

DIÁLOGOS COMUNITÁRIOS PARA CRIANÇAS SAUDÁVEIS

[Incentivar comunidades
a falar]



Colecção dos Guias de Aprendizagem

Desde que iniciou as operações em 2003, Malaria Consortium adquiriu muita experiência e conhecimento através de programas técnicos e operacionais e actividades relacionadas com o controlo da malária e de outras doenças infantis infecciosas e de doenças tropicais negligenciadas.

Do ponto de vista organizacional, Malaria Consortium está empenhada em garantir que o seu trabalho continue baseado nas lições que aprendidas através da implementação dos projectos. Exploramos para além da prática actual para experimentar formas inovadoras - através da implementação, pesquisa e desenvolvimento de políticas - para alcançar uma gestão e controlo de doença eficazes e sustentáveis. A colaboração e cooperação com outros parceiros implementadores, através de nosso trabalho, tem sido fundamental e muito das lições aprendidas foram alcançado através das nossas parcerias.

Esta Colecção dos Guias de Aprendizagem visa captar e reunir parte do conhecimento, da aprendizagem e, sempre que possível, da evidência em torno do foco e eficácia do nosso trabalho. Ao partilhar este processo de aprendizagem, esperamos fornecer novos conhecimentos sobre desenvolvimento em saúde pública, que ajudarão a influenciar e promover tanto a política como as boas práticas.

Diálogos comunitários para crianças saudáveis [Incentivar comunidades a falar]

Autor:

Sandrine Martin

Especialista Regional em Comunicação para a Mudança de Comportamento, Malaria Consortium

Contribuições de:

Helen Counihan

Coordenadora do Programa Regional CIDA-MICC
Malaria Consortium

Dr Chomba Sinyangwe

Gestor do Projecto MICC, Malaria Consortium Zâmbia

Teresa Cerveau

Gestora do Projecto MICC, Malaria Consortium Moçambique

Dr James Ssekitooleko

Gestor do Projecto MICC Malaria Consortium Uganda

Agradecimentos adicionais a:

Eleni Capsaskis

Especialista Regional em Comunicações, Malaria Consortium

Kalyani Prasad

Especialista Regional em Comunicação para a Mudança de Comportamento, Malaria Consortium

Muhammad Shafique

Especialista em Comunicação para a Mudança de Comportamento, Malaria Consortium

Dr James Tibenderana

Director Técnico, Malaria Consortium

Editor:

Diana Thomas

Gestora de Comunicações Sénior, Malaria Consortium

Contacto:

learningpapers@malariaconsortium.org

Membros da comunidade utilizando o poster interactivo e os cartões ilustrados sobre saúde durante um Diálogo Comunitário, aldeia Mukomansala, Zâmbia

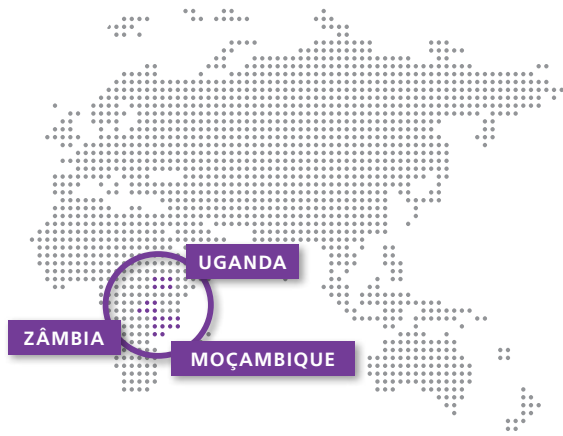




CONTEÚDO

- [2] Introdução
- [4] O Envolvimento da Comunidade:
um pilar para o sucesso dos programas MICC
- [8] Diálogos Comunitários e MICC
- [10] Concepção de um modelo específico de
Diálogo Comunitário
- [16] Processo de implementação
- [19] Questões chave e aprendizagem preliminar
Q1: Os diálogos comunitários acontecem? O que
os facilita e o que os bloqueia?
Q2: Quais são os desafios para a tomada de
decisões e acção colectiva dentro das
comunidades?
Q3: Os facilitadores com formação em DC
são capazes de promover um diálogo
participativo?
- [26] Conclusão
- [29] Referências

Introdução



Diálogos Comunitários

Este Guia de Aprendizagem descreve a abordagem e a experiência da Malaria Consortium, no envolvimento das comunidades locais no Manejo Integrado de Casos na Comunidade (MICC) em três Países Africanos.

É muito importante documentar esta abordagem e reter as lições aprendidas. Ouve-se falar sobre o diálogo comunitário mas de facto muito poucas organizações usam esta abordagem, por isso é importante para nós partilharmos tudo o que aprendemos com os outros. Desta forma, podemos liderar a implementação desta poderosa abordagem

Dr James Ssekitooleko,
Gestor do Projecto MICC,
Malaria Consortium, Uganda

O Guia considera algumas barreiras importantes para o tratamento precoce de crianças doentes identificadas pela Malaria Consortium e as intervenções desenvolvidas para as enfrentar, com foco na abordagem do Diálogo Comunitário.

O potencial de Diálogo Comunitário para melhorar os resultados de saúde tem sido amplamente reconhecido por profissionais e investigadores. No entanto, exemplos de como funciona na prática, no contexto da MICC são raros. Este guia descreve o modelo desenvolvido pela Malaria Consortium (MC), para promover um verdadeiro diálogo nas comunidades locais sobre o manejo de algumas doenças infantis.

O guia também tenta tirar algumas primeiras lições da fase inicial de implementação. Propõe-se ainda que seja permitida uma avaliação desta experiência, para contribuir

para os esforços feitos para a identificação de boas práticas, para que haja um envolvimento comunitário eficaz na programação de MICC.

Um diálogo comunitário (DC) acontece quando indivíduos se reúnem para discutir questões de interesse comum nas suas áreas. Já acontece na maioria das comunidades, que se juntam para discutir aqueles tópicos, em reuniões regulares ou ad hoc.

A abordagem do Diálogo Comunitário é uma forma do processo de mobilização e capacitação da comunidade, que visa fornecer às comunidades informações, competências e confiança para ganhar o controlo sobre as decisões relacionadas com as suas próprias vidas.

As Comunidades definem-se como grupos de pessoas que habitam na mesma área, seja numa aldeia seja num conjunto de aldeias.

Manejo Integrado de Casos na Comunidade

Mais de 50 por cento das doenças infantis na África Subsariana podem atribuir-se à diarreia, pneumonia e malária – doenças que se diagnosticam e tratam com relativa facilidade e contudo permanecem a causa primária das mortes em crianças com idade inferior a 5 anos. Os cuidadores destas crianças, no entanto, não conseguem muitas vezes ter acesso a serviços de saúde em funcionamento. O Manejo Integrado de Casos na Comunidade (MICC) – uma abordagem onde os agentes de saúde baseados na comunidade são formados para identificar, tratar e encaminhar casos complexos de crianças com estas doenças – está a ser cada vez mais usado para colmatar estas lacunas na prestação de cuidados de saúde. Os programas MICC foram aprovados pelas principais organizações internacionais e doadores, e por vários Ministérios de Saúde Africanos como estratégia-chave para a redução da mortalidade infantil.



O Envolvimento da Comunidade: um pilar para o sucesso dos programas MICC

Malaria Consortium tem vindo a implementar o MICC em quatro países Africanos - Moçambique, Uganda, Sudão do Sul e Zâmbia - desde 2009. Tem vindo a trabalhar em parceria com os Ministérios da Saúde, a nível nacional e local, através de um financiamento de três anos da Agência de Desenvolvimento Internacional do Canadá (CIDA). A abordagem descrita neste documento foi implementada em Moçambique, Uganda e Zâmbia, como parte do envolvimento da Malaria Consortium em MICC na região.

O apoio e uso das comunidades e dos cuidadores aos serviços baseados na comunidade, é um dos quatro pilares para um eficaz e atempado manejo de casos baseado na comunidade, conforme está identificado no plano programático de MICC da Malaria Consortium.

De facto, a participação da comunidade tem sido reconhecida como um dos factores mais importantes, que permitem o sucesso das intervenções de saúde.

Questões chave no envolvimento da comunidade

Como parte de seu trabalho de envolvimento da comunidade, Malaria Consortium realizou consultas alargadas com vários intervenientes e sensibilização da comunidade, antes do início oficial do programa.

Em estreita parceria com os vários níveis dos Ministérios da Saúde, Malaria Consortium facilitou o envolvimento das comunidades no recrutamento de voluntários para agirem como trabalhadores de saúde baseados na comunidade (APE- Agente Polivalente Elementar, em Moçambique e VHT- Village Health Team members, no Uganda), em conformidade com as políticas e directrizes nacionais.

Uma pesquisa qualitativa foi também realizada em cada um dos quatro países durante a primeira fase (2010) do projecto.

