

Normas para Brigadas Móveis (BM) (Primeiro Esboço)

Introdução

Logo após a introdução do Programa Alargado de vacinação nas unidades sanitárias do país em 1979, o Ministério da Saúde apercebeu-se de que, com a baixa cobertura da rede sanitária (somente cerca de 40% da população tem cobertura dos serviços de saúde), os postos fixos de vacinação não seriam capazes de abranger a maior parte da população. Para que a vacinação tenha algum impacto significativo na redução da incidência de doenças preveníveis pela vacinação e, na redução da mortalidade infantil, é necessário que as coberturas vacinais para essas doenças sejam suficientemente elevada. Assim, para cobrir o maior número de população possível e aumentar as coberturas vacinais, o MISAU decidiu introduzir as brigadas móveis para vacinação nas comunidades que se encontram distantes das unidades sanitárias com posto fixo de vacinação. Esta estratégia mostrou ser muito útil e eficaz em vários países onde é implementada. No entanto, envolve mais custos em relação aos postos fixos e exige maior organização logística, de modo que deve ser considerada estratégia alternativa somente enquanto não houver possibilidade de abrir postos fixos de vacinação próximo às comunidades.

Em Fevereiro e Março de 2004, o PAV realizou em coordenação com o Projecto HOPE, um estudo para analisar o funcionamento das BM no país, identificar as práticas que contribuem para o bom funcionamento e, divulgá-las para que sejam seguidas em todo o país, assim uniformizando e maximizando a eficácia da implementação das BM. Este estudo conclui que, a implementação das BM não é eficiente em muitos casos, representando esforços e custos elevados com resultados fracos, que poderiam ser melhorados com uma gestão e planificação adequados. Nos locais onde foi possível analisar a contribuição das BM para as coberturas vacinais, observou-se que a contribuição média das BM é de 20%, algo considerado encorajador para o programa, porque a contribuição mínima aceitável é de 15%. De modo a ultrapassar os problemas identificados na realização do estudo e, para tentar levar todos os distritos ao mesmo nível de desempenho/eficácia das BM, foram elaboradas as presentes Normas de Implementação das BM, com base nas constatações feitas no estudo.

Áreas de Boas Práticas de BM

Durante o estudo a que se fez referência acima, foram identificados 5 aspectos principais que, quando praticados, conduzem ao bom funcionamento das BM, nomeadamente:

- Planificação e Registo Adequados
- Comunicação eficiente com as comunidades
- Retroinformação às comunidades sobre a evolução do programa
- Tomada de decisões baseada na análise de dados das actividades desenvolvidas
- Gestão adequada dos recursos

Para poder ter BM com bom desempenho, é muito importante fazer a planificação de forma analítica e sistemática, usando informação quantitativa e qualitativa. Não se deve simplesmente planificar visitar os mesmos lugares de sempre. A planificação feita sem analisar o trabalho realizado anteriormente pode facilmente resultar numa oportunidade perdida de melhorar o desempenho das BM.

Na tabela abaixo, está indicado em detalhe os procedimentos que levarão à melhoria do funcionamento das BM no seu distrito.

Recomendações para Melhorar o Desempenho de BM	Explicação das Recomendações
Planificação e Registo Adequados	
A seguinte informação deverá estar disponível <u>antes</u> do início da planificação das BM:	
Mapa da área	É importante ter o mapa da área (distrito ou área de saúde no caso das US), suficientemente detalhado para permitir ter uma ideia clara da localização das diferentes comunidades e, permitir uma planificação lógica das deslocações.
Distância para cada comunidade	o conhecimento das distâncias a percorrer para chegar a cada comunidade permite antecipar o tempo necessário para a viagem e prever melhor o horário de saída de modo a chegar a tempo e cumprir com o horário combinado com as populações.
População de cada área	o conhecimento da população das comunidades em geral e, em

<p>As unidades sanitárias devem pedir aos líderes comunitários para preparar listas de crianças do grupo alvo em sua comunidade.</p> <p>Conhecimento do clima</p> <p>Conhecimento do orçamento disponível para as BM</p> <p>Fichas de Planificação das BM</p>	<p>particular dos locais onde se realizam as BM é fundamental para a planificação das necessidades em cada deslocação (vacinas, seringas, Vit A, pílulas, medicamentos, etc).</p> <p>O pessoal de saúde deve usar esta informação para planificação e monitoria do desempenho. Esta informação deixa os agentes comunitários, estudantes, ou outros a fazer visitas domiciliárias para saber se cada criança está ao dia com suas vacinas.</p> <p>permite evitar a planificação de BM para períodos em que há problemas de acesso às comunidades devido a factores climáticos.</p> <p>conhecendo o orçamento disponível, e as necessidades para cada BM, poder-se-á planificar fazer só as BM que o orçamento pode cobrir. Assim, mesmo que haja necessidade de fazer mais BM, só serão feitas aquelas para as quais há orçamento, evitando cancelamentos por falta de combustíveis, perdiems, etc.</p> <p>ajudarão a sistematizar a informação requerida para a realização das BM e, mais tarde depois da realização das mesmas, ajudarão de verificar o grau do cumprimento do que estava dos planos.</p>
<p>➤ Para decidir <i>onde</i> fazer a BM:</p>	
<p>Escolher áreas que ficam mais de 5 km de um posto fixo de vacinação.</p> <p>Dar prioridade de escolha para áreas com maior população.</p>	<p>Dado que o objectivo da BM é tornar os serviços de vacinação disponíveis em áreas geográficas que ficam longe dos postos fixos de vacinação, não faz sentido planificar uma BM perto de ou num posto fixo de vacinação.</p> <p>Quanto mais crianças forem servidas em cada visita dum BM, maior o benefício da população e maior o impacto potencial em saúde pública. Deste modo, você deve planear ir às áreas mais povoadas e considerar substituir por novas áreas os lugares onde as BM servem poucas pessoas.</p>

Para áreas pouco povoadas, escolher um ponto central para onde podem acorrer várias comunidades.

As unidades sanitárias com condições de cadeia de frio e algum tipo de transporte, incluindo motorizada, devem analisar, em conjunto com a DDS, a necessidade de realizar BM e os recursos necessários.

Coordenar sempre com os líderes comunitários a escolha do local de concentração das pessoas.

Coordenar com as comunidades no sentido de facilitarem um local privado para consultas de Saúde Materna.

Geralmente a equipe da BM deve consistir em 2 pessoas (1 PAV e 1 SMI)

Priorisar a motorizada como meio de transporte para BM. Excepções poderão ser feitas para os casos em que as distâncias são longas (uso de viatura)

Cada equipe de BM deve realizar somente uma BM por dia.

Deste modo, pode-se maximizar a população servida em cada visita

Esta recomendação é simplesmente uma outra versão da ideia de analisar a informação para tomar boas decisões para o benefício da saúde pública.

E lógico aproveitar do conhecimento local dos líderes (uma vez eles representam todos os grupos da comunidade).

A privacidade é um aspecto importante a respeitar quando se trata de abordar e fazer observação de partes íntimas do corpo das pessoas. Assim, quando você for consultas de PF, CPN e CPP, procure sempre garantir que irá respeitar a privacidade das mulheres que atenderem a esses serviços, organizando um local apropriado para observá-las.

O estudo de BM notou que em muitos casos há mais pessoal de saúde do que necessário, a participar nas BM. Esta recomendação é feita para reduzir a possibilidade das BM prejudicarem os serviços prestados nas US pela saída do pessoal para as BM e, também para evitar custos desnecessários.

Esta recomendação segue a mesma óptica de não incluir um excesso de pessoal nas BM. Serve também para maximizar o uso de motorizadas onde estão disponíveis.

Algumas BM visitam duas ou ainda mais comunidades no mesmo dia. O que acontece muitas vezes é que a BM não fica suficiente tempo em cada comunidade para vacinar todas as crianças e mulheres e para fornecer os outros serviços e educação. Somente em raras situações – quando realmente pode dar suficiente atenção a cada comunidade --

seria aceitável ir a mais de uma comunidade num dia e nunca mais de duas comunidades.

Para decidir *quando* fazer a BM:

Observar um *intervalo mínimo de 2 meses e o máximo de 4 meses* entre as visitas às mesmas áreas. Isto implica que uma BM deve visitar cada local de concentração entre *3 a 6 vezes por ano*.

As visitas a qualquer comunidade devem ser igualmente espalhadas no ano.

Considerar sempre factores climatéricos previsíveis ao planificar BM (ex. chuvas que danificam as vias de acesso, influenciam o caudal dos rios, etc)

Cada criança deve apanhar vacinas cinco vezes no seu primeiro ano de vida, e o intervalo mínimo entre muitas das vacinas é de um mês. O alvo de saúde pública é de ter cada criança protegida logo que chegue a idade mínima para cada vacina. Então o ideal seria que a BM fosse mensalmente às comunidades. No entanto, não existem recursos suficientes recursos para que tal aconteça. Por outro lado, há muitas comunidades que ficam longe de postos fixos de vacinação e que precisam de BM. O compromisso, considerando todas estes factores é que a BM visite cada comunidade no seu itinerário cada 2 a 4 meses. Isto dará a maior protecção ao máximo número de crianças.

Isto minimiza o tempo em que as crianças ficam sem acesso a nenhum serviço de vacinação. O estudo de BM encontrou que muitas BM não seguem esta recomendação.

Se este aspecto for tomado em conta durante a planificação, poder-se-á evitar o cancelamento de BM. Isto implica que as visitas às comunidades de acesso mais difícil não devem ser programadas para a estação chuvosa.

Estimar bem as *necessidades* de recursos materiais. Assegurar estes recursos e ajustar contando com os planos de BM.

Estes recursos incluem:

- Vacinas, agulhas, seringas, diluentes para as vacinas, cartões de saúde da criança, formulários de planificação e registo de dados
- Vitamina A
- Material para saúde materna
- Medicamentos julgados pertinentes
- Veículos
- Combustíveis
- Ajudas de custo (**Proposta surgida da Reunião de**

Embora seja evidente que a planificação deva assegurar tanto o pessoal como as provisões essenciais, estas questões raramente são tidas em conta durante a planificação. Claramente, as BM não podem atingir os seus objectivos se não contam com recursos suficientes.

O pessoal de saúde tem muitas queixas sobre os seus per diem –

15.07.2004: 200 para quem dorme e 100 para quem volta no mesmo dia) – valores uniformes para todos os trabalhadores, independentemente da categoria profissional.	principalmente a falta de uniformidade nas somas pagas e as demoras em receber os pagamentos. Este descontentamento pode causar o cancelamento de BM .
Utilizar os formulários apropriados para a planificação de BM.	O estudo encontrou que pouco pessoal de saúde utiliza os formulários apropriados para a planificação de BM. A razão não é clara, mas isto constitui uma oportunidade perdida de melhorar a planificação e rendimento das BM.
Utilizar os formulários apropriados para o registo das actividades realizadas nas BM.	O estudo encontrou que os dados não são colhidos com regularidade e os poucos colhidos não são analisados de modo a ajudar na tomada de decisões para a melhoria do programa. Não é claro se a causa é a falta de tempo, de conhecimento ou de motivação, mas o efeito é o mesmo - outra oportunidade perdida. Os supervisores devem insistir na colecção e uso correcto da informação.
Para decidir o que fazer na BM:	
Todas BM devem incluir certas actividades básicas: vacinação, vitamina A, controle de crescimento da criança. Se a equipe tem enfermeira de SMI e suficientes recursos materiais, deve também incluir as seguintes consultas de saúde materna: planeamento familiar, pre-natal e pós-parto.	Esta recomendação tem duas partes: (1) para valer a pena, cada BM deve incluir certas actividades básicas, e (2) está bem acrescentar outras actividades se há necessidade e suficiente recursos humanos e materiais.
Comunicação eficiente com as comunidades	
Coordenar com as comunidades sobre as datas de realização de BM.	Os gestores devem tentar programar as visitas das BM para a comodidade tanto do pessoal de saúde tão como das comunidades. Embora a comunicação com as comunidades possa ser difícil nas áreas rurais, ela é absolutamente importante para a programação e também no caso de cancelamento/ adiamento de uma BM.
Difundir a informação de realização de BM através dos líderes comunitários, voluntários de saúde/ACS, professores, alunos e outros julgados pertinentes.	
Informar sempre e antecipadamente o cancelamento/adiamento de uma BM.	
Aproveitar todas as oportunidades para divulgar	O cancelamento sem avisar a comunidade pode fazer muito mal à sua futura participação. Há casos em que famílias duma comunidade viajam a uma unidade sanitária para ir fazer vacinação, no mesmo dia que a BM chega à sua comunidade, porque não tem confiança que a BM irá realmente chegar.

mensagens de saúde/ vacinação: reuniões, palestras, escolas, cultos religiosos, visitas domiciliares, etc.	
Retroinformação às comunidades sobre a evolução do programa	
Balanço das actividades das BM	É muito importante aproveitar a oportunidade para solicitar e responder à perguntas e de aconselhar as famílias sobre situações particulares de saúde.
<p>Informar os líderes e outras pessoas interessadas sobre o progresso da actividade na comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de participação – satisfatório? Caso não, quais as causas? Correções de acordo com os achados. • Demanda de outros serviços? • Grau de cumprimento das metas previstas • Informe sobre o impacto do programa na comunidade • Sugestões para a melhoria do programa. 	A contribuição das BM para a saúde pública depende da boa planificação e desempenho do pessoal de saúde local, e da colaboração das comunidades beneficiadas. O pessoal de saúde nem sempre pode dar tudo que a comunidade quer, mais é muito importante tentar dar o possível. Por outro lado, as comunidades potencialmente têm muita contribuição a dar. Podem ajudar na planificação, na mobilização social, possivelmente no fornecimento de comida para o pessoal de saúde, em organizar as mães e crianças para as actividades, em registar informação das actividades realizadas, etc.
Tomada de decisões baseada na análise de dados das actividades desenvolvidas	
<p>■ Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numa área esparsamente povoada, se há muito pouca afluência da população em 2 ou mais BM, os gestores devem suspender a BM e mudá-la para outro local. • Numa área densamente povoada, se há muito pouca afluência da população em 2 ou mais BM, os gestores devem negociar com as comunidades para entender os motivos da fraca afluência e corrigir da situação. 	<p>Em muitos casos, o pessoal de saúde faz um plano anual para brigadas móveis baseado num plano do ano anterior. O plano novo é bastante fixo – as vezes não é modificado ainda quando os factos ou dados indicam a necessidade de mudanças. Esta recomendação indica a necessidade de ser flexível durante a implementação de um plano. Fazer mudanças quando a realidade indica a necessidade de fazê-lo.</p> <p>Colher, analisar e usar informação para fazer boas decisões durante a planificação e implementação.</p>
Gestão adequada dos recursos	

<p>Planificar as BM de acordo com os recursos disponíveis.</p>	<p>Em cada ano, os gestores dos programas fazem a planificação e orçamentação das necessidades dos programas para o ano seguinte. No entanto, como é sabido, muitas das vezes, o orçamento disponibilizado é inferior ao plano submetido. Assim, há a necessidade de que os gestores dos programas tomem conhecimento do orçamento realmente disponível, para poderem actualizar as suas actividades de acordo com os <u>recursos realmente disponíveis</u>. Esta recomendação parece lógica mais não é sempre simples porque segundo o estudo realizado, muito pessoal responsável para planificar as BM não sabem o seu orçamento para as BM.</p>
--	---