SP, costumava apanhar malária regularmente, mas desde que engravidou e está a ser tratada com SP, ainda não teve malária. Tais comentários, quando precisos e amplamente publicitados, irão encorajar mais mulheres a aderirem aos CPN.

### **AS MULHERES NÃO CONSEGUEM OBTER RTIS OU NÃO AS UTILIZAM QUANDO DISPONÍVEIS**

Desde 2005, o Togo iniciou um sistema de recuperação de custos, fornecendo RTIs a um custo de 500 F CFA por mosquiteiro através das clínicas CPN, durante consultas de seguimento para crianças com menos de cinco anos, e durante vacinações. A taxa de utilização de RTI é inferior a 50% nas regiões costeiras e Lomé-Commune, e mais de 60% nas *septentrionales regions*. Os motivos para a não utilização incluem:

- Muitas pessoas dormem no mesmo quarto.
- As pessoas utilizam esteiras para dormir e não é possível pendurar as RTIs com as esteiras.
- É desconfortável (“sufocante”) dormir debaixo de mosquiteiros nos climas quentes durante a estação seca, especialmente em quartos estreitos e sem ventilação.
- Um mosquiteiro novo pode não ser utilizado porque a família ainda possui um, não percebendo que o insecticida pode estar gasto no mosquiteiro antigo.
- A mulher e crianças não dormem debaixo do mosquiteiro porque o pai está a utilizá-lo.

O Conselho Nacional para o Controlo da Malária (CNCM) iniciou uma campanha de mobilização comunitária utilizando agentes da comunidade local que vão de casa em casa para aconselhar e debater com as mulheres e suas famílias. Os agentes verificam para ver se as RTIs estão correctamente penduradas, ou caso não, para ajudar as mulheres a pendurá-las correctamente. Os agentes tentam determinar os motivos para as RTIs não estarem a ser utilizadas e educar a mulher e a sua família em conformidade.

A clínica CPN deverá ser o ponto de distribuição para a provisão de três milhões de RTIs durante 2006–2007 na **Zâmbia**. O MS/Centro Nacional para o Controlo da Malária (CNCM) está a reforçar os seus sistemas de

aquisição, armazenamento e distribuição para garantir um suprimento consistente de RTIs.

**O Quénia** aumentou a distribuição de RTI, que resultou no aumento da cobertura entre os grupos vulneráveis. Uma abordagem combinada que inclui a provisão de RTIs altamente subsidiadas para mulheres grávidas a frequentarem os CPN além de a promoção das vendas através da cobertura do sector comercial ter alcançado 50% das grávidas em três províncias de malária endémica.<sup>30</sup>

Os determinantes do sucesso e lições tiradas incluem:

- O desenvolvimento de uma estratégia apropriada que utiliza melhor as vantagens comparativas dos diferentes parceiros, do sector privado, sector comercial e ONGs/ORs.
- A coordenação de esforços e responsabilidades. Com o MS como líder e a OMS a prestar apoio técnico, o PSI, como apoio do DFID e da USAID, forneceram gestão da distribuição, promoção, responsabilização e formação de contribuições através da infra-estrutura governamental e do sector comercial.
- A capacitação de provedores de cuidados sanitários através da formação. Formação focalizada sobre a promoção da compra e utilização de RTIs no contexto mais vasto de mensagens de prevenção e tratamento da malária.
- O fornecimento através das clínicas CPN. O fornecimento de RTIs directamente às clínicas CPN. Os enfermeiros promoveram a compra e utilização de mosquiteiros pelos grupos vulneráveis durante as conversas sobre saúde e consultas de rotina. As unidades sanitárias compraram os mosquiteiros (30ksh) e revenderam-nas a um custo ligeiramente maior (50ksh) às grávidas. Os 20ksh (US\$0.25) foram uma fonte de receitas para as unidades sanitárias efectuaram melhorias infra-estruturais e/ou para outros custos recorrentes.
- A expansão e melhoria do fornecimento de RTI pelo sector comercial. Estes incluíram um apoio considerável em termos de publicidade e comunicações. Também incluiu esforços para reforçar a capacidade e âmbito dos esforços dos fabricantes e distribuidores.
- As parcerias com ONGs para expansão do fornecimento de RTI. Pequenas ONGs que trabalham nas comunidades rurais estão unicamente posicionadas para educar e promover a utilização de RTIs dentro das referidas comunidades.

No Madagáscar, o MS/PF possui um financiamento do Fundo Global para a Luta contra o SIDA, Tuberculose e Malária para adquirir RTIs, e uma

---

<sup>30</sup> Fonte: Serviços Populacionais Internacionais (PSI) Controlo da Malária. 2006. *(Cobertura das Redes Mosquiteiras Atinge 50% no Quénia) Mosquito Net Coverage of Vulnerable Groups Reaches 50% in Kenya*. PSI Controlo da Malária: Nairobi. (Abril). Em: <http://www.psi.org/malaria/malaria-resources/kenya-brief.pdf>.

estratégia nacional em vigor para a distribuição. O MS/PF irá promover a utilização de RTIs através da educação comunitária e dos esforços dos provedores de cuidados sanitários, utilizando as consultas de cuidados sanitários como uma oportunidade para abordar a importância da utilização de RTIs.

