

Avaliação de um Programa em Moçambique

Cuidados Comunitários para Crianças Vulneráveis num Programa Integrado de Crianças Vulneráveis e Cuidados Domiciliares

Molly Cannon

Nena do Nascimento

Zulfiya Chariyeva

Karen Foreit



Esta pesquisa foi apoiada pelo Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio do SIDA (PEPFAR), através da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), sob os termos do acordo de cooperação da MEASURE Evaluation, GHA-A-00-08-00003-00, que é implementado pelo Centro de População de Carolina na Universidade de Carolina do Norte em Chapel Hill, com Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, e a Universidade de Tulane. As opiniões expressas nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões do PEPFAR, USAID ou do governo dos Estados Unidos.

August 2014

SR-14-100-PO

Agradecimentos

Este relatório foi preparado por Molly Cannon, Nena do Nascimento, Zulfiya Chariyeva e Karen Foreit. Gostaríamos de agradecer e expressar a nossa sincera gratidão pelas contribuições de vários indivíduos no desenho e formulação dessa avaliação:

- Dionisio Matos, Hanise Sumbana e Jeff Weiser de USAID/Moçambique para a orientação deles ao longo do caminho, incluindo a revisão do protocolo e dos instrumentos.
- Linda Lovick, Ana Paula Ndapassoa, Xavier Cândido e Ana Rosa Mondle do PCC/Maputo, Fernando Chenene e Domingos Janeiro, entre outros, do PCC Sofala, e representantes do PCC Manica que ajudaram com a coordenação da logística, a revisão do protocolo e dos instrumentos e a partilha do feedback, bem como o apoio para a interpretação dos resultados do estudo.
- Filomena de Jesus João, a Coordenadora de Pesquisa de MEASURE Evaluation em Moçambique.
- AGEMA Consultório, Inc., que serviu como subcontratante para esta atividade.
- Representantes do Ministério da Saúde de Moçambique, do Ministério da Mulher e Acção Social, e a Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique para os seus conhecimentos chave sobre a integração.
- As organizações de base comunitária, activistas e os agregados familiares que participaram gentilmente nesta avaliação.

Índice

Agradecimentos	2
Índice.....	3
Abreviações e acrônimos	4
Sumário executivo	5
Contextualização.....	11
Ojectivo do Estudo	14
Metodologia.....	15
Resultados.....	21
Discussão.....	43
Recomendações	46
Conclusão.....	47
Limitações do estudo	47
Referências.....	49
Anexo A. Instrumentos de Recolha de Dados.....	51
Anexo B - Métodos de Análise de Dados dos Agregados Familiares	96

Abreviações e Acrônimos

AF	Agregado Familiar
ANEMO	Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique
CD	Cuidados Domiciliares
DGF	Discussão em Grupos Focais
INAS	Instituto Nacional da Acção Social
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social de Moçambique
OCB	Organização Comunitária de Base
COV	Orfãos e Crianças Vulneráveis
PCC	Projeto de Cuidados Comunitários
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio do SIDA
PTV	Prevenção da transmissão vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
RDMAS	Repartição Distrital de Mulher e Acção Social
SAT	Consórcio da África Austral sobre o SIDA (<i>Southern African AIDS Trust</i>)
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
TAR	Terapia Anti-retroviral
TB	Tuberculose
USAID	Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional (<i>United States Agency for International Development</i>)

Sumário executivo

O Programa de Cuidados Comunitários (PCC) financiado por USAID/Moçambique é um projeto de cinco anos (2010-2015) que visa fortalecer a resposta ao HIV e SIDA, apoiando especificamente órfãos e crianças vulneráveis (COV) e a prestação de serviços de cuidados domiciliares (CD) para as pessoas que vivem com HIV e SIDA (PVHIV), em sete províncias focais através de uma rede de organizações comunitárias de base (OCB). Antes do PCC, o apoio a COV e CD geralmente tinha sido fornecido por diferentes activistas (agentes comunitários) e/ou diferentes organizações de base comunitária, mesmo quando o mesmo agregado familiar tinha COV e clientes de CD. Com o PCC que oferece um apoio integrado a COV com prestação de CD, um único activista daria apoio integrado a todas as pessoas que vivem com o HIV (PVHIV), COV, e mulheres pré/pós parto residentes no agregado familiar através dos CD, bem como apoiaria agregados familiares que têm apenas um tipo de beneficiário (por exemplo, agregados familiares com crianças vulneráveis mas nenhum cliente de CD). A integração dos serviços e dos prestadores de serviços envolveu a elaboração de um cronograma de visitas com base nas pessoas que necessitam de cuidados mais frequentes e aqueles que necessitam de cuidados menos frequentes (fases dos cuidados "intensivos" vs "manutenção").

Os parceiros esperavam que esta abordagem integrada iria oferecer um modelo mais eficiente de prestação de serviços. USAID/Moçambique pediu a MEASURE Evaluation para avaliar o modelo integrado para entender melhor o que a integração dos serviços de CD e de COV significa para os COV beneficiários. Os três objetivos primários do estudo eram:

1. Perceber as perspectivas dos activistas sobre o trabalho deles dentro de um projeto integrado.
2. Perceber os benefícios/desafios da integração e sua utilidade para os grupos de beneficiários e parceiros.
3. Perceber como serviços para as crianças vulneráveis variam de acordo com a presença de clientes de cuidados domiciliares no agregado familiar e a fase do cliente de CD.

Métodos

O estudo utilizou um modelo descritivo transversal que incluiu métodos de recolha de dados qualitativos e quantitativos. Os dados foram recolhidos ao nível central e nas províncias de Sofala e Manica, as províncias prioritárias para o PCC e USAID/Moçambique. Foram recolhidas informações a partir de diferentes tipos de parceiros ao nível central, Provincial e local, através de entrevistas aprofundadas com informantes do governo, do programa e das OCB; grupos focais e questionários auto-administrados com activistas; e entrevistas estruturadas com agregados familiares beneficiários. Foram selecionados aleatoriamente dois distritos/OCB de cada província e foram selecionados aleatoriamente 10 activistas de cada OCB selecionada. Usando registros de agregados familiares previamente recolhidos pelos activistas e arquivados na OCB, construímos uma base de amostragem de todos os agregados familiares e clientes de CD registrados entre 1 de Outubro de 2012 e 30 de Setembro de 2013 em cada OCB. Tentamos realizar uma amostra por quotas aleatória com 10 agregados familiares por activista, e entrevistamos os agregados familiares que relataram ter pelo menos um filho com menos de 18 anos de

idade e que receberam uma visita por um activista nos 60 dias anteriores à entrevista. Respondentes dos agregados familiares foram questionados sobre o cuidado e apoio que receberam do activista nos últimos 12 meses e na última visita. Além disso, os enumeradores perguntaram sobre serviços específicos para crianças para uma criança selecionada aleatoriamente no agregado familiar.

A equipe realizou uma análise temática de dados qualitativos. Para os dados quantitativos, examinamos as estatísticas descritivas e realizamos análises de frequências. Para os resultados do inquérito aos agregados familiares também apresentamos tabelas com cruzamento de informações e resultados de testes chi-quadrado e conduzimos uma análise de regressão logística para analisar os fatores que influenciam a probabilidade de que uma criança receberia serviços na última visita. Os dados gerados a partir da análise qualitativa foram triangulados com os resultados da pesquisa com activistas e outras fontes de dados.

Resultados

Vinte e quatro entrevistas aprofundadas com informantes-chave foram concluídas: nove ao nível nacional, seis ao nível Provincial, e nove ao nível distrital. Quarenta e sete activistas responderam ao inquérito auto-administrado e trinta e sete activistas participaram a quatro grupos focais diferentes. Um total de 350 agregados familiares foram visitados, com 311 entrevistas concluídas após as perguntas de triagem iniciais.

Perspectivas dos Activistas

Activistas tinham uma média de 36 anos de idade e tinham experiência de trabalho como activista, com 79 por cento a trabalhar como activista por três anos ou mais. Sessenta por cento tinham recebido formação no ano anterior e 72 por cento relataram terem sido formados em ambas matérias de COV e CD. Activistas relataram estarem mais preparados para prestar cuidados e apoio aos clientes de CD (93 por cento) do que aos COV (71 por cento).

Activistas relataram ter tipos de beneficiários mixtos que incluem agregados familiares com apenas clientes de CD, apenas clientes COV, e com ambos tipos de clientes; embora eles reconheceram que é raro prestar cuidados a agregados familiares com apenas COV. Este resultado foi confirmado nos resultados do inquérito aos agregados familiares: apenas 10 por cento dos agregados familiares registrados no ano passado receberam apenas cuidados a COV.

Dois terços dos activistas relataram passar mais tempo com os clientes dos CD do que clientes COV. Setenta e três por cento dos activistas informaram que os clientes que necessitavam de *busca activa* (ou *busca consentida*) - clientes que pararam de tomar seus medicamentos anti-retrovirais – ocupavam a maioria do tempo deles. Ao visitar casas com ambos tipos de beneficiários, activistas reportaram equilibrar as necessidades dos clientes, porque clientes de CD necessitam muitas vezes de cuidados mais imediatos, como ajuda para tomar banho e apoio para tomar medicação.

Benefícios e Desafios da Integração

Parceiros relataram vários benefícios da integração, destacando que a integração:

- Ampliou o alcance do programa para incluir COV - particularmente nos distritos/OCB onde havia apenas o trabalho de CD antes da integração.
- Fornece um modelo mais eficiente para lidar com as necessidades dos clientes de CD e COV e permite responder às necessidades integradas do agregado familiar, incluindo o fornecimento de apoio e serviços sociais e de saúde (ex. clínica). Activistas são capazes de resolver problemas para todos os beneficiários do agregado familiar, ao invés de ter de contactar um outro activista para prestar cuidados a um membro do agregado familiar para qual não é formado para apoiar. Como tal, foi reportado que a integração fornece uma comunicação mais clara, mais coesa entre a OCB e o agregado familiar.
- Tem levado a uma maior coordenação e comunicação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher e Acção Social, nomeadamente ao nível central.

Embora houvesse muitos benefícios da integração, informantes observaram alguns desafios em relação ao desenho e/ou à implementação de ter um activista a ajudar ambos os conjuntos de clientes:

- Enquanto o Ministério da Saúde (MISAU) e o Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS) participaram em um grupo técnico de trabalho sobre a abordagem da integração, e MISAU aprovou o currículo integrado, o modelo integrado do PCC não foi formalmente adotado ou operacionalizado ao nível nacional.
- Alguns informantes observaram uma tendência a concentrar-se nos clientes de CD durante a provisão de serviços nesse modelo integrado.
- A integração resulta em uma carga de trabalho maior para activistas, com mais beneficiários para cuidar, mais fichas para completar, e nenhum aumento de remuneração correspondente.
- No entanto, activistas observaram que são melhor preparados através da formação para atender os beneficiários em suas comunidades e que estão dispostos a assumir trabalho adicional para atender às necessidades dos beneficiários.
- Activistas relataram que precisavam de mais formação, particularmente para COV e sobre como lhes fornecer apoio psicossocial.
- É possível que o modelo atual da integração não tenha uma abordagem global e integrada que incorpora planeamento, orientação, monitoria e avaliação, tomada de decisão e supervisão.

Perspectivas dos agregados familiares

Resultados da amostragem: Durante o desenho da base de amostragem deste estudo, aprendemos que o sistema de monitoria e avaliação (M&A) do PCC está vertical - os serviços são apresentados separadamente para clientes dos serviços de CD e clientes COV. Além disso, não foi possível acompanhar a prestação de serviços a nível familiar. Adicionalmente, muitas fichas eram inexatas, incompletas e desatualizadas, como evidenciado pelo elevado número de agregados familiares que eram desconhecidos pelos activistas, tinham-se mudado para fora, ou no qual um cliente tinha falecido. O elevado número de clientes falecidos foi particularmente alarmante e requer uma revisão do pressuposto que os clientes de cuidados domiciliários não estão acamados ou precisam de cuidados de fim de vida devido à expansão dos serviços de TAR.

Dos agregados familiares que receberam uma visita nos últimos 60 dias e tinham pelo menos um filho,¹ 20 por cento relataram ter recebido serviços individuais² apenas para beneficiários de cuidados domiciliares, 10 por cento reportaram que receberam serviços individuais apenas para COV e 70 por cento tinham recebido serviços individuais para CD e COV no último ano. Vinte e dois por cento dos agregados familiares que recebem serviços de cuidados domiciliares informaram que nenhuma criança no agregado familiar tinha recebido um serviço individual para COV nos últimos 12 meses, apesar do fato de que todos os agregados familiares entrevistados tiveram pelo menos um filho residente na casa.

No geral, cerca da metade dos agregados familiares entrevistados relataram que o activista tinha visitado na última semana. Na última visita, 80 por cento dos agregados familiares reportaram ter recebido pelo menos um serviço domiciliar (serviços que beneficiam toda a família, como apoio nutricional, kit de saúde e apoio para uma horta comunitária).

Um total de 1,074 crianças menores de 18 anos vivendo nos agregados familiares entrevistados foram reportados. O número de crianças por agregado familiar foi semelhante para todas as OCB, com entre 3 a 3.8 crianças vivendo em cada agregado familiar. No geral, uma proporção igual de crianças do sexo masculino e feminino residiam nos agregados familiares, e tinha uma distribuição igual de crianças caindo nas faixas etárias de 0-4, 5-9, e 10-14. A distribuição por sexo e idade das crianças que vivem em agregados familiares foi semelhante para todas as OCB. Não foram encontradas diferenças significativas por idade ou sexo entre as crianças que foram vistas na última visita.

Para entender melhor o efeito da integração dos serviços CD-COV, foi utilizado a análise de regressão logística para examinar fatores que influenciaram a probabilidade que qualquer criança no agregado familiar seria visitada na última visita. Encontramos:

- As crianças em agregados familiares maiores (mais crianças menores de 18 anos) eram menos propensas a receber atenção individual de que crianças em agregados familiares menores.
- As crianças em agregados familiares que recebem CD (definidos como aqueles clientes de CD que relataram ter recebido uma visita na última semana) eram mais propensas a receber atenção individual de que crianças em agregados familiares onde os clientes de CD foram vistos com menos frequência.
- As crianças em agregados familiares onde os clientes de CD tinham graduados (definidos como aqueles clientes de CD que não foram vistos na última visita) eram menos propensas a receber atenção individual de que crianças em agregados familiares onde um cliente de CD foi visto na última visita (mais de uma semana atrás).
- Meninas e meninos eram igualmente propensos a receber atenção individual na última visita
- As crianças em idade escolar (5-14) eram mais propensas a receber atenção individual de que crianças mais jovens ou mais velhas.

¹ A criança é definida como sendo inferior a 18 anos de idade.

² Serviços individuais incluem: atenção direta dada através de CD para adultos doentes ou incapacitados, serviços para mulheres grávidas e serviços de apoio para uma criança ou jovem com menos de 18 anos.

Análise das Crianças Índice: A metade das crianças que receberam apoio individual foram reportadas como tendo recebido apoio para saúde³ na última visita, a metade recebeu apoio psicossocial⁴, menos de um terço recebeu apoio alimentar⁵, e 40 por cento recebeu apoio escolar⁶. A prestação de serviços a crianças índice variou por OCB.

Conclusão

Encontramos consenso sobre a mais valia de ter um activista prestar serviços a todos os clientes em um agregado familiar para a eficiência dos serviços que oferece, inclusive o apoio integral aos agregados familiares, o potencial de redução de custos e a capacidade integrada do activista para alcançar COV que podem não ter sido alcançadas anteriormente.

A nível familiar, parece haver uma associação consistente entre clientes de CD dentro de casa e a probabilidade de que uma criança vai ou não vai receber atenção individual na última visita. No entanto, quando o cliente de CD não está presente, não parece ter uma diferença nos serviços prestados às crianças em casa. Estes resultados, juntamente com os resultados da nossa análise qualitativa, demonstram que os cuidados domiciliares parecem ser a força motriz para prestação de serviços COV.

Foram encontradas diferenças entre as províncias, e muitas vezes entre as OCB, o que sugere que a integração pode ser implementada de forma diferente através dos locais. Enquanto um currículo integrado de formação foi desenvolvido e implementado, outros apoios de orientação e organizacionais que facilitam o processo de integração ainda não estão claramente estabelecidos.

Recomendações

Dado os resultados e interpretação dos dados com os principais parceiros, a equipe do estudo oferece as seguintes recomendações para o programa PCC maximizar o potencial da integração dos CD e cuidados para COV para servir ambos os grupos beneficiários. Estas recomendações são oferecidas em nenhuma ordem de importância específica:

- Criar um sistema de monitoria com a família sendo a principal unidade de registro. Isso exigiria uma investigação sobre como os activistas podem fornecer serviços integrados durante cada visita domiciliar e desenvolver uma forma de registrar isso.
- Organizar pastas por família beneficiária para facilitar a gestão de casos dos agregados familiares. Todas as fichas, incluindo a ficha de inscrição, devem ser guardadas por família, na pasta do activista, durante o período que continuem de precisar qualquer um dos serviços.

³ Referência para uma unidade sanitária, aconselhamento sobre a saúde/perguntas acerca da saúde.

⁴ Achar um tempo para que a criança possa falar dos seus sentimentos, referência para um líder espiritual, referência para um clube de crianças.

⁵ Referência para apoio alimentar do Programa Mundial de Alimentação (PMA), Ministério de Mulher e Acção Social (MMAS) etc.

⁶ Referência para assistência com as compras de materiais escolares (uniforme, livros, lapis, e/ou cadernos), referência para as propinas escolares, dar dinheiro para as propinas escolares, apoio na reintegração à escola (apoio no registro da criança na escola), apoio com o trabalho para casa.

- Actualizar fichas de inscrição das famílias para incluir os beneficiários que entram e saem do programa e a fase do programa no qual cada cliente se encontra.
- Desenvolver outras orientações e apoios programáticos para operacionalizar a integração nas OCB que estão a implementar o modelo integrado, estabelecendo definições claras sobre o que significa uma abordagem de cuidados integrados em termos de prestação de serviços aos agregados familiares e COV no agregado familiar - por exemplo, saber como diferenciar entre "fases " de prestação de serviços.
- Desenvolver diretrizes programáticas e ferramentas correspondentes claras para os activistas comunitários para saber como definir e orientar COV com base nas normas aceites da comunidade, olhando especificamente se as crianças em agregados familiares que recebem CD são automaticamente considerados vulneráveis.
- Considerar a realização de uma actividade de seguimento e verificação na comunidade para verificar até que ponto os registros do programa estão actualizados e exactos.
- Realizar uma avaliação detalhada das habilidades dos activistas para cuidados e apoio a COV. Desenvolver um plano de formação com base nestes resultados e considerar a possibilidade de aumentar módulos de formação relacionados com o apoio psicossocial e outras áreas manifestadas.

Ao nível central, recomendamos convocar os principais parceiros para discutir a utilidade da adoção de uma abordagem integrada para Moçambique. Se os parceiros decidirem continuar com esta abordagem, o PCC e outros deverão desenvolver uma estratégia e apoios organizacionais compreensivos para garantir normas dos procedimentos operacionais estabelecidos para as organizações que oferecem o modelo integrado.

Contextualização

Desde o diagnóstico de seu primeiro caso do HIV em 1986, Moçambique tem contribuído para a luta contra a epidemia do HIV/SIDA através de programas e políticas nacionais e do apoio internacional contínuo. Hoje em dia, enquanto a epidemia parece estar a estabilizar-se ao nível nacional, em média há 500 novas infecções por dia, das quais 90 são crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV (UNICEF). Além disso, o HIV continua a afectar uma percentagem significativa da população na idade activa e na idade reprodutiva - 11,5 por cento de homens e mulheres com idades entre 15-49 anos estão atualmente infectados (INSIDA, 2010). Vinte e um por cento de todos os agregados familiares no país abrigam uma pessoa que vive com HIV/SIDA (PVHIV), enquanto sete por cento dos agregados familiares têm atualmente uma criança adotada ou cuidada pela família vivendo na casa (INSIDA, 2009). Além disso, 20 por cento dos 1,6 milhões de crianças órfãs em Moçambique perderam um ou ambos os pais devido ao HIV/SIDA (UNICEF).

O peso do HIV/SIDA sobre as estruturas familiares e redes de segurança comunitárias tem sido significativo e deu origem a uma rede de organizações de base comunitária (OCB) em todo o país que usam agentes (ou activistas) comunitários semi-qualificados para apoiar os agregados familiares e unidades de saúde. Esses activistas realizam visitas domiciliárias para prestar apoio/cuidados a PVHIV através de cuidados domiciliários (CD), e a órfãos e crianças vulneráveis (COV) afectados por ou infectados com HIV. Nesta capacidade, activistas servem como um elo crucial para serviços de saúde e outros serviços sociais.

Como é o caso em muitas partes do mundo, programas de cuidados comunitários em Moçambique têm pacotes de cuidados de qualidade mínima para clientes CD e clientes de COV. O Ministério da Saúde (MISAU) é responsável pelas atividades relacionados com PVHIV e desenvolveu o pacote das normas para cuidados domiciliários, enquanto o Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS) desenvolveu o pacote das normas para cuidados para COV. Moçambique tradicionalmente teve dois conjuntos de activistas - um para apoiar os clientes de CD, a outro para COV. Aqueles que fornecem apoio de CD recebem uma renumeração ou subsídio, enquanto aqueles que prestam apoio a COV não recebem.

Cuidados Domiciliares

O grupo-alvo para os serviços de cuidados domiciliários (CD) em Moçambique são PVHIV na fase três ou quatro da doença (OMS, 2007), PVHIV tomando terapia anti-retroviral (ART), e outros indivíduos com doenças crônicas que necessitam de assistência - com atenção especial para aqueles que são particularmente vulneráveis, assim como seus familiares (MISAU 2003). Desde 2006, todos os activistas nas OCB que fornecem CD devem ser formados por um formador credenciado na Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique (ANEMO) (MISAU DNAM 2014). As principais atividades de CD incluem avaliações de saúde, gestão de sintomas freqüentes, encaminhamento para serviços de saúde e sistemas de serviços sociais, e prevenção do HIV ao nível do agregado familiar.

Cuidados para órfãos e crianças afectados por ou infectados com HIV/SIDA

Para COV, um órfão é definido como uma criança que perdeu um ou ambos os pais. A criança vulnerável é definida como uma criança: a) afetada por ou infectada com HIV/SIDA; b) em um agregado familiar chefiado por uma criança, uma mulher ou um idoso; c) em agregados familiares onde um adulto está cronicamente doente; ⁷ d) que vive na rua ou em uma instituição (orfanatos, prisões, instituições de saúde mental); e) em conflito com a lei; f) que está deficiente; vítima de violência, de abuso físico e/ou sexual, de tráfico de pessoas, ou das piores formas de trabalho; g) que está casada antes da idade legal; e h) que está deslocada ou é um refugiado (MMAS 2006).

A programação de COV em Moçambique, nomeadamente programas financiados pelo Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA (PEPFAR), incide especificamente sobre órfãos e crianças afectadas por ou infectadas com HIV/SIDA. No entanto, as crianças que vivem nos agregados familiares chefiados por crianças, mulheres ou idosos, ou que vivem em um agregado familiar onde um adulto é cronicamente doente também podem ser alvos de apoio. Activistas de COV são responsáveis por avaliar o estado da criança, fazer encaminhamentos para centros de saúde, e aconselhar as crianças dentro dos agregados familiares que servem. Os serviços que os activistas de COV oferecem incluem alimentação e nutrição, educação, apoio jurídico, saúde, apoio psicossocial, fortalecimento econômico e abrigo. A ficha dos serviços básicos do PCC incluem os seguintes⁸:

Alimentação e Nutrição

- Encaminhamento para cestos básicos⁹
- Horta comunitária/familiar
- Aconselhamento Nutricional

- Papa enriquecida

Educação

- Encaminhamento para formação profissional
- Profilaxia com cotrimoxazole
- Reinserção na escola
- Encaminhamento para uniforme escolar
- Encaminhamento para material escolar

Apoio Jurídico

- Registro de nascimentoapoio para obtenção do BI nacional
- Apoio para obtenção do atestado de pobreza
- Educação em direitos das crianças

Saúde

- Encaminhamento para obter CD
- Encaminhamento ao posto de saúde¹⁰
- Encaminhamento para rede mosquiteira
- Purificador de água (Certeza)

Apoio Psicossocial

- Visitas domiciliares
- Atividades recreativas
- Clubes para crianças

Fortalecimento Econômico

- Geração de rendimento

Abriço

- Encaminhamento para construção
- Apoio para reabilitação

⁷ Para as crianças serem consideradas como vulneráveis par as três primeiras categorias, devem viver em uma casa que se encontra abaixo da linha da pobreza.

⁸ Tirada da ficha FHI360 PCC, "*fichas de OCVs - serviços basicos YR3*"

⁹ Cesto básico alimentar

¹⁰ Planeamento, aconselhamento e testagem familiar

Programação da Integração dos CD e COV

O Programa de Cuidados Comunitários ou PCC é um projeto bilateral de 44.000,000 dólares da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)/Moçambique liderado por FHI 360 em parceria com Africare e o Projeto HOPE, e implementado por uma rede de OCB em todo o país. O PCC visa fortalecer a resposta comunitária ao HIV e SIDA em sete províncias focais, e melhorar a saúde e a qualidade de vida das PVHIV, crianças vulneráveis, e as mulheres grávidas e mulheres pós-parto HIV-positivas. É um projeto de cinco anos, que começou nos meados de 2010 e terminará nos meados de 2015.

O PCC defendeu e criou uma abordagem integrada para a prestação de serviços a COV e CD, em que um único activista apoiaria todos as PVHIV, crianças vulneráveis e órfãs, e mulheres pré/pós parto residentes no agregado familiar. O PCC selecionou este modelo por alguns motivos:

- USAID/Moçambique começou a implementar uma abordagem centrada no agregado familiar¹¹ para cuidados comunitários (comunicação pessoal com Hanise Sumbana e Dioniso Matos, 10 de Junho, 2013);
- Uma nova lei nacional entrou em vigor - a *Lei do Voluntariado 7/2011 de 11 de Janeiro*¹² - que estipula que os programas que operam em Moçambique devem fornecer um subsídio a todos os voluntários que equivale a 60 por cento do salário mínimo. Esta lei em particular fez com que qualquer projeto que trabalha com dois quadros distintos de activistas (um para CD e um para COV) seria obrigado de fornecer apoio financeiro para ambos; e
- O pessoal do PCC considerou o número de activistas e trabalhadores da saúde que vêm dentro de uma casa e determinou que uma abordagem integrada reduziria o número de visitas por activista e forneceria um único ponto de contato para os agregados familiares (comunicação pessoal com Linda Lovick, 30 de Novembro de 2012 e Xavier Cândido, 28 de Janeiro de 2013).

Implementação de Integração de CD e Serviços COV dentro do PCC

Atividades relacionadas à integração começaram em 2011 com a criação de um grupo técnico de trabalho com FHI 360, MISAU, MMAS, e outros parceiros, incluindo a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade, Dor sem Fronteiras, Associação Moçambicana de Cuidados Paliativos, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA em Moçambique, World Vision, e a Assistência Técnica em Alimentação e Nutrição III (FANTA III) em Moçambique. Posteriormente, o grupo de trabalho, com a liderança da FHI 360, desenvolveu e testou em um projecto piloto um currículo e materiais comuns para CD/COV em coordenação com ANEMO. Este currículo foi aprovado pelo MISAU no início de 2014.

¹¹ “Uma abordagem integrada e coordenada de cuidados que atende às necessidades de adultos e crianças em uma família e tenta satisfazer as necessidades deles de saúde e de assistência social, diretamente ou indiretamente, por meio de parcerias e/ou ligações e encaminhamentos estratégicos com outros prestadores de serviços”. (Wakhweya, A. et al. 2008).

¹² Decreto 72/2011, publicado no *Boletim da República* no 30 de Dezembro de 2011, fornece os regulamentos de execução e cumprimento da Lei 7/2011

Após o piloto, uma nova equipa de activistas integrados foi criada dentro do PCC em 49 dos 52 distritos¹³ onde o PCC atua. O líder comunitário propôs candidatos com base em critérios semelhantes antes ao PCC, com dois critérios adicionais: activistas integrados precisariam de terem níveis de alfabetização básica (leitura e escrita) em Português e estariam dispostos a apoiar as crianças vulneráveis e clientes de CD.

Fase "Intensiva" vs. "Manutenção"

Antes do PCC, activistas de CD visitavam agregados familiares semanalmente por um período de cerca quatro a seis meses antes de "graduá-los" do programa, com base em quando o estado do cliente melhorou suficientemente.¹⁴ Activistas de COV forneciam visitas e cuidados domiciliares para COV a partir do momento em que estes entraram no programa até que alcançaram 18 anos de idade. Dado os diferentes prazos para cada tipo de cliente, o PCC teve que determinar como um activista poderia organizar as visitas usando a nova abordagem integrada. Os implementadores de programas decidiram criar duas etapas para os agregados familiares: as etapas "intensiva" e "manutenção".

Em agregados familiares com clientes de CD e COV, activistas visitam os clientes de CD recém-inscritos semanalmente durante um período de quatro a seis meses chamado a "fase intensiva". Nesta fase, também prestam serviços a crianças vulneráveis durante a mesma visita. Quando o estado do cliente de CD melhora suficientemente e ele/ela "gradua" dos CD, o activista começa um horário menos freqüente das visitas domiciliares, chamado de "fase de manutenção". Nesta fase, o seu foco é mais sobre as crianças no agregado familiar. A frequência das visitas varia de acordo com a necessidade da criança, mas é geralmente mensal pelo menos. O projeto teve diretrizes semelhantes para a frequência das visitas a agregados familiares com apenas clientes COV, bem como para agregados familiares com mulheres grávidas. Em ambas fases, os tipos de serviços providenciados são baseados principalmente nas necessidades de cada criança.

Ojectivo do Estudo

Vários estudos têm sido realizados sobre a integração de serviços baseados na clínica tais como a integração do HIV/SIDA e planeamento familiar (Lush, 2002; Reynolds, Liku, e Maggwa, 2003; Banda, Bradley, e Hardee, 2004; Adamchak et al., 2007; ACQUIRE, 2008) ou HIV/SIDA e cuidados de saúde sexual e reprodutiva (Askew & Berer, 2003; Fleischman, 2006; Bharat & Mahendra, 2007; Kennedy et al, 2010; AIDS Alliance, 2011; e Church et al., 2012). Pouca pesquisa foi realizada em Moçambique ou em

¹³ A integração não ocorreu nos distritos de Inhambane, onde existem fortes redes de organizações da sociedade civil cristãs que queriam manter um espírito de voluntariado e não diminuir o número de voluntários.

¹⁴ Inclui vários critérios definidos pelo PCC, incluindo mas não se limitando aos seguintes: cliente está a seguir TAR, com 100% de adesão, está assintomático e livre de infecções oportunistas, emocionalmente estável, economicamente seguro tanto como os outros membros na mesma comunidade, a manter consultas médicas, a usar preservativos, a usar métodos de planeamento familiar ou abstenção da atividade sexual, consciente da necessidade de se dirigir a serviços para prevenção da transmissão vertical (PTV) mãe a criança em caso de gravidez, capaz de comer refeições nutritivas regularmente, móvel e a assumir tarefas regulares.

outros países Africanos sub-saharianos que demonstram a utilidade da estratégia integrada para programas de cuidados comunitários e seus efeitos sobre serviços prestados a crianças vulneráveis.

Para melhor entender o que a integração dos serviços de CD e dos COV significa para os COV beneficiários, USAID/Moçambique pediu a MEASURE Evaluation para realizar esta avaliação.

Os três objetivos primários do estudo são:

1. Perceber as perspectivas dos activistas sobre o trabalho deles dentro de um projeto integrado.
2. Perceber os benefícios/desafios da integração e sua utilidade para os grupos de beneficiários e parceiros.
3. Perceber como serviços para as crianças vulneráveis variam de acordo com a fase do cliente de CD, a presença de clientes de cuidados domiciliares no agregado familiar e o tipo de *activista*.

Metodologia

Desenho do estudo

Este estudo é um estudo descritivo transversal que inclui a recolha de dados primários durante vários níveis do projeto. A abordagem utilizada para a recolha de dados foi mixta usando métodos qualitativos e quantitativos. Dados quantitativos foram triangulados com dados qualitativos para obter uma compreensão abrangente dos fatores que influenciam cuidados comunitários integrados (Greene, Caracelli, e de Graham, 1989).

Localização do estudo

Em consulta com USAID/Moçambique e o PCC, selecionamos intencionalmente duas das províncias da região central (Sofala e Manica e) onde o PCC está a funcionar e que são consideradas por PCC e USAID/Moçambique como Províncias prioritárias devido à localização destas no Corredor Central onde fatores de risco para o HIV estão elevados (Foreit et al., 2001). Sofala e Manica, ambas situadas no Corredor Central, têm taxas de prevalência de HIV de cerca de 15 por cento (INSIDA, 2009). Em seguida, selecionamos duas organizações de base comunitária em cada província, com base nos seguintes critérios: participação anterior em um modelo não-integrado, língua local semelhante dentro de uma província (Sena e Chitewe), e um distrito rural e um urbano por província.

Amostragem

Recolhemos informações junto com diferentes tipos de parceiros a nível nacional e sub-nacional, OCB, activistas, e ao nível dos beneficiários dos agregados familiares através de entrevistas aprofundadas, discussões em grupos focais (DGF), inquéritos auto-administrados, ou de um questionário estruturado.

A nível nacional, foram selecionados representantes de organizações e agências envolvidas com CD e a programação de COV, bem como aqueles que tinham conhecimento da abordagem integrada. Os indivíduos foram selecionados com base nas suas responsabilidades de alto nível e capacidade de discutir a questão da integração de cuidados comunitários.

Ao nível sub-nacional, selecionamos representantes governamentais e do PCC de alto nível que conseguiam falar sobre a questão da integração de cuidados comunitários. Em cada província, foram entrevistados representantes distritais do MISAU e MMAS baseados nas capitais, bem como altos representantes do PCC. Ao nível distrital, foram entrevistados representantes distritais do MISAU e MMAS, bem como representantes das OCB.

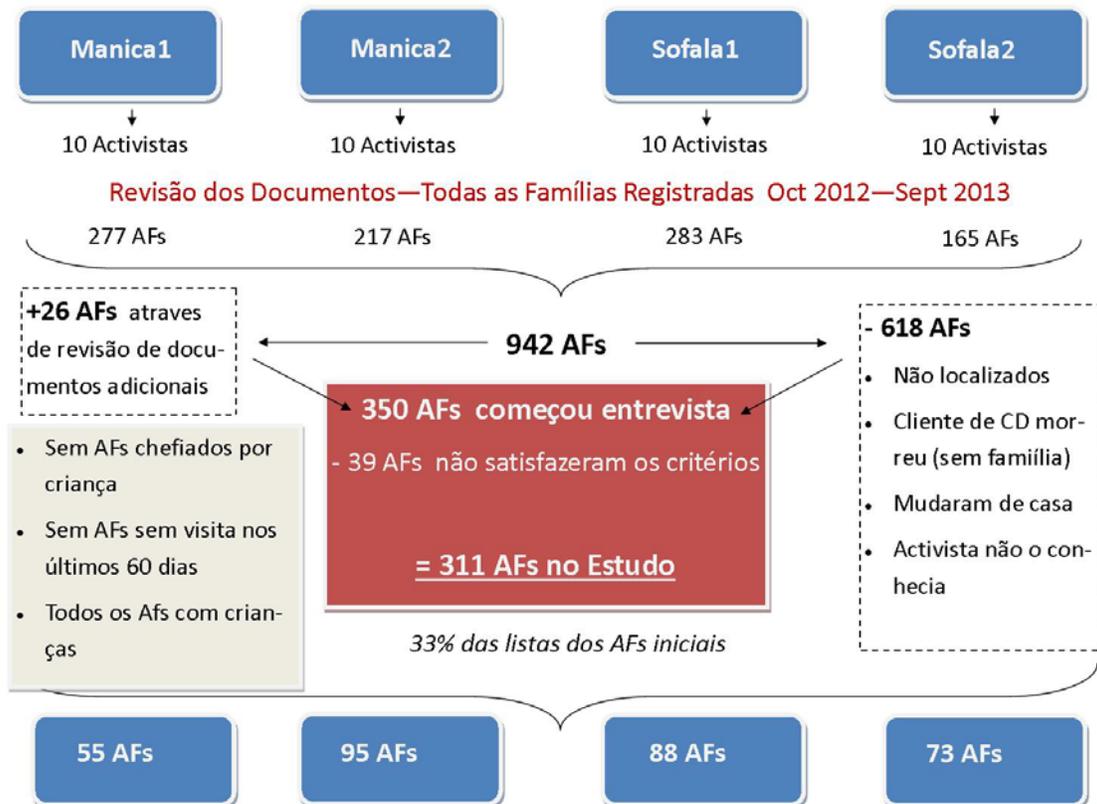
Em cada OCB, a equipe de estudo convidou um grupo de entre 7 a 10 activistas para participar em uma discussão em grupo focal (DGF) com uma duração de 1,5 a 2 horas. Activistas que participaram na DGF tinham de ser diferentes daqueles cujos agregados familiares foram selecionados para uma visita familiar. Além disso, um inquérito auto-administrado foi administrado a todos os activistas do PCC disponíveis em cada um dos quatro distritos seleccionados no dia da visita.

Para cada OCB, a equipe de estudo selecionou aleatoriamente 10 activistas dos 11 a 30 activistas por OCB (Figura 1). Para cada activista selecionado, construímos uma base de amostragem de todos os agregados familiares listados nas fichas de registro dos agregados familiares e nas fichas de registro dos cuidados domiciliares entre 01 de Outubro de 2012 a 30 de Setembro de 2013. Usando um gerador de números aleatórios do Excel, misturamos as listas dos agregados familiares. Quando a equipe de recolha de dados chegou à OCB, encontraram-se com cada activista para rever a lista completa dos agregados familiares. Os agregados familiares que o activista não conhecia foram eliminados da lista. Quando o activista disse que: 1) o único beneficiário (na maioria dos casos, um cliente de CD) havia morrido, ou 2) o agregado familiar havia-se mudado para longe, enviou-se um enumerador à casa destes agregados familiares para garantir que não havia outros beneficiários que poderiam ser entrevistados. Houve outros casos em que a equipe de recolha de dados nunca chegou à casa quer porque eles não conseguiram localizá-la quer porque não conseguiram acessá-la.

Devido ao elevado número de indivíduos/agregados familiares que tinham falecido e/ou mudado para fora, ou agregados familiares que a activista não conhecia, em três dos quatro locais a equipe de recolha de dados teve que fazer uma revisão de documentos adicionais a partir das fichas mais recentes dos registros dos agregados familiares para cada activista (01 Outubro de 2013 a 31 de Dezembro de 2013). O mesmo procedimento foi seguido para a revisão de documentos para estes agregados familiares adicionais e as listas dos agregados familiares foram misturadas outra vez. Mais 26 agregados familiares foram identificados através deste processo de revisão dos documentos.

Havia 942 agregados familiares listados para os 40 activistas selecionados aleatoriamente, e 618 foram retirados da base de amostragem, quer porque não foram encontrados (12 por cento), o agregado familiar mudou-se (17 por cento), o activista não conhecia o agregado familiar (18 por cento), ou um cliente dos CD faleceu e não havia outro cliente PCC disponível em casa (10 por cento). Uma vez que as listas dos agregados familiares foram finalizadas, os enumeradores visitaram cada agregado familiar que figurava na lista seguindo a ordem, até que eles tinham completados 10 entrevistas (ou tantos que foram possíveis para concluir) em agregados familiares.

Figura 1. Base de amostragem dos agregados familiares



Instrumentos de Recolha de Dados

A Tabela 1 apresenta os instrumentos de recolha de dados e o tipo de dados recolhidos a partir da amostra do estudo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com equipas do governo, do programa e das OCB, inquéritos auto-administrados, foram conduzidas DGF com activistas nas quatro OCB seleccionadas, e foram aplicados questionários estruturados aos cuidadores nos agregados familiares seleccionados. Os instrumentos foram traduzidos para Português, e os questionários para agregados familiares foram traduzidos para Sena e Chitewe. Todos os instrumentos podem ser encontrados no Anexo A.

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde no Ministério de Saúde e o Comité de Revisão Institucional do Health Media Lab, em Washington, DC analisaram e aprovaram o processo do protocolo do estudo e do pedido de consentimento. O pedido de consentimento informado por escrito (ou por impressões digitais) para todos os instrumentos- que descreve os direitos e os riscos dos participantes no estudo - foi obtido para todos os participantes do estudo.

Tabela 1. Instrumentos de Recolha de Dados por Tipo de Participante

Tipo de amostra	Instrumento de recolha de dados	Tipo de dados recolhidos
Equipa do governo, programa e OCB	Entrevistas semi-estruturadas	Perspectivas de programas de cuidados comunitários em um programa integrado, participação no desenvolvimento e implementação da integração.
<i>Activistas</i>	Inquérito escrito auto-administrado DGF	Experiência como activista, agregados familiares atendidos e frequência das visitas, carga de trabalho e formação. O que significa integração, como funciona a integração, cuidados para COV e apoio fornecidos em diferentes tipos de agregados familiares, formação e preparação para o trabalho enquanto activista.
Cuidadores	Entrevista estruturada	Serviços recebidos por agregado familiar e COV

Procedimentos de Recolha de Dados

Uma equipe de enumeradores locais formados recolheram todos os dados, com os supervisores a realizar as DGF e entrevistas ao nível nacional e sub-nacional. Entrevistas ao nível nacional foram conduzidas em Inglês ou Português, e todas as outras entrevistas e discussões em grupos focais foram conduzidas em Português. Supervisores supervisionaram os inquéritos auto-administrados que estavam em Português, e estavam disponíveis para explicar o inquérito, responder a todas as perguntas, analisar as respostas tal como verificar a exatidão destas.

Entrevistas para cuidadores ao nível familiar foram administradas em Sena ou Chitewe. Enumeradores também tinham versões do questionário em Português para ajudar com a interpretação. Quando os enumeradores chegavam a uma casa, pediam para falar com o principal cuidador dos filhos no agregado familiar. Se o cuidador principal era uma criança (menos de 18 anos) ou se o cuidador principal era um adulto gravemente doente e nenhum outro adulto podia responder, a entrevista não era realizada. Foram colocadas perguntas iniciais de triagem para determinar a elegibilidade. Os agregados familiares que não receberam uma visita de activistas nos últimos três meses (18 agregados familiares no total), não tinham filhos menores de 18 anos residentes na casa, ou não tinham recebido uma visita de um activista nos últimos 60 dias foram excluídos. No final do inquérito, houve um conjunto de perguntas sobre os serviços para COV recebidos por uma criança específica selecionada aleatoriamente usando a Grade de Kish (Kish, 1949) a partir de todas as crianças atendidas na última visita. Esta criança é referida como a "criança índice."

Métodos de Análise de Dados

Os dados qualitativos (entrevistas com parceiros-chave e DGF) foram gravados e transcritos. As transcrições foram revistas e codificadas por temas e sub-temas a priori no Microsoft Word. Matrizes foram desenvolvidas para analisar os padrões dos temas segundo os tipos de respondentes (ex. do programa, governo, activista) e os níveis (central, distrital, comunidade). As informações geradas a partir da análise qualitativa foi triangulada com os resultados do inquérito dos activistas e as outras fontes de dados.

Respostas aos questionários foram entradas duas vezes no CPro. Os dados foram exportados para arquivos SAS e transferidos via Dropbox de maneira segura. Antes da realização das análises, preparamos os conjuntos de dados, selecionando apenas os agregados familiares que satisfaziam os critérios de seleção (ter recebido uma visita nos últimos 60 dias e ter pelo menos uma criança em casa com idade inferior a 18), limpando os dados e juntando os arquivos de dados.

Para responder a cada uma das perguntas da pesquisa usando o software SAS, Versão 9.0 (SAS Institute Inc.) a) examinamos estatísticas descritivas, b) realizamos uma análise de frequências, e c) apresentamos tabelas com cruzamento de informações e resultados de testes chi-quadrado. Novas variáveis foram criadas para a análise – ver Anexo B para obter mais detalhes sobre as variáveis. Além disso, realizamos uma análise de regressão logística para analisar os fatores que influenciam a probabilidade de uma criança nos agregados familiares (AF) que receberam ambos os serviços para COV e cuidados domiciliares nos últimos 12 meses de ter ser vista na última visita. Para estas análises foram consideradas as seguintes características do agregado familiar: número total de crianças menores de 18 anos residentes no agregado familiar; estado dos CD - transição vs. ativo e ativo vs. graduado; e características da criança - sexo e idade (5-14 anos de idade vs. outras idades). Dois conjuntos de análises foram realizados, um para toda a amostra de crianças e outro para cada uma das duas províncias. Incluímos uma quinta variável de previsão para a localização – a província na primeira análise e OCB na segunda - para explicar as diferenças entre Províncias e OCB.

A Tabela 2 apresenta algumas das variáveis-chave e as perguntas do inquérito aos agregados familiares às quais correspondem.

Tabela 2. Variáveis-chave e Perguntas do Inquérito

Variável	Pergunta do Inquérito
Os agregados familiares que receberam uma visita nos últimos 12 meses	Nos últimos 12 meses, alguém na sua casa recebeu uma visita de um activista comunitário?
Os agregados familiares onde um adulto recebeu CD nos últimos 12 meses	Nos últimos 12 meses, um adulto (uma pessoa com mais de 18 anos) em sua casa recebeu cuidados domiciliares, mesmo se esta pessoa faleceu ou mudou-se desde então?
Os agregados familiares onde a criança recebeu o apoio de um activista nos últimos 12 meses	Nos últimos 12 meses, uma criança ou um jovem com menos de 18 anos nesta casa recebeu o apoio de um activista, mesmo se esta pessoa faleceu ou mudou-se desde então?

Variável	Pergunta do Inquérito
Estado do agregado familiar – baseado na última visita que ocorreu <ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Manutenção • Graduado 	Quando foi a última vez que um activista visitou a sua casa? <ul style="list-style-type: none"> • Na última semana • Nos últimos 7 a 30 dias • Nos últimos 30 a 60 dias
Serviços Familiares – aqueles previstos para beneficiar toda a família, recebidos <u>na última visita</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação nutricional 2. Apoio para uma horta comunitária 3. Demonstração Culinária 4. Encaminhamento para um grupo de geração de rendimento 5. Deixou um kit de saúde 6. Deu uma rede mosquiteira 7. Reabilitou a sua casa 8. Ajudou para obter um atestado de pobreza
Serviços CD recebidos na última visita	Durante a última visita, o activista prestou serviços de cuidados domiciliários para qualquer adulto doente ou incapacitado?
Apoio a COV recebido na última visita	Durante a última visita, o activista prestou serviços de apoio a qualquer criança ou jovem com menos de 18 anos?
Mulher grávida que recebeu apoio na última visita	Durante a última visita, o activista prestou serviços a qualquer mulher grávida?
Serviços para crianças - para a criança índice, qual dos seguintes serviços foram recebidos na última visita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhamento para apoio alimentar (MMAS, o PAM, etc) 2. Encaminhamento para apoio escolar (uniformes, livros, lápis e / ou notebooks) 3. Encaminhamento para propinas escolares 4. Deu dinheiro para propinas escolares 5. Ajudou uma criança a voltar para escola – apoiou [nome da criança] a matricular-se na escola 6. Ajuda com trabalhos de casa 7. Encaminhamento para uma unidade de saúde 8. Aconselhamento sobre questões especificamente em torno da saúde 9. Passou tempo com [nome da criança] para que ele/ela pudesse começar a falar sobre os seus sentimentos 10. Encaminhamento do/a [nome da criança] para ir a um líder espiritual 11. Encaminhamento do/a [nome da criança] para frequentar um clube infantil

Resultados

Taxas de resposta

Quarenta e sete activistas participaram no inquérito auto-administrado (Tabela 3) e trinta e sete participaram em discussões de grupos focais. Os activistas nas OCB 1, 3 e 4 que participaram em DGF e no inquérito auto-administrado eram diferentes daqueles cujos clientes foram selecionados para o estudo aos agregados familiares. Na OCB 2, os mesmos activistas participaram em todos os aspectos da recolha de dados, como havia muito menos participantes (11 activistas para toda a OCB).

Um total de 350 agregados familiares foram visitados, com 311 entrevistas concluídas após as perguntas iniciais de triagem. Vinte e quatro entrevistas aprofundadas com informantes-chave foram concluídas. Nove entrevistas foram completadas ao nível nacional, seis ao nível Provincial, e nove ao nível distrital. Representantes ao nível nacional incluíram representantes de USAID / Moçambique (n = 2), MMAS (n = 2), MISAU (n = 1), ANEMO (n = 1) e PCC (n = 3). Entrevistas ao nível Provincial incluíram a Direcção Provincial do Ministério da Saúde (n = 2), o Director Provincial do Ministério da Mulher e Acção Social (n = 2) e representantes do PCC (n = 2). Ao nível distrital, houve entrevistas com representantes da Divisão da Mulher e Acção Social no SDSMAS (nível distrital) (n = 2), Representantes Distritais dos Ministérios da Saúde e das Mulher e Acção Social (n = 3) (RDMAS - representação dentro do SDSMAS), e representantes das OCB (n = 4).

Tabela 3. Número de Respostas por Província e por Organização de base Comunitária

Província	OCB	Inquérito do activista	Participantes de Discussões em Grupos Focais	Inquéritos aos Agregados Familiares (n=350)	Entrevistas qualitativas
Manica	OCB 1	7	7	67	3
	OCB 2	20	10	104	5
Sofala	OCB 3	10	10	103	6
	OCB 4	10	10	76	3
National		-	-	-	9
	Total	47	37	350	26

Perspectivas do Activista sobre o seu Trabalho dentro de um Projecto Integrado

Esta seção apresenta os resultados relativos aos activistas, incluindo suas características, impressões do que é um COV, e suas descrições e impressões da integração de modo global, bem como sua carga de trabalho e sua preparação para realizar atividades de COV/CD.

Características do activista

Activistas que participaram no questionário auto-administrado tinham em media 36 anos de idade (n = 46, DP = 9,4, intervalo de 21-61). Trinta e dois por cento relataram ter trabalhado para uma outra OCB antes da OCB actual, vinte e oito por cento tinham trabalhado para a OCB actual antes do PCC, e trinta e nove por cento relataram estarem novos no PCC, o que significa que nunca tinham trabalhado nem com CD nem com COV e nunca trabalharam para outra OCB (Tabela 4).

Tabela 4. Experiência Anterior dos Activistas

Experiência anterior (n=47)	Frequência	Porcentagem*
Trabalhou para outra OCB antes da OCB actual	15	32
Trabalhou para a OCB actual antes do PCC	5	13
Novo no PCC (relatou que nunca tinha trabalhado nem com CD nem com COV antes do PCC)	18	39

* As categorias vêm de diferentes perguntas e as porcentagens não são feitas para totalizar 100%.

Os participantes do inquérito são experientes, com 79 por cento a trabalhar para a sua OCB por mais de três anos, 13 por cento entre um e três anos e 9 por cento por menos de um ano (Tabela 5).

Tabela 5. Tempo ocupado do Activista na OCB actual

Tempo (n=46)	Frequência	Porcentagem
Menos de 1 ano	4	9
Entre 1 e 3 anos	5	13
Mais de 3 anos	37	79

Compreensão do activista do termo "COV"

Activistas discutiram o que significa "COV", e explicaram como eles determinam quais crianças vulneráveis devem ser alvos de apoio. Activistas falaram sobre COV de maneiras diferentes mas muitas vezes referiram-se a eles como crianças órfãs, crianças que têm um cuidador doente, ou são as mais pobres /mais vulneráveis dentro da comunidade (dado que muitas das crianças são pobres). Activistas descreveram o tipo de crianças que consideram mais vulneráveis:

"Criança vulnerável é aquela que não tem condição mínima para sobreviver, por exemplo, crianças que já não tem os seus pais, não tem habitação e nem alimentação."

"Não são todas. Só as COVs onde há doentes graves que não conseguem tomar conta delas. Têm crianças vulneráveis e têm aquelas que não são. Quando os pais estão acamados e sem condições. Nós conseguimos ver nos agregados familiares quais as COVs com mais prioridade."

Activistas informaram que COV são identificados por líderes comunitários, lideranças das OCB ou pelos próprios activistas. Activistas identificam COV em casas de clientes de cuidados domiciliares, ou quando sabem de uma situação crítica como uma criança órfã, um agregado familiar sem recursos financeiros para cuidar dessas crianças, ou crianças com pouca ou nenhuma comida, roupa, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e/ou que não frequentam uma escola. Participantes nas DGF descreveram como a seleção dos COV ocorre na comunidade, quando não acontece na casa de um cliente de CD:

Os líderes comunitários comunicam a associação sobre a existência de COVs que vivem sozinhos porque os pais morreram ou porque foram abandonados pelos progenitores, aí nós acolhemos essas crianças e cuidados.

Em nossas comunidades, todas as crianças são pobres, e não é possível suportar todos eles por isso, normalmente escolher as crianças mais pobres, especialmente os órfãos.

No entanto, nas DGF os activistas reportaram que é raro prestar atendimento a agregados familiares com apenas COV dado o trabalho que eles também fazem com os clientes de CD, e que as crianças de agregados familiares de adultos doentes são normalmente dadas prioridade, como evidenciado por comentários destes participantes:

“Não acontece muitas vezes. Nestes agregados familiares as COVs são identificadas pelos Líderes Comunitários. Eles é que nos dizem que estão aqui COVs que os pais não estão doentes, mas não trabalham e não têm nenhuma condições.”

“Poucas vezes, porque a prioridade é as COVs onde os adultos estão doentes.”

“Existem COVs que vivem em agregados familiares onde as pessoas adultas nunca receberam serviços de CD mas não é muito comum.”

A carga de trabalho e dos casos dos Activistas

Todos os activistas reportaram trabalhar para o PCC três dias por semana; 100 por cento informaram que estavam a trabalhar atualmente com COV, e 45 dos 47 reportaram trabalhar atualmente com clientes de CD. Tinham uma mixtura do tipo de casos (Tabela 6): 96 por cento dos activistas têm agregados familiares que incluem CD e COV, 77 por cento relataram ter agregados familiares apenas com COVs, 85 por cento tinham agregados familiares onde o cliente de CD recebia serviços anteriormente mas agora apenas as crianças são visitadas, e 38 por cento tinham agregados familiares com apenas CD. A frequência com que eles reportaram visitar os diferentes tipos de agregados familiares foi semelhante, com a maioria indicando que fazem visitas semanalmente. No entanto, activistas relataram que visitavam os agregados familiares com apenas clientes CD e com CD e COV mais frequentemente (duas vezes ou mais por semana).

Tabela 6. Relatórios dos Activistas sobre os Tipos de Agregados Familiares Visitados

Tipo de agregado familiar* (n=47)	Casos actuais		Visita 2x/semana ou mais	Visita 1x/semana	Visita 2 em 2 semanas
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Frequência	Frequência
Apenas CD	18	38	12	1	4
Graduado	40	85	19	16	0
Apens COV	36	77	14	17	1
CD e COV	45	96	31	6	3

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Dois terços dos activistas (n = 45) relataram passar mais tempo com os beneficiários de cuidados domiciliare, e o outro terço relatou passar mais tempo com COV. Participantes nas DGF confirmaram isso, notando que os clientes de CD exigem mais ajuda com tarefas como tomar banho, preparar as refeições, e supervisão da hora e dosagem da medicação. Para COV, no entanto, a principal função dos activistas é fornecer orientação e encaminhamentos para outros serviços, o que leva menos tempo do que os cuidados necessários para os clientes ativos de CD. Um activista descreveu a sua alocação de tempo com os clientes:

“Ficamos menos tempo com as COVs, porque é só aconselhamento e referenciar, mas os adultos doentes também é preciso ver o banho deles, ajudar a comer.”

Ao visitar uma casa com os dois tipos de clientes, activistas informaram que prestavam serviços primeiro para a pessoa doente no agregado familiar antes de atender ao COV na casa, tal como um participante na DGF descreveu:

“Primeiro atendemos os doentes acamados na quarta e terceira fase e depois atendemos as COVs pois estas apesar de serem vulneráveis não se comparam com doentes acamados em termos de prioridades de atendimento.”

Quando um cliente de CD graduou, activistas reportaram respostas diferentes sobre o que acontece. Alguns relataram visitar seus clientes COV com mais frequência como agora passam menos tempo com os clientes CD; outros relataram visitar as crianças com a mesma frequência; e outros relataram um declínio na frequência das visitas:

“Quando os clientes de CD tiram alta, temos maior espaço de tempo para as COVs, a atencao é acrescida uma vez que o cliente CD ocupa-nos mais tempo.”

“Quando um cliente de CD tira alta a frequência das visitas muda, porque já não visitamos coma mesma frequência e poupamos o tempo para assistir outros clientes que estão em situação mais necessitada.”

Activistas também foram solicitados para indicar o tipo de cliente que exige a maior parte do tempo (Tabela 7). Oitenta e nove por cento dos activistas reportaram que adultos com HIV e SIDA requerem a maior parte do seu tempo, com proporções muito menores a relatar que COV ou mulheres grávidas exigem a maioria do seu tempo.

Tabela 7. Relatórios dos Activistas sobre os Tipos de Clientes que exigem a Maioria de seu Tempo

Clientes que exigem a maioria de seu tempo, n=45	Frequência	Porcentagem
Clientes "Busca activa"	33	73
Beneficiários de CD	7	16
Beneficiários de COV	4	9
Mulheres grávidas	1	2

Formação e Preparação auto-avaliada dos Activistas

Noventa e oito por cento dos activistas relataram ter recebido formação sobre serviços para COV e/ou CD (n = 47). Quarenta e um por cento dos activistas indicaram que tinha passado mais de um ano desde a sua última formação (Tabela 8). A maioria (72 por cento, n = 33) reportaram ter recebido uma formação integrada.

Tabela 8. Última formação recebida pelos Activistas

	Frequência	Porcentagem
<i>Altura da última formação (n=46)</i>		
Menos de 1 anos	27	59
Entre 1 e 3 anos	13	28
Mais de 3 anos	6	13
<i>Áreas abrangidas na última formação (n=46)</i>		
COV	8	17
CD	5	11
Ambos	33	72

Três quartos ou mais dos activistas relataram ter recebido formação sobre os seguintes tópicos na sua última formação: aconselhamento, demonstrações culinárias, sensibilização sobre os direitos da

juventude, educação nutricional, TAR, Tuberculose (TB) ou outro tipo de apoio para aderência ao tratamento anti-retroviral, e apoio nutricional (Tabela 9).

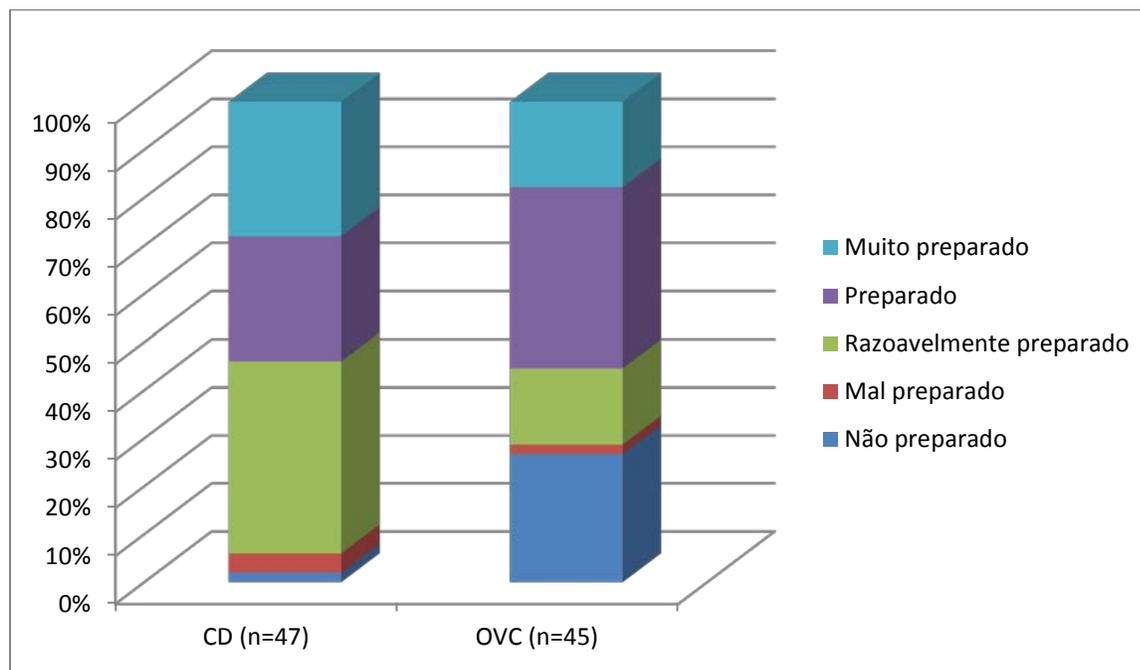
Tabela 9. Tópicos abrangidos na última formação

Tópicos abrangidos na última formação (n=46)	Frequência	Porcentagem
Aconselhamento psicossocial básico	42	89
Demonstrações culinárias	40	85
Sensibilização sobre direitos da criança	40	85
Educação nutricional	38	81
Apoio para aderência a TAR, tratamentos contra tuberculose ou outras infecções oportunistas	37	79
Apoio nutricional	37	79
Demonstrações sobre como cuidar de hortas	36	77
Apoio no trabalho doméstico	33	70
Prevenção da malária	28	60
Cuidados básicos de enfermagem	27	57
Reintegração na escola	27	57
Transferência de competências para cuidar de clientes CD	19	40

Em uma escala de 1 a 20, activistas avaliaram seu nível de preparação para prestar cuidados e apoio a CD e COV. A classificação mediana para CD e COV foi semelhante para os dois, e ficou a 14; a média foi ligeiramente superior para CD que COV (14,2 [SD = 3,6] vs 11,3 [SD = 6,6]).

Noventa e três por cento dos activistas (n = 44) relataram sentir-se muito preparados, preparados ou razoavelmente preparados para prestar cuidados a clientes de cuidados domiciliares, em comparação com apenas setenta e um por cento (n = 32) quando foram perguntados o mesmo sobre a prestação de cuidados aos clientes COV. Vinte e nove por cento dos activistas indicaram que não estavam de todo ou estavam mal preparados para prestar serviços a COV, em comparação com seis por cento que indicaram isso para CD (Figura 2).

Figura 2. Activistas Relataram Estar Preparados para Prestar Cuidados e Apoio a COV e CD em uma Escala de 0-20



Activistas nas discussões em grupos focais informaram que precisavam de formação adicional em material de COV, particularmente em torno do apoio psicossocial, sobre como ajudar uma criança traumatizada, e em uma OCB reportaram precisar de mais formação sobre o pacote mínimo para COV e direitos das crianças. Declarações de alguns dos activistas capturam os sentimentos deles:

“Quando as COVs estão traumatizadas não sabemos o que fazer.”

“Para o nosso nível achamos que temos preparação mínima [to provide care to OVC] mas, precisamos de reforçar as capacidades...”

“...referimos nas COVs sempre é necessário uma reciclagem porque algumas técnicas aprendidas já estão desactualizadas.”

Compreensão dos benefícios/desafios da Integração

Benefícios da Integração

Participantes nas DGF e entrevistas descreveram os benefícios da abordagem integrada. Parceiros, particularmente ao nível distrital onde havia apenas trabalho com CD antes da integração, disseram que agora são capazes de abranger COV - um grupo que queriam ou sentiam a necessidade de abranger.

Parceiros em todos os níveis expressaram que o fato de ter COV juntamente com CD apresentava um modelo mais eficiente para responder às necessidades dos clientes de CD e COV. Em vez dos activistas terem de chamar outros activistas para prestar cuidados a um membro do agregado familiar que não

estão formados para apoiar, agora eles próprios podem oferecer os cuidados quando estão com o agregado familiar.

Ao nível central, vários parceiros discutiram como a integração trouxe uma maior coordenação e comunicação entre MISAU e MMAS. Muitos viram isso como importante, dado que enquanto cada grupo tem beneficiários separados, há muita sobreposição em termos de prestação de serviços, e, portanto, faz sentido para os dois ministérios trabalharem em estreita colaboração.

Expande o Alcance para Incluir COV

Para as organizações de base comunitária mais tradicionalmente focadas em CD, elas não tinham anteriormente um mecanismo para atingir diretamente e prestar apoio a COV, exceto às crianças doentes. Isso deixou-as incertas sobre quem iria cuidar destas tais crianças vulneráveis. Um representante do distrito e de uma OCB descreveu a consequência desse tipo de programa:

“Haviam problemas porque só se olhava ao doente e não se preocupava-se com as crianças, suas necessidades (escola, residência, alimentação) e o activista só cuidava do doente e isso não ajudava para sua melhoria”.

“Existiam problemas sim onde se visitavam as famílias e não se reparava aos órfãos ou crianças e as vezes os pais faleciam e as crianças ficavam desamparadas.”

Oferece um Modelo mais Eficiente

Participantes em muitos níveis reportaram que a integração dos serviços de cuidados domiciliares e COV reforça uma abordagem familiar, permitindo a um activista para atender às necessidades não só dos clientes de CD e COV, mas de todo o agregado familiar. Respondentes das entrevistas compartilharam suas perspectivas sobre porquê uma abordagem integrada é benéfica:

“Mas a minha percepção é que normalmente o que acontece é que onde há pessoas doentes, há também COVs. Então não era funcional ter activistas diferentes.”

“Porque permite maximizar os recursos, os Agentes envolvidos, que podem, ao mesmo tempo, fazer várias coisas. Permite que com a mesma pessoa, possamos, atender o indivíduo nas várias dimensões. Sincronizar os serviços. Na minha opinião, a abordagem integrada é melhor do que a mesma pessoa ser atendida por diferentes serviços, em diferentes momentos, em diferentes circunstâncias, com diferentes sensibilidades, é o que às vezes, pode também diminuir os níveis de confiança e retirá-lo do próprio sistema de protecção social.”

“As varias experiencias acumuladas durante anos em assistencia as COVs e CD mostraram que é mais práctico trabalhar com a familia no seu todo, trás beneficios tanto para pos beneficiários assim como os próprios activistas, entao acho que por esta e outras razoes ditaram a adopcao da abordagem integrada.”

Outro benefício descrito da integração é que permite simultaneamente a prestação de apoio e serviços sociais e de saúde (ex. clínico). Tal abordagem é crítica, como foi citado por um funcionário do governo:

“Compreendemos que quando nós falamos da saúde, não falamos só de aspectos físicos, falamos também de aspectos mentais e bem estar social. Então ela abrange todos estes aspectos. Aspectos clínicos e sociais. Não podemos ver um indivíduo saudável se não inclui a parte social.”

Referiu-se também que a abordagem integrada oferece uma comunicação mais clara e mais coesa entre a OCB e o agregado familiar. Com um activista a fornecer informações para o agregado familiar e a servir como o principal ponto de contacto para os serviços, encaminhamentos e outras comunicações, há menos oportunidade para mensagens contraditórias. Isso ajuda a evitar mal-entendidos, tal como descreveu um dos participantes a nível central:

“Surge porque existiam muitos activistas a darem a assistência a mesma família e, em algum momento criavam problemas por serem vários grupos a deixarem recomendações diferentes, então ouve esta necessidade de incumbir todas tarefas a um activista.”

No passado, se um cliente activista estava a visitar um adulto no agregado familiar e deparou-se com uma criança que precisava de serviços, ele/ela teria que voltar para a OCB para explicar o problema, que seria depois resolvido por um outro activista. Aquela situação poderia causar um atraso na resposta às necessidades da criança, deixando um cuidador incerto sobre se o apoio seria fornecido ou não. Um participante ao nível central partilhou o tipo de situação que poderia ter acontecido anteriormente:

“Então se este doente tivesse ao seu lado, uma COV. Este activista não estava preparado para dar assistência. Se estivesse ao seu lado, uma mulher grávida, este activista também não estava preparado para dar assistência (para ela).”

Finalmente, activistas informaram que os agregados familiares preferem lidar com um activista para abordar as preocupações do agregado familiar para melhor proteger a sua privacidade; anteriormente, vários activistas discutiam o caso de um agregado familiar para tentar resolver um problema para qual não foram formados para resolver.

“Entrando mais de um Activista na família, significava estar-se a espalhar a informação sobre a família. Sobre o estado de saúde sobre a família, sobre os problemas da família.”

Ao nível nacional, reportou-se que a integração conduz a um modelo de custo mais eficaz - e isso vale para ambos os MMAS e MISAU, como indicado por representantes do programa:

“Porque é menos um activista, permite também a integração. de actividades. Acho que houve alguma redução dos custos de implementação. Só pelo simples facto de se ter um único activista.”

“Com isso iríamos maximizar os recursos humanos, mas também financeiros, porque ao invés de pagarmos incentivos a vários Activistas. Em vez de formarmos vários activistas podemos formar um único para prestar todos os cuidados.”

Melhora a colaboração e comunicação entre Parceiros do Governo

Parceiros ao nível central também indicaram que a coordenação melhorou entre MISAU e MMAS como resultado da integração, uma vez que eles já estão a trabalhar juntos para alcançar seus objetivos. Essa coordenação é reforçada através do trabalho deles no desenvolvimento do manual de formação, bem como através de grupos de trabalho técnicos, como descrevem dois participantes ao nível central:

“Mas melhorou em termos de coordenação. Antes a nossa ligação era um pouco ténue. Mas com a integração reforçamos a coordenação. Criamos e fortificamos Grupos Técnicos, em todos participamos. Isto a nível central. Definimos juntos os conteúdos de formação e os programas.”

“Para os Ministérios eu penso que ajuda a conseguir aquilo que são os objectivos de cada um. Porque estes Activistas são capacitados nas várias questões, que incluem questões de saúde e questões relativas à protecção da criança. Consegue-se ter melhores resultados do trabalho nas várias áreas.”

Ao nível distrital, alguns participantes relataram que a integração tem ajudado a sensibilizar a comunidade da área da saúde para os aspectos de bem-estar social e fortalecer os vínculos entre os sistemas de acção social e da saúde (incluindo através da ficha comum de encaminhamento, instituída pelo PCC e aprovada pelo MISAU), como evidenciado pelos depoimentos dos seguintes participantes:

“Fortifica a relação na medida em que as COVs estão mais ligados com a acção social e os CDs com a saúde então acabam se interligando e há mais coordenação entre as duas instituições porque prestam serviços aos mesmos grupos vulneráveis.”

“...ligação com o hospital rapidamente é atendido mas quando o doente é criança o hospital já atende de forma diferente e cobram os medicamentos mas com INAS há uma ligação com os nossos trabalhadores activistas.”

Desafios da Integração e a sua Implementação

Enquanto os participantes citaram vários benefícios da integração, também notaram desafios em relação à forma de como o modelo integrado foi lançado e os desafios percebidos da implementação da integração. Alguns dos desafios levantados e que serão discutidos nesta seção incluem: o fato que a integração não foi formalmente adotada ou operacionalizada a nível nacional; há uma tendência a concentrar-se em clientes de cuidados domiciliares; a integração resulta em uma carga de trabalho maior dos activistas; os activistas precisam de mais formação para responder às necessidades dos COV; e o fluxo de informação nem sempre está claro no programa integrado.

A Integração não foi formalmente Adotada

Alguns parceiros ao nível central observaram que, embora a integração fosse implementada no programa PCC, não foi formalmente adotada ao nível nacional, nem existe um documento de orientação nacional. Como um dos parceiros explicou:

“Porque para mim, para ser integrado, primeiro tinha que haver um documento que instituísse e os instrumentos e os programas de formação fossem revisados, que houvesse trabalhos conjuntos entre os Técnicos do MISAU e MMAS, que fossem ver quais são os matérias que vão avançar para este novo modelo.”

O PCC assumiu a responsabilidade primária para a implementação do seu programa de integração. Foi sugerido que, prospectivamente, o governo deveria envolver-se mais na supervisão dos programas integrados, em um modelo integrado, como um dos participantes explicou:

“Quando falei das duas Instituições queria referir que como Instituições a nível central, nós não temos nenhum instrumento, nenhum protocolo que nos facilita essa integração, ou que aprova essa integração... Mas em termos institucionais, não há nada... Esse é o problema maior com que me debato. Eu sou uma das pessoas que me debato quanto a isso. Até hoje porque eu sei que há necessidade de haver um documento que rege sobre isso.”

Sendo dito isso, a separação entre os dois ministérios não foi vista pelos parceiros como sendo tão prominente ao nível distrital, uma vez que os dois ministérios têm representação conjunta e estão focados em atender as necessidades dos beneficiários do agregado familiar. Um funcionário ao nível distrital explicou:

“Alguns Técnicos ainda dizem: esta coisa de COVs não é connosco, O outro diz: esta coisa de TARV e tratamento não é comigo é com o outro. Mas quando vamos ao terreno, esta discussão já não existe.”

Além disso, a impressão ao nível Provincial foi que o novo modelo de integração segue uma tendência que já estava em curso ao nível distrital, onde algumas OCB lidavam com as necessidades de ambos os tipos de beneficiários. Por exemplo, algumas organizações comunitárias tinham os dois tipos de activistas, ou alguns activistas forneciam alguns cuidados aos clientes COV além dos CD - embora isso possa ter sido feito mais em uma base ad-hoc - como um participante ao nível distrital descreveu:

“Sempre existiu uma certa colaboração. Sempre existiu certa união nestes dois (2) Programas. Infelizmente ás vezes a gente pensa que tudo não está a sendo feito. Mas eu acho que mesmo na altura que se decide que é preciso fazer-se CD, já se sabia que junto desses doentes já havia crianças que estavam a passar mal. A mesma pessoa que ia fazer CD, era confrontada com o assunto de que havia crianças por tratar. Não é uma coisa que indica que a integração começou só num dia. Mas eu penso que desde o princípio sempre houve uma certa integração.”

A Integração tem a tendência de focar mais os Clientes CD

Alguns funcionários aos níveis Provincial e distrital estavam preocupados que a abordagem integrada seja inclinada para clientes de CD:

“Gostariamos de eles tivessem mais atenção sobre as COVs.”

“Neste ponto no âmbito de coordenação destacamos uma realidade em que os actores dão maior atenção aos CDs então este é um aspecto que dispertou-nos atenção no nosso trabalho.”

“Dão maior atenção a CDs em relação as COVs mas reconheço que é um erro o tratamento deve ser igual.”

A Integração Aumenta a Carga Laboral dos Activistas

Em quase todos os níveis, o potencial aumento da carga de trabalho dos activistas devido à integração foi uma preocupação importante. Esta foi uma preocupação mesmo no início do programa, como um representante do programa explicou: "No campo nós encontramos alguma resistência devido à carga de trabalho."

Um aumento na carga de trabalho dos activistas foi realmente sentido ao nível das OCB e ao nível distrital. Os participantes notaram que esse sentimento está associado ao fato de receber um pequeno salário e que devem preencher fichas, além de trabalho de prestação de serviços. Os seguintes sentimentos expressos pelos participantes ao nível da comunidade ilustram as suas preocupações em relação à carga de trabalho:

“Aumentou o volume de recolha de informação, o que lhes dificulta são as fichas que são muitas, não estou a não concordar com a recolha de informação mas que as informações a terem são muitas e as fichas também.”

“Desafios são enormes desde a manutenção dos próprios activistas porque qualquer oportunidade que lhes aparece preferem abandonar o trabalho porque os subsídios para eles são muito baixos para além disso temos como desafio alcançar mais crianças que ainda não estão a beneficiar-se dos nossos serviços.”

Enquanto activistas indicaram que a integração tem levado a um aumento da carga de trabalho, também notaram que estão melhor equipados através das formações para atender os beneficiários nas suas comunidades. Também reconheceram que este trabalho é importante e vão fazer o que têm de fazer, apesar dos desafios, para ajudar as pessoas vulneráveis nas suas comunidades.

“O trabalho aumentou muito sim e está difícil. Mas como fomos formados, estamos a conseguir.”

Alguns activistas indicaram que a integração torna o trabalho deles mais fácil, no entanto:

“Achamos que o nosso trabalho agora ficou mais facilitado, primeiro porque há temas que abordamos de forma familiar quando antes não era possível.”

“Temos mais tempo porque o activista não precisa de esforçar muito para dividir o tempo no sentido de abranger COVs de um lado e CDs por outro.”

A Integração potencialmente não tem uma Estratégia Integrada

Alguns participantes notaram que a integração dos cuidados e apoio para COV/CD no mesmo agregado familiar não está necessariamente apoiada por uma estratégia global. O planeamento, tomada de decisão e supervisão integrados são importantes para reforçar a integração ao nível do agregado familiar. No entanto, a equipe do programa do PCC está alinhada quer com COV quer com CD, em vez de

olhar de forma integrada para as necessidades de cada grupo beneficiário. Um participante a nível distrital também observou a falta de equilíbrio de poder dentro do projeto entre as duas componentes de CD e COV do programa:

“Na algum momento, os decisores tomam decisões de forma desintegrada. Cada um ao seu lado. É preciso reforçar muito a planificação conjunta, é muito importante. Pensamento comum. Para mim o desafio é o equilíbrio na potenciação dos intervenientes. Outro desafio é que os mentores, por exemplo, a FHI é vertical e não integrada, porque começa com os pacotes: primeiro CD, depois, COVs e só depois os integra. Se ela quer uma abordagem integrada real, tem que ter um análise e intervenção holística, em que toma tudo simultaneamente e integrado.”

Dificuldade em satisfazer todas as necessidades das PVHIV e COV

Os activistas manifestaram desafios significativos em ser capazes de fornecer apoio alimentar às crianças e aos clientes que necessitam de cuidados domiciliários, e notaram que para qualquer pessoa que está a seguir um tratamento TAR, o apoio alimentar é fundamental para ser capaz de tomar os medicamentos.

“...sentimo-nos muito mal porque muitos dos doentes precisam de comida e nós não temos e às vezes o Hospital e a Acção Social também não tem.”

“Só queremos reduzir os óbitos, com apoio alimentar. Nós activistas queremos ver os doentes a melhorarem e sem óbitos...”

Compreensão de como os Serviços Recebidos pelas Crianças Vulneráveis variam Segundo a Fase do Cliente de CD, a Presença de clientes de CD no agregado familiar, e a Experiência Anterior dos Activistas

Os resultados descritos nesta seção vêm de dados do inquérito aos agregados familiares em cada uma das quatro organizações de base comunitária. Limitamos a nossa amostra para agregados familiares que: tinham pelo menos um filho com menos de 18 anos de idade residente no agregado familiar; reportaram terem recebido pelo menos um serviço de CD individual ou pelo menos um serviço individual para crianças nos últimos 12 meses; e relataram terem recebido uma visita de um activista nos 60 dias anteriores à entrevista.

Esta seção apresenta os resultados relativos aos tipos de agregados familiares atendidos por activistas nos últimos 12 meses, o intervalo desde a última visita de um activista, os serviços dos agregados familiares recebidos na última visita, os serviços individuais recebidos na última visita, informações descritivas sobre todas as crianças nos agregados familiares, e as crianças vistas individuais na última visita, incluindo os serviços que receberam. Foram encontradas diferenças não só entre as províncias mas em muitos casos também entre as organizações de base comunitária. Como tal, quando for relevante, os resultados são reportados pelas OCB.

Visitas domiciliares nos Últimos 12 Meses

Pedimos quem no agregado familiar tinha recebido serviços nos últimos 12 meses. Vinte por cento dos agregados familiares entrevistados relataram terem recebido serviços individuais¹⁵ apenas para beneficiários de cuidados domiciliares, dez por cento declararam terem recebido serviços para apenas COV, e setenta por cento relataram que ambos beneficiários de cuidados domiciliares e COV receberam serviços individuais (Tabela 10). Vinte e dois por cento dos agregados familiares que reportaram terem recebido serviços de cuidados domiciliares (n = 279) relataram que nenhuma criança no agregado familiar tinha recebido um serviço para COV individual nos últimos 12 meses - apesar do fato de que havia crianças que residiam na casa. Além disso, 43 agregados familiares tinham uma mulher grávida residente na casa no momento da entrevista.

Três das quatro OCB apresentaram perfis semelhantes, com um em cada quatro agregados familiares registrados a receber apenas serviços de cuidados domiciliares individuais. A exceção foi a OCB 2, onde 90 por cento dos seus agregados familiares relataram ter recebido serviços individuais de CD e COV no ano passado.

Tabela 10. Serviços Individuais recebidos nos últimos 12 meses por Província/OCB

Província	OCB	Serviços Individuais recebidos nos últimos 12 meses		
		Apenas CD*	Apenas COV**	Ambos CD e COV***
Manica	OCB 1 (n=55)	25%	20%	55%
	OCB 2 (n=96)	4%	6%	90%
Sofala	OCB 3 (n=86)	28%	10%	62%
	OCB 4 (n=72)	28%	6%	67%
Total (n=309)		20%	10%	70%

* Estatisticamente significativa entre províncias e OCBs (p <0,01)

* Apenas CD - significa que o agregado familiar tinha apenas clientes CD a receber serviços individuais no ano passado.

** Apenas COV - significa que o agregado familiar tinha apenas clientes COV a receber serviços individuais no ano passado.

*** Ambos CD e COV - significa que o agregado familiar tinha clientes, tanto de CD e COV, a receber serviços individuais no ano passado.

Intervalo desde a Última Visita

Em seguida, pedimos aos agregados familiares quando ocorreu a última visita do activista. No geral, cerca da metade dos agregados familiares entrevistados relataram que o activista tinha visitado na

¹⁵ Serviços individuais incluíram: atenção direta dada através de CD para adultos doentes ou incapacitados, serviços para mulheres grávidas e serviços de apoio para uma criança ou jovem com menos de 18 anos.

última semana. Mais uma vez, encontramos diferenças entre as OCB. Em três das quatro OCB, um terço dos agregados familiares entrevistados (35-36 por cento) relataram que um activista tinha visitado na última semana, enquanto mais de três quartos dos agregados familiares atendidos pela OCB 2 relataram ter recebido uma visita na semana anterior (Tabela 11).

Tabela 11. Intervalo desde a Última Visita por Província e OCB

Província	OCB	Intervalo desde a Última Visita		
		Semana anterior	7-30 dias	31-60 dias
Manica	OCB 1 (n=55)	36%	29%	35%
	OCB 2 (n=96)	79%	18%	3%
Sofala	OCB 3 (n=88)	35%	42%	23%
	OCB 4 (n=72)	35%	38%	28%
Total (n=311)		49%	31%	20%

* Estatisticamente significativa entre províncias e OCBs ($p < 0,01$)

Serviços Domiciliares recebidas na última visita

O restante do questionário abrangiu os serviços recebidos na última visita. Incluiu perguntas sobre serviços específicos prestados ao agregado familiar, por exemplo sobre educação nutricional ou encaminhamento a um programa de geração de rendimento (serviços domiciliares) e quais membros do agregado familiar - se houve- receberam serviços individuais ao mesmo tempo.

No geral, 80 por cento dos agregados familiares relataram ter recebido pelo menos um serviço domiciliário durante a última visita. Mais da metade de todos os agregados familiares relataram ter recebido apoio nutricional e um kit de saúde; pouco menos da metade receberam apoio para uma horta comunitária. Pouco mais de um terço dos agregados familiares entrevistados relataram ter recebido uma demonstração culinária e/ou um encaminhamento para uma atividade de geração de rendimento (Tabela 12). Apenas uma pequena proporção dos agregados familiares relataram terem recebido redes mosquiteiras (9%), assistência para obtenção de atestados de pobreza (7%), e/ou reabilitação de casas (2%). Os serviços variaram por OCB, com os agregados familiares da OCB 2 relatando uma maior percentagem de serviços recebidos do que outros agregados familiares. As diferenças entre as OCBs em termos de educação nutricional, apoio para uma horta comunitária, encaminhamentos para a atividades de geração de rendimento e para redes mosquiteiras eram significativas. As diferenças entre as províncias eram significativas apenas em termos dos encaminhamentos para as atividades de geração de rendimento e para redes mosquiteiras.

Tabela 12. Tipos de serviços recebidos na Última Visita por Província/OCB

Província	OCB	Porcentagem a reportar serviços domiciliares na última visita					
		Qualquer serviço	Nut*	Kit de saúde	Horta*	Culinária**	GR*^
Manica	OCB 1 (n=55)	78%	44%	55%	24%	27%	29%
	OCB 2 (n=96)	79%	67%	60%	55%	50%	55%
Sofala	OCB 3 (n=88)	86%	55%	49%	31%	34%	27%
	OCB 4 (n=72)	78%	69%	53%	59%	32%	25%
Total (n=311)		80%	60%	54%	44%	37%	36%

* indica que diferenças entre OCB/províncias estão estatisticamente significativas ($p < 0,01$)

** indica que diferenças entre OCB estão estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

Nota: percentagens somam mais de 100% porque Os agregados familiares podem receber mais de um serviço na mesma visita
Chave: Educação Nutricional, Kit de saúde, Apoio para horta comunitária, Demonstração culinária, Encaminhamento para Atividade de Geração de Rendimento

Prestação de Serviços Individuais na Última Visita

A metade dos agregados familiares com uma mulher grávida ($n = 43$, 51%) relataram que a última visita não incluiu uma visita individual com a mulher grávida. Não analisamos estes agregados familiares separadamente por OCB devido à pequena amostra das mulheres grávidas.

A tabela 13 examina a prestação dos serviços de CD e/ou COV individual recebidos na última visita. Quase dois terços dos agregados familiares reportaram terem recebido serviços de cuidados domiciliares individuais, quer com quer sem serviços de COV. Um pouco mais da metade dos agregados familiares relataram terem recebido serviços de COV individuais, quer com quer sem serviços de cuidados domiciliares. Notavelmente, quase um em cada cinco agregados familiares reportou ter recebido nem serviços individuais de CD nem de COV na última visita. A variabilidade na oferta de serviços pode ser vista nas OCB.

Tabela 13. Agregados familiares que declararam ter recebido Serviços Individuais na Última Visita por Província/OCB

Província	OCB	Porcentagem dos agregados familiares a reportar serviços individuais na última visita			
		Apenas CD	Apenas COV	Ambos CD e COV	Nenhum
Manica	OCB 1 (n=54)	30%	19%	31%	20%
	OCB 2 (n=96)	11%	18%	55%	16%
Sofala	OCB 3 (n=88)	34%	17%	34%	15%
	OCB 4 (n=70)	37%	19%	23%	21%
Total (n=308)		27%	18%	38%	17%

* Estatisticamente significativa entre as províncias e OCBs ($p < 0,01$)

Dos agregados familiares que reportaram terem recebido serviços de CD individuais ($n = 199$), 80 por cento relataram que um adulto recebeu CD, 19 por cento relataram que dois adultos receberam CD, e um por cento disse que três clientes CD receberam cuidados. Dos agregados familiares que relataram terem recebido serviços de COV individuais ($n = 171$), 13 por cento relataram que uma criança foi vista, 17 por cento que duas crianças foram vistas, 23 por cento que três crianças foram vistas, e 46 por cento que quatro ou mais crianças foram vistas.

Relação entre a Prestação de Serviços Domiciliares e Individuais na Última Visita

Examinamos a relação entre a prestação de serviços individuais na última visita dos activistas. Oitenta por cento dos agregados familiares informaram que receberam pelo menos um serviço domiciliar na última visita (Tabela 12) e oitenta e três por cento relataram que receberam pelo menos um tipo de serviço individual (Tabela 13). A metade dos agregados familiares que não reportaram serviços individuais na última visita também não reportaram terem recebido qualquer um dos serviços familiares listados no questionário (Tabela 14).

Em ambas as províncias, os agregados familiares que disseram não terem recebido quaisquer serviços individuais também foram menos propensos a relatar terem recebido qualquer serviço domiciliar na última visita.

Em Manica, os agregados familiares que recebem serviços individuais tanto para CD como para COV eram mais propensos a reportar receber qualquer serviço familiar do que os agregados familiares que relataram receber apenas serviços individuais de CD ou apenas de COV. Em Sofala, os agregados familiares reportando receber serviços de COV individuais eram mais propensos a relatar receber quaisquer serviços familiares, independentemente de terem recebido CD.

Tabela 14. Agregados familiares que receberam pelo menos um Serviço Domiciliar na Última Visita, por Aqueles recebendo Serviços Individuais

Província	Porcentagem a receber pelo menos um serviço domiciliar na última visita, por serviços individuais na mesma visita, por província			
	Apenas CD	Apenas COV	Ambos CD e COV	Nenhum
Manica (n=150)*	74% (n=27)	70% (n=27)	94% (n=70)	50% (n=26)
Sofala (n=158)*	84% (n=56)	93% (n=28)	91% (n=46)	50% (n=28)
Total (n=308)*	81% (n=83)	82% (n=55)	93% (n=116)	50% (n=54)

* Estatisticamente significativa quando $p < 0,05$. Respostas das OCB não são fornecidas por causa do tamanho inadequado da amostra.

Crianças nos agregados familiares

Um total de 1.074 crianças foram reportados vivendo nesta amostra de agregados familiares. O número de crianças por agregado familiar foi semelhante entre as OCB, com entre 3-3,8 crianças (menores de 18 anos) que vivem em cada casa (Tabela 15).

Tabela 15. Número Médio de Crianças por Província/OCB

Província	Número médio de crianças <18 residentes no agregado familiar (AF) (n=1,074)					
	OCB	# AF	Médio	Desvio padrão	Mín	Máx
Manica	OCB 1	55	3.8	1.9	1	8
	OCB 2	96	3.6	1.8	1	9
Sofala	OCB 3	88	3.0	1.8	1	10
	OCB 4	72	3.3	1.9	1	10

No geral, uma proporção igual de crianças do sexo masculino e feminino residiam nos agregados familiares (Tabela 16). A distribuição por sexo de crianças que vivem em agregados familiares foi semelhante ao nível das OCB, com exceção de uma OCB que teve uma maior proporção de crianças do sexo feminino do que do sexo masculino (60 por cento vs. 40 por cento).

Tabela 16. Proporção de Crianças de sexo masculino feminino por Província/OCB

Província	Crianças <18 residentes em todos os agregados familiares (n=1,073)		
	OCB	Masculino	Feminino
Manica	OCB 1 (n=208)	40%	60%
	OCB 2 (n=349)	50%	50%
Sofala	OCB 3 (n=278)	53%	47%
	OCB 4 (n=238)	53%	47%
Total (n=1,073)		49%	51%

No geral, a distribuição etária tende a distorcer para mais velho do que está a população infantil em geral,¹⁶ com cerca de um quarto das crianças caindo nas faixas etárias de 0-4, 5-9, e 10-14 (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição da Idade das crianças por Província/OCB

Província	Crianças <18 residentes em todos os agregados familiares (n=1,071)				
	OCB	0-4	5-9	10-14	15-17
Manica	OCB 1 (n=208)	28%	28%	29%	15%
	OCB 2 (n=349)	26%	29%	33%	12%
Sofala	OCB 3 (n=277)	25%	29%	32%	15%
	OCB 4 (n=236)	25%	28%	27%	19%
Total (n=1,071)		26%	28%	31%	15%

Cerca de 17 por cento de todas as crianças na amostra (n = 1.060) viviam em agregados familiares que não receberam quaisquer serviços COV individuais nos últimos 12 meses (ou seja, só AF com CD); 10 por cento viviam em agregados familiares que receberam apenas os serviços de COV nos últimos 12 meses; e 73 por cento viviam em agregados familiares que receberam ambos os serviços de COV e CD nos últimos 12 meses.

¹⁶ Em comparação com a pirâmida das idades encontradas no Departamento dos Serviços Humanos (Department of Human Services)

Crianças atendidas Individualmente na última visita

Examinamos as características de todas as crianças nos agregados familiares com as crianças que foram vistas na última visita e não encontramos diferenças significativas por idade ou sexo.

Um pouco mais da metade dos agregados familiares entrevistados relataram terem recebido serviços de COV individuais na última visita (Tabela 13). Menos crianças foram reportadas serem vistas em uma visita individual em Sofala de que em Manica (32 por cento vs. 51 por cento, $p < 0,01$). A diferença entre as províncias é devida a uma maior proporção de crianças que vivem em agregados familiares com apenas clientes de CD que receberam serviços nos últimos 12 meses em Sofala, em comparação com Manica (22 por cento vs. 13 por cento, $p < 0,01$). Além disso, uma proporção muito baixa de crianças vivem em agregados familiares com apenas clientes de CD tal como observados na OCB 2 (4 por cento vs. 22-26 por cento nas outras três OCB) (Tabela 18).

Tabela 18. Proporção das crianças que vivem em agregados familiares com apenas clientes de CD que receberam Serviços nos Últimos 12 Meses

Província	Proporção das crianças que vivem em agregados familiares com apenas clientes de CD que receberam serviços nos últimos 12 meses (n=1,053)	
	# de crianças	Porcentagem
Manica	553	13%
OCB 1	208	26%
OCB 2	345	4%
Sofala	500	22%
OCB 3	261	22%
OCB 4	239	22%

A metade (51 por cento) das 873 crianças que vivem em agregados familiares que receberam atenção individual para COV nos últimos 12 meses, foram reportadas como tendo recebido uma sessão individual na última visita. Quatorze por cento destas crianças (que receberam um serviço na última visita) viviam em agregados familiares que receberam apenas os serviços de COV nos últimos 12 meses, e oitenta e seis por cento viviam em agregados familiares que receberam ambos serviços CD e COV.

As crianças que vivem nos agregados familiares que receberam apenas atenção para COV nos últimos 12 meses foram igualmente propensos a terem sido vistos individualmente na última visita como as crianças que vivem nos agregados familiares que receberam atenção tanto de CD e COV. Não houve diferenças significativas, por província ou por OCB.

Para perceber melhor o impacto da integração de CD-COV sobre os serviços COV, examinamos os fatores que influenciam a probabilidade de qualquer criança na casa teria sido visitada na última visita. Examinamos características do agregado familiar, incluindo o número total de crianças menores de 18 anos residente na casa, o estado dos CD - transição vs. ativo e ativo vs. graduado.¹⁷ Examinamos também as características da criança: sexo e idade (5-14 anos de idade vs. outras idades); e na medida em que a localização pode ter influenciado se uma criança recebeu serviços ou não. A amostra para esta análise incluiu 762 crianças residentes em 217 agregados familiares.

A tabela 19 apresenta os resultados das análises de regressão. No geral, as crianças em Manica eram mais propensas a receber atenção individual de que crianças em Sofala. Na província de Manica, as crianças atendidas pela OCB 1 eram tão propensas a receber atenção individual de que as crianças atendidas pela OCB 2. Na província de Sofala, as crianças atendidas pela OCB 4 eram menos propensas a receber atenção individual de que as crianças atendidas pela OCB 3.

Em Sofala e Manica, as crianças de agregados familiares mais numerosos (mais crianças <18 anos) eram menos propensas a receber atenção individual de que as crianças em agregados familiares menores. No geral, as crianças de agregados familiares de CD ativos eram mais propensas a receber atenção individual de que as crianças em agregados familiares onde os clientes de CD estavam na fase de transição.

No geral, as crianças de agregados familiares onde os clientes de CD tinham graduados eram menos propensas a receber atenção individual do que crianças em agregados familiares onde um cliente de CD estava na fase de transição. Embora esse padrão foi semelhante em Manica, foi o oposto em Sofala, onde as crianças em um agregado familiar com um cliente de CD graduado eram mais propensas a receber atenção individual do que as crianças em agregados familiares onde o cliente de CD estava na fase de transição.

Meninas e meninos eram igualmente propensos a receber atenção individual na última visita; este foi também o caso em Sofala e Manica. No geral, as crianças em idade escolar (5-14) eram mais propensas a receber atenção individual do que as crianças mais jovens ou mais velhas. Este também foi o caso em Manica. Em Sofala, não houve diferença entre as crianças em idade escolar e outras crianças.

¹⁷ Graduado dos CD: não recebeu CD na última visita (apenas OVC ou nem CD, nem OVC), Em transição dos CD: última visita > semana passada e recebeu CD na última visita, CD ativos: última visita foi na semana passada e recebeu CD na última visita (apenas CD ou ambos CD e OVC).

Tabela 19. Resultados da Regressão Logística relativos às características que Influenciam a Atenção para COV

Província	Rácio de probabilidade para características dos agregados familiares e crianças					
	Província ou OCB	# de crianças	Activo vs transição	Graduado vs. transição	Sexo	Idade
Manica (n=423)	NS	.6**	2.0*	.1**	NS	2.1**
Sofala (n=339)	.5**	.8**	2.7**	1.8*	NS	NS
Total (n=762)	1.5*	.7**	3.3**	.6**	NS	1.9**

NS= não estatisticamente significativa, * estatisticamente significativa quando está a 0,05, ** estatisticamente significativa quando está a 0,01

Em resumo, enquanto encontramos diferenças entre as províncias, e em Sofala encontramos diferenças entre organizações de base comunitária, o fato de ter clientes de CD dentro de casa parece ter um efeito consistente sobre a probabilidade da criança receber ou não receber atenção individual na última visita: crianças que vivem em AF com um cliente(s) de CD ativo (s) eram as mais propensas a receber atenção individual durante a última visita do activista. Isto significa que quando um cliente de CD está a ser visto regularmente, é mais provável que um cliente COV também será visto regularmente.

Análise de Criança Índice - Serviços Individuais da Criança recebidos na última visita

Examinamos também a idade e o sexo de 178 crianças índice selecionadas a partir da Grade Kish para quem fizemos perguntas sobre os serviços individuais para crianças. Não houve diferenças estatisticamente significativas na idade e sexo das crianças.

Criamos quatro categorias principais de apoio individual para crianças recebido na última visita com base na lista dos serviços prestados listados no questionário. Esses grupos incluíram apoio escolar, apoio alimentar, apoio psico-social, e apoio para a saúde.¹⁸

No geral, o apoio à saúde foi reportado com maior frequência, com mais da metade de todas as crianças que recebem atenção individual a receber este serviço na última visita (Tabela 20). A metade das crianças atendidas foram reportadas terem recebido algum tipo de apoio psicossocial, mas as frequências variaram muito por OCB, com um baixo 28 por cento até um alto 69 por cento. Os agregados familiares em Manica eram mais propensos a relatar que as crianças receberam apoio

¹⁸ **Apoio escolar:** Encaminhamento para assistir na compra de materiais escolares (uniformes, livros, lápis e/ou cadernos), encaminhamento para propinas escolares, deu dinheiro para as propinas, apoiou a reintegração na escola (apoio a matricular a criança na escola), apoio com trabalhos de casa ; **Apoio alimentar:** Encaminhamento para apoio alimentar (MMAS, PMA, outros); **Apoio psicossocial:** Reserveu algum tempo para conversar com a criança sobre os seus sentimentos, encaminhamento para um líder espiritual, encaminhamento para um clube infantil; **Apoio à saúde:** Encaminhamento para uma unidade de saúde, aconselhamento sobre questões específicas relacionadas com a saúde.

psicossocial em comparação com agregados familiares em Sofala. Menos de um terço das crianças que receberam atenção individual na última visita foram reportadas terem recebido apoio alimentar; novamente, as proporções variaram muito por OCB.

Finalmente, 40 por cento das crianças com idades a partir dos cinco anos para cima receberam algum tipo de atendimento escolar na última visita, e as proporções variaram muito por OCB. As crianças mais velhas (10 anos e mais) eram mais propensas a receber serviços relacionados com a escola do que as crianças mais jovens. Crianças menores de cinco anos eram as mais propensas a receber apoio alimentar, e não houve diferenças de idade na proporção de crianças a receber apoio para saúde ou psicossocial. Nenhuma diferença entre os sexos foi encontrada em qualquer um dos serviços para crianças.

Tabela 20. Porcentagem das crianças Índice a receber Serviços Individual na Última Visita

Província	OCB	Crianças a receber serviços individuais na última visita			
		Escola** (n=121)	Apoio alimentar** (n=175)	Saúde (n=173)	Psico-social* (n=173)
Manica	OCB 1	45%	10%	62%	52%
	OCB 2	40%	30%	70%	69%
Sofala	OCB 3	53%	30%	59%	38%
	OCB 4	10%	50%	57%	28%
Total		40%	30%	64%	51%

* diferenças entre as OCB são estatisticamente fiáveis quando estão a <0.01, ** diferenças entre as OCB são estatisticamente fiáveis quando estão a <0,05

Nota: as percentagens somam mais de 100% porque Os agregados familiares podem receber mais de um serviço na mesma visita

Discussão

Ao nível do agregado familiar, parece haver uma associação consistente entre os clientes de CD dentro de casa e a probabilidade de que uma criança vai ou não vai receber atenção individual na última visita. No entanto, quando o cliente de CD não está presente, não parece ter uma diferença nos serviços prestados às crianças em casa. Estes resultados, juntamente com os resultados de nossa análise qualitativa, demonstram que os cuidados domiciliares parecem ser o que guia a prestação de serviços.

O efeito dos CD sobre a probabilidade de um COV receber apoio pode ser explicado em parte pela história de cuidados comunitários em Moçambique - e pelo fato que serviços para COV foram adicionados aos serviços de cuidados domiciliares existentes. Neste cenário, as prioridades das OCB e dos activistas podem ter sido historicamente focadas nos CD, e mudar essa mentalidade pode ser um

desafio, especialmente se as necessidades dos cuidados domiciliares permanecem elevados. Este efeito também pode ser explicado pela diferença das necessidades do cliente como expresso pelos ativistas: os CD envolvem cuidados que podem levar mais tempo, como assistir com a medicação e dar banho ao cliente; enquanto o apoio a COV é menos demorado, tal como fornecer referências ou aconselhamento. No entanto, alguns cuidados a COV podem exigir mais tempo com as crianças do que está actualmente a ser assegurado, como levar as crianças para atividades, ajudando-as nos trabalhos de casa, e proporcionando melhor aconselhamento.

O facto que nem todas as crianças em agregados familiares com CD foram vistas nos últimos 12 meses com serviços específicos pode ser devido ao fato de que as crianças não eram consideradas como precisando de apoio. No entanto, isso vai contra as orientações do programa que advogam que cada criança na casa de um cliente de CD devia receber apoio psicossocial.

Foram encontradas diferenças entre as províncias, e muitas vezes entre organizações de base comunitária, o que sugere que a integração pode ser implementada de forma diferente através dos locais. Enquanto um currículo de formação integrado foi desenvolvido e lançado, 80 por cento dos dias da formação focam em CD.

Além disso, a orientação e apoios organizacionais que facilitam o processo de integração ainda não estão claramente estabelecidos. Os documentos que definem a integração, os limites, a frequência dos serviços a serem prestados para COV, o que fazer em uma visita domiciliar, quais clientes priorizar, e listas de verificação para visitas domiciliares não estavam amplamente disponíveis e não pareciam ser usados ativamente onde existiam .

Finalmente, houve relatórios inconsistentes dentro do PCC sobre como COVs são selecionados e identificados, o que poderia ter um grande impacto sobre quais crianças recebem serviços. A identificação de COV é uma área que muitos programas de COV estão a abordar e a tentar melhorar na região como na Nigéria, Uganda, Quênia, Tanzânia e Zâmbia. Para os programas financiados pelo PEPFAR, COV incluem as crianças infectadas com/afectadas pelo HIV/SIDA e não são selecionadas apenas com base de terem cuidadores ou outros adultos no agregado familiar HIV-positivos (PEPFAR, 2012). Em Moçambique, a definição de crianças vulneráveis é bastante ampla e pode significar que no nível local existe um trabalho para identificar as crianças elegíveis para os serviços de COV que são as mais vulneráveis .

Estes tipos de apoios foram identificados por outros como importantes quando se está a transicionar para um modelo integrado de CD/COV (Consórcio da África Austral sobre SIDA (*South African AIDS Trust*, SAT), 2004). Em um relatório compilado de uma oficina regional, a SAT identificou a mais valia de ter um processo de comunicação claro para um programa recém-integrado, o realinhamento da gestão do programa, bem como a capacitação dos voluntários e funcionários sobre como implementar um programa integrado.

Outro tipo de apoio organizacional é o sistema de monitoria e avaliação que é desenhado para facilitar o uso das informações para apoiar a melhoria da prestação de serviços. Os programas costumam usar informações dos programas de cuidados comunitários para determinar a abrangência, avaliar o

progresso e facilitar a prestação de serviços. Durante o desenho da base de amostragem deste estudo, aprendemos que o sistema de M&A é vertical e as informações não estão organizadas por agregado familiar. Por exemplo, existem fichas separadas de CD e COV, e essas fichas estão guardadas em diferentes pastas. Isso significa que activistas ou OCB não podem encontrar facilmente as informações completas sobre um agregado familiar. Os resultados deste estudo permitiram-nos analisar a forma como os serviços são recebidos dentro de um contexto familiar - algo que não foi feito anteriormente no programa. Sem uma medida específica dos serviços integrados, o programa era incapaz de monitorar o progresso da integração.

Além disso, encontramos muitas fichas incorretas, incompletas e desatualizadas. Isso foi confirmado quando os enumeradores viajaram para o campo e não foram capazes de visitar os agregados familiares, quer porque os activistas não conheciam o agregado familiar a partir das suas listas dos agregados familiares (embora os activistas próprios preencham as fichas), quer porque os agregados familiares mudaram-se para fora, quer porque havia agregados familiares onde um cliente faleceu. Tais imprecisões significam que muitas decisões programáticas, como a abrangência, riscam ser tomadas com base em informações incorrectas.

O número de clientes de CD reportados terem falecido era particularmente alarmante e desmente a suposição comum que os clientes de cuidados domiciliares já não estão acamados ou que não precisam de cuidados de fim de vida devido à expansão dos serviços de TARV (Phaladze et al., 2005).

Activistas em cada site do programa informou que um dos principais desafios deles é o acesso ao apoio alimentar para os agregados familiares, uma vez que os programas estão a diminuir a quantidade de apoio alimentar fornecido. Por exemplo, em uma das reuniões de divulgação para o presente estudo, observou-se que o Programa Mundial Alimentar cessou o apoio alimentar. Enquanto o PCC está a promover hortas caseiras e atividades de geração de rendimento, a segurança alimentar parece ser uma preocupação importante para os agregados familiares que serve. Curiosamente, activistas e outros parceiros no terreno citam a falta de alimentos como ser a principal razão pela qual pacientes param a sua medicação e portanto, isso pode contribuir para a morte de clientes de CD dentro e fora do programa.

Muitos participantes do estudo expressaram a mais valia de um modelo integrado para a eficiência dos serviços que oferece, inclusive o apoio integrado aos agregados familiares, o potencial da redução de custos, e a capacidade dos activistas para abranger COV que potencialmente não teriam sido abrangidos.¹⁹ Apesar de que nem todas as crianças recebem atenção individual do activista, muitas crianças beneficiaram das intervenções de reforço familiar tais como apoio para uma horta comunitária e encaminhamento para atividades de geração de rendimento. Tais intervenções atingem todos os membros do agregado familiar e apontam para a eficiência que muitos participantes descreveram como um benefício da integração. Isso também foi identificado como um benefício da integração na oficina regional da SAT.

¹⁹ Nota – este estudo não avaliou se a integração era mais efectiva.

Outro benefício da integração é o potencial de ligar COV a clínicas e a outros serviços de saúde. Os programas integrados têm a vantagem de ter activistas com contactos estabelecidos em clínicas através do trabalho deles com CD. Por exemplo, um programa compreensivo de HIV/SIDA no Quênia fez com que as crianças sejam encaminhadas e acompanhadas em aconselhamento e testagem, e isso pode ser verificado através do sistema de gestão de dados dos COV. Estes e outros tipos de eficiência foram bem documentados em outros estudos (Askew & Berer, 2003; Fleischman, 2006; AIDS Alliance, 2011; Church et al, 2012).

Encontramos evidência de alguns desafios na implementação da integração, tais como o aumento da carga de trabalho para activistas, os desafios da compreensão das fases de manutenção e intensiva, e a necessidade de formação e capacitação adicionais em torno de COV, especialmente no que concerne o apoio psicossocial. Estudos sobre a integração de outros programas de saúde documentaram desafios semelhantes (Banda, Bradley, e Hardee, 2004; Bharat & Mahendra, 2007; Harries et al, 2007). Apesar dos comentários sobre o aumento da carga de trabalho, os activistas e OCB continuam de achar a abordagem integrada útil.

Além disso, é evidente que a *busca activa* requer uma quantidade significativa do tempo dos activistas, muitas vezes além dos três dias dedicados à prestação de cuidados e apoio aos agregados familiares. Não conseguimos avaliar em que medida a *busca activa* é recebida a nível familiar, pois é uma atividade feita para acompanhar aqueles que negligenciaram a TARV e não se encontra no número de casos das visitas domiciliárias.

Recomendações

Dado os resultados do estudo e a interpretação com os principais parceiros, a equipe do estudo oferece as seguintes recomendações para o programa do PCC maximizar a possibilidade de servir todos os grupos de beneficiários. Estas recomendações são oferecidas em nenhuma ordem de importância específica:

- Criar um sistema de monitoria com a família sendo a principal unidade de registro. Isso exigiria uma investigação sobre como os activistas podem fornecer serviços integrados durante cada visita domiciliar e desenvolver uma forma de registrar isso.
- Organizar pastas por família beneficiária para facilitar a gestão de casos dos agregados familiares. Todas as fichas, incluindo a ficha de inscrição, devem ser guardadas por família, na pasta do activista, desde que continuem de precisar qualquer um dos serviços.
- Actualizar fichas de inscrição das famílias para incluir os beneficiários que entram e saem do programa e a fase do programa em que cada cliente se encontra.
- Desenvolver outras orientações e apoios programáticos para operacionalizar a integração nas OCB que estão a implementar o modelo integrado, estabelecendo definições claras sobre o que significa uma abordagem de cuidados integrados em termos de prestação de serviços aos

agregados familiares e COV no agregado familiar - por exemplo, saber como diferenciar entre "fases" de prestação de serviços.

- Desenvolver diretrizes programáticas e ferramentas correspondentes claras para os activistas comunitários para saber como definir e orientar COV com base nas normas aceites da comunidade, olhando especificamente se as crianças em agregados familiares que recebem CD são automaticamente considerados vulneráveis.
- Considerar a realização de uma actividade de seguimento e verificação na comunidade para verificar até que ponto os registros do programa estão actualizados e exactos.
- Realizar uma avaliação detalhada das habilidades dos activistas para cuidados e apoio a COV. Desenvolver um plano de formação com base nestes resultados e considerar a possibilidade de aumentar módulos de formação relacionados com o apoio psicossocial e outras áreas manifestadas.

Ao nível central, recomendamos convocar os principais parceiros para discutir a utilidade da adoção de uma abordagem integrada para Moçambique. Se os parceiros decidirem continuar com esta abordagem, dever desenvolver uma estratégia e apoios organizacionais compreensivos para garantir normas dos procedimentos operacionais estabelecidos para as organizações que oferecem o modelo integrado.

Conclusão

Encontramos consenso sobre a mais valia de ter um único activista a prestar serviços a todos os clientes em um agregado familiar para eficiência dos serviços que oferece, inclusive o apoio integrado aos agregados familiares, o potencial de redução de custos, e a capacidade integrada do activista para abranger COV que potencialmente não foram abrangidos anteriormente.

Ao nível do agregado familiar, parece haver uma associação consistente entre os clientes de CD dentro de casa e a probabilidade de que uma criança vai ou não vai receber atenção individual na última visita. No entanto, quando o cliente de CD não está presente, não parece ter uma diferença nos serviços prestados às crianças em casa. Estes resultados, juntamente com os resultados de nossa análise qualitativa, demonstram que os cuidados domiciliares parecem ser a força motriz para prestação de serviços a COVs.

Foram encontradas diferenças entre as províncias, e muitas vezes entre as OCB, o que sugere que a integração pode ser implementada de forma diferente através dos locais. Enquanto um currículo integrado de formação foi desenvolvido e implementado, outros apoios de orientação e organizacionais que facilitam o processo de integração ainda não estão claramente estabelecidos.

Limitações do estudo

Como foi mencionado anteriormente no relatório, fichas de registo incompletas de CD e dos agregados familiares prejudicaram a capacidade da equipe de estudo para desenvolver a base de amostragem dos

agregados familiares. A única maneira de vincular fichas de registro de cuidados domiciliares aos registos dos agregados familiares foi comparar os nomes dos clientes, um processo que era propenso a erros (ortografia incorrecta dos nomes, nomes próprios usados em vez de apelidos ou vice-versa, etc.) Além disso, encontramos crianças listadas nas fichas de inscrição de CD que não estavam listadas nas fichas de inscrição do agregado familiar, o que significa que podia haver crianças que recebem apoio mas que não foram incluídas na amostra. Não havia nenhuma maneira de avaliar isso dado a inexatidão das fichas.

A recolha de dados foi inicialmente prevista para Novembro 2013, mas foi adiada até Fevereiro 2014 – a época de chuvas - devido à instabilidade política em torno das eleições Provinciais. Alguns agregados familiares não estavam disponíveis para serem visitados porque os membros do agregado familiar tinham-se mudado para estar perto das suas machambas, algumas estradas foram destruídas pelas chuvas e os rios estavam a um nível mais elevado do que o costume, muitas vezes tornando impossível a sua travessia.

Os inquéritos dos activistas foram auto-administrados em Português. É possível que alguns activistas possam não ter percebido todas as perguntas, embora a equipe de estudo tinha um funcionário disponível para responder a perguntas e rever os inquéritos à medida que eram submetidos. Quanto a entrevistas e discussões em grupos focais, fiamo-nos em dados auto-relatados o que poderia ter levado a um vies nas respostas. Tentamos resolver isso através da recolha de dados de vários tipos de participantes em diferentes níveis e triangulando os resultados.

Referências

- ACQUIRE (2008). *Evaluation of a family planning and antiretroviral therapy integration pilot in Mbale, Uganda*. New York: ACQUIRE Project, EngenderHealth.
- Adamchak S.E., T.E. Grey, C. Otterness, K. Katz, B. Janowitz (2007). *Introducing family planning services into antiretroviral programs in Ghana: An evaluation of a pilot intervention*. Arlington, VA: Family Health International.
- AIDS Alliance (2011). *Linkages and Integration of Sexual and Reproductive Health, Rights and HIV*. Brighton: International HIV/AIDS Alliance.
- Askew I. & M. Berer (2003). The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: A review. *Reproductive Health Matters* 2003; 11:51–73.
- Banda H.N., S. Bradley, K. Hardee (2004). *Provision and use of family planning in the context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of providers, family planning and antenatal care clients, and HIV-positive women*. Washington, D.C.: Policy Project.
- Bharat S., V.S. Mahendra (2007). Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIV: Challenges for health care providers. *Reproductive Health Matters*. 15: 93–112.
- Church, Kathryn, Alison Wringe, Phelele Fakudze, Joshua Kikuvi, Dudu Simelane, Susannah H. Mayhew, and the Integra Initiative (2012). The Relationship between Service Integration and Client Satisfaction: A Mixed Methods Case Study within HIV Services in a High Prevalence Setting in Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(11).
- Fleischman J. (2006). Integrating reproductive health and HIV/AIDS programs: Strategic opportunities for PEPFAR. *A report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS*. Washington, D.C.: Center for Strategic and International Studies.
- Foreit, Karen, Avertino Barreto, P. Antonio Noya, & Isabel Nhatave (2001). Population Movements and the Spread of HIV/AIDS in Mozambique. *Journal of Health and Human Services Administration*, 24(3).
- Greene, Jennifer C., Valerie J. Caracelli, & Wendy F. Graham (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274.
- Harries J., D. Cooper D, L. Myer, H. Bracken, V. Zweigenthal, P. Orner (2007). Policy maker and health care provider perspectives on reproductive decision-making amongst HIV-infected individuals in South Africa. *BMC Public Health*. 7:1–7.
- Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. (2010). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE & ICF Macro.
- Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) (2009)*. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE & ICF Macro.
- Kennedy C.E., A.B. Spaulding, D.B. Brickley, L. Almers, J. Mirjahangir, L. Packel, G.E. Kennedy, M. Mbizvo, L. Collins, & K. Osborne (2010). Linking sexual and reproductive health and HIV interventions: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. July 19, 13:26.

Kish, Leslie (September 1949), "A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household," *Journal of the American Statistical Association* **44** (247): 380–387, [doi:10.1080/01621459.1949.10483314](https://doi.org/10.1080/01621459.1949.10483314), [JSTOR 2280236](https://www.jstor.org/stable/2280236)

Lush L. (2002). Service integration: An overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives*. 28:71–76.

Phaladze, Nthabiseng A., Sarie Human, Sibusiso B. Dlamini, Elsie B. Hulela, Innocent Mahlubi Hadebe, Nonhlanhla A. Sukati, Lucy Nthabiseng Makoae, Naomi Mmapelo Seboni, Mary Moleko, and William L. Holzemer (2005). "Quality of Life and the Concept of 'Living Well' With HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa," *Journal of nursing scholarship* 37(2): 120-126.

Reynold, Heidi W., Jennifer Liku, Baker Ndugga Maggwa (2003). *Assessment of Voluntary Testing and Counseling Centers in Kenya: Potential Demand, Acceptability, Readiness, and Feasibility of Integrating Family Planning Services into VCT*. Family Health International and Institute for Family Health. September 12, 2013.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO NACIONAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA (2014). "CURRÍCULO DO PROVEDOR DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS INTEGRADOS."

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, MINISTÉRIO DA MULHER E DA ACÇÃO SOCIAL. (2006) Plano de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis. Mozambique.

Southern African AIDS Trust (2004). Children and Home-Based Care: Integrating Support for Children Affected by HIV and AIDS into Home-Based Care Programmes. *SAT Share Series*. Harare: Southern African AIDS Trust.

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). (2012). *Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming*. Washington, DC: PEPFAR.

Wakhweya, A., Dirks, R., & Yeboah, K. (2008). Children thrive in families: Family-centred models of care and support for orphans and other vulnerable children affected by HIV and AIDS. *AIDS JLICA*.

World Health Organization. (2007). WHO Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children. Accessed via the web on June 1, 2014 at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>

UNICEF. Mozambique: HIV/AIDS. Accessed via the web on June 1, 2014 at http://www.unicef.org/mozambique/hiv_aids_2045.html.

Anexo A. Instrumentos de Recolha de Dados

Entrevistas com Intervenientes: Doadores-chave, Pessoal de Programas do PCC

Capa do Instrumento:

Data de realização da entrevista:	Hora de início:	Hora da finalização da entrevista:
Entrevistador:		
Organização:		
Posição (título):		

Consentimento Informado para Entrevistas com Doadores-chave, Pessoal de Programas do PCC

Bom dia/boa tarde, eu chamo-me [inserir o seu nome aqui], e trabalho para AGEMA, entidade que foi contratada para colher dados em nome da MEASURE Evaluation relacionados com o *Programa de Cuidados Comunitários* (PCC). Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional sobre este estudo, por favor contacte a nossa Coordenadora do Estudo, a senhora Filomena João, pelo número 825994520.

No decurso dos últimos anos, os activistas comunitários do PCC têm providenciado tanto Cuidados Domiciliários (CD) como também serviços de apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs) em várias regiões de Moçambique. Estamos interessados em compreender quais são os resultados da implementação desta estratégia integrada nas comunidades e beneficiários abrangidos. Pretendemos falar com um grande número de pessoas, incluindo profissionais de MMAS e de MISAU, ao nível nacional, provincial e distrital, assim como o pessoal de programas. As constatações deste exercício irão ser utilizadas pelos implementadores de programas, doadores e os responsáveis pela elaboração de políticas do governo, para delinear o futuro da integração de actividades de cuidados comunitários. O (A) Sr(a) foi indicado(a) como pessoa que nos pode providenciar informação sobre o assunto dentro da organização/instituição

Gostaria de falar consigo hoje, se me permitir, sobre as suas perspectivas em relação aos CD para as pessoas que vivem com o HIV e / ou serviços de apoio para COVs, bem como sua participação em discussões que possam ter contribuído para a integração / implementação destes dois programas. Gostaria também que explorássemos as suas expectativas em relação à integração, e a sua opinião sobre a maneira como esta abordagem está a funcionar actualmente.

Esta entrevista demorará aproximadamente uma (1) hora. Por favor sinta-se livre para interromper esta entrevista a qualquer momento. Toda a informação por si providenciada é de carácter confidencial. O seu nome não será referenciado em nenhuma apresentação ou relatório

As pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento, por isso, gostaria de clarificar que a sua participação nesta entrevista é totalmente voluntária, ou seja, você não receberá nenhum benefício directo (material ou monetário) pela sua participação no estudo.

É possível que este questionário tenha perguntas sensíveis, sinta-se a vontade para não as responder caso se sinta desconfortável e se preferir, você pode optar por não responder a qualquer uma das perguntas.

Antecipadamente agradeço a sua disponibilidade por dar respostas sinceras e abertas às perguntas que irei lhe colocar.

Gravação

Adicionalmente gostaria de ter a sua permissão para gravar a nossa conversa de hoje, para que mais tarde me possa recordar de toda a informação que você vai apresentar. A gravação será escutada apenas pela pessoa que vai fazer a transcrição da entrevista. A transcrição será destruída em seguida.

Não hesite em colocar qualquer pergunta ou dúvida que tiver em relação a este questionário ao representante do estudo que se encontra nesta sala com o(a) senhor(a). Ele/ela poderá responder a qualquer dúvida que você tiver. Tem alguma pergunta a fazer?

Assinatura:

Eu confirmo que li a informação acima e concordo em participar nesta entrevista. Se não concordar, não precisa de assinar o consentimento.

(assinatura) (data)

Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA EM PARTICIPAR _____

(assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA EM PARTICIPAR _____

(assinatura, data)

Entrevistas com Intervenientes: Doadores-chave, Pessoal de Programas do PCC

Perguntas iniciais / de familiarização

1. Quais são as suas responsabilidades actuais com relação aos programas de apoio a COVs? E aos programas de CD?

Perguntas relativas à integração

2. Porquê é que a integração, quer dizer o facto de um único activista prestar serviços de CD e de apoio a COVs, foi proposta no programa PCC? *Faça uma sondagem sobre:*
 - *De onde / de quem veio esta ideia? Quais foram as razões que ditaram a adopção da abordagem integrada?*
 - *Será que a qualidade dos cuidados comunitários influenciou a decisão?*
 - *Será que os fundos de financiamento influenciaram esta decisão?*
 - *Outras razões?*
3. *Você esteve directamente envolvido/a na decisão de avançar com esta integração? No caso afirmativo, qual era o seu papel? Qual foi o papel da sua organização neste processo?*
4. *Independentemente do seu trabalho, você é da opinião que existia já um forte consenso a favor da integração destes serviços? Visto de fora (do seu local de trabalho) / de uma forma geral, quais eram os argumentos a favor e contra a integração destes serviços?*
5. *Na altura em que esta decisão foi tomada, qual era a sua opinião pessoal em relação a esta abordagem integrada? Faça uma sondagem afim de saber se estava a favor / contra / não tinha uma opinião formada sobre o assunto.*
6. *Agora que a integração de actividades já está sendo implementada, será que a sua opinião terá mudado? No caso afirmativo, o que é que mudou? Qual é a melhor abordagem para si (integrada ou não integrada)? Porquê?*
7. *Qual dos dois modelos providencia o melhor nível de cuidados / apoio para COVs (integrada / não integrada)? Qual é melhor para CD (integrada / não integrada)?*
8. *Qual tem sido o seu papel (se relevante) na implementação desta abordagem integrada?*
9. *Por favor explique de que forma a abordagem integrada tem influenciado o seu trabalho. Por favor descreva as mudanças que se verificam no seu trabalho (caso tenha mudado alguma coisa). Faça uma sondagem sobre a coordenação com outros intervenientes para a troca de informações, reportagem, prestação de serviços; número de activistas com os que trabalha.*

10. De acordo com a sua opinião que mudanças se verificam na relação de trabalho entre o MMAS e o MISAU?
11. E na coordenação para a prestação de serviços de CD/apoio a COVs ao nível nacional / distrital?
12. Qual é o nível de preparação das OCBs para a gestão da implementação da abordagem integrada?
13. Qual é o nível de preparação dos activistas para providenciar os dois serviços (de CD e de apoio a COVs)? *Quais são as lacunas identificadas ao nível de capacidades ou de formação? Como é que estas estão sendo ultrapassadas?*
14. Quais são os benefícios resultantes desta abordagem integrada? Correspondem com os benefícios esperados? Porquê / porquê não? *Faça uma sondagem sobre os benefícios para:*
 - *Os beneficiários e as suas famílias*
 - *O pessoal de programas a todos os níveis*
 - *Os activistas*
 - *Os Ministérios do Governo, os doadores*
15. Quais são os desafios encarados pela abordagem integrada? Correspondem com os desafios esperados por você / outras pessoas? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os desafios para:*
 - *Os beneficiários e as suas famílias*
 - *O pessoal de programas a todos os níveis*
 - *Os activistas*
 - *Os Ministérios do Governo, os doadores*
16. Considera que as COVs beneficiárias e os beneficiários das acções de CD têm sido atingidos de igual maneira? *Quer dizer, acha que os dois tipos de serviço (CD e de apoio a COVs) recebem a mesma atenção neste modelo de integração? Porquê / porquê não?*
17. Se você fosse dado a oportunidade de mudar algum aspecto do modelo actual utilizado pelos activistas ou do processo de integração no seu todo, o que é que mudaria?
18. Gostaria de ver / recomendaria a implementação de serviços integrados de CD/COVs em outras partes do país? Porquê / porquê não?
19. Recomendaria este modelo de integração a outros projectos de nível nacional / de grande abrangência? Porquê / porquê não?
20. Há alguma outra informação que gostaria de partilhar?

Muito obrigada pelo seu tempo e disponibilidade em participar neste estudo. Como referi no início, por favor não hesite em contactar-me se tiver qualquer pergunta ou comentários [incluir informação de contacto].

Entrevistas com Intervenientes: MMAS e MISAU (Nível Nacional)

Capa do Instrumento:

Data de realização da entrevista:	Hora de início:	Hora da finalização da entrevista:
Entrevistador:		
Organização:		
Posição (título):		

Consentimento Informado para Entrevistas com MMAS e MISAU (Nível Nacional)

Bom dia/boa tarde, eu chamo-me [inserir o seu nome aqui], e trabalho para [inserir o nome da empresa aqui], entidade que foi contratada para colher dados em nome da MEASURE Evaluation relacionados com o *Programa de Cuidados Comunitários* (PCC). Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional sobre este estudo, por favor contacte a nossa Coordenadora de Estudo, a senhora Filomena João, pelo número 825994520.

No decurso dos últimos anos, os activistas comunitários do PCC têm providenciado tanto Cuidados Domiciliários (CD) como também serviços de apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs) em várias regiões de Moçambique. Estamos interessados em compreender quais são os resultados da implementação desta estratégia integrada nas comunidades e beneficiários abrangidos. Pretendemos falar com um grande número de pessoas, incluindo profissionais de MMAS e de MISAU, ao nível nacional, provincial e distrital, assim como com o pessoal de programas. As constatações deste exercício irão ser utilizadas pelos implementadores de programas, doadores e os responsáveis pela elaboração de políticas do governo, para delinear o futuro da integração de actividades de cuidados comunitários. O (A) Sr(a) foi indicado(a) como a pessoa que nos pode providenciar informação sobre o assunto dentro da organização/instituição.

Gostaria de falar consigo hoje, se me permitir, sobre as suas perspectivas em relação aos CD para as pessoas que vivem com o HIV e / ou serviços de apoio para COVs, bem como sobre a sua participação em discussões que

possam ter contribuído para a integração / implementação destes dois programas. Gostaria também que explorássemos as suas expectativas em relação à integração, e a sua opinião sobre a maneira como esta abordagem está a funcionar actualmente.

Esta entrevista demorará aproximadamente uma (1) hora. Por favor sinta-se livre de por fim a esta entrevista a qualquer momento. Toda a informação providenciada pelo Sr. / Sra. é de carácter confidencial. O seu nome não será referenciado em nenhuma apresentação ou relatório

As Pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento, por isso, gostaria de clarificar que a sua participação nesta entrevista é totalmente voluntária, ou seja, você não receberá nenhum benefício directo (material ou monetário) pela sua participação no estudo.

É possível que este questionário tenha perguntas sensíveis, sinta-se a vontade para não as responder caso se sinta desconfortável e se preferir, você pode optar por não responder a qualquer uma das perguntas.

Antecipadamente agradeço a sua disponibilidade por dar respostas sinceras e abertas às perguntas que irei lhe colocar.

Gravação

Adicionalmente gostaria de ter a sua permissão para gravar a nossa conversa de hoje, para que mais tarde me possa recordar de toda a informação que você vai apresentar. A gravação será escutada apenas pela pessoa que vai fazer a transcrição da entrevista. A transcrição será destruída em seguida

Tem alguma pergunta a fazer?

Assinatura:

Eu confirmo que li a informação acima e concordo participar nesta entrevista. Se não concordar, está livre de não assinar o consentimento.

(assinatura) (data)

Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA PARTICIPAR _____(assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA PARTICIPAR _____(assinatura, data)

Entrevistas com Intervenientes: MMAS e MISAU (Nível Nacional)

Perguntas iniciais / de familiarização

1. Quais são as suas responsabilidades actuais com relação aos programas de apoio a COVs? E aos programas de CD?

Perguntas relativas à integração

2. Pode explicar-me porquê é que a integração, quer dizer o facto de um único activista prestar serviços de CD e de apoio a COVs, foi proposto no programa PCC? *Faça uma sondagem sobre:*
 - *De onde / de quem foi esta ideia?*
 - *Quais foram as razões que ditaram a adopção da abordagem integrada?*
 - *Será que a qualidade dos cuidados comunitários influenciou a decisão?*
 - *Será que os fundos de financiamento influenciaram esta decisão?*
 - *Outras razões?*
3. Estava diretamente envolvido(a) na decisão de integrar estes serviços? Se sim, qual era a sua posição e o seu papel nesse momento?
4. Qual era o papel do seu (local de trabalho)?
5. Independentemente do seu trabalho, você é da opinião que existia já um forte consenso a favor da integração destes serviços?
6. Visto de fora (do seu local de trabalho) / de uma forma geral, quais eram os argumentos a favor e contra a integração destes serviços?
7. Quais são os benefícios resultantes desta abordagem integrada?
 - a. Correspondem com os benefícios esperados? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os benefícios para:*
 - *Os beneficiários e as suas famílias*
 - *O pessoal de programas a todos os níveis*
 - *Os activistas*
 - *Os Ministérios do Governo*
8. Quais são os desafios encarados pela abordagem integrada?
 - a. Correspondem com os desafios esperados por você / outras pessoas? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os desafios para:*
 - *Os beneficiários e as suas famílias*
 - *O pessoal de programas a todos os níveis*

- *Os activistas*
- *Os Ministérios do Governo*

9. Considera que as COVs beneficiárias e os beneficiários das acções de CD têm sido atingidos de igual maneira? *Quer dizer, acha que os dois tipos de serviço (CD e de apoio a COVs) recebem a mesma atenção neste modelo de integração? Porquê / porquê não?*
10. De que forma a integração influencia a relação de trabalho entre o MMAS e o MISAU?
 - a. E a coordenação nacional e distrital na prestação de serviços de CD/apoio a COVs?
11. Se você tivesse a oportunidade de mudar algum aspecto do modelo actual utilizado pelos activistas, ou do processo de integração no seu todo, o que é que mudaria?
12. Recomendaria que este modelo integrado fosse utilizado em outros projectos de nível nacional / de grande abrangência? Porquê / porquê não?
13. Tem alguma outra informação que gostaria de partilhar?

Muito obrigada pelo seu tempo e disponibilidade em participar neste estudo. Como referi no inicio, por favor não hesite em contactar-me se tiver qualquer pergunta ou comentários [incluir informação de contacto].

Entrevistas com Intervenientes: Nível Provincial (DPMAS, DPS, PCC) e Nível Distrital (RMAS e SDSMAS)

Capa do Instrumento:

Data de realização da entrevista:	Hora de início:	Hora da finalização da entrevista:
Entrevistador:		
Organização:		
Posição (título):		

Consentimento Informado para Entrevistas ao Nível Provincial (DPMAS, DPS, PCC) e ao Nível Distrital (RMAS, SDSMAS)

Bom dia/boa tarde, eu chamo-me [inserir o seu nome aqui], e trabalho para [inserir o nome da empresa aqui], entidade que foi contratada para colher dados em nome da MEASURE Evaluation relacionados com o *Programa de Cuidados Comunitários* (PCC). Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional sobre este estudo, por favor contacte a nossa Coordenadora de Estudo, a senhora Filomena João, pelo número 825994520.

No decurso dos últimos anos, os activistas comunitários do PCC têm providenciado tanto Cuidados Domiciliários (CD) como também serviços de apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs) em várias regiões de Moçambique. Estamos interessados em compreender quais são os resultados da implementação desta estratégia integrada nas comunidades e beneficiários abrangidos. Pretendemos falar com um grande número de pessoas, incluindo profissionais de MMAS e de MISAU, ao nível nacional, provincial e distrital, assim como com o pessoal de programas. As constatações deste exercício irão ser utilizadas pelos implementadores de programas, doadores e os responsáveis pela elaboração de políticas do governo, para delinear o futuro da integração de actividades de cuidados comunitários. O (A) Sr(a) foi indicado(a) como a pessoa que nos pode providenciar informação sobre o assunto dentro da organização/instituição.

Gostaria de falar consigo hoje, se me permitir, sobre as suas perspectivas em relação aos CD para as pessoas que vivem com o HIV e / ou serviços de apoio para COVs, bem como sobre a sua participação em discussões que possam ter contribuído para a integração / implementação destes dois programas. Gostaria também que explorássemos as suas expectativas em relação à integração, e a sua opinião sobre a maneira como esta abordagem está a funcionar actualmente.

Esta entrevista demorará aproximadamente uma (1) hora. Por favor sinta-se livre de por fim a esta entrevista a qualquer momento. Toda a informação providenciada pelo Sr. / Sra. é de carácter confidencial. O seu nome não será referenciado em nenhuma apresentação ou relatório

As Pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento, por isso, gostaria de clarificar que a sua participação nesta entrevista é totalmente voluntária, ou seja, você não receberá nenhum benefício directo (material ou monetário) pela sua participação no estudo.

É possível que este questionário tenha perguntas sensíveis, sinta-se a vontade para não as responder caso se sinta desconfortável e se preferir, você pode optar por não responder a qualquer uma das perguntas.

Antecipadamente agradeço a sua disponibilidade por dar respostas sinceras e abertas às perguntas que irei lhe colocar.

Gravação

Adicionalmente gostaria de ter a sua permissão para gravar a nossa conversa de hoje, para que mais tarde me possa recordar de toda a informação que você vai apresentar. A gravação será escutada apenas pela pessoa que vai fazer a transcrição da entrevista. A transcrição será destruída em seguida.

Tem alguma pergunta a fazer?

Assinatura:

Eu confirmo que li a informação acima e concordo participar neste entrevista. Se não concordar, está livre de não assinar o consentimento.

(assinatura)

(data)

Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA PARTICIPAR _____(assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA PARTICIPAR _____(assinatura, data)

Entrevistas com Intervenientes: Nível Provincial (DPMAS, DPS, PCC) e ao Nível Distrital (RMAS, SDSMAS)

Perguntas iniciais / de familiarização

1. Quais são as suas responsabilidades actuais com relação ao programas de apoio a COVs? E ao programa de CD?

Perguntas relativas à integração

2. Sabe porque é que a integração, quer dizer o facto de um único activista prestar serviços de CD e de apoio a COVs, foi proposto no programa PCC? *Faça uma sondagem sobre:*
 - a. *Quais foram as razões que ditaram a adopção da abordagem integrada?*
 - b. *Será que a qualidade dos cuidados comunitários influenciou esta decisão?*
 - c. *Será que os fundos de financiamento influenciaram esta decisão?*
 - d. *Outras razões?*
3. Como é que você foi informado/a sobre a decisão de integração dos serviços de CD e de apoio a COVs?
4. Na altura em que se realizou a integração, qual era a sua opinião pessoal sobre isso? *Faça uma sondagem para saber se estava a favor / contra / não tinha uma opinião formada ao respeito. Porquê é que você tinha essa opinião?*

5. Agora que a integração de actividades já está sendo implementada, será que a sua opinião terá mudado? *No caso afirmativo, o que é que mudou?*
6. Qual é a melhor abordagem para si (integrada ou não integrada)? Porquê?
 - a. *Qual dos dois providencia o melhor nível de cuidados / apoio para COVs (integrada / não integrada)?*
 - b. *Qual é melhor para CD (integrada / não integrada)?*
7. Qual tem sido o seu papel (se relevante) na implementação desta abordagem integrada?
8. Por favor explique como é que a abordagem integrada tem mudado o trabalho realizado por se (no caso de ter mudado alguma coisa)? *Faça uma sondagem sobre os seguintes aspectos: coordenação com outros intervenientes para a troca de informações, reportagem, prestação de serviços; número de activistas com os que trabalha.*
9. De acordo com o seu conhecimento e opinião, até que ponto a abordagem integrada influencia a relação de trabalho entre a DPMAS e a DPS?
10. Como é que você se comunicou com os intervenientes na Província para dar a conhecer esta nova abordagem integrada? *(Por exemplo: Ao pessoal ao nível do Distrito? Às Organizações Baseadas na Comunidade (OCBs)?)Faça uma sondagem sobre se estas comunicações foram feitas via email? Através de um anúncio formal? Foi o PCC quem disseminou a informação?*
 - a. *Será que foi providenciada alguma formação oficial sobre a implementação da abordagem integrada? No caso afirmativo, quem beneficiou desta formação?*
11. Por favor descreva como foi iniciado o processo de implementação da abordagem integrada ao nível provincial, distrital e da comunidade. *Foi difícil / fácil? Que desafios enfrentaram? Como foram ultrapassados estes desafios?*
12. Qual é o nível de preparação das OCBs para gerir a implementação da abordagem integrada?
13. Qual é o nível de preparação dos activistas para providenciar os dois serviços (de CD e de apoio a COVs)? *Faça uma sondagem aprofundada sobre este assunto: Quais são as lacunas identificadas ao nível de capacidades ou de formação? Como é que estas estão sendo ultrapassadas?*
14. Quais são os benefícios resultantes desta abordagem integrada? Correspondem com os benefícios esperados? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os benefícios para:*
 - *Os beneficiários e as suas famílias*
 - *O pessoal de programas a todos os níveis*
 - *Os activistas*
 - *A colaboração entre a DPMAS e a DPS*

15. Quais são os desafios encarados pela abordagem integrada? Correspondem com os desafios esperados por você / outras pessoas? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os desafios para:*
- *Os beneficiários e as suas famílias*
 - *O pessoal de programas a todos os níveis*
 - *Os activistas*
 - *A colaboração entre a DPMAS e a DPS*
16. Considera que as COVs beneficiárias e os beneficiários das acções de CD têm sido atingidos de igual maneira? *Quer dizer, acha que os dois tipos de serviço (CD e de apoio a COVs) recebem a mesma atenção neste modelo de integração? Porquê / porquê não?*
17. Se você tivesse a oportunidade de mudar algum aspecto do modelo actual utilizado pelos activistas, ou do processo de integração no seu todo, o que é que mudaria?
18. Gostaria que a abordagem integrada de CD/apoio a COVs fosse implementada em todo o país? *Porquê / porquê não?*
19. Recomendaria que este modelo de integração fosse utilizado em outros projectos de nível nacional / de grande abrangência? *Porquê / porquê não?*
20. Há alguma outra informação que gostaria de partilhar?

Muito obrigada pelo seu tempo e disponibilidade em participar neste estudo. Como referi no início, por favor não hesite em contactar-me se tiver qualquer pergunta ou comentários [incluir informação de contacto].

Entrevistas com Intervenientes: Líderes e Supervisores de OCBs

Capa do Instrumento:

Data de realização da entrevista:	Hora de início:	Hora da finalização da entrevista:
Entrevistador:		
Organização:		
Posição (título):		

Consentimento Informado com Líderes e Supervisores de OCBs

Bom dia/boa tarde, eu chamo-me [inserir o seu nome aqui], e trabalho para [inserir o nome da empresa aqui], entidade que foi contratada para colher dados em nome da MEASURE Evaluation relacionados com o *Programa de Cuidados Comunitários* (PCC). Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional sobre este estudo, por favor contacte a nossa Coordenadora de Estudo, a senhora Filomena João, pelo número 825994520.

No decurso dos últimos anos, os activistas comunitários do PCC têm providenciado tanto Cuidados Domiciliários (CD) como também serviços de apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs) em várias regiões de Moçambique. Estamos interessados em compreender quais são os resultados da implementação desta estratégia integrada nas comunidades e beneficiários abrangidos. Pretendemos falar com um grande número de pessoas, incluindo profissionais de MMAS e de MISAU, ao nível nacional, provincial e distrital, assim como com o pessoal de programas. As constatações deste exercício irão ser utilizadas pelos implementadores de programas, doadores e os responsáveis pela elaboração de políticas do governo, para delinear o futuro da integração de actividades de cuidados comunitários. O (A) Sr(a) foi indicado(a) como a pessoa que nos pode providenciar informação sobre o assunto dentro da organização/instituição. Nota-se também que está sendo implementado outras entrevistas com outras OCBs dentro do program PCC.

Gostaria de falar consigo hoje, se me permitir, sobre as suas perspectivas em relação aos CD para as pessoas que vivem com o HIV e / ou serviços de apoio para COVs, bem como sobre a sua participação em discussões que possam ter contribuído para a integração / implementação destes dois programas. Gostaria também que explorássemos as suas expectativas em relação à integração, e a sua opinião sobre a maneira como esta abordagem está a funcionar actualmente.

Esta entrevista demorará aproximadamente uma (1) hora. Por favor sinta-se livre de por fim a esta entrevista a qualquer momento. Toda a informação providenciada pelo Sr. / Sra. é de carácter confidencial. O seu nome não será referenciado em nenhuma apresentação ou relatório

As pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento, por isso, gostaria de clarificar que a sua participação nesta entrevista é totalmente voluntária, ou seja, você não receberá nenhum benefício directo (material ou monetário) pela sua participação no estudo.

É possível que este questionário tenha perguntas sensíveis, sinta-se a vontade para não as responder caso se sinta desconfortável e se preferir, você pode optar por não responder a qualquer uma das perguntas.

Antecipadamente agradeço a sua disponibilidade por dar respostas sinceras e abertas às perguntas que irei lhe colocar.

Gravação

Adicionalmente gostaria de ter a sua permissão para gravar a nossa conversa de hoje, para que mais tarde me possa recordar de toda a informação que você vai apresentar. A gravação será escutada apenas pela pessoa que vai fazer a transcrição da entrevista. A transcrição será destruída em seguida.

Tem alguma pergunta a fazer?

Assinatura:

Eu confirmo que li a informação acima e concordo participar neste entrevista. Se não concordar, está livre de não assinar o consentimento.

(assinatura) (data)

Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA PARTICIPAR _____ (assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA PARTICIPAR _____ (assinatura, data)

Entrevistas com Intervenientes: Líderes e Supervisores de OCBs

Perguntas iniciais / de familiarização

1. Poderia explicar de forma resumida o tipo de trabalho realizado pela sua organização e o papel que você desempenha nela? *Faça uma sondagem sobre as responsabilidades actuais dessa pessoa. Quais são as suas responsabilidades com relação ao programa PCC? [se o/a entrevistado/a não faz referência específica a ter trabalhado com CD/apoio a COVs, procure auscultar qual é o trabalho que a organização tem realizado nesta área]*

Perguntas relativas à integração

2. Entendemos que a sua organização fez uma transição de uma fase em que a prestação de serviços de CD e de apoio a COVs era feita de forma separada à fase actual em que estes serviços são providenciados sob uma abordagem integrada, com um único activista prestando ambos os serviços ao nível do agregado familiar. Baseado no seu conhecimento e experiência sobre a trajectória da organização (*local do trabalho*), poderia nos indicar quais eram os serviços prestados por sua organização antes do começo da adaptação da abordagem integrada de CD/apoio a COVs? *Faça uma sondagem sobre se prestavam unicamente serviços de apoio a COVs, ou somente de CD. Prestavam algum outro serviço?*
3. Como é que a sua organização identifica as crianças que beneficiam dos serviços do PCC?
4. Como é que são identificados os clientes que recebem serviços de CD?
5. O programa PCC presta apoio a dois tipos de beneficiários: serviços de regime intensivo ou de manutenção. Poderia explicar quais são as diferenças entre estes dois regimes?

Que diferenças existem entre os serviços oferecidos às COVs nestes dois regimes?

	Regime Intensivo	Regime de Manutenção
Apoio a COVs		
CD		

Com que frequência é que os activistas visitam os agregados familiares que recebem serviços de apoio a COVs no regime intensivo e no regime de manutenção?

	Regime Intensivo	Regime de Manutenção
Apoio a COVs		
CD		

6. Poderia explicar-me porquê é que a integração, quer dizer o facto de um único activista prestar serviços de CD e de apoio às COVs, foi proposto no programa PCC? *Faça uma sondagem sobre:*
 - *De onde / de quem veio esta ideia? Quais foram as razões que ditaram a adopção da abordagem integrada?*
 - *Será que a qualidade dos cuidados comunitários influenciou a decisão?*
 - *Será que os fundos de financiamento influenciaram esta decisão?*
 - *Outras razões?*

7. Que mudanças se verificam na gestão da sua organização desde o início da abordagem integrada de prestação de serviços a agregados familiares? *Faça uma sondagem para ver se o número de activistas aumento ou decresceu dentro da organização, se realiza agora mais formações, etc.*

***Recolha documentação ilustrativa destas mudanças, se for possível.*

8. Qual é o nível de preparação dos activistas para prestar serviços de CD e de COVs?
 - *Quais são as lacunas identificadas ao nível de capacidades ou de formação?*
 - *Como é que estas lacunas estão sendo ultrapassadas?*

9. Considera que os seus activistas são mais o menos capazes de providenciar serviços aos beneficiários-chave desde que adoptaram a abordagem integrada?
 - *Se são mais capazes, poderia indicar as razões que explicam por que estão mais capazes? Quais são os serviços que os activistas têm maior capacidade de providenciar?*

- *Se são menos capazes, poderia indicar as razões que explicam por que estão menos capazes? Quais são os serviços que os activistas têm menor capacidade de providenciar?*

10. Acha que a integração de actividades:

- aumentou o volume de trabalho para os activistas /
- manteve o mesmo volume de trabalho /
- ou reduziu o trabalho em comparação com a sua carga de trabalho anterior?

Por favor justifique a sua resposta (*mais tempo para a realização das suas tarefas, precisam de formação adicional para realizar o seu trabalho, etc.*)?

11. Quais são os benefícios resultantes desta abordagem integrada? Correspondem com os benefícios esperados? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os benefícios para:*

- *Os beneficiários e as suas famílias*
- *O pessoal de programas, incluindo os activistas*

12. Quais são os desafios encarados pela abordagem integrada? Correspondem com os desafios esperados por você / outras pessoas? *Porquê / porquê não? Faça uma sondagem sobre os desafios para:*

- *Os beneficiários e as suas famílias*
- *O pessoal de programas, incluindo os activistas*

13. Considera que as COVs beneficiárias e os beneficiários das acções de CD têm sido atingidos de igual maneira? *Quer dizer, acha que os dois tipos de serviço (CD e de apoio a COVs) recebem a mesma atenção neste modelo de integração? Porquê / porquê não?*

- *De que forma é que a integração tem influenciado a relação de trabalho com o SDSMAS? Com o sistema de nacional de saúde? E com outros parceiros?*

14. Se você tivesse a oportunidade de mudar algum aspecto do modelo actual utilizado pelos activistas, ou do processo de integração no seu todo, o que é que mudaria?

15. O que podem aprender outras OCBs sobre a integração de actividades no seu trabalho? *Recomendaria que o processo de integração utilizado pelo PCC fosse replicado? Há aspectos que você sugeriria para que fossem tratados de forma diferente?*

16. Há alguma outra informação que gostaria de partilhar?

Muito obrigada pelo seu tempo e disponibilidade em participar neste estudo. Como referi no início, por favor não hesite em contactar-me se tiver qualquer pergunta ou comentários [incluir informação de contacto].

Discussão de Grupos Focais com Activistas

Consentimento Informado

Olá, chamo-me (*insira o seu nome aqui*) e trabalho como (*insira o nome do seu posto aqui*) para AGEMA. Nós fomos contratados para colher informação em nome da MEASURE Evaluation e a FHI360 para melhor compreender o vosso trabalho como activistas como parte do estudo intitulado: *Avaliação de Cuidados Comunitários Oferecidos a Crianças Vulneráveis no âmbito de um Programa Integrado de Cuidados Domiciliários (CD) e de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)*. Esperamos entender como funciona o apoio que prestam aos clientes de Cuidados Domiciliários (CD) e às Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs). Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional, por favor contacte a nossa Coordenadora do Estudo, a senhora Filomena João, pelo número 825994520.

As constatações colhidas nesta discussão em grupo servirão para ajudar aos responsáveis pelo programa e outros intervenientes tais como o Governo e outros parceiros, a entender como funciona o método actual de prestação de serviços a crianças vulneráveis e clientes de cuidados domiciliários, assim como determinar o tipo de melhorias que poderiam ser incorporadas no programa.

Esta discussão irá ter uma duração aproximada de duas horas. Apresentaremos perguntas relacionadas com os diferentes tipos de agregados familiares que apoiam, as formações que têm recebido e sobre as vossas impressões em relação às vossas próprias capacidades de satisfazer as necessidades das pessoas que apoiam. Gostaríamos de convidar a todos para uma participação activa na discussão, nos pontos em que estejam todos de acordo, bem como aqueles em que não. Queremos enfatizar também que não há respostas certas ou erradas. Este tipo de discussão também está sendo realizada com outros grupos, em outros distritos em Sofala e Manica onde o PCC opera.

Toda a informação por vós providenciada é de carácter confidencial. Os vossos nomes não serão referenciados em nenhuma apresentação ou relatório.

Pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento. Então é importante notar que você não receberá nenhum benefício directo pela sua participação no estudo. Também é possível que este questionário irá incluir perguntas desconfortáveis. Pode pular qualquer pergunta qual não quer responder por qualquer razão.

A vossa participação nesta entrevista é totalmente voluntária. Vocês pode optar por não responder a qualquer pergunta, e assim o preferir. No entanto, agradeço desde já a sua disponibilidade para apresentar respostas sinceras e abertas às perguntas que irei lhe colocar. Por favor sintam-se livres para por fim a esta entrevista a qualquer momento.

Gravação

Adicionalmente gostaria de ter a vossa permissão para gravar a nossa conversa de hoje, para que mais tarde nos possamos recordar de toda a informação que vocês irão apresentar. A gravação será escutada apenas pela pessoa que vai fazer a transcrição da entrevista. A transcrição será destruída em seguida.

Tem alguma pergunta a fazer?

Assinatura individual de cada um dos participantes a discussão do grupo focal:

Eu constato que li a informação acima e concordo participar nesta entrevista. Se não concordar, está livre de não assinar o consentimento.

(assinatura) (data)

Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA PARTICIPAR _____ (assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA PARTICIPAR _____ (assinatura, data)

Discussão de Grupos Focais com Activistas

Data de realização da DGF:	Hora de início:	Hora de finalização:
Nome do Facilitador da DGF:		
Nome da Pessoa que toma notas na DGF:		
Nome da Organização Comunitária com a que trabalham:		
Distrito:		
Número Total de Activistas: _____		
[Nota para o facilitador: Peça aos Activistas para levantarem a mão no caso de corresponderem a uma das categorias seguintes, e depois registe o número de Activistas que correspondem a cada categoria]		
a. # de Activistas que só prestavam serviços de apoio a COVs [antes da entrega]: _____		
b. # de Activistas que só prestavam serviços de CD [antes da integração]: _____		
c. # de novos Activistas (que se pessoas que se tornaram Activistas com a criação da abordagem integrada): _____		

Cuidados e Apoio a COVs em Diferentes Tipos de Agregados Familiares

1. Poderia descrever como vocês identificam às COVs ao nível do agregado familiar? *[Faça uma sondagem: A organização com que você trabalha providencia-lhe uma lista de agregados familiares e / ou uma lista das COVs que moram nesses agregados? No caso afirmativo, como se cria essa lista? Será que as listas abrangem todas as crianças que vivem nos agregados familiares onde há clientes de CD por serem automaticamente consideradas crianças que requerem cuidados e apoio, ou só inclui algumas crianças? Como é que decidem quais são as crianças que devem ser apoiadas?]*
2. Por favor descrevam o perfil dos seus clientes de CD *[Faça uma sondagem: Será que todos os clientes de CD têm de ser HIV positivos? Será que existem outras categorias de doença a serem*

consideradas entre os clientes de CD? Quando é que um cliente de CD pode ser considerado como “tirado alta”? Como é que vocês determinam isto?]

3. Com que frequência é que vocês visitam os agregados familiares onde providenciam serviços de CD a uma ou mais pessoas?
4. Quanto tempo dedicam a uma casa onde providenciam tanto CD como serviços de apoio a COVs?
5. Como determinam a ordem de prioridade de atendimento das pessoas no agregado familiar?
6. Quanto tempo dedicam ao(s) cliente(s) de CD e de COV(s)? *Sempre dedicam o mesmo tempo com cada cliente? Depende do cliente? Da semana? As suas outras tarefas?*
7. O que é que acontece quando um cliente de CD tira alta? *Será que a frequência das visitas muda? Isto influencia o tempo que vocês dedicam às COVs / o tempo que dedicam às COVs muda? De que forma é que muda?*
8. Descrevam qual é a probabilidade de vocês conseguirem responder às necessidades das COVs uma vez que os clientes de CD tiraram alta.
9. Já prestaram apoio a COVs que vivem em agregados familiares onde as pessoas adultas nunca receberam serviços de CD? Isto é comum? Como são identificadas as COVs nesses agregados familiares?
10. Descrevam os serviços prestados a estas COVs comparando-os com os prestados às COVs que vivem com pessoas que recebem actualmente serviços de CD, assim como as que vivem em agregados familiares que já tiraram alta.
11. Pensam que estão a conseguir chegar a todas as COVs nas comunidades onde vocês trabalham? *[Faça uma sondagem: Conseguem atender a todas as COVs? Conseguem chegar somente a algumas? Se não conseguem chegar a todas, expliquem porquê? Quais são alguns dos desafios que limitam a sua capacidade de abrangirem a todas as COVs nas comunidades onde trabalham?]*

Formação e Preparação

12. Descrevam o vosso nível de preparação para prestarem serviços de cuidados e apoio a COVs. *[Faça uma sondagem: Sentem-se capazes de identificar as necessidades das COVs? Respondem às necessidades deles de forma satisfatória? Porquê / Porquê não? A formação recebida nesta matéria foi de nível adequado? Porquê / Porquê não? Que habilidades adicionais precisariam para apoiar às COVs?]*

13. Descrevam o tipo de supervisão e / ou apoio técnico que recebem no vosso trabalho de apoio a COVs. *[Faça uma sondagem: Será que este tipo de apoio / supervisão é adequada? Porquê / Porquê não? Que tipo de apoio ou assistência técnica adicional seria útil receberem?]*
14. Descrevam o vosso nível de preparação para providenciarem cuidados e apoio a clientes de CD. *[Faça uma sondagem: Sentem-se capazes de identificar as necessidades dos clientes de CD? Respondem às necessidades deles de forma satisfatória? Porquê / Porquê não? A formação recebida nesta matéria foi adequada? Porquê / Porquê não? Que habilidades adicionais precisariam para apoiar aos clientes de CD?]*
15. Descrevam o tipo de supervisão e / ou apoio técnico que recebem no vosso trabalho com os clientes de CD. *[Faça uma sondagem: Será que este tipo de apoio / supervisão é adequada? Porquê / Porquê não? Que tipo de apoio ou assistência técnica adicional seria útil receberem?]*

Impressões sobre a Abordagem Integrada

16. *[Pergunta direccionada aos activistas que trabalharam como voluntários de apoio a COVs antes da integração de actividades]* Para os que são activistas a mais de três anos, descrevam por favor a forma como prestam apoio às COVs agora comparando com o procedimento anterior. Qual é a vossa opinião: agora são capazes de fazer mais por estas crianças / mais ou menos, o mesmo / menos do que conseguiam fazer antes? Porquê?
 - a. Qual é a vossa opinião sobre o adicionamento de serviços de CD à vossa carga de trabalho? *Isto tem tornado o vosso trabalho mais difícil / igual / mais fácil do que antes?*
 - b. Que mudanças têm verificado na vossa carga de trabalho?
 - c. O que é que lhes ajudaria a melhorar o vosso trabalho?
17. *[Pergunta direccionada aos Activistas que trabalharam como voluntários de CD antes da integração de actividades]* Para os que são Activistas a mais de três anos, descrevam por favor a forma como prestam serviços de CD agora comparando com o procedimento anterior. Qual é a vossa opinião: agora são capazes de fazer mais para estas pessoas / mais ou menos, o mesmo / menos do que conseguiam fazer antes? Porquê?
 - a. Qual é a vossa opinião sobre o adicionamento de serviços de apoio a COVs à sua carga de trabalho? *Tem isto tornado o seu trabalho mais difícil / igual / mais fácil do que antes?*
 - b. Que mudanças têm verificado na vossa carga de trabalho?
 - c. O que é que lhes ajudaria a melhorar o vosso trabalho?

Questionário a ser Auto-Administrado pelos Activistas

Capa do Instrumento:

A informação nesta secção deve ser preenchida pelo responsável da recolha de dados:

Número de questionário: _____

OCB: _____

Distrito: _____

Data: _____

Nome do responsável: _____

Consentimento Informado: Questionário a ser Auto-Administrado pelos Activistas

A. Título do projecto: Avaliação de Cuidados Comunitários Oferecidos a Crianças Vulneráveis no âmbito de um Programa Integrado de Cuidados Domiciliários (CD) e de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)

Nome de contacto da investigadora e filiação institucional: Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional, por favor contacte a nossa Coordenadora do Estudo, a senhora Filomena João, pelo número 825994520.

B. Apresentação e informação geral sobre o projecto: Ao longo dos últimos anos, os Activistas comunitários do *Programa de Cuidados Comunitários* (PCC) têm vindo providenciar dois tipos de serviços em várias regiões de Moçambique: serviços de cuidados domiciliários e apoio a crianças órfãs e vulneráveis. O Governo de Moçambique, doadores e pessoal do programa, estão interessados em saber como funciona esta abordagem integrada de cuidados comunitários, para as comunidades e beneficiários destes serviços. Gostaríamos de compreender a sua experiência como Activista que providencia serviços de cuidados domiciliários e de apoio a crianças órfãs e vulneráveis. As constatações deste estudo irão ser utilizadas pelos implementadores de programas, doadores e os responsáveis pela elaboração de políticas do governo, para decidir como serão implementadas estas actividades no futuro.

C. Procedimentos metodológicos: Este questionário é para todos os activistas da sua organização e em outros distritos onde o PCC opera. Este questionário precisará de uma hora do seu tempo.

D. Anonimato e confidencialidade: A informação que nos providenciar é totalmente confidencial. Somente a equipa do estudo terá acesso à informação. Fique sossegado que o seu nome não irá ser referenciado nas apresentações e relatórios deste estudo.

E. Riscos e benefícios: As Pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento. Então é importante notar que você não receberá nenhum benefício directo (material ou monetário) pela sua participação no estudo. Também é possível que este questionário contenha perguntas sensíveis, sinta-se a vontade para não as responder caso se sinta desconfortável e se preferir, você pode optar por não responder a qualquer uma das perguntas .

F. Liberdade de participação: A sua participação nesta entrevista é totalmente voluntária. Você pode optar por não responder a qualquer pergunta se assim o preferir. Contudo, saiba que agradecemos as suas respostas, estas irão nos ajudar entender melhor este processo integrado

G. Pedido de esclarecimentos: Não hesite em apresentar qualquer pergunta ou dúvida que tiver com relação a este questionário ao representante do estudo que se encontra nesta sala consigo. Ele/ela poderá responder a qualquer dúvida que você tiver.

H. Assinatura: Ao responder a este questionário você está a reconhecer ter lido esta informação de consentimento, e concordar que a nossa equipa possa utilizar esta informação para o estudo. Se tiver qualquer preocupação ou pergunta adicional, por favor contacte aos nossos Coordenadores de Estudo, a senhora Filomena e João, pelo número 825994520.

Eu confirmo que li a informação acima e concordo participar neste estudo com o preenchimento deste questionário. Se não concordar, está livre de não assinar o consentimento.

_____ (assinatura) _____ (data)

Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA PARTICIPAR _____ (assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA PARTICIPAR _____ (assinatura, data)

Questionário para Activistas: Avaliação de Cuidados Comunitários Oferecidos a Crianças Vulneráveis no âmbito de um Programa Integrado de Cuidados Domiciliários (CD) e de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)

A secção que se segue deve ser preenchida pelo Activista:

Idade (quantos anos tem?): _____

Bairro(s) de trabalho: _____

Parte A.

Por favor responda às seguintes perguntas pondo um circulo à volta da resposta que melhor reflecte a sua experiência ou opinião.

A1. Quantos anos você trabalha como Activista nesta organização comunitária?

1. Menos de 1 ano
2. Entre 1 – 3 anos

Mais de 3 anos A2. Já trabalhou como Activista com alguma outra organização antes desta?

1. Sim. Durante quantos anos? _____
2. Não

A3. No seu trabalho como Activista você providencia serviços de apoio para crianças órfãs e vulneráveis?

1. Sim
2. Não

A4. No seu trabalho como Activista você presta serviços de cuidados domiciliários a pessoas adultas?

1. Sim
2. Não

A5. Na sua experiência de trabalho como Ativista alguma vez já providenciou SOMENTE apoio a crianças órfãs e vulneráveis?

1. Sim
2. Não

A6. Na sua experiência de trabalho como Ativista alguma vez já providenciou SOMENTE serviços de cuidados domiciliários a pessoas adultas?

1. Sim
2. Não

A7. Tipo de assistência aos Agregados Familiares Abrangidos e Frequência das Visitas

Por favor escolha todas as respostas que correspondam ao tipo de assistência e a todos os tipos de agregados familiares com que você trabalhou nos últimos 12 meses e a frequência da assistência. Use os códigos correspondentes. *Note na pergunta A8 que a opção 4 é “não aplicável” se você não trabalhou com esse tipo de agregado familiar no último mês.*

Grupo Alvo	A7. Trabalhou com este tipo de agregado familiar no último mês? 1. Sim 2. Não	1. A8. Com que frequência você visitou este tipo de agregado familiar no último mês? Duas vezes ou mais por semana 2. Uma vez por semana 3. Cada 2 semanas 4. Não aplicável
a) Agregados familiares onde só presta serviços de cuidados domiciliários a pessoas adultas (não há crianças a receberem o seu apoio neste momento)		
b) Agregados familiares onde neste momento só presta apoio a crianças órfãs e vulneráveis, mas estas crianças vivem com pessoas adultas que receberam anteriormente (já não) os seus serviços de cuidados domiciliários		

c) Agregados familiares onde neste momento só presta apoio a crianças órfãs e vulneráveis, mas estas crianças vivem com pessoas adultas <u>que nunca receberam os seus serviços</u> de cuidados domiciliários		
d) Agregados familiares onde presta apoio a crianças órfãs e vulneráveis, e serviços de cuidados domiciliários a pessoas adultas		

Parte B.

Segunda Parte: Carga de Trabalho

B1. Num agregado familiar em que vivem COVs e beneficiários de CD, qual é o tipo de cliente que normalmente precisa de mais tempo durante a sua visita? Por favor seleccione unicamente uma resposta:

1. COVs beneficiárias
2. Beneficiários de CD

B2. Numa semana de trabalho, qual é o tipo de cliente que normalmente lhe consome mais tempo? Por favor seleccione unicamente uma resposta:

1. COVs beneficiárias
2. Beneficiários de CD
3. Mães
4. Clientes de busca activa

B3. Numa semana de trabalho, qual é o tipo de cliente que normalmente lhe consome menos tempo? Por favor seleccione unicamente uma resposta:

1. COVs beneficiárias
2. Beneficiários de CD
3. Mães
4. Clientes de busca activa

B4. Quantos dias de trabalho por semana dedica como Activista para esta organização comunitária? Por favor seleccione unicamente uma resposta:

1. Dois dias ou menos
2. Três dias
3. Entre 4 – 5 dias
4. Mais do que 5 dias

B5A.	B5B. Sente que dispõe de tempo suficiente cada semana para executar a actividade [...] que você planificou como Activista? 1- Sim 2-Não
1. Trabalho com COVs	
2. Trabalho com beneficiários de CD	
3. Trabalho com mães na fase pré / pós parto	
4. Trabalho com clientes de busca activa	

B6. Se não dispõe de tempo suficiente para cada semana executar as actividades, o que mais gostaria de fazer e para qual dos 4 grupos listados na pergunta B5A?

Capacitação

B7. Qual é que considera seu nível de capacitação como Activista para prestar cuidados domiciliários a pessoas adultas, numa escala de 0 a 20? _____

- 0-5 Muito mau
- 6-9 Mau
- 10-13 Razoável/Suficiente
- 14-16 Bom
- 17-20 Muito bom

B8. Qual é que considera seu nível de capacitação como Activista para prestar cuidados e apoio a crianças vulneráveis, numa escala de 0 a 20? _____

- 0-5 Muito mau
- 6-9 Mau
- 10-13 Razoável/Suficiente

14-16 Bom

17-20 Muito bom

B9. Alguma vez participou numa sessão de formação sobre CD e apoio a COVs, a fim de apoiar o seu trabalho como Activista?

1. Sim

2. Não

B10. Quando foi a última vez que participou numa formação sobre CD ou / e sobre apoio a COVs, para reforçar as suas capacidades como Activista?

1. A menos de 1 ano

2. A 1 – 3 anos atrás

3. A mais de 3 anos

4. Não me lembro

5. Nunca participei numa formação sobre estes temas

Por favor, para as perguntas 11- 16 pensa na última formação sobre COVs e/ou CD em que participou, se foi realizada num dia de trabalho normal ou longe do seu local de trabalho. No caso de não ter participado em nenhuma formação, só precisa circular resposta 4 na pergunta B11 que diz “nenhuma formação” e logo terminar com a entrevista.

B11. Recebeu alguma formação sobre (circula a opção mais correcta):

1. COV

2. Cuidados Domiciliários

3. Ambos

4. Nenhuma formação – **Se nenhuma termine a entrevista.**

B12. Qual foi a duração da formação?

1. Menos de 1 dia

2. Um dia

3. Dois dias ou mais

4. Não participei na formação

B13. Nessa formação, quanto tempo foi dedicado ao tema de COVs?

1. Menos de 1 dia

2. Um dia

3. Dois dias ou mais

4. Não foi abordado o tema de COV
5. Não participei na formação

B14. Nessa formação, quanto tempo foi dedicado ao tema de CD?

1. Menos de 1 dia
2. Um dia
3. Dois dias ou mais
4. Não foi abordado o tema de CD
5. Não participei na formação

B15. Quem liderou a formação? Por favor indique todas as pessoas que apresentaram temas ou que facilitaram debates ao longo da formação. Não é preciso incluir as pessoas que podem ter participado unicamente na sessão de abertura ou de fecho da formação.

- a. Outro(s) activista(s)
 - b. Supervisor ou líder da organização comunitária com quem trabalha
 - c. Oficiais do Governo
 - d. Outro pessoal do programa, fora da sua organização comunitária
 - e. Outra pessoa (por favor explique)
-
- f. Não sei
 - g. Não participei na formação

B16. Por favor assinale com um círculo os temas que foram abrangidos durante a formação:

- a) Cuidados básicos de enfermagem
- b) Transferência de habilidades
- c) Apoio na adesão ao tratamento TARV, de TB, ou TIO
- d) Prevenção de malária
- e) Apoio nutricional
- f) Educação nutricional
- g) Demonstração culinária
- h) Aconselhamento básico psicossocial
- i) Apoio com o Trabalho para Casa (TPC)
- j) Reintegração na escola
- k) Demonstração de como cuidar de uma horta
- l) Sensibilização sobre os direitos da criança
- m) Não me lembro
- n) Não participei em nenhuma formação

Muito obrigado/a pelo seu tempo! Por favor não hesite em contactar os Coordenadores do Estudo, se tiver alguma dúvida em relação a este questionário.

Capa do Instrumento – Questionário ao Nível dos Agregados Familiares

Instruções

Essa primeira folha serve dois objectivos.

1. A primeira tabela será preenchida antes da sua visita à casa de uma família. Seu supervisor completará essa primeira tabela com a informação da família e servirá como guia para localizar o agregado familiar.
2. A segunda tabela estará preenchido pelo entrevistador para marcar o número de tentativas para entrevistar alguém na casa. É importante completar essa tabela cuidadosamente. Seu supervisor irá verificar que cada agregado familiar foi visitado pelo menos três vezes antes de desistir e elegir outra casa. Assegure-se de não deixar espaços em branco / sem preencher.

Para completar o questionário do agregado familiar, você precisará de um respondente adequado. Quando chegar ao agregado, peça falar com o cuidador principal das crianças na família. Se o cuidador principal é uma criança (menos de 18 anos) e não há adulto em casa que possa responder às perguntas, não continue com a entrevista e faça uma anotação na(s) tabela(s) abaixo. Se o cuidador principal está gravemente doente/sem condições de dar entrevistas, peça falar com outro adulto da casa que possa responder às perguntas.

Geralmente, você irá entrevistar uma única pessoa na casa para coletar a informação necessário para o estudo. Porém, pode ser que necessitará falar com outros membros da casa para conseguir certas informações.

1. Identificação

A ser preenchido pelo supervisor antes de qualquer visita ao agregado familiar

Supervisor: Uma parte dessa informação virá da OCB (o bairro, código do activista), e outra parte de AGEMA (código, nome da OCB, código do agregado familiar, nome do activista).

A001	Código do questionário	
A002	Província 1-Sofala 2 - Manica	
A003	Distrito	
A004	Bairro	
A005	Nome da organização comunitária (OCB)	
A006	Código do agregado familiar	
A007	Nome do Activista que serve essa família	
A008	Código do Activista que serve essa família	

2. Tentativas

A ser preenchido pelo(a) entrevistador(a) depois de cada visita ao agregado familiar

	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3
Data (dia/mês/ano)			
Código e comentários do(a) entrevistador(a)			

Código para o(a) entrevistador(a): Entrevista completada = 1; Encontro marcado para mais tarde do mesmo dia = 2; Encontro marcado para outro dia = 3; Não aceitou participar, não marcou outro encontro = 4; Foi necessário entrevistar outro adulto na casa que esteve presente = 5; Foi necessário marcar outra hora para entrevistar outro adulto na casa porque ele/ela não esteve presente = 6 (e utilize a tabela 3 abaixo); O(a) cuidador(a) da família tem menos de 18 anos = 7; Outro (explicar) = 8

3. Tentativas com segunda pessoa na casa

A ser preenchido pelo(a) entrevistador(a) somente se a resposta de pergunta número 006 é "sim" e o respondente novo não está em casa

	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3
Data (dia/mês/ano)			
Código e comentários do(a) entrevistador(a)			

Código para o(a) entrevistador(a): Entrevista completada = 1; Encontro marcado para mais tarde do mesmo dia = 2; Encontro marcado para outro dia = 3; Não aceitou participar, não marcou outro encontro = 4; Outro (explicar) = 5

A009	Entrevistador(a)	A) Código	B) Nome
A010	Data em que a entrevista foi completada (dia/mês/ano)		

Comentários

Horário do começo da entrevista [____ | ____ : ____ | ____]

Controle do(a) Supervisor(a): Assinatura _____ Data _____

Comentários

Consentimento Informado Para Entrevistas ao Nível do Agregado Familiar

A. Título do projecto, nome de contacto da investigadora e filiação institucional: Olá. Chamo-me _____, e estou a trabalhar em nome da MEASURE Evaluation, a FHI360 e a [inserir o nome da OCB aqui] com um estudo sobre cuidados comunitários.

Este estudo está sendo liderado pela Coordenadora do Estudo, a senhora Filomena João. Pode entrar em contato com ela pelo número 825994520.

B. Apresentação e informação geral sobre o projecto: Nós trabalhamos com o Programa de Cuidados Comunitários (PCC). Estamos interessados em obter mais informações sobre os serviços prestados pelos Activistas nesta comunidade e em outras comunidades. O Governo de Moçambique, doadores e pessoal do programa, estão interessados em saber como funcionam tais cuidados comunitários, para as comunidades e beneficiários destes serviços, para decidir como serão implementadas estas actividades no futuro.

C. Procedimentos metodológicos: Entrevistaremos a várias famílias, como vocês, nesta comunidade e em outras comunidades neste distrito e em outros distritos nas províncias de Sofala e Manica. Gostaríamos de apresentar-lhe algumas perguntas, às quais agradeceríamos que respondesse. Esta informação irá ser utilizada para melhorar o programa. A entrevista irá durar aproximadamente 30 minutos, até uma hora.

D. Anonimato e confidencialidade: A sua participação não será mencionada em lado nenhum. Também não realizaremos nenhuma acção que possa fazer com que a sua família seja identificada.

E. Riscos e benefícios: Pesquisas são feitas para beneficiar a sociedade com novo conhecimento, por isso você não receberá nenhum benefício (material ou monetário) pela sua participação no estudo. Por outro lado é possível que este questionário contenha perguntas sensíveis, sinta-se a vontade para não as responder caso se sinta desconfortável e se preferir, você pode optar por não responder a qualquer uma das perguntas.

F. Liberdade de participação: A sua participação nesta entrevista é totalmente voluntária e não afectará os serviços que você recebe do programa. Você pode optar por não responder a qualquer pergunta ou a todas as perguntas se assim o preferir. Por favor sinta-se livre para por fim a esta entrevista a qualquer momento. Contudo, esperamos que aceite participar nela, já que a sua opinião é importante.

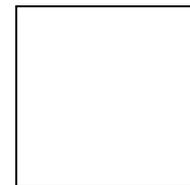
G. Pedido de Esclarecimentos: Tem alguma pergunta em relação ao estudo neste momento? Algum esclarecimento? (pausa para deixar o respondente fazer qualquer pergunta/tirar dúvidas) Não hesite em apresentar qualquer pergunta ou dúvida que tiver com relação a este questionário ao representante do estudo que se encontra consigo. Ele/ela poderá responder a qualquer dúvida que você tiver.

H. Assinatura:

Aceita participar neste estudo? Se não concordar, está livre de não assinar o consentimento.

Assinatura da pessoa entrevistada: _____

Data: _____



Impressão digital
(Caso não saiba assinar)

Assinatura da Testemunha _____ Data: _____
Entrevistador(a):

A PESSOA ENTREVISTADA CONCORDA PARTICIPAR _____(assinatura, data)

A PESSOA ENTREVISTADA NÃO CONCORDA PARTICIPAR _____(assinatura, data)

Nota para o entrevistador(a) - *Se a pessoa não quiser participar, apresente os seus agradecimentos e não administre o questionário. Se a pessoa aceitar participar, prossiga com o questionário.
Deixe uma cópia do formulário de consentimento na casa de cada família*

Muito obrigado/a por ter aceite falar comigo hoje.

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação	Segue para...
B001	Para começar, quantas pessoas habitualmente vivem na sua casa?	___ __ pessoas	
B002	Há crianças ou jovens menores de 18 anos que vivem nesta casa?	Sim...1 Não...2 -----	Termina a entrevista
B003	Neste casa, vive uma mulher grávida?	Sim...1 Não...2 Não sei...3	
B004	Nos últimos 12 meses, alguém na sua casa recebeu uma visita de um activista comunitário?	Sim...1 Não...2 Não sei3	→ B006 Terminar a entrevista → B005
B005	Há outro adulto que vive aqui que pode me informar sobre visitas de activistas comunitários?	Sim...1 <i>Peça falar com essa pessoa agora e continue a entrevista com ele/ela. Siga o processo de obter o consentimento informado da nova pessoa que irá entrevistar neste AF</i> <i>Se não estiver na casa, combine outra hora para voltar e falar com ele/ela (e obtem o consentimento informado) e marque o número de tentativas na capa do instrumento.</i> Não...2 <i>Se não há outra pessoa, não continue com a entrevista e apresente os seus agradecimentos.</i> Não sei...3	Terminar a entrevista → volta à casa em outra hora para tentar conseguir falar com outro adulto

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação	Segue para...
B006	Nos últimos 12 meses , um adulto (uma pessoa de mais de 18 anos) na sua casa recebeu cuidados domiciliários, mesmo que tenha falecido ou mudado de casa desde essa altura?	Sim...1 Não...2 Não sei...3	
B007	Nos últimos 12 meses uma criança ou jovem menor de 18 anos nesta casa recebeu apoio de um activista, mesmo que tenha falecido ou mudado de casa desde essa altura?	Sim...1 Não...2 Não sei...3	
B008	Quando foi a última vez que um activista comunitário visitou a sua casa?	Nesta última semana...1 Nos últimos 30 dias...2 Nos últimos 30 – 60 dias...3 ----- A mais de 60 dias...4 Não me lembro...5 Não sei...6	----- terminar a entrevista
B009	O senhor/a senhora esteve em casa durante esta última visita do activista?	Sim...1 Não...2 Não me lembro/não sei...3	→B011
B010	Ha outro adulto que vive aqui que pode me informar melhor sobre a última visita do activista comunitário?	Sim...1 <i>Peça falar com essa pessoa agora e continue a entrevista com ele/ela. Siga o processo de obter o consentimento informado da nova pessoa que irá entrevistar neste AF</i> <i>Se não estiver na casa, combine outra hora para voltar e falar com ele/ela (e obtêm o consentimento informado) e marque o número de tentativas na capa do instrumento.</i> ----- Não...2 <i>Se não há outra pessoa, não continue com a entrevista e apresente os seus agradecimentos.</i>	----- terminar a entrevista
B011	Qual é o nome do activista que fez esta última visita? De que OCB veio?	Nome do Activista: _____ OCB: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe o nome do activista	

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação	Segue para...
		<input type="checkbox"/> Não sabe o nome da OCB	
B012	Na última visita realizada pelo activista, qual dos seguintes serviços são os que o activista de facto providenciou? [<i>Por favor leia a lista e indica sim, não ou não sabe para cada serviço</i>]	1. Educação nutricional S N NS 2. Apoio para horta comunitária S N NS 3. Demonstração culinária S N NS 4. Referência para um programa de geração de rendimentos S N NS 5. Deixou kit de saúde familiar S N NS 6. Ofereceu uma rede mosqueira S N NS 7. Reabilitou a vossa casa S N NS 8. Ajudou com a obtenção do certificado de pobreza S N NS 9. Outros (<i>descreva por favor</i>): _____ _____ _____ _____	
B013	Durante a última visita o activista prestou serviços de cuidados domiciliários a algum adulto doente ou incapacitado?	Sim...1 Não...2 Não sei ...3	→B015 →B015
B014	Quantos adultos receberam serviços de cuidados domiciliários do activista na sua última visita a casa?	____ adulto(s)	
B015	Acha que o activista teve tempo suficiente para prestar serviços de cuidados domiciliários a todos os adultos em casa que precisavam dele/a nessa última visita ?	Sim...1 Não...2 Não sei ...3 Nenhum adulto nesta casa precisa de cuidados domiciliários	→B018
B016	Com que frequência é que o activista visita a casa para para prestar serviços de cuidados domiciliários a todos os adultos em casa?	Diariamente.....1 Semanalmente.....2 Cada duas semanas.....3 Uma vez por mês.....4 Outra _____.....5	

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação		Segue para...	
B017	Com que frequência acha que o activista deveria visitar os adultos doentes ou incapacitados?	Diariamente.....1 Semanalmente.....2 Cada duas semanas.....3 Uma vez por mês.....4 Outra5			
B018	Durante a última visita o activista prestou serviços a alguma mulher grávida?	Sim...1 Não...2 Não sei ...3			
B019	Por favor, diga-me os nomes próprios das crianças e jovens menores de 18 anos que vivem na sua casa, começando com o mais velho.	[Nome] é rapaz ou rapariga?	Quantos anos completos tem [Nome]?		
		1: masculino 2: feminina	<i>Preencha a idade do lado esquerdo e unidade (anos ou meses do lado direito)</i>		
			<i>Idade Unidade</i>		
			<i>1-Anos</i>		
			<i>2-Meses</i>		
		1			
		2			
		3			
		4			
5					
6					
7					
8					
9					
B020	Com que frequência é que o activista visita as crianças menores de 18 anos nesta casa?	Diariamente.....1 Semanalmente.....2 Cada duas semanas.....3 Uma vez por mês.....4 Outra5		B022	
B021	Com que frequência acha que o activista deveria visitar as crianças menores de 18 anos que vivem nesta casa?	Diariamente.....1 Semanalmente.....2 Cada duas semanas.....3 Uma vez por mês.....4 Outra5			
B022	Durante a última visita o activista prestou serviços de apoio a alguma criança ou jovem menor de 18 anos?	Sim...1 Não...2 Não sei/Não me lembro ...3		→ B024 → B030	

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação	Segue para...
B023	<p>Poderia explicar porquê activista não prestou apoio a nenhuma criança durante a sua última visita a este casa?</p> <p>Assinale com círculo todas as respostas aplicáveis</p>	<p>As crianças não estavam em casa quando o activista veio....1</p> <p>As crianças não precisavam de apoio quando o activista veio....2</p> <p>O activista não teve tempo....3</p> <p>Não sei....4</p> <p>Outras razões....5.</p> <p>Especifique por favor: _____</p> <p>_____</p>	<p>Todas as respostas → B030</p>
B024	<p>Quais os nomes das crianças e jovens que receberam serviços de apoio do activista na sua última visita a este casa? [<i>para cada nome, anote a linha correspondente da pergunta 19</i>]</p>		

NOME DE CADA CRIANÇA <i>(anote cada nome abaixo)</i>	ULTIMA NUMERO DO CODIGO DO QUESTIONARIO										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2		1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
3		3	2	1	3	2	1	3	2	1	3
4		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
5		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4
7		7	6	5	4	3	2	1	7	6	5
8+		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação	Segue para...	
B025	<p>Utilizando a tabela de Kish (anexado), selecione uma das crianças que recebeu apoio do activista na sua última visita ao seu agregado familiar.</p> <hr/> <p>Nome da Criança (<i>nome(s) próprio(s)</i>)</p> <p style="text-align: right;">Número da linha (<i>pergunta B019</i>)</p> <p>Agora, gostaria de fazer algumas perguntas unicamente sobre [nome]:</p>			
B026	<p>Qual dos seguintes serviços é que o activista de facto providenciou para na última visita com [nome da criança]?</p> <p><i>Por favor leia a lista e indica sim, não ou não sabe para cada serviço.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Referência para apoio alimentar (MMAS, PMA, etc.) 2. Referência para a obtenção de material escolar (uniforme, livros, lápis e/ou cadernos) 3. Referência para propinas escolares 4. Deu dinheiro para as propinas escolares 5. Apoiou a reintegração na escola – apoio na inscrição de [nome da criança] na escola 6. Apoiou com o trabalho para casa 7. Referência para a unidade sanitária 8. Aconselhamento sobre questões específicas de saúde 9. Dedicou algum tempo a [nome da criança] para ele/a poder falar dos seus sentimentos 10. Referência para a/o [nome da criança] recorrer ao líder espiritual 11. Referência para a/o [nome da criança] ir ao clube infantil 12. Outras questões (<i>descreva por favor</i>): _____ 	<p>S N NS</p>	
B027	Com que frequência é que o activista visita a/o [nome da criança]?	<p>Diariamente.....1</p> <p>Semanalmente.....2</p> <p>Cada duas semanas.....3</p> <p>Uma vez por mês.....4</p> <p>Outra _____.....5</p>	B029	

No.	Perguntas e Filtros	Respostas / Codificação	Segue para...
B028	Com que frequência é que você acha que o activista deveria visitar a/o [<i>nome da criança</i>]?	Diariamente.....1 Semanalmente.....2 Cada duas semanas.....3 Uma vez por mês.....4 Outra _____.....5	
B029	Falando mais uma vez da casa inteira, acha que o activista teve tempo suficiente para prestar apoio a todas as crianças e jovens na casa que precisavam dele/a nessa última visita ?	Sim....1 Não....2	→ B031
B030	O que mais precisava a(s) criança(s)/o(s) joven(s) durante a última visita ?	_____ _____	
B031	Nos últimos 2 meses (60 dias), além da visita da qual já falamos que trabalha com [<i>nome da OCB</i>], alguém da sua casa recebeu alguma visita de um outro activista de outra organização comunitária ou do governo?	Sim...1 Não...2 Não sei ...3	→ o fim → o fim
B032	Qual é o nome da organização do activista?	_____ <input type="checkbox"/> Não sabe o nome	

Será que há algum outro aspecto relacionado com o activista ou com os serviços que ele lhe providencia, que gostaria de partilhar conosco hoje?

Muito Obrigado/a. Estas são todas as perguntas que queria apresentar-lhe hoje.

Horário do término da entrevista [____ | ____ : ____ | ____]

Tabela Kish

NOME DE CADA CRIANCA
(anote cada nome abaixo)

ULTIMA NUMERO DO CODIGO DO QUESTIONARIO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
3	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3
4	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
5	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4
7	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5
8+	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2

Anexo B - Métodos de Análise de Dados dos Agregados Familiares

Para preparar o conjunto dos dados da integração para a análise, realizamos os seguintes passos:

- filtramos os AF que não satisfaziam os critérios de selecção para começar a entrevista: b002 = não e/ou b004 = não;
- seleccionamos apenas os AF com uma visita nos últimos 60 dias (b008 <4);
- excluímos um registo duplicado (apagamos ID 241457, A006 = 8204 e mantivemos ID 231457, A006 = 8034)
- excluímos registos onde o respondente não estava presente na casa durante a última visita recebida do activista (b009 = 2) e não havia nenhum outro adulto na casa que pudesse melhor informar sobre a última visita recebida do activista comunitário (b010 = 2 ou em falta).

Como resultado, a nossa amostra foi reduzida de 350 para 311 observações. Limpamos o conjunto dos dados, re-codificando algumas das variáveis:

- Examinamos a cross-tab b006 x b013. Se b013 = 1, b006 deve também = 1. Recodificamos b006, quando foi necessário.
- Examinamos a cross-tab b007 x b022. Se b022 = 1, b007 deve também = 1. Recodificamos b007, quando foi necessário.
- Examinamos a cross-tab b003 x B018. Se B018 = 1, b003 deve também = 1. Recodificamos b003, quando foi necessário.
- Encontramos um registo (ID 951340. A006 = 823) que tinha b013 = 2, mas B014 = 1. Recodificamos b013 para "1" para este registo.

Juntamos os dados de integração dos AF com os dados do sexo e idade da criança índice.

Preparação de um arquivo das crianças para a análise

Preparamos um arquivo das crianças, juntando dados sobre as crianças visitadas na última vez e a idade e sexo das crianças com os dados de integração dos AF. Para a idade da criança, foram utilizados dados das unidades de idade para criar a variável da idade em anos. Houve 71 registos com idade especificados em meses, de 0 a 20. Atribuímos a idade de "um ano" para todas as crianças que tinham menos de 20 meses. Criamos cinco categorias para idades de 0-4, 5-9, 10-14, e 15-17. Havia 10 crianças que tinham mais de 18 anos de idade no conjunto dos dados. Foram excluídos da análise.

- The child in ID 681462 had order #1 in b24 and order #5 in b19. We listed this child as order 5 in b24.
- The child in ID 751340 was listed as order #1 in b24 but order #2 in b19. We listed this child as order #2 in b24.
- One child in ID 811340 was listed as order #2 in B24 but as order#1 in B0252. We listed this child as order #2 in b24.

Enquanto trabalhámos no arquivo das crianças, limpámo-lo da seguinte forma:

- Percebemos que o registro ID 372226 foi repetido duas vezes no arquivo b19 sobre idade. Eliminamos este duplicado no arquivo das crianças.
- Excluimos o registro 211340, considerando que não tinha crianças porque B022 = 2, b07 = 1 para este AF mas nenhuma criança foi listada no arquivo b19.
- Faltou um nome à criança (ID 12218, linha # 2 em b19) na resposta b0251 (= 99), com ordem na b0252 = 2 e todas as perguntas b26-29 estavam em falta. Tratamos as perguntas b0251 e b0252 como em falta para essa criança.
- A ordem da criança índice com ID 361340 foi indicada como #1 em b24 e #6 no arquivo b19. Listamos esta criança como ordem # 6 em b24.
- A ordem da criança índice com ID 581340 foi indicada como #1 em b24 e #2 no arquivo b19. Listamos esta criança como ordem # 2 em b24.
- A ordem da criança com ID 681462 foi indicada como #1 em b24 e #5 no arquivo b19. Listamos esta criança como ordem #5 em b24.
- A ordem da criança com ID 751340 foi indicada como #1 em b24 e #2 no arquivo b19. Listamos esta criança como ordem #2 em b24.
- A ordem da criança com ID 811340 foi indicada como #2 em b24 e #1 no arquivo b19. Listamos esta criança como ordem #2 em b24.

Lista das variáveis

O seguinte é a lista das variáveis utilizadas para a análise de dados do questionário aos agregados familiares

Idade_nova	Idade em anos (variável contínua criada com base nas variáveis "idade" e "unidade")
Idade_cat_n	Categorias das idades das crianças

	1 = 0-4 anos 2 = 5-9 anos 3 = 10-14 anos 4 = 15-17 anos
Idade_escola	5-14 anos vs. outras idades 0 = "idade <5 ou idade > 14" 1 = "idade 5-14"
b008nn	Última vez que um activista comunitário visitou o AF 1 = Na última semana 2 = Nos últimos 30 dias 3 = Nos últimos 30-60 dias
b02613_y	Serviços de aconselhamento prestados à criança índice na última visita 1 = Sim 0 = Não
B19COUNT	Número de crianças <18 no AF
b24count	Número de crianças no AF servidas na última visita
B24visit	Crianças atendidas na última visita 1 = Sim 0 = Não
Índice_yn	Criança índice ou não 1 = Sim 0 = Não

Serviços recebidos pelo AF na última visita:

b0121_y	Nut (Educação Nutricional) 1 = Sim 0 = Não
b0122_y	Horta (Apoio à horta comunitária) 1 = Sim 0 = Não
b0123_y	Culinária (Demonstração culinária) 1 = Sim 0 = Não
b0124_y	GR (Encaminhamento para atividades de geração de rendimento) 1 = Sim

	0 = Não
b0125_y	Kit de Saúde (Fornecimento de um kit de saúde para o agregado familiar) 1 = Sim 0 = Não
b0126_y	Rede Mosquiteira (Deu-lhe uma rede mosquiteira) 1 = Sim 0 = Não
b0127_y	Casa reabilitada (Reabilitou a sua casa) 1 = Sim 0 = Não
b0128_y	Atestado pobreza (ajudou-lhe a obter o seu atestado de pobreza) 1 = Sim 0 = Não
famserv	Qualquer serviço (Quaisquer serviços aos AF na última visita com base nas variáveis b0121_y, b0122_y, b0123_y, b0124_y, b0125_y, b0126_y, b0127_y, b0128_y) 1 = Sim (pelo menos uma das variáveis para serviços a AF é igual a "Sim") 0 = Não (todas as variáveis para serviços a AF iguais a "Não")
Índice_yn	Criança índice ou não 1 = Sim 0 = Não
Serviços recebidos pela criança índice na última visita:	
b0261_yn	Apoio alimentar (criado com base na variável b0261) 1 = Sim 0 = Não
sch26_yn	Serviços escolares (criado com base nas variáveis b0262, b0263, b0264, b0265, b0266) 1 = Sim (pelo menos uma das variáveis para serviços escolares é igual a "Sim") 0 = Não (todas as variáveis para serviços escolares iguais a "Não")
health26_yn	Serviços de Saúde (criado com base nas variáveis b0267, b0268) 1 = Sim (pelo menos uma das variáveis para serviços de saúde é igual a "Sim") 0 = Não (todas as variáveis para serviços de saúde iguais a "Não")
psyc26_yn	Serviços psicossociais (criado com base nas variáveis b0269, b02610, b02611, b02613_y)

1 = Sim (pelo menos uma das variáveis para serviços psicossociais é igual a "Sim")
0 = Não (todas as variáveis para serviços psicossociais iguais a "Não")

Target06	Serviços recebidos nos últimos 12 meses 1 = Apenas CD (b006 = 1 e b007 = 2) 2 = Apenas COV (b006 = 2 e b007 = 1) 3 = Ambos CD e COV (b006 = 1 e b007 = 1) 4 = Nem CD e nem COV (b006 = 2 e b007 = 2)
Target13	Serviços prestados a última visita 1 = Apenas CD (b013 = 1 e b022 = 2 ou 3) 2 = Apenas COV (b013 = 2 e b022 = 1) 3 = Ambos CD e COV (b013 = 1 e b022 = 1) 4 = Nem CD e nem COV (b013 = 2 e b022 = 2)
Estado dos CD	1 = Graduado dos CD: não recebeu CD na última visita (apenas COV ou nem CD nem COVs; Target13 = 2 ou 4) 2 = Em transição dos CD: última visita > última semana (B008 = 2 ou 3) E recebeu CD na última visita (b013 = 1) 3 = CD Ativos: última visita foi na semana passada (B008 = 1) E recebeu CD na última visita (apenas CD ou ambos CD e COV; Target13 = 1 ou 3)
Grad	Graduado dos CD: não recebeu CD na última visita (apenas COV ou nem CD nem COVs; Target13 = 2 ou 4) 1 = Sim 0 = Não
Trans	Em transição dos CD: última visita > última semana (B008 = 2 ou 3) E recebeu CD na última visita (b013 = 1) 1 = Sim 0 = Não
ActiveCD	CD ativos: a última visita foi na última semana (B008 = 1) E recebeu CD na última visita (apenas CD ou ambos CD e COV; Target13 = 1 ou 3) 1 = Sim 0 = Não

Esta é uma lista das variáveis do conjunto de dados existentes utilizados para a análise:

A002	Prov (Província)
	1 = Sofala
	2 = Manica

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.cpc.unc.edu/measure/>