



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
Departamento de Promoção da Saúde

Termos de Referência

para o Estabelecimento e Funcionamento
dos Comités de Co-Gestão das
Unidades Sanitárias



Maio, 2012



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
Departamento de Promoção da Saúde

Termos de Referência para o Estabelecimento e Funcionamento dos Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias

FICHA TÉCNICA

Edição:

Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde.

Coordenação:

Dra. Laura Mavota, Departamento de Promoção de Saúde.

Acessoria técnica:

Gail Snetro e Dra. Catarina Regina (MCHIP/Save the Children).

Revisores:

Dr. Leonardo Chavane (DNS/MISAU), Dra. Teresa Mapasse (DeProS/MISAU), Dra. Natália Dava (DeProS/MISAU),

Instituições colaboradoras:

OMS (Glória Moreira Chonguiça), UNICEF (Aida Mahomed), USAID (Januário Reis e Hanise Sumbana), FHI.360 (Ana Ndapassoa e David Wood), AED/C-change (Elias Cossa), PIRCOM (Liliana Pinto), PSI (Mario Bambo), N'weti (Eduardo Costa), Pathfinder (Jorge Matine), Visão Mundial (Veronique Kollhoff e Omo Olupona), JHUCCP (Delmira Petersburgo e Patrik Devos).

Concepção e Arranjo Gráfico

IRI - Inteligente Rápido e Inovador

CONTEÚDO

Prefácio	4
Introdução	5
i. Definição de Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)	6
ii. Área de acção do Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)	7
iii. Composição e Estrutura do Comité de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)	8
iv. Processo de Constituição do Comité de Co-Gestão da US	10
a) Quando não existe um Comité na US de qualquer finalidade.....	10
b) Quando existe um Comité na US de qualquer finalidade.....	11
v. Papel e Autoridade do Comité de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)	12
vi. Recomendações para um bom funcionamento do Comité	14
vii. Monitoria e Avaliação dos Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)	15
Anexos	18
Anexo1.....	19
Anexo2.....	20
Anexo3.....	25
Anexo4.....	28
Referências	30



PREFÁCIO

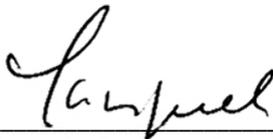
Para um envolvimento comunitário efectivo é necessário garantir uma maior coordenação das acções dos diferentes intervenientes e salvaguardar o papel do MISAU como agente facilitador do processo. Para isso é particularmente necessário harmonizar as definições e abordagens utilizadas, o papel e função dos Comités estabelecidos ao nível das Unidades Sanitárias com participação processo de capacitação, monitoria e avaliação desses Comités para que estes possam responder, em primeiro lugar, as necessidades das comunidades e depois as necessidades institucionais.

Com o objectivo de oferecer aos Profissionais de Saúde, Médicos Chefes Distritais e Provinciais, aos Responsáveis dos Programas de Saúde Pública, de Envolvimento Comunitário, SMI, Responsáveis das Unidades Sanitárias e aos Parceiros de Cooperação e de implementação, elaborou-se este instrumento que visa melhor orientá-los no estabelecimento, capacitação, monitoria e avaliação dos Comités de Co-Gestão. O conteúdo deste Guião reflecte a experiência profissional e de campo adquirida no trabalho com as comunidades no País.

Este Guião deve servir como objecto de consulta durante a implementação das acções viradas para o estabelecimento e funcionamento dos Comités de Co-Gestão das US.

Maputo, Maio de 2012

O Ministro da Saúde



Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguele

COMITÉS DE CO-GESTÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS

Introdução

O Plano Quinquenal do Governo (PQG) (2010-14) orienta para a criação ou revitalização de Comités de Saúde a nível local, e a criação de Comités de Co-Gestão em pelo menos 50% das Unidades Sanitárias das sedes distritais. A Estratégia Nacional de Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde (2010-14) preconiza a criação de Comités de qualidade e humanização ao nível das Unidades Sanitárias com a participação das comunidades. Para uma implementação efectiva destas directivas torna-se necessário a criação de instrumentos que orientem as Instituições de Saúde para uma melhor organização e capacitação destes Comités para que impactos positivos resultem da acção destes Comités de Co-Gestão da US.

O presente Guião tem a seguinte estrutura: (i) Definição dos Comités de Co-Gestão; (ii) Área de Acção dos Comités de Co-Gestão ; (iii) Composição e Estrutura dos Comités de Co-Gestão; (iv) Processo de Constituição do Comité de Co-Gestão (v) Função dos Comités de Co-Gestão (vi) Recomendações para um Bom Funcionamento (vi) Monitoria e avaliação dos Comités de Co-Gestão.

Definição de Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)



É um organismo multidisciplinar composto por trabalhadores e gestores de saúde e membros da comunidade que trabalham juntos na planificação, execução, seguimento e monitoria das actividades incluindo a análise e tomada de decisões sobre a vida da US.



Área de Acção dos Comités de Co-Gestão das Unidades Sanitarias (CcG das US)



A área de acção dos Comités de Co-Gestão são as Unidades Sanitárias (Hospitais e Centros de Saúde incluindo as suas respectivas áreas de actuação/cobertura).



Composição e Estrutura do Comité de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)



O Comité deverá ser formado pelos trabalhadores de Saúde da US/hospital, Direcção Distrital de Saúde (SDSMAS) e da sociedade civil. Recomenda-se um número mínimo de 6-10 membros por CcG em cada US com igual representatividade de membros da comunidade e trabalhadores de saúde. Os membros da comunidade devem ser representantes dos diferentes grupos da população, o que inclui os representantes dos Comités de Saúde, Líderes religiosos, comerciantes, vereadores entre outros.

Para as situações onde uma igual representatividade não for possível, este deve ser composto por uma pequena percentagem de Trabalhadores de saúde e uma maior percentagem de membros da comunidade (podendo se também utilizar a seguinte regra: 33% membros da comunidade, 33% grupos alvos/marginalizados ou não utentes, 33% Pessoal de Saúde e outras pessoas de recurso como agentes económicos, religiosos, Estruturas Administrativas e Políticos).

A seguinte constituição é recomendada:

- Um representante da Direcção da US ou o Chefe/responsável da US;
- O administrador da US (onde existe);
- Chefe de enfermagem;
- Chefe da maternidade;
- Um representante de cada Comité de Saúde / comunidade da área de Saúde da US;
- Um representante dos ACS/grupos de trabalho (ex: PT, APE, ACS);
- Um representante das Estruturas Administrativas do Bairro ou Município;
- Um representante dos Agentes Económicos da área de Saúde, Líderes Religiosos e Políticos (dependendo do assunto e sempre que necessário, ex: angariação de recursos, suporte legal, advocacia e mobilização social).

A SDSMAS e a DPS fazem parte do Comité como facilitadores/supervisores, não sendo necessária a sua participação em todas as reuniões/actividades do Comité.

Processo de Constituição do Comité de Co-Gestão da US



O Comité deve eleger o seu presidente e um secretário de forma participativa e definir as tarefas de cada um deles, bem como definir seu âmbito de trabalho e esclarecer o seu nível de autoridade.

O Pessoal de Saúde que faz parte do Comité deve constituir o secretariado técnico que deverá velar pela parte técnica das actividades do Comité:

a) Quando não existe um Comité na US de qualquer finalidade:

Seguir os passos da metodologia “qualidade definida em parceria (QDP)”¹:

1. Efectuar o mapeamento dos serviços de saúde, comunidades (exemplos

1 - A qualidade definida em parceria é um processo que envolve a colaboração entre a comunidade e as US e requer um compromisso por parte dos membros da comunidade e do sistema de saúde. Esta metodologia oferece diferentes instrumentos para melhor trabalhar em parceria com a comunidade de modo a incluir grupos menos privilegiados e que quase nunca fazem uso dos serviços de saúde, e assim incutir neles o interesse e confiança nos trabalhadores de saúde e nos serviços que eles oferecem. Esta metodologia também oferece instrumentos para o estabelecimento de um Comité com a função de melhorar a qualidade tendo em consideração as expectativas das comunidades, dos trabalhadores de saúde e permite a inclusão da monitoria dos padrões técnicos de desempenho e melhor capacita os membros para se responsabilizarem por outras tarefas além dos aspectos relacionados com a qualidade de serviços. Para isso os responsáveis de programas, os trabalhadores de Saúde e os outros membros das comunidades que fazem parte do Comité deverão ser capacitados para o efeito (manuais e instrumentos existem para esta capacitação).

- de instrumentos para o mapeamento em anexo);
2. Elaborar uma matrix das habilidades para a equipe que vai efectuar a criação do Comité ;
 3. Realizar uma reunião para a planificação da criação dos Comités com os parceiros que podem apoiar o processo;
 4. Realizar uma reunião para sensibilização e suporte com o pessoal de saúde, pessoas influentes, Agentes Comunitários de Saúde, Activistas, Voluntários, Parteiros Tradicionais, Estruturas Administrativas/Municipais para o processo QDP;
 5. Elaborar uma lista dos diferentes segmentos da população existente;
 6. Elaborar o guião para as discussões em grupo focal;
 7. Realizar as discussões em grupos focais com os diferentes segmentos da população;
 8. Elaborar uma lista dos problemas e preocupações recolhidas durante a discussão em grupo focal;
 9. Identificar os participantes para a reunião “fechar Lacunas” (duas pessoas por cada grupo);
 10. Confirmar com os grupos (comunidade e pessoal de saúde) a categorização dos problemas e preocupações listadas);
 11. Realizar a reunião “fechar lacunas” e elaborar a lista dos problemas e preocupações comuns;
 12. Selecionar os membros que vão constituir o Comité de Co-Gestão e constituir o Comité;
 13. Efectuar a análise dos problemas listados com o comité e elaborar o plano de actividades;
 14. Capacitar o Comité para a implementação do plano e sua monitoria;

b) Quando existe um Comité na US de qualquer finalidade:

1. Reunir com a liderança do Comité, compreender os seus objectivos, composição e principais funções;
2. Efectuar a avaliação da capacidade da função do Comité (verificar a composição do grupo, em relação ao grau de representatividade dos membros da comunidade) levantamento das actividades desenvolvidas com potencial de desenvolvimento de actividades relacionadas com a qualidade de serviços, e resolução de outros problemas ligados á implementação das actividades da US). Discutir as vantagens e desvantagens de ter um Comité com maior representatividade da comunidade bem como de se explorar a qualidade de serviços e trabalhar em parceria junto com a comunidade, criar um plano de actividades do Comité, utilizando a metodologia “qualidade definida em parceria (QDP)”;
3. Quando se concorde com a necessidade de explorar a qualidade de serviços junto com a comunidade e a criação de um plano de trabalho, poderão ser seguidos os passos sugeridos para onde não existe um Comité de qualquer finalidade nos pontos 4 á 11 e 13-14.

V

Papel e Autoridade do Comité de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)



O Comité de Co-Gestão se encarregará de fazer a ligação entre a comunidade e o Sector de Saúde, bem como da coordenação e apoio ao processo de implementação das actividades de melhoria da qualidade e humanização no âmbito da US.

V.1 Objectivos específicos do Comité:

1. Apoiar na divulgação de informações pertinentes (ex. direitos, deveres do utente);
2. Apoiar na realização das actividades de mobilização, educação sanitária dentro e fora das US;
3. Participar na identificação, análise e resolução de problemas da US (como: manutenção de infraestruturas, segurança, controlo de medicamentos, ligação da US e comunidade, etc);
4. Apoiar na planificação, implementação e seguimento/monitoria das actividades de melhoria da qualidade e humanização do atendimento em saúde na US (ex. limpeza, organização dos utentes, gestão do satisfa-

- tometro / avaliação da satisfação dos Utentes, aspectos relacionados com o mau atendimento, cobranças ilícitas ou outras definidas em parceria);
5. Mobilizar recursos da Comunidade e de outros níveis para o desenvolvimento dos serviços de saúde dentro da sua área de actuação.

Quando o Comité atingir um maior grau de equipa e maturidade, outras acções poderão paulatinamente ser adicionadas como por exemplo:

- Supervisar o gerenciamento e operações gerais da Unidade Sanitária;
- Representar e articular os interesses da Comunidade referentes à Saúde nos fóruns de desenvolvimento local;
- Facilitar um processo de retroinformação para a comunidade relacionados com as operações e gestão das Unidades Sanitárias;
- Implementar decisões comunitárias relativas à sua própria Saúde.

V.2. Autoridade do Comité de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US):

Os poderes dos Comités estão definidos como:

- Ter autoridade para mobilizar recursos de dentro do Comité, da Comunidade ou de doadores e outros simpatizantes para o financiamento das operações e manutenção da Unidade Sanitária;
- Ter autoridade para contratar e despedir pessoal auxiliar de limpeza/manutenção para efectuar as melhorias necessárias contidas no seu plano de acção, desde que respeite as normas e procedimentos locais;
- Ter autoridade para supervisionar/inspecionar o desenvolvimento, expansão e manutenção das instalações físicas dentro de suas respectivas áreas.

Recomendações para um Bom Funcionamento do Comité



1. O Comité deve elaborar o seu plano específico e detalhado de suas actividades (exemplo no anexo 1.1.), que deve ser apresentado e aprovado pelas estruturas hierárquicas existentes na US/Distrito. Os Directores das DPS, SDSMAS, e US são assim, os responsáveis pelo seguimento da implementação das actividades do Comité ante os organismos do nível central (MISAU/DePROS/DAM);
2. Recomenda-se que após a sua formação, o Comité se reúna regularmente em sessões mensais nos primeiros 6 meses de funcionamento, passando a ter posteriormente encontros trimestrais ou semestrais;
3. Para cada reunião será produzida uma acta (exemplo no anexo 1.2) que deverá ser encaminhada a SDSMAS/DPS, cabendo ao Comité fazer o seguimento/cumprimento das recomendações feitas durante a reunião, se julgarem conveniente buscar apoios/mobilizar recursos em outras entidades governamentais ou outras entidades privadas .
4. De modo a conjugar a avaliação da qualidade dos serviços e as melhorias constatadas por meio da mobilização da comunidade, é recomendável que se utilize metodologias ou processos participativos, como por exemplo a metodologia - **qualidade definida em parceria (QDP)**.



