



**UE-PIMI**

Programa integrado para a redução  
da mortalidade materna e infantil



# Contribuição da saúde comunitaria na aceleração da redução da mortalidade materna, neonatal e Infanto-Juvenil

Dr. Umara Bá

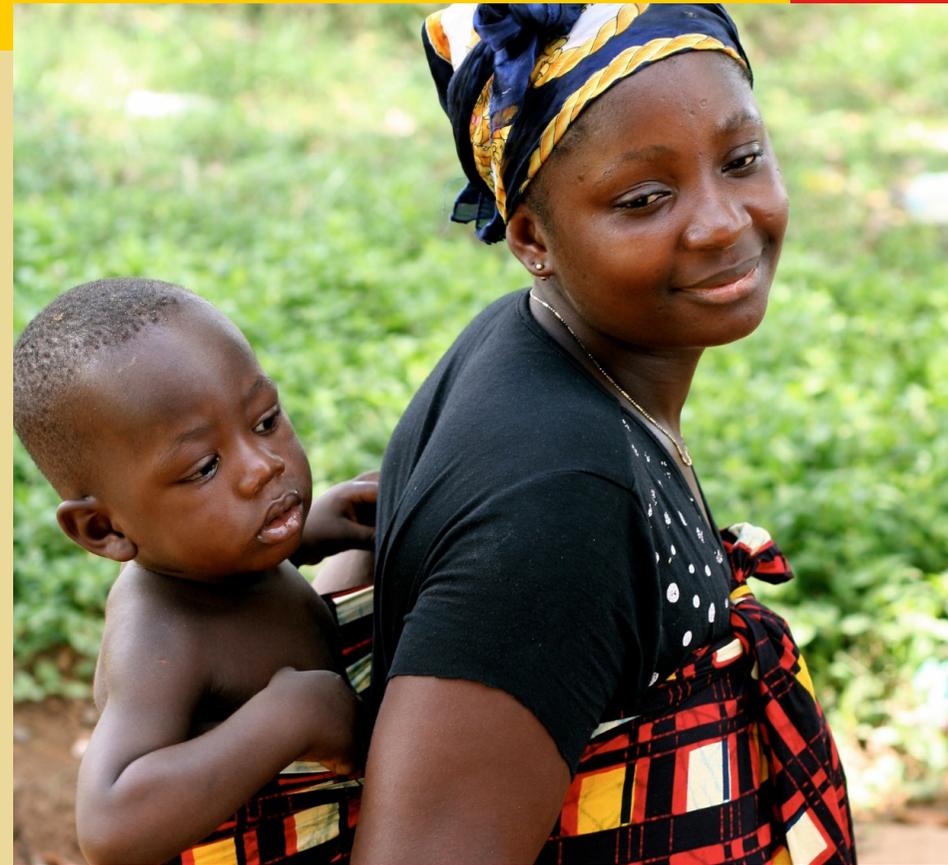
Especialista em Saúde -UNICEF

**unicef**   
for every child



# Plano de apresentacao

1. Introdução;
2. Objetivos geral e especificos,
3. Resultados esperados por objetivo especifico.
4. Licões aprendidas,
5. Boas praticas
6. Desafios



# Introdução

- A Guiné Bissau experimentou a implementação de intervenções a base comunitária mesmo antes da conferência de A Guiné-Bissau, se encontra entre os países com piores indicadores de saúde, Segundo MICS5 a taxa de mortalidade materna é de 900/100,000 NV; Mortalidade neonatal de 36/1000 NV e a mortalidade de < 5 anos de 89/1000 NV.

Em termos de desenvolvimento humano o país ocupa o lugar 178, de um total de 186 Países (<http://hdr.undp.org/en/data>).

Um análise de situação realizada pelo serviço de saúde reprodutiva em 2009 visando perceber os factores que contribuem para a elevada taxa de mortalidade , revelou o seguinte:

- ❖ Falta de informação a população sobre a saúde;
- ❖ Atraso na tomada de decisão (Família e Comunidade) para procurar serviço de saúde mesmo em situação de gravidade;
- ❖ Dificuldade de acesso ao serviço de saúde (Falta de recursos económico, Meios de transporte e vias de acesso);
- ❖ Demora no atendimento na estrutura de saúde seja por falta de medicamentos e consumíveis médico ou por incapacidade técnica de lidar com a situação e tomada de decisão;

A revitalização das intervenções a base comunitária (16 PFE) foi uma das estratégias retidas pelo MINSAP para fazer face a situação descritas anteriormente



## Introdução (2)

- ❑ A Guiné-Bissau, se encontra entre os países com piores indicadores de saúde, Segundo MICS5 a taxa de mortalidade materna é de 900/100,000 NV; Mortalidade neonatal de 36/1000 NV e a mortalidade de < 5 anos de 89/1000 NV.
- ❑ Em termos de desenvolvimento humana o país ocupa o lugar 178 no total de 186 Países (<http://hdr.undp.org/en/data>). Uma análise de situação realizada pelo serviço de saúde reprodutiva em 2009 visando perceber os factores que contribuem para a elevada taxa de mortalidade , revelou o seguinte:
  - ❖ Falta de informação a população sobre a saúde;
  - ❖ Atraso na tomada de decisão (Família e Comunidade) para procurar serviço de saúde mesmo em situação de gravidade;
  - ❖ Dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Falta de recursos económico, Meios de transporte e vias de acesso);
  - ❖ Demora no atendimento na estrutura de saúde seja por falta de medicamentos e consumíveis médico ou por incapacidade do técnico para lidar com a situação e demora na tomada de decisão de evacuação;
  - ❖ A revitalização das intervenções a base comunitária em 2010 (16 PFE) foi uma das estratégias retidas pelo MINSAP para fazer face a situação descritas anteriormente. A iniciativa do MINSAP, foi prontamente apoiada pelos Parceiros - UNICEF, EU-PIMI e PIMI2, EU/Saúde, H4+, PNUD/GF, WB e ONG – IPs.



# Objetivo Geral, Especifico e resultados esperados

## Objetivo Geral

- ❑ Contribuir para a aceleração da redução da mortalidade materna, neonatal e infanto-Juvenil nas 11 regiões sanitarias do país.

## Objetivos Especificos

- ✓ Fortalecer a promoção das 16 práticas familiares essenciais nas 11 regiões sanitarias;
- ✓ Melhorar o serviço de nutrição de qualidade para mulheres grávidas e lactantes a nível comunitário e nas unidades de saúde por meio de aconselhamento nutricional, triagem e referência de casos de desnutrição em crianças menores de cinco anos para centros estruturas sanitaria;
- ✓ Reforçar a coordenação, Planificacao e monitoramento a nível das regiões sanitarias;
- ✓ Capacitação das famílias, comunidades e centros de saúde para mudança de comportamento face a problematica de água, higiene e saneamento vs saúde;

## Resultados esperados

1. Os medicamentos essenciais, bem como os materiais e equipamentos necessários para a promocao, prevencao e tratamento de qualidade de casos sao disponiblizados a nivel comunitario e nas estruturas de saude;
2. São promovidas e fortalecidas as 16 práticas familiares essenciais em todas as regiões sanitarias do país;
3. Reforçados o Serviço de nutrição de qualidade para mulheres grávidas e lactantes a nível comunitário e estruturas de saúde por meio de aconselhamento nutricional, triagem e referencia de casos em crianças <5 menores anos em coordenação e complementaridade com outros parceiros;
4. A coordenação e gestão de atividades de saúde, nutrição, agua, higiene e saneamento são reforçadas nas regiões de sanitarias;
5. As capacidades das comunidades, famílias e centros de saúde para mudança de comportamento face problematica de saude, água, higiene e saneamento são fortalecidas.



### Atividades realizadas por Resultado esperado # 1:

Os medicamentos essenciais, bem como os materiais e equipamentos necessários para a promoção, prevenção e tratamento de qualidade de casos são disponibilizados a nível comunitário e nas estruturas de saúde.

Quantidade de materiais e medicamentos adquiridos e distribuídos para a implementação das 16 PFE

Região Sanitária	Amoxicilina 250mg	Amoxicilina 125mg/5ml	Paracetamol 250 mg	SRO 20.5g/1l	Zinco (20mg) tablets	Timer ARI	Termômetro Digital	Mochila/Pasta	Bicicleta	Camisola
	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
	55,700	50,000	21,300	1,145	30,000	3,250	3,250	3,415	1,339	2214
Bafata	6,250	6,000	2600	149	3100	398	398	252	-	656
Bijagos	1750	1700	400	56	800	-	-	-	-	102
Biombo	4,000	4,000	1800	110	2000	40	40	128	15	280
Bolama	1500	1100	200	23	800	-	-	-	-	38
Cacheu	8,250	7,500	2000	167	4000	100	100	170	32	566
Farim	2,500	1,800	1000	56	1000	322	312	312	156	166
Gabu	8,250	7,500	3,600	172	5300	736	736	1172	586	620
Oio	5,750	5,000	2000	165	3000	1106	1106	1106	550	570
Quinara	2,500	3,400	3100	109	1000	208	208	208	-	220
SAB	9,250	8,500	2600	30	7000	280	280	-	-	680
Tombali	4,000	3,500	2000	108	2000	70	70	67	-	316
<b>Total</b>	<b>55,000</b>	<b>35,000</b>	<b>21,300</b>	<b>1,145</b>	<b>30,000</b>	<b>3,250</b>	<b>3,250</b>	<b>1,665</b>	<b>1,339</b>	<b>4214</b>

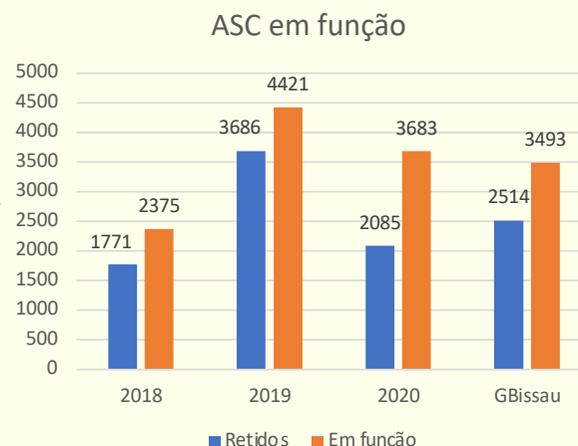


## Atividades realizadas por Resultado esperado #1:

**Os medicamentos essenciais, bem como os materiais e equipamentos necessários para a promoção, prevenção e tratamento de qualidade de casos são disponibilizados a nível comunitario e nas estruturas de saúde;**

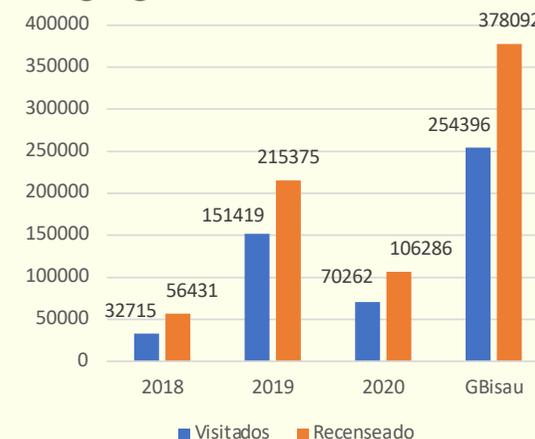
- As atividades iniciaram com a elaboração do manual de formação dos ASC, Plano estratégico de saúde comunitaria (2016-2020), Guia de implementação do Plano estratégico;
- Foram elaborados também o guião de supervisão dos ASC e dos Níveis central a região, deste a área sanitaria e os instrumentos de gestão dos ASC incluindo a metodologia para a realização das reuniões DRS/RAS e RAS, SOT/ASC;
- Formação de formadores nacional (28 técnicos), regional (55 membros de ERS das 11 regiões e 114 responsáveis de sanitaria (formadores dos ASC), 1007 supervisores contratados pelas ONGs e 230 técnicos de saúde supervisores substituto dos contratados pelas ONGs;
- Foram formados nas 16 PFE e AIDI comunitario (iCCM) mais de 4400 ASC disponibilizados pela comunidade;
- Aquisição e distribuição de materiais e equipamentos necessário para a implementação das atividade;
- Apoio a elaboração de microplanos das áreas sanitarias, e das DRS, assim como funcionamento deste ultimo (Materiais informatico, Internet, Viaturas, Motas, combustivel etc.)

- **As ações precedentes permitiram a entrada em função dos ASC nas 11 regiões sanitaria.**



Meta do Projeto: 90%  
Alcançado: 72%

- **Agregados Familiar visitado**



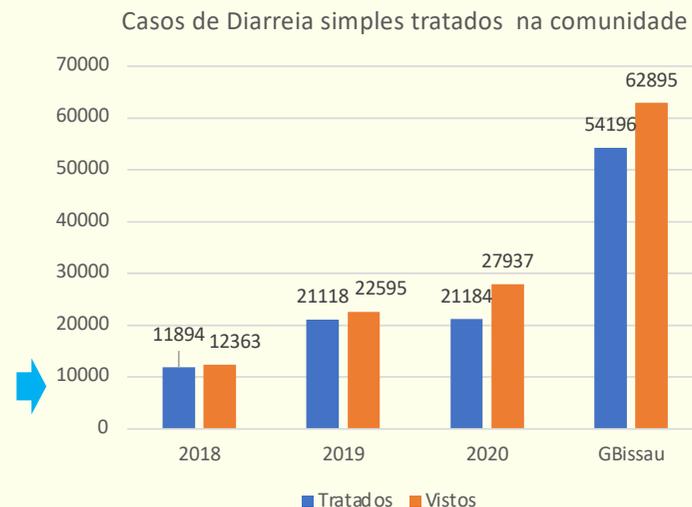
Meta do Projeto: 95%  
Alcançado: 67%



## Atividades realizadas por Resultado esperado #2:

### São promovidas e fortalecidas as 16 práticas familiares essenciais em todas as regiões sanitarias do país;

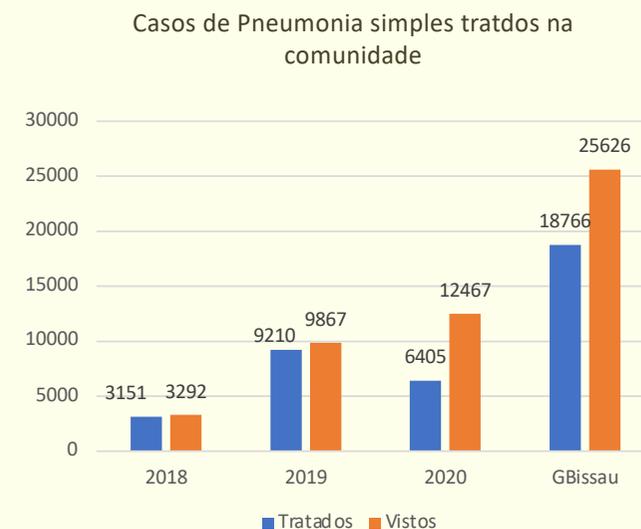
- Nas Visitas aos Agregados Familiar os ASC realizam a sensibilização dos membros da familia em geral nos diferentes tematicas abrangidas das 16 PFE: focalizando-se nos alvos especificos (Gravidas, mães e crianças) referente a promoção, prevenção da saude (CPN, Vacinação, PA, uso de MILDA, Higiene de alimentos, uso correto de latrina, amamentação exclusiva e introdução de alimentos complementar apropriado e a tempo.
- Nas visitas ao domicilio o ASC faz também a despistagem de desnutrição em crianças dos 6 a 59 meses com fita MUAC;
- Procura de criança doente ou com sinais em < 5 anos e gravidas de perigo e deligencia a sua evacuacao.
- Disponibiliza cuidados essenciais aos recém-nascidos na comunidade (Prevencao de Hipotermia, cuidados de cordão umbilical, insentiva as mães a realizar amamentaçã precoce e exclusiva ate os 6 meses.
- Realiza mobilização dos alvos antes e durante estrtregia avançada.



#### % alcançado por ano:

2018 – 96%  
2019 – 93%  
2020 – 78%

Meta do Projeto: 95%  
Alcançado: 86%



#### % alcançado por ano:

2018 – 95,7%  
2019 – 93%  
2020 – 78,9%

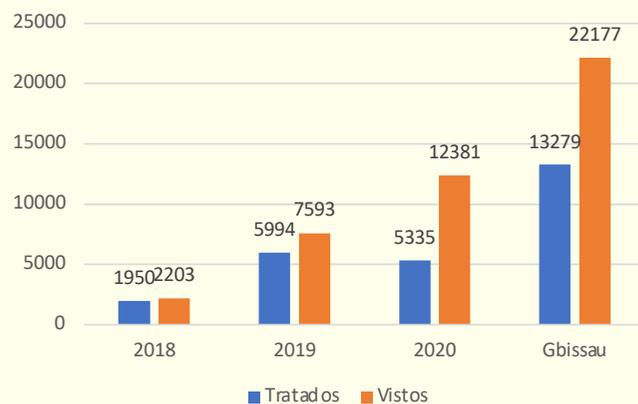
Meta do Projeto: 95%  
Alcançado: 73%



## Atividades realizadas por Resultado esperado #2:

São promovidas e fortalecidas as 16 práticas familiares essenciais em todas as regiões sanitarias do país;

### Casos de Paludismo tratados na comunidade



#### % alcançado por ano:

2018 – 88,5%

2019 – 78,9%

2020 – 43 %

Meta do Projeto: **92 %**

Alcançado media 3 anos: **72%**

### Recem -Nascidos que receberam cuidados essenciais na comunidade



#### % alcançado por ano:

2018 – 64%

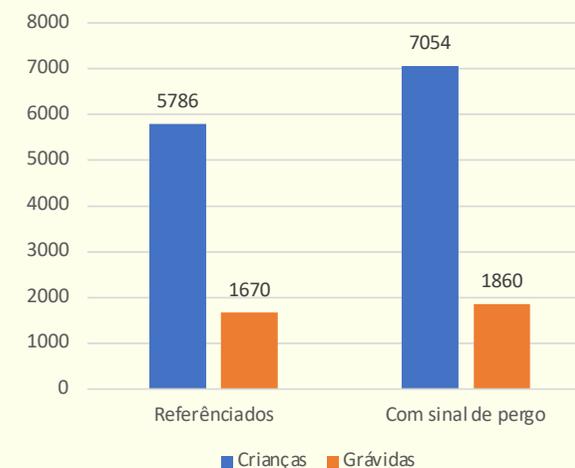
2019 – 86,9%

2020 – 89%

Meta do Projeto: **95%**

Alcançado media 3 anos: **86%**

### Crianças < 5 anos e Grávidas Referenciadas pelos ASC



Alcançado media 3 anos Crianças: **82%**

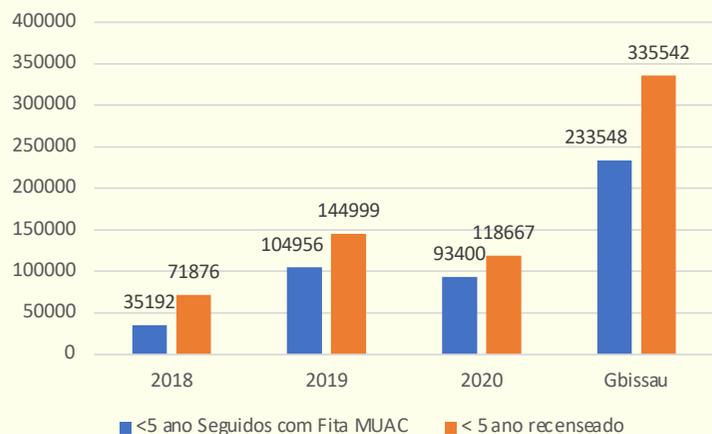
Alcançado media 3 anos Grávida : **90%**



**1. Atividades realizadas por Resultado esperado #3:**

**Reforçados o Serviço de nutrição de qualidade para mulheres grávidas e lactantes a nível comunitário e estruturas de saúde por meio de aconselhamento nutricional, triagem e referencia de casos em crianças <5 menores anos em coordenação e complementaridade com outros parceiros;**

**Seguimento de estatuto nutricional em <5 anos**



Meta do Projeto: **70%**

Alcançado: **70%**

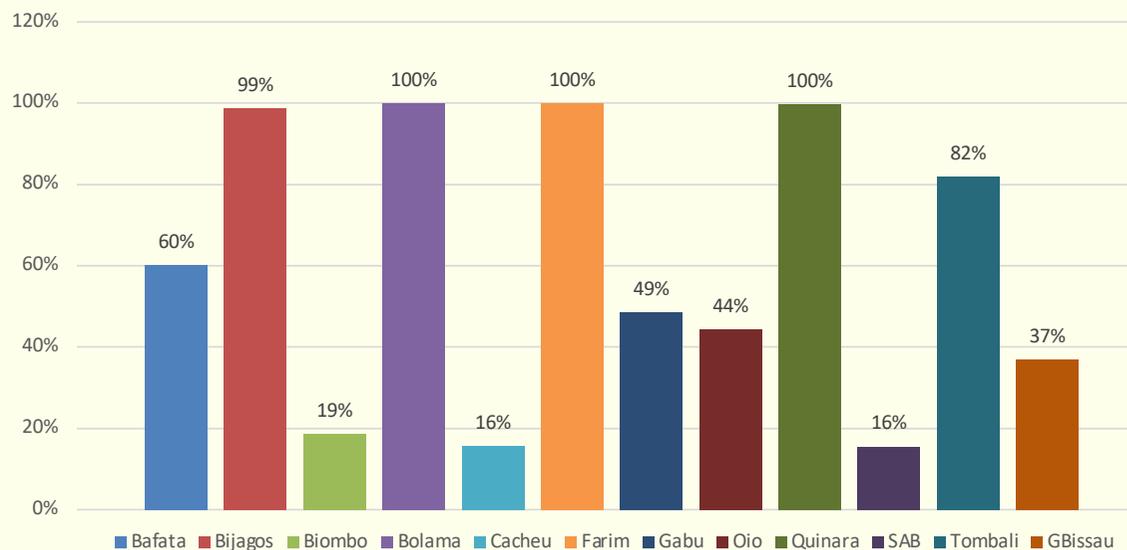
**% alcançado por ano:**

2018- 48%

2019- 72%

2020- 79%

**Crianças com desnutrição referenciada**



**% alcançado por ano:**

2018- 46%

2019- 25%

2020- 35%

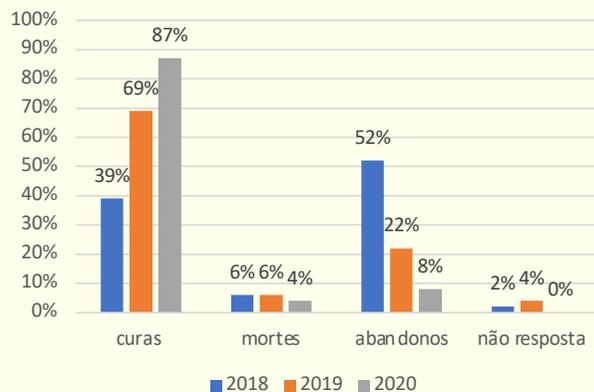
Alcançado media 3 anos Crianças: **37%**



**1. Atividades realizadas por Resultado esperado #3:**

**Reforçado o Serviço de nutrição de qualidade para mulheres grávidas e lactantes a nível comunitário e estruturas de saúde por meio de aconselhamento nutricional, triagem e referencia de casos em crianças <5 anos em coordenação e complementaridade com outros parceiros;**

Programa de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda (GIDA)



**Meta:**

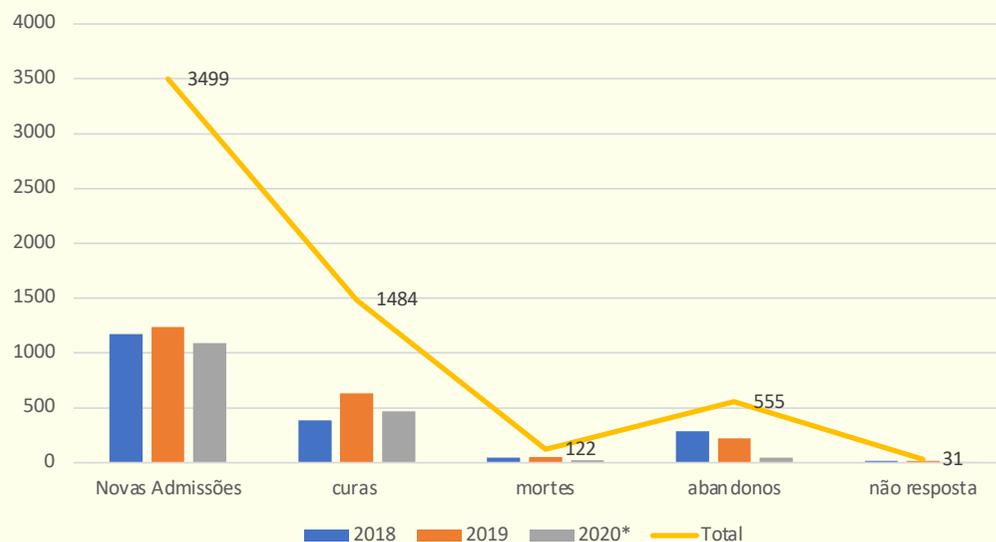
Curados > 75%

Abandon < 15%

Décès < 10%

Non-réponse < 15%

Programa de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda (GIDA)

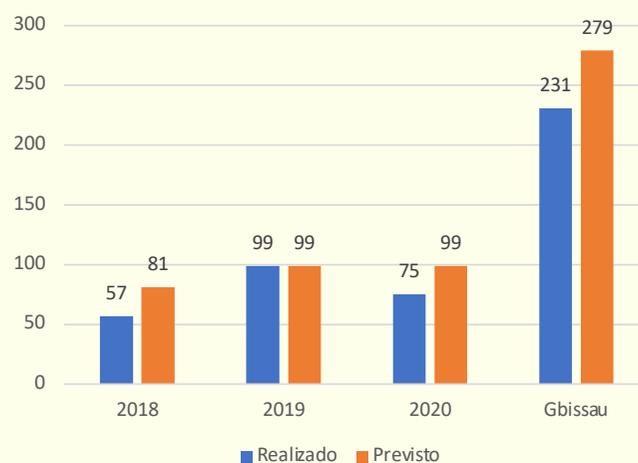


#### Atividades realizadas por Resultado esperado #4:

A coordenação e gestão de atividades de saúde, nutrição, água, higiene e saneamento são reforçadas nas regiões sanitarias;

- Acoordenação e gestão do componente saúde comunitario acontece a todos os niveis de Piramide sanitaria,
- Foram realizado reuniões de coordenação mensal entre a equipa regional de saúde e responsaveis de area sanitaria e os parceiros local (ONG e outros) Também entre responsaveis de area sanitaria, supervisores de ASC e ASC, ambos regidos por uma metodologia elaborado e validado para o efeito.
- Foram ainda realizados reuniões trimestrais de seguimento de indicados de saúde na participam Diretores regionais, Ponto focal regional de saúde comunitaria, Diretores dos programas de nivel central, diretores gerais e parceiros de implementação.
- O Foco do encontro é a análise e debate do progresso dos indicadores, identificação dos constrangimentos e proposicao de medidas coretivas, troca de experiencia entre as DRS e as ONG implementadores etc.

Taxa de realização de coordenação mensal DRS/RAS



Meta do Projeto: 100%

Alcançado: 83%

% alcançado por ano:

2018 – 70%

2019 – 100%

2020 – 76%

Taxa de realização de Coordenação mensal RAS, SOT e ASC



Alcançado: 75%

Reunião trimestral de seguimento de indicadores:

2018 – 4/4 = 100%

2019 – 3/4 = 75%

2020 – 0/4 = 0%

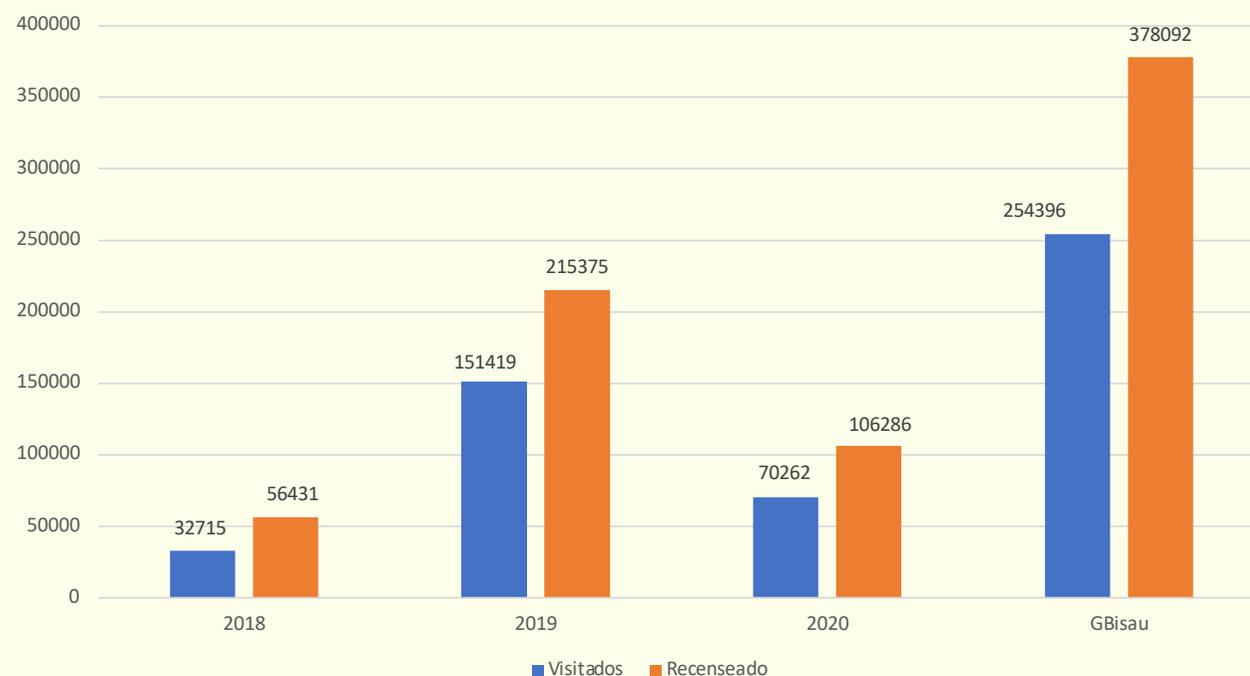


### Atividades realizadas por Resultado esperado #5:

**As capacidades das comunidades, famílias e centros de saúde para mudança de comportamento face problemática da saúde, água, higiene e saneamento são fortalecidas.**

- Esta atividade se realiza no âmbito de visita aos agregados familiar, consiste em sensibilizar os membros dos agregados familiar e a comunidade em geral sobre os cuidados a ter com água de consumo, uso correto de latrina, eliminação correta de fezes de criança.
- A nível das estruturas sanitária os técnicos foram sensibilizados sobre a importância de água para a prevenção de infeção, higiene do local de trabalho com foco na maternidade e foram treinados na manutenção preventiva dos equipamentos instalados.
- Em sinergia com outros projetos financiados pela EU, foram reabilitadas e dotadas de infraestrutura de água e eletricidade fotovoltaica 78 centros de saúde nas regiões sanitárias do **SAB, Cacheu, Oio, Farim, Bafata, Tombali, Bolama, Bijagos Quinara e Gabu**.
- A intervenção dos ASC, neste âmbito visa manter o estatuto das 1,494 comunidades certificadas **“livre de defecação ao céu aberto”**.

### Agregados Familiar visitado



# Lições Aprendidas

- 1. Metas do Projeto:** As metas foram sobre estimadas baseado nos resultados do PIMI 1 que foi implementados somente em 5 regiões, foi omitido o facto das 6 regiões sanitarias não PIMI 1 partiriam de uma base line inferior e tinham que cumprir com as etas (divulgação do TDR de identificação e seleção dos ASC, formação e mapiamento de zona de ação de cada um (distribuição dos Agregados familiar) assim como a introdução gradual das PFE sendo as ligadas a tratamento de casos os ultimos a ser implementado).
- 2. Sazonalidade económica dos ASC:** Não foram tidos em conta na definição das metas projeto o facto de os ASC em quanto voluntarios trabalham pouco ou nada para alguns na época de lavoura e de campanha de colheita de castanha de caju. Este facto contribuiu negativamente para o alcance das metas propostas.
- 3. Insuficiencia de fundos vs pacote de atividades a base comunitaria:** O fundo disponivel foi insuficiente para a implementação de pacotes de atividade prevista dai a dependencia da contibuição das ONGs parceiras, este facto fez com que algumas regiões tivessem mais tempo de implementação comparativamente a outras (Dependendo capacidade de mobilização de fundos de cada ONG).
- 4. Demasiado Indicadores do projeto desenhado para 27 meses:** A quantidade de indicadores previsto inicialmente no projeto tornou o trabalho dos ASC mais dificil tendo em conta volume de dados a compilar vs nivel de escolaridde destes facto que dificultou a gestão e a qualidade de dados.
- 5. Criterio de seleção dos ASC e pacotes de atividade proposto:** o criterio de seleção dos ASC e o pacote de atividades uniformizado tanto para meio urbano assim como para zona rural não se adeccua a realidade. Constatou-se a necessidade de diferenciação do perfil, criterio de seleção e pacote de atividade para as duas zonas bem como a definição clara da entidade responsavel pelo processo de identificação de candidatos e seleção de ASC que não seja o lider comunitaria para evitar a exclusão das mulheres e a designação pelo lider local de individuos do seu entorno que as veses não cumprem com os requisito predefinidos.
- 6. Gestão bicefalo do Projeto apartir de março de 2019 (Unicef componente programatico e WB componente de Incentivo):** Concluiu-se que este modelo de gestão prejudicou a dinamica do funcionamento do projeto, traduzido em atraso de pagamento de incentovo mensal dos ASC (desmotivação) facto que levou a greves e desistências com impacto negativo no alcance dos objetivos preconizados.
- 7. ONGs na implementacao do programa e o engajamento dos membros das ERS:** é Indsicutivel o importante pappel das ONGs na implementação do programa com qualidade (rapida criação de rede ddos ASC no país) mas também é certo que aumenta significamente o custo do programa e sobre tudo cria um certo zona de conforto as ERS que por razão desconhecido ficaram distantes (excepto alguns), fato que ficou bem patente com a retirada das ONGs, a maioria das DRS não conseguiram assumir a coordenação efetiva do programa (dito de outra forma não aprenderam com as ONGs).
- 8. A frequente rotatividade do pessoal afeto as ONGs:** esta situação afetou em ecрта medida a dinamica e a qualidade das atividades.



## Boas Praticas

1. Reativação do conceito e abordagem de planificação, coordenação, seguimento e avaliação nas DRS, através de apoio a microplanificação anual, reuniões de coordenação mensal entre ERS e RAS assim como entre RAS, SOT e ASC permitindo a avaliação do implementado vs o programado, resultado alcançado, identificação de constrangimentos, proposição de medidas corretivas, planificar a proxima etapa e supervisão formativa a todos os niveis.
2. Criação de rede de ASC formados, equipados e supervisionados que realiza visita aos agregados familiar, tratamento de casos simples das tres doencas mais mortifera para as criças permitiu uma melhoria da situação das populações (aceso e oferta atempado de serviço).
3. Mobilização das grávidas para CPN e parto assistido, assim como das familias para a vacinação das criças e a prestação de cuidados essenciais aos recém nascidos na comunidade aumentando a probabilidade da sua sobrevivência.
4. Identificação de sinais de perigo nos alvos prioritarios do programa e apoio a sua refernciação a estrutura de saude mais proxima com certeza contribuiu para a redução das taxas de mortalidade Neonatal e infanto-juvenil no país



## Desafios para o Futuro

1. Mobilização de recursos financeiros para a continuidade do programa num contexto global de escases de recursos e da paralização da economia mundial.
2. Institucionalização dos ASC.
3. Motivação dos ASC proporcionalmente a carga de trabalho na perspectiva da sua retenção.
4. Implementação do plano de transferência de competência em gestão do programa de saúde comunitária e a apropriação das equipas regionais de saúde e de área sanitária face à mobilidade contínua dos técnicos.
5. Implementação da nova estratégia de intervenção a base comunitária (ASC pares, pacotes de intervenção diferenciado e novo mecanismo de seleção de ASCs).



Obrigado a todas e a todos



unicef   
for every child



**UE-PIMI**  
Programa integrado para a redução  
da mortalidade materna e infantil





UM PROGRAMA DA UNIÃO EUROPEIA



ASSISTÊNCIA TÉCNICA PIMI II:



APOIO:

