

UM GUIA PARA DESENVOLVER **INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A PREPARAÇÃO E RESPOSTA A PANDEMIA**



CONTEÚDOS

ABREVIATURAS	3
CONTEXTO	4
COMO UTILIZAR ESTE GUIA	7
COMO DESENVOLVER INDICADORES DE CLM DE ALTO IMPACTO PARA PPR	8
• Passo 1: Reunir um grupo de peritos e ativistas comunitários para o desenvolvimento de indicadores de PPR	8
• Passo 2: Reforçar capacidades e sensibilizar o grupo de peritos comunitários sobre conceitos e quadros de PPR	11
• Passo 3: Definir as necessidades de saúde pública da comunidade e as prioridades de advocacia	14
• Passo 4: Mapear as evidências necessárias para a advocacia	21
• Passo 5: Desenvolver perguntas de recolha de dados para os seus inquéritos	25
• Passo 6: Testar e aperfeiçoar as ferramentas de recolha de dados	30
APÊNDICE A	34
APÊNDICE B	39
REFERÊNCIAS	42

ABREVIATURAS

AAAAQ	Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade, Acessibilidade
AGYW	Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens
AMR	Resistência Antimicrobiana
CCM	Mecanismo de Coordenação de Países
CHWs	Agentes de Saúde Comunitários
CLM	Monitorização Liderada pela Comunidade
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
	Homens Gays, Bissexuais e Outros Homens que têm Sexo com
GBMSM	Homens
GF	Fundo Global
IHR	Regulamento Sanitário Internacional
IPC	Prevenção e Controlo de Infeções
JEE	Avaliações Externas Conjuntas
NAPHS	Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária
NPHI	Instituto Nacional de Saúde Pública
PPE	Equipamento de Proteção Individual
PPR	Preparação e Resposta a Pandemias
PR	Recipiente Principal
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PWDs	Pessoas com Deficiência
PUDs	Pessoas que Usam Drogas
RCCE	Comunicação de Risco e Envolvimento Comunitário
SPARS	Plano Estratégico para Avançar na Vigilância em Tempo Real
VPD	Doença Prevenível por Vacinação

CONTEXTO

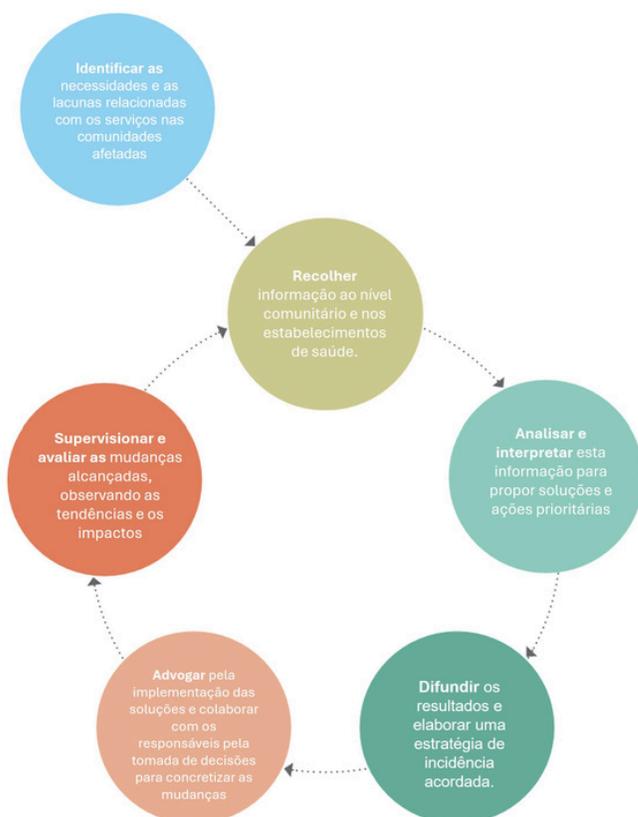
A monitorização liderada pela comunidade (CLM) é uma intervenção de responsabilização social que capacita a sociedade civil para exigir responsabilidade aos governos e aos doadores relativamente à qualidade dos serviços de saúde. O modelo CLM é estruturado para colocar as comunidades, os utilizadores de serviços e as pessoas mais afetadas pelas três doenças no centro da resposta de saúde pública, com o objetivo de melhorar a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, acessibilidade económica e qualidade (AAAAQ) dos cuidados de saúde.

Com o surgimento e ressurgimento de surtos de doenças infecciosas que afetam a saúde e a atividade socioeconómica, a CLM pode oferecer soluções específicas para a Preparação e Resposta a Pandemias (PPR). Sistemas de saúde robustos e preparados para futuras pandemias exigem respostas fortes, lideradas pela comunidade, capazes de monitorizar surtos, identificar lacunas, propor soluções coletivamente e advogar por ações atempadas. Esta preparação contribuirá para garantir a continuidade e o reforço dos progressos no domínio da saúde, incluindo áreas prioritárias como o VIH, a tuberculose e a malária.

O modelo CLM é implementado em ciclos regulares, começando por um corpo coordenado de organizações comunitárias que reúnem utilizadores de serviços de saúde para identificar questões prioritárias a monitorizar. Ferramentas de recolha de dados são depois desenvolvidas para captar informação real sobre estas prioridades. Uma equipa comunitária recolhe dados em unidades de saúde, pontos de prestação comunitária e bairros circundantes. Os dados são recolhidos tanto de pacientes como de profissionais de saúde, utilizando inquéritos, entrevistas e observação. Depois de analisados pela comunidade, estes dados servem de base à formulação de intervenções de advocacia fundamentadas em evidências, com vista a reforçar a responsabilização do sistema de saúde. As comunidades produzem materiais como relatórios, fichas informativas, vídeos, histórias e ferramentas digitais. Posteriormente, apresentam os dados e recomendações às entidades responsáveis — gestão de clínicas, governos locais e nacionais, doadores internacionais e seus implementadores — para garantir compromissos concretos de mudança.

É importante notar que todas as etapas do ciclo CLM têm igual importância. Saltar ou executar de forma insuficiente qualquer uma delas coloca em risco o sucesso global do programa. Cada passo desempenha um papel crucial na consecução dos objetivos pretendidos e na geração de resultados de alto impacto que informem a advocacia. Assim, todo o ciclo deve ser tratado com o mesmo nível de compromisso e rigor, dado que cada fase sustenta a seguinte. Para assegurar fidelidade ao ciclo e monitorizar eficazmente os progressos na preparação para pandemias e no reforço dos sistemas de saúde, recomenda-se que a monitorização, avaliação, responsabilização e aprendizagem estejam incorporadas desde o início do programa.

Fig 1. Ciclo CLM



Fonte: Adaptado de UNAIDS, 2023

O que diferencia a CLM de esforços tradicionais destinados a melhorar a qualidade dos serviços de saúde é a sua função de responsabilização: a CLM é desenvolvida por e para as comunidades que utilizam os serviços monitorizados, com o objetivo de identificar e corrigir problemas que dificultam o acesso a cuidados de qualidade.

No caso da preparação e resposta a pandemias (PPR), a abordagem é diferente da CLM focada no VIH, TB e malária (CLM-HTM), uma vez que aqui o objetivo não é medir a resposta atual a uma doença específica, mas avaliar se o sistema de saúde do país estaria preparado caso surgisse uma nova doença — e gerar evidências que identifiquem fragilidades que exigem advocacia. Isto significa considerar muitos dos indicadores clássicos de CLM relacionados com a qualidade dos cuidados, mas também incluir aspetos como o funcionamento dos laboratórios, a capacidade de vigilância comunitária, testagem e tratamento comunitário, atividades de preparação e formação em clínicas, canais de comunicação de emergência e uma inclusão mais significativa das comunidades nas equipas de resposta nacionais ou nos grupos técnicos de “One Health”.

Dado o papel central da recolha de dados liderada pela comunidade no ciclo CLM, definir indicadores relevantes e métodos de recolha durante pandemias é fundamental. Este guia apoia implementadores de CLM e outros intervenientes em todo o processo: desde o desenvolvimento e revisão de indicadores de PPR até à sua integração em projetos CLM existentes, com o objetivo de reforçar a preparação nacional e subnacional para futuras pandemias. Garantindo alinhamento com o Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2005) e com os domínios da Avaliação Externa Conjunta (JEE) (OMS, 2022), este guia mantém o foco no envolvimento comunitário para definir prioridades, na construção de indicadores úteis e na fase de testes e revisão.

A CLM deve ser ágil e responsiva às necessidades das comunidades, incluindo prioridades de saúde para além das três doenças. A flexibilidade do modelo CLM torna-o especialmente valioso para PPR, onde dados comunitários oportunos e fiáveis são essenciais para identificar lacunas no sistema de saúde — por exemplo: IPC, operações de resposta de emergência, vigilância laboratorial, capacidade dos trabalhadores de saúde, comunicação de risco e envolvimento comunitário. Os dados recolhidos alimentam esforços de advocacia que fortalecem os sistemas de saúde e garantem acesso equitativo a serviços, tanto a nível nacional como subnacional. Este guia inclui ainda estudos de caso reais mostrando como programas CLM adaptaram os seus métodos face a pandemias e crises de saúde pública, oferecendo ensinamentos para construir sistemas mais fortes, resilientes, responsivos e inclusivos.

[1]. A Avaliação Externa Conjunta (JEE) é um processo multisectorial que permite aos países autoavaliarem a sua preparação para responder a novas epidemias e emergências de saúde (OMS, 2022).



COMO UTILIZAR ESTE GUIA

Este recurso foi concebido para ser utilizado pelas partes interessadas da comunidade e pelas organizações que lideram a implementação de um programa de CLM. O documento divide o processo de concepção de indicadores e de inquéritos em seis etapas principais: em primeiro lugar, é necessário reunir uma equipa capaz de desenvolver ferramentas sólidas de recolha de dados. Sensibilize esta equipa para a preparação para pandemias, destacando as áreas de foco do RSI, os domínios do JEE e as áreas prioritárias dos respetivos Planos de Ação Nacionais para a Segurança Sanitária (NAPHS). Em alinhamento com o RSI, os JEEs e os NAPHS, esta equipa deverá depois chegar a um consenso sobre as prioridades de advocacia das comunidades e populações que representa. Tendo essas prioridades em mente, será necessário refletir sobre que tipos de evidência serão mais impactantes no momento de realizar a advocacia junto dos responsáveis pelas decisões. Em seguida, reunirá todas estas discussões para criar perguntas de inquérito robustas. Por fim, uma vez desenhadas as ferramentas, será necessário testá-las e revê-las regularmente após cada ciclo de recolha de dados.

Se estiveres a iniciar um programa CLM, é útil começar pelo Passo 1 e seguir a sequência completa. No entanto, para programas CLM já estabelecidos, este guia continua útil como referência: rever se as prioridades de advocacia mudaram (Passo 3), verificar se as perguntas estão a gerar dados de qualidade (Passo 5) ou testar novas perguntas adicionadas (Passo 6).

COMO DESENVOLVER INDICADORES DE CLM DE ALTO IMPACTO PARA A PPR

Passo 1: Reunir um grupo de especialistas comunitários e defensores para desenvolver indicadores de PPR

O desenvolvimento de indicadores é sempre um processo colaborativo. Para garantir que os dados recolhidos sejam úteis, será necessário reunir um grupo de especialistas comunitários locais e defensores que compreendam as necessidades e prioridades das suas comunidades. Isso garante que o processo seja orientado e liderado pela comunidade, inclusivo e centrado nas prioridades essenciais vividas pelas comunidades afetadas por surtos de doenças. Este grupo será responsável por identificar as principais prioridades para o monitoramento da PPR, em alinhamento com os Planos de Ação Nacionais para a Segurança Sanitária, as Avaliações Externas Conjuntas e o Regulamento Sanitário Internacional. Exemplos destas prioridades podem incluir, entre outras, vigilância epidemiológica, sistemas laboratoriais, prevenção e controlo de infeções, resistência antimicrobiana, sistemas de imunização, Comunicação de Risco e Envolvimento Comunitário (RCCE), recursos humanos em saúde e gestão da cadeia de abastecimento. Ao identificar as áreas prioritárias, é importante ter em conta aquelas em que os dados de CLM irão complementar os sistemas governamentais e de doadores já existentes, evitando duplicações e desperdícios.

Ao contrário de uma intervenção padrão de CLM centrada no acesso aos serviços, a definição de indicadores de PPR exige uma abordagem distinta sem comprometer os princípios fundamentais do CLM. Na escolha de quem deve participar, é essencial dar prioridade aos princípios centrais do modelo CLM (CD4C et al., 2022), sobretudo no que diz respeito à liderança comunitária. Quando estes princípios são violados, o programa dificilmente se manterá como um mecanismo independente de responsabilização. Em particular, os princípios do CLM estabelecem que o programa deve:

1. **Manter a liderança local e a independência**, protegendo contra interferências programáticas de outros atores, incluindo doadores, governos nacionais e outros sistemas de monitorização e avaliação; e
2. **Ser propriedade das comunidades em todas as fases**, incluindo a identificação das questões prioritárias, a definição de indicadores, o estabelecimento de canais de comunicação com parceiros e a decisão sobre como os dados são armazenados e utilizados

Existem várias razões pelas quais a liderança comunitária no desenvolvimento de indicadores de PPR é fundamental. Em primeiro lugar, as pandemias começam nas comunidades e, por isso, ter sistemas comunitários de vigilância fortes — onde as comunidades participam diretamente nos sistemas de alerta precoce — é crucial. As comunidades também estão numa posição privilegiada para monitorizar os serviços de PPR e as contramedidas médicas, como oxigénio e EPI, nos locais onde estes serviços são prestados, pois trazem consigo experiências vividas e conhecimentos diretos essenciais para um desenvolvimento sólido de indicadores. Além disso, o desenvolvimento de indicadores liderado pela comunidade pode evitar desafios como conflitos de interesse, dinâmicas de poder e enviesamentos que podem surgir quando os prestadores de serviços e financiadores lideram o processo.