REDUÇÃO DE CASOS GRAVES & MORTES

MANEJO DE CASOS ATEMPADO E EFICAZ

Apoio & Uso pelos
País e Comunidade

Serviços Comunitários
Funcionais e de
Qualidade

Apoio ao Sistema
de Saúde

Ambiente Político Favorável
à Sustentabilidade do MICC

Esta investigação observou os actuais níveis de conhecimento, atitudes e comportamentos em relação à prevenção e manejo da diarreia, pneumonia, e malária nas crianças. Os resultados indicaram que o MICC foi aceite pelos membros da comunidade. No entanto, destacou também o facto da maioria dos prestadores de cuidados não acreditarem que têm a capacidade de dar tratamento médico às suas crianças, quando estão doentes. Mostrou ainda a existência de lacunas no conhecimento sobre o manejo e prevenção destas doenças.

Na realidade, a maioria destas comunidades rurais tende a ter apenas um vago envolvimento com a medicina moderna. Isto deve-se tanto à distância entre aldeias e unidades sanitárias de saúde, como ao facto de as populações rurais terem muitas vezes pouco conhecimento rigoroso sobre saúde.

Os estudos também confirmaram que o acesso à informação sobre saúde acontece principalmente nas unidades sanitárias, que normalmente só são utilizadas quando uma mulher está grávida ou uma criança está gravemente doente.

Antes do início do projecto MICC, desenvolveu-se uma investigação adicional pela Malaria Consortium, através do Projecto inSCALE tanto no Uganda como em Moçambique. Esta investigação destacou também a falta de apoio e envolvimento no programa, reflectindo os baixos níveis de consciencialização da comunidade e valorização das funções e responsabilidades dos APEs.

Sensibilização da Comunidade: As autoridades distritais locais visitam as comunidades rurais, para explicar e discutir aspectos do programa dos APEs. Distrito de Massinga, Província de Inhambane, Moçambique, 2010.



Além destes resultados, uma pesquisa intercalar realizada em 2011, na Região Oeste do Uganda mostrou que apesar de haver altos níveis de consciência do papel dos trabalhadores de saúde comunitários entre os membros da comunidade, a utilização dos serviços dos trabalhadores de saúde comunitários mantinha-se baixa (cerca de 37%), em comparação com as unidades sanitárias (quer públicas ou privadas, perto de 60%). A taxa de procura de cuidados dentro das primeiras 24 horas de uma doença era também muito baixa. Estes resultados são uma indicação clara de que dar formação e equipar agentes comunitários de saúde para a prestação de serviços não é suficiente para promover a sua utilização, muito menos para incentivar os prestadores de cuidados a procurar tratamento atempado.

Portanto, mantém-se o principal desafio de chegar a estas comunidades rurais e oferecer-lhes oportunidades de acesso à informação básica de saúde, tanto sobre prevenção de doenças

como sobre opções de cuidados. Além disso, e ainda mais importante, é discutir como esta informação se aplica ao seu quotidiano e às suas próprias percepções sobre prevenção de doenças e cuidados de saúde.

Apesar dos três países terem desenvolvido sobretudo quadros nacionais para a promoção da saúde e envolvimento da comunidade na saúde, o “como fazer” para a implementação real no terreno está muitas vezes em falta. Como exemplo, em Moçambique, a política do Ministério da Saúde afirma que as comunidades deveriam formar comités de saúde que representassem as suas necessidades em assuntos como a promoção de saúde, prevenção e tratamento, e que também seriam o elo de ligação com os serviços essenciais. Contudo, a estratégia está na sua etapa inicial e os comités ainda não estão a funcionar em pleno.

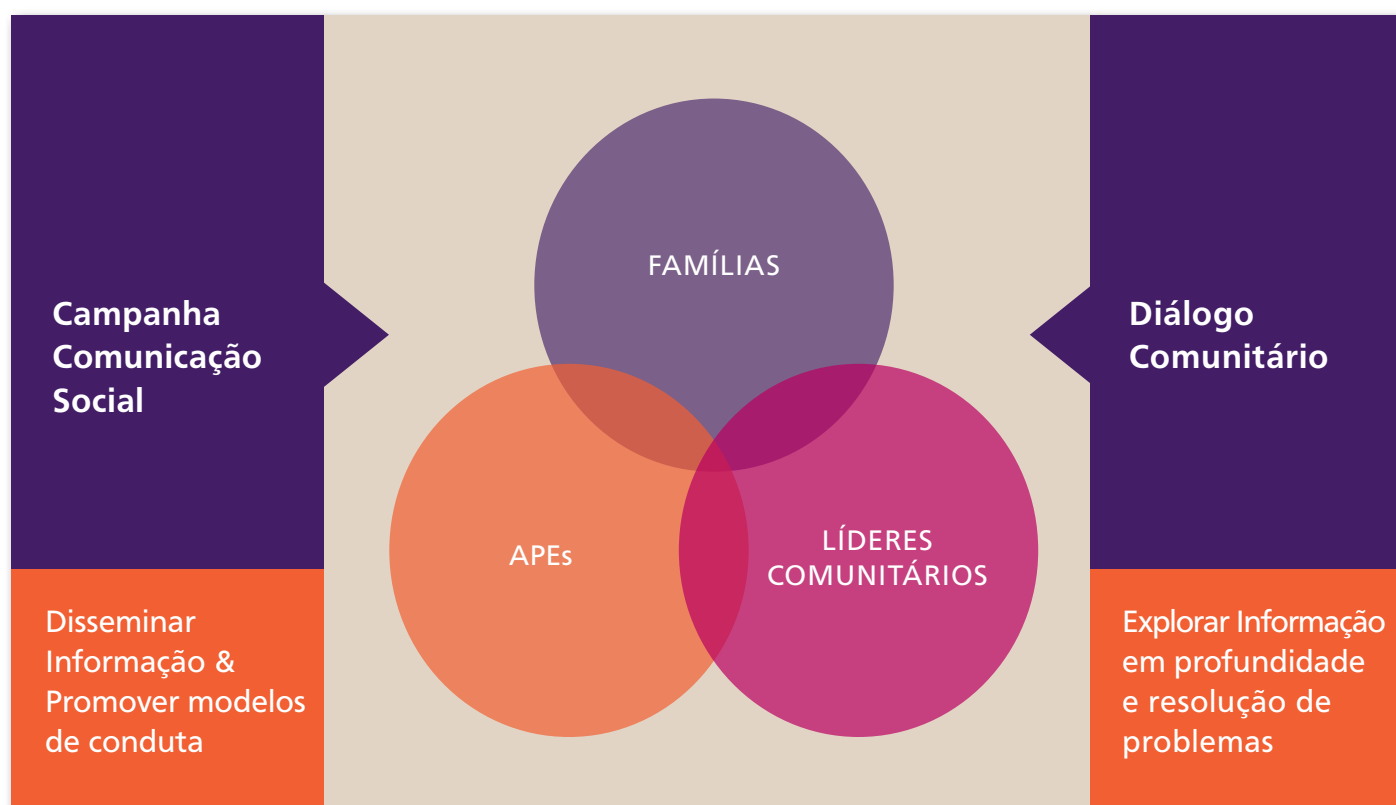
Exemplos de barreiras comuns à procura de tratamento adequado:

- confiar em remédios caseiros (tais como ervas tradicionais ou paracetamol comprados em mercados locais) para aliviar os sintomas
- associar convulsões (muitas vezes causadas por malária grave e febre muito alta) com feitiçaria
- consultar em primeiro lugar os curandeiros/ praticantes de medicina tradicional, em vez de médicos
- incapacidade de diferenciar entre pneumonia e asma
- tendência para não completar o tratamento quando recebem medicamentos para uma doença específica e guardar os medicamentos para mais tarde, ou partilhar com outras crianças doentes
- dificuldade na diferenciação entre formas simples e graves de doença

A resposta da Malaria Consortium

Para abordar estas questões, em 2011 Malaria Consortium desenhou uma intervenção de Comunicação de Saúde Pública. O objectivo final deste projecto é permitir que os prestadores de cuidados e as comunidades façam melhores escolhas para a saúde e sobrevivência das crianças, através de acções individuais e colectivas. A intervenção baseia-se numa abordagem sócio-ecológica, que vê o comportamento individual como sendo o resultado da sobreposição de questões individuais, sociais e ambientais. Também procura abordar as normas sociais à volta da procura de cuidados de saúde e das práticas de prevenção à volta da saúde da criança. A intervenção combina duas principais estratégias complementares:

- A difusão de informação através dos meios de comunicação (programação de rádio e cartazes), com foco na disponibilidade dos APEs, seus serviços e a importância da procura precoce de cuidados de saúde.
- Os Diálogos Comunitários, direccionados para fornecer às comunidades a oportunidade de discutir extensivamente, dentro das suas aldeias, os serviços de saúde recentemente criados e como os membros da comunidade podem melhor beneficiar e apoiar estes serviços.



Diálogos Comunitários e MICC

Malaria Consortium considera os APEs não apenas como distribuidores de medicamentos, mas também como veículos para reforçar a ligação entre as comunidades e os serviços de saúde formais ou informais.

No cerne da abordagem do DC está a convicção da Malaria Consortium da necessidade de se construir confiança e cooperação dentro das comunidades e entre as comunidades e o sistema de saúde, como um factor determinante para a procura atempada de cuidados de saúde no caso de doença infantil e para melhores resultados de saúde.

Malaria Consortium vê o DC como um meio essencial para incentivar os membros da comunidade e os grupos a interagir e discutir as características dos novos serviços de saúde postos à sua disposição. Permite-lhes aceder a informações básicas sobre as causas, prevenção e tratamento de doenças específicas. Também ajuda a comunidade a abordar os desafios e as necessidades que afectam a saúde de seus filhos.

O poder do Diálogo Comunitário

As abordagens de Aprendizagem e Acção Participativa, e outras formas de mobilização da comunidade que são baseadas em conhecimento e competência, provaram ser formas fiáveis e eficazes para envolver as pessoas em vários projectos. Consideram a capacidade de uma comunidade resolver os seus próprios problemas, bem como um conjunto de processos que permitem o diálogo, a análise, a planificação, a partilha e a avaliação.

Vários modelos de DC foram previamente implementados com sucesso num número de países em desenvolvimento, especialmente para abordar a resistência à imunização (Nigéria, UNICEF), a prevenção da malária e mais recentemente para a prevenção do HIV/SIDA (Community Conversations, seven African countries, C-Change/USAID).

No entanto, apesar do consenso entre os profissionais no terreno que o Diálogo Comunitário é essencial, poucos programas MICC desenvolveram formalmente modelos para implementar diálogos comunitários, além do Projecto inSCALE, que está actualmente a testar uma inovação do Clube de Saúde na Aldeia no Uganda.

Requisitos chave

Malaria Consortium, em linha com o seu compromisso de envolver as comunidades na implementação do programa, precisou de desenvolver um modelo de diálogo comunitário flexível com potencial para abordar o seguinte:

- A necessidade de impulsionar o envolvimento da comunidade, com foco na construção de confiança e cooperação, através da compreensão e apoio da comunidade aos serviços do APEs e na procura atempada de cuidados para que o programa alcance seus objectivos últimos.
- A necessidade de um modelo flexível que pudesse ser adaptado aos contextos de vários países e extensão geográfica das operações em Moçambique, Zâmbia e Uganda, em conformidade com as políticas e directrizes nacionais.
- A necessidade de orientações práticas para operacionalizar as estruturas nacionais de mobilização comunitária nos programas MICC.
- A necessidade de propor um modelo simples e ferramentas de utilização fácil que não requisessem facilitadores externos qualificados, baseando-se nas estruturas comunitárias existentes, de modo que o modelo pudesse eventualmente ser adoptado por Ministérios da Saúde nacionais e/ou outros parceiros de implementação.



Concepção de um modelo específico de Diálogo Comunitário

O quadro conceptual do Diálogo Comunitário

O objectivo geral do DC é contribuir para melhorar as práticas de saúde para um manejo atempado e optimizado das doenças infantis, através dos serviços do MICC.

Inventariando a investigação sobre o envolvimento da comunidade em saúde, e mais especificamente sobre o diálogo comunitário e acção colectiva realizada na área do desenvolvimento social, Malaria Consortium desenvolveu um modelo único para impulsionar o DC nas comunidades, onde o MICC está a ser implementado. Isto foi feito ao disponibilizar:

- **Um Estímulo:** dando aos líderes comunitários e APEs, uma formação básica de um ou dois dias em competências de facilitação e um Kit de ferramentas em DC
- **Uma Inovação:** dando às comunidades serviços de saúde infantil de proximidade, através da formação, do equipamento, e da supervisão dos APEs para o MICC
- **Uma intervenção limitada nos meios de comunicação social:** usando mensagens de rádio e cartazes focando na disponibilidade dos APEs, as doenças visadas e nos benefícios de procurar cuidados médicos atempadamente

Processo do Diálogo Comunitário

Os principais participantes no DC são os pais e cuidadores de crianças pequenas; os DCs também estão abertos a outros membros da comunidade, especialmente os “guardiões”, tais como anciãos e líderes religiosos.

Os diálogos são presididos pelos líderes da comunidade (tradicionalistas, religiosos ou administrativos) e co-facilitados por APEs, e ambos recebem uma formação breve (1-2 dias) em competências de facilitação e um kit de ferramentas simples (guião, guias de discussão e cartões ilustrados).

São propostos 10 passos simples para organizar e conduzir sessões de diálogo comunitário profícuo com a comunidade. Estas devem focalizar-se num tópico e incluir três fases principais:

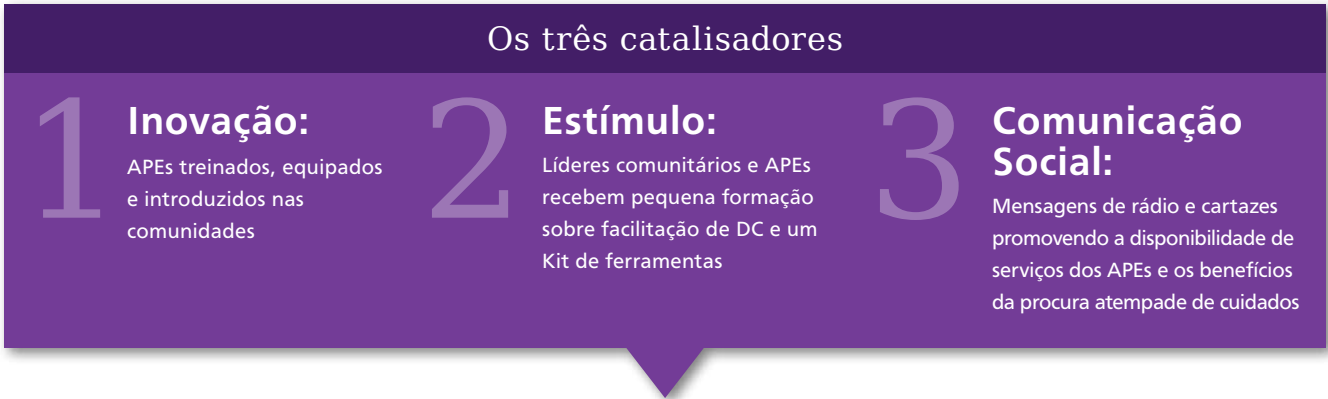
- **Exploração do tópico:** questionar suposições, preencher lacunas de conhecimento, esclarecer concepções erradas

- **Identificar questões:** reflectir sobre experiências pessoais do manejo e prevenção de doenças da infância
- **Planificação da acção:** concordar com algumas acções individuais ou colectivas realizáveis, para garantir cuidados médicos de alta qualidade atempados para as crianças, bem como formas adequadas para prevenir essas doenças

São propostos quatro temas principais e fornecidos guias de discussão: os serviços dos APEs, a malária nas crianças, a pneumonia nas crianças e a diarreia nas crianças. Espera-se que os diálogos comunitários sejam realizados regularmente, ao ritmo escolhido por cada comunidade, mas cobrindo pelo menos os quatro tópicos chave num período de 12 meses. O sucesso dos diálogos comunitários depende da parceria entre líderes comunitários e APEs; estes facilitadores comunitários não recebem qualquer remuneração para conduzir os diálogos.

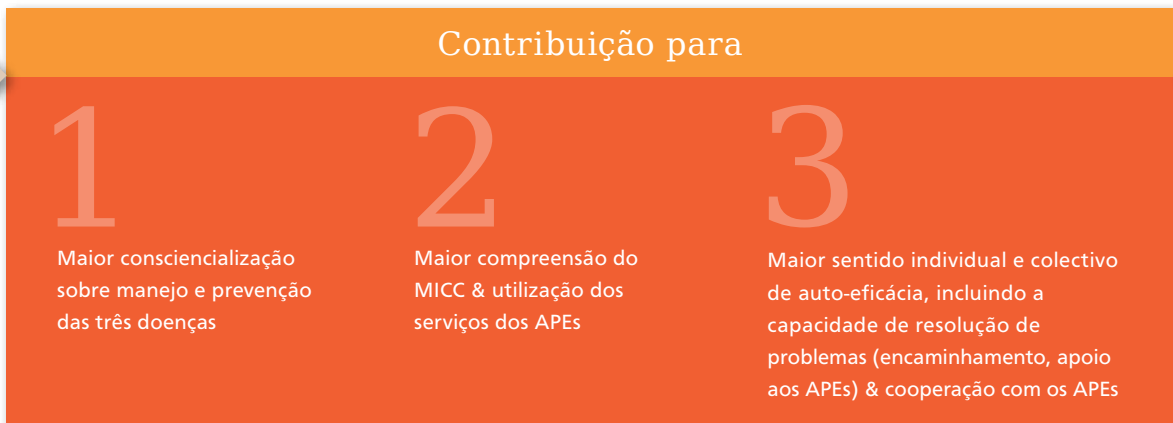
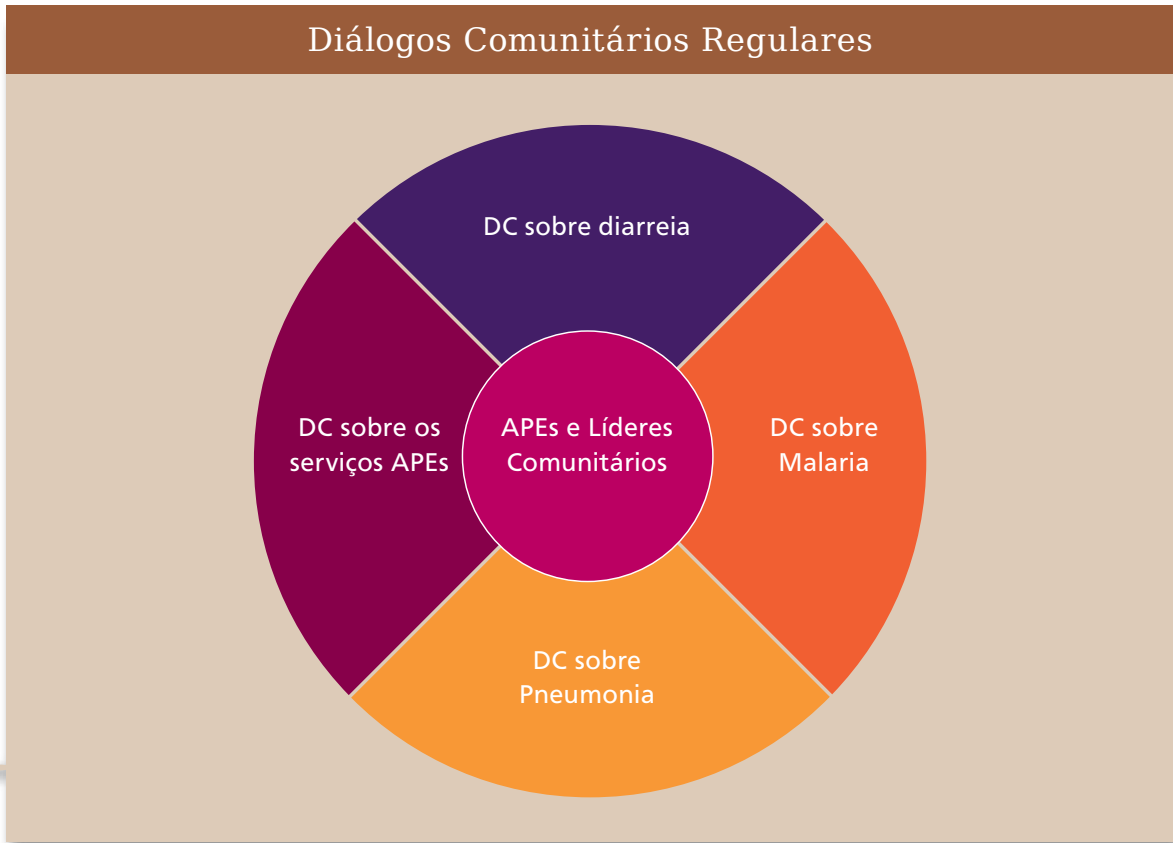
Características chave da abordagem do Diálogo Comunitário:

- Aborda a falta de oportunidades para discutir em profundidade as informações relacionadas com a saúde e as recomendações, dentro da comunidade
- Estimula um verdadeiro diálogo e acções individuais e da comunidade, localmente impulsionadas
- Está ancorado na parceria voluntária entre APEs e Líderes Comunitários
- Aumenta o acesso às comunicações feitas nos media ou nas unidades sanitárias, especialmente para aquelas comunidades que tem acesso e uso limitado a estes canais
- Está focado na discussão da viabilidade e aplicabilidade da informação e serviços de saúde
- Está orientado para a acção mas não é prescritivo, permitindo que as comunidades identifiquem as suas próprias questões e recursos



Diálogo Comunitário co-facilitado pelos Líderes Comunitários e APEs

Os participantes principais são os pais e os cuidadores de crianças pequenas



10 Passos para Conduzir um Diálogo Comunitário com Sucesso

Antes da sessão de um Diálogo Comunitário

Durante o Diálogo Comunitário

No final do Diálogo

1

Ler o seu Guião de Diálogo Comunitário



Familiarizar-se com a informação no seu Guião. Seleccionar um tema a ser discutido de cada vez. Peça ajuda a um profissional de saúde para a compreensão de qualquer informação difícil ou incerta.

4 Introdução



Cada diálogo começa com orações ou um breve discurso para definir o padrão moral da reunião; depois seguem-se os cumprimentos dos participantes e uma introdução sobre o objectivo da reunião feita pelo presidente.

5 Explorar



Explique o tópico, através de perguntas abertas e usando os exemplos dos Guias de Discussão. Envolver toda a pessoa na discussão e peça a cada participante que partilhe as suas opiniões. A equipa dos trabalhadores de saúde deve responder às perguntas técnicas.

7 Tomar decisões



Os membros da comunidade devem concordar com os passos chave de acção, incluindo quem é que vai fazer o quê, quando? Como? para a acção a ser implementada.

8

Resumo



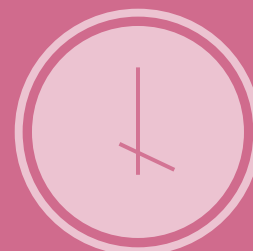
Resumir as informações e pontos de discussão fundamentais. Lembrar a todos as decisões tomadas.

2 Assegurar a participação de pelo menos um APE



Se possível, tente incluir a participação de um profissional de saúde no Diálogo Comunitário para responder às perguntas técnicas dos membros da comunidade.

3



Concordar na data, hora, local e tópico e, convidar os membros da comunidade a participar. Evite convidar demasiados participantes. é melhor manter o grupo a 10-20 pessoas.

6 Identificar Questões



Após os participantes terem explorado o tópico, tente identificar dois ou três desafios, dentro da comunidade, que afectem o tópico que está a ser discutido. Em seguida, pedir aos participantes que sugiram maneiras de trabalhar em conjunto para resolver o(s) problema(s) identificados(s).

9

Unidades Sanitárias



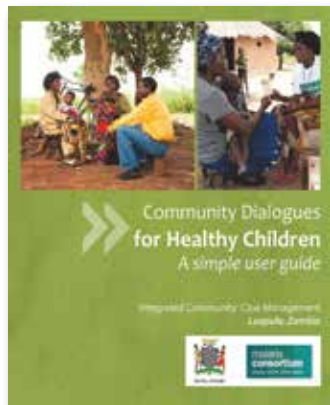
Encaminhar os participantes para os profissionais de saúde ou Unidades Sanitárias para a obtenção de mais informações, assistência e serviços.

10 Obrigado!

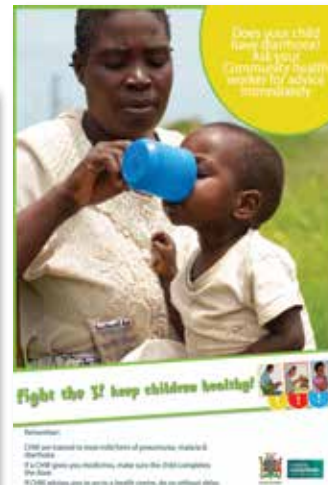
Agradecer aos participantes por terem vindo, terem escutado atentamente, e terem partilhado as suas opiniões. Marque o próximo encontro conjuntamente com os participantes.

Kit de Ferramentas do Diálogo Comunitário para o MICC

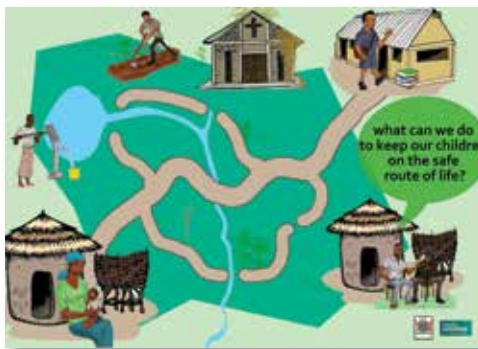
Os líderes comunitários e APEs com formação na abordagem do diálogo comunitário estão equipados com um kit de ferramentas básico que inclui um guião (incluindo a definição, processo, metodologia dos 10-passos e guias de discussão) e cartões ilustrados. Os conteúdos do kit de ferramentas do Diálogo Comunitário foram adaptados ao contexto de cada país. Foram desenvolvidos e distribuídos os seguintes recursos.



Manual do DC - Zâmbia



Poster sobre diarreia - em inglês



Poster Interactivo



Cartão Ilustrado

Zâmbia - 2012	Moçambique - 2012	Uganda - 2012
<p>Guião do Facilitador para a formação de 1 a 2 dias de líderes comunitários e trabalhadores de saúde comunitários</p> <p>Língua: Inglês</p>	<p>Guião do Facilitador para a formação de 1 a 2 dias de líderes comunitários e trabalhadores de saúde comunitários</p> <p>Língua: Português</p>	<p>Guião do Facilitador para a formação de 1 a 2 dias de líderes comunitários e trabalhadores de saúde comunitários</p> <p>Língua: Inglês</p>
<p>Guião de Diálogo Comunitário</p> <p>Língua: Bemba (Versão electrónica em Inglês disponível)</p>	<p>Guião de Diálogo Comunitário</p> <p>Língua: Português</p>	<p>Guião de Diálogo Comunitário</p> <p>Língua: Inglês</p>
<p>Poster Interactivo e Cartões ilustrados</p> <p>Língua: Bemba (Versão electrónica em inglês disponível)</p>	<p>Cartões ilustrados</p> <p>Língua: Português</p>	<p>Album seriado</p> <p>Língua: Inglês</p>



Processo de implementação

O processo de implementação consiste numa pilotagem, seguido da fase de formação faseada em distritos alvos e monitoria qualitativa de alguns diálogos comunitários, em cada um dos três países.

Pilotagem

O modelo foi primeiro testado em Moçambique (Fevereiro de 2012), seguido do Uganda (Março de 2012) e da Zâmbia (Abril de 2012), em estreita parceria com as autoridades de saúde a nível distrital.

A pilotagem consistiu na formação de um dia de potenciais facilitadores comunitários (líderes comunitários e APEs), seguido por um ensaio do DC em áreas seleccionadas.

A abordagem foi avaliada segundo critérios específicos:

- compreensão e relevância da abordagem do diálogo comunitário para os facilitadores comunitários
- conveniência do kit de ferramentas, módulo de formação e ficha de monitoria
- aplicabilidade do processo de 10 passos do Diálogo Comunitário
- capacidades de facilitação e lacunas dos formandos, após a formação de um dia
- relevância e aceitabilidade geral da abordagem e sugestões para aperfeiçoamento

Resultados do exercício piloto

A pilotagem foi uma fase crítica: não só permitiu o aperfeiçoamento do modelo, mas também foi fundamental para familiarizar as autoridades de saúde a nível distrital com este tipo de abordagem participativa, para a mobilização da comunidade. As principais lições incluíram:

- A abordagem foi muito apreciada pelas autoridades de saúde locais e facilitadores comunitários, bem como pelos membros da comunidade. Os formandos ficaram particularmente entusiasmados com a abordagem participativa e os participantes recomendaram que a abordagem fosse alargada a todos os distritos e aldeias.

- Durante os ensaios, o APE e o líder da comunidade complementam-se, com o APE a assumir a liderança nos tópicos relacionados com a doença e o líder comunitário a organizar as discussões.
- No Uganda, a experiência ajudou a aperfeiçoar a abordagem. O exercício piloto mostrou que seria difícil os Coordenadores Paroquiais* (representantes seleccionados pelos colegas para um conjunto de trabalhadores de saúde comunitária) serem envolvidos na facilitação do DC, porque são responsáveis por um grupo de aldeias e não têm meios de transporte para viajar entre as mesmas. Em vez disso, decidiu-se com as autoridades de saúde locais que as formações em DC deviam ser direccionadas para os trabalhadores de saúde comunitária, priorizando aqueles que servem as comunidades mais remotas e carenciadas.
- O principal desafio enfrentado pelos facilitadores do DC foi manter as discussões focalizadas num tópico, por forma a poderem seguir as três etapas do diálogo (explorar, identificar as questões e agir). Precisavam de manter este foco até que as acções praticáveis com os recursos e serviços já disponíveis fossem identificadas.
- Durante o ensaio do DC, as discussões tornaram-se num verdadeiro diálogo, onde os participantes partilharam as suas próprias histórias e percepções pessoais, incluindo ideias erradas sobre doenças ou tratamentos. Os APEs nem sempre foram capazes de responder e corrigir as ideias erradas. Por isso recomendou-se que fosse acrescentada uma secção na Ficha de Monitoria para os APEs. Nessa secção, eles poderiam registar todas as questões técnicas que não pudessem responder ou sobre as quais tivessem dúvidas durante o diálogo, formando assim a base para uma actualização técnica com os seus respectivos supervisores.

É a primeira vez que eu pratico o diálogo, por isso preciso de o fazer mais vezes. Mas eu aprecio-o porque é mais envolvente do que as palestras de saúde; Há mais troca de ideias durante um diálogo

Líder Comunitária, Samfya, Província de Luapula, na Zâmbia, Abril de 2012

- Foram incluídas pequenas alterações no esboço do kit de ferramentas e na sua redacção para assegurar a leitura de audiências com baixa escolaridade. Para o Guia de Formação, decidiu-se que a formação deveria ser de pelo menos um dia, mas de preferência, dois dias completos.
- Na Zâmbia, alguns membros da comunidade foram “protectores” dos materiais interactivos, temendo que pudessem ficar estragados se tocados por muitas pessoas. Estes materiais coloridos são de facto relativamente raros na comunidade.

Formação

A formação de um ou dois dias dada aos facilitadores comunitários consiste numa orientação básica com base no Kit de Ferramentas do Diálogo Comunitário. Utiliza sessões participativas de chuva de ideias, exercícios práticos e dramatização para desenvolver as competências dos participantes. O seu conteúdo centra-se na abordagem do DC e em como difere das palestras de educação para a saúde, no processo dos 10 passos e em conselhos básicos de facilitação. Malaria Consortium implementou a formação em estreita colaboração com as autoridades de saúde locais, durante os segundo e terceiro trimestres de 2012.



Este diálogo foi simplesmente maravilhoso. Isso é o que deveria acontecer, em vez de apenas discutir política nas reuniões da comunidade. Nós aprendemos muitas coisas novas e corrigimos as nossas ideias erradas sobre a malária e, especialmente, sobre o mosquito. Agora eu sei que só o mosquito pode causar a malária e nada mais e que o tratamento precoce é importante e que não devo usar medicamentos tradicionais primeiro. Devemos sempre garantir que os nossos filhos comam cedo e montar bem a rede mosquiteira para que os mosquitos não entrem lá dentro

Uma mulher dá feedback sobre o diálogo, na aldeia de Mukomansala, na Zâmbia

Monitoria

Duas ferramentas simples foram desenvolvidas para documentar o processo e as lições aprendidas:

1 Para monitorar o processo:

Uma Ficha de Monitoria do Diálogo Comunitário, a ser preenchida após a realização de cada diálogo, pelos facilitadores.

A ficha permite que os dados básicos – tais como presenças, tópicos discutidos, principais decisões tomadas, e dificuldades ou questões técnicas não respondidas – sejam registadas. Os APEs informam os seus supervisores sobre os diálogos realizados durante as reuniões mensais de supervisão.

A ficha de monitoria inclui uma secção para registar qualquer questão técnica levantada ou não respondida durante os diálogos como base para os supervisores corrigirem e/ou preencherem as lacunas de conhecimento dos APEs. Esta informação é mantida para referência a nível distrital.

2 Para recolher dados qualitativos:

Ficha de Observação do Diálogo Comunitário, a ser preenchida por oficiais do Projecto, durante as visitas de monitoria previstas aos locais do projecto.

A Ficha de Observação inclui a descrição dos procedimentos do DC, uma discussão de grupo focal com alguns participantes, bem como uma sessão de feedback com os facilitadores. Ajuda os observadores a olharem para características específicas da abordagem do DC, nomeadamente:

- a aplicação do processo dos 10 passos detalhada no Guião do diálogo comunitário e na formação
- a relevância e fascínio do DC para os participantes e facilitadores
- as competências dos facilitadores de DC, incluindo os seus feedbacks sobre a formação e as ferramentas

Em média, os oficiais do projecto observam um ou dois diálogos por mês. Durante essas visitas de observação, os oficiais do projecto, também oferecem orientação e aconselhamento técnico aos facilitadores comunitários. No entanto, a supervisão de apoio e aconselhamento individual a todos os facilitadores comunitários formados, não faz parte do modelo.

Através desta monitoria qualitativa e da observação dos DCs, Malaria Consortium também pretende ouvir as preocupações das comunidades sobre a programação MICC. Ao incluir as autoridades de saúde distritais nas visitas de observação, Malaria Consortium está igualmente a incentivar as autoridades de saúde locais a responderem às comunidades, aumentando assim a responsabilização de ambos os lados.

Questões chave e aprendizagem preliminar

Os resultados qualitativos iniciais, extraídos de actividades de monitoria, deverão estar disponíveis no início de 2013. Serão complementados com dados recolhidos através de um inquérito aos agregados familiares, no final do projecto. Isto irá fornecer informação sobre o nível de utilização dos APEs, o nível de consciencialização dos seus serviços entre os prestadores de cuidados, bem como a confiança percebida nos seus serviços.

Através da sua monitoria do processo do diálogo comunitário, Malaria Consortium está a observar, especificamente, três questões principais:

- 1 Será que este modelo de implementação simples e de baixo custo promove de facto a realização de diálogos comunitários nas comunidades? Com que regularidade? Quais são os factores favoráveis e as barreiras?
- 2 Quais são os desafios para a tomada de decisões e acção colectiva dentro das comunidades?
- 3 Os facilitadores formados em DC são capazes de promover um diálogo participativo? ou as sessões parecem-se mais com uma “sensibilização”, sem mais discussões ou interacções?

Seguem-se algumas conclusões preliminares retiradas da implementação das formações e observação de algumas sessões de diálogo comunitário.



Questão Chave 1:

Os diálogos comunitários acontecem? O que os facilita e o que os bloqueia?

Este programa está a interagir directamente com as próprias comunidades, enquanto outros programas geralmente acabam no nível de centro de saúde e as comunidades sentem-se excluídas. Pessoalmente, estou muito impressionado com o programa e é meu desejo que continue

Sr. Ndlobvu, Funcionário de Cuidados Clínicos, Distrito de Mwense, Zâmbia

Uma abordagem envolvente

O feedback inicial indica que a abordagem do DC é muito apreciada pelos facilitadores comunitários, membros da comunidade e funcionários dos centros de saúde. Porque é uma iniciativa de base, que vai ao encontro das comunidades, permite que “pessoas comuns” interajam e reflectam sobre informações de saúde nas suas aldeias e não em unidades sanitárias, onde tais interações geralmente acontecem.

Nem todos os membros da comunidade têm acesso a rádio ou telefone, para participar nos programas de rádio com chamadas telefónicas. Outros, por causa da baixa alfabetização, podem interpretar os cartazes erradamente. As sessões do DC permitem uma ligação genuína com os membros da comunidade. Os participantes são incentivados a expressar as suas próprias opiniões, a fazer perguntas e a contar as suas próprias histórias. Podem fazê-lo livremente, porque a sessão é facilitada pelos próprios membros da comunidade, com quem a distância social é muito menor do que com os profissionais de saúde.

Os participantes disseram também que se sentiam valorizados porque recebem materiais coloridos que podem manter para seu uso próprio (Zâmbia). Em áreas de difícil acesso, onde as comunidades muitas vezes se sentem “abandonadas”, os líderes comunitários notaram que, através deste projecto, têm a sensação de que “alguém está a tomar conta deles” (Uganda).

A observação de diálogos comunitários na Zâmbia mostra que a discussão participativa com base na partilha de histórias pessoais pelos prestadores de cuidados permite que as pessoas possam discutir as crenças tradicionais, tais

como as convulsões associadas com bruxaria. Permite-lhes também compreender os riscos do atraso na procura de cuidados, através da aprendizagem da experiência dos outros.

A observação no Uganda indicou que estes diálogos estão a ajudar os membros da comunidade a apreciar melhor o valor dos serviços oferecidos pelos trabalhadores de saúde comunitários, o que constitui um factor chave de motivação para os voluntários manterem o seu compromisso.

O papel chave dos Líderes Comunitários

Envolver os líderes comunitários é essencial para garantir que os APEs tenham oportunidades regulares, para apresentar e discutir informações básicas de saúde, que possam ser complementadas pelos “guardiões” da comunidade. Apesar do entusiasmo pela abordagem, há alguns riscos associados à utilização de facilitadores voluntários.

Porque o modelo está fundamentado na parceria voluntária entre APEs e Líderes Comunitários, o seu bom funcionamento depende em grande medida da relação entre os Líderes Comunitários e os APEs, bem como da sua disponibilidade, boa vontade e competência.

Como incentivo para manter, pelo menos, um diálogo comunitário sobre cada tópico, os facilitadores comunitários realizam um exercício de planificação e recebem pelo menos cinco cópias da Ficha de Monitoria do DC, no final da formação.

A observação de alguns Diálogos Comunitários realizados em Moçambique indica que os APEs parecem mais comprometidos do que os líderes comunitários na realização de DCs regulares, porque sentem que é a sua função principal e é para seu benefício.

Em Moçambique, cada APE treinado em MICC é equipado com um kit de medicamentos que normalmente contém uma lâmpada para visitas nocturnas, luvas de látex, um temporizador respiratório, testes de diagnóstico rápido da malária, uma fita MUAC para avaliar desnutrição aguda e medicamentos essenciais na fórmula pediátrica.

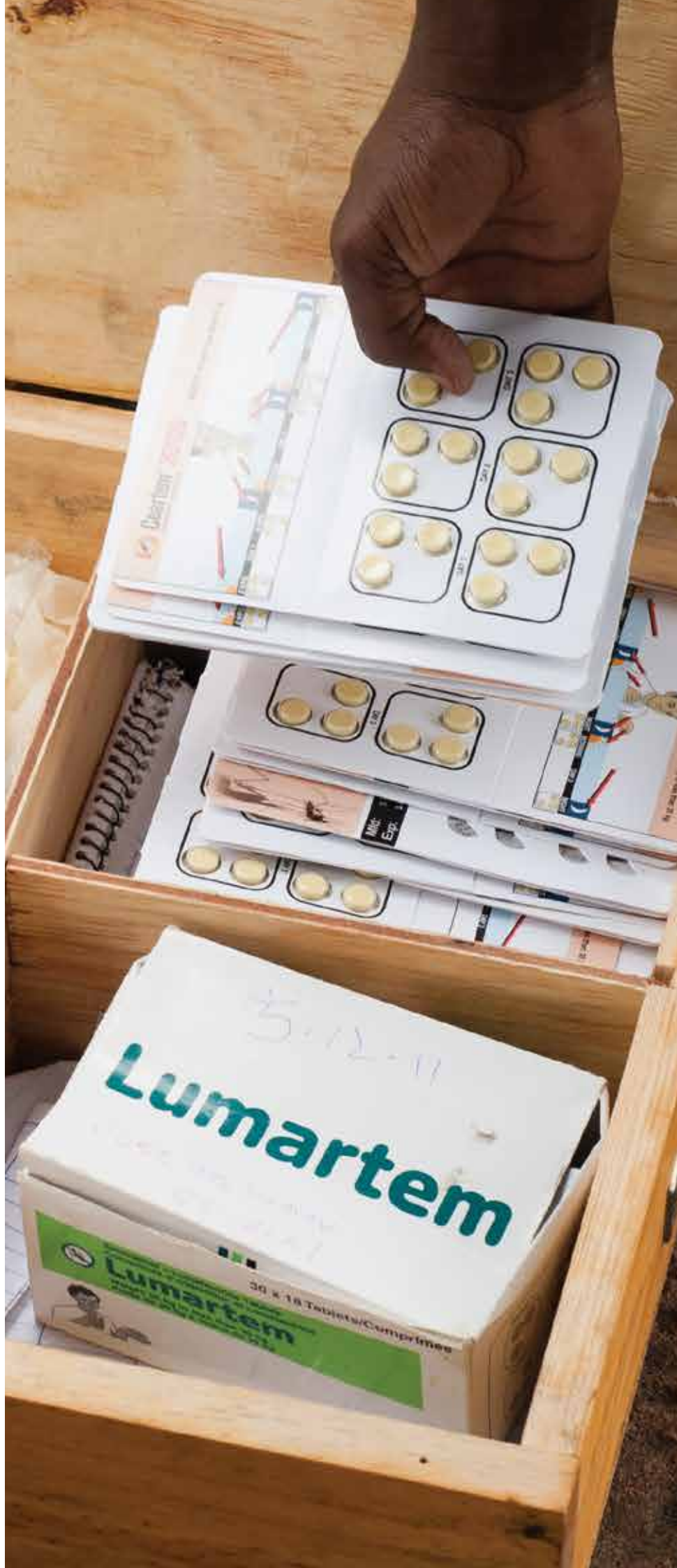
Cada comunidade é uma entidade única e complexa, com vários níveis de cooperação, conflitos, competências de organização comunitária e de capital social. As capacidades das comunidades para se auto-organizarem, chegarem a consensos, mobilizarem recursos e pessoas irão depender grandemente das diferentes estruturas em constante evolução de cada comunidade. Pensa-se que as capacidades de liderança dos líderes locais - tradicionais, administrativos ou religiosos - determinam o sucesso de todo o processo.

Ligar as comunidades rurais com os serviços de saúde

Manter a ligação regular entre os APEs e os supervisores baseados nos centros de saúde para realizar actualizações técnicas regulares, ajuda a garantir que as informações dadas sobre saúde a nível da comunidade estão correctas e que as idéias erradas possam ser abordadas. Esta ligação é fundamental para garantir que os APEs podem trazer nova informação de saúde com base nas perguntas e assuntos de preocupação das pessoas, e assim manter o seu público envolvido num diálogo regular.

A Ficha de Monitoria do DC permite que os APEs registem dúvidas e questões, que são abordadas por profissionais de saúde durante as sessões de supervisão mensais. Onde este sistema de supervisão de apoio funciona bem, tanto os profissionais de saúde como os APEs gostam desta lista de perguntas como uma base para discussão.

De facto, a evidência baseada em observações no terreno em Moçambique indica que os prestadores de cuidados reconhecem o papel dos APEs como "intérpretes" dos conselhos de saúde recebidos de profissionais, porque são capazes de os traduzir em linguagem comum.



Questão chave 2:

Quais são os desafios para a tomada de decisão e acção colectiva?

“

Irei trabalhar como facilitador da comunidade e darei o exemplo. A formação foi muito boa, mas precisamos de aprender mais e praticar mais

”

Mwaba Sereje, Distrito de Mwense, Província de Luapula, na Zâmbia

“

Não consigo comprar uma rede mosquiteira, carvão ou lenha para ferver água. Ferver a água leva tempo, não consigo comprar um balde claro e limpo, comprar cloro, etc. Simplesmente não sei onde ir quando preciso de apoio. Tenho medo que se riam de mim porque não tenho roupas bonitas para vestir quando vou ao centro de saúde. Tenho medo que a enfermeira vá gritar comigo

”

Participante Feminina num Diálogo Comunitário, na Zâmbia

Espera-se que os diálogos comunitários estejam orientados para a acção. No entanto, mudar a maneira como os prestadores de cuidados previnem e manejam as doenças em casa é particularmente desafiante em comunidades com baixa literacia, informações limitadas de saúde, desconfiança no sistema de saúde, recursos limitados, fortes crenças tradicionais e pouco acesso aos serviços de saúde nacionais.

Os resultados preliminares indicam que o DC é uma ferramenta útil para a identificação e abordagem de lacunas de informação. Mas para os indivíduos passarem da informação à acção não é um processo simples. Pode também exigir a abordagem de normas sociais e incentivar os indivíduos a fazer mudanças positivas.

Lacunas de conhecimento

Indicações de que, devido ao baixo nível - se bem que variável - de literacia em saúde entre os membros da comunidade, as sessões de diálogo comunitário tendem a concentrar-se na fase de “explorar” para preencher as lacunas de informação e conhecimento, restando pouco tempo para a identificação de questões e planificação de acções.

Com o tempo, à medida em que os membros da comunidade adquirem conhecimento e os facilitadores ganham experiência na condução de diálogos, espera-se que as discussões passem progressivamente para a resolução de problemas.

Normas sociais

Os depoimentos de participantes no DC indicam que a disponibilidade dos APEs locais não é suficiente para alterar as formas dos participantes procurarem cuidados médicos, mas que os diálogos comunitários podem ser uma plataforma para abordar progressivamente as normas sociais, através da discussão de valores comuns e da aprendizagem com as experiências de outros membros da mesma comunidade.

A norma social é começar por tratar os sintomas em casa, com ervas tradicionais, e em alguns casos consultar também curandeiros. Só então, se o chegarem a fazer, é que os cuidadores irão procurar cuidados médicos. Por exemplo, na Zâmbia, onde as convulsões infantis são frequentemente associadas à feitiçaria, e não necessariamente com malária grave, os cuidadores procurariam a ajuda do curandeiro em primeiro lugar, atrasando assim o acesso a tratamentos disponíveis através do APE.

Quando se trata de tomar decisões sobre as opções de tratamento em caso de doença, outra barreira é a falta de medicamentos ou serviços. Na Zâmbia, onde as mulheres relataram que preferem ir ao APE porque está mais próximo delas. No entanto, muitas vezes têm falta de medicamentos. Mas se elas forem à unidade sanitária, podem ser enviados de volta para casa porque a clínica para crianças doentes não está em funcionamento naquele dia.

“

Este é o segundo diálogo comunitário que tivemos. Queremos saber o que as pessoas da comunidade pensam sobre questões de saúde e o que sabem sobre a prevenção da saúde. Os APes partilham então os seus conhecimentos com outros membros da comunidade para poderem melhorar as suas próprias capacidades e prevenir a doença. O diálogo permite que os membros da comunidade partilhem ideias, em vez de apenas ouvirem algo

”

Silvestre José Xavier - Agente de Medicina Preventiva, Comunidade de Vulcanjane, Distrito de Inhassouro, Moçambique

Dimensão do grupo

Outro desafio é o tamanho do grupo. Há uma tendência entre os facilitadores comunitários, de realizarem sessões com grupos grandes, com o pressuposto de que o sucesso da sessão pode ser medido pelo número de participantes. Além disso, como existem tão poucas oportunidades para se discutir informações de saúde ao nível da aldeia, o número de pessoas que se reúne para participar na discussão aumenta, quando um evento deste tipo é organizado, porque as pessoas apercebem-se que há um encontro. Chega a envolver mais de 60 pessoas.

Falta de recursos

Esta é a principal barreira que impede as pessoas de tomarem medidas eficazes para prevenir doenças. A prevenção da malária requer redes mosquiteiras; a prevenção da diarreia precisa de água a ferver, o que requer carvão ou lenha assim como sabão para lavar as mãos. As comunidades são frequentemente relutantes em investir os seus poucos recursos em medidas preventivas.

Espera-se que o Diálogo Comunitário incentive as pessoas a mudarem a forma como olham para a saúde, focada em problemas e necessidades, para uma abordagem baseada no reconhecimento e desenvolvimento das suas próprias forças. Para que esta abordagem seja eficaz tem que estar ligada a um maior acesso aos serviços MICC e outros serviços preventivos.



Questão chave 3:

Os facilitadores com formação em DC são capazes de promover um diálogo participativo?

“

Foi muito bom ver como os membros da comunidade, especialmente os homens, participaram plenamente na discussão. Foi fácil para eles discutirem as barreiras e aconselharem-se uns aos outros sobre o que fazer de uma forma muito colaborativa

”

Patricia Siakanomba, Malaria Consortium Zâmbia, Formadora sobre diálogos comunitários

Ferramentas versus formação

Ao contrário das sessões de sensibilização de saúde, o DC dá ênfase às perguntas e à reavaliação dos pressupostos. Isto deveria capacitar os facilitadores a aprofundar a compreensão e esclarecer pontos de vista e ideias erradas por parte dos participantes. Ao contrário do debate, o diálogo enfatiza o ouvir e fornece plataformas às comunidades, para a troca de informações, histórias e experiências pessoais, levando ao desenvolvimento de valores e soluções comuns para as preocupações da comunidade.

Geralmente assume-se que a orientação de um diálogo requer mais competências de facilitação e de discussão em grupo e, portanto, mais ou mais longa formação dos facilitadores comunitários. A experiência da Malaria Consortium mostra que dar ferramentas visuais interactivas a facilitadores comunitários com baixo nível de literacia permite-lhes, de facto, superar barreiras e interagir com os membros da comunidade.

A experiência comparativa da implementação da abordagem do DC na Zâmbia e em Moçambique mostra que dar ferramentas visuais aos facilitadores faz uma enorme diferença. Em Moçambique, os DCs começaram logo em Abril de 2012, quando o pacote final de cartões ilustrados ainda não estava finalizado ou distribuído. Observou-se contudo que as sessões do DC podem não ser totalmente participativas, quando os facilitadores não têm ferramentas visuais que possam circular na audiência e ser comentadas pelos seus membros.

Por outro lado, na Zâmbia, os materiais foram distribuídos durante a própria formação. Os facilitadores comunitários sentiram-se muito mais à vontade para conduzir um diálogo genuíno. Os materiais são especificamente desenhados para permitirem que todos os participantes toquem e brinquem com os cartões para contar as suas experiências pessoais mas, também, através de discussão colaborativa, para chegar a um acordo sobre o que fazer quando uma criança está doente.

Utilização de línguas locais

É essencial utilizar uma língua local nos materiais desenhados. Todavia, é um desafio e um custo produzir materiais em três ou quatro línguas diferentes, em áreas onde se falam várias línguas locais. Consequentemente, é usada uma língua de uso comum, como o Inglês no Uganda ou o Português em Moçambique, nos materiais impressos, enquanto a comunicação verbal durante a formação em diálogo comunitário faz-se usando a língua local relevante.

No Uganda, onde se falam pelo menos quatro línguas locais diferentes na região Oeste, o Guião do DC foi concebido em Inglês simples. Dado o baixo nível de Inglês de alguns facilitadores comunitários, é essencial usar o Guião em pormenor durante a formação a fim de esclarecer o conteúdo e traduzir para as línguas locais.

Na Província de Luapula na Zâmbia, falam-se várias línguas locais mas foi possível a utilização do Bemba para todos os materiais desenhados, dado que esta língua é falada e compreendida em toda a província.



Conclusão

Malaria Consortium desenvolveu um modelo de diálogo comunitário flexível, que requer pouca facilitação externa qualificada, que utiliza simples ferramentas visuais interactivas, adaptadas a audiências com baixo nível de alfabetização. O modelo visa envolver os membros da comunidade. Centra-se na construção de confiança e cooperação através da compreensão e apoio da comunidade aos serviços dos APEs, bem como a promoção da procura atempada de cuidados de saúde.

Treinar e equipar APEs para prestarem serviços não é suficiente para promover o uso adequado dos seus serviços e, muito menos, para mudar quando e como os membros da comunidade procuram cuidados. No entanto, a abordagem do DC é considerada fundamental para promover a compreensão da comunidade e apoio aos serviços do MICC.