Monitoria e Avaliação dos Comitês de Co-Gestão das Unidades Sanitárias (CcG das US)

As seguintes variáveis e ferramentas deverão ser usadas no processo de monitoria e avaliação dos Comitês de Co-Gestão:

Variáveis (O que vamos medir)	Instrumentos a serem utilizados	Frequência da medição	Responsa- bilidade
1. Mudanças iniciadas pela comunidade e nível de esforço/comprometimento do Comité de Co-gestão:			
Desempenho do comité	Registo/matriz do progresso Questionários de avaliação de eficácia do comité/ferramentas de autoavaliação Fichas de monitoria do processo QDP Estes instrumentos podem ser encontrados nos anexo 1, 2	Trimestral/semestral	Presidente Secretário Comité
2. Qualidade de Serviços :			
Desempenho do provedor de serviços	Listas de verificação/guiões de supervisão/padrões de desempenho	Trimestral/semestral/ anual Linha de base/ avaliação final (2/2 anos) dentro do processo dos padrões de desempenho	Supervisores da IMM/CACUM/ SR/PF
Qualidade definida pela comunidade	Discussões em Grupo (com um guia - exemplo no anexo 4)	Linha de base/ avaliação final (2/2 anos?) dentro do processo dos padrões de desempenho	Comité (membros do comité com formação em saúde)
Satisfação do utente	Entrevistas de Saída/questionários gráficos/satisfatómetro (exemplos no anexo 3)		
Utilização dos Serviços	Dados do SIS	Trimestral/semestral/ anual	Comité DPS/SDSMAS

Recomenda-se que o processo de monitoria e avaliação obedeça as seguintes componentes:

1. Qualidade e utilização de serviços:

- É importante que se estabeleça uma linha de base (1ª medição) antes do Comité iniciar a implementar o seu plano de actividades, de modo a determinar os pontos de partida e seus objectivos, as metas a alcançar para melhor monitorar os progressos feitos. Os indicadores já existentes para avaliar os padrões de desempenho do trabalhador de saúde/Unidade Sanitária devem ser utilizados (poderá consultar os documentos dos padrões de desempenho);
- Em relação a qualidade definida pela comunidade, os membros do Comité junto a comunidade devem identificar os indicadores factíveis e chave para o seguimento, monitoria e avaliação das actividades de melhoria de qualidade e humanização dos cuidados incluindo o nível de desempenho do Comité. Uma lista de Indicadores deve ser desenvolvida com base nos pontos de ação para a melhoria dos serviços determinados no plano de ação do Comité de Co-Gestão. Esta lista pode ser usada trimestralmente para ver se há ou não qualquer progresso sobre os padrões de qualidade.

Os seguintes indicadores ilustrativos podem orientá-lo na elaboração dos mesmos:

Indicador	Fonte
% de utentes que referiram estar satisfeitos durante o inquerito de saída/satisfatómetro	Inquéritos de saída/satisfatómetro
% de utentes que reportaram ter esperado mais de 15 minutos para ser atendido	Inquéritos de saída/entrevistas
% de utentes que referiram que a atitude (comportamento) do Pessoal de saúde que os atendeu foi boa	Inquéritos de saída/entrevistas
% de utentes que referiram que a capacidade técnica do TS era boa ou excelente	Inquéritos de saída/entrevistas
# de primeiras consultas na US para um serviço específico (CPN, CPP, PF, etc)	Livro de registo/SIS
% de TS que referiram sentir-se confiante e confortável em providenciar serviços e informação culturalmente/linguagem apropriada para diferentes grupos populacionais	Entrevistas
O TS segue os protocolos para o diagnóstico, tratamento dos utentes em conformidade com o pré-estabelecido	Observação
O fluxo de pacientes é amigável e conveniente	Observação
As actividades de manutenção, higiene e limpeza são regularmente efectuadas pelo pessoal serventuário renumerado ou voluntário	Observação
A US dispõe de um local adequado para realizar acções educativas para os utentes e comunidade (como palestras, reuniões, aconselhamento)	Observação
A US oferece sessões integradas e regulares de educação para a saúde, sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e Saúde Infantil (SI), Saúde do Adolescente e Jovem (SAJ)	Observação

Durante as sessões de educação, o trabalhador de saúde observa as normas de Comunicação Interpessoal e Aconselhamento (CIPA), e usa as habilidades de educação em grupo e materiais de apoio para IEC	Observação
A US divulga informação sobre os direitos das utentes em SSR e SI	Observação
A distribuição e colocação de cartazes/posters educacionais sobre a SSR e SI é apropriada	Observação
A US realiza actividades regulares para promover o envolvimento comunitário na área da SMI	Observação

2. Funcionamento do Comité:

- Serve para determinar se o Comité está preparado para responsabilizar-se por novos assuntos, verificar se as acções foram implementadas e se os resultados esperados foram alcançados, caso não tenham sido atingidos, a monitoria do progresso ajudará a reavaliar os problemas e a explorar novas estratégias para ultrapassá-los;
- O Comité deve monitorar o seu progresso e deve ter instrumentos para organizar a informação e tirar conclusões bem como instrumentos para a avaliação. Estes devem determinar se as soluções estão funcionando, sem sobrecarregar o seu trabalho fazendo monitoria. No anexo 2 pode encontrar exemplos para registar o progresso e avaliar a eficácia do Comité, e um guião de supervisão para monitorar a função do mesmo.

