Implementar a Estratégia

ALCANÇAR CADA DISTRITO

Um Guião para as Equipas Distritais de Gestão de Saúde

REVISTO EM AGOSTO DE 2008

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL Africano

Fotos na capa cortesia de (no sentido horário):
Lola Akinmade, *A cortesia de Photoshare*
Lauren Goodsmith, *A cortesia de Photoshare*
Bérengère de Negri, *A cortesia de Photoshare*
Zainab Mohammed, *JSI*

Implementar a Estratégia

ALCANÇAR CADA DISTRITO

Um Guião para as Equipas Distritais de Gestão de Saúde

REVISTO EM AGOSTO DE 2008

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL Africano

ÍNDICE

ACRÓNIMOS 6

AGRADECIMENTO 3

1. INTRODUÇÃO 9

1.1 Antecedentes 9
1.2 Finalidade e Público-Alvo 11
1.3 Conteúdo e Organização 11
1.4 Adaptação 11

2. A ESTRATÉGIA ALCANÇAR CADA DISTRITO 12

2.1 Objectivo 12
2.2 Estratégias 12
2.3 Componentes 12
2.4 Integração e Outros Factores Contextuais 15
Integração 15
Liderança 16
Coordenação 16

3. PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS 17

3.1 Questões-Chave 17
3.2 O Processo de Microplanificação 18
3.3 Gestão de Recursos 23
3.4 Recursos 26

4. CHEGAR ÀS POPULAÇÕES-ALVO 27

4.1 Questões-Chave 27
4.2 Processo para Chegar às Populações-Alvo 28
4.3 Oportunidades de Integração 31
4.4 Intensificação Periódica da Vacinação de Rotina 32
4.5 Recursos 34

5. LIGAR OS SERVIÇOS À COMUNIDADE 35

5.1 Questões-Chave 35
5.2 Construir Parcerias Comunitárias Eficazes 36
5.3 Serviços Benéficos Às Comunidades 37
5.4 Envolver as Comunidades na Prestação de Serviços 37

5.5 O Papel da Comunicação 38
5.6 Recursos 40

6. SUPERVISÃO DE APOIO 41

6.1 Questões-Chave 41
6.2 Tornar a Supervisão Num Meio de Apoio 42
6.3 Recursos 46

7. MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO 47

7.1 Questões-Chave 47
7.2 O Processo de Monitorização para a Acção 48
7.3 Recursos 55

8. CONSIDERAÇÕES OPERACIONAIS DA INPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA ACD 56

8.1 Logística 56
8.2 Comunicação 58
8.3 Integração e a Estratégia ACD 59

9. MONITORIZAR A ESTRATÉGIA ACD 62

9.1 O Que é a Ferramenta de Monitorização da Estratégia ACD? 62
9.2 O Que Medem os Indicadores de Base? 63
9.3 Adaptar e Utilizar a Ferramenta 63

10. ADAPTAR O GUIA DA ESTRATÉGIA ACD 66

ANEXOS 69

Anexo 1: Ferramentas de Microplaneamento da Estratégia ACD 70
Anexo 2: Ferramentas de Monitorização da Estratégia ACD 83
Anexo 3: Formato Genérico da Supervisão de Apoio 91
Anexo 4: Análise do Acesso e Taxa de Abandono 93
Anexo 5: Referência Rápida da ACD 94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Exemplo: Interpretar os dados Sobre o Abandono 52
Figura 2: Exemplo de Gráfico de Abandono de Vacinação e Monitorização para a DTP1 e DTP3 53

ACRÓNIMOS

ACB	Alcançar Cada Bairro
ACC	Alcançar Cada Criança
ACD (RED)	Alcançar Cada Distrito
ACZ	Alcançar Cada Zona
AD	Seringas Auto-bloqueadoras
AFRO	Escritório Regional Africano da OMS
BCG	Bacilo Calmette – Guérin
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DQS	Auto-Avaliação da Qualidade dos Dados
DTP3	Terceira dose da Vacina Tríplice (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa)
EAPV	Eventos Adversos Após a Vacinação
EDGS	Equipa Distrital de Gestão de Saúde
ES	Estabelecimento de Saúde
FA	Febre Amarela
FTV	Fôrça Tarefa para a Vacinação
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e Vacinação
GI	Gestão Intermédia
GIVS	Visão e Estratégia de Vacinação Global
HepB	Hepatite B
Hib	Haemophilus Influenzae Tipo b

IEC	Informação, Educação e Comunicação
IPVR	Intensificação Periódica da Vacinação de Rotina
ISS	Serviços de Apoio à Vacinação
JNV	Jornadas Nacionais de Vacinação
JSV	Jornadas Subnacionais de Vacinação
M & E	Monitorização e Avaliação
MLM	Módulos de Gestão Intermédia
MTI	Mosquiteiros Tratados com Insecticida
OBC	Organização de base Comunitária
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAV	Programa Alargado de Vacinação (PAV)
SOS/EOS	Serviços Sustentados ou Melhorados de Assistência Avançada
TT	Toxóide Tetânico
UCI	Vacinação Universal Infantil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VOP	Vacina Oral da Poliomielite
VR	Vacinação de Rotina
VVM	Sensor do Frasco da Vacina

AGRADECIMENTO

Este Guia foi elaborado pelo Escritório Regional Africano da OMS, em colaboração com o UNICEF e com o Projecto USAID/ IMMUNIZATIONbasics.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ANTECEDENTES

Opapel da vacinação é largamente reconhecido como sendo crucial para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). A Visão e Estratégia de Vacinação Global (GIVS) enuncia o contributo da vacinação para o ODM n.º 4: uma redução de pelo menos dois terços da mortalidade infantil e de doenças evitáveis pela vacinação até 2015, por comparação com os valores registados no ano 2000.

Muitos países africanos aumentaram com êxito a cobertura vacinal durante as campanhas de Vacinação Universal Infantil (UCI) da década de 1980, apenas para assistirem a um novo declínio nos anos 90, depois de se ter esgotado o apoio da UCI. Como resultado, a cobertura vacinal de rotina (segundo a medição da cobertura de DTP3 até aos 12 meses de idade) havia caído para 54%, em toda a Região Africana da OMS, até ao final da década.

Em 2002, A OMS e os seus parceiros elaboraram a estratégia Alcançar Cada Distrito (ACD), para aumentar e manter elevados os níveis da cobertura vacinal de rotina. Desde então, a maioria dos países africanos introduziu, de uma forma ou de outra, a estratégia ACD. O apoio técnico e financeiro para a ACD proveio da OMS e de outras fontes; os fundos dos Serviços de Apoio à Vacinação (ISS), do GAVI, foram também utilizados por muitos países africanos para financiar as suas actividades da ESTRATÉGIA ACD.

A Visão e Estratégia de Vacinação Global 2006-2015, desenvolvida pela OMS e pela UNICEF, prevê um mundo em que cada criança, adolescente e adulto tenha igual acesso aos serviços de vacinação. O documento apela também a que obtenha:

> "Pelo menos 90% da cobertura nacional de vacinação [em todos os países] e pelo menos 80% da cobertura vacinal em todos os distritos (ou unidade administrativa equivalente) antes ou até 2010."

Este ambicioso objectivo foi ratificado pela 56.ª sessão do Comité Regional Africano em 2006, e está contemplado no Plano Estratégico Regional Africano para o Programa Alargado de Vacinação (PAV) 2006 – 2009.

Em 2007, com as baterias apontadas aos novos objectivos da GIVS, a OMS e os seus parceiros realizaram uma avaliação integral da estratégia ACD em nove países da Região Africana. As conclusões foram positivas: a taxa de cobertura vacinal havia melhorado em todos os países, à excepção de um, o número de sessões avançadas aumentara em todos os distritos visitados e a supervisão foi considerada frequente em todos os países, à excepção de dois. Com base nestes resultados e nos desafios a enfrentar, a 15.ª reunião da Fôrça Tarefa para a Vacinação da Região Africana, realizada em 2008, recomendou que a OMS e seus parceiros actualizassem as directrizes da ACD existentes e as utilizassem para encorajar os países que ainda não o fizeram a implementar a estratégia em larga escala. A Fôrça Tarefa para a Vacinação deu o seu apoio à recomendação da equipa de avaliação sobre a necessidade de se formular e incluir, para uso dos países, um conjunto normalizado de indicadores para monitorizar a implementação da ACD. Este Guia revisto da ACD foi elaborado em resposta a essas recomendações.

Crédito de foto: *IMMUNIZATIONbasics*

O Guia revisto reflecte também o espírito da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Sistemas de Saúde em África, de 2008, e o objectivo n.º 4 da GIVS. Na Declaração de Ouagadougou, os Ministros da Saúde da Região Africana reafirmaram o seu compromisso para com os "princípios da Declaração de Alma-Ata" e apelaram aos Estados-Membros a que "fizessem uso das intervenções prioritárias de saúde [incluindo a vacinação] como ponto de entrada para reforçar os sistemas nacionais de saúde". Como tal, a estratégia ACD descrita neste Guia fornece um quadro não só para o planeamento, gestão e como meio para chegar a todas as mulheres e crianças com serviços de vacinação capazes de salvar vidas, mas também para utilizar a vacinação e a estratégia ACD como uma plataforma para a prestação de outros serviços essenciais de CSP.

A OMS/AFRO acredita que um empenho renovado para a estratégia ACD pode ser um passo importante no sentido da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e da GIVS. Apesar da cobertura vacinal estar de novo a aumentar na Região Africana, a OMS/UNICEF estimam que apenas 16 dos 46 países da Região Africana da OMS alcançaram 90% de cobertura vacinal de rotina até ao final de 2007. Embora seja uma melhoria, há ainda muito a fazer para atingir as metas de vacinação.

1.2 FINALIDADE E PÚBLICO-ALVO

Este Guia tem por finalidade estimular o interesse no aumento e manutenção de níveis elevados de cobertura vacinal em todos os distritos, e fornecer informação prática sobre a estratégia ACD a gestores de programas de saúde (governamentais e não governamentais), supervisores e profissionais de saúde.

Pretende-se que este Guia seja adaptado e utilizado pelos programas nacionais de vacinação, como um dos vários recursos que podem ser usados para apresentar a estratégia ACD às equipas distritais de saúde e aos parceiros de vacinação. Uma vez adaptado, o guia pode também ser usado pelas equipas distritais e profissionais de saúde, como um instrumento de referência rápida para as cinco componentes e para os indicadores de base da estratégia ACD. O Guia poderá ser igualmente importante para ajudar a explicar a estratégia ACD às autoridades locais e a outros potenciais parceiros dos serviços de vacinação e de CSP.

1.3 CONTEÚDO E ORGANIZAÇÃO

Os capítulos seguintes descrevem a estratégia ACD, as suas cinco componentes e os problemas operacionais a ultrapassar, caso se pretenda que a ACD seja um êxito. Cada capítulo inclui referências e ligações para material de apoio e outras ferramentas que podem ter interesse para quem tencione planear sessões de formação e preparar material complementar para a implementação da ACD. Esta edição do Guia inclui ainda dois novos capítulos: o primeiro, debruça-se sobre as questões da monitorização e avaliação da ACD, e o segundo aborda a questão da adaptação do Guia às necessidades dos países. O Guia inclui anexos, tais como: exemplos de ferramentas de microplaneamento e registo das taxas da cobertura vacinal e de abandono; uma nova Ferramenta ACD para uso dos estabelecimentos de saúde, equipas distritais e gestores nacionais de programas; e um folheto de referência rápida das cinco componentes da estratégia ACD. O Guia foi também adaptado para reflectir a ênfase no planeamento e gestão melhorada de recursos (pelo que esta componente é agora apresentada em primeiro lugar) na nova denominação da componente "restabelecer os serviços avançados" que agora se intitula "chegar às populações-alvo", de modo a que todas as populações elegíveis (mulheres e crianças) possam ser alcançadas através de uma série de estratégias específicas para cada país.

1.4 ADAPTAÇÃO

O Guia incorpora "melhores práticas" e "lições aprendidas" durante a implementação da estratégia ACD em diferentes países africanos. Embora haja muitas semelhanças entre os países, existem também algumas diferenças bastante importantes que devem ser abordadas antes de um guia deste tipo poder ser compreendido e utilizado ao nível do país. Aliás, uma das primeiras etapas na introdução ou revitalização da estratégia ACD num determinado país deverá ser efectuar uma adaptação cuidadosa do Guia. Consulte o Capítulo 10 para mais informações.

2 A ESTRATÉGIA ALCANÇAR CADA DISTRITO

2.1 OBJECTIVO

Objectivo da estratégia ACD é melhorar a organização dos serviços de vacinação, maximizar o uso dos recursos disponíveis e garantir uma cobertura equitativa e sustentável, para todas as mulheres e crianças elegíveis. A estratégia ACD reforça os programas nacionais de vacinação, mas não os substitui.

2.2 ESTRATÉGIAS

A estratégia ACD centra-se nas etapas inerentes ao planeamento, gestão e monitorização dos serviços de saúde que, se forem executadas de forma adequada, irão melhorar a cobertura e o impacto da vacinação. O primeiro nível de implementação da ACD é o distrital (ou a unidade administrativa equivalente). Dar capacidade aos distritos para planearem, implementarem e monitorizarem os seus próprios serviços de vacinação é um objectivo importante da estratégia ACD. A ACD promove também as parcerias entre os distritos, profissionais de saúde e comunidades, para melhorar o acesso da população à utilização de serviços, e privilegia o uso continuado dos dados dos programas para monitorizar os progressos e resolver problemas.

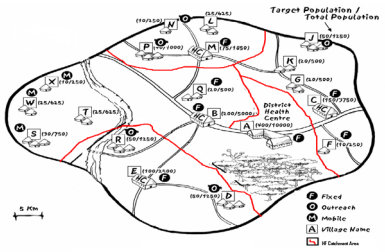
2.3 COMPONENTES

Para se melhorar a cobertura vacinal, é importante ter em conta cada uma das cinco componentes da estratégia ACD. Vários componentes contêm temas que se sobrepõem de forma intencional. As componentes são:

AS CINCO COMPONENTES DA ACD

1. **PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS —** melhor gestão dos recursos humanos e financeiros.
2. **ATINGIR ÀS POPULAÇÕES-ALVO —** melhorar o acesso de todos aos serviços de vacinação.
3. **LIGAR OS SERVIÇOS ÀS COMUNIDADES —** em parceria com as comunidades, para promover e prestar serviços.
4. **SUPERVISÃO DE APOIO —** Formação, retroinformação e acompanhamento regular com o pessoal de saúde.
5. **MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO —** utilizar ferramentas e fornecer retroinformação para a auto-avaliação e melhoramento contínuo.

Os capítulos que se seguem descrevem cada uma das cinco componentes, assim como os problemas operacionais transversais que terão de ser resolvidos para que a implementação da estratégia ACD seja bem sucedida. Consulte o Anexo 5 para uma referência rápida da ACD.

1. Planeamento e Gestão de Recursos (Humanos, materiais e financeiros)	**2. Chegar às Populações-Alvo**
Ao nível distrital e dos estabelecimentos de saúde, o planeamento deverá identificar quais os recursos necessários para chegar a todas as populações-alvo, para que possam ser bem geridos e mantidos. Um bom planeamento envolve: a) conhecer a área de captação do distrito/ estabelecimento de saúde (análise situacional); b) atribuir prioridades aos problemas e conceber micro-planos que abordem as principais lacunas; c) como parte do microplaneamento, elaborar um orçamento que contemple, de forma realista, os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis; e d) rever, actualizar e avaliar regularmente a orçamentação dos microplanos, para fazer face às necessidades de mudança.	"Chegar às populações-alvo" é um processo para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de vacinação e de outros serviços de saúde, de uma forma que tenha uma boa relação custo-eficácia, através de um misto de estratégias de prestação de serviços que vão ao encontro das necessidades das populações-alvo. 

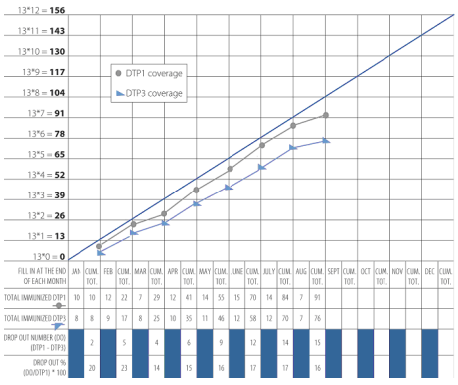
3. Ligar os Serviços às Comunidades

Esta componente da ACD incentiva o pessoal de saúde a associar-se às comunidades na gestão e implementação dos serviços de vacinação e de outros serviços de saúde. Através de reuniões periódicas, as equipas distritais de saúde e o pessoal dos estabelecimentos de saúde envolvem-se com as comunidades, para garantir que a vacinação e os demais serviços de saúde correspondem às suas necessidades.

4. Supervisão de Apoio (Formação, retroinformação e acompanhamento regular no terreno com o pessoal de saúde)

A supervisão de apoio centra-se na promoção de serviços de qualidade através da avaliação e reforço periódico das competências, atitudes e condições de trabalho dos prestadores de serviços. Inclui formação, retroinformação e acompan-hamento regular no terreno com o pessoal de saúde.

5. Monitorização para a Acção (Auto-monitorização, retroinformação e ferramentas)



As equipas distritais de saúde e o pessoal dos estabelecimentos de saúde precisam de um fluxo constante de informação que lhes indique se os serviços de saúde são de elevada qualidade e acessíveis à população-alvo, quem está a ser abrangido ou não, se os recursos estão a ser usados de forma eficaz, e se as estratégias estão a cumprir os objectivos. Monitorizar a informação sanitária envolve observar, recolher e analisar os dados dos programas. A “Monitorização para a Acção” vai um passo mais longe, não apenas analizando os dados, mas fazendo uso dos mesmos, a todos os níveis, para orientar o programa na medição dos progressos, identificação de áreas que necessitam de uma intervenção específica e a efectuar revisões práticas dos planos.

2.4 INTEGRAÇÃO E OUTROS FACTORES CONTEXTUAIS

INTEGRAÇÃO

Muitos países da Região Africana incentivam a "integração" dos serviços de saúde. Embora as definições variem de país para país, a integração significa normalmente que os serviços essenciais, incluindo a vacinação, são geridos e dispensados em conjunto. Os programas de vacinação autónomos podem também ser usados como plataformas para a prestação de outros serviços essenciais de saúde materno- infantil. Os serviços que são frequentemente prestados em conjunto, durante as sessões de vacinação, incluem a suplementação de vitamina A, prevenção do paludismo (por ex., distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida [MTI]), monitorização do crescimento, cuidados pré-natais e desparasitação.

Tanto os países com programas autónomos de vacinação como os países com programas integrados de Saúde Materno-Infantil (MCH), utilizaram a estratégia ACD com êxito. Com a adaptação, as cinco componentes e os problemas operacionais da ACD podem ser alargados para utilização em múltiplas intervenções. Por exemplo, as técnicas de microplaneamento podem ser usadas para identificar populações elegíveis, prever necessidades de materiais, afectar recursos humanos e desenvolver calendários de prestação de serviços e de supervisão, independentemente do pacote de intervenções. As técnicas de supervisão de apoio e monitorização para a acção podem ser alargadas para utilização em múltiplas intervenções.

A prestação de múltiplos serviços é mais complexa do que a prestação de apenas serviços de vacinação, mas pode também ter uma melhor relação custo-eficácia e ser mais sustentável ao longo do tempo. O financiamento e a gestão logística de diversos tipos de materiais serão, porventura, os maiores desafios. Em estabelecimentos com limitações em termos de pessoal de saúde, os gestores não devem descurar o potencial fardo sobre esses mesmos profissionais. A supervisão de apoio pode ser útil para preparar e apoiar os profissionais de saúde nas suas novas funções neste contexto. As outras formas em como a ACD pode ajudar no contexto da integração encontram-se indicadas na caixa em baixo.

DE QUE FORMA A ACD PODE SER USADA PARA ORGANIZAR E GERIR SERVIÇOS INTEGRADOS DE CSP

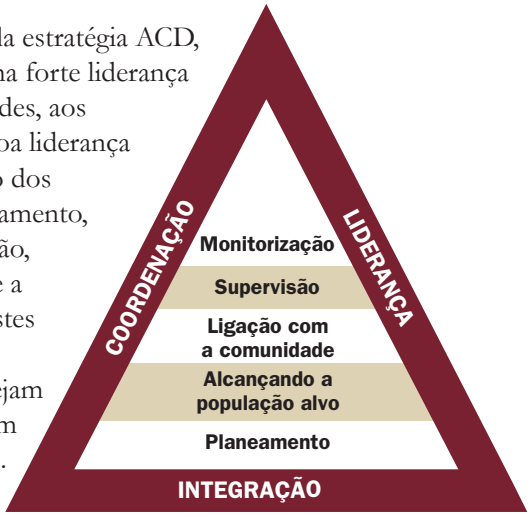
LOGÍSTICA – Utilize as ferramentas de microplaneamento da ACD e de gestão logística do PAV para calcular as necessidades em termos de materiais; consolide a cadeia existente de abastecimento do PAV para melhorar o aprovisionamento de outros materiais/consumíveis.

RECURSOS HUMANOS – Dispense formação para a ACD e use as técnicas de microplaneamento e monitorização para a acção, de modo a criar competências no pessoal de saúde ao nível distrital e dos estabelecimentos de saúde.

