

Agentes comunitários de saúde

Qual é a prática de alto impacto comprovada na prestação de serviços de planejamento familiar?

Integrar ao sistema de saúde agentes comunitários de saúde (ACSs) treinados, preparados e que contam com suporte técnico ou são amparados pela equipe de saúde.

Antecedentes

Quando planejados e implementados de forma adequada, os programas de agentes comunitários de saúde (ACSs) podem auxiliar no aumento o uso de contraceptivos, especialmente quando a necessidade não satisfeita de Planejamento Familiar é alta, o acesso é baixo, e existem barreiras geográficas ou sociais ligadas ao uso dos serviços. Os ACSs são especialmente importantes para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços, trazendo informações, serviços e insumos a mulheres e homens nas comunidades onde vivem e trabalham e não exigindo que visitem os centros de saúde, que podem estar afastados ou inacessíveis.

Os ACSs “oferecem educação em saúde, referências a outros níveis de atenção e acompanhamento, gestão de casos, cuidados básicos de saúde preventiva e visitas domiciliares a comunidades específicas. Eles oferecem apoio e assistência às pessoas e às famílias no acesso ao sistema de saúde e de serviços sociais” (OIT, 2008). O nível de educação e treinamento, o escopo do trabalho e a situação de emprego dos ACSs variam conforme os países e os programas. Os ACSs são chamados de diversas maneiras, como “agente de saúde da aldeia”, “agente de distribuição baseado na comunidade”, “ajudante comunitário de saúde”, “promotor comunitário de saúde”, “conselheiro de saúde leigo”.

A integração dos ACSs ao sistema de saúde é uma das várias práticas de grande impacto (PGIs) **comprovadas** para o planejamento familiar, identificadas por um grupo técnico consultivo de especialistas internacionais. Uma prática comprovada tem evidência suficiente para recomendar sua ampla implementação como parte de uma estratégia abrangente de planejamento familiar, sempre que acompanhada do monitoramento da cobertura, da qualidade, e dos custos, bem como de pesquisa de implementação para fortalecer o impacto (PGIs, 2014). Para mais informações sobre outras PGIs, leia <https://www.fphighimpactpractices.org/overview>.



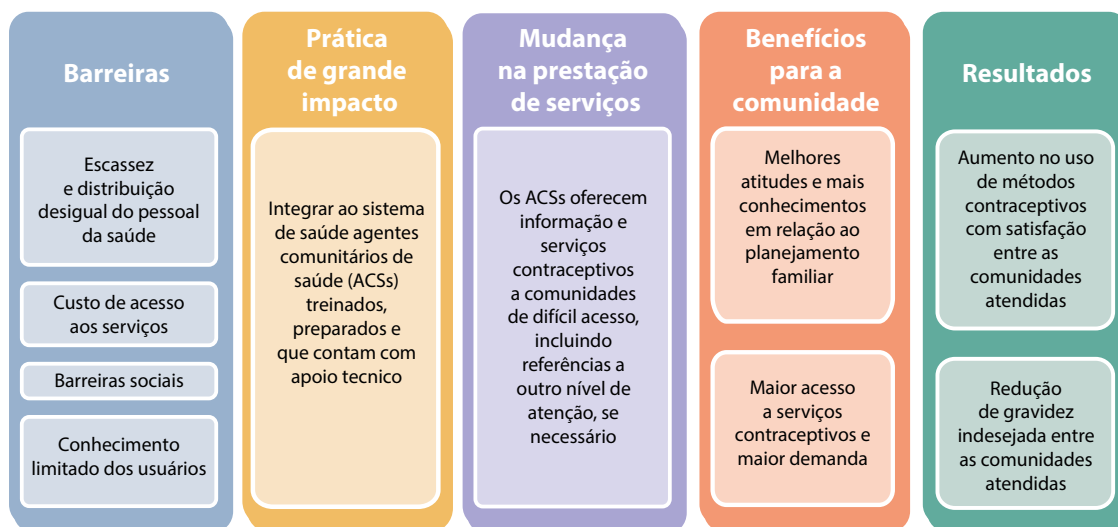
Um agente comunitário de saúde do Togo com sua caixa de medicamentos e materiais de saúde.

“...Os ACSs estabelecem uma conexão fundamental entre suas comunidades e os sistemas de saúde e de serviços sociais.”