### **REFERÊNCIA PARA O CAPÍTULO 3**

Population Services International (PSI) Malaria Control. 2006. *Mosquito Net Coverage of Vulnerable Groups Reaches 50% in Kenya*. PSI Malaria Control: Nairobi. (April). At: <http://www.psi.org/malaria/malaria-resources/kenya-brief.pdf>.

## CAPÍTULO 4

# CONSIDERAÇÕES FINANCEIRAS

Em conformidade com a Matriz de Estágios de Implementação de Programas MDG (vide Capítulo 1), um país terá atingido o Estágio 4 quando o “Governo nacional se tiver empenhado e desembolsado fundos para programas MDG que contribuam significativamente para os custos projectados; existência de amplos fundos de doadores”. Os programas eficazes para prevenção e controlo da malária exigem investimentos a longo prazo para o reforço da capacidade do sistema sanitário e exigem esquemas de financiamento bem planeados. A Moldura Estratégica da OMS declara que “O financiamento deverá fazer parte do plano estratégico e de implementação para a prevenção e controlo da malária” (OMS 2004). Como com a prestação de serviços MDG, o financiamento exige uma abordagem integrada e colaborativa entre os programas de saúde reprodutiva e para o controlo da malária a nível nacional e distrital.

## COMPONENTES DE CUSTO

A Moldura Estratégica da OMS recomenda que “Os planos anuais ou bienais de implementação nacional e distrital (derivados do plano estratégico nacional) incluam o **custo e fonte dos fundos de cada actividade**” (OMS 2004). E, os custos deverão ser calculados e financiamento obtido para cada uma dos principais componentes necessários para a implementação do programa, com especial atenção para as seguintes necessidades em termos de custos e financiamento:

- Desenvolvimento a nível nacional de políticas e directrizes, incluindo reuniões de intervenientes, levantamento de necessidades, actualizações técnicas, apoio ao desenvolvimento e testagem de campo das DPSs e tradução e impressão das DPSs
- Todas as actividades de disseminação a todos os níveis devem garantir que os funcionários na linha da frente sejam alcançados
- Esforços de advocacia pelos funcionários nacionais para garantir apoio financeiro e programático por distrito e outras políticas sub-nacionais e decisores
- Actualização inicial e reprodução dos cartões e processos CPN revistos, e custos constantes da produção de suprimentos destes processos a todos os níveis
- Aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos para garantir que as comodidades estejam disponíveis antes do início das actividades de formação e ao longo dos anos subsequentes

- Reforço dos sistemas de certificação de qualidade, incluindo formação para directores e supervisores do programa
- Desenvolvimento, tradução e impressão de materiais de formação MDG; formação de formadores, faculdade básica, provedores de serviços da linha da frente, profissionais comunitários e pessoas de recurso, e supervisores
- Desenvolvimento de curriculum juntamente com materiais de apoio e formação dos funcionários para garantir a preparação básica actualizada sobre o controlo da malária para profissionais de saúde
- Programas comunitários, incluindo recursos para consciencialização da comunidade e aumento da demanda para a aceitação e utilização do TIPg e das RTIs
- M&A para fornecer dados para uma tomada de decisões mais racional para o programa e para demonstrar o sucesso do programa MDG; isto inclui mais do que somente formulários de registo, mas as despesas de recolha, análise e partilha de dados para a tomada de decisões
- Os mecanismos de financiamento existentes para a saúde, tais como esquemas de seguros, senhas, renúncias, taxas de utilização, etc.; os directores dos programas que levam em consideração o custo/benefício de abordagens alternativas na tomada de decisões sobre a alocação de recursos

Alguns custos serão recorrentes, tais como aqueles para comodidades e formação contínua, enquanto que outros podem ser singulares no início de um programa ou durante uma grande alteração da política. Exemplos da última incluem seminários de disseminação para políticas e directrizes. Uma vez que existem custos diferentes para diferentes fases de implementação, os gestores do programa para a malária devem desenvolver uma série de orçamentos anuais que sejam relevantes para a fase de implementação do programa.

Ao examinar as opções de financiamento, os gestores do programa devem apreciar o nível de descentralização no país e onde são tomadas as decisões. Eles precisam perceber se os medicamentos para a prevenção da MDG fazem parte das listas de medicamentos essenciais e como as aquisições estão ligadas com a aquisição de RTIs. Também é importante determinar qual será a despesa custeada pelo paciente. Estas questões poderiam ter grandes implicações sobre o orçamento para o programa.