Uma forma simples de decidir quem deve participar no desenvolvimento de indicadores é fazer duas perguntas:

1. **Esta pessoa faz parte da comunidade?** A palavra “comunidade” refere-se, de forma ampla, a um grupo de pessoas que vive no mesmo local, enfrenta os mesmos desafios e vulnerabilidades, tem o mesmo acesso a recursos e partilha experiências de vida semelhantes. Para efeitos deste guia, o termo comunidade(s) é utilizado para descrever grupos de pessoas vulneráveis e marginalizadas que não conseguem aceder facilmente a serviços de prevenção, tratamento e/ou cuidados devido a barreiras como estigma, discriminação, violência ou leis, políticas e práticas punitivas. Ao avaliar se uma pessoa é membro da comunidade, considere se ela teria experiências semelhantes ao procurar cuidados de saúde e se partilha a missão de melhorar a vida das pessoas mais afetadas pelas emergências.
2. **Esta pessoa faz parte de uma instituição que estamos a monitorizar com o nosso programa de CLM?** O objetivo do CLM é reforçar a responsabilização do sistema de saúde perante as comunidades, com vista a melhorar a AAAAQ da prestação de cuidados. Assim, garantir que o programa de CLM se mantém independente é fundamental para preservar a sua integridade, autoridade, confiança e resiliência. Na prática, isto significa que as organizações e instituições monitorizadas não podem ter autoridade de decisão sobre o funcionamento do programa de CLM. É importante notar que organizações comunitárias que apoiam a prestação de serviços ainda podem participar no desenvolvimento de indicadores; contudo, deve ter-se cuidado para que não sejam responsáveis por monitorizar os seus próprios serviços ou instalações.

As pessoas exatas que devem participar irão variar consoante a estrutura do programa de CLM, mas, em geral, deve incluir uma combinação de representantes dos seguintes grupos:

Deve liderar o desenvolvimento de indicadores	Pode participar na revisão dos indicadores
<ul style="list-style-type: none">• Organizações e redes lideradas pela comunidade envolvidas na PPR, segurança sanitária, direitos humanos, responsabilização social e advocacia orçamental.• Pessoas mais afetadas por surtos de doenças e emergências, incluindo PVHIV, populações-chave e outros grupos vulneráveis.• Organizações da sociedade civil que prestam serviços de saúde e aquelas envolvidas na mobilização e sensibilização comunitária.• Organizações envolvidas em ações de advocacia para a PPR a nível subnacional, nacional, regional e global.	<ul style="list-style-type: none">• Pessoal das clínicas de saúde• Governo regional (por exemplo, distrital e provincial)• Ministério da Saúde, incluindo o ponto focal do RSI/NPHI• Mecanismos de Coordenação de Países do Fundo Global (CCM)• Recipientes Principais (PR), Sub-recipientes (SR) e Sub-sub-recipientes (SSR) do Fundo Global• Parceiros de implementação, especialmente aqueles envolvidos na PPR• Doadores, em particular os que financiam e os que têm potencial para financiar a PPR• Agências das Nações Unidas• Prestadores de Assistência Técnica – participação limitada à prestação de comentários, sem poder de decisão• Instituto Nacional de Saúde Pública (NPHI)• Comité de Coordenação One Health / Grupo Técnico de Trabalho

Em conformidade com o princípio da independência do CLM, as partes interessadas que não pertencem à comunidade não devem participar nas reuniões comunitárias destinadas ao desenvolvimento de indicadores. No entanto, poderão fornecer comentários sobre os instrumentos de inquérito, caso tal seja solicitado pelos implementadores do CLM. Este feedback pode ser partilhado presencialmente ou através de uma revisão virtual dos instrumentos. Os programas de CLM podem, então, decidir aceitar ou rejeitar essas sugestões conforme considerarem adequado.

Quando existe assistência técnica (AT) disponível, os programas de CLM podem convidar os prestadores de AT a participar nas reuniões comunitárias para definição de indicadores. Esta colaboração pode incluir a prestação de contributos técnicos sobre os indicadores e a coordenação do feedback dos participantes. Contudo, os prestadores de AT não podem definir as prioridades de advocacia e de recolha de dados em nome da comunidade.

Princípios-chave do CLM a Respeitar

- **Propriedade Comunitária:** Este princípio exige que o Passo 1 seja totalmente pertencente e conduzido pela comunidade afetada pelo surto de doença. O grupo identificado neste nível deve definir a área prioritária de foco em alinhamento com os NAPHS, definir os indicadores de PPR, determinar os métodos de recolha de dados e decidir como a informação será utilizada para a advocacia.
- **Independência Comunitária:** Os membros do grupo identificado no Passo 1 devem manter-se independentes das instituições que pretendem monitorizar. Desta forma, promove-se a confiança, transparência, objetividade, credibilidade e responsabilização, especialmente ao abordar lacunas sensíveis de segurança sanitária.
- **Inclusividade:** A representação de diversas vozes comunitárias, incluindo comunidades marginalizadas e vulneráveis.

Passo 1: Reunir um grupo de especialistas e defensores da comunidade

Como isto se traduz na prática

Um grupo de organizações lideradas pela comunidade, com experiência em CLM, recebeu recentemente financiamento para lançar um programa de CLM-PPR. Cumpriram todos os requisitos do projeto e estão agora prontos para reunir um grupo comunitário de especialistas e defensores.

Reúnem redes da sociedade civil que representam pessoas que vivem com VIH, raparigas adolescentes e mulheres jovens, populações-chave e organizações de direitos humanos. Envolvem também representantes de organizações que participam na preparação comunitária para pandemias (PPR), na implementação dos NAPHS e no acompanhamento das Avaliações Externas Conjuntas (JEE).

- Durante a reunião, este grupo irá Rever as áreas prioritárias do NAPHS do país e as pontuações do JEE, identificar fragilidades nos sistemas laboratoriais, detetar lacunas na cadeia de abastecimento e nos mecanismos de resposta a emergências, analisar questões de comunicação de risco, identificar incumprimentos de IPC e avaliar desafios na implementação e distribuição de vacinas como áreas prioritárias para monitorização.

- Exploração de potenciais indicadores, tais como a eficácia da vigilância de doenças ao nível comunitário, a disponibilidade de contramedidas médicas (Equipamentos de Proteção Individual (EPI), oxigénio medicinal), o número e categorias profissionais de prestadores de cuidados de saúde ativos e o acesso a vacinas em áreas de difícil alcance.
- Revisão dos indicadores propostos por parceiros técnicos não comunitários, incluindo prestadores de assistência técnica, responsáveis do Ministério da Saúde, Institutos Nacionais de Saúde Pública (NPHI) e representantes de agências financiadoras — todos fornecendo orientação técnica enquanto respeitam a autonomia da comunidade na tomada de decisões.

No final desta reunião, espera-se que as áreas prioritárias de PPR a monitorizar e os respetivos indicadores estejam definidos e alinhados com os NAPHS. A equipa terá assim estabelecido as bases para o passo seguinte, que envolve o reforço de capacidades e a sensibilização da comunidade sobre os conceitos e quadros da PPR.

Passo 2: Reforçar Capacidades e Sensibilizar o Grupo de Especialistas Comunitários sobre os Conceitos e Quadros da PPR

Uma vez reunido, no Passo 1, um grupo representativo de especialistas e defensores comunitários, o passo seguinte consiste em reforçar as suas capacidades e aprofundar a sua compreensão dos conceitos, quadros e processos de Preparação e Resposta a Pandemias (PPR). Isto garante uma compreensão clara dos conceitos, quadros, ferramentas e processos existentes, especialmente enquanto se preparam para desenvolver indicadores específicos de PPR para monitorização. Este é um passo fundamental que, se for ignorado, poderá comprometer a identificação das áreas prioritárias necessárias para orientar o processo de seleção de indicadores.

Alguns conceitos-chave a explorar nesta fase incluem PPR (o que é, porquê, deteção, áreas técnicas, indicadores críticos), o envolvimento comunitário na PPR (porquê e quando) e uma visão geral dos quadros críticos e das ferramentas existentes que apoiam o CLM-PPR.

Os quadros críticos da PPR a explorar de forma mais aprofundada podem incluir, entre outros, o Regulamento Sanitário Internacional – 2005 (OMS, 2005), a Avaliação Externa Conjunta (OMS, 2022) e o Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária[2] (OMS, 2025). Serão também apresentadas e estudadas em profundidade ferramentas e recursos centrados na comunidade que apoiam a monitorização e a advocacia da PPR, bem como a tradução de programas e políticas em medidas para o CLM. Estas podem incluir o Kit de Ferramentas da ITPC: Um guia para traduzir prioridades programáticas e políticas em medidas qualitativas e quantitativas para o CLM (ITPC, 2022) e a Ferramenta de Orçamentação e Monitorização de Recursos para a Preparação Comunitária para Pandemias da EANNASO. Compreender estes quadros e ferramentas não só ajudará os participantes a perceber de que forma o CLM para PPR se integra nos esforços nacionais e globais de segurança sanitária, como também lhes proporcionará o conhecimento necessário para participar eficazmente na identificação e desenvolvimento de indicadores CLM-PPR de alto impacto.

[2] O Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária (NAPHS) é um processo de planeamento plurianual, de responsabilidade nacional, que pode acelerar a implementação das atividades centrais do RSI e baseia-se numa abordagem One Health para todos os perigos, envolvendo todo o governo.

Passo 2: Reforçar Capacidades e Sensibilizar o Grupo de Especialistas Comunitários sobre os Conceitos e Quadros da PPR

Como isto se traduz na prática

Durante as sessões de reforço de capacidades e sensibilização, são ministradas formações detalhadas nas seguintes áreas:

1. Fundamentos da Preparação e Resposta a Pandemias, onde o grupo de especialistas é acompanhado através dos conceitos básicos relacionados com a PPR, tais como o que é e por que é necessária, a diferença entre preparação e resposta, o ciclo pandémico (prevenção, deteção, resposta e recuperação) e como o CLM-PPR difere do CLM-HTM.
2. Termos técnicos do CLM-PPR, que podem incluir vigilância de doenças, sistemas laboratoriais, novos e emergentes diagnósticos e as suas vantagens, diagnósticos existentes e as limitações que impediram um impacto positivo na resposta, controlo e preparação para infeções tanto nas unidades de saúde como na comunidade, coordenação e comunicação da resposta a emergências desde o nível local até ao nível central/nacional, e resiliência da cadeia de abastecimento.
3. Quadros globais e nacionais de PPR, incluindo o RSI 2005, as JEEs e os NAPHs. A formação aborda como estes quadros se interligam e de que forma orientam os processos nacionais de PPR.
4. Ferramentas e recursos centrados na comunidade para apoiar a monitorização e a advocacia, incluindo o ITPC Toolkit: A Guide for translating Program and Policy Priorities into qualitative and quantitative measures for CLM e a Ferramenta de Orçamentação e Monitorização de Recursos para a Preparação Comunitária para Pandemias da EANNASO.

A maioria dos participantes é totalmente nova ao conceito de CLM-PPR, o que significa que as sessões de sensibilização devem ser conduzidas num formato simples e acolhedor, garantindo que todos acompanham o conteúdo. Estas sessões são realizadas num local comunitário facilmente acessível para todos os participantes, com tradução para a língua local quando necessário.

O/a facilitador(a), com quem os participantes se identificam facilmente e que já foi aceite pelo grupo, começa por questionar os participantes sobre a sua compreensão de pandemias, a diferença entre preparação e resposta, PPR e CLM-PPR. O/a facilitador(a) pede ainda que forneçam exemplos para cada resposta. Isto conduz à partilha de experiências individuais sobre como a PPR foi vivida durante uma pandemia específica escolhida pelo participante. A COVID-19 é geralmente a melhor referência, dado que afetou praticamente toda a população mundial ao mesmo tempo e de formas semelhantes. Um profissional de saúde pode relatar, por exemplo, a dificuldade em aceder a EPI, enquanto um membro da comunidade pode falar sobre não saber como reportar um caso suspeito. Outro membro da comunidade pode dizer que não sabia o que observar ou acompanhar. Estas experiências ajudam os participantes a compreender e valorizar o papel da monitorização liderada pela comunidade na PPR.

Domínio JEE / Área de Preparação	Realidades Comunitárias	Pergunta Potencial
Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Instalações geralmente com falta de pessoal • Formação inadequada dos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta unidade de saúde tem pessoal suficiente?
Sistema Laboratorial Nacional	Incapacidade de realizar testes de referência internacional dentro do prazo padrão para todos os pacientes que necessitam deste serviço. Como resultado, os pacientes esperam muitas horas para serem atendidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Acha que esta unidade de saúde dispõe de testes de diagnóstico disponíveis para (inserir doenças selecionadas)? • Estes testes são acessíveis (custo, dias e horários de funcionamento da unidade), aceitáveis e de boa qualidade? • Quanto tempo, em média, um paciente espera pelos resultados dos testes?
Resistência Antimicrobiana	Utilização subótima de medicamentos antimicrobianos	<ul style="list-style-type: none"> • Esta unidade de saúde enfrenta escassez de antibióticos? • Acha que os antibióticos são recomendados de forma adequada pelos profissionais de saúde nesta unidade?
Comunicação de Risco e Envolvimento Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento comunitário mínimo • Informação insuficiente sobre atividades de saúde pública que afetam a sua saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Os membros da comunidade têm sido adequadamente envolvidos nas campanhas de saúde pública a nível comunitário ou das unidades de saúde?
Prevenção e Controlo de Infeções	<ul style="list-style-type: none"> • Existe, em geral, um ambiente seguro na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta unidade de saúde tem espaçamento adequado entre as camas? • Dispõe de água suficiente para a lavagem das mãos? • A unidade de saúde tem um espaço de isolamento?