3. Avaliação dos Resultados

A avaliação dos resultados tem por objectivo rever as metas estabelecidas para determinar o progresso alcançado em relação aos objectivos estabelecidos, medindo assim o impacto causado pelo esforço realizado.

Os seguintes instrumentos podem ser utilizados para medir o impacto resultante do esforço realizado para acções de melhoria de qualidade:

O grau de satisfação do utente: As ferramentas para a sua monitoria são os inquéritos que os utentes preenchem ao sair do centro de saúde ou os questionários que se preenchem de forma anónima, estes últimos oferecem uma melhor forma de obter respostas mais sinceras dos utentes, comparativamente aos que se lhes pergunta verbalmente a saída da Unidade Sanitária;

Ferramentas padronizadas para medir a qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde: Podem utilizar-se ferramentas e técnicas como uma avaliação dos serviços de saúde, listas de verificação e protocolos que se usam para determinar o progresso alcançado e para ressaltar as áreas que necessitam de maior atenção. Estas ferramentas são elaboradas localmente ou são normas estabelecidas pelas autoridades sanitárias. São exemplo, os padrões de desempenho/listas de verificação utilizados no SNS;

Utilização dos serviços de saúde e da atitude promovida: pode ser monitorada revendo periodicamente as estatísticas e os registos dos serviços de saúde, o sistema de logística para administrar as provisões de anticonceptivos e de outros medicamentos (conforme a demanda), e por meio de estudos de avaliação do grau de conhecimento, atitudes e práticas (CAP IDS) que avaliam a aplicação das práticas correctas e o uso dos serviços de saúde por parte da comunidade;

Medição da equidade na oferta de serviços de saúde: pode-se determinar revendo os registos internos ou a informação contida em outras unidades ou a nível comunitário sobre o uso destes serviços por parte de grupos menos privilegiados ou com menor renda.

ANEXOS

ANEXO 1: PLANO DE ACTIVIDADES

1.1 Plano de actividades

Problema	Causas	Soluções ou Estratégias	Ações (Actividades)	Pessoa responsável	Recursos ou materiais necessários	Quando (Período de Execução)	Condição actual (Linha de Base)
1.		A. _____ B. _____	1. 2. 3.				
2.							
3.							

1.2. Acta de reuniões:

Objectivos da Reunião/Pontos da agenda	O que foi discutido?	Ação acordada a ser feita?	Período/Prazo Quando?	Pessoa/Grupo Responsável	Obs
1.					
2.					
3.					

ANEXO 2: INSTRUMENTOS PARA A MONITORIA DO PROGRESSO DOS COMITÉS DE CO-GESTÃO

I. Matriz para registrar o progresso

PROBLEMA	CÓMO DEVERÍA SER? (norma/padrão de qualidade)	COMO PROVAR QUE ALTERAÇÕES/MUDANÇAS ACONTECERAM? (Indicadores)	COMO SERÃO MEDIDAS?	QUE RESULTADO SE CONSIDERA MUITO BOM? (Ponto de referencia/meta/valor padrão)

II. Questionário para determinar o Grau de eficácia do Comité

1.Quanto envolvido você está nas actividades que o Comite está desenvolvendo?

0 Não está envolvido	1	2	3	4	5 Muito envolvido
-------------------------	---	---	---	---	----------------------

2.Todos membros contribuem para a tomada de decisões?

0 Não, apenas uns poucos	1	2	3 Alguns	4 Quase todos	5 Todos dão a sua opinião
-----------------------------	---	---	-------------	------------------	------------------------------

3.Quantas vezes os membros participam na tomada de decisões?

0 Nunca	1	2 Algumas vezes	3	4	5 Sempre
------------	---	--------------------	---	---	-------------

4.Em que medida usamos os recursos e criatividade dos nossos membros para a realização de nossos objetivos?

0 Nunca	1	2	3	4	5 totalmente
------------	---	---	---	---	-----------------

5.Está satisfeito com o progresso alcançado pelo Comité?

0 Nada satisfeito	1	2	3	4	5 Muito satisfeito
----------------------	---	---	---	---	-----------------------

6.As ideias e opiniões de todos membros são respeitadas?