— Bhutta et al., 2010

© 2012 Katy Doyle, cortesia da Photoshare

Figura 1. Melhorar o acesso aos serviços de planejamento familiar entre as populações de difícil acesso usando agentes comunitários de saúde: Teoria da Mudança



Quais desafios os países podem abordar com ajuda dos ACSs?

Os ACSs abordam as barreiras de acesso geográfico geradas pela escassez de agentes de saúde. O Relatório Mundial da Saúde 2006 identificou 57 países que enfrentam grave escassez de funcionários de atendimento à saúde. Além disso, o pessoal médico mais capacitado se concentra nas áreas urbanas mais ricas (WHO, 2006). “Os programas de agentes comunitários de saúde surgiram como uma das estratégias mais eficazes para abordar escassez de recursos humanos na saúde e, ao mesmo tempo, melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários e sua qualidade” (Liu et al., 2011).

Os ACSs podem reduzir as barreiras financeiras para os pacientes. Mesmo em situações com serviços “gratuitos”, os pacientes podem ter que pagar taxas pela consulta ou outros encargos informais antes de receber os serviços de saúde. Por exemplo, na região rural de Mugeza, na Tanzânia, onde os ACSs oferecem serviços a um terço dos usuários de contraceptivos modernos, uma maior proporção de usuários que acessou serviços em um centro de saúde pagou pelos serviços (61%) em relação àqueles que tiveram acesso por meio de um ACS (25%) (Simba et al., 2011).

Os ACSs podem lidar com as barreiras sociais que inibem o uso de planejamento familiar. Análise de dados de Pesquisas de Demografia e Saúde (PDS) mostra que as mulheres jovens, pobres, com menos educação, ou que vivem em zonas rurais têm mais dificuldade para satisfazer suas necessidades de planejamento familiar em comparação com as mulheres mais favorecidas. Essas desigualdades existem em todas as regiões do mundo, com exceção da Ásia Central; as disparidades são maiores e mais comuns na África subsaariana do que em outras regiões. Além disso, muitos países da África subsaariana demonstram pouco ou nenhum progresso na redução das desigualdades (Ortayli & Malarcher, 2010; Ross, 2015). Os ACSs que vêm de comunidades desfavorecidas podem funcionar como elo entre os indivíduos, as comunidades e o sistema de saúde. Na Guatemala, a maior parte das pacientes de ACSs eram mulheres indígenas (83%), esta mesma população era minoria usando os serviços em clínicas (17%) (Fernández et al., 1997). No Uganda e na Etiópia, uma percentagem maior de pacientes de ACSs era não casada (16% e 12%, respectivamente), quando comparadas com pacientes de clínicas (9% e 8%, respectivamente), e no Uganda, uma percentagem mais baixa das pacientes de ACSs tinha maridos colaborativos, quando comparada com pacientes de clínicas (41% contra 52%, respectivamente) (Prata et al., 2011; Stanback et al., 2007). Em Serra Leoa, quase um terço das pacientes recebendo contraceptivo injetável de ACSs tinha 18 anos de idade ou menos (MSI, 2015).

Os ACSs atingem mulheres cuja mobilidade é limitada pelas normas sociais. Em alguns países, práticas culturais restringem a liberdade das mulheres de ir e vir ou a capacidade para tomar decisões. Os ACSs vencem essas barreiras, levando serviços para onde as mulheres e suas famílias trabalham e vivem.

Qual é o impacto?

Os programas ACS aumentam o uso de métodos contraceptivos em locais onde o uso de serviços de saúde é limitado ou encontra barreiras estruturais para o acesso das pessoas. Uma revisão dos programas comunitários na África subsaariana constatou que seis dos sete estudos experimentais demonstraram aumento significativo no uso de métodos contraceptivos ou redução nas taxas de fecundidade (Philips et al., 1999). A magnitude do efeito foi diferente, dependendo do contexto e da estrutura do programa ACS. Em Madagascar, as pessoas que mantêm comunicação direta com os ACS têm probabilidade dez vezes maior de usar contraceptivos modernos que aquelas que não têm contato com os ACSs (Stoebenau & Valente, 2003). No Afeganistão, um programa ACS aumentou o uso de contraceptivos de 24 a 27 pontos percentuais em áreas onde o uso inicial era muito baixo (de 9% para 24% de prevalência contraceptiva) (Huber et al., 2010).

Os programas ACS podem reduzir a necessidade não satisfeita em Planejamento Familiar em países com grande população rural. Países como Bangladesh e Indonésia têm sólidos programas ACS, por meio dos quais os ACSs distribuem quantidade significativa de métodos modernos a suas comunidades. Em Bangladesh e na Indonésia, 23% e 19%, dos usuários de contraceptivos modernos, respectivamente, assinalam que os ACSs são sua última fonte de abastecimento de contraceptivos. Nesses dois países é baixa a necessidade não satisfeita de planejamento familiar em áreas rurais (14% e 11%, respectivamente) (Prata et al., 2005).

ACSs que trabalham em coordenação com um sistema de saúde operante podem reduzir as taxas de fecundidade.

No Gana, em comunidades onde os ACSs trabalham junto com voluntários da comunidade, a taxa de fecundidade total caiu em um nascimento depois de três anos, em relação a comunidades tratadas pelos sistemas de saúde convencionais (Phillips et al., 2006). Em Bangladesh, houve redução de 25% nas taxas de fecundidade ao longo de oito anos entre mulheres que foram visitadas a cada duas semanas por um ACS capacitado. O programa também obteve uma redução significativa nas taxas de mortalidade materna no grupo de intervenção ao longo deste período de tempo (Koenig et al., 1988).

Programas que ligam os ACSs com a prestação de serviços em unidades de saúde podem ser econômicos. Os custos e a relação custo-efetividade dos programas ACS variam em função do contexto do programa, da remuneração dos funcionários, do amadurecimento do programa, das estratégias usadas para capacitação e supervisão e o número de pacientes atendidos (FRONTIERS et al., 2002). Revisão crítica dos programas de planejamento familiar em dez países em desenvolvimento constatou que os programas que combinavam ACSs com prestação de serviços em unidades de saúde apresentavam melhor relação custo-efetividade que os programas desenvolvidos unicamente em unidades de saúde ou unicamente ACS (ver Quadro 1).



© 2014 Haydee Lemus/PASMO PSI Guatemala. Cortesia da Photoshare

Uma promotora de saúde em El Quiché, Guatemala, apresenta e explica as opções de métodos contraceptivos para uma usuária de planejamento familiar.

Quadro 1. Custo de Proteção Anual do Casal (CYP, sigla em inglês para Couple-Years of Protection¹ por Modalidade de prestação de serviços²

Modalidade prestação de serviços	Custo médio em US\$ por CYP (faixa)
Clínicas + ACSs	\$9 (1–17)
Clínicas	\$13 (1–30)
ACSs	\$14 (5–19)

¹ CYP é a proteção contraceptiva estimada, fornecida por métodos contraceptivos pelo período de um ano.

² A análise original baseou-se em distribuição baseada na comunidade (DBC). A referência a DBC foi mudada para ACS para manter a coerência com a terminologia usada neste resumo.

Fonte: Adaptado de Prata et al., 2005; dados de Huber & Harvey, 1989.

Os ACSs podem ampliar as opções de métodos contraceptivos, oferecendo amplo leque de métodos de forma segura e eficaz. Para ajudar os países a otimizar o desempenho dos profissionais de saúde, a OMS desenvolveu um conjunto abrangente de recomendações eficazes, oriundas de informações baseadas em evidência para facilitar a divisão de tarefas nas intervenções chave, para mães e recém-nascidos, incluindo o fornecimento de contraceptivos (OMS, 2012). Enquanto a maioria dos ACSs provê preservativos e pílulas em suas comunidades, os dados mostram que esses agentes também são muito eficazes no fornecimento e recomendação de outros métodos (Perry et al., 2014).

- Com base na evidência de vários projetos em diversos países, os especialistas descobriram que o fornecimento de contraceptivos **injetáveis** por ACSs capacitados era seguro, eficaz e aceitável para as pacientes (Abdul-Hadi et al., 2013; WHO et al., 2010). Estudo na Etiópia demonstrou que o fornecimento de contraceptivos injetáveis pelos ACSs provou-se seguro e aceitável entre as mulheres, e as pacientes de ACSs tinham menor tendência a descontinuar o uso de contraceptivos ao longo de três ciclos que as pacientes que obtinham suas injeções por meio de serviços em (Prata et al., 2011).
- Estudo na Índia demonstrou que ACSs com baixos níveis de alfabetização podem prover com eficácia o **ogino-knaus** (popularmente conhecido como tabelinha), **SDM™**, **sigla em inglês para Standard Days Method**) a suas pacientes (Johri et al., 2005). ACSs na República Democrática do Congo, na Guatemala e nas Filipinas oferecem SDM e apoio às usuárias que fazem uso continuado de contraceptivos (Georgetown University, 2011; Georgetown University, 2003; Suchi & Batz, 2006).
- Estudo na Índia demonstrou que os ACSs, inclusive os analfabetos, podem ensinar o **Método da Amenorreia Lactacional (LAM, sigla em inglês para Lactational Amenorrhea Method)** e aconselhar as mulheres com precisão sobre o uso do LAM e da contracepção pós-parto (Georgetown University, 2008; Sebastian et al., 2012).
- Estudo em Bangladesh demonstrou que todas as categorias de prestadores de serviços de saúde, incluindo funcionários volantes de ONGs, poderiam fornecer eficazmente **contracepção de emergência (CE)**. Mais de 90% dos funcionários dominava os aspectos importantes do uso da CE e instruíram suas pacientes de forma correta (Khan et al., 2004).
- ACSs na Etiópia e na Nigéria estão ampliando o acesso a **implantes** no âmbito da comunidade (Charyeva et al., 2015; MOH Ethiopia, 2012).

Os ACSs também podem estimular o uso de métodos anticoncepcionais fornecidos em unidades de saúde por meio de aconselhamento e encaminhamentos. Dados da Etiópia demonstram que, mesmo onde os ACSs estão restritos ao fornecimento de conjunto limitado de métodos contraceptivos, eles são capazes de aumentar o uso de outros métodos, incluindo métodos reversíveis de longa duração, por meio de aconselhamento e encaminhamentos apropriados a serviços em unidades de saúde. Análise de dados referentes a PDS constatou que em áreas onde os ACSs operam, o uso de anticoncepcionais injetáveis, implantes e DIUs é mais alto que a média nacional, mesmo quando os ACSs não fornecem esses métodos diretamente (Tawye et al., 2005). Uma análise crítica de estratégias para aumentar o uso do DIU concluiu que aconselhamento sobre métodos contraceptivos no âmbito da comunidade e encaminhamentos a outros níveis de atenção podem duplicar a taxa de uso de DIUs entre as mulheres em idade reprodutiva (Arrowsmith et al., 2012).

Como fazer: Dicas da experiência de implementação

Integrar os ACSs ao sistema de saúde

- **Vincular os ACSs ao sistema de saúde com estruturas bem definidas de encaminhamentos e supervisão.** Na Etiópia, onde o uso de contraceptivos aumentou de 15%, em 2005, para 29%, em 2011, depois do estabelecimento do programa de agentes de extensão de saúde, os ACSs são supervisionados regularmente por supervisores vinculados aos centros de saúde. No Madagascar, os ACSs prestam contas mensalmente ao diretor do centro de saúde e recebem supervisão de apoio.
- **Considerar o uso de tecnologia móvel, que pode representar abordagem econômica para vincular os ACSs ao sistema de saúde.** Um programa no Malaui introduziu comunicação via SMS para melhorar a troca de informações entre os ACSs e as equipes de sua região. Os usuários de SMS (n=95) prestaram contas e receberam *feedback* de seu supervisor pelo menos cinco vezes por mês com um custo médio de US\$0,61 por comunicação. Já os que tinham telefones celulares, mas sem acesso ao uso de

SMS (n=95) mantiveram apenas quatro contatos por mês com seus supervisores, com um valor de US\$2,70 por contato, enquanto o grupo de controle (n=95) sem acesso a telefones celulares manteve seis contatos por mês, mas com um valor de US\$4,56 por contato. A comunicação mais frequente via SMS estava relacionada à falta de estoque de produtos, o que acabou tendo como resultado a maior adequação do estoque (Lemay, 2012).

