



# Reformulação de Registos Domiciliários que Funcionavam

## Lições de Madagáscar e Etiópia





**R**egistos domiciliários (RD) são uma ferramenta importante para conseguir, controlar e sustentar a cobertura da vacinação, mas têm sido frequentemente subaproveitados nos programas nacionais de vacinação. Ao longo dos anos, muitos países recorreram a um formato tradicional que poderá não ser fácil para os profissionais da área da saúde poderem completar com precisão e de forma legível ou de forma a que os prestadores de cuidados/pais possam compreender os dados registados. Todos os utilizadores poderão também não compreender ou perceber o valor desses documentos.

As abordagens de reformulação em determinados países têm sido bem-sucedidas em satisfazer as necessidades dos profissionais da área da saúde, dos prestadores de cuidados e do sistema de saúde, enquanto aumentam também a disponibilidade e utilização destes registos importantes (com um objectivo geral de aumentar a cobertura da vacinação). As experiências de Madagáscar e da Etiópia, onde o cartão de vacinação tradicional foi reformulado e incorporado numa ferramenta de comunicação integrada, são destacadas nos estudos de casos que se seguem. Partilhamos estas experiências para informar os países que possam estar interessados em realizar a sua própria reformulação enquanto referência para as partes interessadas envolvidas, as medidas no processo e os principais pontos a considerar.

## ANTECEDENTES

Os registos domiciliários (RD) constituem uma ferramenta importante de recolha e acompanhamento de dados e tem múltiplas finalidades para o prestador de cuidados, o profissional da área da saúde e o sistema de saúde. Estes registos podem: (a) auxiliar os profissionais da área da saúde a documentar e a rastrear que vacinas foram dadas a uma criança; (b) capacitar um pai ou prestador de cuidados a desempenhar um papel na saúde dos filhos e a ter informações documentadas sobre o historial de vacinação da criança e quando voltar aos serviços; e (c) serve de ferramenta de controlo da saúde pública quanto à cobertura da vacinação através do agregado familiar e de outros estudos (com uma crescente importância, agora que cada vez mais vacinas/antígenos se encontram no sistema). Conforme anotado na recente investigação de David Brown e outros, “o cartão de vacinação da criança é muito frequentemente subaproveitado ou indevidamente utilizado pelos pais e pelos profissionais de cuidados da saúde e, por conseguinte, nem sempre cumpre a finalidade a que se destina<sup>1</sup>.” Foram identificados múltiplos problemas, incluindo:

1. escassez e falta de RD, resultando no facto de as crianças nunca receberem um RD;
2. falta de informações ou falta de ênfase sobre a importância do cartão, o que, por sua vez, pode fazer com que os prestadores de cuidados percam, danifiquem ou se esqueçam de levar o RD para o saúde estabelecimento;
3. O profissional da área da saúde não preenche com precisão ou completamente os RD;
4. Informações insuficientes sobre as acções (tais como as datas de regresso) ou espaço para introduzir os dados

Mais vacinas estão a ser incorporadas nos programas de vacinação nacional, estando múltiplos antígenos a ser dados em cada contacto. Por conseguinte, este registo de que antígenos em particular recebeu um indivíduo é cada vez mais importante, tanto para os registos pessoais, como para o cruzamento de dados durante estudos e outros controlos ou em consultas de avaliação (nomeadamente dados os potenciais desafios impostos pelo facto de os pais se recordarem ou não). Os RD têm agora uma crescente importância em termos de rastreio dos respectivos dados e utilidade da tomada de decisões dentro do mais vasto ecossistema dos dados de vacinação.

<sup>1</sup> “Child Immunization Cards: Essential Yet Underutilized in National Immunization Programmes”, David Brown. The Open Vaccine Journal, 2012.

### O RD SERVE MÚLTIPLAS FINALIDADES PARA DIFERENTES UTILIZADORES

O SISTEMA DE SAÚDE utiliza dados do RD para estimar e verificar a cobertura através de estudos ao agregado familiar

OS PROFISSIONAIS da área da saúde utilizam-no para documentar e rastrear que vacinas a criança apanhou

OS PAIS E OS PRESTADORES DE CUIDADOS utilizam-no como um recurso de comunicação e informações e ficam capacitados por terem informações sobre o papel que desempenham na saúde dos filhos

# INTRODUÇÃO

Neste documento, resumimos dois esforços bem-sucedidos de reformulação do RD em Madagáscar e na Etiópia, incluindo os antecedentes e a fundamentação para considerar a reformulação, as partes interessadas envolvidas e as medidas tomadas no processo de reformulação e lançamento de um RD revisto. Também incluímos desafios e lições aprendidas de ambos os países.

Embora os caminhos fossem semelhantes em Madagáscar e na Etiópia, as nossas entrevistas informativas mostraram que a sustentabilidade a longo prazo e a utilização do “novo” RD divergiam enormemente: Madagáscar continuou a utilizar o RD reformulado com pequenos ajustes e complementos, enquanto a Etiópia recorreu a uma versão semelhante do RD reformulado, mas enquanto ferramenta de comunicação para promotores da saúde (ou seja, não enquanto um registo de vacinação preenchido para cada criança), sendo que a versão reformulada nunca substituiu completamente o cartão de vacinação antigo para introdução de dados da “OMS”. Ambos os países introduziram o RD reformulado enquanto parte de um pacote de intervenções e de uma estratégia mais vasta de comunicação. Assim, apenas o impacto do RD reformulado é difícil de avaliar, mas as conclusões do projecto mostraram uma maior cobertura relacionada com o novo RD.



Um promotor de saúde em Madagáscar explica o Diploma de Vacinação a uma nova mãe.

Com base nas experiências de Madagáscar e da Etiópia, foram formulados e utilizados cartões semelhantes no Gana, na Libéria, em Myanmar e noutros lados.

# A EXPERIÊNCIA DE MADAGÁSCAR

Em Madagascar, antes da reformulação do registo domiciliário ter começado por volta de 1997, o Programa Alargado de Vacinação (PAV) utilizava o cartão de vacinação normalizado da OMS. A fundamentação inicial para a reformulação do RD era aumentar a sua utilização enquanto ferramenta de comunicação para os prestadores de cuidados e os profissionais da área da saúde comunitários, bem como enquanto registo das vacinas recebidas e de outros serviços de saúde infantil. Com o apoio do projecto Jereo Salama Isika financiado pela USAID,<sup>2</sup> estavam a ser desenvolvidos múltiplos cartões de aconselhamento do Atendimento Integrado Management de Doenças Infantis (Integrated Management of Childhood Illness - IMCI) para que fossem utilizados por promotores de saúde no sistema de saúde de Madagascar. A reformulação dos RD ficou concluída após esses cartões terem sido desenvolvidos, enquanto parte do mesmo pacote de ferramentas para comunicação e rastreio de actividades e principais indicadores de saúde. À medida que vários materiais estavam a ser utilizados e simplificados, o RD tornou-se uma das principais ferramentas.

De modo a supervisionar os materiais de comunicação que estavam a ser desenvolvidos pelos parceiros, o Ministério da Saúde criou uma equipa de trabalho designada Informação, Educação e Comunicação (Information, Education and Communication - IEC). Uma actividade inicial da equipa de trabalho foi reunir indivíduos de múltiplos programas de Ministérios da Saúde (MS), da UNICEF, de projectos financiados pela USAID e de ONG num workshop em que os parceiros partilharam cópias dos respectivos materiais e mensagens actuais. Destes, um conjunto final das principais mensagens práticas foi acordado durante este workshop. Foi também desenvolvido um guia (Figura 1) que incluiu essas mensagens e principais acções que as ONG e os parceiros podiam depois escolher ao desenvolverem os materiais adicionais. Quaisquer mensagens futuras ou materiais novos/revistos que as ONG quisessem incorporar ou criar tinham de ser aprovados primeiro pela equipa de trabalho IEC. Estes incluíam quaisquer alterações ao RD.

**Uma abordagem centrada no utilizador foi integrante para o desenvolvimento do novo RD.**

Os primeiros desenhos do RD foram partilhados com profissionais da área da saúde e com as comunidades através de reuniões com grupos de referência conduzidas por representantes e prestadores de cuidados comunitários que solicitavam opiniões. Essas opiniões eram depois debatidas com a equipa de trabalho IEC e o designer, sendo depois as revisões feitas

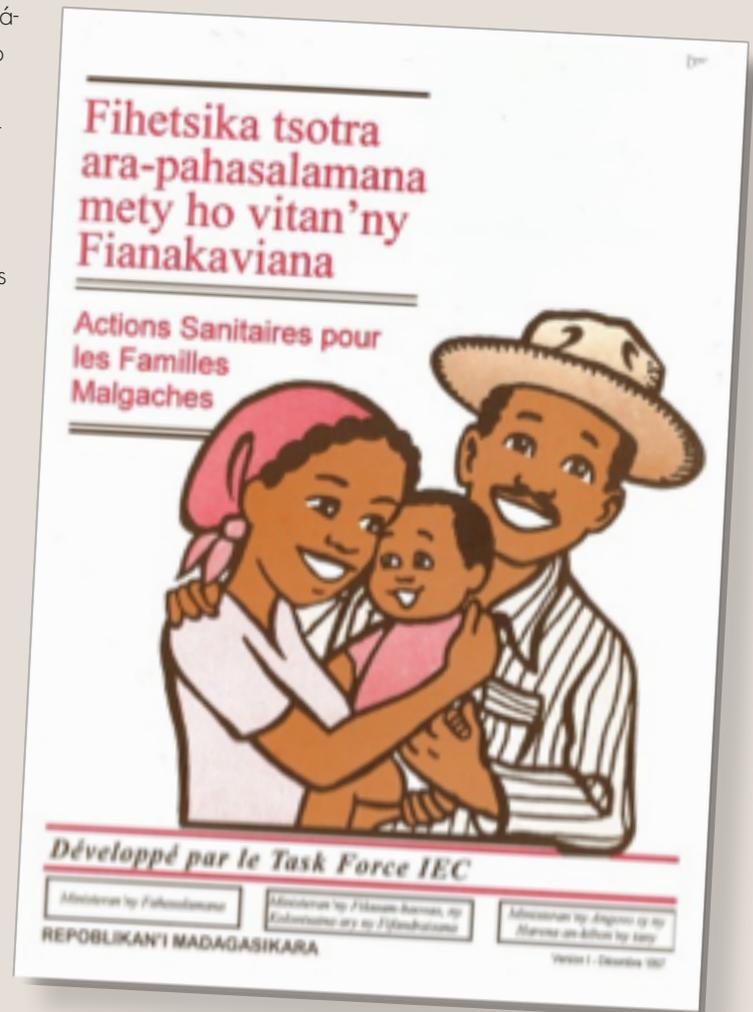


Figura 1. Guia IEC de Madagascar.

Um designer local foi contratado através do projecto Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS)<sup>3</sup> na reformulação inicial do RD. Continuou a desenvolver materiais de comunicação para a saúde para muitos projectos e para o MS, melhorando assim a consistência e o reconhecimento das ilustrações no RD e noutros materiais de saúde.

<sup>2</sup> 1998-2003

<sup>3</sup> USAID, BASICS I 1993-1999, BASICS II 1999-2004

com base nessas opiniões. Pelo menos duas versões diferentes de um desenho foram testadas de modo a obter-se o melhor modelo (ou seja, não só testar se o protótipo era ou não “bom”, mas sim se era um modelo fácil de compreender face a outras escolhas).

Uma abordagem centrada no utilizador foi integrante para o desenvolvimento do novo RD. As reuniões da aldeia era realizadas para: (1) encorajar o envolvimento da comunidade, (2) orientá-la quanto aos indicadores de saúde e às mensagens/acções incluídas no RD, e (3) aumentar o valor dos programas de saúde maternal e infantil, incluindo o RD. A experiência de Madagáscar demonstrou que as famílias e as comunidades podem envolver-se através de pequenas acções realizáveis que foram incluídas nas principais ferramentas, como o RD, para referência e utilização do prestador de cuidados e profissional da área da saúde. Em Madagáscar, agentes comunitários voluntários eram mobilizadores e animadores e tornaram-se desviantes positivos (“famílias-modelo”) que conseguiam reforçar a utilização dessas ferramentas.

Quando foi seleccionado e testado um design final, foi definido um prazo de transição do RD antigo para a nova versão. Não foi um processo rápido; foi dedicado tempo suficiente a esta transição e garantida a ênfase no novo RD além da aprovação do novo design — para gestão de stock, disponibilidade e para familiarizar os utilizadores com a nova versão e as

Uma campanha promocional para a Estratégia da IEC e do RD foi desenvolvida e incluía marketing intenso às famílias.

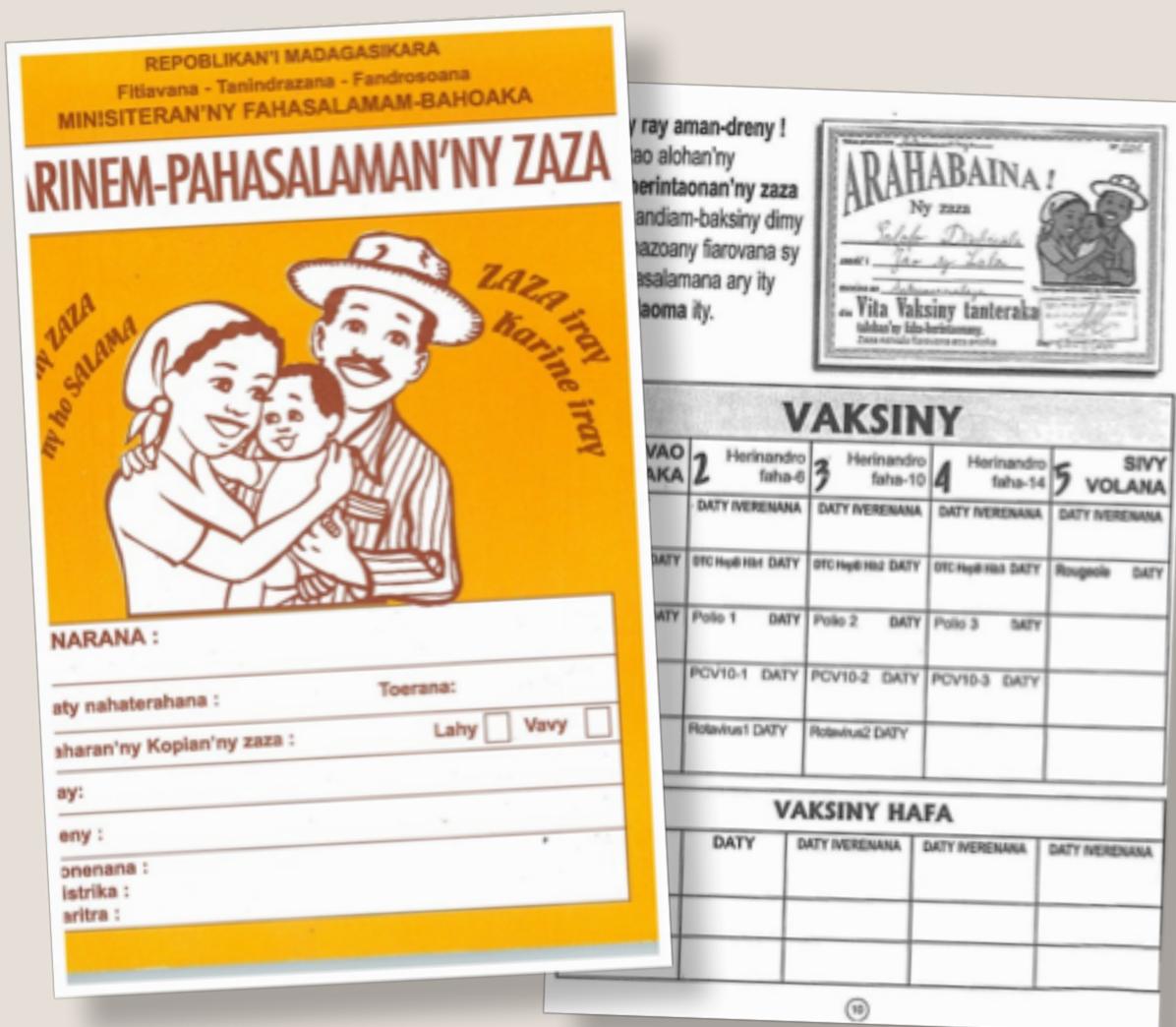


Figura 2. Capa e página da vacinação do RD Reformulado de Madagáscar.

**A experiência de Madagascar demonstrou que as famílias e as comunidades podem envolver-se através de pequenas acções realizáveis que foram incluídas nas principais ferramentas, como o RD, para referência e utilização do prestador de cuidados e profissional da área da saúde.**

e os parceiros decidiram depois que o RD deveria ser gratuito e não vendido, provocando mais confusão e atrasos. O RD de Madagascar deveria ser fornecido gratuitamente, mas a inconsistência ou a falta de financiamento provocou faltas de stocks nos últimos anos.

Depois de o novo RD ser impresso e distribuído aos estabelecimentos de saúde e/ou aos mobilizadores comunitários, uma campanha publicitária foi fundamental para a introdução do novo cartão e para garantir a aceitação e utilização por parte da comunidade. A campanha promocional foi desenvolvida e incluía marketing intenso às famílias. As mensagens foram desenvolvidas no sentido de mostrar que o novo RD era moderno e poderoso: como uma ferramenta para famílias conhecerem o estado de saúde dos filhos e um documento que os próprios pais podiam rever e possuir (ou seja, o conteúdo não era apenas para os profissionais da área da saúde ou para os mobilizadores). As rápidas avaliações ao projecto mostraram que após 20% ou mais famílias terem começado a usar o RD, este começou a ter uma boa aceitação, uma vez que estas “famílias-modelo” apresentaram a importância do RD a outras.

Embora o RD (designado localmente como cartão “Zaza Salaria”) tenha sido e continue a ser valorizado pelo MS, pelos parceiros de desenvolvimento e pelos prestadores de cuidados, o financiamento anual para impressão e distribuição é ad hoc e inconsistente. Isto originou desafios com a disponibilidade do RD reformulado. Em Madagascar, existem diversos materiais para formação de promotores de saúde que são distintos do RD. A grande variedade de documentos não é sustentável e é difícil de gerir, tanto a nível logístico para garantir a total distribuição do RD como para os promotores de saúde os utilizarem de forma eficaz. Isto prejudica depois o RD integrado e sugere a necessidade de o MS e os parceiros voltarem a reenquadrá-lo como uma ferramenta central para os profissionais da área da saúde e os prestadores de cuidados.

**Este desejo de obtenção de um registo de vacinação que fosse de simples utilização e compreensão para os profissionais da área da saúde, os promotores de saúde e os prestadores de cuidados era central aos processos de reformulação tanto na Etiópia como em Madagascar.**

alterações. Foi necessária uma clara coordenação no Ministério da Saúde entre diferentes unidades (ou seja, vacinação, saúde infantil, nutrição e planeamento familiar) para garantir a disponibilidade suficiente do novo RD. Esta transição de um cartão de vacinação para o folheto integrado levou 2-3 anos. As revisões subsequentes foram mais rápidas, dado o acordo inicial sobre o formato e o design; contudo, era importante manter a comunicação e a defesa por forma a garantir esta situação.

Houve algum desacordo inicial sobre o processo de lançamento deste novo RD. Originalmente, a decisão foi tomada por forma a ser vendido nos mercados. A promoção e o marketing foram organizados no sentido de informar as comunidades, mas o MS



**Uma mãe em Madagascar mostra orgulhosamente o RD do filho.**

# A EXPERIÊNCIA DA ETIÓPIA

Após alguns anos de colaboração (incluindo a reformulação do RD) em Madagáscar, vários membros da antiga equipa do projecto Jereo Salama Isika foram transferidos para a Etiópia e, pouco depois, o principal homólogo da USAID foi igualmente transferido. Por volta de 2002, este grupo estava interessado em reproduzir o sucesso da reformulação do RD com o MS e os parceiros na Etiópia. Pelo menos 6 versões diferentes de cartões estavam a ser utilizadas na Etiópia, pois isso o projecto financiado pela USAID Essential Services for Health (ESHE)<sup>4</sup> reuniu diferentes parceiros e realizou um workshop de harmonização. Juntamente com a incorporação de mensagens do IMCI no RD, houve também a preocupação de que os prestadores de cuidados pudessem não compreender todas as caixas em “branco” e não conseguissem dizer se uma criança tinha ou não concluído a série de vacinas.

Este desejo de obtenção de um registo de vacinação que fosse de simples utilização e compreensão para os profissionais da área da saúde, os promotores de saúde e os prestadores de cuidados era central aos processos de reformulação tanto na Etiópia como em Madagáscar.

O mesmo designer malgaxe que desenvolveu o RD de Madagáscar foi enviado para a Etiópia para apoiar a reformulação original nesse país e trabalhou com um designer etíope local que, posteriormente, realizou revisões/actualizações. Da mesma forma que em Madagáscar, o envolvimento de utilizadores finais foi parte integrante do desenvolvimento do RD.

Na Etiópia, o novo RD incluía imagens pormenorizadas e mensagens para a sobrevivência e nutrição infantil (Figura 3), o que fez com que fosse fácil para os profissionais da área da saúde e os promotores captarem o interesse das mães, nomeadamente as analfabetas. Este RD foi apoiado pelo projecto LINKAGES<sup>5</sup> e, mais tarde, pelo Programa Integrated Family Health Program (IFHP)<sup>6</sup>.

A equipa de trabalho Child Survival ajuda a criar a responsabilidade entre parceiros e oferece supervisão para as ferramentas, incluindo o RD, com a propriedade das mesmas por parte do Ministério da Saúde. À excepção da adição de uma nova vacina, quaisquer outras alterações ao RD são difíceis de fazer e têm de ser aprovadas pelo governo. Tal ajuda a manter o controlo da versão, especialmente num país grande como a Etiópia onde muitos parceiros poderão querer fazer alterações.

Nas regiões financiadas pela USAID, o RD foi utilizado na formação de reciclagem do PAV com profissionais da área da saúde, por forma a garantir que estes sabiam como utilizá-lo e que compreendiam a sua importância enquanto ferramenta de relatórios e comunicação. O RD esteve no centro do programa e foi utilizado em todas as formações para profissionais

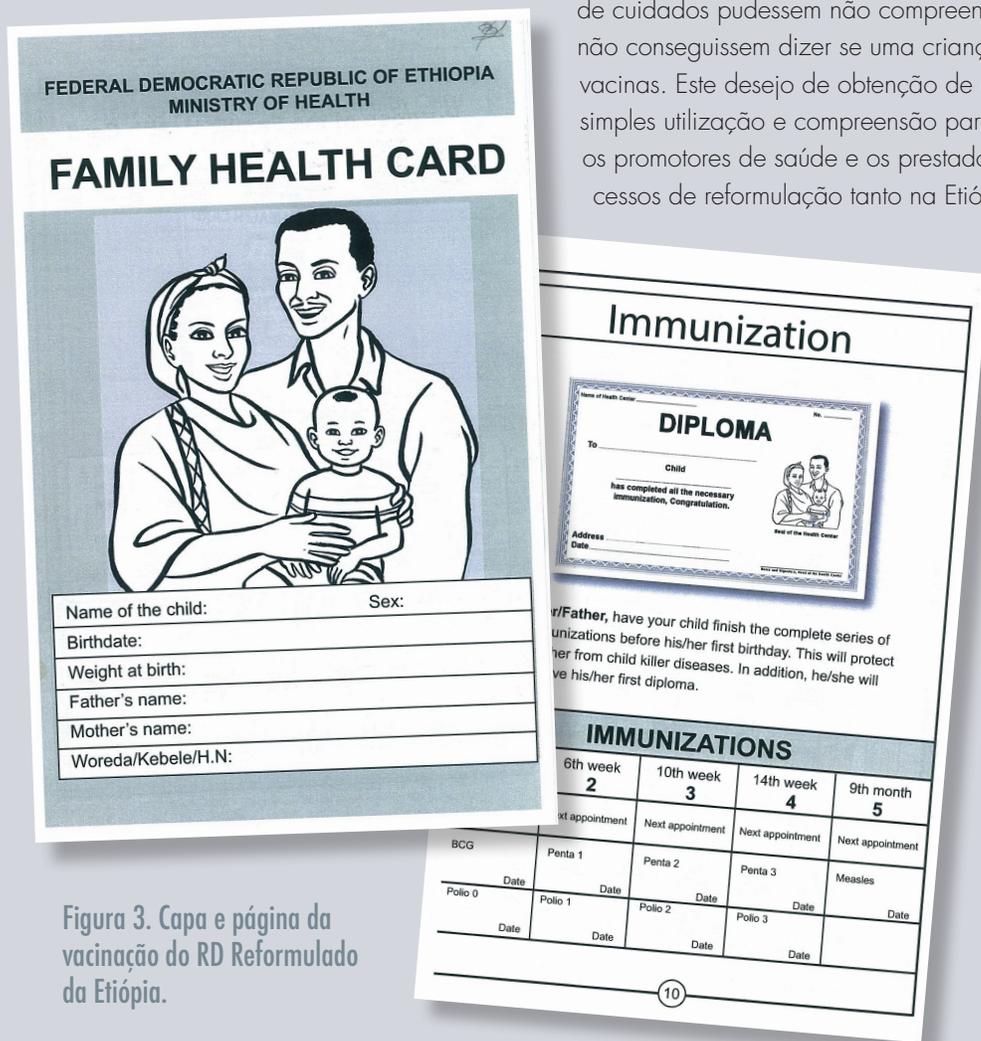


Figura 3. Capa e página da vacinação do RD Reformulado da Etiópia.

<sup>4</sup> USAID ESHE I 1995-2003, ESHE II 2003-2008

<sup>5</sup> USAID, 2003-2006

<sup>6</sup> USAID, 2008-2016

de cuidados de saúde, profissionais da área da saúde comunitários e supervisores. Os profissionais de extensão de saúde voluntários da comunidade estiveram envolvidos no processo por forma a desenvolver o entusiasmo quanto ao novo RD.

Muito embora o novo RD tenha sido introduzido, testado e disseminado por projectos financiados pela USAID nas respectivas regiões, o cartão de vacinação da OMS (cartão amarelo, Figura 4) continuou a ser usado (Figura 4), por vezes em complemento ao RD reformulado (que tem funcionado mais como ferramenta de comunicação do que como registo de vacinação). Além disso, os nossos principais informadores sentiram que o RD poderá não ter sido frequentemente utilizado pelas famílias na Etiópia porque poderão não ter compreendido como usar o mesmo. Actualmente, o Exército de Desenvolvimento da Saúde (EDS) está a começar a distribuir o RD a grávidas e a percorrê-lo com elas e respectivas famílias, mas tal não é feito uniformemente em todo o país.

**Embora utilizado para fins de comunicação, o novo cartão nunca conseguiu suplantar o cartão de vacinação tradicional da OMS como ferramenta de rastreio da vacinação.**

Os profissionais de extensão de saúde e o EDS precisam de mais orientação e directrizes para darem ênfase ao RD com as famílias. Os estabelecimentos de saúde também não pedem para ver o RD nem o preenchem, o que diminui o valor agregado ao mesmo. Sem o apoio a nível regional, incluindo formação e aplicação prática, os profissionais de extensão de saúde poderão não reconhecer a importância desta nova ferramenta. Além disso, como o Dossier Familiar separado está a ser desenvolvido na Etiópia para ser utilizado nos estabelecimentos de saúde (que inclui o rastreio da vacinação), existe, por conseguinte, uma potencial separação entre o registo de vacinas do estabelecimento de saúde e um RD que os pais possam ter consigo para referência (nomeadamente para populações rurais, nómadas com múltiplos estabelecimentos e para fins de estudos).

O novo cartão nunca conseguiu suplantar este cartão de vacinação tradicional da OMS devido à falta de defensores ao mais alto nível para que se fizesse a alteração do cartão antigo para o RD. O “novo” RD tem sido impresso por projectos (incluindo o actual Last Ten Kilometer [L10K] e o programa Integrated Family Health Program [IFHP]). Contudo, como o cartão de vacinação tradicional da OMS se encontra também ainda em utilização para rastreio de dados, os profissionais da área da saúde raramente completam o quadro de vacinação no RD; por conseguinte, o RD reformulado apenas está a ser utilizado como uma ferramenta de comunicação para o EDS (Figura 5). Em actualizações recentes ao RD, o quadro de vacinação foi substituído pela lista de idades de quando uma criança deve ser vacinada, sem qualquer menção aos antigénios ou espaço para registar as vacinas.

Outro desafio para o sucesso do RD reformulado na Etiópia têm sido as lacunas no financiamento sustentado. Os projectos financiados por doadores cobriram custos para impressão e distribuição de RD nas regiões em que estes estavam a trabalhar e a UNICEF forneceu cartões ao resto do país.

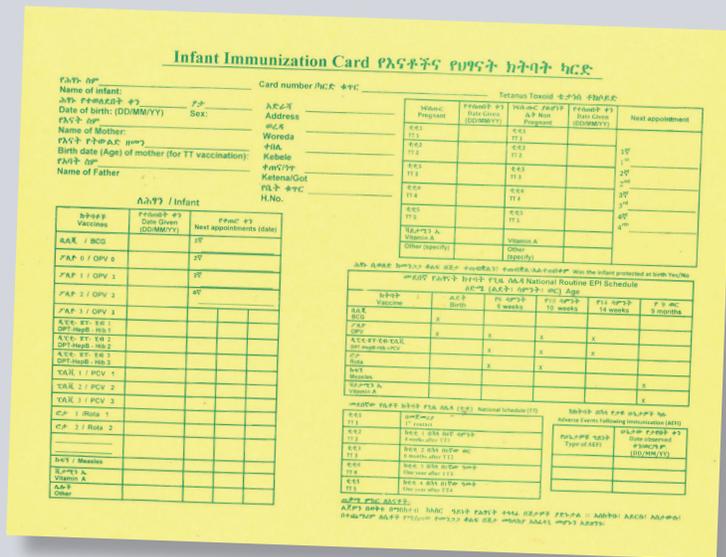


Figura 4. Cartão de vacinação da OMS da Etiópia.

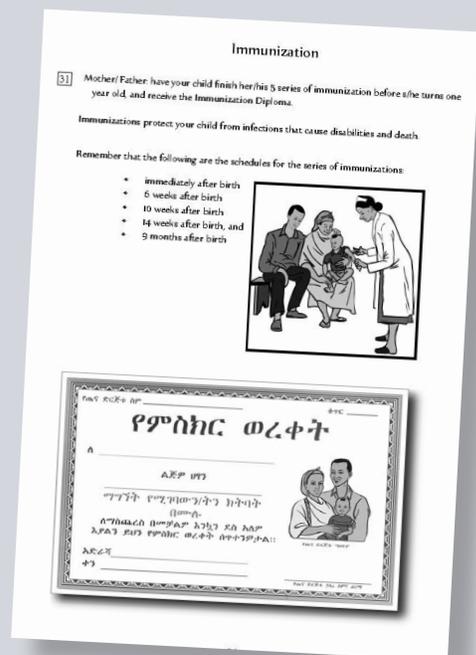


Figura 5. Página do RD da Etiópia que mostra o diploma de vacinação e as principais mensagens.

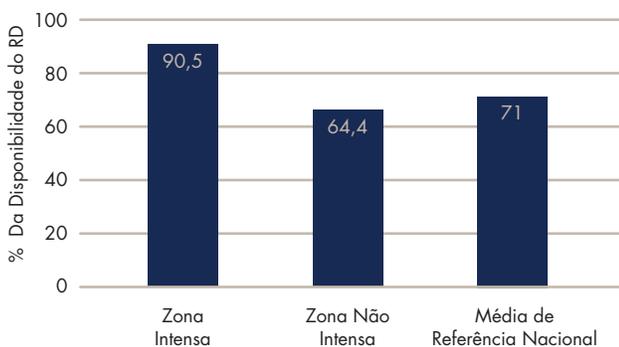
# AValiação DO IMPACTO DA REFORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Compreender o impacto de um RD reformulado tem sido uma área subvalorizada na maioria dos países, apesar da importância dos dados do RD utilizados em estudos. Os projectos que têm apoiado os esforços de reformulação do RD têm uma retenção comparativa antes e após a reformulação para avaliação do sucesso. Contudo, a reformulação tem feito parte de um conjunto mais vasto de intervenções, por isso poderá ser difícil avaliar o verdadeiro impacto do novo RD em relação à cobertura da vacinação e separá-lo de outras intervenções.

Em Madagascar, a estudo em dois distritos do projecto

BASICS, em 1998<sup>7</sup>, mostrou que a disponibilidade do RD era de 90,5% (altamente significativo com  $p < 0,000001$ ) na zona intensa, enquanto as zonas não intensas apresentavam uma queda não significativa de 64,4% da cobertura relacionada com a referência de base do país de 71% (Figura 6). Com base na experiência desses distritos, enquanto parte de uma estratégia mais vasta de saúde maternal e infantil implementada pelo projecto Jereo Salama Isika da USAID a partir de

**Figura 6. Disponibilidade do RD em Madagascar. BASICS 1998.**



do RD foi superior nas áreas de intervenção do que em nas áreas onde não houve intervenção em ambas as regiões (vide Tabela 1). Entre as crianças com 12-23 meses estudadas, 56% das que estavam nas áreas de intervenção em Antananarivo tinham um RD, comparativamente a apenas 10% nas áreas onde não houve intervenção. Em Fianarantsoa, 31% tinha um RD nas áreas de intervenção, comparativamente a 22% em áreas onde não houve intervenção.

Além disso, em Antananarivo, as crianças na área de intervenção que possuíam um RD tinham 2,5 vezes (88% vs. 36%) mais probabilidade de estarem totalmente vacinadas até ao primeiro ano de idade, comparativamente às que não possuíam um RD. Em Fianarantsoa, havia 75% mais de probabilidade (68% vs. 39%) de estarem totalmente vacinadas.

Em ambas as regiões, os dados do EDS de 2003 mostraram que mais de 90% das crianças com 12-23 meses nas áreas de intervenção tinham levado as vacinas da BCG e DPT1, comparativamente a cerca de 75% das crianças que levaram a vacina da BCG e 77% das crianças que levaram a vacina DPT1 nas áreas onde não houve intervenção. Comparati-

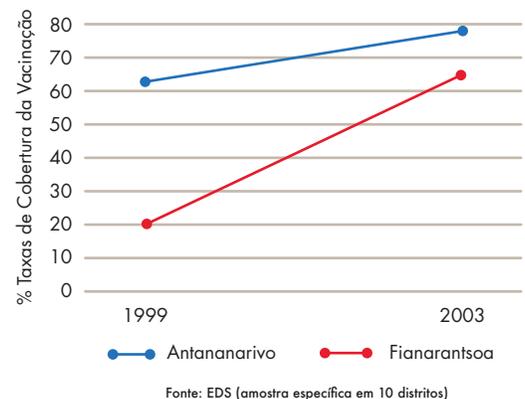
**Tabela 1**

	Antananarivo	
	Intervenção	Não intervenção
Mais probabilidade de serem totalmente vacinadas até ao primeiro ano de idade	88	36
Cobertura da BCG	96	73
Cobertura da DPT1	96	74
Tinha um RD	56	10

1998, acreditava-se que o RD revisto tinha contribuído para a melhoria da cobertura das taxas de vacinação nas duas províncias<sup>8</sup>. Um manuscrito não publicado a destacar as conclusões do projecto Jereo Salama Isika documenta ainda um aumento da cobertura de vacinação de 1999 a 2003 em dez distritos em Antananarivo e Fianarantsoa. Conforme mostra a Figura 7, as comparações das taxas de vacinação do EDS ao longo do tempo em cada província apresentaram uma alteração significativa na proporção de crianças com 12-23 meses de idade que foram totalmente vacinadas no momento do estudo (de 63% a 76% em Antananarivo e de 19% a 65% em Fianarantsoa)<sup>9</sup>.

Especificamente à retenção do cartão, a disponibilidade

**Figura 7. Aumento das Taxas de Cobertura da Vacinação em Dez Distritos em Antananarivo e Fianarantsoa. Projecto Jereo Salama Isika da USAID.**



<sup>7</sup> Estudo do Agregado familiar sobre o Estatuto de Saúde e Nutricional de Crianças, Antsirabe II e Fianarantsoa II, Setembro de 1998.

<sup>8</sup> Observação: Embora o estudo tenha sido realizado em coordenação com o EDS para fazer uma amostragem das áreas de intervenção, esta análise ao estudo da cobertura não considerou outras potenciais diferenças entre as populações que poderiam confundir/influenciar a relação e o impacto observados sobre a cobertura da vacinação.

<sup>9</sup> Dados regionais de referência do EDS de 1997 e linha de chegada do EDS de 2003, com amostras separadas de áreas de intervenção.

Um estudo de 2004 ao abrigo do projecto LINKAGES nas províncias de Antananarivo e Fianarantsoa em Madagáscar mostrou também fortes melhorias e manutenção da cobertura da vacinação.

vamente a crianças que vivem em áreas onde não houve intervenção, mais crianças levaram também a terceira dose das vacinas DPT e Poliomielite nas áreas de intervenção em ambas as regiões). Conforme apresentado na Figura 8, em Antananarivo, a toma da BCG foi 23% superior (96% vs. 73%) na área de intervenção e a DPT1 foi 22% (96% vs. 74% para cartão e lembrança) superior do que em áreas onde não houve intervenção. Em Fianarantsoa, a toma da BCG foi 15% superior na área de intervenção e a da DPT1 11% superior.

Um estudo de 2004 ao abrigo do projecto LINKAGES nas províncias de Antananarivo e Fianarantsoa, em Madagáscar, mostrou também fortes melhorias e manutenção da cobertura da vacinação. Conforme apresentado na Figura 8, em 2000, a taxa de referência de bebés que foram completamente vacinados (criança que levaram a vacina da BCG, três doses de DTP e poliomielite e as vacinas contra o sarampo) era de apenas 55%; contudo, a taxa de referência da cobertura da vacinação da BCG era de 92%, mas apenas 57% eram vacinados contra o sarampo.

Segundo estudos de progresso anual (RAP) realizados pelo projecto em 2001, 2002 e 2004, os resultados indicavam que a vacinação completa de crianças dos 12 aos 23 meses de idade nas províncias aumentou todos os anos de 87%, 88% para 91%<sup>10</sup>, respectivamente. A taxa de desistência (BCG - MCV) na referência era de 40% e os resultados do RAP de 2004 mostraram que a taxa de desistência reduziu para um número muito baixo de 5% (de 10%) em 2002.

Na Etiópia, uma avaliação da comunidade em woredas focadas no projecto ESHE concluiu que a disponibilidade dos cartões de vacinação aumentou de 31% no momento de referência do ESHE (2004) para 54% na avaliação comunitária de 2006<sup>11</sup>.

Em Amhara, o acesso a serviços de vacinação, definidos por DPT1, melhorou significativamente, de 63% para 84% ( $p < 0,01$ ). A percentagem de crianças com 12-23 meses de idade que foram totalmente vacinadas registou um aumento significativo, de 40% para 48% ( $p < 0,05$ ). A taxa de desistência da DPT1 para a DPT3 mostrou uma melhoria significativa da referência para a avaliação da comunidade (22% para 13%). Da mesma forma, na Região das Nações, Nacionalidades e Povos do Sul, o acesso a serviços de vacinação tinha aumentado para 93% comparativamente a 66%, e a percentagem de crianças que foram totalmente vacinadas tinha aumentado de 38% para 54%. A taxa de desistência da DPT1 para a DPT3 também apresentou uma melhoria significativa da referência em áreas do projecto, de 29% para 12%.

Figura 8. Cobertura da Vacinação de Crianças (12-23 meses)

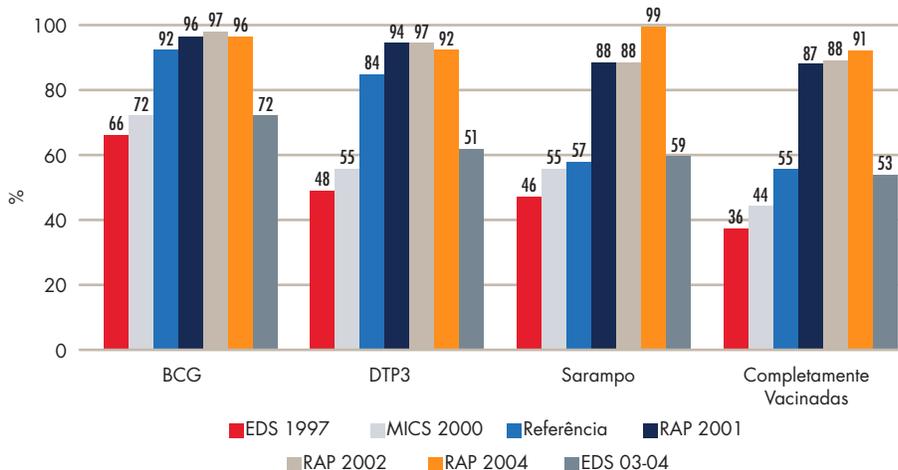
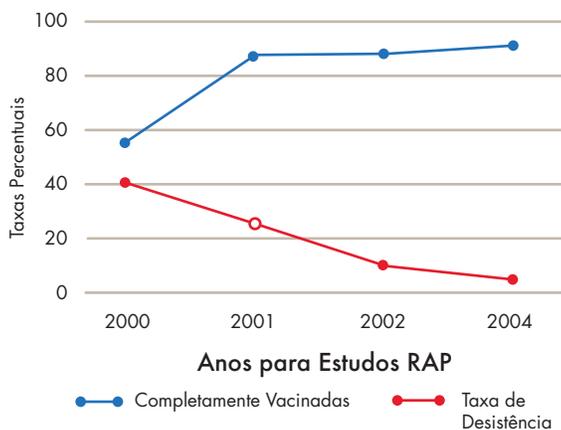


Figura 9. Melhorias na Cobertura da Vacinação em Antananarivo e Fianarantsoa Estudo LINKAGES RAP



<sup>10</sup> "Assessing a Behavior Change Strategy for The Essential Nutrition Actions, Immunization and Family Planning — Antananarivo and Fianarantsoa Provinces, Madagascar." Relatório Final de 2004 do RAP.

<sup>11</sup> Avaliação da Comunidade em Woredas Seleccionadas pelo ESHE em Amhara, Oromia e na Região das Nações, Nacionalidades e Povos do Sul Regiões, Etiópia, USAID, Projectos ESHE e LINKAGES, Junho de 2006.

# CONSIDERAÇÕES A ESTAS EXPERIÊNCIAS DE REFORMULAÇÃO DO RD

## Compromisso das partes interessadas

Uma das mais importantes lições das experiências de Madagascar e Etiópia é envolver activamente as várias partes interessadas no processo de reformulação. Uma equipa de trabalho IEC é útil na coordenação e condução do processo e deve incluir as diferentes organizações, bem como um designer. Esta equipa de trabalho deve liderar o desenvolvimento da mensagem e os processos de reformulação do cartão. Se o novo RD for integrado, é também importante incluir alguém de cada área do programa (ou seja, vacinação, nutrição, saúde infantil, etc.) para garantir as aprovações atempadamente. Os utilizadores finais também precisam de ser considerados desde os passos iniciais da reformulação e o envolvimento frequente com cada grupo de utilizadores é necessário para garantir que as respectivas experiências e interacções com o RD são consideradas.

Os esforços de defesa a todos níveis do sistema são igualmente necessários para garantir a aceitação bem-sucedida de um RD com um novo design, bem como para garantir a sustentabilidade, incluindo o financiamento, além da impressão inicial.

### PRINCIPAIS PARTES INTERESSADAS ENVOLVIDAS NA REFORMULAÇÃO

- **Utilizadores finais:** Profissionais da área da saúde, Pais e prestadores de cuidados e o Sistema de saúde
- **PAV e outros programas (como por exemplo o MNCH) com secções no RD**
- **UNICEF, OMS, e outros parceiros (como por exemplo a USAID e outros bilaterais ou doadores)**
- **Ministério das Finanças**
- **Designer Gráfico**

## Reformulação – Artistas e Elementos a Considerar

Os diversos informadores principais destacaram que um designer competente e profissional é essencial para a reformulação de um RD. Várias pessoas observaram que vale a pena o dinheiro extra dispensado para encontrar um artista que pode criar um design simples e claro e que trabalhe através do processo de testes e revisões até o design final ser seleccionado. Um designer altamente qualificado poderá também ser capaz de incorporar e organizar visualmente grandes quantidades de informação num formato intuitivo.

### ELEMENTOS RECOMENDADOS DE REFORMULAÇÃO A CONSIDERAR

- **Designer profissional**
- **Design e formato simples**
- **Minimizar as ilustrações para as que sejam significativas para os utilizadores**
- **Utilizar apenas as principais informações que possam ser registadas e controladas para acção**
- **Testar o RD com vários grupos de utilizadores antes da finalização**

Juntamente com um designer de talento, é imperativo manter o design simples recorrendo a menos caixas e removendo informações que não sejam importantes ou que não sejam controladas (ou movendo outros conteúdos menos utilizados para a parte de trás de um cartão com várias páginas). Ao reformular um RD, o conteúdo existente deve ser revisto para determinar se é essencial ou se pode ser removido ou incluído noutros materiais de comunicação de alteração do comportamento (BCC) ou ferramentas de comunicação<sup>12</sup>. O design deve também alinhar as necessidades dos vários utilizadores, incluindo a forma como os profissionais da área da saúde estão a registar as informações e a forma como outros grupos estão a utilizar o cartão para a tomada de decisões. Outras informações que foram anteriormente incluídas poderão ser menos importante (ou poderão não estar completas sem a devida formação e controlo), por isso é bom ser-se

<sup>12</sup> Por exemplo, quadros separados para rapazes e raparigas de peso por idade e altura por idade encontram-se agora incluídos no RD de Madagascar. Contudo, as cores e as páginas adicionais aumentaram o custo dos cartões e os quadros no RD não estão a ser preenchidos pelos colaboradores dos estabelecimentos de saúde; mais faltas de stocks de cartões foram comunicadas em 2014 e 2015. O estudo de cobertura da vacinação de 2013 também demonstrou apenas 55% de disponibilidade dos cartões em média a nível nacional (comparativamente a >70% do estudo de cobertura da vacinação de 2008).

rigoroso e implacável ao decidir o que manter no novo RD, nomeadamente para ajudar a reduzir os custos de produção. Um bom design segue o pensamento lógico, contém pistas visuais e inclui um estímulo para lembrar aos prestadores de cuidados a próxima data de regresso. Um bom especialista em comunicação pode ajudar a determinar que informações devem ser incluídas e o que pode ser excluído ou movido para outra secção.

As ilustrações são excelentes para ajudar a alcançar populações pouco alfabetizadas com mensagens adaptadas e para criar mais valor e apropriação ao RD da parte de muitos utilizadores. À semelhança do que é feito com todos os designs, as ilustrações devem ser simples e atractivas. As ilustrações devem ser mínimas, apenas as principais informações para serem tomadas medidas, ou limitadas à página de rosto. AS fotografias são outra opção a incluir, mas tal poderá não ter o mesmo efeito do que as ilustrações, que são mais genéricas e aceitáveis para alcançar um público mais vasto e talvez mais culturalmente diverso. Quaisquer imagens utilizadas devem ser testadas antes da reformulação do RD ser finalizada por forma a garantir que são identificadas por todos utilizadores.

## Importância dos Cartões Enquanto Parte de uma Estratégia de Comunicação

Tanto Madagáscar como a Etiópia focaram-se no aspecto da comunicação do RD ao conceberem um cartão que pode ser utilizado pelo sistema de saúde para rastrear e comunicar, assim como facilitar o trabalho da saúde e promover e educar os pais. O RD, por conseguinte, não serve apenas como ferramenta para o sistema de saúde e para os prestadores de cuidados, mas também como um recurso fundamental de uma estratégia de comunicação abrangente em que os RD fazem parte de um pacote de materiais de referência dos profissionais da área da saúde, mobilizadores comunitários e educadores. (Vide imagem, que mostra várias ferramentas utilizadas em Madagáscar: os cartões de saúde maternal e infantil, o diploma de vacinação, os cartões tipo pasta para gerar as devidas listas e outros formulários de rastreio.) Por conseguinte, embora o cartão tenha sido originalmente concebido como um registo de vacinas (e outros serviços de saúde) recebidos por uma criança, a função do RD alargou-se agora por forma a ter outras finalidades, tais como ser uma ferramenta de comunicação da alteração do comportamento. Em muitos casos, a motivação para iniciar a reformulação do RD é originada por determinadas intervenções ou enquanto parte de uma estratégia de comunicação mais vasta; contudo, durante este processo de reformulação, é importante lembrar também a utilização diária dos RD enquanto registo de vacinas e ferramenta de comunicação (vide Estratégia da IEC de Madagáscar no Anexo I).



**Várias ferramentas utilizadas em Madagáscar, incluindo os cartões de saúde maternal e infantil, o diploma de vacinação, os cartões por pasta para geração de listas e outros formulários de rastreio.**

Tanto em Madagáscar como na Etiópia, o novo RD foi introduzido enquanto parte de uma intervenção mais vasta que incluiu um diploma que as famílias receberam quando os filhos ficaram totalmente vacinados. Ficou provado que o diploma era uma ferramenta eficaz em ambos os países e um incentivo para encorajar os pais a continuar a vir para a vacinação e para os serviços de saúde infantil, compreendendo que receberiam o diploma quando os filhos concluíssem a série completa de vacinas (ou seja, através do contacto com o sarampo) antes do primeiro aniversário da criança. O projecto ESHE fez uma avaliação da comunidade no seu woredas de foco nas Região das Nações, Nacionalidades e Povos do Sul da Etiópia em Junho de 2006, incluindo a avaliação do impacto do diploma sobre comportamentos com famílias-modelo. Entre os que receberam publicamente o diploma impresso, os comportamentos tiveram mais probabilidade de ser sustentados 6-12 meses mais tarde. Mesmo com esta medida de sucesso, o projecto decidiu não continuar a imprimir o diploma porque era difícil garantir a sua entrega ao nível do posto de saúde. No estudo de cobertura de 2008 em Madagáscar, aproximadamente 46% das crianças estudadas tinham um diploma. O diploma é ainda utilizado no país; contudo, a impressão e distribuição do mesmo não é regularmente assegurada a nível nacional.

# Sustentabilidade do Cartão

A logística e impressão de cartões e materiais de BCC constituem sempre um problema, como demonstrado nos exemplos destes dois países. Se a UNICEF ou os doadores pararem de imprimir cartões ou outros materiais, partes do país sofrerão faltas de stocks que podem durar vários meses e até mesmo anos (tal como foi o caso intermitente em partes de Madagáscar desde 2011). A falta de uma garantia de financiamento para a impressão e a disseminação a mais longo prazo é outro obstáculo para o sucesso. O financiamento do RD é ad hoc e, frequentemente, depende da UNICEF, da Gavi ou de projectos (como por exemplo os que são financiados pela USAID em determinadas áreas). Além disso, frequentemente, a unidade do PAV deve assumir a liderança na garantia da impressão e da distribuição, embora existam outros elementos integrados no RD que aumentaram a dimensão e o custo, e para os quais outras unidades do MS devem ser responsáveis e co-financiadoras.

A falta de garantia de financiamento a mais longo prazo para impressão e disseminação do RD é outro obstáculo para o sucesso.

**Immunization**

NAME OF HEALTH CENTER: \_\_\_\_\_

**DIPLOMA**

To: \_\_\_\_\_ Child

has completed all the necessary immunizations. Congratulations.

Address: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**24** Mother/Father, have your child finish the complete series of immunizations before his/her first birthday. This will protect him/her from child killer diseases. In addition, he/she will receive his/her first diploma.

IMMUNIZATIONS					
At birth 1	6th week 2	10th week 3	14th week 4	9th month 5	
Date	Next appointment	Next appointment	Next appointment	Next appointment	
BCG	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Measles	
Date	Date	Date	Date	Date	
Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3		
Date	Date	Date	Date	Date	

10

## Secção de Vacinação do RD integrado da Etiópia.

de os cartões não serem actualizados. As alterações aos quadros de controlo do crescimento e a introdução de cartões separados para rapaz e rapariga constituíram igualmente desafios (conforme observado anteriormente com Madagáscar), pois aumentaram os custos (páginas e cores) e a utilização destas secções não é criteriosamente controlada. De igual modo, se o RD for integrado com múltiplas páginas e cores, todos os programas que tenham incluído conteúdos devem partilhar o custo sustentado de produção e disseminação e controlar a disponibilidade e utilização do RD por forma a evitar faltas de stocks e garantir a disponibilidade para cada nova coorte de nascimento.

Em anos recentes, muitos países optaram por avançar para um cartão de saúde infantil integrado em vez de ter múltiplos cartões para diferentes programas. As vantagens de ter um cartão integrado têm sido documentadas noutros documentos<sup>13</sup>. Contudo, os nossos principais informadores também partilharam alguns dos desafios colocados por um cartão integrado. For exemplo, a vacinação tem o potencial de se perder num cartão integrado mais vasto e as revisões de se atrasarem (por exemplo para incluir novas vacinas ou se forem necessárias várias aprovações e alinhamento de áreas programáticas). Poderá argumentar-se que este foi o caso na Etiópia, onde apenas existe meia página dedicada à vacinação, e onde não há espaço para os profissionais da área da saúde enumerarem e registarem as datas de cada antigénio que a criança recebeu (como por exemplo, PCV, rotavírus, etc.).

Se forem feitas alterações a um RD integrado, a revisão e aprovação são frequentemente necessárias da parte de cada programa que tenha uma secção no cartão. Isto cria vários atrasos na aprovação e lançamento de novos designs, nomeadamente se uma IEC ou se a equipa de trabalho Child Survival (conforme sublinhado anteriormente) não liderar nem coordenar bem este processo de forma atempada e a considerar as necessidades de cada programa. For exemplo, os programas de vacinação precisam de um RD para cada criança na coorte de nascimento e para cada vacina dada, por isso os atrasos na produção provocam o risco de alguns antigénios não serem registados e/ou

Parte do processo de introdução é a planificação antecipada e a garantia do financiamento para impressão e distribuição a mais longo prazo. Sem a implementação dos recursos, não importa a forma como o RD vai ser concebido, pois não será um sucesso.

# Resumo das Lições Aprendidas

Os principais informadores entrevistados para este estudo de caso partilharam várias lições aprendidas das suas experiências com a reformulação do RD em Madagáscar, na Etiópia e noutros países nos últimos 15-20 anos. A lição mais importante partilhada por todos é que não basta apenas a reformulação de um RD para garantir uma maior disponibilidade e

utilização. Muitos outros factores entram para a reformulação e o lançamento bem-sucedidos, incluindo: (1) a garantia de que os cartões são impressos em quantidades suficientes e a longo prazo, (2) existência de mecanismos para distribuição aos distritos, depois aos estabelecimentos de saúde e, por fim, aos promotores de saúde e prestadores de cuidados; (3) realização de formações sobre o porquê de os cartões serem ferramentas importantes; e (4) apoio às reuniões de revisão de acompanhamento e supervisão formativa por forma a destacar a utilização dos cartões. Tal requer o compromisso sustentado do MS de modo a garantir o sucesso, e frequentemente o apoio, de outros parceiros.

É também importante limitar e simplificar as mensagens incluídas, pois as famílias podem ficar impressionadas pela quantidade de acções de saúde que devem realizar e os promotores de saúde precisam de orientações sobre a forma de utilizarem o RD. O RD mais bem-sucedido tem um equilíbrio entre as mensagens de alteração do comportamento e ferramenta de comunicação para os serviços

recebidos. Alguns RD, tal como é agora o caso na Etiópia, são principalmente utilizados para comunicação, enquanto outros são meros registos dos serviços de saúde. Ao combiná-los, um RD pode levar informações a uma família servindo também de ferramenta para o profissional da área da saúde e para a comunicação do serviço.

## RECURSOS PARA A REFORMULAÇÃO DE UM REGISTO DOMICILIÁRIO

[Practical Guide for the Design, Use and Promotion of Home-Based Records in Immunization](#), Organização Mundial de Saúde, Junho de 2015

[Records for Life](#), Fundação Bill & Melinda Gates, 2014

e preencher. Por fim, ao formular um novo cartão ou ao reformular conteúdo adicional, é importante desenvolver oportunidades e financiamento para controlo e avaliação, de modo a rastrear a disponibilidade e a utilização. Tal deve ser uma responsabilidade partilhada por todos os programas do MS com conteúdos no RD.

## ELEMENTOS CRÍTICOS AO REFORMULAR O RD

- **Ministério como campeão**
- **Estratégia de BCC a acompanhar a reformulação e a disseminação**
- **Prazo acordado para actualizar, finalizar e garantir a impressão e disseminação, incluindo financiamento a longo prazo**
- **Estratégia logística para disseminação e controlo da distribuição do cartão e níveis de stock**

As conclusões específicas relacionadas com os elementos de design incluíam a garantia de que o RD era fácil para os pais percorrerem e compreender e podiam incluir uma codificação com cores em cada secção e recorrer a gráficos e imagens/fotografias aceitáveis. O design deve também ser simples para os promotores de saúde e profissionais da área da saúde poderem fazer referência

As informações para estes estudos de casos foram reunidas através de uma série de entrevistas informativas realizadas por Lora Shimp e Kirstin Krudwig do JSI Research & Training Institute, Inc aos principais contactos e respectivas filiações no momento da reformulação do RD observada na lista abaixo. A investigação incluiu também uma revisão de relatórios, artigos e outros materiais publicados ou produzidos durante os períodos de tempo em que as reformulação do RD estavam a ser feitas. Os autores desejam agradecer a essas pessoas pelo tempo dispensado e o acesso aos respectivos ficheiros/documentos, e agradecer em especial aos colaboradores de Madagáscar, aos colegas do Ministério da Saúde e das comunidades que trabalharam e colaboraram nestes projectos.

## LISTA DE ENTREVISTAS

Mary Carnell, JSI, Projecto Jereo Salama Isika e ESHE II

Agnes Guyon, JSI, LINKAGES

Peter Gottert, antigo AED, trabalhou em vários projectos em Madagáscar e na Etiópia

Brian Mulligan, JSI, ESHE II

Alban Ramiandrisoa Ratsivalaka, designer gráfico malgaxe

Wuleta Betemariam, JSI Projecto L10K

Kassahun Mitiku, JSI Projecto L10K

Jaures Rabemanantena, Jereo Salama Isika e IMMUNIZATIONbasics

Josoa Ralaivo, Jereo Salama Isika e SanteNet

# PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

## Design e Processo

- Envolver os utilizadores finais é uma parte integrante do desenvolvimento de um RD. Especificamente, a experiência de Madagáscar demonstrou que as famílias e as comunidades podem envolver-se através de pequenas acções realizáveis que foram incluídas no RD para referência e utilização por parte do prestador de cuidados e do profissional da área da saúde.
- Ao reformular um RD, é altamente recomendada a contratação de um designer gráfico competente e profissional que pode criar um design simples e claro e que trabalhe através do processo de testes e revisões até ao design final ser seleccionado.
- Ilustrações simples e atractivas que possam ser identificadas por todos utilizadores devem ser incluídas no RD, especialmente para ajudar a alcançar populações pouco alfabetizadas com mensagens adaptadas.
- É importante desenvolver tempo suficiente para apoiar a transição de um RD antigo para a nova versão, incluindo tempo para a gestão e disponibilidade dos stocks e familiarização dos utilizadores com as alterações.

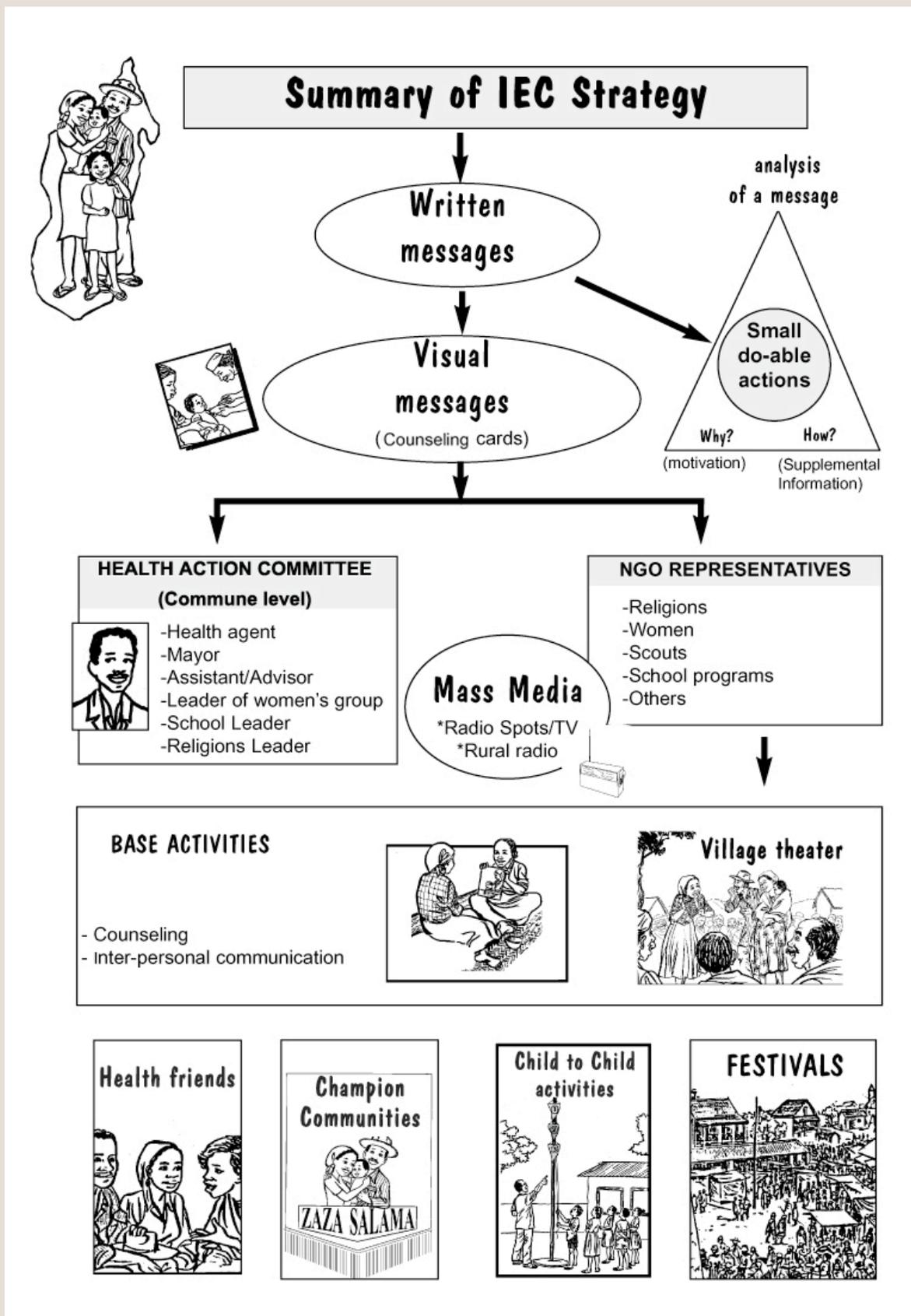
## Financiamento, Disponibilidade e Utilização

- A coordenação no Ministério da Saúde entre diferentes unidades (ou seja, vacinação, saúde infantil, nutrição e planeamento familiar) poderá ser necessária para garantir a disponibilidade suficiente do novo RD.
- É crítico garantir a fonte de financiamento sustentável para apoiar a impressão e disseminação dos cartões a mais longo prazo. Além disso, a unidade do PAV e outras unidades no MS devem ser responsáveis e cofinanciadoras.
- Os esforços de defesa a todos níveis do sistema são necessários para garantir a aceitação bem-sucedida de um RD com um novo design.
- Envolver mobilizadores nas comunidades para reforçar a utilização destas ferramentas: Profissionais de extensão de saúde da comunidade na Etiópia e Agentes Comunitários em Madagáscar tornaram-se desviantes positivos (famílias-modelo) e fizeram demonstrações aos utilizadores nas comunidades.
- Considerar e incluir, se necessário, mais orientação e directrizes (como por exemplo durante a formação, controlo e supervisão) dos profissionais da área da saúde para os profissionais da área da saúde para destacar a utilização do RD com as famílias e ajudá-los a reconhecer a importância da ferramenta.

## Lições Aprendidas

- Na Etiópia, o desejo de obtenção de um registo de vacinação que fosse de simples utilização e compreensão para os profissionais da área da saúde, os promotores de saúde e os prestadores de cuidados era central aos processos de reformulação.
- Na Etiópia, a responsabilidade e propriedade do processo de reformulação do cartão da parte do Ministério da Saúde ajudaram a manter o controlo da versão do cartão.
- Em Madagáscar, uma campanha publicitária foi fundamental para a introdução do novo cartão e para garantir a aceitação e utilização por parte da comunidade.
- Em Madagáscar e na Etiópia, ficou provado que o diploma de vacinação completa era uma ferramenta eficaz em ambos os países e um incentivo para encorajar os pais a continuar a vir para a vacinação e para os serviços de saúde infantil.
- O RD integrado têm os seus próprios desafios que não são vistos nos cartões apenas destinados à vacinação. For exemplo, se for necessário fazer alterações a um cartão integrado, existem atrasos devido à revisão e aprovação de várias unidades do programa. A vacinação também tem o potencial de se perder num cartão integrado mais vasto. Além disso, nem todos os conteúdos num RD integrado podem ser sempre rastreados ou controlados por forma a garantir a conclusão e utilização, aumentando assim potencialmente o custo de impressão para informações que não são recolhidas.
- Tanto em Madagáscar como na Etiópia, o RD é uma parte fundamental de uma estratégia de comunicação abrangente.

# ANEXO I: ESTRATÉGIA DA IEC DE MADAGÁSCAR







1616 N. Fort Myer Drive, 16th Floor

Rosslyn, VA 22209-3110

Telephone: 1.703.528.7474

Fax: 1.703.528.7480

[www.jsi.com/immunization](http://www.jsi.com/immunization)