0 Não	1 A maioria não	2	3 Quase todas	4	5 Todas
----------	--------------------	---	------------------	---	------------

III. a. Guião de supervisão do Comité de Co-Gestão:

UNIDADE SANITÁRIA: _____

Comité DE : _____

TIPO DE US: _____

DISTRITO: _____

PROVÍNCIA _____

SUPERVISOR: _____

DATA: ____/____/____

Padrões	Questões			Comentários
		S	N	
1. Existe um "Comité de co-gestão ou de outra finalidade" em funcionamento que trabalha em colaboração com a comunidade e profissionais para promover a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de saúde	Verifique se:			
	<ul style="list-style-type: none"> A US tem instituído um "Comité de Co-gestão ou de outra finalidade", com termos de referência acordados/aprovados (tem papeis e responsabilidades documentados por escrito). 			
	<ul style="list-style-type: none"> As reuniões do comité são realizadas de acordo ao que foi previamente planificado (geralmente mensal) Existem registos escritos de: <ul style="list-style-type: none"> Actas de encontros Relatórios, Plano de acção, Matriz de registo de progressos 			
2. O comité tem capacidade para se engajar os seus diversos membros para qualquer acção construtiva e colectiva	Verifique se:			
	<ul style="list-style-type: none"> Pelo menos cerca de 70% dos membros do comité participam nas reuniões do comité (verifique as listas de presenças das últimas 3 reuniões) 			
	<ul style="list-style-type: none"> O Comité é constituído pelas pessoas mais afectadas e interessadas (por ex: 33% membros da comunidade, 33% grupos alvos/marginalizados ou não utentes, 33% pessoal de saúde e outras pessoas de recurso como agentes económicos, religiosos, estruturas administrativas, políticos. Há registo de reuniões conjuntas entre o Comité e os representantes da comunidade Há registos de encontros entre o comité e outros parceiros/provedores de cuidados de SSR e SI na comunidade 			
3. Os membros do comité sentem que eles partilham um propósito comum ou visão para a sua comunidade	Pergunte aos membros do comité se:			
	<ul style="list-style-type: none"> Todos os membros do comité contribuem para a tomada de decisão? 			
	<ul style="list-style-type: none"> Todos os membros do comité acham que eles são efectivos em atingir os seus objectivos? 			
	<ul style="list-style-type: none"> Todos os membros entendem bem o objectivo que eles pretendem alcançar (o que é que eles querem obter/atingir)? Os membros do comité usam a criatividade para atingir os seus objectivos? (dar exemplos) 			

Padrões	Questões			Comentários
		S	N	
4. Os membros do comité são responsáveis pela implementação e resultados das actividades/programa	Pergunte aos membros do comité se:			
	• Todos os membros se sentem que fazem parte do comité?			
	• Todos os membros contribuem para o comité de alguma maneira?			
5. O comité tem habilidade para buscar recursos (propriedades, dinheiro, expertise/capacidade técnica/conhecimento) e usá-los de uma forma racional	• Podem dar um exemplo de como o comité resolveu um problema, se sim, qual? E porque é que vocês acham que foram capazes de resolvê-lo			
	• Há envolvimento da comunidade como um todo nas iniciativas de seus planos de acção (se sim especifique (ex: procure por registo de que o comité envolveu outras estruturas comunitárias para a implementação das iniciativas)			
	• Recursos internos foram adicionados para melhorar a qualidade dos serviços (ex: SDSMAS faz a contractação de mais pessoal, colocação de bomba de água ou outras acções). Especifique a quantidade e tipo de recurso			
6. O Comité tem capacidade para resolver problemas utilizando os talentos, habilidades e expertise dos membros da comunidade	• Recursos externos foram adicionados para melhorar a qualidade de serviços (ex: salas adicionais, bancos na sala de espera, etc). Especifique quantidade e tipo			
	Verifique se:			
	• Os membros do comité têm conhecimentos básicos sobre os assuntos do seu plano de acção			
	• Os dados/informação recolhida contribuem para informar sobre o trabalho que o comité realiza/ou os ajuda a tomar decisões?			
	• Existe uma colaboração e comunicação positiva entre os membros do comité?			
	• Existem registos das Medições da Satisfação dos Utentes (do mês anterior)?			

III.b. Lista de verificação para o processo “Qualidade definida em parceria(QDP)”:

Instruções: Esta lista de verificação deve ser usada pelos supervisores do processo QDP que participam nas reuniões do Comité para garantir que o processo QDP é implementado correctamente . Esta contém os componentes de QDP. Ela de ve ser usada também como referencia antes de iniciar o processo QDP para melhor compreender todos os passos que deverão ser implementados. É importante seguir todos os passos aqui apresentados mesmo que isso possa levar tempo extra de modo a garantir uma participação efectiva da comunidade.

Padrões	Questões			Comentários
		S	N	
Planificação e Desenho	Mapeamento elaborado			
	Matriz de habilidades da equipa elaborada			
	Meta e objectivos de QDP definidos			
	Plano de implementação com papeis e responsabilidades dos parceiros para cada fase elaborado			
	Apresentação para os parceiros e os diferentes departamentos elaborada			
Criar /Buscar Suporte	Reunião com os diferentes departamentos (Nível distrital e da US) foi realizada			
	Reunião com representantes de estruturas administrativas/municipais foi realizada (se necessário)			
	Reunião com Pessoas influentes foi realizada			
	Reunião com os ACS/APEs/PTs/Voluntários foi realizada			
	Lista dos diferentes segmentos Populacionais elaborada			
Explorar qualidade	Guião para as discussões em grupo com membros da comunidade e trabalhadores de saúde elaborado com base em assuntos específicos (que preocupam)			
	Discussões em grupo focal (e entrevistas se necessário) realizadas em grupos separados que representam os segmentos da população alvo			
	Lista de problemas prioritários recolhidos durante as discussões em grupo elaborada			
	Identificação dos participantes para a Reunião “Fechando Lacunas” (ex:dois de cada grupo)			
Preparação da Reunião “fechando Lacunas”	Local,Data e Agenda da Reunião “Fechando Lacunas” comunicada aos participantes identificados			
	Apresentações/Categorização das listas de problemas/preocupações da comunidade e dos trabalhadores de saúde elaborada e confirmada com os dois grupos (a confirmação deve ser feita em encontros separados com a comunidade e trabalhadores de saúde)			
	Actividade quebra gelo realizada (ex: jogo, visitas guiadas, jantar com representantes da comunidade e trabalhadores de saúde)			

Padrões	Questões			Comentários
		S	N	
Reunião “fechando Lacunas”	Reunião “fechando Lacunas” realizada (com apoio de um facilitador experiente)			
	Lista de problemas prioritários comuns desenvolvida			
	Membros do comitê selecionados e criado o comitê			
Trabalhando em Parceria	Reunião de seguimento realizada com supervisão de um dos membros da equipe de implementação do processo QDP			
	Análise dos Problemas finalizada através do uso de métodos como Espinha de peixe ou árvore de problemas			
	Plano de acção elaborado pelo comitê			
	Plano de acção final partilhado com a comunidade em geral			
	Marcos/Indicadores de base desenvolvidos usando a matriz de progressos e Lista de indicadores de resultados			
	Plano de acção é implementado com suporte de parceiros, comunidade incluindo líderes formais e não formais Informação de monitoria é recolhida e analisada			
	Relatórios são partilhados para todos os níveis			
	A Lista de verificação para a função do comitê é utilizada e discutida mensalmente pelo comitê ou pelos Responsáveis da US			

ANEXO 3: SATISFATÓMETRO E QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE UTENTES

1. Satisfatómetro:

O satisfatómetro deverá ser colocado num local onde os utentes se sintam a vontade para deixar ficar a sua opinião. Utilizando o processo de votação, 3 cartões de diferentes cores (rosa/vermelho, amarelo e verde) anónimos devem ser distribuídos aos utentes que no momento da alta classificaram o atendimento recebido depositando no satisfatómetro o cartão correspondente (rosa/vermelho-se não gostaram do atendimento recebido, amarelo- se gostaram um pouco, e o verde-se gostaram do atendimento recebido).

Recomenda-se a abertura e análise do satisfatómetro mensalmente e a discussão dos seus resultados dentro do Comité de Co-Gestão e retro informação às comunidades.

2. Questionários de Avaliação da Satisfação de Utentes:



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública

MATERNIDADE MODELO - **Inquérito sobre Satisfação da Utente**

Idade: _____ anos Residência (Bairro): _____ Escolaridade: _____

Por favor, coloque um X na resposta que é da sua opinião. Ao preencher este inquérito, você ajuda-nos a SERVIR-LHE melhor!

1. As explicações dadas pelo pessoal de saúde sobre a sua situação de saúde e tratamento feito foram:

Más Aceitáveis Boas Muito Boas

2. Qual foi a disponibilidade/ prontidão de resposta do pessoal para as suas necessidades:

Sempre disponível/pronto Nunca disponível/pronto Às vezes disponível/ pronto

Se sempre ou às vezes, o atendimento que você recebeu foi: Agradável Desagradável

3. As orientações que recebeu sobre os cuidados a dar ao seu bebé foram:

Claras/compreensíveis Confusas/pouco compreensíveis Não recebi orientações

4. As orientações que lhe foram dadas sobre os cuidados da sua própria saúde foram:

Claras/compreensíveis Confusas/pouco compreensíveis Não foram dadas orientações

5. O respeito e privacidade com que você foi tratada pela equipa de saúde da maternidade foi:

Mau Aceitável Bom Muito Bom

6. As condições gerais de higiene e conforto (lençóis limpos, espaço, silêncio) da maternidade são:

Más Aceitáveis Boas Muito Boas

7. A facilidade de circulação (de deambular/ caminhar) dentro da maternidade é:

Má Aceitável Boa Muito Boa

8. As explicações dadas sobre o seu tratamento ao receber a alta foram:

Claras/compreensíveis Confusas/pouco compreensíveis Não recebi explicações

9. O que acha que foi muito bom durante o seu internamento nesta maternidade?

.....
.....
.....

Data de hoje: ____/____/____

É tudo! Muito obrigado pela sua colaboração!



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde

Direção Nacional de Saúde Pública

Inquérito sobre a Satisfação da Utente

CONSULTA PRÉ-NATAL CONSULTA PÓS-PARTO PLANEAMENTO FAMILIAR

Idade: ____anos Residência (Bairro): _____ Escolaridade: _____

Por favor, coloque um X na resposta que é da sua opinião. Ao preencher este inquérito, você ajuda-nos a SERVIR-LHE melhor!

1. A explicações oferecidas sobre a sua situação de saúde durante a consulta foram:

Más Aceitáveis Boas Muito Boas

2. As explicações oferecidas sobre o método de planeamento ou o tratamento a receber foram:

Más Aceitáveis Boas Muito Boas

3. Se teve um bebé recentemente, as orientações sobre os cuidados a dar ao seu bebé foram:

Claras/Fáceis de entender Confusas/Díficeis de entender Não recebi orientações

4. As orientações sobre os cuidados a ter com a sua própria saúde foram:

Claras/Fáceis de entender Confusas/Díficeis de entender Não recebi orientações

5. O respeito com que você foi tratada nesta consulta foi:

Mau Aceitável Bom Muito Bom

6. A sua privacidade foi respeitada? Sim Não Em parte

7. O conforto do gabinete de consulta (higiene, material e equipamento limpos, espaço, iluminação, ruídos) foi:

Mau Aceitável Bom Muito Bom

8. O que poderia ter sido melhor nesta consulta?

.....
.....
.....
.....

Data de hoje: ____/____/____

É tudo! Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 4 : GUIÃO PARA DISCUSSÃO EM GRUPOS FOCAIS NA COMUNIDADE- QUALIDADE DEFINIDA EM PARCERIA

Informantes chaves:

- Não utilizadores/utentes dos serviços de saúde;
- Grávidas;
- Homens/Avós;
- Avós/Tias/Mulheres com deficiências Física;
- Mulheres que perderam filhos;
- Praticantes de Medicina tradicional.

1. Característica dos Entrevistados:

A. Idade dos Entrevistados:

Idade 1:	Idade 2:	Idade 3:	Idade 4:
Idade 5:	Idade 6:	Idade 7:	Idade 8:

B. Estado civil:

Estado civil 1:	Estado civil 2:	Estado civil 3:	Estado civil 4:
Estado civil 5:	Estado civil 6 :	Estado civil 7:	Estado civil 8:

C. Local de Residência:

Residência 1:	Residência 2:	Residência 3:	Residência 4:
Residência 5:	Residência 6:	Residência 7:	Residência 8:

2. Questões :

1. Qual é o local/US de sua primeira escolha para obter serviços de SMNI, e Porquê?
2. O que lhe chama mais atenção/gosta na US de sua primeira escolha?
3. Existem US que você nunca vai? Porque? Explique por favor.
4. O que você gosta ou não gosta da US local?

5. O que impede as pessoas de obterem serviços de SMNI na sua zona/comunidade?
6. Que sugestões têm para melhorar os serviços de SMNI da sua comunidade/zona?
7. O que gostaria de ver mudar na US de modo que faça com que voce passe a ir mais a US?
8. Algumas pessoas preferem ir ao PMT. Quais são as razões para isso?
9. Vocês pagam para os serviços do PMT?
10. Você acha que recebe serviços de boa qualidade no PMT? Porque? Explique.
11. Você acha que tem o direito a serviços de SMNI de boa qualidade, quer voce pague ou não por eles?
12. Sabe se existe algum serviço de PTV/PF/PPP/CPN/Maternidade disponível na US da sua comunidade/zona?
13. Sabe o que os serviços de PTV/PF/PPP/CPN/Maternidade oferecem para si? Quais?
14. Alguma vez voce ou alguém que conhece já utilizou os serviços de PTV/PF/PPP/CPN/Maternidade da US? Se sim Porque? Se não Porque?
15. Como podemos ajudar as pessoas a usar os serviços de PTV/PF/PPP/CPN/Maternidade mais?

Referências

MISAU, Departamento de Promoção de Saúde (Julho,2011):Termos de Referência dos comitês de saúde e comitês de co gestão, apresentação em powerpoint;

MISAU, DNAM (2011): Estratégia de Qualidade;

MISAU, Formação Regional em Atenção Humanizada a Saúde Materna e neonatal (Novembro 2009): Colectânea de apresentações dos temas,

Iniciativa maternidade Modelo (Março 2010): Padrões para Medição do Desempenho dos Serviços de Saúde Materna e Neonatal;

Save the Children/US (Janeiro de 2003): Partnership Defined Quality Manual.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Maternal and Child Health
Integrated Program



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE