

Módulo 10: Envolvimento Comunitário

10

Tópicos	Textos de Apoio	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios	Estimativa da Duração dos Tópicos Opcionais
Tópico 10.1: Revisão dos conteúdos e os métodos de formação de nível comunitário		20 min	
Tópico 10.2: Papeis e Tarefas dos ACSs/APEs, Líderes Comunitários, PMTs e SDSMAS no PRN	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.1: Papeis e Tarefas dos ACSs/APEs, Líderes Comunitários, PMTs e SDSMAS no PRN 	20 min	
Tópico 10.3: Fluxograma de Referência para os ACSs/APEs	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.2: Fluxograma de Referência para os ACSs/APEs 	30 min	
Tópico 10.4: Visitas domiciliárias	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.3: Visitas domiciliárias 	30 min	
Tópico 10.5: Barreiras comuns para o acesso aos serviços do PRN	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.4: Barreiras comuns para o acesso aos serviços do PRN 	40 min	
Tópico 10.6: Informando as Comunidades acerca do PRN	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.5: Mensagens Chave para Informar as Comunidades acerca do PRN 	20 min	
Tópico 10.7: Ficha de Referência	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.6: Ficha de Referência (para uso nas brigadas móveis ou por ACSs/APEs) 	30 min	
Tópico 10.8: Mapeamento das Comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 10.7: Exemplo de um mapeamento comunitário 	20 min	
Tópico 10.9: Troca de experiências			120 min
TOTAL		3 h e 30 min	120 min

Texto de Apoio 10.1: Papeis e Tarefas dos ACSs/APEs, Líderes Comunitários, PMTs e SDSMAS no PRN

1. Papeis dos Activistas Comunitários de Saúde (ACSs)/Agentes Polivalentes Elementares (APEs)

- Triagem usando o perímetro braquial (PB) para as crianças/adolescentes com mais de 6 meses, detecção de edemas e referência para a Unidade Sanitária
- Seguimento de crianças/adolescentes que abandonaram o tratamento ou faltaram às consultas de seguimento na Unidade Sanitária
- Apoio aos beneficiários registados, em particular aquelas crianças/adolescentes que apresentam problemas com o tratamento
- Educação nutricional e sanitária
- Visitas dos ACSs à Unidade Sanitária juntamente com as crianças/adolescentes que vão para seguimento
- Mobilização social sobre o programa usando vários canais e recursos
- Cooperação estreita com a Unidade Sanitária/Unidade de Reabilitação Nutricional
- Submeter o relatório mensal ao seu supervisor
- Fazer visitas domiciliárias nas casa das crianças e adolescentes em TDA

2. Papeis dos Líderes Comunitários/Praticantes de Medicina Tradicional

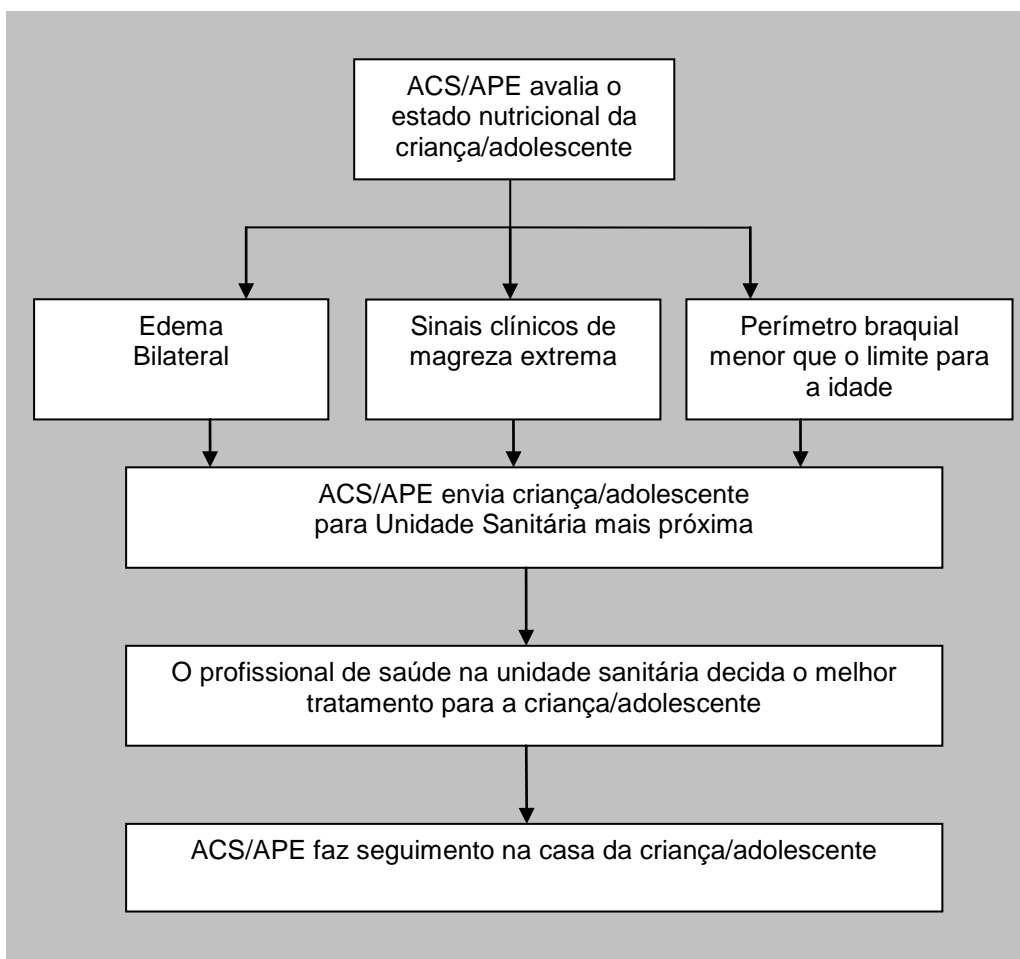
- Sensibilização da população sobre o Programa de Reabilitação Nutricional
- Seguimento dos doentes registados no tratamento da desnutrição em ambulatório
- Supervisão dos ACS
- Promover as boas práticas de nutrição
- Para PMTs, detecção de edemas em crianças e adolescentes.
- Referir para o ACS as crianças e adolescentes com sinais suspeitos de desnutrição

3. Papel dos SDSMAS

- Assistir na identificação dos ACSs que moram na zona alvo de tratamento da desnutrição em ambulatório
- Formação dos ACSs
- Informar aos ACSs quais as crianças/adolescentes que precisam de seguimento
- Discutir questões/problemas com os representantes da comunidade
- Monitoria/supervisão dos ACSs
- Advocacia da importância da boa nutrição e dos serviços oferecidos pelo PRN no Conselho Consultivo Distrital

Texto de Apoio 10.2: Fluxograma da Referência para os ACSs/APEs

1. O ACS/APE avalia o estado nutricional da criança/adolescente.
2. Uma criança/adolescente magro (com perímetro braquial inferior ao limite para a sua idade, usando a fita de perímetro braquial) ou inchada (quando primidos ambos os pés/pernas aparecem reentrâncias) é enviada pelo ACS/APE à Unidade Sanitária (U.S.) que trata questões de desnutrição.
3. O profissional de saúde na U.S. irá decidir qual é o melhor tratamento para a criança/adolescente. Uma vez admitidos ao tratamento da desnutrição em ambulatório, as crianças/adolescentes recebem medicamentos nutricionais denominados de ATPU/Plumpy'nut ou MAE/CSB-plus, e outros medicamentos. Estas crianças/adolescentes recebem medicamento nutricional suficiente para 1 a 2 semanas. Depois de 1 a 2 semanas elas devem regressar à U.S. para que o profissional de saúde faça um exame nutricional e, caso estejam a responder bem ao tratamento, dê uma nova quantidade de medicamento nutricional para mais 1 a 2 semanas. Este processo irá continuar, até que a criança/adolescente tenha atingido os critérios de alta do programa. O profissional de saúde irá alertar aos ACSs acerca dos casos a serem seguidos na comunidade e a razão do seguimento.
4. O ACS/APE faz o seguimento na casa da criança/adolescente.



Texto de Apoio 10.3: Visitas domiciliárias

1. Os trabalhadores comunitários de saúde (ACSs, APEs, etc.) devem ser capazes de identificar situações que precisam de visita domiciliária, falando com a mãe ou o provedor de cuidados. Contudo, é importante estabelecer também um bom sistema de comunicação entre os profissionais de saúde e os trabalhadores comunitários de saúde. As visitas ao domicílio servem para detectar possíveis problemas no próprio ambiente familiar, os quais podem afectar a recuperação da criança, mesmo que não seja necessário fazê-lo de forma rotineira.
2. As visitas domiciliárias para doentes com DAG são essenciais nos seguintes casos:
 - Ausentes ou faltosos
 - Peso estático ou perda de peso durante 2 visitas consecutivas à U.S.
 - Deterioração ligeira da condição clínica
 - Alta do TDI
 - Recusa, por algum motivo, de referência da criança ou adolescente para o TDI
3. Todas as crianças e adolescentes que não cumprirem o plano de consultas devem ser seguidos através de uma visita às suas casas para se determinar a situação das crianças e adolescentes e a razão das faltas. Qualquer ausência ou falta a uma visita ao Centro de Saúde, deve ser comunicada e seguida pelos activistas comunitários de saúde (ou APEs). É essencial conhecer as razões das ausências para impedir que voltem a acontecer. Deve-se sempre estimular os ausentes a voltarem às visitas, buscando soluções conjuntas (profissional de saúde, trabalhadores comunitários de saúde e família) para os problemas que motivaram as faltas.
4. Quando a criança ou adolescente perde peso na primeira visita de seguimento ou quando o peso é estacionário, também devem tomar-se medidas para investigar as causas. A primeira recomendação é visitar o domicílio após a primeira visita e avaliar a situação familiar, incluindo o seguinte:
 - Verificar se a dieta de ATPU/CSB-plus é partilhada com os outros membros da família
 - Se os alimentos estão disponíveis ou acessíveis na família
 - Problemas relacionados com os cuidados da criança ou adolescente.
5. Uma visita deste tipo por parte dos trabalhadores comunitários de saúde permitirá informar aos profissionais de saúde sobre as situações que podem ser corrigidas e as decisões a tomar sobre a continuação do tratamento.

Texto de Apoio 10.4: Barreiras comuns para o acesso aos serviços do PRN

1. As pessoas podem não saber que existe um novo serviço de nutrição destinado a tratar a desnutrição
2. As crianças podem ser rejeitadas quando são referidas.
3. As tradições culturais não estabelecem uma ligação entre o enfraquecimento ou inchaço com a condição médica chamada desnutrição. A comunidade local pode pensar que o medicamento tradicional é a única solução.
4. Pode haver um estigma na comunidade em relação às crianças que são bastante magras ou inchadas.
5. A comunidade pode não confiar na qualidade dos serviços de saúde, o que projecta uma visão negativa sobre o PRN simplesmente por via de associação (ex.: porque não há disponibilidade de medicamentos, porque as horas são irregulares, porque o pessoal trabalha demasiado, porque o acesso ao tratamento requer longas esperas).
6. O posto de saúde mais próximo pode estar bastante longe, em particular durante a época das cheias.

Texto de Apoio 10.5: Mensagens Chave para Informar as Comunidades acerca do PRN

Porque é importante informar as comunidades acerca do PRN?

Se a informação acerca do PRN não for correctamente transmitida tal irá originar uma confusão acerca do programa e poderá impedir as pessoas de comparecerem ainda que sejam elegíveis. Se as pessoas não tiverem informação acerca do PRN, então, crianças ou adultos que precisam do tratamento para a desnutrição poderão não recebê-lo.

Devem ser desenvolvidas mensagens chave sobre o PRN. As mensagens chave visam clarificar a forma como o PRN é oferecido. As mensagens devem ser simples e claras, explicando os aspectos práticos do programa. As mensagens devem ser padronizadas e disseminadas rapidamente de modo a evitar confusões.

Os ACSs precisam de transmitir esta informação às pessoas chave no seio da comunidade. Estas são as pessoas que gozam de um estatuto nas suas comunidades e, é preciso confiar na sua aceitação. Os ACSs podem usar reuniões comunitárias, rádio, cartazes em locais públicos, etc. para transmitir a informação. Os ACS podem ir a lugares onde as pessoas se juntam para transmitir a informação.

Mensagens Chave para Informar as Comunidades acerca do PRN

As mensagens chave à volta do Programa de Reabilitação Nutricional devem transmitir a seguinte informação:

1. Descrever a desnutrição usando termos locais de doenças para enfraquecimento e inchaço.
2. Explicar que os doentes com desnutrição severa aguda sem complicações médicas podem ser tratados como pacientes externos a cada duas semanas em casa com ATPU/ Plumpy'Nut. Alguns doentes com desnutrição aguda grave e com complicações médicas e crianças com menos de 6 meses de idade e com DAG precisarão de ser tratados em unidades de internamento.
3. Explicar que os doentes com desnutrição aguda moderada podem ser suplementados com o CSB. O CSB é uma mistura de soja, milho, vitaminas e minerais.

Instruções para preparação do CSB - Plus:

1. Misturar 100 gr de CSB, equivalente a uma chávena de chá (quantidade por refeição) com uma pequena quantidade de água (morna ou fria).
2. Mexer essa mistura para dissolver bem e retirar as bolhas de ar.
3. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver, é que adiciona o CSB. Mexer bem para evitar a formação de grumos. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre.
4. **Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.**

4. Indique a unidade sanitária mais próxima que tem serviços de PRN.
5. Explique que a criança será medida por um ACS/APE perto da sua casa.
6. Explique que as famílias também podem levar crianças com DAG para a unidade sanitária mais próxima.
7. Explique que uma criança pode ser reavaliada no futuro para monitorar o seu estado nutricional e pode ser internada se a sua situação tiver deteriorado.
8. Apresente o ATPU/ Plumpy'Nut como um medicamento, e explique que não é um alimento como outro qualquer.

Texto de Apoio 10.6: Ficha de referência (para uso nas brigadas móveis ou por ACSs/APEs)

Programa de Reabilitação Nutricional

Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária

Referência N.º.....Data da referência:___/___/20 Província:.....

Distrito.....Localidade:.....Comunidade/Bairro:.....

Ponto de Referência do Doente.....

Nome da pessoa encaminhada.....
Idade.....Sexo.....

PB:.....cm; Presença de edema (S/N).....Referência para:.....

Motivo de referência:.....

Nome do acompanhante:.....

Encaminhado por:.....

Categoria.....



Referência N.º.....Data da referência:___/___/20 Província:.....

Distrito.....Localidade:.....Comunidade/Bairro:.....

Ponto de Referência do Doente.....

Nome da pessoa encaminhada.....
Idade.....Sexo.....

PB:.....cm; Presença de edema (S/N).....Referência para:.....

Motivo de referência:.....

Nome do acompanhante:.....

Categoria.....

ESTE TÓPICO É DIRIGIDO APENAS AOS LÍDERES COMUNITÁRIOS. NÃO É ABORDADO COM OS PMT.

Texto de Apoio 10.7: Exemplo de um mapeamento comunitário