MICROPLANIFICAÇÃO – Procure visar populações elegíveis e carenciadas, e use em seguida estratégias complementares fixas, de assistência de proximidade e de intensificação periódica, para atingir os objectivos de vacinação e demais objectivos de CSP.

LIDERANÇA

Embora não seja uma parte explícita da estratégia ACD, o êxito desta estratégia depende de uma forte liderança e do envolvimento activo das autoridades, aos níveis nacional e sub-nacional. Uma boa liderança e governação aumentam a apropriação dos programas e o envolvimento no planeamento, mobilização de recursos e orçamentação, fomentando também a transparência e a responsabilização a todos os níveis. Estes são ingredientes importantes, caso se pretenda que os recursos escassos estejam disponíveis quando necessários, e sejam utilizados de maneira eficiente e eficaz.



COORDENAÇÃO

A colaboração e a coordenação são outros dos factores contextuais importantes que devem ser considerados quando se introduz a estratégia ACD. No seio dos Ministérios da Saúde, a colaboração entre os programas e as divisões (isto é, vacinação, paludismo, nutrição, saúde infantil, etc.) é extremamente importante, sobretudo se se pretender planear e dispensar múltiplos serviços de CSP em simultâneo. A forma como o sector da saúde trabalha com os outros sectores, tais como os da agricultura, educação, água e saneamento, entre outros, pode ser também importante, especialmente ao nível distrital. Por último, é necessária a existência de uma Comissão de Coordenação Interagências sólida para harmonizar os contributos do Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, doadores e organizações não governamentais (NGO) parceiras nas actividades de vacinação e relacionadas com a ACD.

3 PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS

O planeamento é uma função crucial de gestão, que ajuda a melhorar de forma sistemática a eficácia da estratégia RED, facultando as necessidades de identificação e de priorização do programa para melhorar o desempenho. O planeamento pode reforçar as parcerias entre os diferentes intervenientes, para facilitar a mobilização de recursos.

No contexto da prestação de serviços de saúde, o planeamento deverá ser integrado, tendo em consideração as intervenções essenciais de saúde, de acordo com as directrizes nacionais. O processo de planeamento ajuda a expor todos os problemas associados à prestação integrada de serviços, incluindo a vacinação, e a formular estratégias adequadas para os resolver.

3.1 QUESTÕES-CHAVE

O microplaneamento para a vacinação de rotina é uma das "melhores práticas" da estratégia ACD. Os microplanos foram introduzidos durante o planeamento de campanhas contra a poliomielite, mas a estratégia ACD popularizou o seu uso na vacinação de rotina. O processo de microplaneamento ajuda a expor problemas na prestação de serviços e serve como guia às equipas de gestão de saúde e aos gestores de estabelecimentos de saúde, na elaboração de estratégias adequadas à resolução desses problemas.

Dependendo das directrizes nacionais, o microplaneamento para a vacinação pode ser integrado nos planos de outros serviços de CSP, nomeadamente, suplementação de vitamina A, desparasitação, distribuição de MTI, cuidados pré-natais e monitorização do crescimento. Seja apenas para a vacinação ou para um pacote de serviços de CSP, os princípios e as etapas do microplaneamento são as mesmas.

O microplaneamento tem em conta a situação do distrito no seu todo, incluindo o desempenho anterior, a dimensão actual dos profissionais de saúde e as características das áreas de captação de todos os estabelecimentos de saúde. Os microplanos mais eficazes são formulados com o pessoal dos estabelecimentos de saúde e com o contributo dos representantes

das comunidades. Aliás, na maior parte dos casos, é preferível que sejam os estabelecimentos de saúde a formular os seus próprios microplanos, os quais serão posteriormente agregados num plano distrital. Da mesma forma, o microplano distrital deverá ser adequadamente orçado e incorporado num plano e num orçamento para o sector da saúde a nível provincial ou nacional.

Um "plano" genérico, formulado e divulgado a partir de um nível superior, para utilização dos níveis inferiores, abrangerá actividades genéricas mas não incluirá toda uma série de desafios mais específicos e complexos, que os distritos e os estabelecimentos de saúde enfrentam. Como os planos genéricos não são formulados de uma forma participativa, a falta de apropriação poderá também contribuir para que o pessoal de saúde não esteja esclarecido quanto aos pormenores ou não esteja empenhado na sua implementação.

Cada uma das outras componentes da ACD (chegar às populações-alvo, ligar os serviços à comunidade, supervisão de apoio e monitorização para a acção) e os problemas operacionais transversais resumidos mais à frente neste documento (logística, comunicação e coordenação), exigem atenção durante a fase de microplaneamento. Esta é uma das razões por que a componente de planeamento e gestão foi transferida da quinta para a primeira componente. Os leitores deverão ainda estar cientes de que muitos dos tópicos abrangidos no Capítulo 8: "Considerações Operacionais" estão estreitamente ligados a esta componente.

3.2 O PROCESSO DE MICROPLANEAMENTO

Um microplano bem formulado visa fazer chegar os serviços de vacinação a todas as populações-alvo, tendo igualmente em conta e incluindo acções para melhorar a qualidade desses mesmos serviços e, onde as taxas de abandono e de oportunidades perdidas são altas, propor medidas para reduzi-las. Os microplanos deverão propôr soluções realistas para os problemas cruciais e para os desafios que os gestores de programa encontram em distritos e estabelecimentos específicos.

Crédito de foto: Amos Bassi, *JSI*

No microplaneamento, as equipas de saúde usam uma estratégia de resolução de problemas que se foca em realizações anteriores, nos obstáculos actuais ao aumento da cobertura e da qualidade dos serviços, e nos recursos disponíveis (humanos, materiais, financeiros e de tempo). Dão também prioridade às actividades,

estabelecem metas realistas, com patamares atingíveis, abordam questões de sustentabilidade e incluem análises regulares da implementação e das realizações, para facilitar uma revisão em tempo oportuno. A componente "Chegar às Populações-Alvo" toma também em cosideração algumas das seguintes etapas do microplaneamento.

1ª ETAPA : PREPARAÇÃO

Antes de iniciar o processo de microplaneamento, os participantes deverão receber orientações sobre a estratégia ACD e a sua importância no aumento e manutenção da cobertura vacinal. Se for para integrar ou combinar os serviços, dever-se-à incluir uma descrição do pacote de serviços e uma acção de reciclagem, se necessário, para garantir que os planeadores estão actualizados em termos técnicos e de gestão para os requisitos de cada serviço.

O anexo 1 contém exemplos de muitas das fichas modelo de microplaneamento actualizadas para esta revisão do Guia. Estas e outras fichas estão incluídas nos módulos de Gestão Intermédia (MLM) e podem ser adaptadas/alargadas para utilização em outras intervenções essenciais de saúde, em cenários onde as políticas nacionais ou locais suportem a integração.

2ª ETAPA: ANÁLISE DE SITUAÇÃO E MAPEAMENTO

Utilize estas ferramentas do Anexo 1 para melhor compreender o panorama:

- Ferramenta 1a – Características sociodemográficas
- Ferramenta 1b – Um mapa detalhado do estabelecimento/ distrito de saúde

Antes de elaborarem o microplano, os planeadores deverão saber o mais possível acerca da população elegível, e sobre tendências de vacinação passadas. Dados populacionais, relatórios de programas de vacinação e mapas actualizados das áreas de captação, são pontos de partida do processo de microplaneamento.

Mapas detalhados dos distritos e das áreas de captação dos estabelecimentos de saúde deverão ser elaborados. Os mapas dos distritos deverão mostrar todos os estabelecimentos de saúde (públicos e privados), principais aglomerados populacionais, estradas, distâncias, rios, locais actuais de assistência de proximidade, etc. Os mapas dos estabelecimentos de saúde deverão conter os mesmos detalhes e também as delimitações da sua área de captação, a localização das áreas de difícil alcance ou as áreas com um elevado número de crianças não vacinadas, e ainda todas as principais barreiras à prestação de serviços (ou seja, cheias sazonais, montanhas, rios, etc.).

Os dados populacionais são normalmente fornecidos pelos departamentos de planeamento dos Ministérios da Saúde ou pelas autoridades locais, baseados nas estimativas de crescimento desde o último censo. Quando as estimativas da população não forem fiáveis (isto é, mais altas ou mais baixas do que na realidade), os responsáveis pelo planeamento utilizam muitas vezes "contagens de cabeças" informais ou os registos das Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) e de outras actividades tipo campanha, para melhorar estas estimativas antes de as incluir nos seus microplanos.

Análise dos dados de vacinação (e de outros dados de serviços de saúde quando o planeamento for integrado). Os dados dos últimos dois ou três anos deverão ser revistos durante a análise de situação. Como parte do microplaneamento distrital ou dos estabelecimentos de saúde, os gestores deverão rever e analisar os seguintes indicadores dos programas de vacinação:

- Taxas de cobertura vacinal (todos os antigénios).
- Taxas de abandono da DTP1-DTP3 e DTP1-Sarampo.
- Números de crianças não vacinadas por estabelecimento de saúde/comunidade.
- Estratégias de prestação de serviços e resultados: frequência de serviços fixos, assistência de proximidade, móveis e outros serviços de vacinação, e os resultados, quando comparados com as metas definidas.
- Indicatores de gestão: frequência de visitas de supervisão de apoio e reuniões de monitorização/revisão, presença de gráficos de monitorização actualizados nos estabelecimentos de saúde.
- Aprovisionamento de vacinas: frequência de ruptura de stocks de vacinas, excesso de stocks, taxas de desperdício de vacinas.
- Cadeia de frio e logística: estabelecimentos de saúde sem uma cadeia de frio adequada, ruptura de stocks de seringas, monitorização da temperatura, transporte de materiais, etc.
- Dados de vigilância: casos de doenças evitáveis pela vacinação, mortes, focos de epidemias.
- Envolvimento das comunidades: frequência das reuniões de avaliação com a comunidade, presença de acompanhamento de utentes remissos e dos recém-nascidos, tipos de materiais e actividades de educação sanitária, qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e as comunidades e famílias.
- E outras...

Sempre que a vacinação seja parte integrante do pacote de cuidados, a análise de situação deverá incluir uma revisão e uma análise de um conjunto de indicadores idêntico para todos os serviços de saúde.

3ª ETAPA: DEFINIR OBJECTIVOS E METAS ANUAIS

Utilize estas ferramentas do Anexo 1 para identificar problemas, procurar soluções e definir prioridades:

- Ferramenta 2a – Análise de situação, identificação de problemas e definição de prioridades
- Ferramenta 2b – Origem dos problemas e análise de soluções

Os objectivos e metas deverão ser associados às cinco operações de vacinação (aprovisionamento e qualidade das vacinas, logística, prestação de serviço, vigilância, advocacia e comunicação), seguidos dos três pilares que suportam estas componentes operacionais (gestão, financiamento e criação de capacidades). Os objectivos deverão ser SMART (Específicos, Mensuráveis, Alcançáveis, Realistas e Calendarizados).

4ª ETAPA: IDENTIFICAR ESTRATÉGIAS, DESENVOLVER ACTIVIDADES E HORIZONTES TEMPORAIS

Utilize esta ferramenta do Anexo 1 para melhor compreender a cobertura vacinal por estratégia:

- Ferramenta 3: Objectivos e metas da cobertura vacinal

As estratégias deverão descrever a forma como a vacinação e outros objectivos e metas serão alcançados. O desenvolvimento de estratégias exige um trabalho de equipa e envolve a análise de todas as possibilidades aplicáveis a cada objectivo.

5ª ETAPA: SELECCIONAR INDICADORES-CHAVE PARA MONITORIZAR E AVALIAR AS ACTIVIDADES

A monitorização exige uma recolha e análise regular de dados para verificar se as actividades estão a ser implementadas de acordo com os planos, e se os resultados estão ser alcançados. Os gestores seleccionam e usam indicadores para monitorizar e avaliar os progressos, revendo também os progressos em conjunto com as partes interessadas, e fornecem retroinformação através de reuniões regulares, que envolvem profissionais de saúde e membros das comunidades. O Capítulo 7: "Monitorização para a Acção" e o Anexo 2: Ferramenta de Monitorização da ACD, descrevem o processo de monitorização e avaliação. O Anexo 2 lista ainda os potenciais indicadores de base e indicadores complementares que podem ser considerados, adaptados às estratégias locais e incluídos nos microplanos.

6ª ETAPA: ESTIMAR AS NECESSIDADES EM TERMOS DE RECURSOS E PREPARAR UM ORÇAMENTO DETALHADO

Ao determinar quais os recursos necessários à implementação de um microplano de vacinação, é preciso dar uma resposta às seguintes perguntas:

- Quem irá executar as actividades de vacinação propostas?
- Que recursos serão necessários para executar as actividades propostas?
- Que recursos estão disponíveis para estas actividades e de onde provêm os mesmos?

Use estas ferramentas do Anexo 1 para as estimativas de aprovisionamento e orçamento de vacinas:

- **Ferramenta 4a – Estimativas de vacinas e outros materiais**
- **Ferramenta 4b – Estimativas de material de injecção**

O plano deverá especificar a quantidade de recursos (humanos, materiais, financeiros e de tempo) necessários para cada uma das actividades propostas, nomeadamente, as quantidades de vacinas e de outros materiais, incluindo material de gestão de resíduos, necessários para os serviços de vacinação. Outros itens importantes a custear nos microplanos de vacinação incluem: custos com o transporte regular para a recolha e entrega de vacinas e materiais; custo dos registos, registos de família, formulários e tabelas de monitorização da cobertura; custos com a participação dos profissionais de saúde nas reuniões de planeamento e avaliação, participação em actividades de vacinação móvel ou em clínicas integradas de saúde; custos asociados às reuniões com as comunidades, etc. (ver Anexo 1, Ferramenta 7).

Crédito de foto: *IMMUNIZATIONbasics*

Uma vez terminados os orçamentos, os responsáveis pelo planeamento constatam muitas vezes que os seus planos não são compatíveis com os recursos que têm ao seu dispor. Quando é este o caso, pode ser preciso rever o microplano para ajustá-lo aos recursos disponíveis. Embora não seja do âmbito deste Guia indicar estratégias para a mobilização de recursos, quando os mesmos são escassos, é por vezes necessário recorrer a angariações de fundos. Entre as abordagens comuns para aumentar os recursos disponíveis para os programas de vacinação citam-se: a advocacia para procurar apoio adicional junto dos governos e doadores, e as parcerias com líderes comunitários, ONG ou empresas do sector privado.

7ª ETAPA: UTILIZAR O MICROPLANO COMO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO; ACTUALIZÁ-LO COM FREQUÊNCIA

O microplano do distrito deverá fazer parte do plano distrital de saúde geral. Do mesmo modo, o microplano do estabelecimento de saúde deverá ser

integrado no plano geral do estabelecimento de saúde e ambos deverão ser usados como ferramentas de advocacia, para obter apoio dos governos locais, de outras agências governamentais, ONG parceiras e demais partes interessadas.

Os microplanos são documentos dinâmicos que requerem uma revisão e uma actualização regulares para reflectirem as mudança no ambiente. Por exemplo, a incapacidade de atingir uma meta trimestral pode exigir que se repense a estratégia e se reveja o microplano. Alterações inesperadas na conjuntura política ou financeira, problemas logísticos, novas iniciativas nacionais de saúde que ocupam o pessoal por mais tempo, agitação civil e outros acontecimentos catastróficos que provocam mudanças na população, tudo isto tem implicações para a organização dos programas de vacinação e de outros serviços de CSP, e deve ser tido em consideração quando se actualizam os microplanos.

3.3 GESTÃO DOS RECURSOS

A gestão dos serviços de vacinação e de outros serviços de CSP exige recursos humanos, financeiros e materiais. As exigências financeiras são muitas vezes mencionadas, mas na realidade podem ser difíceis de cumprir. Isto é particularmente evidente quando existem necessidades concorrentes e o financiamento é imprevisível. No entanto, em situações em que existem recursos "adequados", garantir que esses recursos chegam onde são necessários constitui uma parte importante da função de gestão.

A avaliação[1] de 2007 da ACD, realizada em nove países da Região Africana, não produziu dados suficientes para determinar qual o total necessário do pacote de verbas para a vacinação de rotina (VR) ou para a ACD. Não obstante, a avaliação revelou que os orçamentos governamentais, sobretudo ao nível distrital, estão a abranger muitos dos custos recorrentes da estratégia ACD, e que o financiamento dos ISS da GAVI tem sido uma nova e importante fonte de fundos para o reforço dos programas nacionais de vacinação em geral.

Os gestores distritais de saúde têm de ser capazes de atribuir prioridade às muitas actividades que são da sua responsabilidade. Têm igualmente de estar preparados para afectar o pessoal, os materiais e os fundos disponíveis, para corresponder às necessidades de saúde mais prementes das populações que deles beneficiam. Os parágrafos seguintes tocam muito sucintamente nalgumas das considerações relativas à afectação de recursos humanos, financeiros e materiais.

O QUE TER EM CONSIDERAÇÃO NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

- Orientação, criação de capacidade de gestão e formação do pessoal em vacinação e outras intervenções essenciais integradas de saúde, e a sua colocação no terreno.
- Formação pré-serviço, reciclagem/no serviço, fazendo uso da supervisão de apoio, e criação de capacidades como parte da monitorização.

[1] http://www.afro.who.int/ddc/vpd/routine/red-2007.pdf

- Motivação do pessoal:
  - Supervisão de apoio.
  - Reconhecimento do desempenho.
  - Gestão da colocação do pessoal, incluindo o planeamento para a formação de novos funcionários (por ex., pré-serviço, reciclagem em serviço, e outros tipos de formação, tendo em conta os aspectos da integração).
  - Incentivos financeiros e não financeiros.

O QUE TER EM CONSIDERAÇÃO NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

- Rever os recursos financeiros disponíveis (por fonte) e identificar as lacunas de financiamento.
- Determinar como utilizar os mecanismos de coordenação existentes, ao nível distrital, para angariar fundos adicionais.
- Explorar a agregação de recursos de diferentes áreas para aproveitar a integração (por ex., o transporte partilhado com diferentes programas ou um pacote mínimo para assistência de proximidade e/ou serviço móvel, que inclua suplementação de vitamina A, distribuição de MTI, etc.), sem comprometer a qualidade dos serviços.
- Determinar a forma como as actividades podem ser realizadas em conjunto para evitar a duplicação, quando envolvem a mesma pessoa e o mesmo horizonte temporal.

O QUE TER EM CONSIDERAÇÃO NA GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS

- O nível da procura por intervenções integradas de saúde, incluindo serviços de vacinação.
- As lacunas em termos de infra-estrutura e equipamento.

Para mais detalhes, ver a Secção 8.1 sobre Logística.

INDICADORES DE BASE PARA O "PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS"

Adapte e use os seguintes indicadores de processo — retirados da Ferramenta de Monitorização da ACD — para monitorizar o "planeamento e gestão de recursos" nos distritos e nos estabelecimentos de saúde.

- % de **DISTRITOS** com microplanos de VR, actualizados pelo menos **(de 6 em 6 meses)**
- % de **DISTRITOS** com ruptura de stock de antigénios na unidade de armazenamento durante o último **(mês)**
- % de **DISTRITOS** com ruptura de stock de seringas auto-bloqueadoras na unidade de armazenamento durante o último **(mês)**
- % de **DISTRITOS** com pelo menos um funcionário formado em VR no decurso do **(ano)** anterior
- % do total de fundos de saúde desembolsados para actividades de VR durante o último **(trimestre)** ao nível **DISTRITAL**
- % **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** com microplanos de VR actualizados pelo menos **(trimestralmente)**
- % de **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** com ruptura de stock de antigénios durante o último **(mês)**
- % de **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** com ruptura de stock de seringas auto-bloqueadoras (AD) durante o último **(mês)**
- % de **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** com pelo menos um funcionário formado em VR no decurso do **(ano)** anterior

Pretende-se que estes indicadores de base sirvam para relembrar as equipas distritais e as dos estabelecimentos de saúde (e informar os níveis superiores do sistema de saúde) sobre a importância de se utilizarem dados referentes a um local específico para efectuar ajustamentos oportunos nos serviços de vacinação e noutros serviços de CSP. Estes dados medem o nível do esforço que os distritos e os estabelecimentos de saúde estão a envidar no planeamento, gestão das vacinas, segurança das injecções, criação de capacidades e financiamento.

Em virtude desta componente ser tão vasta, os supervisores poderão também considerar incorporar indicadores "suplementares" adicionais da Ferramenta de Monitorização da ACD, que podem reflectir, de forma mais exacta, as áreas técnicas fundamentais que o seu país possa querer monitorizar e agir sobre as mesmas. (para mais detalhes, consultar o Anexo 2).

3.4 RECURSOS

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 1. A problem-solving approach to immunisation serviços management. March 2004 – Draft 2.
http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%201.pdf

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 4. Planning immunisation activities at national, provincial and district levels. March 2004 – Draft 2.
http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%204.pdf

Immunization in Practice. Module 5. Planning immunization sessions to reach every infant. WHO/IVB, World Health Organization, Geneva, January 2004.
http://www.who.int/vaccines-documents/DoxTrng/h4iip.htm

4 CHEGAR ÀS POPULAÇÕES-ALVO

"Chegar às populações-alvo" constitui um processo para melhorar o acesso e a utilização de serviços de vacinação e outros serviços de saúde, de uma forma que apresente uma boa relação custo-eficácia, através da atribuição de prioridades a um misto de estratégias de prestação de serviços que satisfaça as necessidades das populações-alvo (mulheres e crianças).