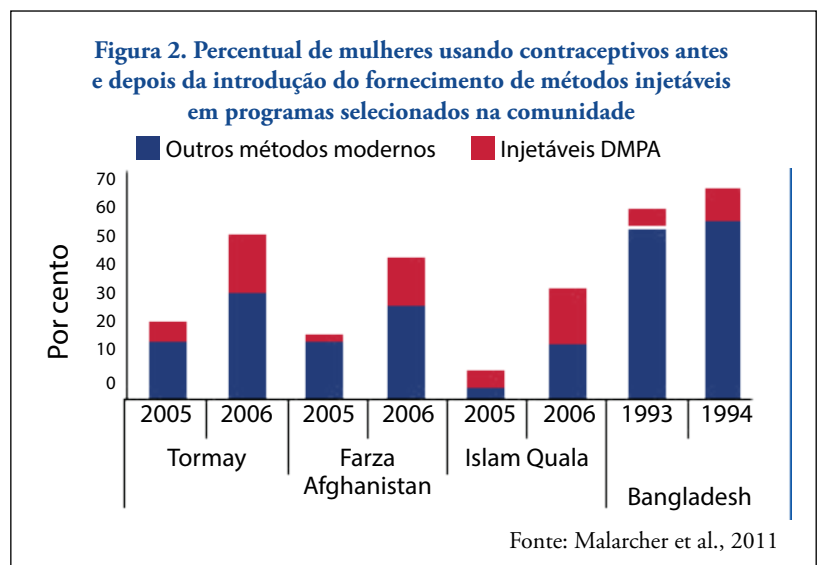
- **Integrar sistemas de gestão das informações.** Na Etiópia, os ACSs começaram a manter uma “pasta familiar” para cada família na área de cobertura do centro de saúde. A pasta familiar usava um sistema simplificado com lembretes, em que fichas de saúde eram organizadas em caixas de madeira de acordo com o mês no qual membros da família precisavam de serviços de acompanhamento. Quando uma ficha de saúde era deixada na caixa do mês anterior, alertava o agente de saúde sobre um serviço que não tinha sido fornecido, alertando-o a chegar até a família e fornecê-lo. Os agentes itinerantes de saúde também usam as caixas/fichas de saúde para planejar o acompanhamento de mulheres grávidas, pacientes de planejamento familiar e crianças para imunização (Chewicha & Azim, 2013).

Treinar ACSs

- **Implementar programa de capacitação integral que inclua capacitação gradual e prática com base na competência pessoal e em mecanismos de reforço de habilidades.** Em Madagascar, mais educação, horas semanais de voluntariado e cursos de aperfeiçoamento foram associados aos índices mais altos de desempenho entre ACSs que prestavam serviços de planejamento familiar (Gallo et al., 2013).
- **Ampliar a variedade de métodos oferecidos pelos ACSs.** Quando os serviços relacionados aos métodos contraceptivos são prestados diretamente pelos ACSs, o uso é significativamente maior do que quando apenas encaminham os usuários ao serviço (Perry et al., 2014; Viswanathan et al., 2012).

Evidência de quatro programas que introduziram o fornecimento de métodos injetáveis em programas de ACSs em andamento indicam o aumento do uso de injetáveis, bem como de outros métodos modernos (Figura 2).

- **Capacitar e estimular a participação dos ACSs nos esforços de comunicação para a mudança de comportamento.** Na Índia, mulheres que vivem em comunidades em que os ACSs participaram de campanha de comunicação para a mudança de comportamento com foco no espaçamento saudável entre gravidezes tiveram probabilidade 3,5 vezes maior de usar métodos modernos de contracepção 9 meses após o parto do que mulheres que viviam em comunidades nas quais os ACSs não participaram da campanha (Sebastian et al., 2012).



Equipar os ACSs

O sucesso de programas de ACSs está diretamente ligado à disponibilidade contínua de produtos para a comunidade. As cadeias de suprimento de produtos são ótimas quando o fluxo de produtos e de dados entre os ACSs e o sistema de saúde estão sincronizados como um todo.

- **Investir tempo e dinheiro na melhoria das cadeias de suprimento de produtos aos ACSs.** Ao projetar a cadeia eficaz de suprimento de produtos para programas comunitários, deve-se considerar a capacidade organizacional e o nível de alfabetização dos ACS, a forma de controlar os sistemas de informação para a gestão logística e a forma de controlar e agregar dados (Hasselberg & Byington, 2010). Deve-se incluir os ACSs no projeto e na integração das infraestruturas das cadeias de suprimento (Chandani et al., 2014). Os procedimentos de reabastecimento simples, ágeis, baseados na demanda para o nível da comunidade e adaptado ao contexto proporcionam a base do abastecimento regular, funcional e eficiente (Chandani et al., 2014; Shieshia et al., 2014). Manter a disponibilidade de produtos à comunidade requer confiança na disponibilidade de produtos em nível nacional e uma cadeia funcional e confiável de suprimento que possa fornecer os produtos aos ACSs.

- **Tornar os dados da logística comunitária visíveis de maneira apropriada e oportuna tanto para o centro de saúde quanto em nível distrital.** Esses dados são pré-requisito para que gestores e equipes de controle de qualidade supervisionem regularmente a cadeia de suprimentos e possam responder de forma oportuna e dirigida. Implementar um sistema de saúde itinerante baseado em comunicação por meio de SMS e fazendo uso da Internet, de forma que os dados sejam transformados em relatórios úteis e relevantes, pode melhorar significativamente a disponibilidade e possibilidade de uso oportuno e acurado de dados de logística de saúde da comunidade em todos os níveis da cadeia de suprimento (Chandani et al., 2014). Um programa de ACSs no Malaui conseguiu reduzir o desabastecimento de medicamentos essenciais e reduzir os gastos com comunicação, além de ampliar a cobertura do serviço e implementar um sistema de referência mais eficiente por meio do uso de telefones celulares (Campbell et al., 2014).
- **Implementar equipes de melhoria de qualidade em diversos níveis e conectá-las aos ACSs, às equipes dos centros de saúde** e equipes distritais para reforçar o uso correto e constante de procedimentos de abastecimento e para lidar com os problemas rotineiros na cadeia de suprimento. A existência dessas equipes está associada à melhora significativa da disponibilidade de produtos na Etiópia, no Malaui e em Ruanda (Chandani et al., 2014).

Apoiar os ACSs

- **Usar incentivos para manter os ACSs.** Na Etiópia e no Moçambique, medidas de recrutamento e manutenção de ACSs foram relacionadas a um sentimento de valorização e de maior satisfação. Essas estratégias também influenciaram decisões sobre escolha de carreiras (Maes & Kalofonos, 2013). Incentivos, tanto financeiros como não financeiros, também estão associados à maior satisfação, consequentemente maior permanência de ACSs voluntários na zona urbana de Daca, capital de Bangladesh (Alam et al., 2012). Em muitos países, os ACSs são membros remunerados do sistema de saúde da comunidade e trabalham em tempo integral. Por exemplo, na África subsaariana, a campanha “Um Milhão de Agentes de Saúde Comunitária” está capacitando, contratando e integrando os ACS ao sistema de saúde. Na Índia, 600.000 ACSs são pagos por meio de um sistema de cobrança de tarifa pelo serviço. No Brasil, agentes comunitários de saúde fazem parte das equipes de saúde de família que atendem mais de 110 milhões de pessoas (Singh & Chokshi, 2013).
- **Certificar os ACSs para dar visibilidade às suas contribuições.** A certificação ajuda a profissionalizar os agentes comunitários de saúde, elevando os padrões de qualidade tanto da capacitação quanto do desempenho.
- **Envolver as comunidades no planejamento, monitoramento e apoio aos ACSs.** No exitoso programa de ACSs de Madagascar, é o Comitê Comunitário de Saúde que supervisiona os ACSs.
- **Recrutar ACSs nas próprias comunidades beneficiárias.** Estudos mostram de forma consistente que os ACSs têm maior alcance entre mulheres de idades e situação socioeconômica semelhantes às suas (Bhutta et al., 2010; Foreit et al., 1992; Lewin et al., 2010; Lewin et al., 2005; Subramanian et al., 2013). Programas que pretendem alcançar comunidades carentes devem recrutar, capacitar e apoiar ACSs destas mesmas comunidades.
- **Considerar o recrutamento de homens como ACSs.** Uma avaliação dos programas comunitários concluiu que os homens têm grande potencial de aumentar a distribuição de preservativos masculinos, que oferecem proteção tanto contra gravidez indesejada quanto contra infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV. A atuação de homens como ACSs é aceitável em países tão diversos quanto Quênia, Paquistão e Peru. Os dados indicam que ACSs do sexo masculino distribuem mais preservativos masculinos que agentes do sexo feminino. Eles também parecem atender mais usuários homens. Em estudos controlados, agentes do sexo masculino distribuíram métodos contraceptivos em montante igual ou superior a dois anos de proteção do casal (CYP) em comparação com agentes do sexo feminino (Green et al., 2002).
- **Manter o dinamismo e evoluir à medida que as necessidades mudam.** Programas comunitários são eficazes quando evoluem com as mudanças das necessidades das comunidades a que atendem. Estudo realizado nas clínicas Profamilia na Colômbia demonstrou que, uma vez que os ACSs aumentavam o conhecimento da comunidade sobre métodos anticoncepcionais e ampliavam o seu uso (de 55% para 65% entre mulheres não casadas), os programas de marketing social de contraceptivos tornaram-se mais rentáveis que os programas de Agentes Comunitários de Saúde, porém

igualmente eficazes (Vernon et al., 1988). Da mesma forma, em Bangladesh, depois que um programa de oferta de planejamento familiar em domicílio obteve alto conhecimento e prevalência dos métodos contraceptivos (taxa de prevalência de métodos contraceptivos de 55%), o resultado exitoso foi mantido por meio de abordagem menos intensa e mais custo-efetiva de um entreposto centralizado (Routh et al., 2001). Contudo, algumas regiões de Bangladesh ainda necessitam da oferta de serviço em domicílio como forma de abordar normas culturais e sociais que continuam a inibir a liberdade de ir e vir das mulheres e que impedem o uso regular de métodos contraceptivos.

Tabela 2. Planejar, Implementar e Ampliar Programas ACS

Considerações sobre o programa	Fatores que contribuem para o sucesso	Fatores que contribuem para o fracasso	Considerações para ampliação
Abordagem geral	Compreender que os programas ACS são complexos e difíceis de manter.	Percepção errônea de que os programas ACS são simples e autossustentados.	Planejar expansão desde o início. Fazer plano sistemático para expansão com base na estratégia do país e no programa existente.
Oferta de serviços	Variedade de serviços e produtos que refletem as preferências das comunidades atendidas.	Preocupação com um único produto ou serviço resulta em falha no desenvolvimento de um sistema amplo de serviços.	Adaptar o pacote de serviços às necessidades da comunidade.
Envolvimento da comunidade e apoio político	Envolvimento da comunidade, em especial no estágio de planejamento estratégico. Seleção de ACSs orientada pela comunidade.	Falta de apoio político amplo. Responsabilidade por estimular e mobilizar as comunidades recai exclusivamente sobre os ACSs.	Manter o engajamento da comunidade e do sistema de saúde com liderança da equipe do distrito e do centro de saúde.
Sustentabilidade x compensação	Agentes pagos apresentam melhor desempenho do que voluntários. Esquemas baseados exclusivamente em voluntariado não funcionam bem. Se os agentes não são pagos, algum outro esquema motivacional se faz necessário, o trabalho de voluntários não remunerados deve ser realista.	Ênfase exagerada na sustentabilidade e amortização de custos, o que pode ser incompatível com o objetivo de alcançar comunidades pobres e distantes.	Sensibilizar os governos, doadores e a comunidade em prol de apoio. Fornecer informação relativa ao custo-benefício. Ao planejar o programa, considerar os custos de expansão, bem como de manutenção do programa na escala original.
Qualidade e barreiras sociais	ACSs treinados e com envolvimento em ações de comunicação social e de mudança comportamental	Falha em abordar barreiras sociais e de qualidade em relação ao uso de contraceptivos.	Melhorar continuamente a qualidade por meio da gestão organizacional ativa. Abordar barreiras do sistema de saúde e do contexto mais amplo.
Supervisão dos ACSs	Supervisão de apoio em vez de direcional.	Falta de conexão com o sistema maior de saúde.	Considerar inovações que suportem gerenciamento remoto de casos, tais como tecnologia celular.
Gestão de sistemas de informação	Gestão de sistemas de informação que satisfaça as necessidades de informação dos ACSs deve ser prioridade.	Quebra de estoque ameaça o apoio e a reputação dos ACSs.	Considerar sistemas de comunicação em saúde por SMS e baseados na internet, para que os dados sejam transformados em relatórios relevantes e úteis e compartilhados de maneira oportuna.
Referências e vínculos	ACSs vinculados a serviços nas instituições de saúde, com as quais mantêm relacionamento contínuo.	Sistema ACS visto como separado do sistema de saúde.	Garantir disponibilidade segura de produtos em nível nacional e uma cadeia de suprimentos que facilite a movimentação eficiente dos produtos para reabastecimento, bem como dados de e para todos os níveis do sistema.

Fonte: Adaptado de Chandani et al., 2014; Liu et al., 2011; Phillips et al. 1999; e WHO, 2007.

Ferramentas e Recursos

Conjunto de Ferramentas de Planejamento Familiar Comunitário é uma fonte de informação de lições aprendidas sobre os programas comunitários de planejamento familiar. Disponível em: www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp

Supply Chain Models and Considerations for Community-Based Distribution Program: A Program Manager's Guide (Modelo de Cadeia de Suprimentos e Considerações para os Programas de Distribuição Comunitária: Guia para Gestor de Programa), apresenta quatro modelos de cadeia de suprimentos para programas comunitários com orientações e lições aprendidas sobre as funções da cadeia de suprimentos que podem ser adaptados e aplicados a uma variedade de contextos. Disponível em: http://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=11132&lid=3

cStock, sistema de gestão de informação de logística baseado na internet, de acesso aberto, que é componente do RapidSMS e ajuda ACSs e centros de saúde a simplificarem e agilizarem relatórios e abastecimento de até 19 produtos de saúde, incluindo anticoncepcionais, administrado em nível comunitário e que melhora sensivelmente a comunicação e a coordenação entre os ACSs, os centros de saúde e os distritos. Leia mais em: <http://sc4ccm.jsi.com/emerging-lessons/cstock/>

Catálogo de Sistemas Comunitários de Saúde é uma ferramenta de referência sobre sistemas comunitários de saúde, baseada na internet, que inclui estrutura, gerenciamento, equipes e serviços de diversos países. Disponível em: <https://www.advancingpartners.org/resources/chsc>

Referências

Uma lista de referências completa usada na preparação deste resumo pode ser encontrada em: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/>

Para mais informações sobre PGIs, entre em contato com a equipe de PGIs via e-mail: fphip@k4health.org.

Formato sugerido para citação: Práticas de Saúde de Grande Impacto em Planejamento Familiar (PGIs). Agentes comunitários de saúde: levando serviços de planejamento familiar para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. Washington, DC: USAID; 2015. Disponível em: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/>

Agradecimentos: Este documento foi originalmente elaborado por Julie Solo e Shawn Malarcher. Atualizado por Clifton Kenon. Análise crítica e comentários úteis foram fornecidos por Hashina Begum, Jeanette Cachan, Brenda Doe, Ellen Eiseman, Bill Finger, Rachel Hampshire, Sarah Harbison, Susan Igras, Roy Jacobstein, Victoria Jennings, Eugene Kongnyuy, Kirsten Krueger, Rebecka Lundgren, Morrisa Malkin, Cat McKaig, Erin Mielke, Danielle Murphy, Nuriye Ortayli, Leslie Patykewich, Amy Ucello Matthew Phelps, Juncal Plazaola-Castano, Ruwaida Salem, Adriane Salinas, Valerie Scott, Jeff Spieler, Patricia Stephenson, e Tara Vecchione. Revisão atualizada por Moazzam Ali, Tariq Azim, Yasmin Chandani, Maureen Corbett, Liz Creel, Ellen Eiseman, Mary Eluned Gaffield, Victoria Graham, Lillian Gu, Roy Jacobstein, Niranjala Kanesathasan, Candace Lew, Constance Newman, Tanvi Pandit-Rajani, Shannon Pryor, Rushna Ravji, Suzanne Reier, Boniface Sebikali, James Shelton, Gail Snetro, John Stanback, Sara Stratton, e Mary Vandenbroucke.

Este resumo PGI foi aprovado por: Abt Associates, Care, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Palladium, PATH, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Save the Children, University Research Co., LLC, United Nations Population Fund, e a U.S. Agency for International Development.

A Organização Mundial da Saúde/Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa contribuíram para o desenvolvimento dos conteúdos técnicos dos resumos PGI, considerados sínteses da evidência e da experiência de campo. Espera-se que estes resumos sejam usados junto com as ferramentas e orientações de planejamento familiar da OMS: http://www.who.int/topics/family_planning/en/.

Tradução para o português pela PAHO. Revisores Livia Pimenta Bonifacio, Universidade de São Paulo e Rita Badiani, Pathfinder International