Para uma compreensão e valorização mais profunda das áreas técnicas, os participantes escolhem pelo menos 1 a 2 áreas técnicas de cada vez. Recomenda-se que a seleção das áreas técnicas seja orientada pelas prioridades de advocacia. São realizadas visitas aos locais para compreender o processo de notificação durante uma pandemia. Por exemplo, os participantes interessados na vigilância de doenças visitam uma unidade de saúde para perceber como é feita a notificação. A equipa de prevenção e controlo de infeções observa os postos de higiene das mãos e discute o significado das diferentes pontuações mencionadas num relatório de amostra. Consulte o Anexo A para mais detalhes sobre Áreas Centrais, Áreas de Preparação, Indicadores e Perguntas de Exemplo para os indicadores especificados.

Passo 3: Definir as necessidades de saúde pública da comunidade e as prioridades de advocacia

Depois de o grupo de especialistas e defensores ter sido reunido e capacitado para participar no CLM-PPR, a fase crítica seguinte consiste em refletir sobre as necessidades, desafios e prioridades de advocacia da comunidade no que diz respeito à PPR e em alinhamento com os quadros de PPR mencionados no Passo 2. Isto ajuda a garantir que apenas dados relevantes e úteis do CLM-PPR sejam recolhidos, permitindo que o programa de CLM utilize os seus recursos e tempo da forma mais eficiente. Quando os instrumentos de recolha de dados são criados sem refletir sobre como a informação será utilizada, os programas de CLM correm o risco de investir muito tempo em expedições de recolha de dados, acumulando grandes volumes de informação que acabam por não ser analisados ou utilizados para advocacia.

Estudo de Caso: África do Sul e Monitorização da COVID-19

Em março de 2020, a África do Sul registou o seu primeiro caso de COVID-19. No final do mês, numa tentativa de reduzir a taxa de transmissão, o governo sul-africano impôs um confinamento nacional.

No momento em que a COVID-19 surgiu, o programa de CLM Ritshidze estava em processo de recolha de dados em mais de 100 locais. As comunidades diretamente afetadas adaptaram a plataforma Ritshidze e aproveitaram o alcance do programa, passando rapidamente à ação em resposta à emergência. A equipa desenvolveu rapidamente inquéritos rápidos (snap surveys), administrados remotamente (por telefone e online) inicialmente durante o confinamento e presencialmente depois de algumas restrições terem sido levantadas. Estes inquéritos geraram informação em tempo real sobre perturbações relacionadas com a COVID-19 no acesso a medicamentos e outros serviços de saúde. Os recolhedores de dados do Ritshidze e os seus parceiros no setor das PVHIV começaram rapidamente a monitorizar e acompanhar as interrupções no acesso a medicamentos para VIH e tuberculose, bem como outros medicamentos essenciais, incluindo contraceptivos e medicamentos de saúde mental; o encerramento de clínicas; e o acesso a produtos essenciais contra a COVID-19, como Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e vacinas contra a COVID-19. A equipa utilizou estes dados para fazer advocacia no sentido de reforçar a resposta nacional à COVID-19; por exemplo, o Ritshidze conseguiu defender com sucesso que os utentes pudessem esperar pelos seus ARVs dentro do recinto da clínica, o que representou uma importante vitória para proteger a privacidade, a confidencialidade e a segurança dos pacientes. Resilient Advocacy in the Time of a Pandemic, um relatório da Treatment Action Campaign (TAC), os implementadores principais do Ritshidze, descreve outras vitórias alcançadas graças à advocacia baseada em evidências, incluindo a concessão de dispensa multimensal de tratamento antirretroviral (TAR). Os monitores comunitários também receberam autorização para viajar durante os confinamentos da COVID-19, demonstrando o apoio formal do governo sul-africano ao CLM. Embora o confinamento proibisse viagens não essenciais para todos os sul-africanos, os profissionais de saúde estavam entre os grupos isentos desta exigência. Reconhecendo os serviços essenciais prestados pelo CLM e o papel do Ritshidze como parceiros importantes de saúde, o Ministério da Saúde concedeu inicialmente permissão ao Ritshidze para continuar o seu trabalho de monitorização. As relações que o Ritshidze tinha estabelecido com o governo aquando do lançamento do programa de CLM provaram ser essenciais, com os departamentos de saúde e outros intervenientes-chave a verem a equipa como parceiros fundamentais durante a emergência de saúde pública.



[[Durante o nível 5 do confinamento, os pacientes do Laetitia Bam Day Hospital queixaram-se de que tinham de esperar no exterior para levantar os seus medicamentos. Isto deixava-os expostos às condições climáticas e a aglomerações, aumentando o risco de transmissão da COVID-19; a confidencialidade dos pacientes não era respeitada e o risco de contraírem COVID-19 era maior. Após a intervenção direta da TAC e do Departamento de Saúde de Nelson Mandela Bay, através da monitorização desta e de outras 47 unidades de saúde, as condições melhoraram drasticamente. Crédito da imagem: TAC.]

Para além de recolher dados e defender a continuidade dos serviços, o Ritshidze tornou-se uma fonte essencial de informação relacionada com a COVID para as comunidades, produzindo materiais de literacia sobre tratamento sob o lema “COVID-19 nas Nossas Vidas”. O governo forneceu sessões de informação aos monitores sobre a transmissão, os testes e as vacinas contra a COVID-19 e deu à equipa oportunidades para fazer perguntas e compreender plenamente o vírus. Quando os monitores comunitários entravam nas clínicas para monitorização, tornavam-se uma fonte importante de literacia em saúde ao interagir com as comunidades.

À medida que a pandemia avançava, o Ritshidze direcionou a sua atenção para alguns dos desafios não diretamente relacionados com a saúde associados à COVID-19. Embora hospitais e clínicas tivessem anteriormente proteções especiais contra cortes de energia (loadshedding), estes cortes começaram a afetar o sistema de saúde. O Ritshidze adaptou rapidamente as suas ferramentas de recolha de dados para monitorizar o acesso a geradores e combustível, bem como o impacto dos cortes de energia no acesso aos medicamentos. Quando a província de KwaZulu-Natal enfrentou agitação política em julho de 2021, o programa conseguiu monitorizar como os protestos violentos afetaram o transporte de medicamentos e bens essenciais por todo o país. A advocacia do Ritshidze integrou estes dados, defendendo que todas as clínicas tivessem um gerador, orçamento para combustível e soluções alternativas para interrupções na cadeia de abastecimento.

Um único programa de CLM não pode monitorizar tudo; os indicadores devem manter-se focados nas prioridades mais importantes. Por exemplo, um programa novo numa fase piloto pode optar por se concentrar apenas numa ou duas prioridades. Um programa maior e mais maduro pode monitorizar mais de 10 prioridades centrais. O mais importante é garantir que os seus indicadores refletem verdadeiramente as prioridades da comunidade no que diz respeito à PPR. Além disso, certifique-se de que não está a recolher demasiados dados, e sobre temas tão diversos, que isso impeça uma análise eficaz e a utilização dos dados para a advocacia.

Existem muitas formas de desenvolver prioridades de advocacia. De forma geral, há cinco perguntas-chave a colocar:

1. Quais são as áreas técnicas específicas destacadas pelos Quadros de PPR?
2. Quais destas são mensuráveis ao nível comunitário?
3. Quais serviços relacionados com a PPR está interessado em monitorizar?
4. Na sua experiência, estes serviços estão disponíveis? São facilmente acessíveis? A forma como os serviços estão a ser desenvolvidos é aceitável para a sua comunidade? Os serviços exigem gastos do bolso que os utilizadores podem suportar? Considera que os serviços são de boa qualidade?
5. Existe alguma população, grupo ou região que possa ter maiores dificuldades em aceder e utilizar estes serviços ou que tenha necessidades específicas de saúde?

Qual será a área de foco da PPR?

Antes de desenvolver as suas perguntas específicas de inquérito, é importante determinar quais as áreas de foco/áreas de preparação da PPR mais relevantes para a monitorização liderada pela comunidade. As áreas de foco/preparação podem incluir algumas ou todas as seguintes: prevenção e controlo de infeções, vigilância laboratorial, pontos de entrada, prestação de serviços de saúde, contramedidas médicas e destacamento de pessoal, comunicação de risco e operações de resposta a emergências.

Por exemplo, para a Prevenção e Controlo de Infeções (PCI), pode avaliar se as instalações têm postos adequados de lavagem das mãos, abastecimento de água suficiente, fornecimentos de EPI, espaços de isolamento, triagem, espaçamento de camas ou segurança de objetos cortantes. Para a Vigilância Laboratorial, as perguntas podem centrar-se nos sistemas de transporte de amostras, disponibilidade de testes de diagnóstico para doenças selecionadas, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços laboratoriais, bem como no tempo de resposta. Ao monitorizar os Pontos de Entrada, o foco pode ser os protocolos de rastreio, instalações de quarentena ou mecanismos de comunicação transfronteiriça. Para a Prestação de Serviços de Saúde, o CLM pode centrar-se em planos de capacidade de resposta, protocolos de triagem e continuidade dos serviços essenciais durante um surto. Para os recursos humanos, os indicadores podem avaliar o comportamento dos profissionais de saúde, formação em resposta a emergências, planos de destacamento de pessoal e proteção dos trabalhadores da saúde.

Para garantir a eficácia, é importante que o CLM se concentre em no máximo 2 a 3 áreas prioritárias, em vez de tentar monitorizar muitas ao mesmo tempo. É fundamental que as áreas de foco sejam selecionadas com base nas vulnerabilidades específicas da comunidade.



Estudo de caso: Interrupções na prestação de serviços no Haiti devido à violência

O Haiti enfrenta atualmente uma policrise extraordinária, caracterizada pelo aumento da violência de gangues, pela incapacidade do governo em resolver os problemas de segurança e por uma ampla perturbação sociopolítica e económica. No epicentro da crise encontra-se a cidade de Porto Príncipe, onde o governo nacional perdeu progressivamente o controlo de mais de 80% da área metropolitana.

As crises políticas têm um grande potencial para perturbar o acesso aos serviços de saúde. No Haiti, com confinamentos e elevados níveis de violência, pacientes e profissionais de saúde não conseguem aceder a cerca de 20% das clínicas que prestam serviços de VIH, tuberculose e malária. Além disso, barricadas e postos de controlo ilegais instalados por gangues nas principais estradas contribuíram para grandes interrupções nas cadeias de abastecimento e no transporte entre a capital e o resto do país. Várias clínicas estão encerradas, em parte devido à migração de profissionais de saúde para regiões mais seguras ou à saída do país.

Segundo o Ministério da Saúde[3], 10.000 pacientes em tratamento de VIH sofreram interrupções terapêuticas em 2024 devido ao deslocamento interno provocado pela violência dos gangues. A procura por serviços de diagnóstico precoce infantil diminuiu, mulheres grávidas que vivem com VIH têm abandonado cada vez mais o tratamento e um número crescente de diagnósticos de VIH está a ser reportado como resultado de violência sexual contra mulheres e populações-chave.

Apesar destas circunstâncias extraordinárias, o programa de CLM no Haiti continuou a monitorizar o acesso aos serviços de saúde onde quer que fosse seguro fazê-lo. A equipa de CLM adaptou a sua monitorização com base na situação de cada província, realizando recolha de dados apenas nas zonas com baixa concentração de atividade de gangues. Durante a advocacia junto dos gestores das unidades de saúde, o programa implementou visitas de soluções em formato virtual, realizadas por videoconferência. No entanto, em muitos locais a monitorização teve de ser cancelada ou adiada devido à violência ativa ou ao deslocamento interno de profissionais de saúde.

Os dados do CLM evidenciaram interrupções nos serviços. Os dados do programa mostraram que a proporção de pacientes em Porto Príncipe que se sentem muito seguros enquanto aguardam atendimento diminuiu de 68% no terceiro trimestre de 2021 para 19% no quarto trimestre de 2024. O programa de CLM continua a defender o reforço do sistema de saúde, para garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade para todas as pessoas no Haiti.

[3] Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Impacto da crise no Departamento do Oeste: Resposta até à data e necessidades não satisfeitas. 28 de agosto de 2024.

Quais serviços relacionados com a PPR gostaria de monitorizar?

Esta etapa envolve refletir sobre quais serviços de PPR são a maior prioridade para a sua comunidade e onde a advocacia é mais urgentemente necessária para gerar mudanças. Em alguns contextos, os defensores da saúde e da PPR podem já ter definido quais são as prioridades. Por exemplo, pode ser que a sua comunidade já tenha definido as suas prioridades de advocacia durante a elaboração do Pedido de Financiamento do Fundo Global. Ou talvez o seu país tenha um plano de ação comunitário ou uma lista de prioridades de advocacia para orientar o envolvimento com as agências nacionais de segurança sanitária. Deve também reservar tempo para rever documentos políticos relevantes e orientações, tais como planos estratégicos nacionais específicos da PPR, planos nacionais de preparação para pandemias, planos nacionais de segurança sanitária, quadros de monitorização e avaliação, quadros de resposta a emergências e sistemas de vigilância em saúde pública. Poderá também considerar rever Procedimentos Operacionais Padrão, relatórios anuais das JEEs e dos SPARs, bem como circulares ministeriais e recomendações dos comités técnicos One Health.

Noutros contextos, poderá preferir começar do zero, caso em que pode ser útil utilizar um quadro de PPR existente quando estiver a definir as suas principais prioridades de advocacia. Por exemplo, se o seu programa de CLM monitoriza a PPR, pode usar o ciclo de preparação para pandemias como ponto de partida. Os sistemas de alerta precoce da sua comunidade estão a funcionar bem? Acha que os protocolos de resposta a emergências precisam de ser reforçados? Ou considera que a necessidade mais urgente é uma melhor participação comunitária na preparação? Onde estão os maiores desafios e barreiras? Lembre-se de que o objetivo não é listar todos os serviços do seu país, mas sim concentrar-se nas necessidades e prioridades mais urgentes. Os dados recolhidos devem ser diretamente relevantes para as intervenções de advocacia e responsabilização que a sua comunidade levará a cabo como parte do CLM.

Essencialmente, a realização de uma avaliação comunitária abrangente ajudará a identificar e selecionar os indicadores para o CLM-PPR. Isto incluirá um exame aprofundado da liderança comunitária, recolha de evidências, ação e responsabilização, parceria e colaboração e, finalmente, resiliência e sustentabilidade — tudo alinhado com a avaliação do nível de preparação para a PPR.

Estes serviços são disponíveis, acessíveis, aceitáveis, acessíveis financeiramente e de qualidade?

Agora que já tem as suas áreas de foco e lista de serviços prioritários, o passo seguinte é identificar os principais desafios ou barreiras que podem afetar estes serviços durante uma emergência.

Um método é utilizar o quadro AAAAQ, que divide os diferentes componentes do acesso aos cuidados de saúde tanto em tempos normais como em emergências. O objetivo nesta fase é considerar se estes serviços são:

- **Disponível:** Quando uma pessoa visita a unidade de saúde, os materiais de resposta a emergências estão posicionados em locais estratégicos? Existem clínicas ou pontos de acesso comunitários próximos de onde as pessoas vivem? Há enfermeiros ou médicos suficientemente treinados nos locais para prestar serviços? Podem ser rapidamente mobilizados para resposta a emergências? Existem quartos ou instalações de isolamento suficientes que possam ser ativados? Há capacidade laboratorial suficiente para aumentar os testes durante surtos?
- **Acessível:** Existem barreiras financeiras ao acesso aos serviços, como taxas de utilização ou custos de transporte? Os serviços de resposta a emergências são distribuídos de forma equitativa? Os pacientes têm de percorrer longas distâncias para chegar à unidade de saúde? Os serviços são oferecidos em horários convenientes para pessoas com trabalho, cuidados infantis ou outras responsabilidades? Os serviços estão disponíveis para todas as populações e faixas etárias ou algumas populações são excluídas do atendimento? As pessoas da comunidade sabem que os serviços existem? Os planos de resposta a emergências incluem transporte para áreas de difícil acesso? A teleconsulta está disponível caso a consulta presencial não seja possível, especialmente em surtos altamente infecciosos?
- **Aceitável:** Existem níveis elevados de estigma ou discriminação nas unidades de saúde? As medidas de resposta à pandemia são culturalmente adequadas para diferentes comunidades? Os líderes comunitários foram envolvidos na elaboração dos planos de resposta? Os enfermeiros estão formados para prestar cuidados culturalmente sensíveis durante emergências? Os funcionários das unidades são acolhedores, profissionais e informados ao prestar serviços? Os planos de resposta consideram as necessidades de várias populações, incluindo idosos, pessoas com deficiência (PCD), crianças e PVHIV?
- **Acessível Financeiramente:** Os testes e tratamentos são gratuitos durante pandemias, ou são subsidiados? Os serviços exigem pagamentos do próprio bolso e os utilizadores conseguem suportar esses custos? Existem planos para garantir que os medicamentos essenciais se mantenham acessíveis durante interrupções na cadeia de abastecimento? Existem planos de monitorização governamental intensa e regular do setor privado durante emergências?
- **Qualidade:** Os serviços são prestados de acordo com normas de cuidados nacionais ou internacionais? Por exemplo, os resultados dos testes são devolvidos em tempo útil? São oferecidos tratamentos ou medicamentos adequados? Os serviços médicos de qualidade estão a ser prestados em todos os locais, incluindo instalações privadas? Os profissionais de saúde têm ferramentas adequadas? Há medicamentos expirados ou prestes a expirar? Existem sistemas de garantia de qualidade para equipamentos e suprimentos de emergência?

Com base no surto de Covid-19, é importante observar como o quadro AAAAQ pode ser afetado pelo stress de uma emergência. O objetivo é identificar pontos de rutura no sistema de saúde que possam comprometer a prestação de serviços de saúde durante um surto específico e para outras doenças como VIH, TB e Malária, em contexto de emergência.

Quais populações ou regiões enfrentam barreiras ou têm necessidades específicas?

Por fim, é importante considerar quais populações, grupos ou áreas geográficas enfrentariam as maiores barreiras durante uma emergência pandémica. Por exemplo, pessoas fora da capital podem viver muito longe de uma unidade de saúde, enfrentando custos elevados de transporte e dificuldades para viajar até à clínica para consultas. Neste caso, a prioridade pode ser serviços de proximidade ou serviços móveis, que incluam entrega de medicamentos ao domicílio, reembolso de custos de transporte, bem como formação e mobilização de agentes de saúde comunitários para fornecer serviços básicos, incluindo identificação de casos e referência.

Famílias de baixos rendimentos podem não conseguir cumprir quarentenas, pois precisam de garantir a subsistência familiar. Nesses casos, pode ser importante que o CLM avalie se mecanismos de proteção socioeconómica estão incluídos nos planos de preparação para pandemias para apoiar essas famílias em momentos de restrições de mobilidade.

Profissionais de saúde e agentes de saúde comunitários constituem um subgrupo populacional crítico, com necessidades únicas durante surtos. Necessitam de equipamento de proteção individual, serviços de saúde mental e compensação por horas extraordinárias. Seria benéfico que os programas de CLM monitorizassem a disponibilidade destes recursos durante os surtos.

Passo 3: Definir as necessidades de saúde pública da comunidade e as prioridades de advocacia

Como isto se traduz na prática

Durante o seu workshop comunitário sobre indicadores, o programa de CLM e as redes da sociedade civil discutem as principais prioridades de advocacia para a preparação para pandemias no país. Vários participantes estão envolvidos em ações de advocacia, o que lhes permite identificar e relatar as principais prioridades para melhorar a prontidão em situações de emergência. O grupo está focado na monitorização da PPR, pelo que também revê o quadro de preparação para pandemias e debate quais etapas do ciclo de preparação enfrentam as maiores barreiras no país. Finalmente, como o programa recebe apoio do Fundo Global, revisitam as áreas programáticas financiadas no âmbito do componente de resiliência dos sistemas de saúde, e todos partilham as suas perceções sobre onde se encontram as lacunas.

Com base nisso, concordam que os maiores desafios no seu país são os sistemas de alerta precoce a nível comunitário e a capacidade de resposta reforçada nas unidades de cuidados de saúde primários. Para ambas as áreas, discutem os desafios específicos. Concordam que o alerta precoce a nível comunitário é fraco, pois os agentes de saúde comunitários não têm formação adequada para identificar sinais potenciais de surtos e, além disso, os sistemas de notificação são deficientes. Também concordam que, frequentemente, o obstáculo a uma capacidade de resposta reforçada eficaz é que os suprimentos essenciais de emergência não estão prontamente disponíveis nas unidades de saúde e que os profissionais de saúde não receberam formação sobre protocolos de prevenção e controlo de infeções. Observam ainda que a comunicação de risco parece ser mais fraca nas comunidades rurais, com base na experiência da rede de jovens que vivem com VIH. Alguns defensores expressam preocupação pelo facto de os planos de emergência raramente incluírem disposições para pessoas com deficiência, que muitas vezes ficam excluídas dos protocolos de evacuação.

No final, o grupo concorda que as principais prioridades de advocacia para o seu projeto-piloto de CLM serão concentrar-se nos sistemas de vigilância de doenças baseados na comunidade, particularmente em áreas rurais, e garantir que as unidades de cuidados de saúde primários disponham de suprimentos de emergência adequados e formação regularmente atualizada para a equipa, incorporando as necessidades específicas das pessoas com deficiência.

Passo 4: Mapear as evidências de que necessita para a sua advocacia

Medir o “o quê” e o “porquê”

Depois de identificar as áreas de preparação para pandemias que gostaria de monitorizar, é altura de pensar mais especificamente no tipo de dados que serão úteis para reforçar os seus pedidos de advocacia. Para isso, imagine que história pode contar a um gestor de unidade de saúde ou a um representante do governo que o ajude a explicar a situação. Que estatística ou facto precisa para construir um argumento mais sólido?

A sua advocacia é mais forte quando consegue não só descrever os desafios existentes na preparação do sistema de saúde, mas também quando consegue partilhar dados sobre o que o responsável pode fazer para os resolver. Isto significa descrever o quê (por exemplo, “este é o estado atual da preparação para emergências nas unidades de saúde”) e também o porquê (por exemplo, “é isto que está a causar a lacuna na preparação”). Assim, pode apresentar pedidos claros e específicos à gestão das clínicas, aos governos e aos doadores.

Exemplo nº 1: Indicadores para vigilância de doenças baseada na comunidade

Tema de advocacia	Categoria	A mensagem que pretende transmitir ao responsável (duty-bearer)	Exemplo de indicador de CLM	Solução proposta, com base nos dados
Os membros da comunidade não conseguem reportar sinais potenciais de surtos Sistema Laboratorial Nacional	O <i>quê</i>	“De acordo com os dados de CLM, ___% dos agentes de saúde comunitários referem não ter um mecanismo claro para alertar as autoridades sobre padrões incomuns de doença.”	Pergunta para os ASCs: “Tem um procedimento padrão para reportar padrões incomuns de doença na sua comunidade?”	“Estabelecer um sistema simples de notificação utilizando várias opções de plataforma – WhatsApp, chamada telefónica, e-mail – nestas ___ comunidades onde não existe qualquer mecanismo de notificação.”
	O <i>porquê</i>	“Os dados de CLM revelam que a razão mais comum para a falta de notificação é a falta de formação sobre os sinais mais comuns a observar, segundo ___% dos agentes de saúde comunitários entrevistados.”	Pergunta para enfermeiros: “O que a/o impede de reportar de forma eficaz potenciais surtos de doenças na sua comunidade?”	

Este indicador de exemplo corresponderia ao domínio das operações de resposta a emergências de saúde dentro da JEE do país.

Exemplo nº 2: Indicadores para a preparação de suprimentos de emergência nas unidades de saúde

Tema de advocacia	Categoria	A mensagem que pretende transmitir ao responsável (duty-bearer)	Exemplo de indicador de CLM	Solução proposta, com base nos dados
As unidades de saúde carecem de suprimentos de emergência	O <i>quê</i>	“Os nossos dados de CLM mostram que ___% das unidades de cuidados de saúde primários não dispõem de suprimentos de emergência adequados para uma resposta inicial a surtos.”	Pergunta para o pessoal da unidade de saúde: “A sua unidade dispõe de um kit dedicado de suprimentos de emergência, com EPI e outros materiais essenciais?”	“Cada unidade de saúde deve manter um kit padrão com verificações regulares de inventário, particularment e nestes ___ distritos onde nenhuma unidade dispõe de suprimentos de emergência.”
	O <i>porquê</i>	“De acordo com os nossos dados de CLM, ___% das unidades de saúde referem nunca ter recebido qualquer dotação orçamental para a PPR.”	Pergunta para os gestores da unidade de saúde: “O que impede a sua unidade de manter suprimentos de emergência adequados?”	

Este indicador corresponderia ao domínio das contramedidas médicas e da mobilização de pessoal dentro da JEE do país

Recolher dados que possa explicar facilmente

Os melhores indicadores são aqueles em que pode converter os seus dados em percentagens. Por exemplo, se perguntar a 20 pessoas se receberam um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para uma pandemia, como a COVID-19, e 5 disserem “não”, pode facilmente relatar que “25% das pessoas inquiridas não receberam um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19.” Isto é muito mais fácil de interpretar por várias razões:

- **Contexto:** Quando relata que cinco pessoas nunca receberam um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19, é difícil compreender a importância desse número. Por outro lado, se puder relatar que 25% das pessoas inquiridas não receberam um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19, torna-se mais fácil perceber a dimensão desse valor em relação ao grupo total.
- **Comparabilidade:** No CLM, muitas vezes não se inquiri o mesmo número de pessoas em cada unidade de saúde. Por vezes isso acontece porque algumas unidades são maiores do que outras ou porque, nalguns locais, é mais difícil encontrar pessoas elegíveis e interessadas em participar. Se calcular percentagens, pode comparar grupos de tamanhos diferentes, o que é impossível fazer apenas com números absolutos. Por exemplo, se um local inquirir 10 pessoas que receberam um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19, enquanto um segundo local encontrar 20, poderá intuitivamente pensar que 20 é mais do que 10. Contudo, se o primeiro local inquiriu 12 pessoas (10/12 = 83%) e o segundo inquiriu 40 (20/40 = 50%), percebe-se que a proporção de pessoas que receberam um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19 é, na verdade, mais

elevada no primeiro local. Desta forma, as percentagens permitem comparar mais facilmente diferentes unidades de saúde ou grupos.

- **Mais fácil de entender:** De forma simples, muitas pessoas compreendem intuitivamente “50% das pessoas fizeram um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19”. É mais difícil para todos compreenderem “15 pessoas fizeram um teste de diagnóstico no ponto de cuidados para a COVID-19”, o que nos leva a perguntar: “Isso é muito?”

Como saber se os seus indicadores podem ser interpretados como percentagens?

Uma boa regra geral é que qualquer pergunta que comece com “O número de pessoas que...” ou “Quantas pessoas...” foi concebida para contar pessoas, mas como não existe forma de conhecer a população total da qual está a recolher a amostra (o denominador), não há forma de apresentar estes dados como outra coisa que não seja um número absoluto.

Na verdade, se estiver interessado em contagens de pacientes, deve considerar se esses dados já existem noutras fontes. Por exemplo, o Ministério da Saúde, os departamentos distritais de saúde, a OMS, o Fundo Global, o Ministério da Preparação para Desastres ou outras organizações comunitárias podem já recolher dados relacionados com o seu tema. Em geral, não deve procurar duplicar dados existentes — os dados de CLM podem servir para triangular ou complementar a informação existente. Por exemplo, suponha que está interessado em observar a prevenção e controlo de infeções. O departamento distrital de saúde pode já ter dados sobre o número de unidades de isolamento no distrito e nas unidades de saúde específicas, mas os dados de CLM podem acrescentar informação sobre a qualidade dessas unidades de isolamento. Pode, por exemplo, perguntar aos membros da comunidade se estão satisfeitos com as práticas de prevenção e controlo de infeções na unidade, se aguardaram num espaço amplo, sentados a uma distância adequada uns dos outros, numa área bem ventilada, etc. Esta é uma distinção importante: a monitorização comunitária está frequentemente melhor posicionada do que outros esforços de monitorização e avaliação para captar a experiência dos utilizadores e a qualidade dos serviços de saúde, indo além do número de serviços prestados, que é normalmente registado por sistemas tradicionais de dados.

Estudo de caso 2: Uganda e o impacto dos confinamentos

No Uganda, a resposta nacional à COVID-19 foi caracterizada por confinamentos prolongados, proibições de transporte e encerramento de escolas. Estas restrições criaram múltiplos desafios graves que afetaram o acesso aos serviços de saúde e a outros serviços essenciais.

Embora o programa de CLM tivesse sido recentemente criado, a coligação que liderava o CLM tinha já uma vasta experiência prévia de colaboração em ações de advocacia para reforçar a responsabilização das respostas ao VIH e à TB. As organizações conseguiram mobilizar essa experiência, ativando a sua infraestrutura da sociedade civil para monitorizar e responder ao impacto das restrições de circulação, à perseguição estatal de grupos vulneráveis e ao aumento geral da sobrelotação das unidades de saúde. As evidências geradas através da monitorização ajudaram as comunidades a desafiar os responsáveis a ajustarem as restrições e a investirem na mitigação dos danos negativos relacionados com o confinamento.

O programa de CLM identificou prioridades políticas e de advocacia relacionadas com a COVID-19 com base no feedback rápido das comunidades, incluindo:

- Proibições de transporte levaram a partos e nascimentos inseguros, incluindo a morte de várias mulheres durante o parto, com ativistas a mobilizarem os meios de comunicação para documentar casos resultantes de morbidade e mortalidade materna;
- Perseguição policial de famílias, pessoas LGBTQ+, trabalhadores do sexo e outras populações vulneráveis;
- E danos graves sofridos por crianças com VIH e seus cuidadores, forçados a permanecer em casa, geralmente sem acesso a rendimento, apoio nutricional ou tratamento para o VIH.

Os monitores também desenvolveram um instrumento de inquérito e realizaram uma recolha rápida de dados comunitários com jovens seropositivos e os seus cuidadores em todo o Uganda, para revelar os danos causados por políticas de confinamento que não previram a continuidade dos serviços essenciais de tratamento e prevenção do VIH. Estes resultados foram compilados num relatório de responsabilização, Left Behind Under Lockdown, bem como num vídeo-ensaio que documenta a morte de uma jovem ugandesa seropositiva que foi negada tratamento quando chegou a uma clínica, gravemente doente, sem uma carta de transferência. O relatório e o vídeo, "Sentayi and Maureen," foram entregues ao PEPFAR e ao Governo do Uganda durante o processo de advocacia que contribuiu para moldar o Plano Operacional do País para 2021, através de "The People's Voice Uganda."

Como resultado, os defensores conseguiram melhorias concretas na resposta à COVID-19, incluindo:

- Isenções totais, pelo governo ugandês, das proibições de transporte para mulheres grávidas e lactantes
- Autorização do Ministério da Saúde às redes de PVHIV para prestarem entrega comunitária de renovação de TARV
- Eliminação da exigência de cartas de transferência como pré-requisito para aceder aos cuidados
- Aumento do investimento numa gama de serviços de apoio familiar para reforçar o regresso aos cuidados e os esforços de tratamento

Passo 4: Mapear as evidências de que necessita para a sua advocacia

Como isto se traduz na prática

Um programa de CLM tem monitorizado indicadores do sistema de saúde, com foco na malária, durante vários anos. Uma das organizações comunitárias que lidera o programa é contactada pelo Ministério da Saúde e convidada a participar na próxima Avaliação Externa Conjunta (JEE). É informado que o exercício da JEE reunirá vários setores para partilhar evidências sobre o nível de preparação do país para uma futura pandemia. A organização é convidada a representar o programa de CLM e a partilhar dados comunitários, com foco nos recursos humanos para a saúde.

O programa de CLM reúne-se para decidir como se preparar. Vários membros da equipa sugerem acrescentar novos indicadores aos instrumentos de inquérito existentes, que contabilizariam o número de enfermeiros em cada unidade de saúde. No entanto, o grupo concorda que estas contagens seriam difíceis de contextualizar, uma vez que algumas unidades atendem muito mais pacientes e, portanto,

naturalmente teriam mais pessoal do que outras. Em vez disso, a equipa concorda em recolher dados sobre se os níveis de pessoal são suficientes, o que será determinado perguntando aos gestores das unidades e aos pacientes: “Acha que esta unidade de saúde tem pessoal suficiente para responder às necessidades dos pacientes?”

No entanto, compreender se há pessoal suficiente é apenas o “quê” e não responde ao “porquê”. Sem perceber o que está a causar a escassez de pessoal, será difícil defender a necessidade de mais enfermeiros. Assim, o programa de CLM decide acrescentar duas novas perguntas. Primeiro, decidem perguntar aos gestores das unidades de saúde se a escassez de pessoal se deve ao facto de não estarem a ser criados novos postos, à dificuldade em encontrar candidatos ou a uma elevada rotatividade. Irão também perguntar diretamente aos enfermeiros se a elevada rotatividade se deve a remuneração insuficiente, atrasos nos pagamentos, carga de trabalho demasiado elevada, ou falta de recursos e ferramentas necessários para desempenhar o seu trabalho. Desta forma, a equipa sente-se preparada para participar na reunião da JEE, partilhar quais são os problemas de pessoal, explicar o que está a motivar estes desafios e defender junto do Ministério da Saúde a sua resolução.

Perguntas-chave: Devem os países padronizar os indicadores de CLM?

A medida que mais atores passam a envolver-se no CLM, governos e outros responsáveis têm proposto a “padronização” dos indicadores de CLM, incluindo os de CLM-PPR. A padronização — ou seja, o processo de todos os programas de CLM num país monitorizarem os mesmos indicadores — é incompatível com os princípios básicos do CLM, em particular o de que as comunidades devem decidir o que deve ser medido. Uma abordagem padronizada assume, de forma incorreta, que existe um único conjunto de prioridades num setor diverso. Pressupõe também que existe um diagnóstico comum das causas reais das barreiras ao acesso a serviços de saúde de qualidade, quando as perspetivas comunitárias podem, justificadamente, diferir das preocupações e prioridades de outros atores. O controlo comunitário e a liderança comunitária são essenciais para o sucesso do CLM. A “padronização” não é necessária e conduz a esforços de atores não comunitários para construir um programa de CLM — confundindo papéis e responsabilidades.

A partilha de ferramentas de CLM entre programas de CLM dentro de um país, bem como a partilha de informação sobre que locais cada programa cobre, é geralmente útil para coordenação e troca de conhecimentos. Procurar feedback sobre indicadores propostos de CLM-PPR também é um passo comum que as comunidades podem dar para manter os responsáveis governamentais e os doadores informados. No entanto, padronizar o que é medido cria limitações pouco úteis para os programas e transfere poder e controlo das comunidades para outros atores.

Passo 5: Desenvolver as perguntas de recolha de dados para os seus inquéritos

Depois de definir as prioridades da comunidade e de ter uma ideia dos tipos de evidências que pretende recolher, o passo seguinte é desenvolver os indicadores (ou perguntas) que irão compor os seus instrumentos de recolha de dados.

Considerações principais:



- Quem irá inquirir?
- Que local deve inquirir?
- Que tipo de pergunta fornecerá a melhor informação?
- Qual será a área técnica de PPR em foco?
- Como elaborar bons indicadores?

Nota: Consulte a matriz de indicadores no Anexo A para selecionar os seus indicadores.

Ética no desenvolvimento das perguntas

Embora o CLM não seja investigação, é fundamental que a recolha de dados, a análise e a advocacia sejam seguras e respeitosas para os coletores de dados e para os respondentes. Acima de tudo, priorize a segurança de ambos os grupos. No que diz respeito aos instrumentos de inquérito, existem várias formas importantes de garantir a ética:

- O CLM destina-se a monitorizar sistemas e serviços de saúde, não a vida pessoal das pessoas. Por exemplo, em vez de perguntar “Teve efeitos secundários ao usar determinados antibióticos?”, pode perguntar: “Acha que receberia antibióticos nesta unidade se fossem prescritos pelo seu médico?” Isto permite recolher dados úteis sem exigir a divulgação de informações pessoais.
- Não recolha informações pessoalmente identificáveis, como nomes, números de identificação ou contactos telefónicos. Associar estes dados ao facto de alguém pertencer a uma população-chave pode ser perigoso, sobretudo em ambientes discriminatórios. As mudanças políticas podem ocorrer rapidamente — hoje uma população pode não ser criminalizada, mas amanhã pode ser — e o governo pode solicitar acesso aos seus dados.
- Para perguntas que possam ser desconfortáveis ou embaraçosas, como sobre lavagem das mãos, inclua sempre a opção “Prefiro não responder” ou não torne a pergunta obrigatória. Durante a recolha de dados, lembre os participantes de que podem saltar qualquer pergunta ou interromper o inquérito a qualquer momento.
- Nunca peça acesso a registos de saúde de uma unidade ou fotografe registos de saúde como parte da recolha de dados. Isso viola a privacidade dos pacientes. Apenas fotografe utilizadores de serviços se tiver obtido o seu consentimento explícito; de forma geral, quaisquer materiais públicos devem desfocar as imagens de pessoas que não façam parte da equipa do CLM.
- Inclua sempre uma declaração de consentimento informado no início do inquérito. Esta declaração deve informar quem são os responsáveis pelo inquérito, porque os dados estão a ser recolhidos, para que serão utilizados, se alguma informação pode ser identificável e deixar claro que a participação é voluntária e sem consequências em caso de recusa.

Pode ser tentador perguntar tudo a toda a gente e recolher o máximo de dados possível. Na realidade, isso fará com que trabalhe muito mais sem necessariamente melhorar o impacto do CLM-PPR. Quando os nossos inquéritos têm perguntas a mais, muitas vezes acabamos por não utilizar todos os dados recolhidos. Além disso, quando os inquéritos demoram muito a completar, os respondentes tendem a ficar frustrados e a não terminar o inquérito ou a fornecer dados de má qualidade no final; por exemplo, podem começar a responder “sim” a tudo apenas para acabar rapidamente. Isto também esgota a energia dos monitores. Por isso, é fundamental incluir apenas os indicadores que realmente queremos priorizar.

Quem deve inquirir?

Deve inquirir as pessoas que são capazes de lhe fornecer as informações e perspetivas necessárias para a sua advocacia. Para a maioria dos programas de CLM-PPR, isto incluirá uma combinação de:

1. Pessoas que utilizam os serviços de saúde (utilizadores de serviços),
2. O pessoal responsável pela gestão da unidade de saúde (gestores das unidades),
3. O pessoal que presta cuidados (enfermeiros, médicos, agentes de saúde comunitários),
4. Funcionários distritais de saúde, especialmente quando se pretende obter informações sobre instrumentos legais e a sua aplicação

Depois de decidir quem detém a informação de que precisa, deve refletir sobre onde pode encontrar essas pessoas. Por exemplo, se estiver interessado em saber mais sobre grupos de apoio que são geridos por parceiros comunitários, não faz sentido incluir perguntas sobre esses grupos num inquérito para gestores de unidades. Da mesma forma, se os adolescentes não frequentam regularmente as unidades de saúde, fazer a maioria das perguntas sobre experiências de adolescentes não produzirá dados de qualidade.

Embora muitos projetos de CLM realizem a maior parte da recolha de dados nas unidades de saúde, outros utilizam estratégias alternativas quando as informações pretendidas são melhor encontradas fora das unidades. Através da recolha de dados baseada na comunidade, projetos de CLM têm conseguido recolher dados sobre diferentes subgrupos populacionais, como populações-chave, adolescentes (no caso do CLM-HTM) e outros grupos de indivíduos que podem ser mais difíceis de encontrar nas unidades de saúde. Importa notar que a recolha de dados comunitária é útil para captar as experiências daquelas pessoas que deixaram de utilizar ou não se sentem bem-vindas nas unidades de saúde devido a experiências anteriores.

Identificar respondentes fora das unidades pode, contudo, exigir mais trabalho. Uma estratégia comum é deslocar-se a “hotspots” — áreas onde se sabe que grupos de interesse se reúnem. Isto pode incluir comunidades densamente povoadas e áreas de influência das clínicas. Outra estratégia é a “amostragem em bola de neve”, que consiste em identificar pessoas bem informadas no grupo-alvo e pedir-lhes que indiquem outras pessoas interessadas em participar no inquérito. É fundamental que os coletores de dados se mantenham sempre em grupo e priorizem a sua segurança ao recolher dados fora das unidades.

Quais locais deve inquirir?

Dependendo das prioridades do seu CLM-PPR, poderá analisar vários tipos de dados programáticos a diferentes níveis para orientar a seleção dos locais a monitorizar. Por exemplo, se estiver a trabalhar para um programa nacional de CLM-PPR representativo de diversos subgrupos populacionais, deve garantir que inclui entre os seus locais unidades de referência com grande volume de atendimento. Se estiver focado em advocacia relativa à disponibilidade de medicamentos críticos, como antibióticos, uma análise dos dados ao nível das unidades ajudará a identificar as clínicas com frequentes ruturas de stock. Fazer isto pode também orientar o seu programa na seleção de locais. A ausência de testes críticos de diagnóstico no ponto de cuidados, por exemplo, pode indicar a existência de outros desafios numa unidade que beneficiaria de monitorização e advocacia. Além disso, as comunidades de uma determinada área têm a liberdade de decidir monitorizar a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, acessibilidade financeira e qualidade dos serviços numa unidade onde procuram cuidados.

Que tipo de pergunta fornecerá a melhor informação?

Os tipos de perguntas mais comuns em inquéritos são: resposta única, múltipla escolha e resposta aberta. Cada um tem vantagens e desvantagens.

1. Resposta única

Estas são perguntas em que o respondente só pode selecionar uma opção de uma lista. São boas para perguntas simples e diretas, mas podem não ser apropriadas para temas mais complexos. É importante que as opções de resposta reflitam uma variedade de experiências. Por exemplo, se perguntarmos: “Os profissionais são simpáticos na unidade?” e apenas oferecermos “Sim” ou “Não”, isso pode não captar adequadamente a realidade. Uma pessoa pode geralmente ter boas experiências, mas recentemente ter tido uma má; ou o contrário.

Aqui, opções como “Sempre”, “Às vezes” e “Nunca” podem ser mais adequadas.

Quando se pede às pessoas para escolherem de uma lista, pode também ser útil incluir “Nenhuma das anteriores”, “Outra”

Um tipo especial de pergunta de resposta única é a escala de Likert, que pede aos participantes para indicar o grau de concordância com uma afirmação (ex.: de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”).

2. Múltipla escolha

Estas perguntas permitem que alguém selecione todas as opções que desejar de uma lista. Pode ser tentador criar listas muito longas, mas as evidências mostram que isso reduz a qualidade dos dados: “As pessoas muitas vezes não leem ou não ouvem a lista completa”, “Tendem a selecionar opções apenas do início ou do fim”.

Por isso, se for necessário usar listas, é melhor limitar as opções a menos de oito.

Para temas importantes, é preferível perguntar sobre cada elemento separadamente. Por exemplo, em vez de perguntar: “Selecione todos os serviços disponíveis nesta unidade.”

Pergunte sobre aspetos específicos que realmente importam, como “Existe água adequada nesta unidade?”, “Existe uma sala de isolamento disponível nesta unidade?”

3. Perguntas abertas, resposta livre

São perguntas que permitem ao respondente responder livremente, em vez de escolher uma opção pré-definida. Estas perguntas são úteis quando não se sabe como as pessoas poderão responder ou quando se pretende obter detalhes adicionais. No entanto, não podem ser analisadas automaticamente e exigem tempo e atenção para revisão individual; por isso, devem ser usadas com moderação. Para temas complexos, pode ser mais adequado usar entrevistas ou grupos focais em vez de perguntas abertas em inquéritos.

4. Outros tipos de perguntas

Outros tipos de perguntas podem incluir recolher informações como datas, horas ou tirar fotografias das condições numa unidade de saúde. O mais importante nestes casos, tal como com qualquer indicador, é pensar como irá analisar e utilizar esses dados. Deve haver uma razão clara de advocacia para recolher tais dados e um plano para os analisar, especialmente quando fotografias exigem análise manual.

Pode também ser útil analisar os instrumentos de inquérito usados por outros programas de CLM-PPR. Rever áreas temáticas monitorizadas noutros contextos pode ajudar a gerar ideias para novos temas. Vários projetos de CLM-PPR já disponibilizaram publicamente os seus instrumentos.

Quando relevante, os dados devem ser recolhidos de forma desagregada para permitir identificar problemas específicos de populações e/ou disparidades entre grupos. Isto significa que, no início dos inquéritos, pode ser necessário perguntar sobre idade e género do participante. Quando seguro, pode também perguntar sobre o subgrupo populacional a que pertence, garantindo sempre a segurança e a privacidade dos respondentes

Como escrever uma boa pergunta de inquérito?

Usar boas práticas de escrita de perguntas ajuda a tornar os dados mais utilizáveis para a advocacia e mais confiáveis para outros stakeholders. As principais estratégias são:

- **Clareza:** Utilizar sempre linguagem simples e fácil de entender. Se for necessário usar um termo técnico, inclua uma breve explicação. Exemplo: “Já ouviu falar de Resistência Antimicrobiana (AMR)? AMR refere-se ao uso ideal de medicamentos antimicrobianos para a saúde humana.”
- **Especificidade:** Certifique-se de que cada pergunta aborda apenas um tema de cada vez, caso contrário será difícil interpretar os resultados. Incluir períodos de tempo específicos também ajuda a garantir que as pessoas referem experiências recentes e que os dados sejam úteis para a ação.
- **Evitar respostas induzidas:** As perguntas devem ser neutras para não influenciar as respostas. Por exemplo, perguntar: “Que desafios enfrenta no acesso aos serviços de saúde?” pressupõe que há desafios. Em vez disso, pergunte: “Enfrenta algum dos seguintes desafios no acesso aos serviços de saúde?” e inclua a opção “Nenhum” para permitir experiências positivas. Outra forma de melhorar esta pergunta é primeiro perguntar se a pessoa enfrenta algum desafio e, só aos que responderem “sim”, perguntar quais.

Verificação de conhecimentos: Conceção de perguntas

Teste os seus conhecimentos!

Das duas perguntas abaixo, qual seria uma pergunta mais forte?

1. Opção 1: Acha que o pessoal da unidade de saúde é simpático e conhecedor?
2. Opção 2: Acha que o pessoal da unidade de saúde é simpático?[4]

E quanto a estas duas perguntas, qual é mais forte?

1. Opção 1: Nos últimos seis meses, foi-lhe recusado o acesso a serviços nesta unidade por ser trabalhador(a) do sexo?
2. Opção 2: Alguma vez lhe foi recusado o acesso a serviços por ser trabalhador(a) do sexo?[5]

Passo 6: Testar e aperfeiçoar as suas ferramentas de recolha de dados

Testar as ferramentas antes da recolha de dados

Depois de dedicar tempo à construção das suas ferramentas de recolha de dados, é sempre importante garantir que vão funcionar no terreno. Só porque uma pergunta faz sentido para si, não significa que será compreendida por todas as pessoas. O pré-teste é uma forma útil de garantir que os inquiridos têm um bom comprimento, são claros tanto para os recolhedores de dados como para os inquiridos, e não contêm erros. Eis duas estratégias diferentes para pré-testar as suas ferramentas:

- 1. Peça aos seus recolhedores de dados para trabalharem em pares e entrevistarem-se mutuamente.** Esta é uma excelente forma de perceber quanto tempo as entrevistas realmente demoram e de permitir que os recolhedores identifiquem perguntas pouco claras.
- 2. Teste perguntas importantes com potenciais inquiridos, um processo por vezes chamado de “entrevista cognitiva”.** Passe pelas perguntas essenciais e pergunte às pessoas das comunidades onde irão recolher dados se existe alguma palavra que não compreendam. Pedir às pessoas para descreverem o que a pergunta significa ou para a reformularem é outra forma excelente de melhorar a qualidade das perguntas. Importa referir que, se o questionário estiver disponível em várias línguas, este processo deve ser repetido com falantes de cada língua em que irão recolher dados.

[4] Resposta: Opção 2, “Acha que o pessoal da unidade de saúde é simpático?” Esta é a melhor pergunta porque devemos sempre perguntar apenas sobre um conceito de cada vez. Pode haver profissionais simpáticos que não são bem informados, e vice-versa. Além disso, os pedidos de advocacia relacionados com pessoal pouco simpático e pessoal pouco informado podem ser diferentes; por exemplo, será necessária mais formação ou uma melhor supervisão por parte dos gestores?

[5] Resposta: Opção 1, “Nos últimos seis meses, foi-lhe negado o acesso a serviços nesta unidade por ser trabalhadora sexual?” Se utilizássemos a outra pergunta, os gestores da unidade poderiam dizer que sim, às vezes as pessoas foram recusadas no passado, mas que isso já não acontece há muitos anos. A formulação também permite acompanhar melhorias ao longo do tempo.

Qual é a duração excessiva para um inquérito?

Não existe uma resposta exata sobre quanto tempo um inquérito deve demorar a ser concluído; no entanto, é importante lembrar que temos o dever ético de não ocupar demasiado tempo de uma pessoa. Todos — desde gestores das unidades de saúde até utilizadores dos serviços — têm outras tarefas importantes! A evidência também mostra que, quanto mais longo for um inquérito, menor será a qualidade dos dados obtidos no final. Os inquiridos podem ficar aborrecidos ou cansados e começar a responder mais rapidamente apenas para terminar o inquérito.

Como regra geral, inquéritos que demoram mais de 30 minutos podem já ser demasiado longos, e pode valer a pena rever os seus instrumentos para garantir que todas as perguntas são úteis e relevantes para o seu trabalho de advocacia. No entanto, há algumas estratégias que podem facilitar a participação em inquéritos mais longos:

- Para gestores das unidades de saúde, pode deixar um número de telefone e permitir que lhe liguem mais tarde, num momento conveniente para responder ao inquérito.
- Para utilizadores dos serviços, pode entrevistá-los enquanto aguardam atendimento depois de fazerem o registo, em vez de lhes pedir para falar após terem recebido os serviços e estarem a tentar sair da unidade.

Passo 6: Testar e aperfeiçoar os seus instrumentos de recolha de dados

Como isto funciona na prática

Imagine que está a realizar monitorização comunitária dos serviços para pessoas que usam drogas. Verifica que o Ministério da Saúde começou recentemente a recomendar a disponibilidade de um medicamento capaz de reverter uma overdose, chamado “Naloxona”. Decide que quer perguntar às pessoas que usam drogas (PUD): “Actualmente, tem acesso à Naloxona?”

Estabelece uma parceria com uma organização que trabalha com PUD e pedes-lhes que reúnam um grupo de utilizadores de serviços para pré-testar os seus instrumentos. Percorre várias perguntas do inquérito, discutindo em detalhe como cada uma é compreendida. Quando chega à pergunta “Actualmente, tem acesso à Naloxona?”, pergunta primeiro ao grupo se existe alguma palavra que não entendam. Várias pessoas indicam que não sabem ao certo o que é a Naloxona.

Às vezes, quando as perguntas do inquérito utilizam palavras que os inquiridos não compreendem, pode tentar usar termos mais curtos ou mais simples. Em alternativa, ao perguntar sobre um serviço ou medicamento com um nome técnico, pode acrescentar uma breve explicação à pergunta. Isto não só ajuda o inquirido a responder melhor, como também constitui uma forma de literacia terapêutica—ajudando os membros da comunidade a compreender os serviços de que podem querer ou precisar.

Em seguida, pergunta como é que alguém do grupo poderia reformular a pergunta de outra forma. Uma pessoa diz: “Está actualmente a usar um medicamento chamado Naloxona?” Percebe que as pessoas podem estar a interpretar a palavra “acesso” de maneiras diferentes. Do ponto de vista da advocacia, decide que o mais importante é saber se a Naloxona está a ser disponibilizada às PUD nas unidades de saúde públicas. Tendo ambas as questões em conta, reformula a pergunta original da seguinte forma:

“Nos últimos 6 meses, foi-lhe oferecido acesso à Naloxona na sua unidade de saúde? A Naloxona é um medicamento que reverte rapidamente uma overdose de opiáceos (como a heroína). Pode restabelecer a respiração normal em 2 a 3 minutos.”

Aperfeiçoar os instrumentos após a recolha de dados

Os seus instrumentos podem — e devem — continuar a evoluir à medida que o programa completa mais ciclos de recolha de dados. É importante manter os indicadores que estão a funcionar bem e que têm sido utilizados para a advocacia, porque acompanhar mudanças ao longo do tempo pode ser fundamental. No entanto, algumas perguntas podem deixar de ser relevantes para as suas prioridades de advocacia ou precisar de ser revistas para recolher dados de melhor qualidade. Seguem-se algumas formas de pensar sobre a revisão dos seus instrumentos:

- **Revise as suas prioridades de advocacia.** Pode recolher contribuições das partes interessadas da comunidade e rever novos documentos de políticas ou estratégias. Se surgirem novas prioridades para as quais não tem indicadores, considere criar novos indicadores. No entanto, é importante não apenas acrescentar indicadores, pois isso tornará os instrumentos cada vez mais longos. Uma regra prática é tentar eliminar um indicador por cada novo indicador adicionado. Uma forma de identificar indicadores a eliminar é pensar naqueles que não foram usados em qualquer ação de advocacia no último ano.
- **Melhore as perguntas existentes.** Por vezes, pode continuar a ter as mesmas prioridades de advocacia, mas perceber que as perguntas não estão a fornecer os dados necessários. Isto pode tornar-se evidente de várias formas:
 - Já esteve numa ação de advocacia e percebeu que os dados disponíveis não permitiam formular o pedido necessário? Trabalhe “de trás para a frente”, a partir do pedido de advocacia, para rever as perguntas.
 - Pergunte aos recolhedores de dados se há perguntas que os inquiridos acharam confusas. Podem ser melhoradas para se tornarem mais claras?
 - Ao rever os dados, pode notar muitas respostas como “Não sei”, “Prefiro não responder”, “Outro”, ou perguntas deixadas em branco. Quando isto acontece repetidamente nas mesmas perguntas, é sinal de que a pergunta não está clara ou de que as opções de resposta não correspondem às experiências das pessoas. As opções de resposta podem ser revistas?



Usar dados qualitativos para rever as suas perguntas

Embora muitos projectos de CLM optem por priorizar dados quantitativos, por serem mais fáceis de analisar, também podem recolher dados qualitativos através de indicadores do tipo “Resposta Aberta”. Uma utilização comum deste tipo de indicador é quando alguém seleciona a opção “Outro”; pode então pedir que a pessoa escreva o que significa esse “outro”.

Por exemplo, numa avaliação de PPR, a pergunta poderia ser:

1. Seleccione os desafios de resposta a emergências que existem na unidade de saúde:
 - o Falta de formação do pessoal sobre protocolos de comunicação de emergência
 - o Os membros da comunidade não sabem quem contactar durante emergências
 - o Outro
 - o Prefere não responder
 - o Não sabe

Se alguém seleccionar “Outro”, o instrumento deve pedir que especifique que outros desafios de comunicação identificou. Estas respostas qualitativas ajudam-nos a identificar informações que não tínhamos antecipado. Por exemplo, podemos descobrir que determinados sistemas de comunicação só funcionam durante certas horas de expediente.

Após a recolha inicial de dados, é importante rever cuidadosamente as respostas quanto à sua frequência e consistência. Se certas respostas surgirem várias vezes entre diferentes inquiridos, devem ser incluídas como opções principais na versão revista do instrumento. Isto ajudará a garantir que o instrumento é preciso e recolhe dados relevantes.

Apêndice A:

Monitoramento comunitário para preparação e resposta a pandemias: uma matriz de avaliação com indicadores baseados no RSI-JEE e exemplos de perguntas.

Área central	Área de Preparação	Indicador	Exemplos de perguntas a fazer
Prevenir surtos	Legislação e Políticas	P.1.1 O município/província/distrito/estado possui legislação, estatutos, regulamentos, políticas e instrumentos administrativos em todas as áreas relevantes de preparação para pandemias e os avaliou, ajustou e alinhou para permitir a conformidade com o RSI (Regulamento Sanitário Internacional).	<p>Pergunta 1.1: Você tem conhecimento de algum instrumento legal em sua área que permita às autoridades locais tomar uma ou todas as seguintes medidas durante emergências de saúde: declaração de emergência de saúde, preparação para a emergência, coordenação de serviços de emergência, prestação de apoio à recuperação das comunidades afetadas, elaboração de um plano de resposta? (Forneça opções de resposta como sim, não, em parte; e dê exemplos de instrumentos legais – diretrizes, estatutos, políticas, etc. e, por fim, faça uma pergunta complementar sobre quais autoridades e para quais ações.)</p> <p>Pergunta 1.2: Na sua experiência, qual a eficácia da implementação das leis e políticas relativas a emergências de saúde na sua região? (Forneça uma lista de possíveis respostas: Muito bem - sempre seguido, Bem - geralmente seguido, Não sei quais leis e políticas existem)</p>
	Financiamento	P.2.1 Mecanismos de financiamento e fundos estão disponíveis para resposta oportuna a emergências de saúde pública no condado/província/distrito/estado de forma rotineira.	<p>Pergunta 2.1: Como são pagos os custos contínuos das atividades de preparação para emergências de saúde (vigilância de doenças, treinamento de pessoal, suprimentos de emergência, manutenção de equipamentos) em sua área, em sua unidade de saúde local? (Forneça opções: orçamento governamental, doadores, contribuições da comunidade, recursos próprios, taxas de usuários, combinação de fontes, não sei)</p>
	Coordenação e defesa do RSI	P.3.1 Um mecanismo funcional de coordenação multissetorial é estabelecido para detectar, avaliar e responder a qualquer emergência de saúde.	<p>Questão 3.1 Com base na sua experiência durante emergências de saúde na sua região, como você descreveria a coordenação entre a sua unidade de saúde e outros atores relevantes? (Forneça uma lista de possíveis respostas: Excelente trabalho em equipe, Boa cooperação, Alguma coordenação, mas com lacunas, Não sei, etc.)</p> <p>Pergunta 3.2: Você tem conhecimento de alguma estratégia oficial para defender a implementação das atividades do RSI? (Forneça possíveis respostas: Sim, estou ciente desse plano; já ouvi falar dele, mas não sei os detalhes; não, não estou ciente desse plano; não sei)</p>
	Resistência Antimicrobiana (RAM)	P.4.1 Ação decisiva para prevenir o surgimento e a disseminação da resistência antimicrobiana em humanos	<p>Pergunta 4.1: Em sua experiência na instituição, você observa que a equipe mantém registros de quais antibióticos são administrados aos pacientes? (Possíveis respostas: Sim, vejo isso regularmente; Sim, às vezes vejo isso; Não, não vejo isso acontecer; Não sei)</p> <p>Questão 4.2 Quais dessas práticas de controle de infecção (CI) você observa em sua unidade de saúde? (Respostas: lavagem das mãos; precauções de contato; isolamento do paciente; limpeza ambiental)</p> <p>Pergunta 4.3: Na sua região, as pessoas precisam de receita médica ou de um profissional de saúde para obter antibióticos?</p>

			<p>(Sim, sempre precisa de receita; Sim, mas alguns lugares vendem sem receita; Não, pode comprar sem receita; Não sei)</p> <p>Pergunta 4.4: O que ajuda as pessoas na sua região a obterem antibióticos quando necessário? (Possíveis respostas: Estoque de medicamentos na unidade de saúde; medicamentos subsidiados; medicamentos gratuitos para determinadas condições; disponibilidade de medicamentos de emergência; sistema de encaminhamento para outras unidades; não sei)</p>
	Doenças zoonóticas	<p>P.5.1 Existem sistemas organizados para a coordenação entre os setores da saúde animal, da saúde pública e do meio ambiente.</p> <p>P.5.2 Os mecanismos de resposta a doenças infecciosas e potencialmente zoonóticas estão estabelecidos e funcionais.</p>	<p>Pergunta 5.1: Você tem conhecimento de algum memorando de entendimento entre diferentes departamentos para trabalharem juntos em doenças que se transmitem de animais para pessoas? (Possíveis respostas: Sim, tenho conhecimento desses memorandos de entendimento; Ouvi falar sobre isso, mas não tenho certeza; Não, não tenho conhecimento de nenhum memorando de entendimento; Não sei)</p> <p>Questão 5.2 Se ocorresse um surto de doença envolvendo animais na sua região, você acha que as autoridades locais saberiam o que fazer? (Possíveis respostas: Sim, eles estariam bem preparados; Sim, mas poderiam ter alguma dificuldade; Não, eles não estariam preparados; Não sei)</p>
	Segurança alimentar	<p>P.6.1 Os sistemas de vigilância estão implementados para a detecção e o monitoramento oportunos de doenças transmitidas por alimentos e contaminação alimentar.</p> <p>P.6.2 Os mecanismos estão estabelecidos e em funcionamento para a resposta e a gestão da segurança alimentar.</p>	<p>Pergunta 6.1: Você observa alguma dessas atividades de monitoramento de alimentos em sua região? (Possíveis respostas: Profissionais de saúde investigando casos de intoxicação alimentar; inspeção de alimentos em mercados/restaurantes; alertas públicos sobre alimentos contaminados; relatos de doenças relacionadas à alimentação; nenhuma das alternativas; não sei)</p> <p>Questão 6.2 Se houvesse um surto de intoxicação alimentar em sua região, que evidências indicariam o preparo de sua empresa para responder a essa emergência? (Possíveis respostas: Planos de emergência por escrito e divulgados publicamente; Treinamento da equipe de segurança alimentar; Funções claras para diferentes departamentos; Informações públicas sobre o que fazer; Nenhuma das alternativas; Não sei)</p>
	Biossegurança e Bioproteção	<p>P.7.1 Programa de supervisão funcional para o uso, armazenamento, descarte e contenção seguros de agentes biológicos encontrados em laboratórios.</p>	<p>Questão 7.1: Pensando na sua visita mais recente à unidade, o que você observou sobre o manuseio de resíduos médicos nesse local? (Possíveis respostas: Recipientes de cores diferentes para diferentes tipos de resíduos; Funcionários seguem procedimentos de segurança ao manusear resíduos; Resíduos são coletados e descartados de forma segura; Regras claras afixadas sobre o descarte de resíduos; Práticas inadequadas de gerenciamento de resíduos; Não sei o que observar)</p> <p>Questão 7.2. Ao visitar o centro de saúde, você observa os profissionais de saúde utilizando equipamentos de proteção individual, como máscaras, luvas, aventais e protetores faciais? (Possíveis respostas: Sempre, Às vezes, Raramente, Nunca, Não sei)</p>
	Imunização	<p>P.8.1 Manutenção da imunização contra o sarampo e outras doenças preveníveis por vacinação com potencial epidêmico (DPV)</p> <p>P.8.2 Acesso e administração de vacinas nas unidades de saúde</p>	<p>Pergunta 7.1: Quais desafios você enfrentou ao tentar se vacinar (contra o sarampo) na unidade de saúde? (Forneça opções como longo tempo de espera, informações insuficientes, longa distância, etc.)</p> <p>Pergunta 7.2: Pensando na sua experiência mais recente de vacinação (contra o sarampo) no posto de saúde, qual o seu nível de satisfação com o serviço prestado?</p>

			<i>(Forneça opções como qualidade e adequação das informações fornecidas, tempo de espera, etc.)</i>
Detectar			
	Sistema Nacional de Laboratórios	<p>D.1.1 Testes laboratoriais para detecção de doenças prioritárias</p> <p>D.1.2 Sistema de encaminhamento e transporte de amostras</p> <p>D.1.3 Sistema de Qualidade Laboratorial</p> <p>D.1.4 Implantação e utilização eficazes de diagnósticos modernos, seguros, acessíveis e adequados.</p>	<p>Pergunta 8.1: Quando os pacientes desta unidade precisam de exames especiais que não podem ser realizados aqui, o que acontece? <i>(Possíveis respostas: As amostras são enviadas para outras instalações ou laboratórios; Os pacientes são encaminhados para outras instalações; Os testes não são realizados; Não sei)</i></p> <p>Pergunta 8.2: Com base no que você observou nesta unidade, os profissionais de saúde sabem quais exames solicitar para diferentes condições de saúde? <i>(Possíveis respostas: Sim, eles têm diretrizes claras para testes; Acho que eles têm algumas diretrizes, mas não tenho certeza; Não, eles não têm diretrizes claras para testes; Não sei)</i></p> <p>Pergunta 8.3: Quando você e outras pessoas visitam este estabelecimento, recebem os resultados dos testes rapidamente ou precisam esperar dias/semanas/meses? <i>(Possíveis respostas: Geralmente recebo os resultados imediatamente ou no mesmo dia; Às vezes recebo os resultados rapidamente; Geralmente preciso esperar dias para receber o resultado do teste; Sempre preciso esperar muito tempo para receber o resultado do teste; Não sei)</i></p>
	Vigilância e relatórios em tempo real	<p>D.2.1 Um sistema funcional de alerta precoce para vigilância em saúde pública</p> <p>D.2.2 Utilização de ferramentas eletrônicas</p> <p>D.2.3 Análise de dados de vigilância</p>	<p>Pergunta 9.1: Quando ocorrem surtos de doenças ou emergências de saúde na sua região, os serviços de saúde comunicam rapidamente às autoridades? <i>(Possíveis respostas: Sim, eles sempre relatam rapidamente; Alguns relatam rapidamente; Nenhum relato é feito; Não sei)</i></p> <p>Pergunta 9.2: As autoridades da sua região revisam regularmente e tentam melhorar a forma como os surtos de doenças são detectados e notificados? <i>(Possíveis respostas: Sim, eles revisam e melhoram regularmente; Sim, mas não com muita frequência; Raramente revisam ou melhoram; Nunca revisam ou melhoram; Não sei)</i></p> <p>Questão 9.3 Com base em suas observações, os profissionais de saúde desta unidade parecem compreender e trabalhar com dados e estatísticas de saúde? <i>(Possíveis respostas: Sim, eles parecem muito habilidosos com dados; Eles parecem ter habilidades limitadas; Eles parecem não ter habilidades com dados; Não observei isso)</i></p>
	Recursos Humanos	<p>D.3.1 Os recursos humanos estão disponíveis para implementar eficazmente os serviços de segurança sanitária (serviços de prevenção, detecção e resposta).</p>	<p>Pergunta 10.1: Quando há surtos de doenças na sua região, você vê profissionais treinados investigando-os? <i>(Possíveis respostas: Sim, investigadores treinados sempre respondem; Às vezes, investigadores comparecem; Raramente vejo algum investigador; Nunca vejo atividades de investigação; Não sei)</i></p> <p>Pergunta 10.2: Durante emergências de saúde, você já viu profissionais de saúde adicionais serem trazidos para ajudar? <i>(Possíveis respostas: Sim, profissionais de saúde adicionais foram contratados; Sim, mas demorou para conseguir ajuda extra; Houve algum esforço extra, mas não o suficiente; Não, nenhum funcionário adicional foi contratado; Não observei nenhuma ajuda extra sendo contratada)</i></p>
Resposta			

