

# Compreendendo as barreiras da vacinação

Moçambique - Relatório de Concepção da Co-Criação e Avaliação Centrada no Ser Humano

Julho de 2022

MOMENTUM Imunização de Rotina Transformação e Equidade



# Índice

Acerca do Projecto da  
MOMENTUM - Imunização de  
Rotina, Transformação e  
Equidade

Objectivos do  
presente  
Relatório

**SECÇÃO 1**  
Contextualização da Fase de  
Co-criação e Avaliação

**SECÇÃO 2**  
Metodologia do Estudo de  
Campo

**SECÇÃO 3**  
Principais Constatações

**SECÇÃO 4**  
Soluções

**SECÇÃO 5**  
Passos Seguintes

**SECÇÃO 6**  
Benefícios Exclusivos da  
MOMENTUM - Imunização de  
Rotina, Transformação e Equidade  
Fase de Co-criação e Avaliação

**APÊNDICE**

- Lista Completa de Barreiras por Utente
- Métodos da Sessão de Co-criação

# Acerca do Projecto da MOMENTUM - Imunização de Rotina, Transformação e Equidade

A MOMENTUM Imunização de Rotina, Transformação e Equidade (o projecto) é um projecto apoiado pela USAID em prol de mundo em que todas as pessoas elegíveis à imunização, e especialmente as populações com serviços inadequados, marginalizadas e vulneráveis, são regularmente alcançadas pelos serviços de vacinação de alta qualidade para proteger os seus filhos e eles próprios contra doenças evitáveis através da vacinação.

Em Moçambique, o projecto trabalha com parceiros em Nampula e Zambézia para fortalecer o sistema de imunização de rotina e na concepção de soluções para alcançar crianças com zero dose e sub-imunizadas com vacinas que salvam vidas. O projecto também apoia a introdução de vacinas contra a COVID-19 no país.



# Objectivos do presente Relatório



## META:

Os leitores devem compreender por que razão o projecto recorreu à concepção centrado no ser humano (HCD) na nossa abordagem de co-criação e avaliação e como desenvolver as recomendações finais para moldar as intervenções em Moçambique.



## OBJECTIVOS:

- Descrever a metodologia utilizada e a respectiva justificativa.
- Disseminar os principais resultados de co-criação que emergem da avaliação de base.
- Identificar as causas da sub-imunização e como aplicar métodos de co-criação e HCD para a sua identificação e mitigação.
- Demonstrar o processo de aplicação do planeamento do trabalho que incorpore as principais constatações.



## PÚBLICO ALVO:

Esperamos que o nosso público alvo utilize a abordagem ascendente de avaliação do projecto como um modelo para co-criar prioridades com as partes interessadas no nível distrital, das unidades sanitárias e da comunidade relativamente às quais os processos de planeamento devem criar impacto. Na ausência desta capacidade, as conclusões deste relatório destinam-se a ajudar as partes interessadas a priorizar as actividades nos distritos de Nampula e Zambézia, que são abordadas neste relatório.

**Primário:** Decisores e implementadores de programas em Moçambique em matéria de imunização e em áreas complementares:

- O Ministério da Saúde a nível central, o Programa Alargado de Vacinação (PAV) e outros parceiros do programa de vacinação em Moçambique.
- Direcções Provinciais da Saúde, PAV e outros programas fora da vacinação, como a Participação Comunitária.
- Profissionais da saúde a nível distrital e pontos focais comunitários.

**Secundário:**

- Financiadores globais (Gavi, USAID); tomadores de decisão de outros países para além de Moçambique.
- Implementadores do Programa em outros países interessados em adoptar metodologias de HCD no seu trabalho.

# Contextualização da Fase de Co-criação e Avaliação

# CENTRO DE SAÚDE DE NANGOMA



Unidade Sanitária de Nangoma, Distrito de Molumbo

# Objectivos da Co-criação e Avaliação

A nossa abordagem de co-criação/avaliação não só se alinha com o objectivo geral do nosso projecto de identificar e superar os obstáculos entrincheirados, como também a concebemos para estar alinhada com o novo quadro IRMMA (identificar, alcançar, medir e monitorizar, advogar) da Gavi , para identificar e, em última análise, alcançar as crianças com zero dose e com sub-imunizadas.



## IDENTIFICAR:

- Factores ao nível do agregado familiar, comunitário e sanitário que determinam as causas subjacentes da não vacinação e do abandono da vacinação nos distritos seleccionados.
- Barreiras à vacinação (quer se trate de uma unidade sanitária ou de uma zona de concentração da brigada móvel) para famílias de crianças de 0 a 23 meses.
- As prioridades, motivações e oportunidades das partes interessadas para reduzir o número de crianças com zero dose e sub-imunizadas.
- Estratégias adoptadas pelos actores dos sistemas de saúde para mitigar os efeitos da COVID-19 nos níveis de vacinação.



## AS NOSSAS METAS PRINCIPAIS:

- Identificar e co-criar intervenções e estratégias para superar as barreiras individuais, comunitárias e ao nível do sistema de saúde.
- Fortalecer a capacidade do PAV para alcançar bebés não vacinados e sub-imunizados.
- Apoiar os processos de planificação tendo em conta as necessidades das famílias de acederem aos serviços de saúde e incluir recursos que não sejam da saúde.

# Abordagem de HCD

A HCD é uma abordagem colaborativa de resolução de problemas que contempla métodos criativos para uma compreensão profunda do comportamento humano para a geração de novas ideias e soluções directamente com o utente ou beneficiário visado.

Para **compreender as principais causas da não vacinação e do abandono, interagimos com as partes interessadas da comunidade e do sistema de saúde** por meio de:

- **Entrevistas aprofundadas** para compreender as principais causas das baixas taxas de vacinação.
- **Sessões de trabalho de co-criação** em locais onde as partes interessadas trabalham e vivem para resolver problemas identificados a partir dos dados das entrevistas aprofundadas. Foram organizadas sessões de trabalho em quatro distritos: dois na Zambézia e dois em Nampula.

As partes interessadas incluíram, mas não se limitaram a, funcionários distritais do PAV, enfermeiros das unidades sanitárias, vacinadores, trabalhadores de saúde comunitários (TSCs), líderes comunitários e religiosos, e tutores de crianças de dose zero e sub-imunizadas.

# Nossa motivação para uma abordagem de HCD e Co-Criação



## TEORIA DA MUDANÇA

O projecto da MOMENTUM Imunização de Rotina, Transformação e Equidade **tem como foco colocar as pessoas no centro**, ao mesmo tempo que se introduzem e testam intervenções direccionadas para promover sistemas e comunidades resilientes, colaborar com parceiros locais e melhorar a qualidade e o uso de dados.

**Como parte da nossa abordagem HCD, continuaremos a explorar soluções inovadoras através da co-criação directa com os principais intervenientes locais identificados como personalidades influentes nas suas comunidades durante a fase de avaliação.**



## TERMINOLOGIA DE CO-CRIAÇÃO NO PRESENTE RELATÓRIO

O presente relatório emprega o termo "co-criação" de duas formas. Em primeiro lugar, "fase de co-criação e avaliação" refere-se ao nosso trabalho de Julho e Agosto de 2021, quando interagimos com o sistema de saúde e as partes interessadas da comunidade para identificar as prioridades de projecto para as actividades para além do 1º ano.

Em segundo lugar, utilizamos o termo "co-criação" de uma forma mais geral com relação à forma como o projecto colabora com as partes interessadas mais próximas dos problemas que nos propomos resolver. Consulte a secção *Passos Seguintes*.

# Metodologia do Estudo de Campo

# Roteiro da Metodologia do Estudo de Campo

O projecto utilizou uma abordagem ascendente no seu processo de avaliação, que é explicado no presente relatório. Através da utilização desta abordagem ascendente, denominada *Fase de Co-criação e Avaliação*, antes de serem definidas quaisquer prioridades ou tomadas decisões nacionais ou provinciais, primeiro interagimos com as partes interessadas do nível distrital, das unidades sanitárias e da comunidade para compreender melhor os desafios que enfrentaram no seu trabalho e que afectaram a sua capacidade de prestar ou receber serviços de vacinação. Esta secção é dedicada à abordagem ascendente do projecto que serviu de base para o nosso processo subsequente de aprovação da planificação do trabalho junto das partes interessadas do PAV a nível nacional e provincial:

1. Análise de dados e documentos dos relatórios existentes partindo de fontes de dados quantitativos e qualitativos.
2. Critérios de selecção do local baseados em dados resultante da análise de dados e da avaliação documental.
3. Processo de recolha de dados: Entrevistas aprofundadas, dados quantitativos de base e gestão e fluxo de dados.
4. Métodos/ferramentas das sessões de co-criação: como traduzimos os dados das entrevistas aprofundadas para envolver as partes interessadas na formulação de soluções para as barreiras à imunização que fossem relevantes para o respectivo local.