4.1 QUESTÕES-CHAVE

Para se alcançar e manter níveis elevados de cobertura nas populações-alvo, as estratégias de prestação de serviços a serem usadas deverão ser adequadas e corresponder às necessidades dessas mesmas populações. Para formular a combinação certa de estratégias, as autoridades de saúde têm de identificar onde se encontram os grupos elegíveis, incluindo aqueles que são difíceis de alcançar; o número de grupos elegíveis por localização; as razões (caso existam) pelas quais estes grupos são carenciados ou por que não utilizam suficientemente os serviços; e de que formas se pode chegar a estes grupos. Identificar e compreender estes factores é essencial para aumentar o acesso e reduzir as taxas de abandono e as oportunidades perdidas.

No passado, esta componene da ACD foi designada "reestabelecer os serviços de assistência de proximidade." Foi agora rebaptizada para realçar que poderá ser necessário um misto de serviços fixos e de assistência de proximidade[2], assim como de actividades móveis ou em forma de campanhas esporádicas (por vezes chamadas de "intensificação periódica da vacinação de rotina"). Esta componente sobrepõe-se a outras componentes da ACD, sobretudo às do planeamento e gestão de recursos, monitorização para a acção e à da ligação às comunidades.

Para chegar às populações-alvo as autoridades de saúde deverão considerar o seguinte:

- Quais são as características e necessidades das diferentes populações-alvo do distrito ou da área de captação dos estabelecimentos de saúde?
- Qual é a combinação adequada de serviços fixos e de assistência avançada necessária para chegar às populações-alvo e minimizar os

[2] **"Serviço fixo" diz respeito aos serviços oferecidos nos estabelecimentos de saúde. "Assistência avançada" diz respeito aos serviços na comunidade, que os profissionais de saúde podem efectuar durante o dia de trabalho e regressar a casa. "Serviços movéis" são aqueles que requerem mais de um dia de viagem; as equipas móveis passam normalmente vários dias em visita a um circuito de zonas remotas.**

obstáculos à vacinação, dados as limitações em termos de recursos financeiros, humanos e materiais? Serão precisas outras estratégias igualmente exigentes em termos de recursos, tais como campanhas móveis ou periódicas?

- Que medidas são necessárias para garantir que a qualidade dos serviços é suficientemente elevada, para que as populações-alvo possam delas fazer pleno uso? Que outros serviços deverão ser oferecidos juntamente com a vacinação?
- Que abordagens inovadoras e de resolução de problemas poderão ser usadas para chegar aos excluídosdos, aos remissos e aos indivíduos que abandonam as actividades, sobretudo no seio das populações carentes ou às quais é difícil chegar?

Uma inovação e uma "melhor prática" da ACD tem sido a atribuição de prioridade aos distritos para a introdução da estratégia, com base nos valores absolutos de crianças não vacinadas em relação a outros distritos. Para uma descrição pormenorizada dos critérios usados na atribuição de prioridade aos distritos para a ACD, consulte o Anexo 4.

4.2 PROCESSO PARA CHEGAR ÀS POPULAÇÕES-ALVO

Chegar às populações-alvo através de um conjunto de estratégia de prestação de serviços envolve um processo meticuloso. Este processo deverá incluir a identificação de características e necessidades das populações-alvo, as formas como se poderá chegar até estas populações, com a vacinação e com outras intervenções essenciais de saúde, e as necessidades em matéria de recursos. Como parte do processo de microplaneamento descrito na secção anterior (com fichas no Anexo 1), os seguintes passos poderão ser úteis:

1ª ETAPA: MAPEAR O DISTRITO E REVER OS DADOS DISPONÍVEIS

- Elabore um mapa das localizações dos diversos estabelecimentos de saúde e das populações-alvo (grandes e pequenas).
- Defina ou actualize a área de captação de cada estabelecimento de saúde, com base na localização e noutras aspectos, como os obstáculos físicos ou culturais que as populações-alvo enfrentam.
- Reveja os números da cobertura vacinal para determinar quais são os problemas com:
  - Baixa cobertura de DTP1, o que indica populações excluídas ou com baixo acesso aos serviços.
  - Baixa cobertura de DTP3 e taxa elevada de abandono da DTP1-DTP3 (>10%), o que indica indivíduos remissos e problemas com a qualidade ou fiabilidade dos serviços.
- Revisão da informação proveniente de outras fontes, de modo a obter informação adicional sobre populações-alvo com baixa cobertura vacinal, nomeadamente, JNVs ou JSVs (Jornadas Nacionais e Subnacionais de Vacinação) recentes, campanhas de recuperação, jornadas ou semanas de saúde infantil, relatórios de projectos especiais, ONG, etc.

2ª ETAPA: DEFINIR AS ESTRATÉGIAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- Avalie, em termos gerais, quais as populações que podem ser alcançadas com serviços fixos e quais as que requerem serviços avançados. Em zonas rurais, os serviços de assistência avançada são muitas vezes prestados a populações que se encontram localizadas 5 a 15 km dos estabelecimentos de saúde. Nas zonas urbanas, estes serviços são muitas vezes dispensados em localizações bastante frequentadas na comunidade e que são de fácil acesso para as populações-alvo, tais como mercados, centros comunitários e escolas. Embora os cálculos destas estimativas sejam em grande parte da responsabilidade do estabelecimento de saúde, devido às implicações orçamentais, os distritos terão de ter uma ideia das estimativas para todos os estabelecimentos de saúde nas suas áreas de captação.

Crédito de foto: Arturo Sanabria, *JSI*

- Determine se algumas populações podem apenas ser alcançadas através de serviços móveis. Os serviços móveis exigem recursos suplementares ao nível distrital ou regional, incluindo equipas de vacinação, combustível e veículos dedicados, e preparação logística especial.
- Clarifique se existem quaisquer actividades tipo campanha planeadas para o ano, tais como jornadas ou semanas de saúde infantil, e avalie de que forma estas podem contribuir para atingir as metas para a cobertura vacinal de rotina, e planeie as actividades com essas metas em mente.

3ª ETAPA: DESENVOLVER MICROPLANOS INDIVIDUAIS COM OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

- Reveja a cobertura vacinal dos últimos anos para compreender se existem problemas negligenciados (baixa cobertura de DTP1), abandono (taxas elevadas de abandono de DTP1-3), e variações sazonais.
- Identifique populações-alvo na área de captação do estabelecimento de saúde que não estejam abrangidas. Para tal, poderá ser necessário actualizar o mapa de captação do estabelecimento de saúde.
- Relativamente aos grupos carenciados, identifique as razões da baixa utilização dos serviços e determine se isto se deve a problemas com a oferta ou com a procura.
- Reúna-se com os líderes comunitários desses grupos, para melhor compreender os obstáculos que enfrentam e elabore estratégias para

chegar até eles. Tal poderá incluir alterações no calendário dos serviços fixos, definir horários e locais para a assistência avançada ou tomar medidas específicas para melhorar a qualidade dos serviços.

- Tenha em consideração questões particulares, tais como dispensar assistência avançada adicional antes do início da estação das chuvas ou da época das colheitas, ou ainda situar estes serviços em zonas convenientes e de grande movimento, como os mercados.
- Com base no exposto, determine o número e a frequência de sessões de vacinação para cada estratégia e elabore um calendário para as mesmas. Tenha em mente que, em virtude dos serviços avançados tirarem o pessoal dos estabelecimentos de saúde, os serviços fixos nos mesmos poderão ter de ser disponibilizados com menor frequência. Considere também a frequência da assistência avançada a dispensar num dado local. Ainda que tenha de haver no mínimo um mês entre as sessões avançadas, se esse intervalo for aumentado para dois meses, irá permitir aos estabelecimentos de saúde prestarem mais serviços deste tipo em mais locais.
- Elabore um orçamento dos requisitos em termos de recursos para o calendário das sessões avançadas e fixas, incluindo os requisitos em termos de recursos humanos e de transporte. Se este conjunto de serviços for muito dispendioso ou não for viável, modifique-o para o tornar mais realista.

4ª ETAPA: IMPLEMENTAR E MONITORIZAR

- Estabeleça coordenação com os líderes comunitários para preparar as sessões de assistência de proximidade, o que inclui informar claramente as comunidades sobre quando e onde estas sessões irão decorrer, e discutir de que forma a comunidade poderá dar o seu contributo.
- Realize sessões de vacinação conforme o planeado e monitorize a cobertura.

Verifique se as sessões de vacinação estão a ser realizadas de acordo com o planeado.

GARANTIR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DURANTE UMA SESSÃO DE VACINAÇÃO

Para os serviços serem eficazes, seguros e atractivos para os utentes, é essencial:

- Providenciar a quantidade certa de vacinas e de outros materiais.
- Conservar as vacinas sempre à temperatura adequada: durante o armazenamento, transporte e sessões de vacinação.
- Garantir a segurança da vacinação, incluindo a reconstituição das vacinas, a administração das vacinas em geral, o descartar das vacinas reconstituídas no espaço máximo de seis horas, e a gestão dos detritos.
- Anotar correctamente as doses administradas em folhas de registo.
- Fornecer informação essencial aos utentes: data, hora e local da próxima vacinação, número de visitas posteriores necessárias para a criança ou mulher,

4.3 OPORTUNIDADES PARA INTEGRAÇÃO

Os serviços de vacinação apresentam uma excelente oportunidade para abordar as necessidades de saúde das crianças e de quem zela por elas, particularmente durante as sessões de vacinação avançadas e móveis, uma vez que as populações que participam nestas sessões têm um acesso bastante limitado aos serviços de saúde fixos.

Muitas actividades tipo campanhas de jornadas de saúde infantil dispensam actualmente outros serviços de saúde em complemento da vacinação. A integração de serviços também ocorre com regularidade em muitos estabelecimentos de saúde e em sessões avançadas. Alguns aspectos a ter em conta quando se procuram oportunidades para aliar a vacinação a outros serviços de saúde encontram-se ilustrados no quadro seguinte.

CRITÉRIOS A CONSIDERAR PARA ASSOCIAR A VACINAÇÃO A OUTRAS INTERVENÇÕES

Relacionados com a intervenção	Relacionados com o contexto do sistema de saúde
Uma intervenção ou serviço de saúde é uma boa oportunidade com potencial para ser combinado com a vacinação de rotina, caso... • Tenha um grupo-alvo ou uma idade-alvo idênticas • Requeira a mesma calendarização ou frequência • Tenha requisitos logísticos semelhantes • Tenha um nível de aceitação idêntico entre os doentes, comunidades e profissionais de saúde • Requeira um nível de competências idêntico por parte dos profissionais de saúde	Existem outras intervenções ou serviços de saúde com boas hipóteses de serem bem sucedidos se forem combinados com a vacinação, caso... • Exista vontade política para promover a integração e a coordenação entre os gestores de programa • As políticas nacionais suportem ambas as intervenções • Seja garantido apoio financeiro a cada intervenção • As estruturas de cuidados de saúde primários existentes suportem a prestação de ambas as intervenções • A responsabilidade pelo apoio e monitorização de cada intervenção esteja claramente definida entre os programas • Os profissionais de saúde sejam "multi-funções", não apenas designados para uma única intervenção • A combinação de intervenções não perturbe o funcionamento ou crie um fardo irrealista à prestação de serviços

4.4 INTENSIFICAÇÃO PERIÓDICA DA VACINAÇÃO DE ROTINA

Muitos países adoptaram abordagens para intensificar a prestação de serviços de vacinação e outros serviços de saúde através de campanhas ocasionais. Estas actividades têm nomes diferentes dependendo do país, designadamente, Jornadas/Semanas de Saúde Infantil, Serviços Sustentados ou Melhorados de Assistência Avançada (SOS/EOS), Jornadas Suplementares de Vacinação, etc. Em geral, são chamadas de "intensificação periódica da vacinação de rotina". Ainda que sejam bastante diferentes de país para país, algumas das características comuns incluem:

- As doses de vacinação administradas são normalmente consideradas de rotina, não são reforços (como acontece com as JNVs ou JSVs).
- São prestados outros serviços, principalmente vitamina A, desparasitação e distribuição de MTI.
- Em muitos países, estas actividades realizam-se pelo menos duas vezes por ano.
- Para as comunidades e líderes politicos, estas actividades aumentam a visibilidade e a importância da vacinação e de outros serviços essenciais de saúde.
- Apresentam uma oportunidade para reforçar, junto das comunidades, a necessidade da vacinação de rotina para completar o calendário de vacinação.

INDICADORES DE BASE PARA "CHEGAR ÀS POPULAÇÕES–ALVO"

Adapte e use os seguintes indicadores de processo — retirados da Ferramenta de Monitorização da ACD — para monitorizar a componente "chegar às populações-alvo" nos estabelecimentos de saúde. A melhor forma de monitorizar esta componente é medir simplesmente a cobertura de vacinação nos níveis descentralizados (distrito e estabelecimento de saúde) [ver também a componente "Monitorização para a Acção"].

> % de sessões avançadas realizadas em relação às planeadas pelos **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** num dado **(mês*)**.

Este indicador de base serve para relembrar as equipas distritais de saúde e os estabelecimentos de saúde (e informar os níveis superiores do sistema de saúde) para que monitorizem e dêem prioridade aos recursos com base na cobertura vacinal por tipo de estratégia (fixa, avançada, móvel). Os indicadores de base ilustram o quão eficazmente os planos estão a ser executados, mas não abordam as lacunas em chegar às populações elegíveis por tipo de estratégia. De modo a conseguir isto, o país necessita de começar a registar e a notificar os dados de acordo com a estratégia de prestação de serviços.

Os indicadores complementares da Ferramenta de Monitorização da ACD (Anexo 2) oferecem ideias adicionais sobre como acompanhar os dados da cobertura por tipo de estratégia.

** frequência baseada nas normas nacionais*

4.5 RECURSOS

Recursos Técnicos

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 5. Increasing Immunisation Coverage. March 2004 – Draft2.
http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%205.pdf

Increasing immunization coverage at the health facility level. WHO/V&B/02.27, World Health Organization, Geneva, December 2002
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

Immunization Essentials: a Practical Field Guide. Chapter 3. Delivery of Immunization Serviços, pp. 43-59.
http://www.phnip.com/portfolio/pub_examples/immunizationessentials.pdf

Exemplo de País

Guidelines for Mobile Brigades (Mozambique MOH, Project HOPE, CHANGE Project), 2005.
http://www.immunizationbasics.jsi.com/Resources_Immunization.htm#Outreach

5 LIGAR OS SERVIÇOS À COMUNIDADE

As equipas distritais e o pessoal dos estabelecimentos de saúde envolvem as comunidades para garantir que a vacinação e outros serviços de saúde estão a satisfazer as suas necessidades. Esta componente da ACD incentiva o pessoal de saúde a associar-se às comunidades na gestão e implementação dos serviços de vacinação e de outros serviços de saúde — e, dessa forma, a fomentar a procura pelos serviços e a confiança da comunidade na segurança, eficácia e fiabilidade desses mesmos serviços.

5.1 QUESTÕES-CHAVE

Normalmente, quando se pensa numa comunidade, pensa-se num grupo de pessoas que vive na mesma área geográfica. Sendo isto verdade, também é certo que as pessoas que se identificam fortemente com a mesma religião, partido político ou situação económica, podem igualmente ser consideradas como uma "comunidade", no que diz respeito à vacinação e a outros serviços de CSP.

Para se conseguir chegar a todas as mulheres e crianças elegíveis, é necessário envolver os líderes comunitários e os grupos de base comunitária de diferentes tipos no planeamento, organização e na fomentação da procura pelos serviços de vacinação. As parcerias eficazes entre os profissionais de saúde e as comunidades são particularmente importantes, para chegar às populações que são difíceis de alcançar e reduzir os casos de exclusão e de abandono da vacinação.

O papel da comunidade no "aumento da procura" pela vacinação é muitas vezes apontado como uma finalidade do envolvimento comunitário. No entanto, a falta de motivação ou de vontade em ser vacinado pode ser apenas uma das várias razões pelas quais as mulheres e as crianças não são totalmente vacinadas. Aliás, as investigações revelam que quando os serviços se encontram disponíveis em locais convenientes e em tempo oportuno, e a prestação de serviços é de boa qualidade, a maioria das mães ou quem cuida das crianças deseja de facto vacinar as suas crianças.

Compreender as razões da baixa cobertura vacinal torna-se muito mais fácil quando o pessoal das equipas distritais ou dos estabelecimentos de saúde cria laços de relacionamento com a comunidade e envolve os seus membros nos serviços de planeamento, promoção da implementação e monitorização. A comunidade tem um papel importante a desempenhar para informar as mães ou quem cuida das crianças a respeito dos benefícios da vacinação e da disponibilidade de serviços de vacinação.

5.2 CONSTRUIR PARCERIAS EFICAZES COM AS COMUNIDADES

Para estabelecer parcerias eficazes com as comunidade, as **equipas de saúde** têm de receber formação e ser capazes de:

- Identificar as organizações de base comunitária, os líderes comunitários (políticos, religiosos e de outra natureza) e outros residentes com um papel a desempenhar na melhoria dos serviços de vacinação e demais serviços de CSP.
- Informar a respeito dos perigos das doenças evitáveis pela vacinação e a disponibilidade de serviços de vacinação e de outros serviços de CSP para estes grupos.
- Motivar os grupos comunitários a desempenharem um papel activo e garantirem a sua apropriação, através do envolvimento nas actividades de planeamento, fomentação da procura e realização de sessões de vacinação.
- Advogar juntos dos líderes comunitários pelo aumento do seu apoio para a vacinação e outros serviços de CSP.
- Formar e reciclar o pessoal dos estabelecimentos de saúde e os educadores comunitários, para transmitirem correctamente a informação e motivarem as comunidades.
- Elaborar acordos entre as comunidades e o pessoal de saúde, delineando a sua colaboração e responsabilidades mútuas.
- Manter os líderes comunitários informados sobre o seu estado de vacinação e sobre outros indicadores de CSP.
- Monitorizar e reconhecer o contributo das comunidades para a melhoria dos serviços.
- Notificar doenças evitáveis pela vacinação ou a ocorrência de reacções adversas após a vacinação.

5.3 SERVIÇOS BENÉFICOS ÀS COMUNIDADES

O contributo das comunidades é muitas vezes necessário para tornar os serviços mais fáceis de utilizar. As medidas a tomar para tornar os serviços mais acessíveis e aceitáveis para todos os membros da comunidade poderão incluir:

1. Conhecer a população — Porque estão aqui? O que fazem? Onde estão os grupos aos quais é difícil chegar? Quem são essas pessoas? Quem são os seus líderes? Quem é que eles ouvem quando se trata de questões de saúde?
2. Solicitar o contributo da comunidade para definir locais e calendários de vacinação. Como se indica na componente "Chegar às Populações-Alvo", tal poderá envolver reuniões com os líderes comunitários, para melhor compreender os obstáculos que enfrentam e elaborar estratégias para chegar a essas pessoas.
3. Trabalhar em conjunto para decidir quando e onde terão lugar as actividades de assistência de proximidade e discutir as formas como a comunidade poderá contribuir, o que poderá envolver a oferta de vacinação e outros serviços de CSP em alturas que sejam convenientes para a população como, por exemplo:
    - Sessões de vacinação à noite, em dias de mercado ou num sábado ou domingo por mês, de modo a garantir que os pais que trabalham podem trazer as crianças a essas sessões.
    - Em zonas onde as mães ou que zela pelas crianças estão ocupadas nos campos ou a vender nos mercados durante a manhã, uma outra estratégia poderá passar por mudar o horário dos serviços, de manhã cedo para o fim da tarde.

Mesmo quando não é possível acomodar as necessidades de todos os membros da comunidade através dos ajustes nos horários e na calendarização, o pessoal de saúde poderá descobrir preferências comuns através da realização de reuniões, entrevistas e grupos de discussão com os membros da comunidade, o que ajudará a elaborar horários que satisfaçam as necessidades da maioria dos residentes da comunidade.

5.4 ENVOLVER AS COMUNIDADES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

As comunidades podem auxiliar as sessões de vacinação e outros serviços de CSP de diversas formas. Em muitos países, os membros das comunidades estão envolvidos em:

- Motivar outras pessoas a usar os serviços de vacinação e outros serviços de CSP.
- Providenciar um local limpo para a assistência de proximidade (escola, centro comunitário, etc.).
- Transportar vacinas e profissionais de saúde, sobretudo para as sessões de assistência de proximidade.
- Informar outros membros da comunidade quando o profissional ou as equipas de saúde chegam ao local de assistência de proximidade.
- Registar doentes, controlar as multidões e em tornar as áreas de espera mais confortáveis no dia da sessão fixa ou de assistência

de proximidade (providenciando zonas resguardadas à sombra, lugares sentados e organizando o espaço disponível).

- Fornecer mensagens adequadas de educação sanitária e dissipar boatos sobre a vacinação.
- Auxiliar no acompanhamento dos recém-nascidos e dos remissos.
- Planear visitas ao domicílio quando as crianças têm vacinas em atraso, para explicar o processo de vacinação e motivar quem cuida das crianças.
- Aprovisionamento de equipamento e até mesmo apoio financeiro

5.5 O PAPEL DA COMUNICAÇÃO

Estudo após estudo revela que os profissionais de saúde são a principal fonte de informação sanitária na maiora das comunidades. Poderá ser necessária uma comunicação mais eficaz entre os profissionais de saúde e as comunidades, por forma a melhorar a qualidade e a utilização da vacinação e de outros serviços de CSP.