Outra consideração sobre o custo relaciona-se com a selecção da estratégia e comodidade. Por exemplo, existe uma escolha entre a oferta de RTIs e RILDs. As primeiras são menos custosas, mas requerem a compra de pacotes de novo tratamento a cada seis meses. As RILDs apresentam custos iniciais superiores mas podem não necessitar de reposição durante cinco anos. Cada decisão do programa tem implicações sobre o custo.

## **POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO**

Geralmente, as pessoas em países menos desenvolvidos pagam mais despesas para os cuidados sanitários do que aquelas em países médios ou desenvolvidos. Os serviços para o controlo da malária devem ser acessíveis para que possam ser acedidos sem demora e para salvarem vidas. Portanto é importante não só planear a cada nível do sistema de saúde quais componentes deveriam ser incluídas nos serviços de controlo da malária, mas também identificar estrategicamente as fontes de apoio financeiros para os programas e garantir os melhores serviços a um custo que possam pagar. Isto exige a solução de questões fundamentais sobre a implementação da política para a malária a nível nacional e sub-nacional, tais como o seguinte:

- As taxas serão parte do projecto geral do governo para CPN?
- Especificamente, as RTI e o TIP serão gratuitamente oferecidos?
- Se as RTIs não forem gratuitas, será utilizado qual mecanismo financeiro: subsídios, senhas, marketing social, mercado aberto ou uma combinação com base na capacidade de pagamento?
- O governo fornecerá SP e RTIs gratuitos ou a preço reduzido para unidades sanitárias do sector privado e de ONGs?
- Existe uma taxa nacional unificada e uma política de financiamento, ou os diversos estados, províncias ou distritos adoptam as suas próprias políticas?

Se os custos do serviço para a malária não serão um fardo para os pobres, os directores do programa e criadores da política precisam planear um pacote de apoio financeiro para garantir que os programas corram sem sobressaltos. Este plano envolve o levantamento do ambiente nacional governamental e filantrópico além do financiamento de doadores internacionais. De acordo com isto, existem inúmeros programas de doadores internacionais e bilaterais de larga escala com o objectivo de apoiar os principais esforços nacionais para o controlo da malária. Em alguns casos o país deverá candidatar-se aos fundos, enquanto que noutros o doador selecciona os países que pretende apoiar. Em poucas palavras, está disponível um conjunto de financiamentos potenciais que deverão ser procurados e alocados de forma sistemática para solucionar as componentes de custo enumeradas acima num período de dois a cinco anos.

## PLANIFICAÇÃO FINANCEIRA<sup>31</sup>

As experiências da Coligação da África Oriental e Austral para a Malária Durante a Gravidez (MIPESA) indicam os seguintes desafios relativos ao financiamento para a MDG:

- Os programas de SR são normalmente fracamente financiados, o que tem um impacto directo sobre o apoio à MDG como uma questão de SR.
- Os esquemas de segurança social ainda estão no início e incapazes de gerar recursos razoáveis para os programas sanitários.
- As ORs que tipicamente fornecem uma parte substancial dos serviços sanitários estão a enfrentar dificuldades financeiras que impedem a sua capacidade de preencher completamente as lacunas.
- Os recursos agrupados através de mecanismos da abordagem multi-sectorial (SWAP) resultam na competição de prioridades para todos os programas sanitários.
- O financiamento de parceiros é frequentemente direccionado a certas regiões e/ou distritos, que podem não ser as prioridades para os respectivos países.

As estratégias ou abordagens que demonstraram ser eficazes na solução de alguns destes desafios incluem:

- Estabelecimento de grupos nacionais de assessoria técnica contribuíram para um maior reconhecimento da necessidade de apoiar os programas MDG.
- Os programas a nível nacional devem desempenhar um papel na defesa da malária como uma propriedade nos seus países, especialmente à medida que a descentralização se torna mais evidente.
- Parcerias entre os programas nacionais para o controlo da malária e os programas nacionais para SR contribuem para um maior sucesso e disseminação mais vasta.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Falando no geral, os definidores de políticas e os gestores de programas precisam considerar duas fontes de financiamento—internas e externas. Grande parte dos doadores assumem que os países e as entidades a nível sub-nacional tais como os estados e distritos estarão a contribuir para o dinheiro que financia as actividades de controlo da malária. Grande parte

---

<sup>31</sup> *Adaptado de:* Coligação da África Oriental e Austral para a Malária durante a Gravidez (MIPESA), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Programa ACCESS. 2006. *(Avaliação das Experiências dos Países MIPESA na Adopção e Implementação de Políticas para a Malária Durante a Gravidez, Incluindo as Melhores Práticas e Lições Aprendidas)* Assessment of MIPESA Country Experiences in the Adoption and Implementation of Malaria in Pregnancy Policies, Including Best Practices and Lessons Learned. OMS e Programa ACCESS.

dos programas dos doadores possuem um limite de tempo e esperam que os próprios países irão assumir os custos totais do programa depois de um período de, por exemplo, cinco anos. Os países precisam começar cedo a forma como irão satisfazer as necessidades para os serviços para o controlo da malária quando os fundos de doadores terminaram.