**A colecta de dados e as sessões de co-criação ao nível provincial e nos seis distritos ocorreram simultaneamente nas províncias de Zambézia e Nampula entre 19 de Julho e 13 de Agosto de 2021.**

NOTA: Consulte o Apêndice para obter informações sobre a nossa equipa de co-criação



Sessão de co-criação no Distrito do Ile

# Dados e Estudos sobre HCD que Sustentaram o Nosso Trabalho

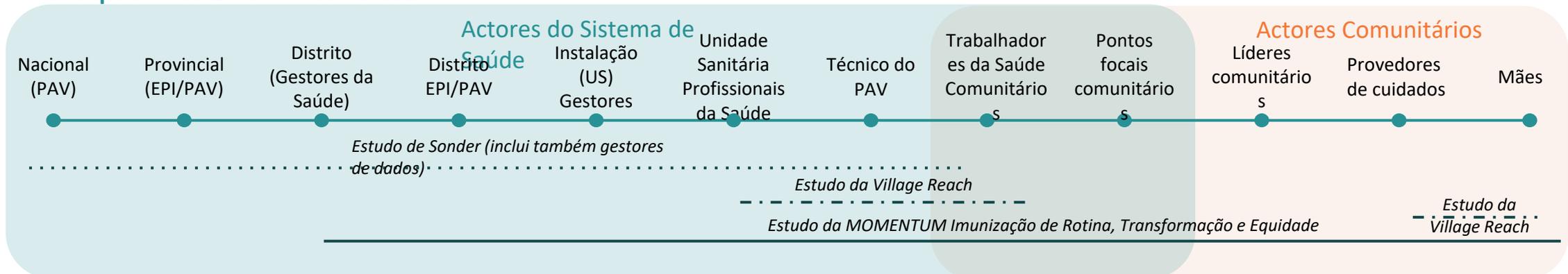
A avaliação foi baseada em:

- Relatórios do Ministério da Saúde, incluindo [os relatórios mais recentes do PAV \(Janeiro de 2019\)](#) e [inquéritos de cobertura pós-campanha \(PCCS, Março de 2019\)](#) para documentar e analisar os resultados da cobertura vacinal após as campanhas.
- [Relatório Completo de Avaliação do País da Gavi, 2017-2018](#).
- [Sucessos e desafios para alcançar todos os distritos/comunidades de implementação \(RED/REC\) em Moçambique \(Abril de 2021\)](#).
- [Fortalecimento da Experiência do Serviço para a Melhoria do Estudo da Demanda de Imunização \(Julho de 2020\)](#).

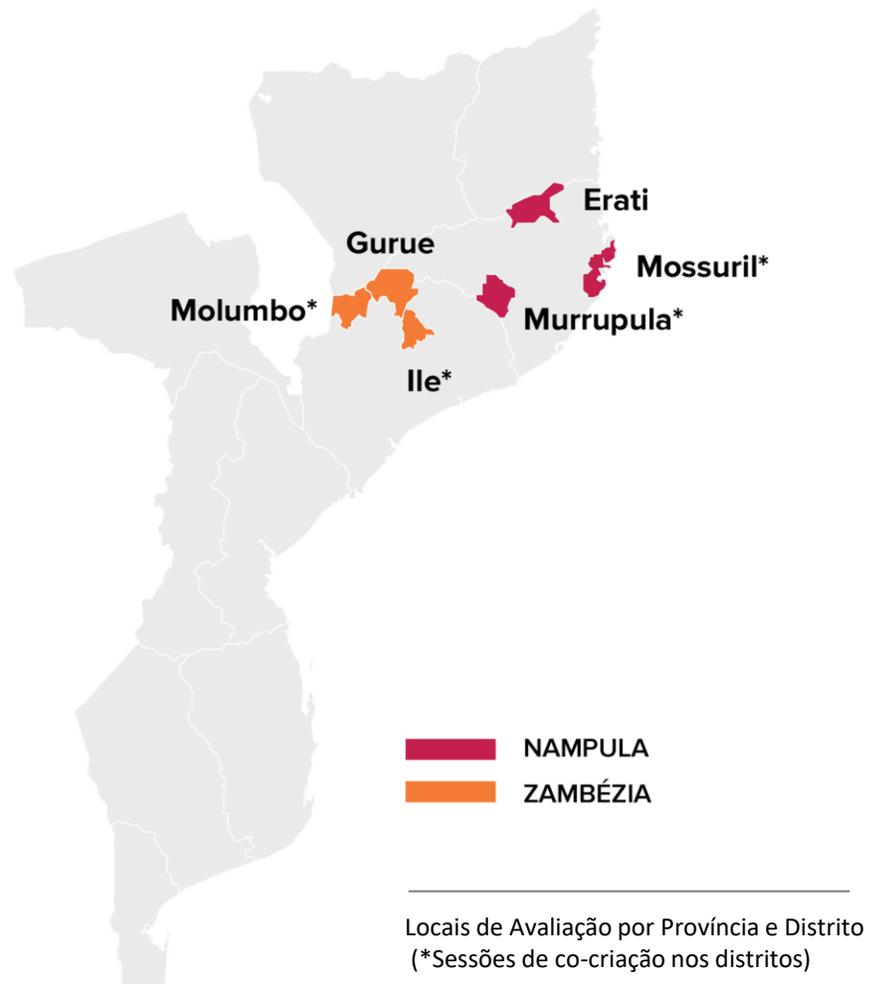
Os seguintes estudos focados na HCD, incluindo o nosso estudo, centraram-se nas motivações, pontos problemáticos e comportamentos de actores individuais para compreender as barreiras e as soluções para a imunização na sua perspectiva.

- Estudo sobre a HCD da [Vx Data Insights](#), de Janeiro de 2021 v. 3 (Sonder) sobre a qualidade, gestão e utilização de dados, incluindo protocolos e outras ferramentas.
- Os determinantes do abandono da imunização da ONG Village Reach relativamente a crianças com menos de 2 anos na província da Zambézia, Moçambique (Vacina Bate Papo) para examinar os determinantes e as potenciais soluções para o abandono da imunização no seio das crianças com menos de dois anos na Zambézia. Província.

## Participantes do Estudo sobre a HCD



# Critérios de Selecção do Local



A equipa seleccionou três distritos por província do projecto (Nampula e Zambézia), totalizando seis, para a avaliação:

- Ile e Murrupula proporcionaram amostras no recente inquérito do PAV, que avaliou a cobertura vacinal em distritos e comunidades específicas de crianças com idades entre 12 a 23 meses, e foram identificados factores relacionados com a adesão ao calendário de vacinação.
- A equipa seleccionou os restantes distritos com base na alta proporção de crianças de zero dose nos últimos dois anos.

# Participantes na Fase de Avaliação e Co-criação

## PARTICIPANTES DA COMUNIDADE

GRUPO DO NÍVEL COMUNITÁRIO	Zambézia	Nampula	Total
Mãe de bebé de zero dose	5	4	9
Mãe de bebé sub-imunizado	3	8	11
Líder administrativo	0	3	3
Líder religioso	1	4	5
TSC/activista/comité de saúde	4	4	8
Parteira Tradicional	1	0	1
Líder do grupo feminino	1	1	2
Líder tradicional	3	3	6
<b>Total - Todos os Participantes da Comunidade</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>45</b>

**Total de Participantes = 72**  
(Zambézia = 33; Nampula = 39)

## PARTICIPANTES DO SISTEMA DE SAÚDE

GRUPO AO NÍVEL DAS UNIDADES SANITÁRIAS	Zambézia	Nampula	Total
Director Clínico/Médico-Chefe	3	2	5
Vacinador/enfermeiro/responsável pela participação comunitária	3	1	4
Responsável pela Nutrição	0	1	1
GRUPO DO NÍVEL DISTRITAL	Zambézia	Nampula	Total
Gestor do PAV	2	2	4
Responsável pela participação comunitária	3	3	6
Responsável de Monitorização e Avaliação	1	0	1
GRUPO DO NÍVEL PROVINCIAL	Zambézia	Nampula	Total
Responsável pela Logística	1	1	2
Gestor do PAV	1	1	2
Responsável pela participação comunitária	1	1	2
<b>Total - Todos os Participantes do Sistema de Saúde</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>27</b>

# Critérios de Selecção de Amostras

- **Os serviços e as direcções provinciais de saúde apoiaram a selecção** de participantes que representavam os principais subsectores do PAV em cada província. A equipa seleccionou as unidades sanitárias com:
  - menor cobertura de imunização
  - equilíbrio entre as mais distantes e as menos distantes em relação à área central do posto administrativo.
- **Nas unidades sanitárias, a equipa utilizou a amostragem de conveniência** para seleccionar o pessoal de vacinação e os gestores das unidades sanitárias que estavam disponíveis na altura das entrevistas, de modo a não interromper o atendimento rotineiro dos doentes.
- **A equipa da unidade sanitária e os TSC apoiaram a equipa de avaliação na selecção das comunidades** com altas proporções de crianças com dose zero e sub-imunizadas.
- **As autoridades tradicionais** ajudaram a identificar, através da amostragem de bola de neve, as partes interessadas da comunidade a serem entrevistadas.



# Processo de Recolha de Dados e das Sessões de Co-Criação

## Entrevistas aprofundadas, inquéritos quantitativos, mapeamento

- ▶ Entrevistas aprofundadas **ao nível provincial**
- ▶ Entrevistas aprofundadas **ao nível distrital**
- ▶ Entrevistas aprofundadas **às unidades sanitárias**
- ▶ Mapeamento comunitário e entrevistas aprofundadas com **líderes, mães de bebés de dose zero/sub-imunizados**

**Sessões de co-criação ao nível distrital** com partes interessadas dos distritos, unidades sanitárias e da comunidade.

**Quatro sessões de trabalho distritais no total**

**Sessões de co-criação provinciais** com as partes interessadas provinciais, distritais e da sociedade civil.

**Dois sessões provinciais no total**

A recolha de dados ocorreu simultaneamente nas províncias da Zambézia e Nampula entre 19 de Julho e 13 de Agosto de 2021. No total, três sessões de co-criação tiveram lugar em cada província: duas sessões de co-criação ao nível distrital e uma sessão ao nível provincial.