Uma comunicação para a saúde eficaz significa escutar, compreender, encorajar e trabalhar com os indivíduos e comunidades, para melhorar a saúde e os serviços que estão ao seu dispor. Dar informação às pessoas, sem que haja uma troca entre emissor e receptor, simplesmente não é suficiente.

Os profissionais de saúde, pais e a comunidade devem estar elucidados para:

- Que vacinas vão ser administradas e para que fim (por ex., a vacina tríplice - DTP – protege os bebés contra a difteria, tétano e tosse convulsa) — tendo presente que poderá não haver necessariamente uma correlação entre o conhecimento dos pais em relação às doenças contra as quais as vacinas oferecem protecção e o facto de os pais vacinarem as crianças.
- Os possíveis efeitos secundários de cada vacina e a forma de lidar com os mesmos, caso ocorram.
- A data, local e hora da próxima vacinação.
- Que mesmo as crianças doentes devem ser trazidas à vacinação.
- O total de visitas para completar o calendário de vacinação.
- Que apenas as crianças que recebem a vacinação completa estão protegidas o melhor possível contra as doenças evitáveis pela vacinação.
- A importância de guardar os boletins de vacinas num local seguro e trazê-los sempre quando se for à clínica para a vacinação.

De forma a melhorar a compreensão e a utilização dos serviços, os distritos deverão incluir actividades estratégicas de comunicação e advocacia nos seus planos e orçamentos anuais. Deverão também formar e reciclar os profissionais de saúde, para melhorar a sua comunicação interpessoal e as técnicas de

estabelecimento de parcerias com a comunidade. Ao nível distrital, os gestores desempenham um papel importante de advocacia e de retroinformação, ao informarem os líderes e as organizações distritais de forma regular sobre o desempenho dos programas de vacinação.

Crédito de foto: Harvey Nelson, *A cortesia de Photoshare*

As comunidades podem ajudar a planear, implementar e monitorizar os serviços de vacinação e outros serviços de CSP. Quando o pessoal de saúde troca ideias com as comunidades em matéria de locais e calendarização, é frequente as sessões de vacinação tornarem-se mais convenientes para os utentes a quem estas se destinam. Quando o pessoal de saúde dá informação e retroinformação às comunidades sobre cobertura e surtos de doenças, e solicitam o contributo da comunidade na resolução dos problemas, as comunidades sentem um maior nível de apropriação dos seus serviços de saúde, o que por si só fará aumentar a sua utilização. Para trabalharem mais eficazmente com as comunidades, os gestores e os profissionais de saúde terão de compreender a dinâmica da comunidade, possuir forte capacidade de comunicação e ser capazes de reconhecer o papel que os parceiros comunitários podem e devem desempenhar na melhoria dos serviços.

INDICADORES DE BASE PARA "LIGAR OS SERVIÇOS À COMUNIDADE"

Adapte e use os seguintes indicadores de processo — retirados da Ferramenta de Monitorização da ACD (Anexo 2) — para monitorizar as "ligações comunitárias" nos distritos e estabelecimentos de saúde.

- % de **DISTRITOS** que realizam pelo menos **(uma)** reunião por **(trimestre)**, em que a vacinação e outros serviços de CSP são discutidos com os líderes de organizações de base comunitária, autoridades locais, líderes religiosos, etc.
- % de **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** que realizam pelo menos **(uma)** reunião por **(trimestre)**, em que a vacinação e outros serviços de CSP são discutidos com os líderes de organizações de base comunitária, autoridades locais, congregações religiosas, etc.

Estes indicadores de base servirão para relembrar os estabelecimentos de saúde e as equipas distritais de saúde (e informar os níveis superiores do sistema de saúde) de que é importante envolver as comunidades nas actividades de vacinação e noutros serviços de CSP.

Além de determinar se as reuniões com as comunidades estão a ser realizadas ou não, os supervisores quererão saber também quem participa nessas reuniões, a qualidade do fluxo de informação e a que nível as comunidades estão a trabalhar com os estabelecimentos de saúde, de modo a melhorar os serviços.

5.6 RECURSOS

Recursos Técnicos

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 3. Communication for immunisation programs. March 2004 – Draft2. *http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%203.pdf*

Immunization in Practice. Module 8. Building Community Support for Immunization. WHO/IVB, World Health Organization, Geneva, January 2004. *http://www.who.int/vaccines-documents/DoxTrng/h4iip.htm*

Partnering with Communities: Training for Mid-level Managers (MLM), Module 2. WHO/IVB/02.08. World Health Organization, Geneva, 2008.

Strengthening Immunization Programmes: The Communication Component. BASICS II/USAID. Arlington, Virginia, USA, May 2004. *http://www.basics.org/documents/pdf/Immunization%20CBC%20document.pdf*

Exemplos de País

Bringing Immunization Serviços Closer to Communities: The Reaching Every District Experience in Ghana. WHO/Ghana. March 2005. *http://www.who.int/countries/gha/publications/ACD_approach_in_Ghana.pdf*

Community Problem Solving and Immunization Strategy Development – Linking Health Workers with Communities. UNEPI Ministry of Health of the Republic of Uganda, Kampala, Uganda, August 2003. *http://www.basics.org/documents/pdf/Community_Problem_Solving_Uganda.pdf* *http://www.basics.org/documents/pdf/Facilitators_Guide_Consultation%201.pdf* *http://www.basics.org/documents/pdf/Facilitators_Guide_Consultation%202.pdf*

6 SUPERVISÃO DE APOIO

A supervisão de apoio, componente essencial da estratégia ACM, incide na promoção da prestação de serviços de qualidade através da avaliação e reforço periódicos das competências dos prestadores de serviços, atitudes e condições de trabalho. Inclui formação regular no local de trabalho, retroinformação e acompanhamento com o pessoal, para garantir que os pontos de acção recém-introduzidos e de rotina estão a ser correctamente abordados.

6.1 QUESTÕES-CHAVE

A supervisão de apoio é reconhecida como sendo uma estratégia vital para melhorar a qualidade dos serviços e a gestão dos programas. A supervisão de apoio deve constar nas políticas nacionais e ser realizada de forma regular, a todos os níveis.

A supervisão de apoio diz respeito ao processo no qual o pessoal técnico experiente, formado e designado como supervisores, avaliam o desempenho profissional dos restantes membros do pessoal, fornecem retroinformação positiva e negativa e, posteriormente, trabalham em cooperação com o pessoal para melhorar as áreas com pior desempenho. Este processo é uma actividade essencial, destinada a melhorar a segurança, eficiência e o impacto dos serviços de vacinação, que pode e deve ser complementada com estratégias de melhoria do desempenho adicionais, tais como:

- Formação pré-serviço
- Formação em serviço
- Tutoria
- Visitas de intercâmbio (par-a-par, entre pares)
- Documentos de referência (manuais, websites)
- Auxílios ao emprego
- Acções programáticas destinadas a melhorar a satisfação no emprego: melhoria dos benefícios dos trabalhadores, dar reconhecimento público ao pessoal, melhorar o ambiente de trabalho, preencher vagas, etc.

6.2 TORNAR A SUPERVISÃO NUM MEIO DE APOIO

A supervisão de apoio envolve a observação do desempenho, e fornecimento de retroinformação documentada, que conduz a um processo de colaboração para a resolução de problemas. Para ser eficaz, os supervisores precisam não só de possuir boas capacidades técnicas e observacionais, mas também interpessoais, a capacidade de criar confiança e uma atitude compreensiva em relação ao pessoal da vacinação.

DE QUE FORMA DEVERÁ SER PLANEADA A SUPERVISÃO DE APOIO?

Em colaboração com o pessoal do estabelecimento de saúde, as equipas distritais deverão planear a sua actividade de supervisão de apoio como parte do microplano anual do distrito. O calendário da actividade deverá indicar os locais de supervisão prioritários, com um mandato definido (ver exemplo de microplano, Anexo 1). Sempre que seja viável, as equipas distritais deverão planear, no mínimo, a frequência das visitas recomendadas pelas directrizes nacionais.

QUEM DEVERÁ SUPERVISIONAR E COM QUE FREQUÊNCIA?

Crédito de foto: Jenny Sequeira, *JSI*

Nos estabelecimentos de saúde que tem mais do que apenas alguns funcionários, o chefe da unidade deverá observar o pessoal pelo menos uma vez por mês, de uma forma estruturada e utilizando uma ferramenta de supervisão. Para além disso, os supervisores do nível distrital deverão supervisionar cada estabelecimento de saúde pelo menos uma vez por trimestre. O pessoal das províncias e do nível nacional deverá também supervisionar as actividades do PAV nos distritos e nas províncias, respectivamente, pelo menos uma vez por trimestre. Embora cada estabelecimento de saúde deva ser visitado pelo menos o número de vezes recomendado pelas directrizes nacionais durante o ano, faz sentido que as equipas distritais dêem também maior atenção (visitas de supervisão e outro apoio – ver os subpontos em "Questões-Chave", em cima) aos estabelecimentos que apresentam o pior desempenho.

EM QUE DEVERÁ CONSISTIR A SUPERVISÃO?

A supervisão de apoio deverá ser considerada como um elemento de criação de capacidades, não como uma avaliação que atribui sanções. Uma sessão de supervisão consiste:

- Numa avaliação das práticas (através da observação das sessões de vacinação, discussões e análise de registos e gráficos).
- Numa discussão participativa das observações, destacando as conclusões negativas e positivas.
- Na discussão de um pequeno número de áreas mais fracas, que todos concordam poder ser melhoradas.
- Numa discussão da estratégia e dos passos para a implementação, incluindo aquilo que o pessoal do estabelecimento de saúde está disposto a tentar fazer, o que o pessoal distrital vai tentar fazer e, em alguns casos, o que o pessoal ou os sistemas nacionais deverão de efectuar; e ainda um registo escrito dos acordos conjuntos para as alterações (melhoramentos) em que todos estão empenhados, a ser objecto de acompanhamento durante a próxima sessão de supervisão.

DE QUE FORMA DEVERÃO SER ESTABELECIDAS AS NORMAS?

A supervisão deverá avaliar se os prestadores de serviços estão a corresponder às normas técnicas nacionais do PAV, assim como às práticas que reflectem atitudes positivas. É altamente recomendável que seja usado um processo participativo, que envolva pessoal de saúde de todos os níveis, na obtenção de consenso sobre as responsabilidades do PAV (tarefas) e padrões de desempenho (qualidade do desempenho) para cada tipo de funcionário envolvido no PAV. Os gestores de programa precisam de atribuir prioridades às tarefas e às normas essenciais para a avaliação dos supervisores locais e externos. Uma ferramenta de supervisão (ver secção Anexo 3) deverá ilustrar as atitudes e normas técnicas para orientar o supervisor na avaliação de elementos tais como:

- Disponibilidade e a qualidade das vacinas/abastecimento de stocks e equipamento da cadeia de frio.
- Indicadores, como a cobertura do sarampo e da DTP3, taxa de abandono, sessões planeadas em relação às sessões realizadas (fixas, de assistência avançada/móveis), oportunidades perdidas e número de crianças com menos de cinco anos que dorme protegidas com MTI, etc.
- A utilização dos dados para a tomada de decisões.

DEVERÁ A SUPERVISÃO ABRANGER TODOS SERVIÇOS OU APENAS O PAV?

A supervisão focada num serviço, como o PAV, pode ser mais detalhada e concentrada do que a supervisão integrada, que poderá ser limitada em termos de valor, uma vez que abrange muitas áreas técnicas de uma forma superficial. No entanto, muitos sistemas de saúde não dispõem de pessoal ou verbas para veículos e combustível para suportar uma supervisão individual para cada programa, pelo que muitas vezes é necessário haver um determinado grau de integração. A melhor solução é combinar as visitas de supervisão internas e externas, que incidem em uma a três areas numa só visita. As visitas de supervisão de apoio deverão ser planeadas para que qualquer área técnica, como a vacinação, por exemplo, seja avaliada em profundidade pelo menos três vezes ao ano, ou com maior frequência, caso seja possível.

QUE FERRAMENTAS FACILITAM A SUPERVISÃO DE APOIO?

Recomenda-se uma ferramenta idêntica à descrita no Anexo 3. A ferramenta orienta os supervisores e os prestadores supervisionados através de um processo construtivo e participativo, cujo objectivo é identificar áreas que requerem atenção, discutir as causas e as implicações das áreas mais fracas, resolução de problemas em conjunto e acordos claros sobre as próximas etapas e responsabilidades. As visitas de supervisão deverão durar pelo menos algumas horas, idealmente um pouco mais, para que não sejam apenas exercícios pro forma de preenchimento de questionários, mas antes sessões de trabalho conjuntas em equipa. Por útimo, um importante passo no desenvolvimento de um bom sistema de supervisão de apoio envolve um processo de participação para chegar a acordo quanto ao que as definições para cada item significam (avaliação de práticas). Este passo permite aos vários supervisores (no local e externos) utilizarem os mesmos critérios de avaliação para cada prática e na elaboração de tabelas das conclusões encontradas de um distrito ou de outro nível, para serem mais válidas.

DE QUE FORMA DEVERÁ A INFORMAÇÃO RECOLHIDA SER USADA?

As conclusões das sessões de supervisão são utilizadas principalmente pelos prestadores de saúde e pelos directores dos estabelecimentos, para que estejam cientes dos problemas e disponham de um roteiro que lhes permita formular soluções. O supervisor externo utiliza os questionários e os formulários de acordo durante a próxima visita para avaliar o progresso, ou a falta deste, e as razões para tal. A equipa distrital e o pessoal do nível provincial e nacional podem acompanhar os indicadores através dos estabelecimentos (ou distritos ou províncias) e tomar medidas — como formação, auxílio ao emprego, novos procedimentos, políticas ou expectativas profissionais — para procurar soluções relativamente a indicadores baixos que não estão a apresentar melhorias.

EXISTEM SUGESTÕES PARA REALIZAR VISITAS EFICAZES DE SUPERVISÃO DE APOIO?

- Permita que haja tempo suficiente para tornar as visitas significativas, sobretudo quando são integradas.
- Dê continuidade às recomendações das visitas anteriores.
- Observe a prestação de serviços de vacinação e de outras intervenções de saúde.
- Realize entrevistas de saída para obter retroinformação dos responsáveis pelos cuidados.
- Dê reconhecimento público aos bons desempenhos e corrija erros técnicos e de procedimentos em privado.
- Providencie formação em serviço, incluindo actualização a respeito de novas políticas e tecnologias, identificação de necessidades futuras de formação e perspectivas de carreira para o pessoal.
- Analise, colaborativamente, as principais conclusões, possíveis

soluções de pontos de acção, incluindo a avaliação do estado dos planos de trabalho.

- Registe as observações, a retroinformação e as acções de continuidade acordadas, registo de supervisão (ver exemplo de formato de Registo de Supervisão, Anexo 1, e formato genérico de supervisão de apoio, no Anexo 3).
- Chegue a acordo quanto à data da próxima visita de supervisão, com base no plano de actividades da supervisão de apoio.

Os programas nacionais e distritais deverão considerar o desenvolvimento e utilização de um formato de supervisão semelhante ao que se encontra no Anexo 3. Este formato é concebido especificamente para avaliar indicadores importantes da qualidade do programa e para facilitar um processo de apoio, constituição de equipas e de resolução de problemas, no decurso das visitas de supervisão.

INDICADORES DE BASE PARA A "SUPERVISÃO DE APOIO"

Adapte e use os seguintes indicadores de processo — retirados da Ferramenta de Monitorização da ACD (Anexo 2) — para monitorizar a "supervisão de apoio" nos distritos.

% de **DISTRITOS** que realizam pelo menos **(o número mínimo)** de visitas de supervisão de apoio a cada uma dos seus estabelecimentos de saúde, por **(trimestre)**.

Pretende-se com este indicador de base relembrar as equipas distritais (e informar as hierarquias superiores do sistema de saúde) da importância de se efectuar uma supervisão de apoio regular em todos os estabelecimentos de saúde, de acordo com a frequência indicada pelas directrizes nacionais.

Para além de desterminar se as visitas de supervisão estão ou não a ser realizadas com a frequência mínima desejada, os distritos e quem os supervisiona terão também interesse em rever a frequência das visitas aos estabelecimentos de saúde acima dos níveis mínimos, a qualidade das visitas (tempo suficiente, formação em serviço, etc.), e retroinformação e acompanhamento por escrito. Isto pode ser monitorizado pelos distritos (auto-avaliação) e através de visitas de supervisão de apoio aos distritos, efectuadas por elementos de níveis superiores do sistema.

6.3 RECURSOS

Recursos Técnicos

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 21. Supportive Supervision by EPI Managers. March 2004 – Draft 2.
www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%2021.pdf

Marquez, L. and L. Kean, "Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems," MAQ Paper No. 4, Supplement to Population Reports, Volume XXX, No. 4. USAID, 2002.
www.maqweb.org/iudtoolkit/serviço_delivery/maqpaperonsupervision.shtml

McNamara, C. "Free Basic Guide to Leadership and Supervision." Free Management Library. 1997-1998.
http://www.managementhelp.org/mgmnt/prsnlmnt.htm

Children's Vaccine Program at PATH. Guidelines for Implementing Supportive Supervision: A step-by-step guide with tools to support immunization. Seattle: PATH, 2003.
http://www.path.org/vaccineresources/files/Guidelines_for_Supportive_Supervision.pdf

Exemplo de País

PATH and National EPI, Vietnam. "Improving Immunization Through Supportive Supervision." Seattle: PATH, 2007.
www.path.org/files/CP_vietnam_supportive_sup_fs.pdf

7 MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO

Monitorizar a informação sanitária implica observar, recolher e analisar os dados dos programas. A "Monitorização para a Acção" vai um passo mais longe, analisando não só os dados, mas também fazendo uso dos mesmos, a todos os níveis, para orientar o programa a medir os progressos, identificar áreas que necessitam de intervenções específicas e fazendo revisões práticas dos planos.

7.1 QUESTÕES-CHAVE

As equipas distritais de saúde e o pessoal dos estabelecimentos de saúde precisam de um fluxo constante de informação que lhes indique se os serviços de saúde são de alta qualidade e se são acessíveis à população-alvo, quem está ou não a ser alcançado, se os recursos estão a ser eficazmente utilizados e se as estratégias estão a corresponder aos objectivos.

Os dados de vacinação recolhidos ao nível do estabelecimento de saúde deverão ser principalmente usados pelo próprio pessoal do estabelecimento de saúde, assim como pelos supervisores, gestores de programa e líderes comunitários. Demasiadas vezes, a informação vai passando pelas hierarquias do sistema de saúde em relatórios e não é utilizada pelo pessoal de saúde para monitorizar o seu próprio desempenho ou para a resolução de problemas. O pessoal de saúde deverá fazer uso dos seus próprios dados (auto-avaliação), sem esperar pelas visitas de supervisão.

As equipas distritais de saúde e o pessoal dos estabelecimentos de saúde podem rapidamente ficar sobrecarregados de dados — sobretudo em zonas com recursos humanos limitados. É importante determinar quais são os itens essenciais para a monitorização do programa, de modo a reduzir o fardo da recolha de dados e a elaboração de relatórios.

A supervisão de apoio e as reuniões de avaliação regulares são necessárias para treinar e orientar o pessoal do estabelecimento de saúde na recolha e utilização dos dados de monitorização. Durante as visitas aos estabelecimentos de saúde, as equipas distritais deverão dispor de tempo suficiente para rever

os dados e realizar formação em serviço para o pessoal dos estabelecimentos de saúde. Quando a supervisão for integrada, poderá ser também necessária, ocasionalmente, uma visita de supervisão relativa à vacinação, por forma a garantir que os supervisores efectuam a revisão dos dados de vacinação em conjunto com o pessoal de saúde. Para que os distritos possam prestar apoio aos estabelecimentos de saúde nas suas áreas de captação, estes requerem, por sua vez, tutoria e apoio do nível superior ao seu.

Para monitorizar a eficácia das estratégias de prestação de serviços, os dados deverão ser adaptados e reportados consoante as vacinações sejam dadas em locais fixos, de assistência avançada ou móveis. Se o seu país não está a recolher e a monitorizar os dados de vacinação deste modo, tal deverá ser acrescentado como parte da estratégia ACD.

Frequentemente, as estatísticas dos censos imprecisas ou por actualizar, movimentos migratórios e alterações imprevistas nas taxas de nascimento e de mortalidade infantil, distorcem a dimensão da população-alvo e dificultam a interpretação das taxas de cobertura vacinal. Nestes casos, que são bastante comuns, os programas nacionais de vacinação deverão trabalhar a longo prazo com as unidades de planeamento da saúde e com as autoridades locais, para corrigir os números dos censos. A curto prazo, a "contagem de cabeças" a nível local (como as que são realizadas antes das campanhas contra a poliomielite ou o sarampo) poderão ser usadas como denominadores "não oficiais" para efeitos de acompanhamento dos dados relativos à vacinação (ver também a componente "Planeamento e Gestão de Recursos", uma vez que o processo de microplaneamento inclui a identificação de todas as populações-alvo).

7.2 O PROCESSO DE MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO

Monitorizar e utilizar os dados para a acção é um processo cíclico, incluindo as cinco etapas indicadas e descritas em baixo.

ETAPAS A SEGUIR NA MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO

1ª ETAPA: Definir Padrões de Desempenho
2ª ETAPA: Seleccionar Indicadores e Metas
3ª ETAPA: Recolha e Apresentação de Dados
4ª ETAPA: Análise e Retroinformação

1ª ETAPA: DEFINIR PADRÕES DE DESEMPENHO: *NÍVEL NACIONAL*

Os padrões de desempenho descrevem normas nacionais e expectativas para o programa de vacinação. Têm de ser adaptados para contemplar os desempenhos passados e os recursos disponíveis, e deverão tomar a forma de um documento escrito para orientar a monitorização do desempenho.

2ª ETAPA: SELECCIONAR INDICADORES E METAS: *NÍVEL NACIONAL PARA OS INDICADORES; TODOS OS NÍVEIS PARA AS METAS*

Poderão ser usados muitos indicadores diferentes para monitorizar o desempenho dos distritos e dos estabelecimentos de saúde, mas os indicadores da cobertura vacinal são os mais comuns. A cobertura vacinal indica a percentagem da população-alvo (crianças com menos de um ano de idade ou mulheres grávidas) que foi vacinada. Os países usam diferentes tipos de indicadores da cobertura para monitorizar diferentes aspectos do desempenho dos programas. Os que são usados com maior frequência são:

- **As taxas de cobertura da DTP1 ou BCG,** usadas para monitorizar o acesso por parte da população aos serviços de vacinação de rotina. Uma cobertura elevada com quaisquer destes antigénios significa que os serviços de vacinação estão disponíveis, são acessíveis e são utilizados pelo menos uma vez durante o ano pela maioria da população-alvo.
- **As taxas de cobertura da DTP3 ou sarampo de rotina,** usadas para monitorizar a capacidade do sistema de saúde em prestar serviços de vacinação de uma forma que seja acessível e aceitável para a população-alvo. Quando este indicador é baixo, é sempre necessária uma investigação complementar para determinar se o fornecimento de serviços ou a utilização dos serviços disponíveis pela população é a razão subjacente a esta situação.
- **As taxas de abandono** medem o nível de utilização que a população faz dos serviços de vacinação e podem ser construídas de múltiplas formas. Em geral, as taxas de abandono mais utilizadas são as da vacinação DTP1 a DTP3 e DTP1 a sarampo. No entanto, independentemente do indicador escolhido, taxas elevadas de abandono (> 10%, segundo a definição da OMS) são um problema que pode estar relacionado com uma combinação de factores, incluindo uma baixa procura por serviços de vacinação, insatisfação dos utentes com os serviços disponíveis ou com a qualidade perceptível desses mesmos serviços, e/ou um fornecimento inconsistente de serviços. Encontrar as causas das taxas elevadas de abandono é um passo importante para resolver o problema.
- **Número de crianças "não vacinadas" ou com vacinação insuficente.** Uma inovação e uma "melhor prática" da estratégia ACD é a atribuição de prioridades aos distritos para a introdução da ACD com base nos seus números absolutos de crianças não vacinadas em relação aos outros distritos. Para uma descrição detalhada dos critérios

utilizados para atribuir prioridades aos distritos na introdução da ACD, consulte o Anexo 4 e a página 7, Aumentar a taxa de cobertura ao nível do estabelecimento de saúde (WHO/V&B/02.27).

As metas podem ser definidas em relação a estes e a outros indicadores de desempenho relacionados com as componentes da ACD e às questões operacionais. Para uma lista completa dos indicadores sugeridos, consulte a Ferramenta de Monitorização da ACD no Anexo 2.

3ª ETAPA: RECOLHA E APRESENTAÇÃO DE DADOS: *TODOS OS NÍVEIS SUBNACIONAIS*

Uma monitorização eficaz exige o bom funcionamento do sistema de informação sanitária - um sistema que forneça dados concretos, oportunos e consistentes sobre a cobertura vacinal, taxas de abandono e outros indicadores fundamentais. Os dados de vacinação poderão ser recolhidos pelo programa de vacinação, pelo sistema integrado de informação sanitária, ou por ambos. A estratégia ACD centra-se na melhoria da actualidade e exactidão dos dados de vacinação, seja qual for o tipo de sistema de informação sanitária usado. O quadro-padrão de monitorização utilizado ao nível do estabelecimento de saúde ajuda a monitorizar, acompanhar e utilizar os dados.

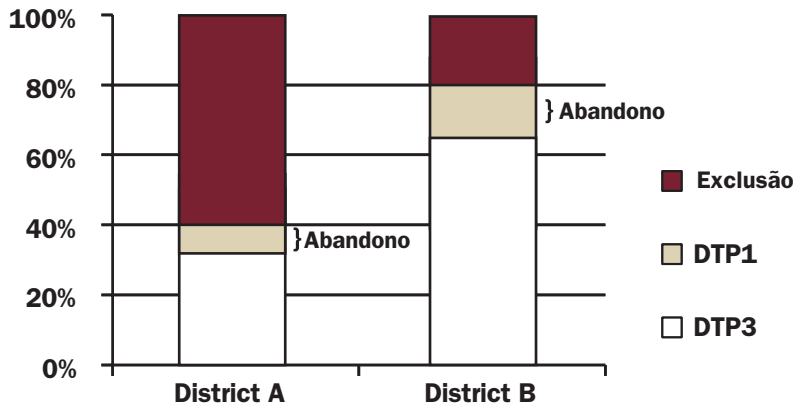
4ª ETAPA: ANÁLISE E RETROINFORMAÇÃO: *TODOS OS NÍVEIS, COM OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE A USAREM A SUA RETROINFORMAÇÃO INTERNAMENTE PARA FACILITAR O PESSOAL, E EXTERNAMENTE PARA AS COMUNIDADES/PARCEIROS*

A análise e revisão regular dos dados, a todos os níveis, são fundamentais, assim como o são a retroinformação escrita e o acompanhamento. As ferramentas que são mais sensíveis a mudanças súbitas e a tendências mais subtis na cobertura, incluindo quadros de monitorização e mapas de área de captação detalhados para cada estabelecimento de saúde, são igualmente importantes.

Para determinar se existem problemas contínuos, com as taxas de exclusão (baixa cobertura de DTP1) ou abandono (taxas elevadas de abandono de DTP1-3) ou ambas, os gestores de programas de vacinação devem comparar as tendências num período de vários anos, e aprender a interpretar as taxas de abandono face à cobertura actual, como se ilustra no exemplo da Figura 1, em baixo.

Figura 1: Exemplo: Interpretar as taxas de Abandono

Os distritos A e B têm ambos taxas de 20% de abandono da DTP1-3, mas estas taxas tem significados bastante diferentes em cada caso. Se o distrito A quiser melhorar a cobertura, deverá abordar a questão do grande número de crianças que não receberam a DTP1 (excluídos). O distrito B, por outro lado, poderá aumentar a sua cobertura tomando medidas para reduzir as taxas de exclusão e de abandono.



Exclusão = 100% – cobertura de DTP1%

Abandono = $\frac{\text{cobertura de DTP1 – cobertura de DTP3}}{\text{cobertura DTP1}} \times 100\%$

Distrito A: Exclusão = 100% - 40% = 60%

Abandono = $\frac{40\% - 32\%}{40\%}$ = 20%

Distrito B: Exclusão = 100% - 80% = 20%

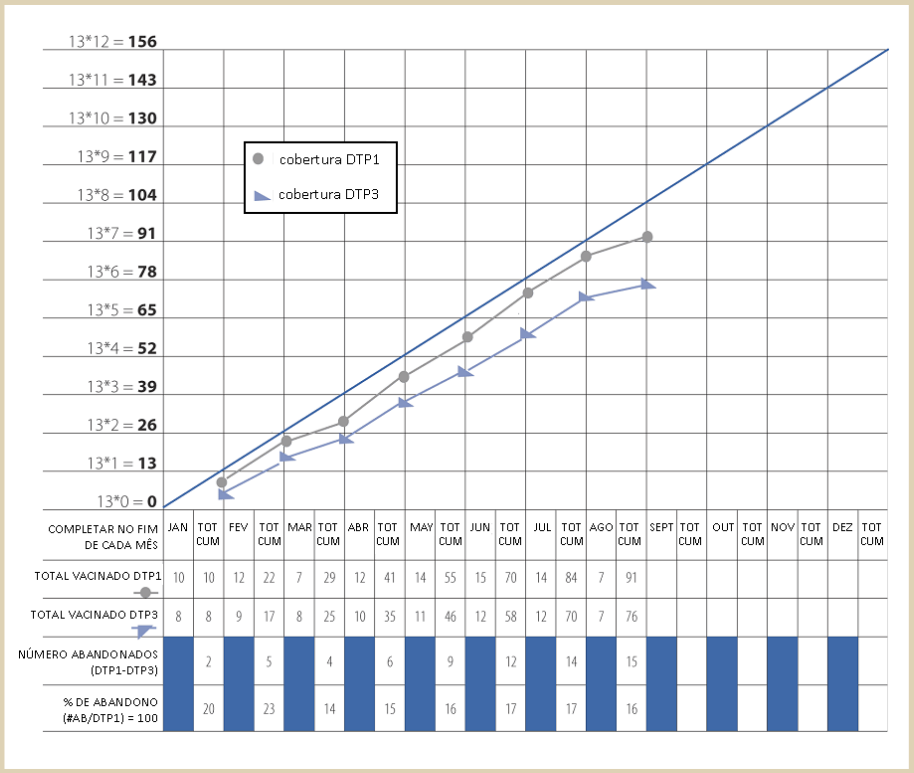
Abandono = $\frac{80\% - 64\%}{80\%}$ = 20%

Incentivam-se todos os níveis do sistema de saúde a fornecer retroinformação regular dos dados aos níveis inferiores. Tipicamente, isto implica que os distritos orçamentem e realizem reuniões de avaliação de rotina (a frequência das mesmas pode ser baseada nas directrizes nacionais) com os estabelecimentos de saúde, para partilhar e discutir as tendências dos dados e a resolução de problemas, incluindo a partilha entre pares, de experiências práticas. Outros tipos de retroinformação formal poderão incluir avaliações da qualidade dos dados (por ex., auto-avaliação da qualidade dos dados), relatórios de actividades realizadas a nível distrital ou superior, e orientação específica para a tomada de medidas por parte dos estabelecimentos de saúde.

Os estabelecimentos de saúde deverão também rever os seus próprios dados e garantir que os principais intervenientes na comunidade são informados sobre o desempenho do programa de vacinação. Há indícios que comprovam que, quando as comunidades são incluídas no planeamento e na monitorização da cobertura vacinal e da incidência de doenças e mortes, há maior probabilidade

de auxiliarem os estabelecimentos de saúde na implementação de estratégias para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de vacinação. Expor de forma visível os gráficos de abandono e monitorização da vacinação nas paredes dos estabelecimentos de saúde pode ser uma forma importante para ajudar o pessoal de saúde a acompanhar o seu progresso na redução do abandono e a minimizar os excluídos. Para que os gráficos de monitorização sejam o mais eficazes possível, devem ser mantidos actualizados, correctamente desenhados e expostos de forma visível.

Figura 2: Exemplo de Gráfico de Abandono e Monitorização da Vacinação para a DTP1 e DTP3



COMPLETAR NO FIM DE CADA MÊS	JAN	TOT CUM	FEV	TOT CUM	MAR	TOT CUM	ABR	TOT CUM	MAY	TOT CUM	JUN	TOT CUM	JUL	TOT CUM	AGO	TOT CUM	SEPT	TOT CUM	OUT	TOT CUM	NOV	TOT CUM	DEZ	TOT CUM
TOTAL VACINADO DTP1	10	10	12	22	7	29	12	41	14	55	15	70	14	84	7	91								
TOTAL VACINADO DTP3	8	8	9	17	8	25	10	35	11	46	12	58	12	70	7	76								
NÚMERO ABANDONADOS (DTP1-DTP3)		2		5		4		6		9		12		14		15								
% DE ABANDONO (#AB/DTP1) = 100		20		23		14		15		16		17		17		16								

5ª ETAPA: ENSINAMENTOS COLHIDOS E ACÇÃO : *TODOS OS NÍVEIS*

Na revisão e análise dos seus dados, as equipas distritais de saúde e o pessoal dos estabelecimentos de saúde deverão procurar explicações para os dados que sobressaem ou que não fazem sentido, o que exige que se baseiem na experiência e no conhecimento da área de captação (e, por vezes, até mesmo na intuição). De forma a auxiliarem eficazmente o pessoal dos estabelecimentos de saúde, as equipas distritais de saúde precisam, por sua vez, de apoio das hierarquias superiores na revisão dos seus dados, assim como de técnicas de facilitação para dar orientação aos níveis inferiores na resolução de problemas e nos demais aspectos da "monitorização para a acção".

INDICADORES DE BASE DA "MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO"

Adapte e use os seguintes indicadores de processo — retirados da Ferramenta de Monitorização da ACD (Anexo 2) — para monitorizar a "monitorização para a acção" nos distritos e estabelecimentos de saúde.

- % de **DISTRITOS** que realiza pelo menos **(uma)** reunião de avaliação por **(trimestre)**, na qual os dados, tendências e monitorização para a acção são discutidos com os estabelecimentos de saúde.
- % do total de relatórios de vacinação que os **DISTRITOS** recebem **(mensalmente)** [Nota: os relatórios recebidos dos estabelecimentos de saúde terão de estar completos e ser enviados em tempo oportuno para serem válidos].
- % de **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE** que têm gráficos de monitorização actualizados, correctamente desenhados e expostos de forma visível por **(trimestre)** [Nota: todos os três critérios terão de ser cumpridos para ser válido; a definição de "actualizado" será determinada ao nível nacional].

Estes indicadores de base medem o nível de esforço que os distritos e os estabelecimentos de saúde empenham na apresentação, revisão e actualização dos dados de vacinação. Pretende-se que estes indicadores sirvam para lembrar os estabelecimentos de saúde e as equipas distritais de saúde (e informar as hierarquias superiors do sistema de saúde) da importância de se usarem dados específicos de um determinado local para se fazerem ajustes oportunos na vacinação e noutros serviços de CSP.

Para além de determinarem se os distritos e os estabelecimentos de saúde estão a acompanhar e a discutir os dados, os supervisores quererão também saber se os dados são de facto compreendidos e se estão a ser usados na resolução de problemas, e qual será a melhor forma de chegar às populações-alvo (um exercício qualitativo mais do que quantitativo). Estes aspectos qualitativos da "monitorização para a acção" podem ser avaliados durante a supervisão de apoio, reuniões de avaliação, discussões conjuntas entre o distrito e o estabelecimento de saúde, durante o microplaneamento, etc.

Fonte: Immunization in Practice, Module 7: Monitoring and using your data (WHO/IVB/04.06).

Colocar questões com base nos dados pode incitar os distritos e os estabelecimentos de saúde a agir. As equipas distritais de saúde terão de dispensar apoio contínuo ao pessoal dos estabelecimentos de saúde, de modo a que estes possuam conhecimentos, competências e confiança para utilizarem os dados que estão a recolher. Os distritos deverão ainda considerar se devem ou não dedicar uma atenção e recursos suplementares aos estabelecimentos de saúde com um desempenho mais fraco – onde as necessidades são maiores – ou utilizar os seus recursos para recompensar e ajudar a manter as altas taxas de cobertura dos estabelecimentos com melhor desempenho, ou até mesmo uma combinação das duas opções. Segue-se uma lista que ilustra as questões que os distritos e os estabelecimentos de saúde deverão colocar quando analisam os problemas de cobertura e decidem que acções efectuar em resposta.

QUESTÕES A COLOCAR QUANDO SE ANALISAM OS DADOS DE VACINAÇÃO

- Quais são as principais causas do baixo nível de cobertura do seu distrito de saúde ou da área de captação do distrito?
- São problemas de acesso e/ou utilização?
- Quais são algumas das causas principais destes problemas (aprovisionamento, pessoal, prestação de serviços e procura por serviços, IEC, etc.)?
- Que soluções locais podem melhor abordar estas causas?
- Que recursos (existentes ou adicionais) são necessários para implementar as soluções?
- De que forma poderá rever o seu plano com base na análise anterior?
- Existem opções no seu distrito para realizar e documentar investigação operacional, de modo a melhorar o desempenho e explorar inovações?
- De que forma se poderá envolver mais convenientemente as comunidades, para que estas compreendam as tendências dos dados, o que significam, e de que forma as próprias comunidades podem auxiliar na estratégia das mesmas?

7.3 RECURSOS

Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 20.
Monitoring routine immunisation and data management. March 2004 – Draft2.
http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%2020.pdf

Increasing immunization coverage at the health facility level.
WHO/V&B/02.27, World Health Organization, Geneva, December 2002
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

Immunization in Practice. Module 7. Monitoring and using your data.
WHO/IVB, World Health Organization, Geneva, January 2004.
http://www.who.int/vaccines-documents/iip/PDF/Module7.pdf

8 CONSIDERAÇÕES OPERACIONAIS DA IMPLEMENTAÇÃO DA ACD

8.1 LOGÍSTICA

O Curso de formação dos Gestores de Nível Intermédio, desenvolvido pela OMS/AFRO, contém módulos que abordam os factores logísticos em profundidade. O módulo 8 analisa a gestão da cadeia de frio e o Módulo 9 analisa a gestão das vacinas[3].

Geralmente, a logística inclui planeamento, aquisição, aprovisionamento de vacinas e materiais, gestão e manutenção dos transportes e do equipamento da cadeia de frio.

Os itens necessários à implementação de um pacote mínimo de actividades, nomeadamente, todas as operações de vacinação e outras intervenções essenciais de saúde, aos níveis distrital e dos estabelecimentos de saúde, deverão estar nos locais certos, na altura certa, nas quantidades adequadas, com a qualidade certa, nas condições ideais e ao preço justo.

O êxito da implementação da estratégia ACD depende da eficácia e eficiência logística, incluindo:

- Gestão das vacinas e demais materiais (estimativa, encomenda, armazenamento e distribuição), incluindo as outras intervenções, como vitamina A, desparasitação, MTI, etc.
- Gestão das câmaras frigoríficas e secas (disponibilidade de capacidade de armazenagem).
- Gestão de transportes e comunicações, incluindo a manutenção e reparação do equipamento.
- Gestão das injecções e dos resíduos biomédicos.

Um pré-requisito essencial para a implementação de um sistema logístico eficaz e eficiente é a existência de um Responsável/Técnico de Logística qualificado,

[3] http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/index.html

com conhecimentos profissionais e técnicos especializados. Se tal Responsável não estiver disponível, a prioridade da Equipa Distrital de Saúde deverá ser solicitar e obter o seu recrutamento através do Ministério da Saúde ou das comunidades.

OPÇÕES DA CADEIA DE FRIO

Os conceitos de cadeia de frio lenta e rápida são melhor descritos no Módulo 8 do curso de formação para Gestores de Nível Intermédio — embora se apresente a seguir uma breve descrição.

- A cadeia de frio lenta depende do equipamento de refrigeração; tem maior capacidade de armazenamento e menor capacidade de transporte — as vacinas duram para um mês ou mais. A cadeia de frio lenta reduz os custos de distribuição de vacinas, mas aumenta a quantidade de vacinas em circulação.
- A cadeia de frio rápida depende da rapidez e não usa equipamento de refrigeração; tem maior capaciadade de transporte e menor de armazenamento — as vacinas duram para menos de um mês. A cadeia de frio rápida pode significar maiores custos de distribuição, mas os custos são compensados em parte se forem colocadas menores quantidades de vacinas em circulação.

Nota: Nos casos em que os estabelecimentos de saúde estão inacessíveis ao nível mais elevado da cadeia de abastecimento por vários meses, durante a estação das chuvas, poder-se-á implementar uma cadeia de frio lenta, e estas unidades de saúde receberão vacinas e material suficientes (incluindo combustível/querosene, etc.), para cobrir todo o período de inacessibilidade. É preciso tomar essa decisão com o acordo do nível operacional, para que este compreenda a fundamentação lógica e dê o seu apoio. Durante as campanhas, a cadeia de frio rápida irá também afectar a cadeia lenta – quer seja desejável ou não.

ACTIVIDADES LOGÍSTICAS AOS NÍVEIS DISTRITAL E DAS UNIDADES DE SAÚDE

Os Módulos 8 e 9 do curso de formação para Gestores de Nível Intermédio da OMS/AFRO debruçam-se sobre a pertinência e o processo para garantir a:

- Disponibilidade das vacinas, material de injecção e outros consumíveis.
- Gestão eficiente da cadeia de frio ao nível distrital e das unidades de saúde.
- Disponibilidade e fiabilidade do transporte e da comunicação.
- Eliminação e destruição segura dos resíduos.
- Gestão e manutenção adequada do equipamento.

8.2 COMUNICAÇÃO

As actividades e estratégias de comunicação que são integradas nas funções dos programas de vacinação ajudarão a ligar o programa à comunidade e ao público-alvo. É importante que a comunicação com os parceiros faça parte do planeamento e gestão da ACD. Os peritos técnicos em vacinação devem trabalhar com um conjunto de profissionais de comunicação, incluindo gestores de programas de comunicação, multimédia e especialistas em publicidade, líderes comunitários e peritos em ciências sociais e em alteração dos comportamentos.

As intervenções estratégias de comunicação da ACD deverão ser:

- **Dirigidas pelos dados** (definir objectivos e indicadores).
- **Orientadas para as comunidades** (planear intervenções de comunicação com as comunidades, levando em conta as necessidades das populações abrangidas; monitorizar e avaliar as activividades de comunicação com as comunidades).
- **Baseadas nos resultados** (planeamento, implementação e uso dos dados de base factual).
- **Orientadas para os direitos humanos** (para "activar" os membros da comunidade a tomar o controlo da sua própria saúde/ desenvolvimento).

Para se alcançar estes fins, as províncias/distritos deverão:

1. Elaborar e implementar uma estratégia integral de advocacia, informação e comunicação que incentive o investimento e o apoio para a vacinação, e que satisfaça as necessidades do PAV de rotina e do controlo das doenças evitáveis pela vacinação.
2. Dispensar apoio técnico à comunicação para reforçar a qualidade dos planos de comunicação e a sua implementação, e assegurar a sua integração nas iniciativas da GAVI e das intervenções contra doenças específicas.
3. Reforçar a coordenação entre os governos, agências parceiras e comunidades para a comunicação, informação e dados sobre os indicadores da vacinação e sobre as doenças evitáveis pela vacinação.
4. Formular planos estratégicos de comunicação com objectivos, actividades, metas e indicadores claros e definidos, que deverão ser integrados e submetidos a uma revisão sistemática e exaustiva,

Crédito de foto: Lauren Goodsmith, Courtesy of Photoshare

seja anual, trimestral ou qualquer outro tipo de revisão da estratégia ACD. O plano de comunicação deverá incluir o tipo de apoio a ser prestado ao nível do estabelecimento de saúde e das comunidades, bem como um orçamento para os materiais, actividades de formação, transporte, apoio e custos operacionais.

5. Integrar os indicadores de comunicação nos formulários de monitorização existentes e como parte da avaliação da ACD, a todos os níveis.
6. Documentar, partilhar e divulgar as lições aprendidas, ferramentas e actividades.

8.3 IINTEGRAÇÃO E A ESTRATÉGIA ACD

A decisão de integrar a vacinação com outros serviços de CSP (e quais os serviços a combinar) caberá exclusivamente a cada país. Cada uma das secções indicadas em baixo destaca as oportunidades e desafios que poderão ser encontrados quando se procede à integração da vacinação com outros serviços de CSP, e apontam também para diversas formas de como a estratégia ACD e as suas cinco componentes poderão ser adaptadas para satisfazer as necessidades de um pacote integrado de serviços de CSP.

PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS

Quando os serviços são combinados ou integrados, os gestores de programa deverão dedicar uma atenção considerável aos aspectos da coordenação, planeamento e monitorização de recursos. A logística e as necessidades de abastecimento são vertentes extremamente importantes. Em situações de limitação de pessoal, os gestores de programa deverão também procurar equilibrar quaisquer novas introduções ao pacote de serviços, para que não sobrecarregue o pessoal do estabelecimento de saúde. As técnicas de microplaneamento da ACD descritas no Capítulo 3 deste Guia podem ser adaptadas e utilizadas para ultrapassar alguns destes desafios.

CHEGAR ÀS POPULAÇÕES-ALVO

Hoje em dia, em muitos países africanos, as vacinações são oferecidas conjuntamente com outros serviços, mais ou menos frequentes, de suplementação de vitamina A, medicação para desparasitação, mosquiteiros tratados com insecticida, cuidados pré-natais, cápsulas de folato de ferro para mulheres grávidas, monitorização do crescimento, educação sanitária e outros serviços e produtos. A integração de serviços ocorre durante as Jornadas de Vacinação Infantil, campanhas de reforço contra o sarampo e outros esforços periódicos de intensificação. Ocorre também de forma regular em muitos estabelecimentos de saúde e durante sessões avançadas. Quando as populações elegíveis são as mesmas, as técnicas da ACD para identificar e organizar os serviços para chegar às mesmas serão idênticos, ainda que os serviços propriamente ditos possam exigir uma calendarização diferente.

LIGAR OS SERVIÇOS ÀS COMUNIDADES

Muitas vezes, a prestação integrada de serviços estimula uma participação comunitária mais activa. A forma como os serviços são integrados deverá ser ajustada às necessidades locais de saúde. Por conseguinte, quando se formula um pacote integrado de CSP, o pessoal de saúde deverá consultar as comunidades sobre quais são as suas necessidades mais "prementes". Os problemas de saúde prioritários podem ser avaliados juntamente com as comunidades, como parte da análise de situação e do processo de microplaneamento da ACD (ver Anexo 1), bem como durante as reuniões regulares com a comunidade. Prestar múltiplas intervenções durante o mesmo contacto pode ser um desafio para o distrito ou para o pessoal do estabelecimento de saúde, mas o membros da comunidade podem alivar parte do fardo sobre o pessoal de saúde ao ajudarem a organizar sessões avançadas, auxiliarem na elaboração dos registos e no rastreamento dos remissos, e disponibilizando refeições ou um local na comunidade para receber a equipa de saúde.

SUPERVISÃO DE APOIO

A supervisão dos diversos programas pode e deve ser integrada em vários cenários. Contudo, tal deverá ser planeado e implementado de modo a que garanta que cada serviço é abordado em profundidade e frequência suficientes para que a supervisão seja útil. Para um supervisor, não valerá a pena preencher simplesmente uma longa lista de controlo abrangendo as diversas áreas técnicas se ele ou ela não tiver também tempo suficiente para fornecer retroinformação, dar prioridades aos problemas relativos ao pessoal de saúde e tomar medidas correctivas de uma forma construtiva. Em suma, as características-chave da supervisão de apoio descritas no Capítulo 6 deste Guia deverão ser salvaguardadas.

MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO

Em países com sistemas integrados de informação a recolha, notificação, análise e utilização dos dados sobre vacinação e outros serviços deverá ser relativamente fácil, embora não seja sempre esse o caso. Em países onde os diversos programas usam sistemas de informação diferentes, a compilação dos dados sobre as intervenções que são ministradas em conjunto mas geridas separadamente, pode representar um grande desafio. As etapas importantes para assegurar que os distritos e os estabelecimentos de saúde dispõem da informação de que necessitam para monitorizar um pacote integrado de cuidados incluem:

1. Avaliar o(s) sistema(s) de informação existente(s) (ferramentas, procedimentos e fluxo de dados).
2. Seleccionar alguns indicadores de base para cada serviço ou intervenção.
3. Negociar as modificações necessárias às fichas de contabilização, registos, formulários de notificação e mecanismos de retroinformação.

4. Elaborar estas ferramentas de monitorização para uso nas sessões fixas, avançadas e móveis.
5. Determinar a forma como os dados deverão ser armazenados e apresentados para análise.

RESUMO

As equipas distritais de saúde podem melhorar o planeamento, gestão e apoio aos seus funcionários no contexto da integração ao:

- Assegurarem que a supervisão é verdadeiramente de apoio; planear visitas aos estabelecimentos de saúde, para que uma determinada área técnica, como a vacinação, seja avaliada em profundidade, pelo menos três vezes por ano.
- Usarem as técnicas de formação, microplaneamento e monitorização para a acção da ACD como oportunidades para criar capacidades do pessoal aos níveis distrital e dos estabelecimentos de saúde.

9 MONITORIZAR A ESTRATÉGIA ACD

9.1 O QUE É A FERRAMENTA DE MONITORIZAÇÃO DA ACD?

Para dar ainda mais apoio à intensificação da ACD na Região Africana, a OMS e os parceiros elaboraram a Ferramenta de Monitorização da ACD (ver Anexo 2), cujo objectivo é ajudar a determinar se todas as cinco componentes da ACD estão ser plenamente implementadas, e se os distritos que estão a implementar a estratégia estão, de facto, a alcançar e a manter a cobertura vacinal. A ferramenta é composta por:

1. Padrões indicativos de desempenho para cada uma das cinco componentes da ACD, que podem ser avaliados através de um conjunto de indicadores de base.
2. Uma série de indicadores de base que podem ser medidos ao longo do tempo.
3. Uma lista de indicadores "suplementares" opcionais ou alternativos, que podem ser úteis em situações específicas num determinado país (não incluídos neste Guia).
4. Uma folha de cálculo em Excel, que pode ser utilizada para recolher, compilar e apresentar os dados de monitorização da ACD.
5. Orientações para a adaptação da Ferramenta de Monitorização da ACD às especificações dos países.

A ferramenta destina-se a ajudar os gestores a tomarem melhores decisões – sem sobrecarregar os prestadores de serviços com ainda mais recolha e envio de dados através do sistema de saúde. Por conseguinte, a Ferramenta de Monitorização da ACD é concebida para fazer uso dos dados existentes – dados recolhidos através do sistema de informação sanitária ou do programa de vacinação de rotina, pelos supervisores durante as visitas regulares de supervisão, etc. A Ferramenta poderá ser usada para a "auto-avaliação" dos estabelecimentos de saúde e distritos que se encontram a implementar a ACD. Para além disso, os supervisores poderão utilizá-la para monitorizar as funções-chave e os resultados de vacinação nos estabelecimentos de saúde, distritos e regiões.

9.2 O QUE MEDEM OS INDICADORES DE BASE?

Este Guia destaca os padrões de desempenho esperados para cada componente da estratégia ACD. Com base na avaliação e experiência da ACD no terreno, os indicadores-chave do desempenho para cada componente da estratégia são salientados após cada componente da ACD, e consolidados no Anexo 2, ilustrando o seguinte:

- Ferramenta de monitorização do desempenho a ser completada pelo nível do estabelecimento de saúde (Ferramenta específica do ES), que funciona também como uma ficha de síntese.
- Ferramenta de monitorização do desempenho, a ser completada pelo nível distrital, (ferramenta específica do distrito) e Ficha de Síntese (com dados do ES e do distrito).
- Ferramenta de monitorização do desempenho, a ser completada pelo nível nacional (ferramenta específica para o nível nacional).
- Síntese de Nível Nacional do desempenho da estratégia ACD, aos níveis sub-nacionais.

Os indicadores de base medem a implementação de cada uma das componentes da ACD, assim como os resultados que são esperados. À semelhança da própria estratégia ACD, a Ferramenta de Monitorização centra-se no uso dos dados de vacinação disponíveis para classificar os distritos e os grupos populacionais, consoante o seu acesso e utilização dos serviços de vacinação de rotina. Através desta metodologia, os distritos enquadram-se numa das quatro categorias descritas no Anexo 4 e na página sete do documento "Increasing immunization coverage at the health facility level". WHO/V&B/02.27 (http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf).

Os indicadores de base medem também os processos cruciais de vacinação que podem ser importantes quando se torna necessário ajustar as estratégias de prestação de serviços, reforçar as ligações com as comunidades, aperfeiçoar o sistema logístico, actualizar os microplanos, etc.

9.3 ADAPTAR E UTILIZAR A FERRAMENTA

Propõe-se um número mínimo de indicadores de base da estratégia ACD em cada nível do sistema de saúde, ilustrando o que os gestores "precisam de saber". A Ferramenta inclui indicadores alternativos ou adicionais, que poderão ser necessários em situações específicas de cada país. Alguns países estão já a usar vários dos indicadores propostos, e alguns poderão mesmo ser indicadores novos. O tema dos indicadores adicionais é abordado em maior detalhe na própria Ferramenta de Monitorização. O propósito final desta Ferramenta é permitir aos países e aos seus níveis inferiores um melhor entendimento de como a ACD está a ser implementada, e posteriormente fazer os ajustes programáticos necessários para alcançar e manter a cobertura vacinal, o que poderá ser conseguido com maior eficácia se a Ferramenta de Monitorização da ACD permanecer flexível e orientada no sentido de ser adaptada para uso dos países – de acordo com as situações singulares de cada um.

10 ADAPTAR O GUIA DA ESTRATÉGIA ACD

Como foi realçado na Introdução, este Guia incorpora as "melhores práticas" e as "lições aprendidas" durante a implementação da estratégia ACD em diferentes países. Embora existam muitas semelhanças entre os países, existem igualmente diferenças bastante importantes que deverão ser abordadas antes de um guia deste tipo poder ser compreendido e utilizado ao nível do país. Na verdade, a adaptação cuidadosa do Guia deverá ser uma das primeiras etapas quando se apresenta ou se revitaliza a estratégia ACD, em qualquer país.

Quais são os requisitos para a adaptação do Guia? É preciso fazer e responder a série de perguntas, e ajustar a estratégia e o texto do Guia às circunstâncias do país. Se o seu país já introduziu a ACD e está a planear usar este guia para acções de formação de reciclagem ou para introduzir a ACD apenas em novos distritos, convirá lê-lo cuidadosamente e ajustar a terminologia para que reflicta a estratégia adoptada.

Para os países que ainda não introduziram a ACD ou que estão a reintroduzi-la, uma das importantes etapas iniciais na adaptação do Guia será a de decidir a que nível do sistema de saúde a estratégia irá focar-se e qual será a sua designação.

Se o seu sistema de saúde tiver apenas dois níveis administrativos (por ex., nacional e distrital), irá centrar a estratégia ACD no nível distrital. Mas se trabalhar num sistema de saúde maior – com três ou quarto níveis administrativos — terá de decidir qual o nível operacional em que quer que a estratégia incida. Uma vez que esse nível poderá não ser chamado de "distrito", poderá também querer atribuir uma outra designação à estratégia ACD. Actualmente, na Região Africana, por exemplo, para além do nome ACD, a mesma estratégia é chamada de ACZ (Alcançar Cada Zona)), ACB (Alcançar Cada Bairro) e ACC (Alcançar Cada Criança), em diferentes países.

Decidir o nome a dar à ACD e qual a sua área de incidência são duas das primeiras etapas do processo de adptação. O quadro em baixo destaca outras perguntas às quais será necessário responder, em relação a cada uma das cinco componentes da ACD.

QUESTÕES A COLOCAR AO ADAPTAR ESTE GUIA

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Qual é o nível operacional para a ACD no seu país? É o nível "distrital" ou equivalente, com um nome diferente?
- Vai atribuir prioridade aos distritos no apoio à introdução da ACD ou vai introduzir a estratégia em todos os distritos?
- Se atribuir prioridade, quais são os critérios que vai usar? Dar prioridade a distritos com um número elevado de crianças não vacinadas constitui uma das "melhores práticas" da ACD, embora tenham também sido usados outros factores em alguns países, como os sérios obstáculos geográficos ou culturais e as taxas extremamente baixas de cobertura vacinal.
- A estratégia ACD será introduzida para melhorar a cobertura de múltiplos serviços de CSP? Que serviços serão esses? Será necessária a adaptação de cada uma das componentes da ACD para suportar um pacote integrado ou combinado de serviços.

COMPONENTE: PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS

- O planeamento e a oçamentação da equipa distrital de saúde é integrado ou específico para o programa de vacinação?
- Qual é o papel da equipa distrital de saúde no planeamento da vacinação (e de outros serviços de CSP)? As etapas genéricas indicadas na secção "Planeamento e Gestão de Recursos" do Guia deverão ser adaptadas para se ajustarem ao processo de planeamento e gestão de cada país. Dado que o público-alvo para o Guia é a equipa distrital de saúde, esta terá igualmente de ser ajustada para corresponder às necessidades das equipas de saúde no apoio aos estabelecimentos de saúde.
- A vacinação está a ser fornecida à parte ou incluída num pacote de serviços de CSP? Se fizer parte de um pacote, será necessário rever as ferramentas de microplaneamento do Anexo 1 para incluir outras intervenções de CSP. Estas etapas do processo de microplaneamento poderão também exigir alguma revisão para reflectirem quem de facto participa no planeamento e gestão, aos níveis distrital e dos estabelecimentos de saúde.

COMPONENTE: CHEGAR ÀS POPULAÇÕES-ALVO

- Os termos "fixa", "avançada", "móvel" e "tipo campanha" (todos usados no Guia) têm significados bastante distintos de país para país. Defina estes termos segundo as suas políticas nacionais e utilize-os de forma coerente ao longo do Guia.
- As políticas nacionais suportam uma estratégia de prestação de serviços determinados pelos distritos? Se não for o caso, poderá ter de exercer alguma influência a favor de uma excepção ou alteração na política existente, antes de poder implementar a ACD em pleno.

- O sistema de informação existente reporta os números das vacinações dispensadas, por tipo de mecanismo de prestação de serviço, isto é, estabelecimento de saúde fixo, local de assistência avançada, clínica móvel, campanha nacional ou subnacional, etc.? Se não, tal poderá ser necessário no futuro.
- Os números oficiais da população estão correctos na maioria dos distritos? Se não estiverem e isso afectar o planeamento e a monitorização do desempenho, quais são as razões subjacentes a esta situação? Poderão estes problemas ser resolvidos através do uso da "contagem de cabeças" informal ou de outro tipo de informação pertinente disponível?
- Quem é público-alvo para a versão final do Guia da ACD? De que forma vai utilizá-lo para esses destinatários? Assegure-se de que a linguagem usada no Guia é adequada para o efeito e que todas as recomendações são dirigidas ao público-alvo.

COMPONENTE: LIGAR OS SERVIÇOS À COMUNIDADE

- Qual é a definição de "comunidade" no seu país? Utilize os termos e as definições que são geralmente conhecidas e usadas.
- Se os clubes de mães, comissões de saúde comunitária e outros grupos de base comunitária são comuns no seu país, use as designações pelas quais estes são conhecidos no texto adaptado, para tornar o documento efectivamente "vosso".
- Existem profissionais de saúde comunitária ou voluntários activos no seu país? Se for esse o caso, poderão estes ser envolvidos para melhorar o entendimento e a utilização dos serviços de vacinação (sem os sobrecarregar)? Se tal for possível, acrescente uma secção ao guia para o distrito, descrevendo o seu papel nos serviços de vacinação e outros serviços de CSP.
- Os grupos religiosos, mesquitas e outras congregações religiosas constituem uma rede importante de base comunitária? Se for adequado, incentive as equipas distritais e os estabelecimentos de saúde a envolvê-los.
- Existem normas para a frequência das reuniões entre o pessoal de saúde as comunidades? Quem deverá participar nas mesmas? Reescreva os padrões de desempenho e os indicadores de monitorização para que contemplem estas normas.

COMPONENTE: SUPERVISÃO DE APOIO

- Quais são as actuais políticas e práticas de supervisão? Identifique os problemas mais comuns de supervisão (frequência, conteúdo, técnicas de supervisão, documentação, etc.) e foque-se nesses problemas aquando da adaptação do Guia.

- Existem descrições do cargo e padrões de desempenho para os supervisores, gestores e vacinadores? Se não existirem, elabore-as antes de introduzir esta componente da ACD e faça referência às mesmas no Guia adaptado.
- As ferramentas de supervisão existentes estão disponíveis e são utilizadas? São eficazes? Se sim, faça-lhes referência no Guia. Se não, modifique e elabore uma quantidade adequada destas ferramentas antes de introduzir esta componente da ACD. Evite ferramentas que sejam demasiado complexas (evite listas de controlo demasiado extensas, que sejam extremamente demoradas a preencher) e demasiado generalistas (por exemplo, quando os dados não estão detalhados e não podem ser exaustivamente revistos, comparados, analisados e utilizados para a resolução de problemas.
- Os actuais procedimentos de supervisão, ferramentas e os próprios supervisores, são verdadeiramente de apoio? Os supervisores receberam formação para treinar o pessoal dos estabelecimentos de saúde? Os supervisores têm de estar bem informados e ser capazes de dar formação em serviço e de fornecer retroinformação construtiva. Estas expectativas deverão constar explicitamente do Guia.
- A supervisão é integrada ou focada apenas na vacinação? Se for integrada, poderá ser necessário efectuar alterações na formação dos supervisores antes de se introduzir esta componente da ACD.

COMPONENTE: MONITORIZAÇÃO PARA A ACÇÃO

- Os dados de vacinação são geridos e comunidados “verticalmente” ou como parte de um sistema integrado de gestão da informação sanitária? Faça reflectir o tipo de sistema de informação usado no seu país.
- Existem indicadores estabelecidos para a vacinação (e para outros serviços de CSP) que são geralmente usados para monitorizar o desempenho? Se existirem, utilize-os, mas considere também adoptar os indicadores de base recomendados na Ferramenta de Monitorização da ACD.
- Quem recolhe os relatórios e tem pronto acesso aos dados de vacinação? Em alguns países, os vacinadores e os gestores do PAV preenchem registos e fichas de contabilização, mas são os estaticistas que trabalham nos estabelecimentos de saúde que compilam estes dados e preparam relatórios. Os gestores das câmaras frigorificas poderão também recolher dados de vacinação importantes, que não são contemplados nos relatórios dos serviços de rotina. O Guia adaptado deverá ilustrar os papéis desempenhados pelos diferentes funcionários, ao nível do estabelecimento de saúde e do distrito.
- O seu país utiliza a Auto-Avaliação da Qualidade dos Dados (DQS)? Em todos os distritos? Com que frequência? Se a DQS estiver a ser usada, faça com que este facto conste do Guia e sugira formas como os resultados poderão ser usados para melhorar o uso e a qualidade dos dados.

- Quais são as normas ou os padrões de desempenho para a utilização dos dados de vacinação por parte das equipas distritais e pelo pessoal dos estabelecimentos de saúde? O que deverão eles fazer com esses dados, e com que frequência? Inclua estas normas e um indicador de monitorização adaptado para o acompanhamento desta componente da ACD na versão final do Guia.