Mesmo a curto-prazo, é necessário o planeamento de compromissos financeiros locais/nacionais para garantir uma provisão equitativa de serviços para o controlo da malária. **Precisamos evitar lacunas nos serviços.** Se por exemplo, um distrito projectar que existirão 20.000 mulheres grávidas que provavelmente irão frequentar os serviços CPN no ano seguinte, e um programa dos doadores fornecer 20.000 doses de SP para TIPg, é incumbente sobre os gestores do programa nacional ou distrital para o controlo da malária encontrarem outras 20.000 doses de SP, ou os suprimentos de medicamentos terminarão em somente seis meses. Portanto eles poderão necessitar de advogar fundos adicionais dos concelhos distritais ou instituições de caridade locais.

Ao avaliar os fundos a nível nacional, os gestores do programa deverão educar totalmente a si próprios sobre os seus próprios processos de orçamentação distrital e nacional. O processo de obtenção de fundos para um programa começa muitas vezes mais de seis meses antes do final do ano financeiro. Deverá ser proposto um orçamento e provavelmente se chegará a acordo relativamente a uma importância. Mesmo depois de os orçamentos estarem publicados, existe o desafio de fazer com que os fundos sejam alocados para satisfazer estas necessidades. Outro desafio é fazer com que os fundos alocados sejam atempadamente disponibilizados.

Este processo de orçamentação tedioso muitas vezes faz com que os gestores de programas confiem plenamente em fundos de doadores externos, mas a referida dependência não fornecerá uma solução a longo prazo para a manutenção dos serviços para o controlo da malária. Este desafio relaciona-se com o motivo de a mobilização e educação comunitária serem componentes importantes dos esforços para o controlo da malária. Quando se cria uma demanda, a advocacia poderá ser mais eficaz em garantir uma fonte regular de apoio financeiro local para o controlo da malária.

Para solucionar a futura alocação de recursos para programas MDG, os definidores de políticas e gestores de programas precisam estar cientes das fontes de financiamento de doadores tais como o Fundo Global, o programa Booster do banco Mundial, a Iniciativa do Presidente para a Malária, a Fundação gates e empresas do sector privado. Estas fontes irão mudar ao longo do tempo, mas algumas das mais comuns estão abaixo enumeradas.

- Fundo Global para a Luta contra a SIDA, Tuberculoses e Malária, vide: <http://www.theglobalfund.org>.
- Resposta do Governo Americano:

- Iniciativa do Presidente para a Malária vide:  
<http://www.fightingmalaria.gov/>
- USAID vide:  
[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/id/malaria/index.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/id/malaria/index.html)
- Programa Booster do banco Mundial, vide:  
[www.worldbank.org/afr/malaria](http://www.worldbank.org/afr/malaria)
- Fundação Bill e Melinda Gates vide:  
[http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri\\_Diseases/Malaria](http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/Malaria)
- UNICEF vide: [http://www.unicef.org/health/index\\_malaria.html](http://www.unicef.org/health/index_malaria.html) e o seu representante nacional
- Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente vermelho vide:  
<http://www.ifrc.org/what/health/diseases/malaria/index.asp>

Note que alguns destes doadores possuem representações nos países com malária endêmica, enquanto que outros operam a partir da sua sede. Também, existem outros grupos que prestam assistência técnica que poderá ser bastante valiosa no desenvolvimento de propostas para submissão às agências de financiamento acima mencionadas. Estes incluem:

- Parceria para o Recuo da Malária vide: <http://www.rbm.OMS.int/>
- Organização Mundial da Saúde vide: <http://www.OMS.int/malaria/> e vide o seu representante nacional
- USAID (vide o seu representante nacional)

## REFERÊNCIAS PARA O CAPÍTULO 4

Malaria in Pregnancy East and Southern Africa Coalition (MIPESA), World Health Organization (OMS) and ACCESS Program. 2006. *Assessment Of MIPESA Country Experiences in the Adoption and Implementation of Malaria in Pregnancy Policies, Including Best Practices and Lessons Learned*. OMS and ACCESS Program. At: [http://rbm.OMS.int/partnership/wg/wg\\_pregnancy/docs/MIPESA\\_Report2006](http://rbm.OMS.int/partnership/wg/wg_pregnancy/docs/MIPESA_Report2006).

World Health Organization (OMS). 2004. *A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control during Pregnancy in the African Region*. OMS Regional Office for Africa: Brazzaville.