Os resultados preliminares retirados das primeiras etapas da implementação no Uganda, Zâmbia e Moçambique, indicam que o DC é uma ferramenta eficaz para identificar e preencher as lacunas de informação. A utilização de ferramentas interactivas visuais e de línguas locais parece possibilitar aos facilitadores comunitários - que recebem apenas uma formação básica com conselhos de abordagem e facilitação - a capacidade de gerarem discussões participativas, através de perguntas e partilha de testemunhos entre os cuidadores de cuidados.

O modelo permite chegar às comunidades rurais e oferecer-lhes oportunidades de acesso à informação básica de saúde, tanto em prevenção de doenças como em cuidados. E ainda, o que é mais importante, permite-lhes discutir como esta informação se aplica ao seu dia-a-dia. O feedback dos primeiros destes DCs indica que a abordagem é altamente apreciada pelos facilitadores comunitários, membros da comunidade e funcionários de saúde. É uma iniciativa de base e permite que "os participantes" interajam e reflectam sobre informações de saúde nas suas aldeias e não em unidades de saúde onde geralmente decorrem.

Mas mudar da informação para a acção não é um processo curto ou directo. Também requer abordar normas sociais e capacitar indivíduos.

Para além disso, é essencial continuar a fortalecer as capacidades dos serviços de saúde locais, especialmente a nível distrital, em abordagens participativas como o DC, para que possam apoiar os facilitadores comunitários. Na verdade, tendo recebido apenas uma formação básica, os facilitadores comunitários precisam tanto de prática como de aconselhamento para ganharem confiança para liderarem DCs que sejam tanto regulares como bem sucedidos.

Avaliação

Este modelo de DC necessita de uma avaliação mais aprofundada pelos intervenientes em todos os níveis de especialidade e envolvimento, desde os prestadores de cuidados ao pessoal do Ministério da Saúde. Isto permitir-lhes-á apreciar melhor o potencial, pontos fortes e limitações do DC para criar envolvimento da comunidade. A avaliação também deve incluir uma análise de custos e a avaliação da capacidade da comunidade para fazer recomendações, que reforcem a componente de mobilização comunitária, das orientações básicas da implementação do programa MICC nos países.

Sobre Malaria Consortium

Malária Consortium é uma das organizações sem fins lucrativos, líder a nível mundial, especializada no controlo global da malária e de outras doenças transmissíveis - particularmente aquelas que afectam as crianças menores de cinco anos. Malária Consortium trabalha em África e no Sudeste Asiático com as comunidades, agências governamentais e não-governamentais, instituições académicas e organizações locais e internacionais, para garantir que a prestação de serviços eficazes é suportada por evidências.

Áreas de especialização incluem a prevenção de doenças diagnóstico e tratamento; controlo e eliminação de doenças; fortalecimento dos sistemas de saúde, investigação, monitorização e avaliação, comunicação para a mudança de comportamentos e defesa e, advocacia nacional e internacional.

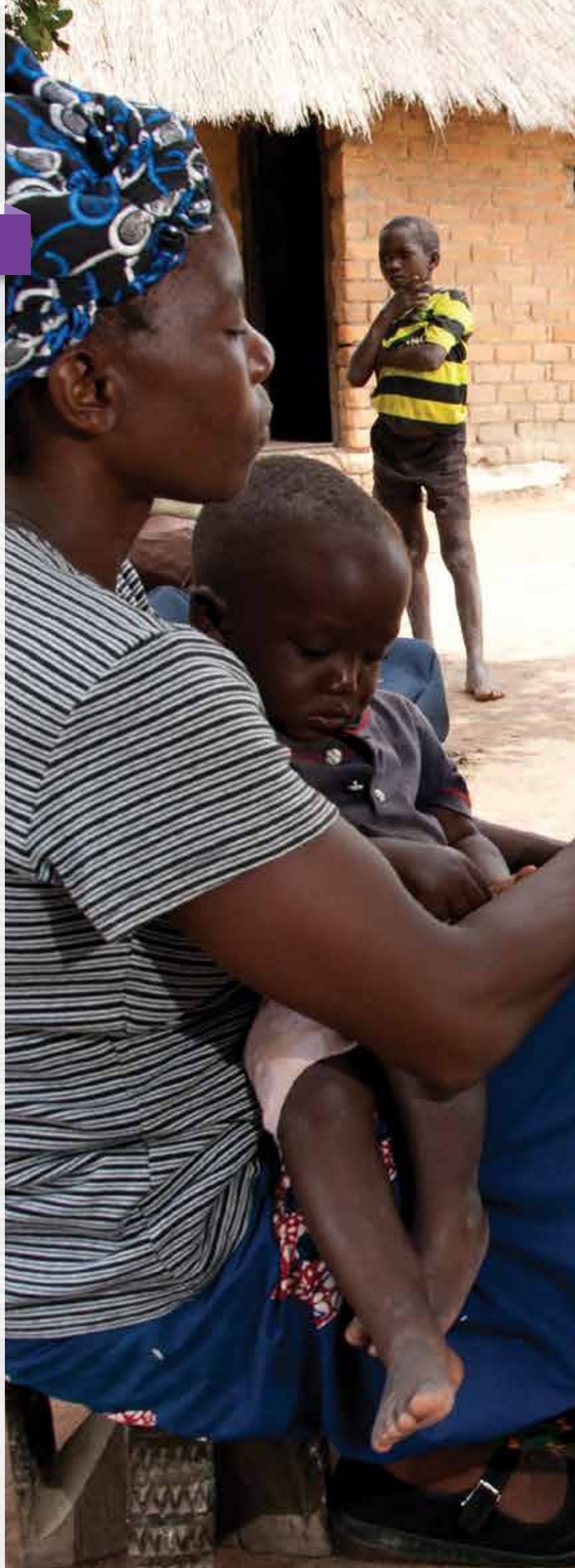
Uma área de enfoque particular para a organização, é a prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade, particularmente através do manejo integrado de casos. Esta é uma estratégia de sobrevivência infantil baseada na comunidade que visa prestar intervenções que salvam vidas, para as doenças infantis comuns, onde o acesso às unidades sanitárias e serviços é limitado ou inexistente. Envolve capacitar e apoiar os trabalhadores de saúde a nível da comunidade, de forma a que possam reconhecer, diagnosticar, tratar e encaminhar crianças com menos de cinco anos que sofram dos três assassinos mais comuns da infância: diarreia, pneumonia e malária. No Sul do Sudão, isto também envolve programas para gerir a subnutrição.

Malaria Consortium também apoia os esforços para combater as doenças tropicais negligenciadas (DTN) e procura integrar o manejo das DTN com iniciativas em malária e outras doenças infecciosas.

Com 95% do pessoal da Malaria Consortium a trabalhar em zonas endémicas de malária, a visão local da organização e as suas ferramentas práticas dão-lhe a agilidade para responder a desafios críticos, de forma rápida e eficaz. Os apoiantes incluem doadores internacionais, governos nacionais e fundações. Em termos do seu trabalho, Malaria Consortium foca-se em áreas com alta incidência de malária e de doenças transmissíveis para ter maior impacto entre as pessoas mais vulneráveis a estas doenças.

www.malariaconsortium.org

Um APE treinado em MICC dá medicamentos para a malária a uma mãe, explicando a dosagem e a importância de terminar o tratamento, Distrito de Samfya, na Zâmbia





REFERÊNCIAS

Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes. By Maria Elena Figueroa, D. Lawrence Kincaid, Manju Rani, Gary Lewis. The Communication for Social Change Working Paper Series: No.1, 2002 The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs. <http://www.communicationforsocialchange.org/publications-resources?itemid=17>

Community Acceptability and Adoption of Integrated Community Case Management in Uganda. By Nanyonjo A, Nakirunda M, Makumbi F, Tomson G, Källander K, the inSCALE Study Group. *Am J Trop Med Hyg* 2012, In Press.

Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. By Mikey Rosato, Glenn Laverack, Lisa Howard Grabman, Prasanta Tripathy, Nirmala Nair, Charles Mwansambo, Kishwar Azad, Joanna Morrison, Zulfi qar Bhutta, Henry Perry, Susan Rifk in, Anthony Costello, *Lancet* September 2008; 372: 962–71.

Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. By Rifkin SB. 2009. *Journal of International Health* 1, 31–36

Malaria Community Competence: A Midterm Evaluation of the Malaria Community Competence Process In Nine African Countries. By PATH for Roll Back Malaria, March 2009.
Accessed at: <http://www.communitylifecompetence.org/en/pages/8-community-life-competence-process>

Midterm evaluation of comprehensive malaria control and integrated community based case management with respect to child survival and health in Western Uganda. By Namara G, Ssekitooleeko J, Nuwa A, Altaras R, Tibenderana J, Killian A, Counihan H; Malaria Consortium, May 2012

Malaria Consortium

Development House
56-64 Leonard Street
London EC2A 4LT
United Kingdom

Tel: +44 (0)20 7549 0210

Email: info@malariaconsortium.org

www.malariaconsortium.org



Este material foi financiado pela ajuda do Reino Unido do Governo do Reino Unido, no entanto, as opiniões expressas não reflectem necessariamente as políticas oficiais do Governo britânico

Desenhado & produzido por
ACW, London, UK
www.acw.uk.com
Outubro, 2012