QUESTÕES OPERACIONAIS

- Logística: Quais são as características dos sistemas logísticos que afectam os distritos e os estabelecimentos de saúde? A logística e a cadeia de frio para as vacinas de cada país são ligeiramente diferentes. A maioria melhorou estes sistemas nos últimos anos. As políticas relacionadas com a requisição, manuseamento e contabilização das vacinas e de outros consumíveis de vacinação, e com a gestão dos resíduos, deverão ser contempladas na adaptação do Guia.
- Comunicação: Quais são as técnicas de educação pública, advocacia e de mobilização social mais utilizadas aos níveis distrital e dos estabelecimentos de saúde? Poderá ser importante acrescentar conteúdo limitado ao Guia para reflectir estas técnicas. Ferramentas e materiais específicas do país para educação pública, advocacia e aconselhamento deverão também ser referidos no Guia.

MONITORIZAR E AVALIAR A ACD

- As orientações para a adaptação e uso da nova Ferramenta de Monitorização da ACD ao nível nacional, distrital e dos estabelecimentos de saúde estão incluídos na própria Ferramenta

ANEXOS

ANEXO 1:
FERRAMENTAS DE MICROPLANEAMENTO DA ACD

USO DAS FERRAMENTAS DE PLANEAMENTO E MONITORIZAÇÃO DA ACD: QUEM DEVERÁ COMPLETÁ-LAS E QUANDO O DEVE FAZER

O pessoal ao nível do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE é responsável pelo preenchimento das seguintes ferramentas da ACD:

Anualmente:

- 1a – Análise de situação: caraterísticas sociodemográficas
- 1b – Mapa dos estabelecimentos de saúde e das áreas de captação
- 2a – Análise de situação, identificação dos problemas e definição de prioridades
- 2b – Causas dos problemas e análise de situação
- 3 – Objectivos e metas de cobertura vacinal
- 4a – Estimativa de vacinas e outros consumíveis
- 4b – Estimativa de material para injecções
- 5a – Mapeamento social: análise financiador/parceiro
- 7a – Síntese do plano de actividades e orçamento para a estratégia Alcançar Cada Distrito

Trimestralmente:

- 5b – Ligar os Serviços de Vacinação às Comunidades: calendário de actividades

Mensalmente:

- Ferramenta de Monitorização do Desempenho do Estabelecimento de Saúde

O pessoal ao nível DISTRITAL é responsável pelo preenchimento das seguintes ferramentas da ACD:

Anualmente:

- 7a – Síntese do plano de actividades e orçamento para a estratégia Alcançar Cada Distrito
- Indicadores das Metas de Desempenhos dos Distritos e Categorias de Desempenho

Trimestralmente:

- 6 – Supervisão de apoio para a estratégia "Alcançar Cada Distrito": Calendários de actividades

Mensalmente:

- Ferramenta de Monitorização do Desempenho Distrital

O pessoal ao nível NACIONAL é responsável pelo preenchimento das seguintes ferramentas da ACD:

Mensalmente:

- Ferramenta de Monitorização do Desempenho Nacional

ANEXO 1 (CONTINUAÇÃO)

Estabelecimento de Saúde

Estratégia Alcançar Cada Distrito

Microplano

_____

Nome do Estabelecimento de Saúde

_____

Distrito

_____

País

_____

Ano

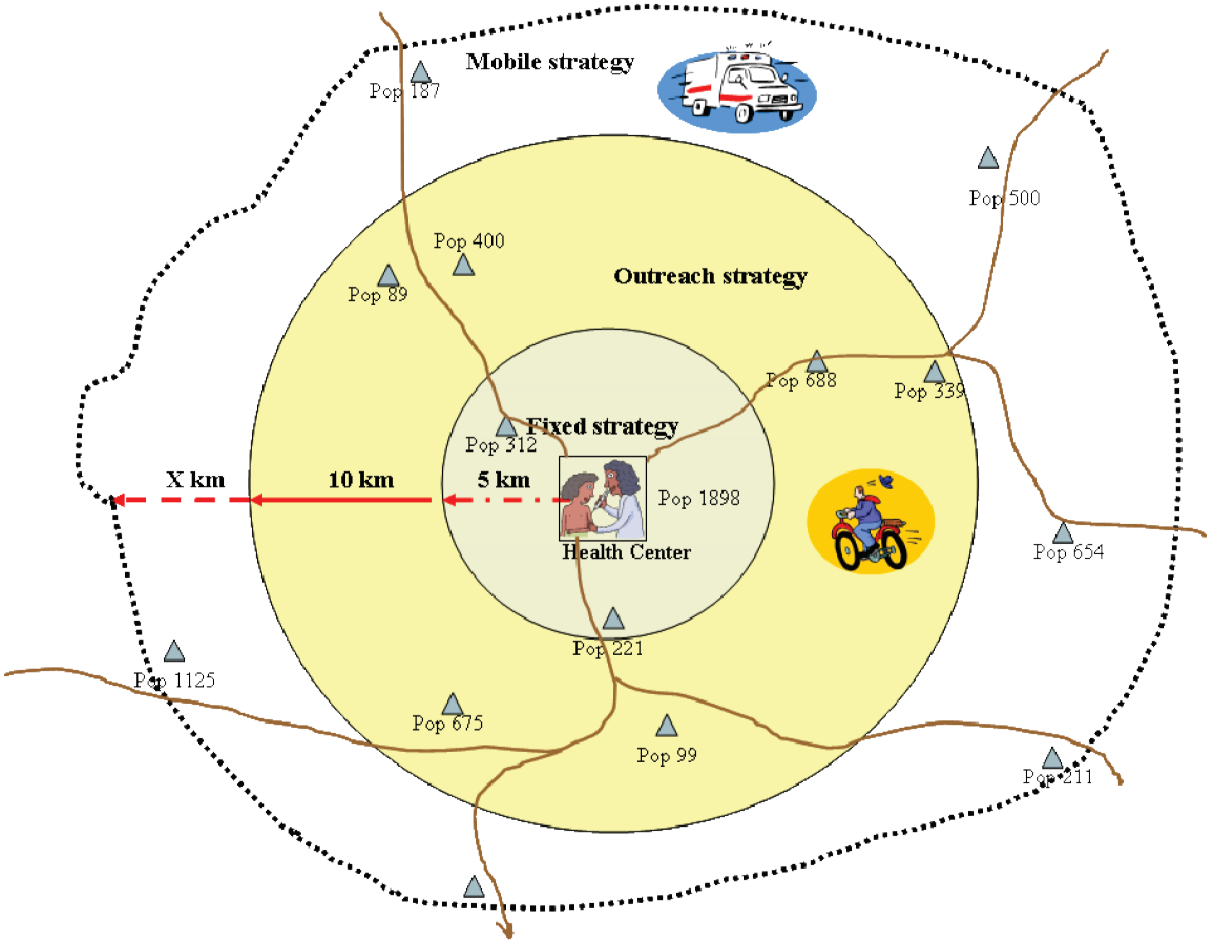
Ferramenta 1a – Análise de Situação: Características Sociodemográficas

Distrito: _____ Estabelecimento de Saúde: _____ Data: _____

Área de Captação (Aldeia, Bairro, Subúrbios, etc.)	População						Estratégias									Caracterísiticas Especiais[4]
	<1 ano		< 5 anos	< 15 anos	Mulheres Grávidas	WCBA * 15-44 anos	Fixa (<5 Km)			Avançada (5-15 km)			Móvel (>15 km)			
	Nascidos-vivos	Crianças Sobrevivas					Nascidos - vivos	Crianças Sobrevivas	Mulheres Grávidas	Nascidos - vivos	Crianças Sobrevivas	Mulheres Grávidas	Nascidos - vivos	Crianças Sobrevivas	Mulheres Grávidas	

[4] e.g. Acesso, religião, língua, profissão, etc.
* Mulheres em idade fértil

Ferramenta 1b: Mapa do distrito/estabelecimento de saúde e suas áreas de captação (exemplo em baixo)



Mobile strategy : Serviços móveis
Outreach strategy : Serviços avançados
Fixed strategy : Serviços fixos
Health Center : Estabelecimento de Saúde

Ferramenta 2a: Análise de Situação, Identificação de Problemas e Definição de Prioridades (Vacinação Infantil) [5]

Distrito: _____ Estabelecimento de Saúde: _____ Data: _____

Área de Captação (Aldeia, Bairro, Subúrbios, etc.)	Compile dados sobre a população e doses de vacinas administradas Calcule a cobertura vacinal nos últimos 12 meses							Analise o problema							Priorize
	População-alvo	Doses de vacinas administradas			Cobertura vacinal (%)			Não vacinados (N.º)		Taxa de abandono (%)		Identifique problemas		Categorize problemas	
	<1 ano (crianças sobrevivas)	DTP1	DTP3	Sarampo	DTP1	DTP3	Sarampo	DTP3	Sarampo	DTP1-DTP3	DTP1-Sarampo	Acesso	Utilização	Categoria 1,2,3,4	Priorize 1,2,3,4
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P

Legenda:

F = (C/B) X100

G = (D/B) X100

H = (E/B) X100

I = (B – D)

J = B – E

K = [(C-D)/C] X100

L = [(C-E)/C] X100

M = FRACO (DTP1< 80%) OU BOM (DTP1> 80%)

N = FRACO (DTP1- Sarampo >10%) OU BOM (DTP1 - Sarampo <10%))

O = (1) Sem problemas: Baixa taxa de abandono, cobertura elevada OU (2) Problemas de utilização: Taxas elevadas de abandono, Taxa de cobertura elevada OU (3) Problemas de acesso: Baixa taxa de abandono, Baixa taxa de cobertura ou (4) Problemas de utilização e Acesso: Taxa elevada de abandono, Baixa taxa cobertura

P = (1) MUITO ALTA or (2) ALTA or (3) MÉDIA or (4) BAIXA, com base no número de Crianças Não Vacinadas e na Categoria do Problema

[5] A ferramenta pode ser usada para a análise de situação e para outras intervenções de saúde materno-infantil

Ferramenta 2b: Causas dos problemas e Análise de Situação (Vacinação Infantil)

Distrito: _____ Estabelecimento de Saúde:_____ Data: _____

Componentes do Sistema	**Problemas Identificados**	**Causas dos Problemas**	**Soluções (com os recursos existentes e adicionais)**	**Pessoas Responsáveis e Possível Calendarização**
Prestação do Serviço				
Aprovisionamento de Vacinas, Qualidade e Logística				
Advocacia e Comunicação				
Vigilância e Monitorização				
Gestão do Programa				

Ferramenta 3: Objectivos e Metas da Cobertura Vacinal [6]

Distrito: _____ Estabelecimento de Saúde: _____ Data: _____

Objectivos da Cobertura Vacinal: (para determinar a maior) % de cobertura para todos os antigénios

Área de captação	Prioridade	População			A vacinar uma vez por mês			Distância	Estratégia	Sessões	Transporte	
(Bairros, Subúrbios, Aldeias, etc.)	Como definido na Ferramenta 2a	Nados-vivos	Crianças Sobrevivas	Mulheres Grávidas	Nados-vivos	Crianças Sobrevivas	Mulheres Grávidas	(km da ES)	Fixa, Avançada, Móvel	(N.º por ano)	Tipo	Custo
A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**	**L**	**M**

- F, G & H: População-alvo x Objectivo de Cobertura / 12
- K: Cada aldeia deverá ser visitada pelo menos 4 vezes ao ano
- L: A pé, bicicleta, motocicleta, carro, barco
- M: Custo do aluguer ou do combustível + ajudas de custos (se for aplicável)

[6] **Consulte a ferramenta 2a para preencher a tabela indicada em cima**

Ferramenta 4a: Estimativa de Vacinas e de outros consumíveis

Vacina	População-alvo	Cobertura Esperada	Doses	Factor de Desperdício	Depósito Regulador	Necessidades (doses)	
	N.º	%	N.º		25%	Anual	Mensal
Bacillo Calmette-Guerin (BCG)							
DTP							
Vacina Oral da Polio (VOP)							
Sarampo							
Febre-amarela							
Tétano Toxóide (TT)							
Outras Vacinas							
Outras Vacinas							
Vit A 100.000 IU							
Vit A 200.000 IU							
Outros Consumíveis (Albendazol, MTI)							
Outros Consumíveis							

Ferramenta 4b: Estimativa de material para injecções

Material de Injecção	Necessidades anuais de vacinas				Cálculo	Necessidades de seringas	
	Doses	Frascos	Factor de Desperdício	Depósito Regulador		Anual	Mensal
Seringas BCG 0,05ml					1 por dose		
Seringas BCG para Diluição					1 por frasco		
Seringas AB para vacina contendo DTP					1 por dose		
Seringas AB Sarampo					1 por dose		
Seringas Sarampo para Diluição					1 por frasco		
Seringas AB TT					1 por dose		
Seringas AB FA					1 por dose		
Seringas para outras vacinas					1 por dose		
Seringas para outras vacinas					1 por dose		
Total de seringas							
Contentores de segurança 5 litros					1 por 100 seringas *		

* Se o ES usar um cortador de agulhas, o contentor pode conter mais de 100 seringas, uma vez que as agulhas não estarão colocadas nas seringas.

Factor de Desperdício: use 1,11 como factor de desperdício (10% da taxa de desperdício)

Depósito Regulador: use 25%

Ferramenta 5a: Mapeamento Social: Análise dos Financiadores /Parceiros

Distrito:_____ Sub-Distrito:_____ Estabelecimento de Saúde: _____ Data: _____

Área de Captação (Bairro/ Subúrbios, Aldeias)	Escola		Líderes de Opinião	Instituições Religiosas		Curandeiros		Agricultores e Empresários		ONG / CBO/ Outros	
	Nome	Director	Nome	Nome	Pessoa a contactar	Nome	Pessoa a contactar	Nome	Pessoa a contactar	Nome	Pessoa a contactar
Actuais pontos fortes dos principais parceiros: Oportunidade e ameaças:											

Ferramenta 5b: Ligar os Serviços de Vacinação às Comunidades: Plano de Actividades

Distrito: _____ Sub-Distrito: _____ Estabelecimento de Saúde:_____ Ano:_____ Trimestre :_____

N.º.	Actividade	Onde (Localização)	Responsável	Quando (Datas)			Observações
				Mês: _____	Mês: _____	Mês: _____	

Ferramenta 6: Supervisão de Apoio para a estratégia Alcançar Cada Distrito: Plano de Actividades

Distrito: _____ Sub-Distrito:_____ Estabelecimento de Saúde: _____ Ano: _____ Trimestre: _____

N.º	Actividade	Onde (Localização)	Responsável	Quando (Datas)			Observações
				Mês: _____	Mês: _____	Mês: _____	

Os supervisores e outros intervenientes deverão discutir com cada equipa dos estabelecimentos de saúde quais as datas adequadas para ambas as partes, para as visitas de supervisão de apoio e visitas de acompanhamento. Os estabelecimentos de saúde com subunidades de saúde, deverão considerar o mesmo processo para a supervisão de apoio. O mesmo aplica-se aos estabelecimentos de saúde que visitam as comunidades.

Ferramenta 7a: Síntese do Plano de Actividades e Orçamento para a estratégia Alcançar Cada Distrito

Distrito: _____ Sub-Distrito: _____ Estabelecimento de saúde: _____

S/N	Actividades	Detalhes	Data de Início	Data de Fim	Custo Total	Responsável	Observações
A	Planeamento e gestão de recursos						
A1							
A2							
A3							
B	Alcançar às populações-alvo						
B1							
B2							
B3							
C	Ligar as comunidades aos serviços						
C1							
C2							
C3							
D	Supervisão de apoio						
D1							
D2							
D3							
E	Monitorização e uso dos dados para a acção						
E1							
E2							
E3							
Total Geral							

ANEXO 2: AS FERRAMENTAS DE MONITORIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA ACD

Para dar um apoio suplementar à intensificação da ACD na Região Africana, a OMS e os parceiros elaboraram a Ferramenta de Monitorização da ACD, cujo objectivo passa por determinar se todas as cinco componentes da ACD estão a ser implementadas em pleno, e se os distritos que estão a implementar a estratégia estão efectivamente a alcançar e a manter um aumento da cobertura vacinal. A ferramenta consiste:

1. Em padrões de desempenhos ilustrativos para cada uma das cinco componentas da ACD, que podem ser avaliadas através de um conjunto de indicadores de base.
2. Num conjunto de indicadores de base que podem ser medidos ao longo do tempo.
3. Numa lista adicional de indicadores opcionais ou alternativos, que podem ser úteis em situações específicas de cada país (não incluída neste Guia).
4. Numa folha de cálcula em Excel que pode ser usada para recolher, compilar e apresentar os dados de monitorização da ACD.
5. Em orientações para a adaptação da Ferramenta de Monitorização da ACD às especificações de cada país.

A Ferramenta destina-se a ajudar os gestores a tomar melhores decisões – sem sobrecarregar os prestadores de serviços com a recolha e envio de ainda mais dados através do sistema de saúde. Por conseguinte, a Ferramenta de Monitorização da ACD foi concebida para fazer uso dos dados existentes – recolha de dados através de informação de saúde de rotina ou do sistema de informação do programa de vacinação, dos supervisores durante as visitas regulares de supervisão, etc. A ferramenta poderá ser usada para a "auto-avaliação" dos estabelecimentos de saúde e dos distritos que estão a implementar a ACD. Para além disso, os supervisores poderão utilizá-la para monitorizar funções-chave da vacinação e os resultados dos estabelecimentos de saúde, distritos e regiões.

Para mais detalhes, consulte o Capítulo 9 deste Guia.

A Ferramenta de Monitorização da ACD contém seis fichas, cinco das quais estão incluídas neste Anexo:

A. Lista de indicadores de desempenho de base, definição, unidade de medida e frequência de recolha sugerida
B. Ferramenta de monitorização, a ser completada ao nível do estabelecimento de saúde
C. Ferramenta de monitorização, a ser completada ao nível do distrito, incluindo a síntese dos dados do estabelecimento de saúde
D. Ferramenta de monitorização, a ser completada ao nível nacional
E. Síntese do desempenho da estratégia ACD ao nível sub-nacional, a ser completada ao nível nacional
F. Indicadores adicionais (não incluídos neste Guia)

S/N	Componente ACD	Área	Indicador Chave Padrão	Definição do Indicador Chave, Unidade de Medida e Período de Avaliação		
				U.S	**Distrito**	**Nível Nacional**
1	PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS	PLANIFICAÇÃO	Microplanos actualizados	Unidades Sanitárias (U.S) com microplanos actualizados/Total de U.S	Distritos com microplanos actualizados/Total de Distritos	Plano Anual do PAV Nacional está actualizado?
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Trimestral*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Trimestral/Semestral*	*Unidade de Medida: Sim/Não* *Periodicidade: Anual*
2		GESTÃO DE VACINAS	Inexistência de ruptura de stock de antigenios	U.S sem ruptura de stock de nenhum antigénio/Total de U.S	Distritos sem ruptura de stock de nenhum antigenio/Total de Distritos	Houve ruptura de stock de algum antigénio a nível nacional?
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Mensal*	*Unidade de Medida: Sim/Não* *Periodicidade: Mensal*
3		SEGURANÇA	Inexistência de ruptura de stock de seringas auto-bloqueantes	U.S sem ruptura de stock de seringas auto-bloqueantes/Total de U.S	Distritos sem ruptura de stock de seringas auto-bloqueantes/Total de Distritos	Houve ruptura de stock de seringas auto-bloqueantes a nível nacional?
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Mensal*	*Unidade de Medida: Sim/Não* *Periodicidade: Mensal*
4		RECURSOS HUMANOS	Pelo menos um técnico treinado em Imunização	U.S com pelo menos 1 técnico formado em imunização no ano passado/Total de U.S	Distritos com pelo menos 1 técnico formado em imunização no ano passado/Total de Distritos	
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Anual*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Anual*	
5		FINANCIAMENTO	Disponibilização de fundos para vacinação de rotina	U.S com fundos disponíveis para equipas móveis e avançadas/Total de U.S	Distritos com fundos disponíveis para equipas móveis e avançadas/Total de Distritos	O Nível Nacional tem fundos disponíveis para imunização com equipas móveis e avançadas?
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Trimestral*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Trimestral*	*Unidade de Medida: Sim/Não* *Periodicidade: Trimestral*
6	LIGANDO OS SERVIÇOS COM A COMUNIDADE		Reuniões comunitárias realizadas	U.S que realizaram pelo menos 1 reunião com a comunidade/Total de U.S	Distritos que realizaram pelo menos 1 reunião com a comunidade (OBC e/ou autoridades locais)/Total de Distritos	
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Trimestral*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Trimestral*	

S/N	Componente ACD	Indicador Chave Padrão	Definição do Indicador Chave, Unidade de Medida e Período de Avaliação		
			U.S	**Distrito**	**Nível Nacional**
7	**ALCANÇANDO AS POPULAÇÕES ALVO**	**Desempenho das Equipas móveis/avançadas*** *onde a população alvo para equipas moveis/avançadas não estiver bem definida, utilizar* ***'número de deslocações efectuadas/número de deslocações planificadas'***	Doses de DTP1|Penta1 administradas pelas equipas móveis|avançadas / Total de doses de DTP1|Penta1 planificadas pelas equipas móveis|avançadas das U.S no mês X 100; *como alternativa (caso a população alvo para intervençao móvel|avançada não estiver bem definida) utilizar: Número de sessões móveis|avançadas realizadas pelas U.S / Total de sessões móveis|avançadas planificadas pelas U.S*		
			Unidade de Medida: Num/Denom & Percentagem *Periodicidade: Mensal*		
8	**SUPERVISÃO FORMATIVA**	**Supervisões formativas realizadas**		Número de visitas de supervisão formativa, efectuadas pelo distrito às U.S/Total de U.S	Número de visitas de supervisão formativa, efectuadas pelo nível central/Total de distritos
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Trimestral*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Trimestral*
9	**MONITORIZAÇÃO PARA ACÇÃO**	**Cumprimento da Informação**		Relatórios de vacinação das U.S recebidos pelo distrito/Total de U.S	Relatórios distritais de vacinação recebidos pelo nível nacional/Total de distritos
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal*	*Unidade de Medida: Percentagem* *Periodicidade: Mensal*
10		**Reuniões de avaliação realizadas**		Distritos que realizam reuniões de avaliação/Total de distritos	
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal*	
11		**Monitorização de Dados**	U.S com o gráfico de monitorização actualizado e correctamente desenhado/Total de U.S		
			Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal*		

S/N	Componente ACD		Indicador Chave Padrão	Definição do Indicador Chave, Unidade de Medida e Período de Avaliação		
				U.S	Distrito	Nível Nacional
					Categorias de Desempenho	
12	DESEMPENHO	ACESSO	Cobertura Vacinal de DTP1/Penta1	Numero de crianças < 12 meses vacinadas com DPT1 / Numero de crianças <12 meses de idade X 100		
				Unidade de Medida: Num/Denom & Percentagem *Periodicidade: Mensal (cumulativo)*		
13		UTILIZAÇÃO	Taxa de Abandono DTP1/Penta1 - DTP3/Penta3	Cobertura com DPT1 menos Cobertura com DPT3 / Cobertura com DPT1 X 100* *(deve ser interpretado considerando os níveis de coberturas reais, tal como DPT1)*		
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal (cumulativo)*		
14			Taxa de Abandono DTP1/Penta1 - Sarampo	Cobertura com DPT1 menos Cobertura com anti-sarampo / Cobertura com DPT1 X 100* *(deve ser interpretado considerando os níveis reais de cobertura, tal como DPT1)*		
				Unidade de Medida: Percentagem *Periodicidade: Mensal (cumulativo)*		

MÊS	PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS					LIGANDO OS SERVIÇOS COM A COMUNIDADE	ALCANÇANDO AS POPULAÇÕES-ALVO		MONITORIZAÇÃO PARA ACÇÃO	DESEMPENHO			
	PLANEAMENTO	GESTÃO DE VACINAS	SEGURANÇA	PESSOAL	FINANCIAMENTO					ACESSO		UTILIZAÇÃO	
	Microplanos actualizados	Ruptura de estoque de qualquer vacina	Ruptura de estoques de Seringas auto-bloqueantes	No mínimo uma pessoa treinada em vacinação	Fundos disponibilizados para estratégia avançada	Reuniões realizadas com a comunidade	Efetividade da estratégia avançada*		Dados Monitorizados	Taxa de Cobertura para DPT1		Taxa de abandono de DPT1 para DPT3	Taxa de Abandono de DPT1 para anti-Sarampo
	YES/NO	YES/NO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	NUM/DENOM	%	SIM/NÃO	NUM/DENOM	%	%	%
	1	2	3	4	5	6	7		8	9		10	11
JANEIRO													
FEVEREIRO													
MARÇO													
ABRIL													
MAIO													
JUNHO													
JULHO													
AGOSTO													
SETEMBRO													
OUTUBRO													
NOVEMBRO													
DEZEMBRO													

**Nota: os países devem alterar o indicador com base no que lhes é mais apropriado; Ver "RED Core Indicators" tab*

MÊS	PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS										LIGANDO SERVIÇOS COM A COMUNIDADE		ALCANÇANDO AS POPULAÇÕES-ALVO		SUPERVISÃO DE APOIO		MONITORIZAÇÃO PARA ACÇÃO						SUMÁRIO DO DESEMPENHO DE TODAS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO DISTRITO			
	PLANEAMENTO		GESTÃO DE VACINAS		SEGURANÇA		PESSOAL		FINANCIAMENTO														ACESSO		UTILIZAÇÃO	
	Microplanos actualizados		Ruptura de estoques de qualquer vacina		Ruptura de estoques para seringas auto-bloqueantes		Pessoal formado em vacinação		Fundos disponibilizados para vacinação de rotina		Reuniões realizadas com a comunidade		Efectividade da estratégia avançada		Supervisões de apoio realizadas		Oportunidade dos relatórios		Reuniões de avaliação realizadas		Dados monitorizados		Taxa de Cobertura para DPT1		Taxa de Abandono de DPT1 para DPT3	Taxa de Abandono de DPT1 para anti-Sarampo
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	14
	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DIST	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DIST	SUMÁRIO DO DISTRITO		SUM. DISTRITO	SUM. DISTRITO
	%	S/N	%	S/N	%	S/N	%	S/N	%	S/N	%	S/N	%			# visitas		# relatórios		S/N	%		NUM/DENOM	% (cumulativo)	% (cumulativo)	% (cumulativo)
JANEIRO																										
FEVEREIRO																										
MARÇO																										
ABRIL																										
MAIO																										
JUNHO																										
JULHO																										
AGOSTO																										
SETEMBRO																										
OUTUBRO																										
NOVEMBRO																										
DEZEMBRO																										

**Nota: os paises devem alterar o indicador com base no que lhes seja mais apropriado; ver "Indicadores de base da ACD" tab*

MÊS	PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS				SUPERVISÃO DE APOIO	MONITORIZAÇÃO PARA ACÇÃO	SUMÁRIO DO DESEMPENHO DAS UNIDADES SANITÁRIAS DO PAÍS		
	PLANIFICAÇÃO	GESTÃO DE VACINAS	SEGURANÇA	FINANCIAMENTO			ACESSO	UTILIZAÇÃO	
	Plano Anual do PAV Nacional actualizado	Ruptura de estoque de qualquer vacina no nível nacional no mês passado	Ruptura de estoque de Seringas Auto-bloqueantes no nível nacional no mês passado	Fundos disponibilizados para actividades de vacinação de rotina durante o último trimestre no nível nacional	Número de supervisões de apoio efectuadas pelo nível nacional no último trimestre	Número de relatórios distritais de vacinação de rotina recebidos pelo nível nacional no mês passado	Cobertura Vacinal de DTP1/Penta1	Taxa de Abandono DTP1/Penta1 - DTP3/Penta3	Taxa de Abandono DTP1/Penta1 - Sarampo
	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO	SIM/NÃO
	1	2	3	5	6	7	9	10	11
JANEIRO									
FEVEREIRO									
MARÇO									
ABRIL									
MAIO									
JUNHO									
JULHO									
AGOSTO									
SETEMBRO									
OUTUBRO									
NOVEMBRO									
DEZEMBRO									

MÊS	PLANEAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS										LIGANDO SERVIÇOS COM A COMUNIDADE		ALCANÇANDO AS POPULAÇÕES-ALVO		SUPERVISÃO DE APOIO		MONITORIZAÇÃO PARA ACÇÃO						SUMÁRIO DE DESEMPENHO DE TODOS OS E.S. DO DISTRITO			
	PLANEAMENTO		GESTÃO DE VACINAS		SEGURANÇA		PESSOAL		FINANCIAMENTO														ACESSO		UTILIZAÇÃO	
	Microplanos actualizados		Ruptura de estoque de qualquer vacina		Ruptura de estoques de seringas AB		Pessoal formado em vacinação		Fundos disponibilizados para vacinação de rotina		Reuniões realizadas com a comunidade		Efectividade da estratégia avançada*		Supervisões de Apoio realizadas		Oportunidade dos relatórios		Reuniões de avaliação realizadas		Dados Monitorizados		Taxa de Cobertura para DPT1		Taxa de Abandono de DPT1 para DPT3	Taxa de Abandono de DPT1 para anti-Sarampo
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	14
	ES	DISTRITO.	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DIST	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DISTRITO	ES	DIST	Sum. de todos os ES do Distrito		Sum. do Distrito	Sum. do Distrito
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	NUM/DENOM	% (cumulativo)	% (cumulativo)	% (cumulativo)
JANEIRO																										
FEVEREIRO																										
MARÇO																										
ABRIL																										
MAIO																										
JUNHO																										
JULHO																										
AGOSTO																										
SETEMBRO																										
OUTUBRO																										
NOVEMBRO																										
DEZEMBRO																										

**Nota: os países devem alterar o indicador com base no que lhes seja mais adequado; ver "Indicadores de Base ACD" tab*

ANEXO 3: FORMATO GENÉRICO DA SUPERVISÃO DE APOIO

Formato Genérico da Supervisão de Apoio

Nome e tipo de estabelecimento de saúde:

Nome(s) e cargo do prestador(es) de saúde:

Nome do supervisor:

Data da supervisão:

Parte 1: Formato da Avaliação

Práticas-chave	Excelente	Aceitável	Pode Melhorar

… [linhas adicionais omitidas para poupar espaço]

Nota: Marque (√) uma coluna para cada prática. As práticas deverão incluir padrões técnicos nacionais relativos a essas práticas, tais como verificar e registar as temperaturas da câmaras frigoríficas duas vezes ao dia, seguindo a política de contra-indicação e política de frasco multi-dose, assim como práticas que reflectem atitudes positivas, tais como comunicar informação essencial a quem cuida dos doentes, tratar as famílias com simpatia e sensibilidade, e respeitar e trabalhar em cooperação com os supervisores.

Parte 2: Dê retroinformação ao(s) prestador(es) de saúde a respeito do que está a ser bem feito e o que precisa de melhorar. Discuta as áreas mais fracas e chegue a acordo com o prestador sobre uma a três áreas em que concordam efectuar melhorias. Se possível, o director do estabelecimento de saúde deverá participar.

Parte 3: Juntamente com o prestador(es) de saúde, discuta a forma como se poderão efectuar melhorias em uma a três áreas distintas. Considere o que poderá fazer para ajudar, o que o(s) prestador(es) deverão fazer e o que outros (director do estabelecimento, pessoal ao nível distrital ou provincial; líderes ou membros da comunidade) precisam para abordar as práticas mais fracas. Trace o plano usando o formulário indicado em baixo. Guarde uma cópia e dê a outra ao(s) prestador(es). Por último, sugira uma data aproximada para voltar e reavaliar as práticas.

Nota: a parte da avaliação da supervisão de apoio é feita através da combinação de observação, questões colocadas aos prestadores de saúde, e revisão de registos. Nunca critique ou corrija um prestador em frente ao público. Se um ou dois prestadores necessitam de melhorar numa determinada área, discusta, ou exemplifique, a melhor forma de o fazer na presença de todo o pessoal. É melhor apresentar a questão como um problema para todos resolverem em conjunto. Por exemplo, alguns prestadores dão informações incompletas às mães e não as incentivam a colocar questões. De que forma é que os prestadores podem melhorar neste aspecto?

O supervisor deverá guardar os formulários de avaliação e de acordo, para que possa comparar os resultados ao longo do tempo, e deverá sempre trazer os formulários da última supervisão quando efectuar a visita seguinte.

ACORDO SOBRE PRÁTICAS QUE PRECISAM DE SER MELHORADAS

Nome e tipo de estabelecimento de saúde:

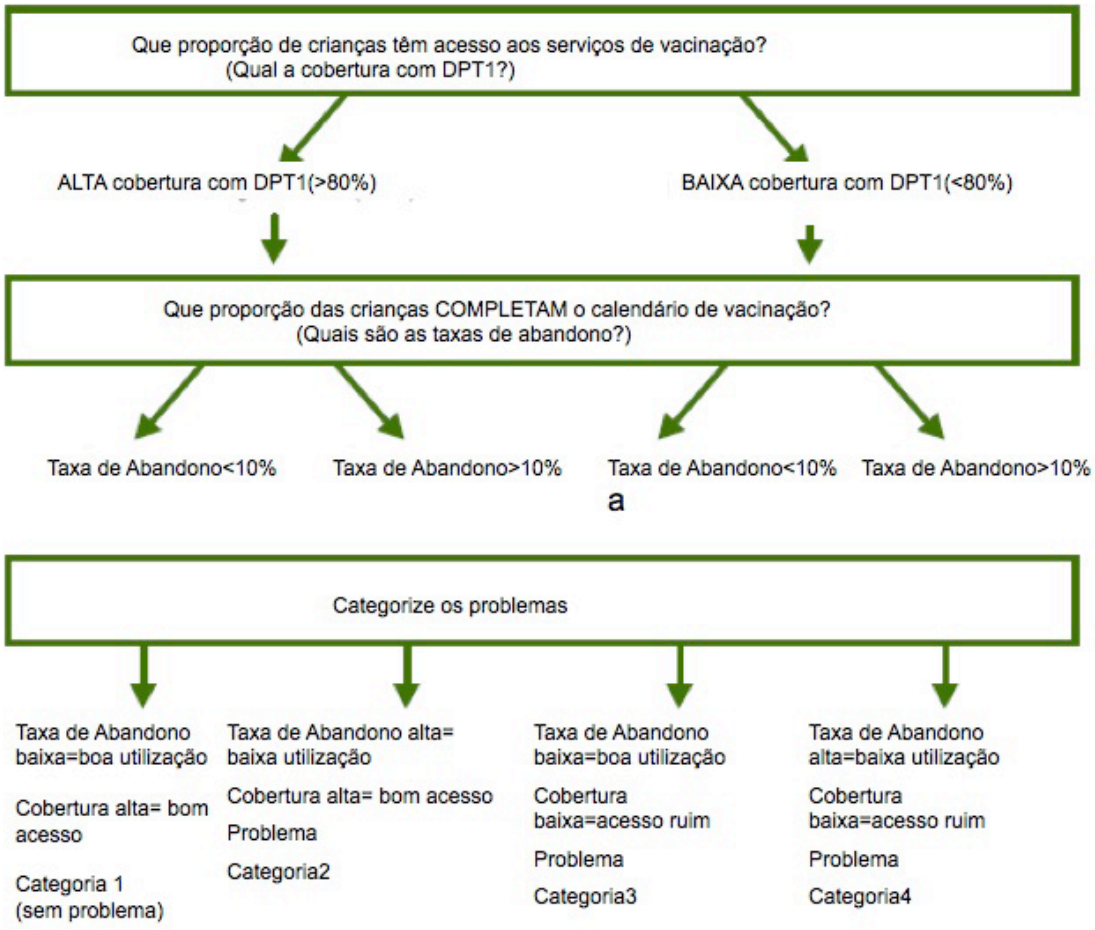
Nome(s) e cargo do(s) prestador(es) de saúde:

Nome do supervisor:

Data da supervisão:

Prática(s) que precisam de ser melhoradas (partes 1 a 3)	**O que o(s) prestador(es) irão fazer**	**O que o supervisor irá fazer para apoiar o(s) prestador(es)**	**O que outros intervenientes precisam de fazer: indique quem vai fazer o quê**

ANEXO 4: ANÁLISE DO ACESSO E DO ABANDONO [7]



Categoria 1: Sem problemas
Alta cobertura de DTP1 = **bom acesso**
Baixas taxas de abandono = **boa utilização e um fornecimento consistente de serviços de boa qualidade**

Categoria 2: Problema
Alta cobertura de DTP1 = **bom acesso**
Altas taxas de abandono = **má utilização e/ou um fornecimento inconsistente de serviços ou serviços de baixa qualidade.**

Categoria 3: Problema
Baixa cobertura de DTP1 = **mau acesso**
Baixas taxas de abandono = **boa utilização e um fornecimento consistente de serviços de boa qualidade, pelo menos nas zonas com acesso**

Categoria 4: Problema
Baixa cobertura de DTP1 = **mau acesso**
Altas taxas de abandono = **má utilização e/ou um fornecimento inconsistente de serviços ou serviços de baixa qualidade, pelo menos nas zonas com acesso**

[7] Increasing immunization coverage at the health facility level, WHO/V&B/02.27
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

ANEXO 5: REFERÊNCIA RÁPIDA DA ACD

1. Planeamento e Gestão de Recursos

Melhor gestão dos recursos humanos, materais e financeiros

Esta componente é normalmente mais fraca ao nível distrital. Nos distritos e nos estabelecimentos de saúde, o planeamento deverá incorporar detalhes sobre os recursos humanos, materiais e financeiros necessários para alcançar todas as populações-alvo de uma forma sustentável. Esta componente centra-se nos:

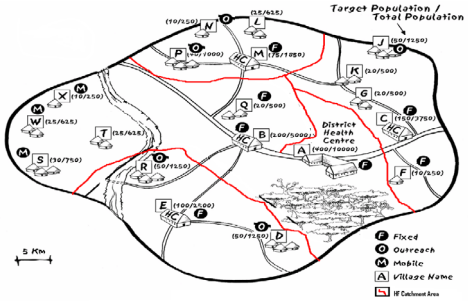
- Detalhes sobre os recursos humanos e financeiros necessários (microplaneamentos)
- Recursos materiais necessários (planos logísticos)
- Orçamentação e desembolso atempado dos fundos
- Perspectivas futuras de financiamento
- Aspectos de sustentabilidade
- Situação actual
- Empenho dos parceiros
- Sensibilização das comunidades e mobilização social

2. Chegar as Populações – Alvo

Melhorar o acesso aos serviços de vacinação por parte de todas as mulheres e crianças

No passado, a componente foi chamada de "REESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AVANÇADA", tendo sido agora rebaptizada para realçar que poderá ser necessário um misto de serviços fixos e avançados, assim como actividades móveis ou tipo campanha. Esta componente centra-se na forma de melhorar:

- O acesso e a utilização dos serviços por todas as comunidades e populações elegíveis (mulheres e crianças). É fundamental entender e abordar os problemas específicos da área de captação, associados aos excluídos (baixa cobertura de DPT1) e ao abandono (altas taxas de abandono da DTP1-3).
- Acesso para comunidades carenciadas. A base para o êxito da implementação de serviços de assistência de proximidade junto das populações carenciadas consiste na existência de um estabelecimento de saúde plenamente operacional, equipado e provido de recursos humanos.



3. Ligar os Serviços às Comunidades

Estabelecer parcerias com as comunidades para promover e prestar os serviços

Os serviços de vacinação deverão ser melhor integrados nas estruturas comunitárias, num ambiente de consulta entre a comunidade e os gestores de saúde. Esta componente centra-se na:

- Identificação e desenvolvimento de parcerias com as estruturas e grupos comunitários
- Reforço da capacidade do PAV, profissionais de saúde e equipas de vacinação, para planear e comunicar os serviços de vacinação de forma eficaz e activa aos utentes e à comunidade
- Melhorar a apropriação por parte das comunidades e o seu envolvimento no planeamento e utilização dos serviços
- Advogar, em conjunto com os líderes comunitários, pelo apoio aos serviços e ao pessoal, e informar as comunidades

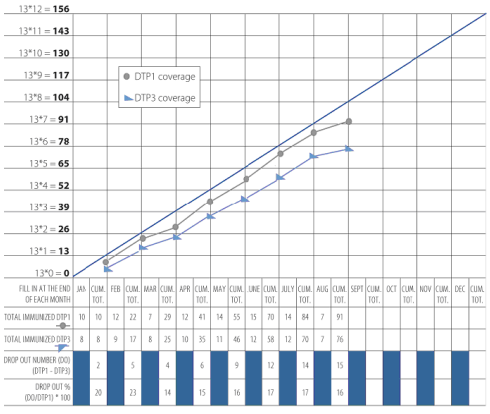
4. Supervisão de Apoio

Formação regular no local, retroinformação e acompanhamento com o pessoal de saúde

A supervisão de apoio deverá criar capacidades para se executarem serviços de vacinação seguros e de boa qualidade no distrito, através da formação e assistência no local de trabalho. Poderá também oferecer a oportunidade (dependendo das directrizes nacionais) para integrar a supervisão de outras intervenções de saúde, como a nutrição, paludismo, etc. A supervisão de apoio é diferente da tradicional supervisão autocrática e:

- Utiliza ferramentas de supervisão adequadas e fáceis de usar
- Fornece objectivos de supervisão claros (orais e escritos) e acompanhamento, para ajudar o pessoal de saúde na resolução de problemas
- Permite tempo suficiente para dispensar tutoria e formação no local de trabalho
- Oferece apoio adicional aos estabelecimentos de saúde com um desempenho mais fraco

5. Monitorização Para a Acção



Utilização de ferramentas e retroinformação para a auto-monitorização contínua, por exemplo, elaboração de tabelas das doses administradas e mapeamento das populações

Os gestores de saúde precisam de um fluxo contínuo de informação que lhes indique se os serviços de saúde são ou não de elevada qualidade e acessíveis à população-alvo, quem está ou não a ser alcançado, que recursos estão a ser eficientemente utilizados e se as estratégias estão a cumprir os objectivos propostos. Esta componente centra-se:

- No uso correcto das ferramentas de monitorização do PAV para a auto-monitorização aos níveis distritais e dos estabelecimentos de saúde
- No pleno uso dos indicadores que ajudam a identificar a cobertura, plenitude, actualidade e qualidade dos dados
- No uso dos dados para melhorar o planeamento e a gestão