

**Comunicação sobre a Vacinação de Rotina  
e a Erradicação da Polio:  
Sinopse de cinco estudos de casos em países  
subsarianos**

**Junho de 2000**

## Índice

Agradecimentos.....	2
Abreviaturas.....	3
Introdução.....	4
Metodologia de Base.....	4
Conclusões.....	4
1- Jornadas Nacionais de Vacinação contra a Polio .....	4
1.1 Cobertura pelas JNV .....	4
1.2 Associação das JNV com outros problemas de saúde.....	5
2- Integração da erradicação da Polio no PAV de rotina .....	5
3- Vigilância da PFA .....	6
4- Varrimento.....	6
5- A comunicação na erradicação da Polio .....	6
5.1 Planear e implementar a comunicação sobre a erradicação da Polio ..	6
5.2 Monitorizar e avaliar a comunicação sobre a erradicação da Polio ....	9
5.3 Estratégias eficazes e inovadoras.....	9
6- Mais valia da erradicação da Polio .....	12
7- Problemas específicos da erradicação da Polio.....	13
Recomendações.....	17
1-Melhorar o acesso a dados fiáveis sobre a cobertura pela vacinação.....	17
2-Reforçar a educação sanitária .....	17
3- Melhorar a integração do PAV de rotina e da vigilância da PFA nas actividades de erradicação da Polio .....	18
4-Destinar recursos à realização de investigação de qualidade .....	18
5-Conceber intervenções mais estratégicas em comunicação.....	19
6-Aumentar e sustentar a participação comunitária na erradicação da Polio e no PAV .....	19
7-Aproveitar a dinâmica e as estruturas criadas pelas JNV para melhorar o PAV de rotina .....	19
8-Reforçar a monitorização e avaliação e os sistemas de supervisão.....	20
9-Desenvolver uma cultura de serviços de saúde orientados para o cliente..	20
10-Institucionalizar a parceria com a comunicação social.....	20
11-Desenvolver uma parceria de longo prazo com o sector privado.....	21

## **Agradecimentos**

Este relatório é o resultado de um esforço de colaboração entre vários parceiros: Ministérios da Saúde, OMS, UNICEF e USAID, por intermédio dos seus subsidiários BASICS e CHANGE. O financiamento deste projecto foi generosamente assumido pela USAID. A todos quantos contribuíram para este relatório agradecemos o tempo e o trabalho despendidos.

## Abreviaturas

PFA	Paralisia Flácida Aguda
BASICS	Basic Support for Institutionalising Child Survival (Apoio de Base para Institucionalizar a Sobrevivência Infantil)
BCG	Bacilo de Calmette et Guérin (vacina contra a tuberculose)
CHANGE	The Communication for Behaviour Change Project (Projecto de Comunicação para a Mudança de Comportamentos)
DTT	Difteria, Tosse Convulsa e Tétano
PAV	Programa Alargado de Vacinação
ICC	Interagency Co-ordination Committee (Comissão Coordenadora Interagências)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IPC	Inter-personal Communication (Comunicação Interpessoal)
JHU-PCS	Universidade de John Hopkins - Programa para a Sobrevivência das Crianças
KAPB	Knowledge, Attitudes, Practices and Behaviours (Saberes Atitudes, Práticas e Comportamentos)
MOH	Ministry of Health (Ministério da Saúde)
ONG	Organização não-Governamental
NHC	Neighbourhood Health Committee (Comissão Sanitária de Bairro)
OPV	Oral Polio Vaccine (Vacina Oral da Polio)
PE	Polio Eradication (Erradicação da Polio)
JNV	Jornadas Nacionais de Vacinação
SMCs	Social Mobilisation Committees (Comissões de Mobilização Social)
JSNV	Jornadas Sub-Nacionais de Vacinação
ONU	Organização das Nações Unidas
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para as Crianças)
USAID	United States Agency for International Development (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)
WHO	Organização Mundial de Saúde

## **Introdução**

Em Outubro e Novembro de 1999, foram efectuados vários estudos de casos em cinco países subsarianos. Os objectivos gerais eram: a) documentar actividades de comunicação para a erradicação da polio, a vacinação de rotina e a vigilância; b) promover um intercâmbio de experiências eficazes e inovadoras; e c) fazer recomendações para melhorar as intervenções em comunicação. Esta iniciativa constituiu um esforço de colaboração empreendido pelos Ministérios da Saúde dos países visitados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e os seus subsidiários (BASICS, CHANGE and JHU-PCS). Os países visitados foram a República Democrática do Congo (RDC), Mali, Moçambique, Nigéria e Zâmbia.

Este documento apresenta um sumário analítico dos relatórios dos cinco países. Dá-se em primeiro lugar uma panorâmica do planeamento e de estratégias eficazes de comunicação; seguidamente, são analisadas as questões específicas da erradicação da polio, na perspectiva dos cinco estudos. Apresentam-se, por fim, as principais recomendações dos estudos.

## **Metodologia de base**

Em cada país, os estudos de casos foram efectuados por equipas inter-agências de quatro ou cinco pessoas, durante um período de 10 a 15 dias. De modo geral, as equipas visitaram a capital e duas províncias. As províncias visitadas deviam incluir uma com elevada cobertura por Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) e outra com baixa cobertura. Em cada província, as equipas visitaram dois distritos, novamente um com elevada cobertura por JNV e outro com baixa cobertura. A recolha dos dados implicou primeiramente a análise de documentos, entrevistas semi-orientadas a informadores chave e observações.

## **Conclusões**

### **1-Jornadas Nacionais de Vacinação contra a Polio**

Todos os países estudados iniciaram as suas JNV contra a polio em 1996/97, excepto a RDC, onde as JNV foram implementadas pela primeira vez em 1999, após os Dias de Tranquilidade negociados pelas Nações Unidas. Antes de 1999, apenas se realizaram Jornadas Subnacionais de Vacinação (JSNV) em 5 das 11 províncias da RDC.

#### **1.1 Cobertura pelas JNV**

Nos países visitados, a cobertura oficial pelas JNV contra a polio foi melhorando de ano para ano, desde o início das campanhas. Por exemplo, a cobertura pelas JNV (alvo: crianças dos 0 aos 59 meses) começou com uns modestos 47 por cento durante a primeira fase da Nigéria, tendo subido até aos 108 por cento em 1998. Em 1999, todos os países visitados tinham registado uma média nacional de cobertura pelas JNV superior a 95 por cento, com a excepção da RDC. No entanto, com mais de 8 milhões de crianças vacinadas, a cobertura pelas JNV na RDC era, apesar de tudo, considerada um grande sucesso, face à situação de conflito no país.

Houve, entretanto, alguma preocupação no que respeita à capacidade de os dados reflectirem a real situação dos países, quanto à cobertura pelas JNV. As causas apontadas para uma possível falta de fiabilidade foram: as frequentes ou contínuas deslocações das populações, em especial

nas zonas fronteiriças; a falta de confiança nos dados dos censos usados para calcular as populações alvo; e o facto de a contagem das crianças vacinadas fora da população alvo (i.e. crianças com mais de 59 meses de idade) ser considerada no numerador, mas não no denominador. Estas três causas foram comuns a pelo menos dois dos cinco países visitados.

O exemplo da Zâmbia ilustra a incerteza quanto aos dados da cobertura: todos os resultados das JNV de quatro anos acusam certas discrepâncias entre os totais do Centro Nacional de Estatística e as contagens dos distritos sanitários.

## 1.2 Associação das JNV com outros problemas de saúde

Os antígenos administrados durante os primeiros anos das JNV em quatro dos cinco países limitaram-se à vacina oral da polio. Posteriormente, os países começaram a incluir um suplemento de vitamina A. Em 1999 foi também acrescentada a vacina contra o sarampo em zonas seleccionadas de alto risco, como os distritos urbanos da RDC, Moçambique, Zâmbia e na região de Kidal, no norte do Mali.

## 2 – Integração da Erradicação da Polio e do PAV de rotina

Nos países visitados, será necessário reforçar a integração das actividades de erradicação da polio e do programa alargado de vacinação (PAV). Por exemplo, foram poucos os materiais de comunicação da polio que também promoviam a vacinação de rotina. Existe, além disso, um grande contraste no que toca à energia e à publicidade, ao empenhamento e aos recursos concentrados nas JNV, em comparação com os do PAV. Não admira que, nos países visitados, o PAV seja referido como estando em estagnação ou em retrocesso.

Os obstáculos referidos como contrários à optimização dos serviços do PAV cabem em três categorias principais:

- 1) *Falta de recursos*: A limitação dos recursos, como insuficiência de verbas para a gasolina e os *per diem* e a escassez de vacinas foram obstáculos identificados no Mali, Moçambique e Zâmbia. Na Zâmbia foi referida a falta de pessoal em todos os níveis. Não havia equipamento (seringas e agulhas) em Moçambique e na Nigéria. Na Zâmbia, a cadeia de frio não dava resposta adequada, faltando veículos para os serviços à periferia.
- 2) *Má administração*: Excesso de centralização na administração (RDC e Mali), centralização do armazenamento de vacinas resultando em má distribuição (Nigéria) e falta de liderança no programa do PAV em todos os níveis (Mali) foram referenciados como obstáculos de natureza administrativa.
- 3) *Qualidade dos serviços*: A escassez de profissionais da saúde com formação (Mali, Moçambique e Zâmbia) e a falta de motivação nos prestadores de cuidados (Mali) foram indicados como importantes factores contribuindo para a má qualidade dos serviços. Além destes foram indicadas, por exemplo na Zâmbia, disputas pelas prioridades do tempo dos funcionários.

Por fim, como problema transversal às três categorias acima mencionadas, surgiu o deficiente apoio da comunicação para as actividades do PAV. Esta limitou-se sobretudo a sessões de esclarecimento em unidades de saúde e/ou a cartazes, havendo muito pouco a referir quanto a

serviços à periferia. É positivo, no entanto, o facto de muitos países visitados estarem a conceber ou a finalizar (Mali, Moçambique) a implementação do seu plano estratégico para o PAV de rotina, ou a iniciá-lo (Nigéria). Espera-se que daqui resultem progressos na comunicação para as actividades de rotina do PAV.

### **3- Vigilância da paralisia flácida aguda**

Alguns países, como a Zâmbia, realizaram bons progressos quanto à vigilância. Na Zâmbia, embora ainda haja necessidade de ampliar a formação dos profissionais da saúde, presentemente a prospecção da paralisia flácida aguda (PFA) é mais activa, notando-se progressos na gestão dos dados e na sua actualização. Contudo, nos países visitados a maioria das actividades de vigilância estão confinadas ao sistema de saúde, tendo-se identificado muito poucas estratégias e actividades de apoio ao envolvimento da comunidade na vigilância. Entre as excepções contam-se os projectos piloto de vigilância de base comunitária no Mali e a abordagem integrada na luta contra as doenças transmissíveis em seis províncias da RDC.

### **4 - Varrimento**

À medida que se aproxima a meta da erradicação, vão sendo empreendidas mais JSNV, sobretudo nas zonas de alto risco, como os distritos que partilham fronteiras com países de elevado nível de endemia. A Zâmbia, por exemplo, levou a cabo JSNV em distritos fronteiriços com Angola e a RDC. Em 1999, as JSNV de porta a porta foram especialmente bem sucedidas na Nigéria, um dos mais importantes reservatórios do vírus selvagem da polio a sul do Sara.

## **5 – A comunicação na erradicação da polio**

### 5.1 Planear e implementar a comunicação na erradicação da polio

#### *Comissão Coordenadora Inter-agências (ICC)*

As ICC, incluindo organizações e doadores nacionais e internacionais que apoiam as actividades de vacinação, revelaram-se como um forte esteio no apoio à erradicação da polio. Em 1998, cerca de 90 por cento dos 36 países da Região Africana que haviam levado a cabo JNV tinham recorrido, em vários graus, a uma ICC para apoio à iniciativa. As ICC oferecem um meio valiosíssimo e crítico para coordenar os recursos e o apoio técnico e logístico no âmbito do país. No entanto, o seu papel e a sua eficácia variam de um país para outro e, dentro de cada país, de nível para nível.

#### *A nível nacional*

Todos os países visitados tinham uma comissão nacional para dirigir a erradicação da polio, normalmente também conhecida por Comissão Coordenadora Interagências (ICC). Com frequência, os seus membros pertenciam a diversos sectores. Um bom exemplo de sucesso é dado pela ICC do Mali, que inclui membros de vários ministérios, do exército, do sector educativo, de órgãos religiosos e da comunicação social, além do sector privado da agricultura.

Em cada ICC existe em regra um subgrupo, responsável pela mobilização social/comunicação. À semelhança das ICC, também os seus membros pertenciam a vários sectores. Mas o modo como a ICC estava organizada em Moçambique era ligeiramente diferente, já que o grupo de trabalho central para a mobilização social fora formado apenas por agências relacionadas com a saúde, embora o Ministério da Saúde solicitasse, posteriormente, o apoio de todos os outros sectores.

### *Nos níveis inferiores*

As ICC deviam, de modo geral, ser também criadas a nível de província e de distrito. Contudo, enquanto que nos países visitados as ICC nacionais estavam claramente muito activas na erradicação da polio, em particular nas JNV, muitas vezes não se percebia com clareza até que ponto as ICC de nível inferior estavam empenhadas e funcionais, sobretudo devido à falta de responsabilização.

### *Actividades*

Com frequência, as ICC trabalhavam no planeamento, coordenação e gestão das JNV, incluindo a mobilização social, enquanto que das Comissões de Mobilização Social se esperava que consciencializassem as populações, estimulassem pedidos de vacinação, gerassem apoios em todos os níveis e mobilizassem a participação comunitária. Em regra, as subcomissões nacionais emitiam instruções claras sobre a campanha que chegavam ao nível comunitário por intermédio das comissões de nível inferior. A nível nacional, tinham aparentemente lugar reuniões regulares, cuja frequência aumentava (por ex., para um ritmo semanal) à medida que se aproximassem as datas das JNV. Contudo, é importante referir que, mal terminavam as JNV, a Comissão de Mobilização Social ficava inactiva, como foi o caso na RDC e na Zâmbia.

### *Eficácia das ICC:*

O contributo benéfico registado nas ICC activas foi a forte parceria entre as organizações, criadas pela acção conjunta com vista a um objectivo comum.

Os estudos concluíram também que as ICC nacionais parecem ser mais eficazes quando:

- Têm uma liderança forte e de alto nível;
- são intersectoriais;
- têm mandatos e missões bem definidos; e
- reúnem regularmente.

### *Planos integrados de comunicação*

Os planos integrados de comunicação são uma criação recente. Na Zâmbia e na Nigéria, eles surgiram em 1999. O plano da Nigéria é abrangente e inclui a advocacia, a mobilização social, estratégias de divulgação do programa e das actividades a executar a nível de país, de estado e nos níveis inferiores. A RDC inclui a vigilância, o PAV e as JNV separadamente, mas de certo modo com planos de coordenação que abrangem as três estratégias de comunicação.

### *Planos com base na investigação*

Na maioria dos países visitados, não ficou bem claro até que ponto a planificação executada a nível central e distrital tem contemplado de modo eficaz as recomendações resultantes da análise

de programas anteriores. Faltam igualmente dados demográficos e sobre os saberes, atitudes, práticas e comportamentos (KAPB) para as populações com reduzida cobertura ou, quando existem, não parece que estejam a ser divulgados ou utilizados pelos parceiros, nem incorporados na estratégia de comunicação ou no plano de acção.

#### Planeamento e implementação da estratégia:

Nos países visitados encontrou-se, em geral, um limitado planeamento da comunicação estratégica. Raramente se tinham em conta as diferenças regionais e as características das audiências, como comportamentos e seus determinantes, sexo, nível educativo, línguas locais, etc.

No entanto, recorria-se a uma variedade de canais de comunicação e estes incluíam a comunicação interpessoal, de massa e pelos meios tradicionais. Era também frequente o uso de entretenimento tradicional, sobretudo em áreas semi-rurais, com danças, dramatizações e canções.

#### Descentralização do planeamento da comunicação:

Nos países visitados, notou-se uma tendência geral para a descentralização do planeamento da erradicação da polio (por ex., micro-planeamento a nível de província e de distrito). No que respeita às actividades de comunicação, isso revestia-se de graus variados de eficácia.

Por exemplo, a produção de materiais de comunicação ocorreu muitas vezes no nível central, com distribuição pelos níveis inferiores. Tratava-se, por exemplo, da produção de faixas, autocolantes, cartazes e t-shirts, na Nigéria e no Mali. Enquanto que a principal vantagem desta estratégia está na consistência da mensagem, os problemas detectados numa centralização forte incluem: 1) o facto de os materiais não estarem adaptados às necessidades e características específicas das populações locais; 2) a distribuição tardia do material; e 3) a não distribuição do material.

Os níveis provincial e distrital podem planificar e produzir os seus próprios materiais. Na Zâmbia, por exemplo, alguns distritos elaboraram planos anuais de acção para todas as actividades. Os distritos visitados possuíam esses planos, cada um com uma secção para a PAV e a vigilância, que incluía a produção de material de promoção da saúde. Desse modo, muitos materiais eram produzidos nas línguas locais. Em Moçambique, foram usados os meios de comunicação social locais e os canais usados foram escolhidos localmente. Embora com esta abordagem as estratégias e actividades de comunicação fiquem mais adaptadas às audiências alvo, corre-se o risco de inconsistência na mensagem, como se verificou na Zâmbia. Assim, são necessárias orientações claras para a elaboração das mensagens. Foi entretanto referido que a implementação das actividades de comunicação fora prejudicada, nos níveis inferiores, pela tardia chegada dos fundos, o que deixou pouco tempo para o planeamento e os preparativos. Outro problema registado foi a insuficiência dos fundos recebidos, por comparação com o orçamento solicitado.

Recorrendo a uma planificação descentralizada e a uma produção centralizada, os níveis de província e de distrito podem, no entanto, adaptar os materiais produzidos a nível nacional. Por exemplo, na Nigéria – e no Mali para o caso da rádio – embora os *spots* da televisão e da rádio fossem sempre os mesmos, alguns estados produziram os seus nas línguas locais, utilizando e adaptando a mesma informação que era produzida a nível nacional.

De modo geral, pode considerar-se como uma abordagem viável a combinação de uma estratégia de cobertura nacional, que providencie conteúdos técnicos de base e dê consistência à mensagem,

com a adaptação e o planeamento a nível local. Sublinha-se, no entanto, que é necessário providenciar aos níveis inferiores orientações claras e financiamento suficiente, em tempo oportuno e de modo consistente, para possibilitar a adaptação dos materiais.

### Comunicação para a vigilância

A comunicação para a vigilância, quer a dirigida aos profissionais da saúde e a chefes influentes, quer visando as comunidades, parece ter merecido pouco apoio. Será necessário reforçar a integração da comunicação para a vigilância no plano geral de erradicação da polio em todos os níveis e nas três estratégias de comunicação, nomeadamente a advocacia, a mobilização social e a divulgação do programa.

As actuais actividades de base comunitária incluem, no Mali, os projectos piloto de vigilância baseada na comunidade e na RDC a abordagem integrada no controlo das doenças transmissíveis, que usa a comunicação interpessoal e os meios de comunicação social. Neste último caso, as audiências da comunicação eram limitadas aos profissionais clínicos e aos dirigentes comunitários. Além de maior expansão geográfica, a comunicação para a vigilância com base na comunidade necessita de mais investigação/avaliação, de um claro reforço, de maior expansão e de redimensionamento.

### 5.2 Monitorizar e avaliar a comunicação sobre a erradicação da polio

A monitorização das actividades de comunicação para a erradicação da polio parece variar com os países visitados. Contudo, no geral esta área precisa de ser reforçada, havendo necessidade de avaliar o impacto das mensagens sobre os saberes, as atitudes e sobretudo os comportamentos das audiências. Os resultados deverão ser usados como instrumento de avaliação e motivação, que estimule as actividades de comunicação no sentido da melhoria na cobertura pela vacinação.

Na Nigéria foi registado que se encontra implementada, em todos os níveis, a monitorização das JNV por meio da lista de supervisão para a mobilização social. Usam-se igualmente formulários para monitorizar a distribuição e utilização dos materiais. A implementação dos planos para a comunicação social só é monitorizada em alguns estados, devido à falta de financiamento. Na Zâmbia foi referida a incapacidade do Secretariado das JNV para realizar verificações físicas sobre a real implementação a nível de distrito. Houve, no entanto, alguma avaliação no decurso das reuniões de análise das JNV, realizadas com os distritos. Na RDC a supervisão apenas foi implementada em algumas províncias, pelo que não é consistente.

### 5.3 Estratégias eficazes e inovadoras

#### Advocacia:

No nível nacional, a advocacia da erradicação da polio parece ter sido um sucesso em todos os países visitados. A advocacia a nível internacional, por intermédio das Nações Unidas e da Organização de Unidade Africana foi particularmente bem sucedida por conseguir os Dias de Tranquilidade na RDC. Os parceiros de alto nível e os multisectoriais foram mobilizados em todos os países. Os Chefes de Estado e as Primeiras Damas lançaram pessoalmente as JNV na RDC, no Mali e em Moçambique.

De modo geral, a advocacia foi conseguida graças a uma abordagem em cascata, que começava no Chefe de Estado e ia descendo para os níveis inferiores. Salvo raras excepções, a advocacia a

nível nacional foi concretizada sobretudo por meio de reuniões/encontros e mensagens. Um caso que ilustra o sucesso desta advocacia é a decisão, na RDC, de pararem todas as actividades comerciais no dia das JNV, para que as mães pudessem ir vacinar os seus filhos.

#### Canais de comunicação interpessoal:

Existem canais mais ou menos adequados para a mobilização e educação das várias populações; esse é um dos motivos para que se recorra a uma mistura de canais na erradicação da polio.

No entanto, de acordo com certas entrevistas dos estudos de casos, aparentemente a comunicação interpessoal, sobretudo por meio de pregoeiros urbanos, chefes comunitários e organizações de mulheres, foi muito eficaz na mobilização de populações rurais e semi-rurais. A comunicação interpessoal (IPC) continua a ser o canal mais adequado, do ponto de vista cultural e linguístico. A IPC é também considerada como o canal mais eficaz para as zonas rurais de povoamento disperso, com populações pobres e analfabetas sem acesso à comunicação social, como em Moçambique. Neste último caso verificou-se que os chefes da comunidade estavam disponíveis para caminhadas de muitas horas, até chegarem junto de famílias remotas na sua área de responsabilidade. No Mali, a mobilização foi conseguida graças à oralidade, em visitas porta a porta e pela comunicação através das redes comunitárias tradicionais.

Na Nigéria, no entanto, as conclusões variaram de estado para estado, sendo necessário investigar mais para concluir qual o canal mais eficaz para cada região. De facto, um inquérito realizado em Outubro e Dezembro de 1999 com respostas de 36 estados, concluiu que as mensagens cantadas em *jingles* na rádio eram a fonte de informação para 56 por cento dos inquiridos. Somente uma percentagem negligenciável deste inquérito referia os pregoeiros urbanos. Todavia, as conclusões de uma avaliação das actividades de mobilização social, conduzida pela OMS durante as JSNV de 1999, indicavam a comunicação interpessoal como sendo mais eficaz do que os cartazes e outro material impresso no modo como chegava às populações, sobretudo por meio dos chefes tradicionais locais e dos dirigentes religiosos, dos vizinhos e dos pregoeiros urbanos.

Em todos os cinco países, são claras as provas de que a comunicação oral (utilizando a rádio, os pregoeiros ou as organizações de dirigentes e de mulheres) é um dos meios mais eficazes de chegar junto das populações e de as mobilizar para a erradicação da polio. Isto vem confirmar a já bem reconhecida força da oralidade na cultura subsariana.

#### Orientações claras:

A transmissão aos comunicadores de orientações e instruções de comunicação claras, assim como de sugestões específicas para actividades e tarefas nos vários níveis, foi referida como um importante factor para o sucesso das JNV. Na Zâmbia registaram-se inovações que poderiam ser partilhadas por outros países, como orientações adicionais sobre o modo de lidar com os boatos e com os meios de comunicação social. As orientações sobre os boatos parece terem sido especialmente úteis, a nível da comunidade.

#### Apropriação pela comunidade:

Embora não ocorrendo em todos os países visitados, a apropriação pela comunidade foi sublinhada como tendo assumido um papel importante nas bem sucedidas JNV da Zâmbia. A

Comissão de Moradores para a Saúde (NHC), composta por elementos da comunidade, contribuiu activamente para a execução de todos os planos distritais.

#### Responsabilização e sentido de emulação:

Em Moçambique, a responsabilização pessoal dos Governadores de Província pelo sucesso das JNV fez aumentar o seu empenhamento individual e despoletou um positivo espírito de emulação.

#### Forte parceria com a comunicação social:

As experiências dos países estudados demonstraram o poder de uma forte parceria com a comunicação social, no que respeita a congregar os diversos parceiros e a mobilizar a sociedade à volta de um problema específico de saúde.

Em Moçambique, essa parceria foi ilustrada por variadas actividades, entre as quais: a) formação de jornalistas em PAV; b) pagamento das despesas dos jornalistas; c) maior disponibilidade dos dirigentes do Ministério da Saúde para a comunicação social; d) existência de um elemento de ligação à comunicação social, no Ministério da Saúde, pertencendo ao gabinete do Vice-Ministro; e) conferências de imprensa semanais para todos os meios de comunicação, pelo Vice-Ministro; e f) atribuição do prémio da OMS ao melhor jornalista da saúde. Em resultado disto, a comunicação social desempenhou um importante papel na advocacia e na mobilização social para as JNV. Na RDC, os meios de comunicação internacional parece terem sido um forte apoio para as JNV. No Mali, ainda que, do ponto de vista estratégico não fossem o melhor meio para chegar às mulheres em algumas das províncias visitadas, uma rede bem estabelecida de rádios comunitárias desempenhou um papel preponderante, sobretudo na mobilização de populações difíceis de alcançar, como os grupo nómadas do Kidal.

#### Liderança e papel de personalidades públicas:

É essencial identificar um líder eficiente, que saiba influenciar os decisores e exercer eficazmente a sua influência na obtenção de recursos e de apoios. Em Moçambique, figuras públicas como Farida Gulamo, sobrevivente da polio, contribuíram para despertar e manter o interesse pelas JNV.

#### Participação das crianças:

Além de ser um método eficaz para o envolvimento da comunidade, a participação dos jovens é um investimento a longo prazo, por influenciar e educar para a saúde os pais do futuro. Os jovens podem, em função da sua idade, desempenhar diversos papéis na erradicação da polio. A calendarização das JNV para épocas em que seja mais fácil chegar às crianças, como foi referido para a Zâmbia, é um modo de demonstrar a importância da participação da juventude. Na Zâmbia, foi referido que os alunos das escolas desempenharam um importante papel nas JNV. Na realidade, enquanto as crianças da escola primária se empenhavam na mobilização social, os mais idosos, do ensino secundário, prestaram serviço como voluntários em postos de vacinação. No Mali, uma decisão criativa pôs crianças a conceber e a realizar uma emissão radiofónica educativa sobre a polio. Também a RDC se serviu das crianças para a educação dos mais velhos.

#### Modelo zambiano de comunicação para o PAV:

A Zâmbia é reconhecida, em África, pela elevada sustentabilidade do nível da sua cobertura por vacinação. Contudo, é interessante verificar a discrepância entre a falta de recursos humanos e materiais e o nível relativamente elevado da sua cobertura com vacinação de rotina (78 por cento para todos os antígenos). Embora esta constatação mereça ser aprofundada, pela possibilidade de oferecer uma lição positiva a partilhar com outros países, há que destacar os seguintes aspectos:

- Outros sectores (escolas e organizações religiosas) apoiaram o sistema de saúde, providenciando educação sanitária sobre a vacinação.
- Recorreu-se a regulamentos e a legislação para reforçar a mudança de comportamentos.
- Existe um símbolo único e institucionalizado da vacinação, facilmente reconhecido pelas populações: o boletim de vacinas.

#### Financiamento da vacinação:

A existência de um financiamento adequado e sustentado continua a ser condição essencial para a implementação bem sucedida de um PAV/polio que incluía comunicação, advocacia e mobilização social. É necessário criar um ambiente propício à implementação de iniciativas favoráveis, como os Fundos para as Vacinas da Nigéria.

Criados em 1999, os Fundos para as Vacinas da Nigéria apelam ao financiamento da vacinação pelo sector privado. Como está ainda na sua fase de arranque, esta iniciativa necessita de ser acompanhada para aumentar em eficácia e sustentabilidade e para garantir que a comunicação sobre as actividades de vacinação seja incluída nos planos de acção.

Na Zâmbia, as reformas da saúde foram iniciadas em 1992, tendo sido recentemente criado um procedimento financeiro inovador, o financiamento do “cesto”. De acordo com ele, os donativos são distribuídos, de modo centralizado, pelo Conselho Sanitário Central (CBOH), em vez de irem apoiar directamente certos distritos ou províncias. O CBOH distribui os fundos, daí resultando um uso mais eficaz do financiamento dos doadores. Também esta iniciativa merece uma cuidadosa análise, para uma possível difusão das boas lições aprendidas.

## **6 – Mais valia da erradicação da polio**

### 6.1 Parceria

Foi registado que, na Zâmbia, a implementação das JNV contribuiu fortemente para os vários parceiros se aperceberem de como um objectivo comum pode levar as pessoas à colaboração e ao sucesso. Também em Moçambique, um país que esteve em guerra até 1992, as JNV vieram ilustrar um processo bem sucedido de reconciliação nacional, na sequência do conflito. A erradicação da polio transformou-se de problema de saúde em questão de orgulho nacional.

### 6.2 Reforçar as competências de planeamento e de mobilização social:

Na Zâmbia foi referido que a implementação das JNV aumentara a confiança entre os parceiros e reforçara as competências para o planeamento e a mobilização social.

## 7 – Problema específicos da erradicação da polio

### 7.1 Estratégias de porta a porta

Em 1999, a Nigéria tornou-se o primeiro país africano a realizar JNV de porta a porta. No mesmo ano, também a RDC implementou esta estratégia em algumas províncias. Existe um problema potencial de confusão na estratégia de porta a porta, sobretudo entre os pais das crianças com dose zero, que poderão pensar que todas as vacinas passariam a ser dadas de porta em porta, e não na unidade de saúde. A comunicação deverá incidir especificamente no esclarecimento destas mensagens e ir ao encontro das carências em comunicação e mobilização social próprias das estratégias de porta a porta.

### 7.2 Parceria e participação (nível nacional)

Em geral, as parcerias variaram a nível nacional. Normalmente incluíam os Ministérios da Educação, dos Assuntos Sociais, da Juventude, da Informação e da Defesa, além de sectores privados como grandes companhias multinacionais, como a British Petroleum em Moçambique. Além da aliança global dos parceiros contra a polio, também organismos religiosos e as principais organizações internacionais e não-governamentais contribuíram para a campanha de erradicação da polio.

### 7.3 Parceria e participação (nível de base)

A participação dos dirigentes políticos e religiosos locais, autarcas, associações de mulheres e chefes de aldeia foi essencial para a mobilização social. Na Zâmbia, por exemplo, a participação das Comissões de Moradores para a Saúde, eleitas pela comunidade, na promoção das vacinações fez a diferença no programa, já que quem cuidava das crianças preferia e confiava nessas pessoas, por “viverem entre eles”. Na Nigéria, vários estados confirmaram o importante papel de advocacia e mobilização desempenhado por dirigentes cristãos, maometanos e apostólicos, ao assegurar-se de que as crianças das suas congregações eram vacinadas durante as JNV. Além disso, as comunidades deram contributos em espécie, como alojamento e alimentação para os vacinadores na RDC, ou barcos e outros meios de transporte no Mali.

Dir-se-ia no entanto que, muitas vezes, o papel dos chefes das comunidades se limitava a mobilizar as populações e a obedecer a instruções recebidas. As comunidades participavam de modo limitado no planeamento das actividades das JNV. Entre as excepções contam-se algumas iniciativas de sucesso, como as que envolveram os chefes nómadas do Mali.

### 7.4 Os difíceis de convencer e os difíceis de contactar

#### Difíceis de convencer:

Entre as populações difíceis de convencer que foram identificadas podem-se incluir as seguintes:

- grupos religiosos
- segmentos populacionais de elevado nível económico-social
- famílias pobres de zonas urbanas.

As experiências com os estudos de casos mostram que as populações difíceis de convencer viriam a ser influenciadas com sucesso através de contactos intensificados de comunicação interpessoal e graças ao empenhamento dos seus dirigentes. Na RDC, grupos focais entre os grupos religiosos difíceis de contactar descobriram que essa atitude se devia a preconceitos errados e a boatos que o programa podia combater com sucesso. Algumas atitudes negativas ficaram também a dever-se à má impressão que os vacinadores causaram em quem cuidava das crianças.

Embora essas populações fossem identificadas em todos os países, os planificadores da erradicação da polio não têm uma ideia exacta quanto ao número de crianças nesses grupos e, conseqüentemente, quanto à atenção que merecem. Seria útil avançar nesta investigação.

#### *Difíceis de contactar:*

Algumas experiências bem sucedidas no contacto com populações difíceis de alcançar foram muito dirigidas de cima para baixo, outras foram participadas. Por exemplo, os pescadores e agricultores isolados foram identificados, na RDC, como difíceis de contactar. Devido a ordens da autoridade administrativa, eles interromperam as suas actividades durante três dias, para ficarem à espera das sessões de vacinação.

No Mali, contudo, a formação dos chefes tradicionais das populações nómadas do Kidal possibilitou a sua participação activa no planeamento logístico e na mobilização social das respectivas comunidades para as JNV. Daí resultou uma afluência em duplicado à JNV.

#### 7.5 Problemática dos sexos

Nos países visitados, a escolha dos canais não levou plenamente em conta as diferenças entre os sexos. As estratégias e as mensagens de comunicação deveriam ter sido mais sensíveis a essa questão.

Embora tivesse havido redes formais e informais de mulheres muito eficazes na mobilização dos seus pares, em geral foi reduzido o envolvimento dos grupos ou organizações de mulheres no planeamento e na tomada de decisões nas actividades de erradicação da polio.

Por outro lado, é crescente o reconhecimento do papel que pode caber aos homens no bem estar das crianças, como o demonstra o projecto CUP (Companheiros Carinhosos e Compreensivos), na Nigéria. Neste projecto, os Nigerianos, sobretudo os pais, foram alvo de muitas mensagens durante competições de futebol em vários estádios e através de diversos meios de comunicação, estimulando-os a serem “parceiros carinhosos e compreensivos” quanto à saúde e ao bem estar dos seus filhos. Este aspecto foi também abordado em mensagens sobre a polio na RDC e, em Moçambique, por um artigo num jornal.

#### 7.6 O problema da fadiga

A ‘fadiga das JNV’ não foi considerada um aspecto relevante nos países visitados, embora alguns entrevistados referissem a paralisação completa de outras actividades durante as JNV. Na Zâmbia foi referida a fadiga dos doadores face às JNV.

#### 7.7 Lidar com os boatos

A falta de consistência nas mensagens pode originar contradições e criar um ambiente propício aos boatos.

Na Zâmbia, a bem sucedida abordagem dos boatos recorreu às seguintes estratégias, a nível comunitário:

- o contacto interpessoal graças a profissionais na periferia e à vacinação porta a porta;
- orientações escritas para apoio aos planificadores a nível distrital;
- um interlocutor para todas as informações sobre o PAV . Todas as perguntas de dirigentes de província, distrito ou unidade de saúde eram directamente canalizadas para esse interlocutor, que fazia os comentários oficiais; e
- o recurso a dirigentes comunitários/religiosos e a outras ‘bolsas de influência’.

#### 7. 8 Motivação dos profissionais da comunicação para a saúde

Foram registadas diversas opiniões quanto ao problema da motivação e dos incentivos aos profissionais da saúde e aos voluntários.

Enquanto alguns voluntários se dispuseram a trabalhar duramente ‘de graça’ durante as JNV, outros terão atrasado as campanhas até receberem incentivos. Verificou-se, por exemplo, que os estudantes de medicina da Zâmbia eram especialmente entusiastas e fiáveis, enquanto que certos técnicos tinham falta de motivação, por não lhes serem oferecidos incentivos para compensar o aumento do trabalho.

Em Moçambique, uma das chaves para a bem sucedida mobilização social para as JNV foi a disponibilização de *per diem* para os profissionais da saúde e os voluntários. Aparentemente, as T-shirts e bonés para os vacinadores e chefes tradicionais foram também um importante incentivo para a campanha. Do mesmo modo, na Zâmbia os planificadores estão a inclinar-se para recorrer a incentivos não monetários, como o reconhecimento expresso pela passagem de certificados, como forma de estímulo, aos distritos que identifiquem casos de PFA.

O estudo da Nigéria recomenda um sistema que motive e mantenha os elementos da comissão de mobilização social por meio de salários ou estímulos *per diem* garantidos, para apoio à sua actividade e às despesas com transportes.

#### 7. 9 Ligações com o PAV

São diversas as conclusões quanto à integração de mensagens promocionais do PAV nas mensagens das JNV.

Dois dos cinco países visitados parecem ter, de certo modo, integrado as mensagens de rotina do PAV nos materiais de promoção das JNV. Na Nigéria, os *spots* de radio e televisão usados para a campanha das JNV davam informações sobre as jornadas, mas também sobre a necessidade de recorrer aos serviços de vacinação de rotina. Do mesmo modo, foi referido que, durante as visitas casa a casa, os pregoeiros e os vacinadores apelavam a que as pessoas continuassem a ir às unidades de saúde para os serviços de vacinação. Contudo, um inquérito de 1998 na Zâmbia concluiu que enquanto 85% dos voluntários continuavam a lembrar às mães a necessidade de retomarem as vacinas regulares, 53 por cento das pessoas que cuidavam das crianças afirmavam que não lhes eram recordadas as vacinas de rotina. Este resultado sugere alguma confusão, nessas

pessoas, quanto à relação das JNV com o PAV, bem como a necessidade de melhorar as mensagens sobre o PAV durante as JNV .

Contudo, durante estes estudos foram expressas diferentes opiniões sobre se as mensagens de JNV na realidade confundiam as mães ou não, no que toca à continuidade das vacinas de rotina. Se alguns entrevistados estavam certos de que as mães entendiam a diferença, outros estavam convencidos de que havia confusão. No Mali, por exemplo, foi referida confusão quanto:

- b) às diferenças no preço dos dois serviços;
- c) à situação da criança face às vacinas, depois de passar por um dos serviços; e
- d) à eficácia das vacinas do PAV.

Além da confusão entre as pessoas que cuidam das crianças, outro importante efeito negativo das JNV sobre o PAV é o facto de competirem pelos recursos. As JNV foram referidas como tendo desviado pessoal e fundos de outras prioridades sanitárias. Na Zâmbia, por exemplo, foi referido que alguns distritos se viram obrigados a desviar fundos de outros programas, incluindo do PAV, para dar resposta à necessidades da campanha das JNV.

Foram, no entanto, referidos alguns aspectos positivos quanto à influência da erradicação da polio nos PAV de rotina. Por exemplo, na RDC surgiram novas parcerias para o PAV durante as JNV, tendo-se referido o despertar de “uma nova cultura da vacinação”.

## 7. 10 Comunicação nas zonas de conflito

Na altura deste estudo, embora o Mali e a Nigéria também estivessem a passar por conflitos/problemas de âmbito geográfico limitado, o estudo sobre a comunicação para a erradicação da polio em zonas de conflito foi confinado ao caso da RDC. Neste país, onde em 1999 se alcançaram grandes progressos na erradicação da polio, os factores importantes de sucesso foram os seguintes:

- um cessar-fogo obtido graças aos esforços combinados do governo e da comunidade internacional;
- as instruções dadas ao exército no sentido de facilitar a distribuição das vacinas e a mobilidade dos vacinadores;
- a liderança das agências das Nações Unidas;
- o forte apoio da comunicação social internacional; e
- a duplicação da estrutura central de coordenação e o reforço de recursos nas áreas ocupadas.

## 7.11 Análise dos custos

Foi reduzida a informação disponível sobre o impacto dos vários canais da comunicação social. No entanto, como foi já comentado, parece haver nos países visitados um consenso geral sobre a notável eficácia da comunicação interpessoal na mobilização das populações a nível comunitário. Em consequência, na abordagem ao problema dos custos deveria notar-se um maior equilíbrio entre a percentagem de fundos destinada à produção de materiais dispendiosos (*spots* de televisão, faixas, autocolantes) que atingem, mobilizam e educam uma percentagem reduzida da população, e os que não só alcançaram um maior número de pessoas (rádio) mas também os que

têm maior potencial para serem culturalmente adequados, como os canais tradicionais e a comunicação interpessoal.

Poder-se-iam obter actividades de comunicação com melhor relação de custo-eficácia através do seguinte:

- envolvimento dos chefes comunitários, que conhecem as suas comunidades;
- concessão de fundos aos níveis inferiores em tempo oportuno, permitindo-lhes planear actividades de comunicação estratégicas e assim dar-lhes melhor relação de custo-eficácia; e
- ter em consideração a problemática dos sexos e outras características das grandes audiências, ao conceber as estratégias e materiais de comunicação.

## **Recomendações**

### **1-Melhorar o acesso a dados fiáveis sobre a cobertura da vacinação**

Nos países visitados, nem sempre existiam dados fiáveis sobre a cobertura da vacinação para avaliar o sucesso das JNV e da vacinação de rotina. Por isso, foi difícil medir a real cobertura das JNV e da vacinação de rotina.

Os estudos sugerem diversas acções alternativas para melhorar os dados da cobertura:

- Nas estimativas de cobertura, aproximar os valores dos denominadores a números realísticos, nos níveis de província e/ou de distrito.
- Levar a cabo inquéritos sobre a cobertura nacional e/ou provincial.
- Se a cobertura das JNV for superior a 100 % e a possível contagem das crianças com mais de 59 meses de idade for acertada, pensar em utilizar o número da cobertura obtida após esta revisão como denominador da cobertura futura.

### **2-Reforçar a educação para a saúde**

Ainda que a mobilização social tenha sido muito bem sucedida, ao levar a maioria das populações a participarem nas JNV, devem desenvolver-se mais esforços para dar uma educação sanitária de base a quem cuida das crianças. Essa educação pode ser um investimento na melhoria dos seus saberes e atitudes face à vacinação. Embora a informação raramente chegue para que as pessoas mudem de comportamentos, mais conhecimentos e uma melhor compreensão, bem como atitudes de apoio à vacinação por parte de audiências secundárias/influenciadores, podem aumentar positivamente e sustentar, a longo prazo, a procura dos serviços do PAV.

As actividades de educação para a saúde não têm de ser dispendiosas, podendo partir de realidades já existentes. Devem, no entanto, ser estrategicamente concebidas e adaptadas aos destinatários. Entre as actividades sugeridas contam-se:

- *Usar a comunicação cara a cara em todos os pontos de vacinação:* Nesta perspectiva, devem dar-se às equipas de vacinação competências de informação, educação e comunicação (IEC) e sobretudo de comunicação interpessoal, para melhorar a procura e a aceitação dos serviços de vacinas por parte das populações. Por exemplo, pode-se dar uma curta lista de três ou quatro pontos essenciais ao vacinador e à pessoa que verifica cada criança vacinada. Essa informação

pode ser transmitida a três ou quatro mães ao mesmo tempo. Além disso, a comunicação social e/ou os meios tradicionais podem ser usados enquanto mães e filhos esperam a sua vez .

- *Fazer com que os não profissionais da saúde dêem educação sanitária:* A educação para a saúde deve ser ministrada por rotina através de múltiplos canais, além das JNV. Entre esses canais estão as escolas, as reuniões religiosas, os meios tradicionais como canções e dramatização, grupos de mulheres e grupos de jovens. No Mali, por exemplo, uma rede muito evoluída e muito bem estruturada de associações de mulheres teve um papel útil neste campo da educação.
- *Institucionalizar a educação para a saúde* em grandes vias, como os currículos escolares e os programas ministrados nas unidades de saúde. Este é um modo de investir nos actuais e futuros conhecimentos sanitários de base da população nacional.

### **3-Melhorar a integração dos PAV de rotina e da vigilância da PFA nas actividades de erradicação da polio**

Na maioria dos países visitados, as JNV beneficiaram de um grande ímpeto de criatividade e de empenhamento por parte de muitas pessoas. As actividades de comunicação para o PAV de rotina e a vigilância da PFA, no entanto, receberam pouco apoio e pouca atenção. Nos países visitados, poucos materiais e actividades do PAV de rotina e da vigilância foram criados e implementados.

Além de uma mais vasta distribuição do *Manual de Comunicação para a Erradicação da Polio e para o PAV*<sup>1</sup> e da divulgação de bons exemplos de planos integrados de comunicação, os estudos sugerem que a promoção do PAV e da vigilância sejam incluídos no máximo possível de materiais de educação para a saúde e de mobilização social das JNV. Essa inclusão deve ser sistemática e deve ser sublinhada nas orientações nacionais para a erradicação da polio.

### **4-Destinar recursos à realização de uma investigação de qualidade**

Pelo menos em quatro dos cinco países visitados, concluiu-se que os dados sobre o conhecimento são insuficientes ou, quando existem, não são adequadamente utilizados. Contudo, não se podem planear actividades estratégicas de comunicação ou de alteração de comportamentos sem uma profunda compreensão das audiências a que se destinam.

Foi sublinhado que um estudo profundo e bem concebido que responda a questões fundamentais, ainda que seja essencial não tem de ser dispendioso. No planeamento de programas e comunicações deverão constar conclusões claramente apresentadas. É necessário reservar uma quantia mínima de fundos para efectuar investigação formativa, operacional e qualitativa em advocacia, mobilização social e comunicação do programa. Se a investigação for planeada com cuidado, esses fundos reservados beneficiarão não só a erradicação da polio como também o PAV e outras vertentes da saúde. A investigação deverá incidir na identificação e definição das barreiras aos comportamentos ideais e na avaliação dos factores que facilitem o comportamento desejado. O financiamento e o tempo gastos em investigação formativa/comportamental resultará numa melhor concepção e eficácia dos materiais.

Dever-se-á, além disso, melhorar a coordenação e a divulgação dos dados da investigação existentes. Assim se evitará perder o benefício de informações fundamentais sempre que ocorram

---

<sup>1</sup> O manual pode ser procurado na Internet (<http://www.unicef.org/programme/gpp/index.htm>) e podem ser pedidos pelo correio exemplares impressos (GPP/PCSM TA-24 A, 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017).

mudanças do pessoal. Na maioria dos países visitados faz falta uma base de dados de nível nacional, acessível a todos.

### **5-Conceber intervenções mais estratégicas em comunicação**

É necessário reforçar o planeamento estratégico das intervenções em comunicação. Normalmente, nas Jornadas Nacionais de Vacinação é utilizada uma grande variedade de canais, mas é possível melhorar a relação custo-eficácia das actividades de comunicação se, com um planeamento mais estratégico, se respeitarem as características das audiências, como as diferenças entre os sexos. Mais uma vez se insiste na necessidade de dados da investigação para um planeamento estratégico que se apoie na investigação.

### **6-Aumentar e sustentar a participação da comunidade na erradicação da polio e no PAV**

Os estudos identificaram vários exemplos bem sucedidos de participação de comunidades que deram provas de criatividade e resolveram problemas logísticos e estratégicos. O empenhamento dos chefes locais, por exemplo, contribuiu particularmente para o sucesso em alcançar/convencer populações de difícil acesso. Existem abundantes provas de que a participação comunitária possui um potencial que continua, em grande medida, desaproveitado.

Assim, os estudos apontam para os benefícios do envolvimento precoce e activo das comunidades em todas as três estratégias de erradicação da polio, nomeadamente as JNV, o PAV e a vigilância da PFA. Em particular, a participação comunitária na vigilância é fortemente recomendada, desde que estudos anteriores mostraram que só uma reduzida parte dos casos de PFA são levados às unidades de saúde. Acrescentam que a participação devia, sempre que possível, incidir nas áreas da avaliação, análise e acção, não se limitando a obedecer passivamente às instruções recebidas das instâncias superiores.

Nesta perspectiva, os níveis comunitário, distrital e provincial deveriam receber regularmente retro-informação sobre os dados da vacinação e da vigilância. Ela pode funcionar como motivação e estimular a resolução de problemas, criando uma atmosfera de competição sadia entre os distritos.

### **7-Aproveitar a dinâmica e as estruturas criadas pelas JNV para melhorar o PAV de rotina**

Os países devem, na medida do possível, aproveitar a criatividade e a dinâmica geradas pelas JNV para melhorar o PAV. Os estudos sugeriram, por exemplo:

- Manter e apoiar as comissões intersectoriais nos vários níveis, para promoverem a vacinação e outras questões relacionadas com a saúde infantil. Se já existem várias comissões, melhorar a coordenação entre os grupos para evitar actividades paralelas e conflituosas;
- Conceber um ou dois indicadores simples que possam também ser monitorizados publicamente e dar retro-informação periódica aos níveis inferiores (provincial e distrital). Uma possibilidade é, por exemplo, a percentagem de crianças que, ao fazerem um ano, já tomaram todas as vacinas. Isto originaria uma competição amigável, além de estimular o estudo do problema e a acção;
- Integrar de modo sistemático a informação/educação sanitária do PAV nos materiais de erradicação da polio. Uma vez que o PAV parece ser, de momento, um programa com um financiamento tão apertado, talvez se pudesse tirar o máximo de vantagem do dinheiro destinado à erradicação da polio para revitalizar o PAV;

- Durante as JNV, vacinar as crianças contra outras doenças, sobretudo quando se contactem populações difíceis de alcançar e/ou com dose zero. Ao mesmo tempo, podia ser útil dar às populações difíceis de contactar um ‘pacote’ de educação sanitária de base (um ‘tratamento educativo integrado das doenças da infância’) que destacasse a importância da vacinação. Embora esta iniciativa exigisse mais planeamento adicional, logística, formação e recursos em quantidades significativas, o resultado geral seria benéfico e teria boa relação custo-eficácia: se estas populações são de difícil contacto durante as JNV, é provável que assim continuem a ser para os outros serviços de saúde.

## **8- Reforçar a monitorização e avaliação e os sistemas de supervisão**

A monitorização e avaliação dos componentes de comunicação da erradicação da polio e dos programas do PAV necessitam de ser reforçadas e deviam incluir indicadores para avaliação dos saberes, atitudes, práticas e comportamentos, tanto dos profissionais da saúde como de quem cuida das crianças. Alguns dos países visitados têm listas para supervisão da mobilização social. Contudo, as listas deviam ser ampliadas, de modo a incluírem indicadores específicos para a comunicação nos programas e também orientações claras para os supervisores delas encarregados.

## **9-Desenvolver uma cultura de serviços de saúde orientados para o cliente**

Embora quem cuida das crianças possa ser facilmente mobilizado para as levar uma ou duas vezes à unidade de saúde, se os serviços não forem minimamente satisfatórios ou se eles se sentirem mal recebidos ou mal informados, não voltarão a aparecer para completar a série de vacinações de rotina. Assim, é necessário melhorar a qualidade dos serviços e das actividades de comunicação nos locais da vacinação. É certo que os factores de qualidade não estão directamente relacionados com a comunicação, mas a capacidade dos profissionais da saúde para comunicarem adequadamente com quem cuida das crianças é vital para se terem serviços de saúde orientados para o cliente. É necessário criar um sistema contínuo de formação e de cursos de reciclagem em comunicação que insista junto dos profissionais da saúde e dos voluntários laicos na comunicação interpessoal, assim como numa supervisão e monitorização de apoio para esta nova atitude cultural no seio do sistema de saúde. (O facto de o sistema de saúde tratar os seu pessoal com mais respeito pode bem ser um passo essencial para que o pessoal trate melhor os clientes.) Este sistema de formação não deve funcionar ad hoc, mas numa base de continuidade. A formação à distância, por exemplo, é uma área a explorar.

## **10-Institucionalizar a parceria com a comunicação social**

Na perspectiva atrás mencionada de monitorização do público e de retro-informação aos níveis inferiores, a actual parceria dos ministérios da saúde e das agências para o desenvolvimento com a comunicação social (a nível nacional, provincial e comunitário) poderá constituir-se como a espinha dorsal de um sistema de retro-informação orientado para o público. Sugere-se que a parceria com a comunicação social não seja solicitada numa base ad hoc, mas sustentada em continuidade depois de criada. A saúde pública beneficiará, sem dúvida, da institucionalização de uma tal parceria.

Com essa finalidade, sugere-se ainda que não sejam apenas os profissionais dos *media*, como os jornalistas, a receber formação em questões de saúde, mas que haja também profissionais da saúde expostos ao sistema da comunicação social.

## **11-Desenvolver uma parceria de longo prazo com o sector privado**

A parceria com o sector privado deve ser ampliada e, sempre que possível, institucionalizada. O envolvimento dos praticantes da medicina privada na erradicação da polio deve merecer um destaque especial.

Esta versão da sinopse encontra-se também disponível no seguinte site:

<http://www.unicef.org/programme/gpp/communi/poliolessons.html>

Para solicitar cópias impressas dos estudos de casos dos países, queira contactar as respectivas representações.

### **Mali:**

UNICEF  
P.O. Box 96  
Bamako  
Republic of Mali

### **Moçambique:**

UNICEF  
Caixa Postal 4713  
Maputo  
República de Moçambique

### **República Democrática do Congo**

UNICEF  
P.O. Box 7248  
Kinshasa  
República Democrática do Congo

### **Nigéria:**

UNICEF  
P.O. Box 1282  
Lagos  
Federal Republic of Nigeria

### **Zâmbia:**

UNICEF  
P.O.BOX 33610  
Lusaka