	Preparação para emergências	R.1.1 Avaliação e preparação para riscos de emergência	Pergunta 11.1 : Seu distrito/unidade possui um sistema formal para avaliar o nível de preparação para emergências de saúde, como surtos de doenças? (Possíveis respostas: <i>Sim, existe um sistema formal de avaliação; Acho que há alguma verificação, mas não tenho certeza da frequência; Não, não há verificação regular da preparação; Não sei</i>)
	Operações de Resposta a Emergências	R.2.1 Gestão da resposta a emergências de saúde R.2.3 Logística de emergência e gestão da cadeia de suprimentos	Questão 12.1 Durante emergências de saúde, os profissionais de saúde seguem procedimentos operacionais padrão (POP) claros e escritos? (Possíveis respostas: <i>Sim, eles sempre seguem os procedimentos escritos; Sim, eles geralmente seguem os procedimentos escritos; Às vezes eles seguem os procedimentos; Eles raramente seguem os procedimentos escritos; Eles não parecem ter procedimentos escritos; Eu não sei</i>) Pergunta 12.2: Durante emergências de saúde, você observou esforços organizados para obter e distribuir suprimentos médicos de emergência em sua região? (Possíveis respostas: <i>Sim, há uma distribuição de suprimentos bem organizada; Algum esforço, mas não bem organizado; Nenhum esforço organizado; Não sei</i>)
	Articulando as autoridades de saúde pública e segurança	R. 3.1 As autoridades de saúde pública e segurança são envolvidas durante um evento biológico suspeito ou confirmado. (As autoridades de segurança podem incluir órgãos de aplicação da lei, controle de fronteiras, inspeção de segurança alimentar e alfândega)	Qn.13.1 Durante emergências de saúde na sua área, qual o nível de coordenação entre as autoridades de saúde e as forças de segurança? (Possíveis respostas: <i>Muito bem – coordenação formal clara; Bem – alguma coordenação formal; Mal – pouca coordenação; Muito mal – nenhuma coordenação; Não sei</i>) Pergunta 13.2: Existem procedimentos escritos para que as autoridades de saúde e segurança trabalhem em conjunto na avaliação de riscos durante emergências de importância para a saúde pública e a segurança? (<i>Sim, existem procedimentos escritos claros; Acho que existem alguns procedimentos, mas não tenho certeza; Não, não existem procedimentos escritos; Não sei</i>) Pergunta 13.3: Existe um mecanismo funcional para colaboração e troca de informações em tempo hábil entre agências de saúde pública e de aplicação da lei em caso de eventos deliberados e/ou acidentais? (Possíveis respostas: <i>Sim, existe um sistema claro; Existe um sistema, mas não é eficaz; Não, não existe sistema; Não sei</i>)
	Prestação de Serviços de Saúde	R.4.1 Gestão de Casos R.4.2 Utilização dos Serviços de Saúde R.4.3 Continuidade dos Serviços Essenciais de Saúde	Questão 14.1. Com base em suas observações, os profissionais de saúde desta unidade desenvolveram ou atualizaram recentemente diretrizes de manejo de casos clínicos? (Possíveis respostas: <i>Sim, eles seguem as diretrizes clínicas; Às vezes, eles seguem as diretrizes clínicas; Não, eles não seguem as diretrizes clínicas; Não sei</i>) Pergunta 14.2: Sua região possui um sistema funcional de monitoramento de aspectos como o número de pacientes atendidos, a utilização dos serviços e o desempenho do sistema de saúde em situações de emergência e em tempos normais? (Possíveis respostas: <i>Sim, existe um sistema funcional; Sim, existe um sistema, mas o monitoramento poderia ser melhor; Não há monitoramento do desempenho do sistema de saúde; Não sei</i>) Questão 14.3 Com base na sua experiência de trabalho nesta unidade, existe um pacote de serviços essenciais definido nacionalmente para situações de emergência? Em caso afirmativo, quais são os Serviços Essenciais de Saúde designados? (Possíveis respostas: <i>Consultas médicas gerais;</i>

			<i>Imunização; Serviços de saúde materno-infantil; Tratamento de doenças comuns; Educação em saúde; Planejamento familiar; Exames laboratoriais básicos; Atendimento de emergência; Outros...</i>
	Comunicação de Riscos e Envolvimento da Comunidade	<p>R.5.1 Sistemas de comunicação de risco para eventos incomuns/inesperados e emergências</p> <p>R.5.2 . Coordenação interna e com parceiros para comunicação de risco em emergências</p> <p>R.5.3 Comunicação eficaz com as comunidades</p>	<p>Pergunta 15.1: Durante emergências e outros eventos de saúde incomuns, as autoridades de saúde da sua região utilizam ativamente diferentes plataformas de mídia (rádio, TV, redes sociais, jornais) para compartilhar mensagens de saúde direcionadas a grupos específicos? <i>(Possíveis respostas: Sim, eles usam ativamente a mídia para mensagens direcionadas; Sim, mas direcionar a certos grupos, por exemplo, poderia ser melhor; Algum uso da mídia, mas não muito direcionado; Nenhuma comunicação ativa com a mídia; Não sei)</i></p> <p>Pergunta 15.2: Durante emergências de saúde, existe uma equipe dedicada a trabalhar com as comunidades para compartilhar informações, incentivar comportamentos saudáveis e envolver as pessoas na resposta? <i>(Possíveis respostas: Sim, existe uma equipe clara para o engajamento comunitário; Sim, existe uma equipe, mas não é suficiente; Não há uma equipe específica para o engajamento comunitário; Não sei)</i></p>
Proteja-se de outras ameaças à saúde			
	Pontos de entrada	<p>P.1.1 Detecção atempada e resposta eficaz a qualquer perigo potencial nos Pontos de Entrada (Aeroportos e Passagens Terrestres)</p> <p>P.2.1 Abordagem baseada no risco para medidas relacionadas a viagens internacionais</p>	<p>Pergunta 16.1: Em todos os pontos de entrada da sua região (aeroportos, postos de fronteira e principais centros de transporte), existem instalações de saúde que podem testar e tratar rapidamente os viajantes que possam estar doentes? <i>(Possíveis respostas : Sim , existem instalações de saúde bem equipadas nos pontos de entrada; Sim, existem algumas instalações, mas elas fornecem apenas serviços básicos de saúde; não há instalações de saúde nos pontos de contato; Não sei)</i></p> <p>Questão 16.2: Nas áreas de fronteira com países vizinhos, são coletadas informações sobre as pessoas que cruzam a fronteira? Existem acordos formais entre os países para o compartilhamento de informações de saúde transfronteiriças? <i>(Possíveis respostas: Sim, o movimento na fronteira é monitorado e existem acordos para o compartilhamento de informações; Sim, existe algum monitoramento e acordos, mas poderiam ser melhores; Não há monitoramento do movimento na fronteira nem acordos; Não sei.)</i></p>

Adaptado de (Danjuma et al., 2025; OMS, 2020, 2022)

Apêndice B

Glossário

Estes termos e definições foram adaptados da Ferramenta de Avaliação Externa Conjunta (OMS, 2022) e do Manual de Biossegurança Laboratorial (OMS, 2020), de modo a oferecer significado e compreensão no contexto deste recurso. Podem diferir do que é apresentado noutros documentos.

Biossegurança: Princípios, tecnologias e práticas de contenção implementados para prevenir a exposição não intencional a agentes patogénicos e toxinas, ou a sua libertação acidental.

Biosegurança: Proteção, controlo e responsabilidade relativamente a materiais biológicos valiosos dentro dos laboratórios, bem como a informação relacionada com esses materiais e com investigação de dupla utilização, para prevenir o acesso não autorizado, perda, roubo, uso indevido, desvio ou libertação intencional.

Vigilância comunitária: O ponto de partida para a notificação de eventos ao nível comunitário, geralmente realizada por um trabalhador comunitário; pode ser ativa (procura de casos) ou passiva (notificação de casos). Pode ser particularmente útil durante um surto.

Contaminação: Presença de um agente infeccioso ou tóxico na superfície corporal de um humano ou animal, num produto preparado para consumo ou noutros objetos inanimados, incluindo meios de transporte, que possam constituir um risco para a saúde pública.

Laboratórios designados: Laboratórios designados para realizar serviços laboratoriais específicos por autoridades nacionais, pela OMS ou outras entidades, devido às suas capacidades comprovadas.

Pontos de Entrada designados: Referem-se a um porto, aeroporto ou passagem terrestre designado por um Estado Parte para reforçar, desenvolver e manter permanentemente as capacidades relativas ao acesso a serviços médicos para avaliação e cuidados rápidos de todos os viajantes doentes, bem como para garantir um ambiente seguro para todos os viajantes e para o pessoal responsável por funções de inspeção e controlo vetorial.

Doença: Uma doença ou condição médica, independentemente da origem ou fonte, que representa ou pode representar um risco significativo para os seres humanos.

Retroinformação: Processo regular de envio de análises ou relatórios sobre dados de vigilância através de todos os níveis do sistema de vigilância, de modo a que todas as partes interessadas sejam informadas sobre tendências e desempenho.

Passagem terrestre: Um ponto de entrada terrestre num Estado Parte, incluindo aqueles utilizados por veículos rodoviários e comboios.

Perigo: Capacidade inerente de um agente ou situação de produzir um efeito adverso; um fator ou exposição que pode afetar negativamente a saúde.

Evento de Saúde: Qualquer evento relacionado com a saúde de um indivíduo, como a ocorrência de um caso de uma doença ou síndrome específica, a administração de uma vacina ou uma admissão hospitalar.

Controlo de Infecção: Medidas praticadas por profissionais de saúde em unidades de saúde para reduzir a transmissão e a aquisição de agentes infecciosos.

RSI: Um instrumento juridicamente vinculativo do direito internacional, com origem nas Convenções Sanitárias Internacionais de 1851, criado em resposta à crescente preocupação com a relação entre o comércio internacional e a propagação de doenças (riscos sanitários transfronteiriços).

Isolamento: Separação de pessoas doentes ou contaminadas — ou de bagagem, contentores, veículos, mercadorias ou encomendas postais afetadas — das restantes, de modo a prevenir a propagação da infeção ou contaminação.

Legislação: Conjunto de instrumentos jurídicos, administrativos ou governamentais disponíveis para os Estados Partes implementarem o RSI. Inclui instrumentos juridicamente vinculativos (leis, decretos, regulamentos, portarias); instrumentos não vinculativos (orientações, normas, procedimentos); e outros instrumentos (protocolos, resoluções e acordos intersectoriais ou interministeriais).

Multissetorial: Uma abordagem holística que envolve os esforços de várias organizações, instituições e agências.

Uma Só Saúde: Definida pela OMS como uma abordagem à conceção e implementação de programas, políticas, legislação e investigação, na qual múltiplos sectores comunicam e trabalham em conjunto para alcançar melhores resultados de saúde pública..

Outros instrumentos governamentais: Acordos, protocolos e resoluções de qualquer autoridade ou órgão governamental.

Surto: Uma epidemia limitada a um aumento localizado da incidência de uma doença, como numa aldeia, cidade ou instituição fechada.

EPI: Vestuário e equipamento especializado concebido para criar uma barreira contra riscos para a saúde e a segurança. Exemplos: óculos de proteção, viseiras, luvas e respiradores.

Ponto de Entrada: Um ponto de entrada ou saída internacional de viajantes, bagagem, carga, contentores, veículos, mercadorias e encomendas postais, bem como as agências e áreas que lhes prestam serviços à chegada ou à partida.

Porto: Um porto marítimo ou fluvial onde chegam ou partem navios em viagem internacional.

Equipa de resposta rápida: Um grupo de indivíduos treinados e preparados para responder rapidamente a um evento. A composição e os termos de referência são definidos pelo país em causa.

Prontidão: Capacidade de responder de forma rápida e adequada a qualquer situação de emergência, quando necessário.

Avaliação de risco: Processo sistemático de recolha de informação e avaliação da probabilidade e das consequências da exposição a perigos no local de trabalho ou da sua libertação, determinando as medidas de controlo adequadas para reduzir o risco a um nível aceitável.

Comunicação de risco: Nas emergências de saúde pública, inclui o conjunto de capacidades de comunicação necessárias durante as fases de preparação, resposta e recuperação de um evento grave de saúde pública, para promover decisões informadas, mudanças de comportamento positivas e a manutenção da confiança.

Procedimentos Operacionais Padrão – POPs: Um conjunto de instruções bem documentadas e validadas que descrevem, passo a passo, como executar práticas e procedimentos específicos de forma segura, atempada e fiável, em conformidade com políticas institucionais, boas práticas e regulamentos nacionais ou internacionais aplicáveis..

Vigilância: A recolha, compilação e análise contínua e sistemática de dados para fins de saúde pública, bem como a disseminação atempada de informação relevante para avaliação e resposta, conforme necessário.

Transmissão: A transferência de agentes biológicos de objetos para seres vivos ou entre seres vivos, direta ou indiretamente, através de aerossóis, gotículas, fluidos corporais, vetores, alimentos/água ou outros objetos contaminados.

Verificação: Fornecimento de informação por um Estado Parte à OMS, confirmando a situação de um evento no seu território ou territórios.

Doenças zoonóticas / Zoonoses: Qualquer infeção ou doença infecciosa que seja naturalmente transmissível entre animais e seres humanos.

Evento zoonótico: Uma manifestação de doença em animais que cria potencial para doença em humanos devido à exposição à fonte animal.

Referências

1. CD4C, CLAW e EANNASO-APCASO-ATAC. (2022). Monitorização Liderada pela Comunidade: Boas práticas para reforçar o modelo.
2. Danjuma, J. S., et al. (2025). Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação das capacidades de segurança sanitária subnacional: lições da Nigéria e implicações para a implementação da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças. *Health Security*, 23(1), 35–46.
<https://doi.org/10.1089/hs.2023.0185>
3. ITPC. (2022). Dos insights à evidência: Guia para traduzir prioridades programáticas e políticas em medidas qualitativas e quantitativas para a monitorização liderada pela comunidade.
https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/06/0618_C19Toolkit_Complete_03.pdf
4. UNAIDS. (2023). Monitorização liderada pela comunidade em ação: Evidências emergentes e boas práticas. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf
5. OMS. (2005). Regulamento Sanitário Internacional (2005), Terceira Edição. WHO. (2005). *International Health Regulations (2005) Third Edition*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>
6. OMS. (2020). Manual de Biossegurança Laboratorial (4.ª ed.). Organização Mundial da Saúde.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337956/9789240011311-eng.pdf?sequence=1>
7. OMS. (2022). Ferramenta de Avaliação Externa Conjunta: Regulamento Sanitário Internacional (2005) (3.ª ed.). Organização Mundial da Saúde.
8. OMS. (2025). NAPHS para todos: Guia de implementação nacional do Plano de Ação para a Segurança Sanitária (NAPHS), 2.ª Edição.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380231/9789240104983-eng.pdf?sequence=1>



<https://www.observatoirevih-haiti.org>

<https://www.odelpa.org/>

<https://www.clawconsortium.org>



<https://www.facebook.com/ODELPA>

DIREITOS DE AUTOR
COPPER, ODELPA, CLAW
SETEMBRO DE 2025

Todas as fotografias cedidas por ODELPA/CLAW

Este guia foi desenvolvido pelo Community-Led Accountability Working Group (CLAW), WACI Health e Coalition Plus, com o apoio do Fundo Global de Combate ao VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, no âmbito do Investimento Limitado de Gestão Centralizada em Monitorização Liderada pela Comunidade do Mecanismo de Resposta à COVID-19 (C19RM) do Fundo Global.



COALITION
PLUS