Usamos um questionário estruturado destinado aos gestores e decisores a nível provincial, distrital e das unidades sanitárias. para reflectir a componente quantitativa. O questionário também incluiu uma secção para copiar eventuais indicadores de desempenho dos cuidados de saúde existentes. Além disso, desenvolvemos um guia de tópicos para as entrevistas aprofundadas para recolher dados qualitativos com vista a compreender as causas principais e subjacentes das doses zero ou da sub-vacinação a vários níveis.

# Ferramentas e Fluxo de Gestão de Dados



## 1. Notas das entrevistas

Notas manuscritas, gravações de áudio e fotografias

## 2. Resumos diários das entrevistas

Temas emergentes captados em cada entrevista

## 3. Relatórios de síntese distritais

Temas sintetizados por distrito

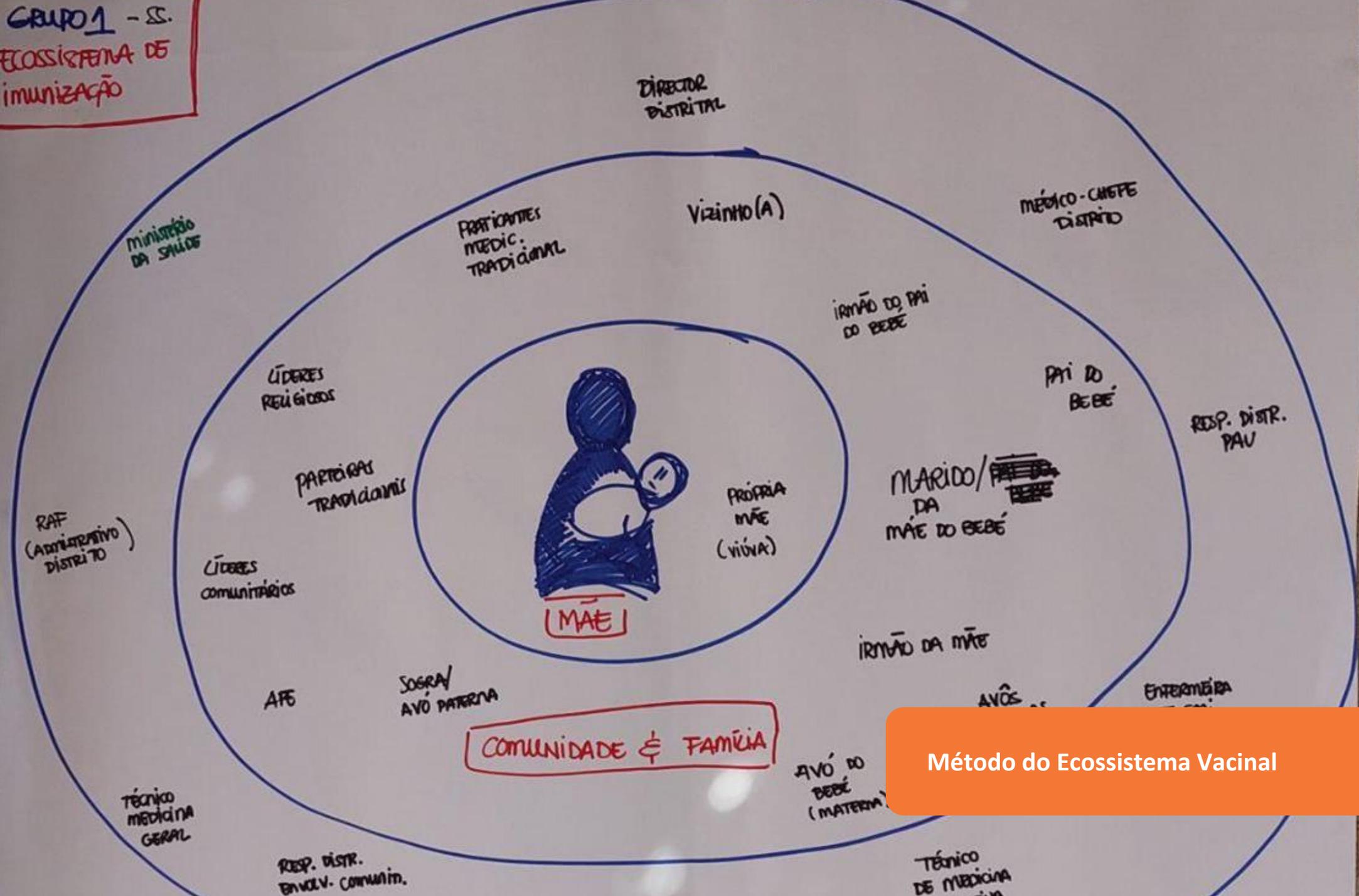
## 4. Resumos de soluções

Organizados dados dos relatórios distritais de dados resumidos sobre as personagens e os problemas a resolver

**Entrevistas aprofundadas >>>>> Síntese >>>>>> Formulação da solução**

Os **resumos das soluções** são a ponte entre os dados recolhidos durante as entrevistas (por exemplo, as causas principais da não vacinação) e a forma como formulamos soluções com os principais sistemas de saúde e com as partes interessadas da comunidade nas sessões de co-criação distritais e provinciais. No total, cada distrito levou aproximadamente 2 semanas desde o início, passando pelas entrevistas, até as sessões de co-criação. Havia duas equipas a trabalhar simultaneamente nas províncias de Nampula e da Zambézia.

**GRUPO 1 - SS.**  
**ECOSSISTEMA DE**  
**IMUNIZAÇÃO**



Método do Ecosistema Vacinal

# Co-criação com as Partes Interessadas dos Distritos e das Comunidades

As nossas sessões de co-criação do nível distrital incluíram partes interessadas do sistema de saúde e da comunidade, incluindo mães de crianças sub-imunizadas e de dose zero. Cada sessão contou com dois grupos de partes interessadas que concluíram os dois métodos de HCD abaixo. Um desafio relacionado com o combate às barreiras à imunização é a perspectiva generalizada, tanto ao nível do sistema de saúde assim como no seio dos actores comunitários, a todos os níveis, de que a negligência das mães é o problema que leva as crianças a não serem vacinadas.

Os dados das entrevistas mostraram que as mães tencionavam vacinar os seus filhos, mas enfrentavam muitos desafios fora do seu controlo. Os métodos de HCD utilizados (na próxima página) foram o *Ecosistema de Vacinação das Mães* e a *Actividade de Co-Criação de Soluções*. O método do Ecosistema de Vacinação das Mães ajudou os participantes das sessões de trabalho a "calçarem os sapatos das mães" e a compreenderem como as pessoas da sua vida influenciam positiva e negativamente a sua possibilidade de vacinar os seus filhos. Depois de os participantes sentirem empatia pelas experiências vividas pelas mães, convidamo-los a formularem soluções tendo em conta essa realidade.



**Aprendizagem-chave:** Nas sessões de trabalho, ficamos a saber que os membros da comunidade preferiam estar sem a presença dos actores do sistema de saúde para que pudessem falar com franqueza sobre suas experiências de interacção com o sistema de saúde e evitar retaliações por causa de comentários negativos.

# Métodos de HCD nas Sessões de Co-criação

## Method 1: Vaccination Ecosystem Tool

Complete the tables below ...

Health Facility Manager	
Obstacles	Enablers
1.	
2.	
3.	

Registered Nurse	
Obstacles	Enablers
1. He does not have a vaccination record to fill out.	He updates the vaccination card.
2. He yells at her because she missed her last visit.	He treats her well during his visits.
3.	

Mother-in-law	
Obstacles	Enablers
1. She does not help with the other children when she has to go to the health center.	She takes care of the other children during her absence.
2.	
3.	

Religious Leader	
Obstacles	Enablers
1. He spreads negative rumors about vaccinations	He encourages mothers to get vaccinated at church
2.	
3.	

6

**O quê:** Ecosistema de Vacinação das Mães\*

**Meta:** Os resultados das nossas entrevistas mostram que **as mães querem que os seus filhos sejam vacinados**, e a responsabilidade da vacinação é muitas vezes colocada apenas sobre elas. Este método coloca no centro a perspectiva das mães para ajudar os participantes das sessões de trabalho a compreender como os vários intervenientes podem melhorar as taxas de imunização na sua comunidade ou no seu distrito, ajudando a remover as barreiras que as mães enfrentam.

\* Consulte o apêndice para obter mais informações

## Method 2: Solutions Activity at Co-Creation Workshop

### Solutions Brief Example

**User Profile //**  
**Mother of a partially vaccinated child**

- A mother of an 18-month old want to fully vaccinate their baby
- The family has 2 older children who are fully vaccinated
- The family is Muslim and while the father has an administrative position, they do lack money for transport.
- Family lives in Namilasse 35 km from Chinga health center
- The mother delivered all her children in a health center, she trusts the health facility and staff
- When her 18-month was born, the facility had no cards available.
- The baby received his BCG and polio vaccine only.

**Assumptions // What we think we know about root causes related to this problem/opportunity space**

- Long distances from the community to the health center
- Because caregivers do not have a vaccination card, they are reluctant to seek vaccination services due to the insults the mother received from nurse during the mother's first visit with newborn without a card.

**Problem Statements // Opportunities to expand:**

- When mother was able to get to health center she was not provided vaccines because she did not have vaccination card.
- Mother did not have money for a card.
- Mother was insulted by nurse for having baby outside of the health center, but she had no way to get to health center as it was 35 km away.

### Solutions Framing as an obstacle to address or enabler to expand

*How might we reduce the burden of mothers who want to vaccinate their children but do not have a health card?*

45

**O quê:** Actividade de Co-Criação de Soluções\*

**Meta:** Este método é uma abordagem prática para a formulação de soluções para as barreiras da vacinação, ao concentrar os problemas num usuário específico. Ao analisar o problema do ponto de vista do usuário, podemos obter soluções apropriadas.

# Sessão de Co-criação: Actividade da Solução

Aqui são apresentadas as componentes da Actividade da Solução que os participantes desenvolveram nas Sessões de Co-Criação. Os participantes receberam um resumo da solução (A) e uma declaração do problema (B) e, em seguida, nos respectivos grupos de trabalho, formularam uma solução por meio de perguntas guiadas (C).



## A. CONTEÚDO DO RESUMO DAS SOLUÇÕES

### 1. Apresentado o personagem do usuário

Um personagem é uma representação fictícia de um indivíduo baseada em padrões e constatações sintetizadas decorrentes das nossas entrevistas aprofundadas.

### 2. Descritas as suposições sobre o que pensamos que sabemos sobre as causas principais de um problema

Os facilitadores das sessões de trabalho apresentam o que foi dito durante as entrevistas sobre as causas principais do problema.

### 3. Declaração do problema ou oportunidades por aproveitar

Usando os resultados sintetizados das nossas entrevistas aprofundadas, foram formuladas declarações dos problemas ou das oportunidades para personagens específicas de usuários.



## B. ENQUADRAMENTO DA SOLUÇÃO

Os grupos de trabalho (um com foco no sistema de saúde e outro na comunidade) receberam um resumo da solução para um tipo específico de pessoa, como um TSC ou mãe de um bebê de 14 meses de dose zero, e uma solução baseada na troca de ideias como grupo.

**Selecionamos um problema mencionado nas nossas entrevistas aprofundadas e reformulamo-lo como uma pergunta a ser resolvida/respondida.** Por exemplo: como podemos reduzir o fardo das mães que querem vacinar os seus filhos, mas não têm cartão de saúde?



## C. QUESTÕES SOBRE A FORMULAÇÃO DA SOLUÇÃO

**1.ª Sessão:** Geração de 10 ideias para responder à pergunta "Como podemos nós...?"

**2.ª Sessão:** Escolha duas ideias da vossa lista de 10.

**3.ª Sessão:** Adicione detalhes aos conceitos da ideia: quem, o quê, quando, onde, por quê, como.

**4.ª Sessão:** Coloque ideias de soluções em prática: Que acções podem ser levadas a cabo este mês?

Consulte o Apêndice para encontrar perguntas completas e exemplos.

# Principais Constatações

# Personagens para Empatia



## POR QUÊ USAR UM PERSONAGEM?

---

**Os Personagens criam empatia**, representando as experiências dos indivíduos com base na sua perspectiva. Além de criar empatia, usamos personagens na HCD para descrever um problema por resolver.

Os dois personagens mencionados a seguir (Anifa e Armando) nas principais constatações são exemplos de como agregamos informações que obtemos sobre os desafios da imunização enfrentados pelas mães e pelos TSCs na Zambézia e em Nampula.

# Personagem de Mãe: *Anifa*

## Percurso do Utente



### PERFIL:

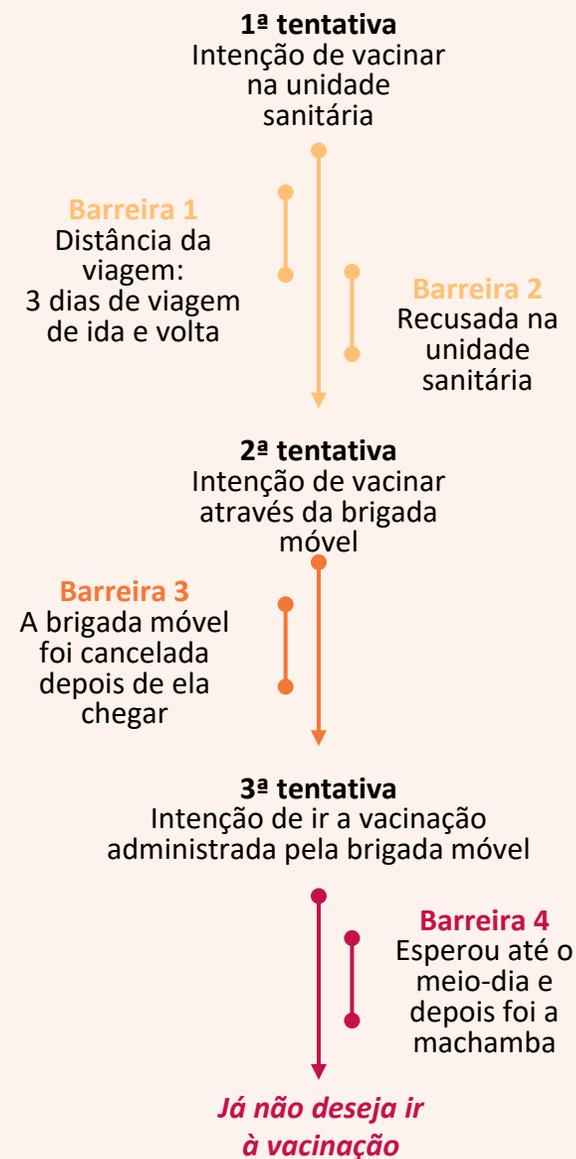
- 34 anos de idade.
- 6 filhos; o último nascido em casa.
- **Depende da agricultura para a subsistência.**
- **O marido também é agricultor.**

### CONTEXTUALIZAÇÃO:

- **Anifa quer vacinar o seu bebé, mas prefere espaçar a vacinação porque muitas vacinas de uma só vez fazem com que o seu bebé adoça.**
- **Anifa prefere a vacinação na unidade sanitária.**
- Devido à distância para a unidade sanitária, ela tem de dormir na casa de sua irmã, que fica a meio caminho, tanto na ida como no regresso, para encurtar a viagem.

### DESAFIOS PARA A ANIFA VACINAR O SEU BEBÉ:

- Quando chegou à unidade sanitária, o técnico de saúde disse-lhe para se ir embora porque as crianças nascidas em casa só eram vacinadas às segundas-feiras.
- No dia da brigada móvel na sua zona ela foi para o local, mas os técnicos de saúde cancelaram sem aviso prévio.
- Duas semanas mais tarde uma outra brigada móvel estava programada para a sua comunidade. Ela chegou cedo, esperou até o meio-dia, e saiu porque tinha de ir colher produtos na sua machamba. A brigada móvel chegou à tarde.
- Na igreja, disseram a Anifa para orar porque as orações eram mais fortes que as vacinas.
- Ela encontrou-se com um líder local que lhe disse que se vacinasse o seu bebé, a criança seria infectada pela COVID-19 e morreria.



# Personagem do Trabalhador Comunitário da Saúde:

## Armando

### Percurso do Utilizador



#### PERFIL:

- 33 anos de idade.
- **Não se sente confortável em responder a perguntas relacionadas com a imunização.**
- Formado como TCS em 2014.
- Reside na sua comunidade há mais de 14 anos.
- Gosta de contribuir para a saúde da sua comunidade.

#### CONTEXTUALIZAÇÃO:

- Os TCS em Moçambique só são utilizados para mobilização e sensibilização.
- Armando recebeu um telefone, mas sem dinheiro para dados /Crédito/serviço de mensagens, era difícil ele comunicar-se.
- Os dados nas unidades sanitárias, muitas vezes, são imprecisos.
- **Os líderes cívicos estão insatisfeitos com a diferença nos incentivos entre eles e os TSCs.**

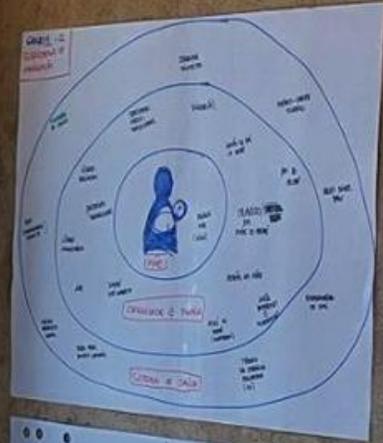
#### DESAFIOS DO TRABALHO DE ARMANDO:

- Fraco envolvimento e apoio dos líderes comunitários.
- Falta de transporte.
- **Dificuldades de gerir as expectativas de alguns líderes comunitários que não colaboram na mobilização porque consideram que essas tarefas são apenas dos TSCs.**
- Os pagamentos do distrito muitas vezes chegam atrasados.
- Forçado a fazer ajustes de última hora porque, por exemplo, as brigadas móveis não o informam dos seus horários.



Sessão de co-criação no Distrito do Ile

QUESTÃO? (PROBLEMA)	BAZELGAS	FACULTA
MÃO DE BEBÊ	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando não tem informação / conhecimento sobre a situação</li><li>Quando não sabe o que fazer a fazer</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li></ul>
PROBLEMA DE SAÚDE DO BEBÊ / CRIANÇA (p. ex. febre)	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li></ul>



QUESTÃO?	ESPECIAL	FACULTADES
PROBLEMA DE SAÚDE DO BEBÊ / CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li><li>Quando não sabe a origem a origem</li></ul>



O meu bebé não apanhou a segunda dose. Quando eu estava a preparar-me para levá-lo para a vacinação no hospital, disseram-me que a brigada estava a vir para aqui. Foi por isso que não fui ao hospital. **E depois disseram-me que a brigada já não vinha.**"

*Mãe de uma criança sub-vacinada, Distrito de Ile, Zambézia*

# Principais Barreiras: **Mães**

Esta e as tabelas a seguir representam as perspectivas dos utentes. É importante considerar a experiência vivida das barreiras à imunização na perspectiva e voz das pessoas que vivenciam as barreiras, e considera-las na formulação de soluções.\*

## Mães de crianças de dose zero e sub-imunizadas



**Falta de observância do horário da brigada móvel:** Os dados das seis unidades sanitárias envolvidas na avaliação indicam que menos da metade das sessões planeadas das brigadas móveis foram levadas a cabo.

**Medo dos resultados adversos de vacinas múltiplas:** Entre as razões para a hesitação da vacinação estava o medo dos efeitos colaterais. O desconforto de receber várias vacinas simultaneamente desencorajou as mães de vacinarem os seus filhos, conforme previsto. Algumas pessoas fazem a sua própria programação para minimizar a dor de vacinas múltiplas.

**Conhecimento e desinformação sobre vacinas:** As mães, de um modo geral, estavam cientes de que as vacinas ajudam a manter as crianças saudáveis, mas muitas tiveram o equívoco de que as vacinas são equivalentes a medicamentos, servindo tanto para evitar assim como para curar doenças (diarreia, sarampo e malária foram as doenças mencionadas com mais frequência).

**Ter de cuidar de outras crianças e realizar outras tarefas domésticas:** As mães têm dificuldades de encontrar apoio para as tarefas domésticas e não têm controlo sobre o papel que lhes foi culturalmente prescrito como os cuidados domiciliários e donas de casa. As responsabilidades domésticas são priorizadas em relação à vacinação das crianças.

**Experiências negativas nas unidades sanitárias e percepção de requisitos para o uso dos serviços de saúde:** Algumas pessoas provedoras de cuidados tinham experiências desagradáveis (muitas vezes indignas) o que as tornava relutantes em voltar. Além disso, sem o cartão de vacinação da criança, as mães que deram a luz em casa sentem a falta de um ponto de entrada para os cuidados de saúde infantil.

\* Este é um subconjunto das barreiras descobertas. Consulte o anexo para obter a lista completa.



Algumas pessoas na comunidade, mesmo quando informadas sobre as campanhas e sobre a importância da vacinação, não participam, porque têm medo de morrer, porque não estão habituadas a ir para a uma unidade sanitária. **Agora, por causa da COVID-19 e da desinformação que indica que as vacinas que as brigadas móveis trazem contêm o vírus**, os pais têm receio de vacinar os seus filhos. Não sabemos o que fazer."

*Líder feminina da igreja, Distrito de Molumbo, Zambézia*

# Principais Barreiras: Líderes comunitários e TSCs

## Líderes comunitários e TSCs\*



**Conhecimento sobre vacinas:** Os líderes tinham um grande apreço pelas vacinas, mas muito pouco conhecimento sobre as vacinas administradas, o seu propósito ou como o PAV funcionava, incluindo o calendário de vacinação. Esta falta de conhecimento diminuiu a sua capacidade de dissipar as dúvidas dos membros da comunidade e corrigir a desinformação.

**Relações políticas entre líderes:** Os líderes comunitários, especialmente as autoridades tradicionais, revelaram a existência de tensões com outros líderes por causa das suas diferentes ideologias políticas. Isso afecta o fluxo de informação, particularmente quando se trata de transmitir informações a diferentes segmentos da comunidade sobre as brigadas móveis.

**Credibilidade dos provedores de cuidados de saúde comunitários:** Em algumas comunidades, os trabalhadores da saúde comunitária não gozam de credibilidade, por um lado, porque são incapazes de chegar a comunidades inteiras, deixando algumas famílias sem saber da sua existência e, por outro lado, porque não conseguem resolver os seus problemas (devido à falta de medicamentos nos seus kits).

**Mecanismos de referência entre a comunidade e a unidade sanitária:** Alguns líderes estão familiarizados com o procedimento de referência de bebés nascidos de partos não institucionais, mas muitos dos seus pares não sabem sobre esse processo.

**Interrupção da mobilização devido a COVID-19:** Os líderes informaram que sempre conduziram as suas actividades de mobilização através da convocação de reuniões comunitárias. Com a pandemia da COVID-19, eles mudaram a sua estratégia para visitas porta-a-porta, que são exigentes e ineficientes para alcançar grandes segmentos da população num curto espaço de tempo.

\* Este é um subconjunto das barreiras descobertas. Consulte o anexo para obter a lista completa.



O envolvimento de alguns líderes é reduzido porque não recebem subsídios para mobilizar a população para a vacinação. Afirmam que essa é função [dos TSCs] e dos activistas. Este problema surgiu porque houve uma campanha de distribuição de redes mosquiteiras e um projecto de nutrição em que os líderes estiveram envolvidos e receberam um subsídio. Quando o projecto terminou, **solicitei ajuda para a mobilização para a vacinação e eles distanciaram-se da actividade**, alegando que essa era minha tarefa e não sua porque sabem que eu recebo dinheiro [do sector] da saúde."

*TSC, Distrito de Murrupula, Nampula*

# Principais Barreiras: **Provedores de Cuidados de Saúde**

## Provedores de Cuidados de Saúde\*



**Procura de cuidados durante a COVID-19:** A pandemia da COVID-19 trouxe novos desafios para a administração de vacinas. Os participantes a todos os níveis (provincial, distrital, unidades sanitárias e comunidades) levantaram este problema. De acordo com os gestores provinciais, os rumores sobre a COVID-19 reduziram a procura de cuidados, o que diminuiu a cobertura vacinal. A pandemia também interrompeu as formações trimestrais indefinidamente.

**Liderança:** Regista-se uma rotação elevada do pessoal de saúde, o que faz com que muitos gestores do PAV e provedores de cuidados de saúde sejam novos no sistema ou unidade sanitária. Poucos tinham formação específica sobre as suas funções e responsabilidades enquanto gestores, por isso não estavam familiarizados com a maioria dos processos e respectivas ferramentas (especialmente de monitorização e elaboração de relatórios) e não possuíam competências de liderança. Um resultado imediato desta situação é a falta de clareza em algumas unidades sanitárias sobre a quantificação e previsão do stock de vacinas necessário, o que, por sua vez, contribui para a rutura de stock.

**Parcerias:** Os entrevistados do nível provincial relataram esforços para se aproximarem de colegas de vários níveis, por exemplo, através da criação de grupos de Whatsapp para discutir desafios e soluções. No entanto, esses grupos incluem apenas o pessoal do PAV do nível provincial e distrital, e não os homólogos das unidades sanitárias ou os parceiros de implementação a qualquer nível. Os provedores de cuidados de saúde também aludiram aos transtornos causados pelos trabalhadores da saúde que abandonaram o programa devido à falta de incentivos.

**Recursos Humanos:** Os provedores de cuidados de saúde apontaram vários desafios relacionados com os recursos humanos. A maioria das unidades sanitárias pesquisadas tinha apenas um ou dois profissionais da saúde e, em certos casos, nenhum profissional específico para imunização. A falta de pessoal dedicado à vacinação era um forte factor limitante em ambas as províncias, resultando em altas cargas de trabalho para os poucos funcionários existentes (particularmente enfermeiros).

**Rutura de Stock:** Os participantes mencionaram a rutura de stock de vacinas e consumíveis como um desafio importante nas duas províncias.

\* Este é um subconjunto das barreiras descobertas. Consulte o anexo para obter a lista completa.

**Soluções**

# Barreiras Discutidas durante as Sessões de Co-Criação Distritais

O projecto reformulou as barreiras referidas nos slides anteriores em perguntas nas sessões de co-criação que os participantes (distrito, unidade sanitária e partes interessadas da comunidade, incluindo as mães) foram orientados a responder e encontrar soluções adequadas. Eis algumas das perguntas.

Utente	Perguntas
Mãe/ Provedor de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como tranquilizar as mães com partos não institucionais sobre os seus direitos de receber cuidados de saúde pós-parto (incluindo para os seus bebés)?</li><li>• Como melhorar o entendimento das mães/provedores de cuidados de que as vacinas são para prevenção e não concorrem para o tratamento?</li><li>• Como podemos consciencializar as mães/cuidadores sobre o TSC?</li></ul>
Vacinadores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como é que os vacinadores podem ser formados em matéria de administração e gestão?</li><li>• Como podemos impedir que se desperdicem as oportunidades de vacinar as crianças nas unidades sanitárias e através das brigadas móveis?</li><li>• Como podemos assegurar o envolvimento activo dos comités de saúde na mobilização da população para a vacinação das crianças?</li></ul>
Líderes Comunitários	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como podemos fortalecer a relação entre os profissionais do sistema de saúde e os líderes comunitários para comunicar e disseminar informações correctas sobre a importância da vacinação e aumentar a consciencialização da comunidade?</li></ul>
TSC	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como podemos aumentar a credibilidade dos TSCs para a divulgação de informações com vista a estimular a adesão ao calendário da vacinação ?</li><li>• Como podemos garantir que os membros da comunidade estejam cientes do verdadeiro papel dos TSCs e evitar mal-entendidos sobre o seu papel?</li></ul>

# Principais Actores a Incluir na Busca de Soluções (De acordo com os participantes das sessões de trabalho)

## Como actores específicos podem remover as barreiras à vacinação

A tabela a seguir apresenta sugestões concretas sobre como actores específicos podem apoiar a vacinação de crianças na sua comunidade e distrito.

Outros provedores de cuidados	Líderes comunitários	Trabalhadores da Saúde Comunitários	Técnicos do PAV	Profissionais de saúde das unidades sanitárias (PS)	PAV Distrital
<p>Pai do bebé motiva a mãe a aderir à vacinação</p> <p>O irmão da mãe pode ajudar a identificar um motorista de táxi para acompanhar a mãe e a criança à unidade sanitária</p>	<p>Disseminar conteúdo correcto sobre a vacinação para os actores cívicos e religiosos</p> <p>Receber formação básica sobre vacinação na unidade sanitária</p>	<p>Comunicar a chegada de uma brigada móvel com pelo menos 4 dias de antecedência</p> <p>Criar um sistema de referência utilizando redes de amigos/grupos de mães</p>	<p>Providenciar uma boa comunicação com as mães sobre a importância da vacina (calendário e efeitos colaterais)</p> <p>Organizar reuniões periódicas com líderes mais influentes para encorajar a comunidade a aderir ao calendário da imunização</p>	<p>Prestar serviços às mães com empatia e solidariedade</p> <p>Sensibilizar os enfermeiros para cuidarem dos pacientes, tendo em mente que somos todos seres humanos</p>	<p>Providenciar transporte/combustível para que os técnicos possam cumprir com a programação das brigadas móveis</p>

Através deste exercício, os participantes das sessões de trabalho começaram a compreender que as mães precisam de apoio para vacinar as crianças. Desde uma experiência positiva com os serviços de saúde à minimização do tempo que passam sem realizar actividades de geração de rendimentos e sem cumprir outras obrigações familiares, este exercício ajudou a identificar os actores que podem apoiar a vida de uma mãe e realçou aqueles que devem de ser elevados a actores primários.

# Resumo de todas as soluções das sessões de co-criação

Concebido por	Solução	Actores-chave envolvidos				
		Distrito	Unidade Sanitária	TSCs, brigadas móveis	Líderes comunitários	Comunidade e famílias
Grupo de Trabalho dos Actores Comunitários	<b>Capacitar:</b> Proporcionar aos TSCs conhecimento, suprimentos e habilidades	X	X	X		
	<b>Transporte:</b> Mobilizar os recursos comunitários para o transporte das mães para a unidade sanitária para atender às necessidades de saúde emergentes, incluindo a vacinação			X	X	X
	<b>Famílias que apoiam as mães:</b> Envolver os membros masculinos da família (pais, tios, avôs) na provisão de meios de transporte; envolver os membros femininos da família (avós, vizinhas, tias) para ajudar na realização dos deveres domésticos quando a mãe estiver na unidade sanitária				X	X
Ambos os grupos	<b>Organizar brigadas móveis:</b> É necessário programar brigadas móveis, integradas e escaladas de acordo com as necessidades de vacinação	X	X	X	X	
	<b>Fortalecer as relações entre o sistema de saúde e as comunidades:</b> Melhorar o envolvimento dos líderes comunitários (por exemplo, comunicações, sensibilização, advocacia, identificação de partos domiciliários)		X	X	X	X
	<b>Melhorar a experiência dos cuidados de saúde das mães:</b> Através da disponibilidade de vacinas e do tratamento condigno por parte dos técnicos do PAV, os Profissionais de Saúde devem motivar as mães com mensagens positivas	X	X	X		
Grupo de trabalho dos actores do sistema de saúde	<b>Transporte:</b> Garantir o transporte da comunidade para as brigadas móveis e para a sensibilização	X	X			
	<b>Pessoal:</b> Garantir que as necessidades de recursos humanos técnicos sejam atendidas para a vacinação	X	X			
	<b>Fortalecer as relações entre o sistema de saúde e as comunidades:</b> Fortalecer as actividades dos comités de saúde e despolitizar a vacinação nas comunidades (a filiação partidária não deve retardar o acesso aos serviços)	X	X	X	X	X
	<b>Planificação:</b> As actividades de planificação conjunta devem incluir o SDSMAS e os parceiros	X	X	X	X	
	<b>Melhores práticas para alcançar as crianças não vacinadas:</b> Reduzir as oportunidades de vacinação desperdiçadas nas unidades sanitárias, por exemplo: verificar os cartões de vacinação em todas as consultas e envolver os líderes e membros da comunidade para identificar mães de crianças com dose zero e sub-imunizadas		X	X	X	X
	<b>Actividades de mobilização para o PAV:</b> Envolver técnicos e trabalhadores da saúde comunitários nos esforços de mobilização no âmbito do PAV		X	X	X	

**Passos Seguintes**

# Fase de Co-criação e Avaliação para a Planificação do Trabalho



## DEPOIS DA FASE DE CO-CRIAÇÃO E AVALIAÇÃO

Após a conclusão das nossas acções de colecta de dados por meio de pesquisas de base, entrevistas aprofundadas e sessões de co-criação, a equipa da MOMENTUM Imunização de Rotina, Transformação e Equidade:

1) utilizou os resultados da fase de co-criação e avaliação e organizou uma planificação conjunta com o pessoal do PAV a nível distrital e provincial e, seguidamente, priorizou as intervenções para remover as barreiras identificadas nos distritos prioritários.

2) Actividades em curso:

- Implementação do plano de trabalho com base na fase de co-criação e avaliação.
- Advocacia junto de outras partes interessadas importantes para a implementação de actividades ou soluções identificadas, através do processo de co-criação, incluindo a integração de serviços de saúde.
- Divulgar os resultados entre as principais partes interessadas do sector da saúde a ter em conta na planificação subsequente.
- Co-criação de melhorias na imunização directamente com as partes interessadas locais.

# Co-criação através de várias abordagens



## DEPOIS DA FASE DE CO-CRIAÇÃO E AVALIAÇÃO

O projecto incorporou no seu primeiro plano de trabalho completo do ano do projecto (1 de Outubro de 2021 - 30 de Setembro de 2022) formas de continuar a co-criar soluções inovadoras para-os desafios da vacinação. Isso inclui:

**Parcerias:** revigorar os conselhos de saúde comunitária para trabalharem em estreita colaboração com as unidades sanitárias na planificação e comunicação das actividades das brigadas móveis.

**Participação comunitária na mudança do comportamento social:** trabalhar no envolvimento masculino (maridos, irmãos, tios) para promover a importância da imunização, visto que as conclusões mostram que apoiam que as mães levem as suas crianças à vacinação (sem necessariamente terem de lhes dar aprovação).

**Experiência de serviço:** reforçar a capacidade dos Profissionais da Saúde para prestarem cuidados de forma respeitosa e atenciosa.

**Grupo de Inovação da HCD:** trabalhar com os Profissionais da Saúde e membros da comunidade para implementar uma solução centrada no cliente e melhora-la iterativamente, através de ciclos de testes curtos



Província de Nampula, 2022

# Vantagens únicas da fase de co-criação e avaliação

# O Projecto valoriza a co-criação com os que estão mais próximos do problema

A nossa abordagem de co-criação e avaliação procurou primeiro obter perspectivas das partes interessadas sub-nacionais, especialmente do nível distrital, das unidades sanitárias e da comunidade. A seguir, veja como a nossa abordagem agregou valor comparativamente às abordagens de avaliação tradicionais:

1. Identificados os desafios na perspectiva da comunidade e dos tutores (especialmente das mães), que não seriam descobertos nas entrevistas com actores dos sistemas de saúde ou a partir dos dados quantitativos dos inquéritos.
2. Trabalhar com membros da comunidade e outros que não pertencem a área da imunização permitiu-nos perceber a forma como melhorar os serviços com base nas necessidades e preferências dos clientes, o que é novo no sector da imunização.
3. O nosso foco nas crianças com dose zero e nas barreiras de género ajudou-nos a identificar as causas principais das barreiras à imunização que tipicamente se encontram escondidas ou não são observadas em abordagens que se concentram na população em geral.
4. A nossa ferramenta de "Ecosistema de Vacinação" mostrou aos profissionais de saúde as barreiras de imunização das mães, que estão fora do seu controlo e que levaram à empatia pelas mães.
5. As soluções que emergem das sessões de co-criação são apenas o início do nosso trabalho com as partes interessadas distritais e comunitárias. Foi um desafio assegurar a sua tradução adequada em actividades do projecto no período de tempo concedido, e vamos dar continuidade ao que aprendemos nas nossas actividades do 2ºAP.



# APÊNDICE

---

## Lista Completa de Barreiras por Utente

# Barreiras para as Mães



- 1. Acesso físico à unidade sanitária:** Essa foi uma das razões mais citadas que levavam as mães a não frequentarem as unidades sanitárias, que muitas vezes estão localizadas no centro das comunidades. As barreiras para chegar às unidades sanitárias incluíam a distância (pode levar até três dias); transporte (dependente de um membro da família ou de um vizinho; estradas em muito mau estado).
- 2. Opções alternativas de procura de cuidados:** As unidades sanitárias não são a primeira opção de procura de cuidados para mães de crianças de dose zero. Muitos estão mais inclinados a optar por soluções curativas (muitas vezes consistindo em comprimidos, medicamentos tópicos e injeções) ao invés de soluções preventivas, tais como vacinas, e tendem a encarar os dois conceitos como equivalentes.
- 3. Falta de observância do horário da brigada móvel:** Os dados das seis unidades sanitárias envolvidas na avaliação sugerem que menos da metade das sessões planeadas das brigadas móveis foram levadas a cabo.
- 4. Medo dos resultados adversos de vacinas múltiplas:** Entre as razões para a hesitação da vacinação estava o medo dos efeitos colaterais. O desconforto de receber várias vacinas simultaneamente desencorajou as mães de vacinarem os seus filhos, conforme previsto. Algumas pessoas fazem a sua própria programação para minimizar a dor de vacinas múltiplas.
- 5. Horário de funcionamento inconveniente/limitado:** As unidades sanitárias prestam assistência em situações não urgentes (incluindo a imunização) no princípio da manhã. As mães têm relutância em fazer a longa viagem quando acham que vão chegar atrasadas e ser tratadas de forma humilhante e injusta, como quando gritam para elas e as mandam de volta para casa.

# Barreiras para as Mães (continuação)



- 6. Conhecimento e desinformação sobre vacinas:** As mães, de um modo geral, estavam cientes de que as vacinas ajudam a manter as crianças saudáveis, mas muitas tiveram o equívoco de que as vacinas são equivalentes a medicamentos, servindo tanto para evitar assim como para curar doenças (diarreia, sarampo e malária foram as doenças mencionadas com mais frequência).
- 7. Ter de cuidar de outras crianças e realizar outras tarefas domésticas:** As mães têm dificuldades de encontrar apoio para as tarefas domésticas e não têm controlo sobre o papel que lhes foi culturalmente prescrito como os cuidados domiciliários e donas de casa. As responsabilidades domésticas são priorizadas em relação à vacinação das crianças.
- 8. Experiências negativas nas unidades sanitárias e percepção de requisitos para o uso dos serviços de saúde:** *Algumas pessoas provedoras de cuidados tinham experiências desagradáveis (muitas vezes indignas) o que as tornava relutantes em voltar. Além disso, sem o cartão de vacinação da criança, as mães que deram a luz em casa sentem a falta de um ponto de entrada para os cuidados de saúde infantil.*
- 9. Oportunidades de vacinação desperdiçadas nas unidades sanitárias:** A avaliação deparou-se com situações repetidas de crianças (nascidas na unidade sanitária ou em casa) que foram à unidade sanitária várias vezes, mas para além da vacina BCG, não receberam doses de DTP e receberam outras vacinas de forma irregular.
- 10. Assistência comunitária:** Os trabalhadores de saúde, como os TSCs, as parteiras tradicionais, os activistas e os agentes de saúde comunitários, são responsáveis pela prestação de assistência a nível da comunidade. As mães referiram que os TSCs, que devem estabelecer a ligação entre a unidade sanitária e a comunidade através da prestação de informações, recepção e facilitação do trabalho das brigadas móveis, estão muitas vezes ausentes e a trabalhar a partir de casa, em alguns casos transformando as suas casas em "postos de saúde fixos". Este modelo de prestação de cuidados anula o objectivo do conceito de "aproximação da população".

# Barreiras para os líderes comunitários e os TSC



- 1. Conhecimento sobre vacinas:** Os líderes tinham um grande apreço pelas vacinas, mas muito pouco conhecimento sobre as vacinas administradas, o seu propósito ou como o PAV funcionava, incluindo o calendário de vacinação. Esta falta de conhecimento diminui a sua capacidade de dissipar as dúvidas dos membros da comunidade e corrigir a desinformação.
- 2. Relações políticas entre líderes:** Os líderes comunitários, especialmente as autoridades tradicionais, revelaram a existência de tensões com outros líderes por causa das suas diferentes ideologias políticas. Isso afecta o fluxo de informação, particularmente quando se trata de transmitir informações a diferentes segmentos da comunidade sobre as brigadas móveis.
- 3. Mecanismos para transmitir informações sobre a brigada móvel:** Todos os líderes afirmaram que recebiam informações sobre a data e a hora da chegada da brigada móvel seguinte através dos seus telefones ou por via de cartas. No entanto, essas informações geralmente chegam tardiamente (apenas com cerca de dois dias de antecedência), deixando-as sem tempo suficiente para informar toda a comunidade. Eles devem transmitir as informações aos outros líderes das suas redes de contactos sem verificar se as mensagens chegam ao público pretendido. Tanto os líderes como os TSC referiram-se às limitações impostas pelas deficientes infra-estruturas de comunicação.
- 4. Credibilidade dos provedores de cuidados de saúde comunitários:** Em algumas comunidades, os trabalhadores da saúde comunitária não gozam de credibilidade, por um lado, porque são incapazes de chegar a comunidades inteiras, deixando algumas famílias sem saber da sua existência e, por outro lado, porque não conseguem resolver os seus problemas (devido à falta de medicamentos nos seus kits).
- 5. Mecanismos de referência entre a comunidade e a unidade sanitária:** Alguns líderes estão familiarizados com o procedimento de referência de bebés nascidos de partos não institucionais, mas muitos dos seus pares não sabem sobre esse processo.

# Barreiras para os Líderes Comunitários e os TSC (continuação)



6. **Interrupção da mobilização devido a COVID-19:** Os líderes informaram que sempre conduziram as suas actividades de mobilização através da convocação de reuniões comunitárias. Com a pandemia da COVID-19, eles mudaram a sua estratégia para visitas porta-a-porta, que são exigentes e ineficientes para alcançar grandes segmentos da população num curto espaço de tempo.
7. **Políticas de subsídios e incentivos:** Os líderes e as autoridades tradicionais de um distrito revelaram que recebem um subsídio do governo para realizarem as suas tarefas. Embora isso incluía o apoio ao sector da saúde, não estava claro para os líderes comunitários que o subsídio também incluía actividades do sector da saúde. Os únicos provedores de base comunitária que são remunerados são os TSC, que recebem um kit para realizarem as suas tarefas. No entanto, ficam desmotivados devido aos atrasos no pagamento dos subsídios e à falta de transporte. Os activistas e os membros dos comités de saúde também se queixam de que os incentivos são raros e irregulares. Estão particularmente descontentes com a falta de incentivos para a realização das actividades do PAV, especialmente quando fazem a comparação com os subsídios relativamente mais altos recebidos pelos pares que trabalham com outros programas de saúde, como o HIV. Como resultado, regista-se uma elevada rotação dos activistas do PAV.
8. **Falta de informações sobre o grupo-alvo:** Nem todos os líderes sabiam quantas crianças na sua jurisdição tinham menos de 24 meses de idade. Apenas um líder, na província de Zambézia, havia realizado o censo na sua aldeia pelo que sabia que tinha cerca de 5 700 habitantes, mas nada sabia sobre a sua demografia ou localização. Os líderes também não tinham conhecimento sobre a idade do grupo-alvo de vacinação, o que limitava a sua capacidade de identificar e monitorizar os que necessitam de vacinação. Também afirmaram que era difícil distinguir mães de crianças imunizados das mães de crianças sub-imunizadas. A identificação de prováveis crianças de dose zero é, de certa forma, mais fácil pois usam como referência as que vivem longe das unidades sanitárias e não participam nas acções das brigadas móveis.
9. **Número limitado de provedores de cuidados de saúde comunitários:** Os líderes, bem como os provedores de serviços de saúde, reconheceram que não havia TSC ou membros do comité de saúde suficientes a operavam nas comunidades, o que afectava a cobertura das actividades e dificultava o alcance das metas de vacinação, especialmente as relacionadas com a sensibilização.

# Barreiras para os provedores de cuidados de saúde



- 1. Procura de cuidados durante a COVID-19:** A pandemia da COVID-19 trouxe novos desafios para a administração de vacinas. Os participantes a todos os níveis (provincial, distrital, unidades sanitárias e comunidades) levantaram este problema. De acordo com os gestores provinciais, os rumores sobre a COVID-19 reduziram a procura de cuidados, o que diminuiu a cobertura vacinal. A pandemia também interrompeu as formações trimestrais indefinidamente.
- 2. Liderança:** Regista-se uma rotação elevada do pessoal de saúde, o que faz com que muitos gestores do PAV e provedores de cuidados de saúde sejam novos no sistema ou unidade sanitária. Poucos tinham formação específica sobre as suas funções e responsabilidades enquanto gestores, por isso não estavam familiarizados com a maioria dos processos e respectivas ferramentas (especialmente de monitorização e elaboração de relatórios) e não possuíam competências de liderança. Um resultado imediato desta situação é a falta de clareza em algumas unidades sanitárias sobre a quantificação e previsão do stock de vacinas necessário, o que, por sua vez, contribui para a rutura de stock.
- 3. Parcerias:** Os entrevistados do nível provincial relataram esforços para se aproximarem de colegas de vários níveis, por exemplo, através da criação de grupos de Whatsapp para discutir desafios e soluções. No entanto, esses grupos incluem apenas o pessoal do PAV do nível provincial e distrital, e não os homólogos das unidades sanitárias ou os parceiros de implementação a qualquer nível. Os provedores de cuidados de saúde também aludiram aos transtornos causados pelos pontos focais de RED/REC das comunidades que abandonaram o programa devido à falta de incentivos.
- 4. Recursos Humanos** Os provedores de cuidados de saúde apontaram vários desafios relacionados com os recursos humanos. A maioria das unidades sanitárias pesquisadas tinha apenas um ou dois profissionais da saúde e, em certos casos, nenhum profissional específico para imunização. A falta de pessoal dedicado à vacinação era um forte factor limitante em ambas as províncias, resultando em altas cargas de trabalho para os poucos funcionários existentes (particularmente enfermeiros).
- 5. Rutura de Stock:** Os participantes mencionaram a rutura de stock de vacinas e consumíveis como um desafio importante nas duas províncias.

# Barreiras para os provedores de cuidados de saúde (continuação)



- 6. Financiamento:** Os entrevistados da provincial da Zambézia referiram que houve um atraso no desembolso de fundos da Gavi em 2021, o que afectou a capacidade de realizar actividades do PAV a nível distrital e comunitário. Mesmo quando esses fundos se encontravam disponíveis, não eram suficientes para custear as actividades relativas à participação comunitária (ou seja, transporte, combustível e meios de comunicação).
- 7. Cadeia de frio:** Dois distritos em Nampula indicaram que os painéis solares eram a única fonte de energia, e que nem sempre fornecem corrente suficiente para um frigorífico. Outras unidades sanitárias da área tinham painéis solares de grande capacidade, mas segundo relatos estavam constantemente avariados.

# APÊNDICE

---

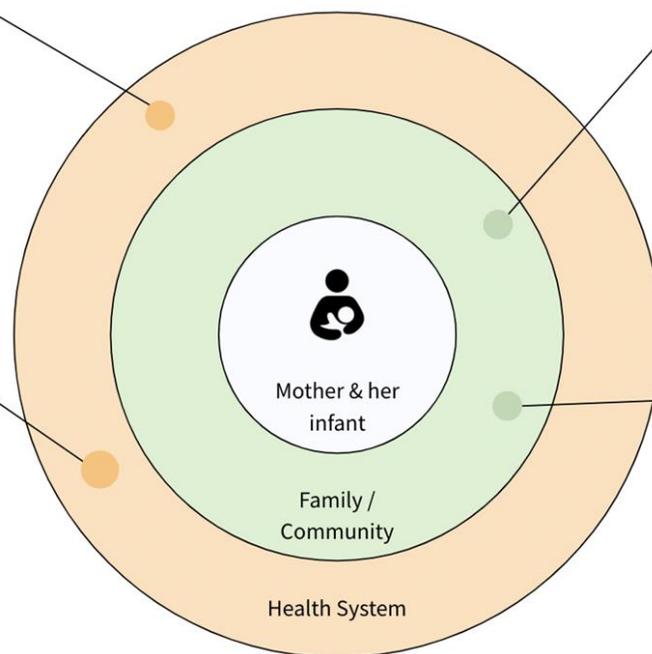
## Métodos da Sessão de Co-criação

# Método 1: Ferramenta do Ecossistema Vacinal

Complete the tables below ...

Health Facility Manager	
Obstacles	Enablers
1.	
2.	
3.	

Registered Nurse	
Obstacles	Enablers
1. He does not have a vaccination record to fill out.	He updates the vaccination card.
2. He yells at her because she missed her last visit.	He treats her well during his visits.
3.	



Mother-in-law	
Obstacles	Enablers
1. She does not help with the other children when she has to go to the health center.	She takes care of the other children during her absence.
2.	
3.	

Religious Leader	
Obstacles	Enablers
1. He spreads negative rumors about vaccinations	He encourages mothers to get vaccinated at church
2.	
3.	

O diagrama a seguir representa as pessoas que influenciam uma mãe na sua vida. Muitos actores podem influenciar a sua possibilidade de ter o seu filho vacinado.

A ferramenta mapeia primeiro todos os actores da sua vida (membros da família, membros da comunidade, actores do sistema de saúde). Depois explora a forma como estes actores apoiam ou constroem os seus esforços para vacinar a sua criança.

Eis alguns exemplos de actores que as equipas podem usar durante a sua reflexão: marido, sogra, líder cívico, líder religioso, enfermeira, etc. Veja a foto na página 17 que apresenta um exemplo da forma como uma equipa mapeou os vários actores.

O exemplo desta página mostra como a ferramenta é usada.

# Método 2: Actividade de soluções na sessão de co-criação

## Exemplo de resumo para as soluções



### PERFIL DE UTENTE/MÃE DE UMA CRIANÇA PARCIALMENTE VACINADA:

- Uma mãe quer que a sua criança de 18 meses receba a vacinação completa.
- As suas duas crianças mais velhas receberam a vacinação completa.
- A sua família vive em Namilasse, a 35 km do centro de saúde de Chinga.
- A sua família é muçulmana.
- Embora o pai ocupe uma posição administrativa, ele não dispõe de dinheiro para o transporte.
- A mãe deu a luz a todos os seus filhos numa unidade sanitária e confia nos técnicos de saúde.
- Quando o seu bebé de 18 meses nasceu, a unidade sanitária não dispunha de cartões de vacina.
- O bebé recebeu apenas vacina de BCG e poliomielite.



### SUPOSIÇÕES/O QUE PENSAMOS QUE SABEMOS SOBRE AS CAUSAS PRINCIPAIS RELACIONADAS COM ESTE PROBLEMA/ESPAÇO DE OPORTUNIDADES:

- Distância longa de casa para o centro de saúde
- A mãe está relutante em procurar os serviços de vacinação devido aos insultos de uma enfermeira porque ela não tinha o cartão de vacinação na sua primeira consulta com o recém-nascido.



### DECLARAÇÃO DO PROBLEMA/ OPORTUNIDADES DE EXPANSÃO:

- Quando a mãe conseguiu chegar ao centro de saúde, o seu bebé não foi vacinado porque ela não tinha o cartão de vacina.
- A mãe não tinha dinheiro para adquirir um cartão.

# Método 2: Actividade de soluções (continuação)

## ACTIVIDADE FACILITADA DOS GRUPOS DE

A busca de soluções encarada como um obstáculo para a solução ou como um factor viabilizador da expansão

Como poderemos apoiar melhor as mães que não são atendidas nos serviços de vacinação porque não têm o cartão de saúde?

### 1.ª Sessão: Geração de 10 ideias para responder à pergunta acima [20 minutos]

- MENTALIDADE HCD: Todas as ideias são boas e devem ser consideradas. Pense de forma criativa e expansiva. Imagine que dispõe de orçamento para fazer tudo o que é necessário. Imagine que tem uma função diferente. O que faria?
- Escreva uma breve descrição, de uma linha, de cada ideia de solução.

### 2.ª Sessão: Escolha duas ideias da vossa lista de 10 [5 minutos]

Como grupo, seleccionem duas ideias para soluções que teriam maior entusiasmo em pôr em prática.

### 3.ª Sessão: Adicionar detalhes [20 minutos]

Como equipa, discuta e escreva o seguinte relativamente a cada uma das ideias seleccionadas:

- Em que consiste exactamente?
- Como o utente (do perfil do utente) se beneficia directamente desta solução?
- Como isso seria conduzido e por quem?
- Quando, onde, com que frequência isso seria feito?
- Que meios/recursos adicionais seriam necessários?
  - Por que estes são necessários e que resultados trariam?

### 4.ª Sessão: Colocar a solução em prática [15 min]:

Que acções podem ser tomadas localmente para implementar estas soluções? Quem pode realizar que pequena acção no próximo mês para alcançá-las?

*Estas soluções visam vacinar as crianças de dose zero e as crianças sub-imunizadas. Recorde aos participantes que todos têm um papel a desempenhar na redução das barreiras à imunização das crianças.*

# APÊNDICE

---

**Equipa de Recolha de Dados**

# Equipa de Co-Criação de Moçambique

Liderada pelo Dr. Betuel Sigaúque e pela Dra. Khatia Mungambe

Número	Nome	Qualificações
1	Vasco Muchanga	Mestre em Saúde Pública e Licenciado em Sociologia
2	Raquel Carrilho	Licenciatura em Design Estratégico
3	Estevão Manhiça	Mestre em Saúde Pública e Licenciado em Antropologia
4	Valério Govo	Mestre de Saúde Pública e Licenciado em Ciências Biológicas
5	Santos Sipaneque	Técnico de Medicina Preventiva com ampla experiência em imunização de rotina e no sistema de saúde
6	Agostinho Mauire	Técnico de Medicina Preventiva com ampla experiência em imunização de rotina e no sistema de saúde
7	Latia Sacur	Licenciada em Psicologia Social e Organizacional; tradutora da língua local
8	Américo Mudaua	Tradutor da língua local

Todas as fotografias da equipa da MOMENTUM Imunização de Rotina, Transformação e Equidade, em Moçambique.

Para obter mais informações sobre este projecto, visite:

<https://usaidmomentum.org/>



[https://twitter.com/USAID\\_MOMENTUM](https://twitter.com/USAID_MOMENTUM)



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



<https://www.linkedin.com/company/usaid-momentum/>

A MOMENTUM Imunização de Rotina Transformação e Equidade é financiada pela Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID) como parte do conjunto de subvenções da MOMENTUM e implementada pelo JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), juntamente com a PATH, Accenture Development Partnerships, Results for Development, Gobeer Group, CORE Group e Manoff Group ao abrigo do acordo de cooperação da USAID 7200AA20CA00017. O conteúdo deste relatório é da exclusiva responsabilidade da JSI e não reflecte necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

