

Guia para Mobilizar Educadoras de Saúde da Comunidade em Regime de Voluntariado

# A DIFERENÇA DOS GRUPOS DE ASSISTÊNCIA





# **A Diferença dos Grupos de Assistência: Guia para Mobilizar Educadoras de Saúde da Comunidade em Regime de Voluntariado**

**Elaborado pela Equipe de Saúde do Auxílio Mundial**

**Autor:** Megan Laughlin

**Editores:** Katie Bradbury; Pieter Ernst, MBChB; Rebecca Heidkamp; William M. Long, DrPH; Melanie Morrow, MPH; Linda Nghatsane, RN; e Olga Wollinka, MSHE.

### “A Diferença do Grupo de Assistência”

Produzido por Auxílio Mundial, 2004.  
Para mais informações, contactar:  
World Relief  
7 E Baltimore St., Baltimore, MD 21202, EUA  
Telefone: +1 (443) 451-1900



A elaboração deste documento foi parcialmente apoiada pelo Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil (CORE) e financiada pelo Acordo de Cooperação FAO-A-00-98-00030 da USAID, no entanto, os pontos de vista contidos no presente documento não reflectem necessariamente os da CORE ou da USAID.



**Fotografia:** Megan Laughlin, Alison Lydecker, Melanie Morrow, Anbrasi Edward Raj, Heng Sinith e Jon Warren

### **Agradecimentos:**

A nossa gratidão especial a Olga Wollinka e Linda Nghatsane pelo incansável trabalho de edição deste manual. Durante o tempo em que trabalharam com o Auxílio Mundial, muito contribuíram para o projecto Vurhonga, tanto dentro como fora do terreno.

A nossa gratidão especial a Judy Gillens da *Focus* e a Tom Davis da *Food for the Hungry International* pela revisão cuidada dos primeiros manuscritos.

Gostaríamos de agradecer igualmente à CORE pelo financiamento e pela revisão deste manual.

### **E a equipa do Vurhonga...**



O Dr. Pieter Ernst é o criador do modelo de grupos de assistência do Auxílio Mundial e o director do projecto Vurhonga. Ele lidera uma equipa empenhada na implementação do Vurhonga e, em conjunto, provocam um impacto decisivamente positivo na saúde das mulheres e crianças da Província de Gaza, em Moçambique.

# Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1: Introdução aos Grupos de Assistência</b> .....	3
<b>Secção 1: Porque foram criados os Grupos de Assistência: Antecedentes</b> .....	5
<b>Secção 2: Qual é a Diferença dos Grupos de Assistência?: Breve Resumo</b> .....	7
<b>Secção 3: Avaliação do Impacto dos Grupos de Assistência: Comprovação da sua Eficácia</b> .....	9
3.1 Alteração dos Comportamentos de Saúde: Provas Quantitativas .....	9
3.2 Tendências da Taxa de Mortalidade Infantil: Análise de Dados .....	13
3.3 Mudança nas Crenças Relacionadas com a Saúde: Índícios Anedóticos .....	15
3.4 Capacitação dos Prestadores de Cuidados Médicos .....	15
3.5 Promoção da Sustentabilidade: Grupos de Assistência, Comunidades e Prestadores de Cuidados Médicos .....	17
<b>Capítulo 2: Decidir Quando Usar Grupos de Assistência</b> .....	21
<b>Secção 1: Avaliar Quando Usar Grupos de Assistência: Critérios</b> .....	23
1.1 Área do Projecto .....	23
1.2 Duração do Projecto .....	24
1.3 Proporção entre Equipa do Projecto e População .....	25
1.4 Parcerias do Projecto .....	27
<b>Secção 2: Custos dos Grupos de Assistência: Implicações Orçamentais</b> .....	29
2.1 Considerações sobre o Orçamento .....	29
2.2 Rentabilidade .....	30
<b>Capítulo 3: Preparação</b> .....	33
<b>Secção 1: Definição da Estrutura: Programação dos Grupos de Assistência</b> .....	35
1.1 Programação dos Acontecimentos Principais .....	35
<b>Secção 2: Criar Modelos para os Grupos de Assistência: Preparar a Equipa do Projecto</b> .....	39
2.1 Cargos Chave – Dirigentes .....	39
2.2 Cargos Chave – Supervisoras e Promotoras .....	39
2.3 Formação da Equipa .....	41
<b>Secção 3: Criação dos Grupos de Assistência: Selecção das Voluntárias</b> .....	43
3.1 Quem é uma boa voluntária? .....	43
3.2 Trabalhar com as Comunidades para Seleccionar Voluntárias .....	44
3.3 Selecção das Líderes dos Grupos de Assistência .....	46
<b>Secção 4: Cumprimento de Horários: Logística e Programas</b> .....	47
4.1 Requisitos Temporais para as Reuniões dos Grupos de Assistência .....	47
4.2 Programação das Visitas Domiciliárias .....	48
<b>Capítulo 4: Trabalhar com Grupos de Assistência</b> .....	49
<b>Secção 1: A União Faz a Força: Formação e Grupos de Assistência</b> .....	51
1.1 Formação Através de Objectivos Partilhados .....	51

1.2 Ensino Mútuo .....	53
1.3 Formação Participativa .....	54
<b>Secção 2: Alcance Profundo dos Grupos de Assistência: Relações</b> .....	<b>57</b>
2.1 Desenvolver Relações nos Grupos de Assistência .....	57
2.2 Desenvolver Relações com a Comunidade .....	59
<b>Secção 3: “Juntas, Ajudamos a nossa Comunidade”: Incentivos das Voluntárias</b> .....	<b>63</b>
3.1 Incentivos Não Materiais .....	63
3.2 Solidariedade Através dos Objectivos do Grupo .....	63
3.3 Reconhecimento e Capacitação da Comunidade .....	64
3.4 Incentivos Materiais .....	65
<b>Capítulo 5: Monitorização e Avaliação</b> .....	<b>67</b>
<b>Secção 1: Envolvimento dos Grupos de Assistência: Recolha e Relatório de Dados</b> .....	<b>69</b>
1.1 Necessidades dos Detentores de Interesse .....	69
1.2 Grupos de Assistência e SISC .....	71
1.3 Monitorização e Avaliação com Base no Projecto .....	73
1.4 Actuação dos Detentores de Interesse .....	76
<b>Capítulo 6: Ligações às Comunidades e aos Serviços de Saúde</b> .....	<b>81</b>
<b>Secção 1: Aceitação dos Grupos de Assistência pela Comunidade: Líderes Locais</b> .....	<b>83</b>
1.1 Desenvolver Relações .....	83
1.2 Grupos de Assistência de Líderes Religiosos .....	86
<b>Secção 2: Integração com os Prestadores de Cuidados de Saúde Locais: Acesso aos Serviços</b> ..	<b>89</b>
2.1 Identificação e Reforço dos Serviços Locais .....	89
2.2 Integração de CCSs e Serviços de Saúde .....	93
<b>Capítulo 7: Sustentabilidade</b> .....	<b>95</b>
<b>Secção 1: Manutenção da Força dos Grupos de Assistência: Sustentabilidade</b> .....	<b>97</b>
1.1 Recursos no Grupo de Assistência .....	97
1.2 Sustentabilidade da Alteração de Comportamentos .....	99
1.3 Sustentabilidade da Actuação Comunitária .....	101
1.4 Conclusão .....	102
<b>Anexos</b> .....	<b>103</b>
<b>Anexo A: Perfil dos Projectos para a Sobrevivência Infantil do Auxílio Mundial</b> .....	<b>105</b>
<b>Anexo B: Outros Exemplos de Grupos de Assistência</b> .....	<b>107</b>
<b>Anexo C: Resultados do Projecto para a Sobrevivência Infantil do Auxílio Mundial</b> .....	<b>109</b>
<b>Anexo D: Plano de Trabalho</b> .....	<b>115</b>
<b>Anexo E: Formação da Equipa</b> .....	<b>119</b>
<b>Anexo F: Curriculum do Vurhonga</b> .....	<b>121</b>
<b>Anexo G: Atelier Doméstico e Grupos de Assistência</b> .....	<b>123</b>
<b>Anexo H: Recursos</b> .....	<b>125</b>

## Acrónimos e Definições

AE	Amamentação Exclusiva
AM	Auxílio Mundial
ARL	Avaliação Rápida Local
CAC	Comunicação para a Alteração de Comportamentos
CCS	Comissão Comunitária de Saúde
CPC	Conhecimento, Prática e Cobertura
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTP	Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (vacina)
FB	Família Beneficiária
FDP	Fim do Projecto
GA	Grupo(s) de Assistência
LB	Linha de Base
MDP	Meio do Projecto
MS	Ministério da Saúde
OR	Organização Religiosa
PEI	Programa de Expansão de Imunização
PIP	Plano de Implementação Pormenorizado
PSI	Projecto para a Sobrevivência Infantil
PT	Parteira Tradicional
Socorrista	Trabalhador do quadro inferior do Ministério da Saúde moçambicano, qualificado para prestar primeiros socorros, fornecer medicamentos anti-malária e recomendar consultas.
TRO	Terapia de Re-hidratação Oral
TT	Toxóide Tetânico (vacina)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência Norte-americana para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

## Introdução

Quando o Auxílio Mundial (AM) submeteu a sua primeira proposta de Projecto para a Sobrevivência Infantil (PSI) no Camboja, esta foi recusada. Entre as preocupações citadas pela comissão de avaliação encontrava-se a dependência excessiva das voluntárias, dado que projectos baseados no voluntariado não funcionam no Camboja. A comissão de avaliação tinha, de várias formas, a credibilidade das provas e da experiência do seu lado. Projectos fundamentados no compromisso de voluntárias têm falhado na concretização de mudanças subsistentes.

Durante quase uma década, o modelo de grupos de assistência tem proporcionado um contrapeso face aos resultados negativos de vários programas de voluntariado em muitos países, incluindo o Camboja. Os grupos de assistência constituem o elemento essencial de um modelo emergente de organização, formação, supervisão e motivação de voluntárias de forma rentável e sustentável. Os grupos de assistência alcançam mudanças abrangentes, profundas e duradouras nas comunidades.

Com base nos estudos de caso do modelo lançado pelo AM nos seus projectos para a sobrevivência infantil em Moçambique, chamados Vurhonga, este manual responde a três questões:

- Os grupos de assistência funcionam realmente? Apresentamos provas do impacto provocado pelos dois projectos para a sobrevivência infantil financiados pela USAID na Província de Gaza, em Moçambique — Vurhonga I, realizado entre 1995 e 1999, e Vurhonga II, realizado entre 1999 e 2003.
- Os grupos de assistência funcionarão noutro projecto? Sugerimos critérios que auxiliam os dirigentes e os consultores técnicos de projectos de saúde a analisarem a exequibilidade do modelo de grupos de assistência nos seus programas.
- Como começar? Citando lições dos PSIs do AM, oferecemos um guia pormenorizado para criar e sustentar grupos de assistência.

Até os modelos comprovados podem falhar na fase de implementação. Os avaliadores dos projectos Vurhonga mencionaram frequentemente o “espírito de Vurhonga” como um elemento chave para o seu sucesso. Os grupos de assistência baseiam-se em algo mais do que num plano de implementação. Eles vingam porque promovem as relações entre a equipa do projecto, as famílias beneficiárias e a comunidade em geral.

Segundo um provérbio de Gabayan, “A gota de água isolada dilui-se”. Este provérbio reflecte uma importante verdade sobre teoria e prática, não apenas em África mas também em muitas culturas da Ásia e da América Latina. No modelo de grupos de assistência, nenhuma voluntária está sozinha. Cada mulher é apoiada por redes de relações que a ensinam, apoiam, encorajam e motivam. Estas relações promovem a formação efectiva e a alteração de comportamentos — primeiro nos grupos de assistência, depois entre voluntárias e mães e finalmente na comunidade em geral — catalisando a mudança em comunidades inteiras que vêem as suas crianças viver, e não morrer.



## CAPÍTULO 1

# Introdução aos Grupos de Assistência





## SECÇÃO 1

### Porque foram criados os Grupos de Assistência: Antecedentes

O modelo de grupos de assistência do AM desenvolveu-se a partir do projecto “Vurhonga”, o projecto pioneiro para a sobrevivência infantil do AM na Província de Gaza, em Moçambique. O nome deste projecto significa “amanhecer” na língua local e traduz o papel dos PSIs no despertar de comunidades mais saudáveis após 17 anos de guerra civil. O Dr. Pieter Ernst, médico e director do PSI, concebeu a estrutura do grupo de assistência em 1995 com vista a ajudar uma população abrangente mantendo, em simultâneo, a rentabilidade, a sustentabilidade e o apoio intensivo a voluntárias e famílias beneficiárias.

**A necessidade de um modelo de voluntariado:** Durante a fase de concepção do Vurhonga, o Dr. Ernst reconheceu que as 19 promotoras de saúde do projecto, por si só, não conseguiam cobrir de forma adequada uma população de 107.000 pessoas, nem a equipa era capaz de dar a formação intensiva e o apoio consistente necessários para as mensagens de alteração de comportamentos se enraizarem verdadeiramente nas comunidades. Criar uma rede de voluntárias para benefício de muitas famílias parecia a solução ideal do ponto de vista financeiro e logístico.

Porém, a perda e o desgaste das voluntárias constituíam possíveis ameaças aos projectos de voluntariado. Tal apontava para a necessidade de uma abordagem mais abrangente, envolvendo os membros da comunidade como voluntários. O Dr. Ernst e a equipa principal do Vurhonga decidiram conceber um sistema que fornecesse apoio às voluntárias sem sobrecarregar em demasia as suas responsabilidades. As voluntárias não trabalhariam sozinhas, mas apoiando-se e encorajando-se mutuamente.

Os dirigentes do projecto basearam-se em anos de experiência e nas lições aprendidas ao trabalhar e viver nas comunidades alvo das iniciativas de saúde e desenvolvimento. O Dr. Ernst, em particular, recorreu à sua experiência em auxílio médico comunitário nos hospitais de Kilm, Tshilidzini e Elim, na Província do Limpopo, e África do Sul — trabalho esse que contou com voluntárias das referidas comunidades.

**Resposta através dos grupos de assistência:** O resultado do esforço dos grupos deste modelo cria uma vasta rede de voluntárias no seio da comunidade. Cada promotora de saúde forma e apoia até um total de oito grupos de assistência. Cada grupo é constituído por cerca de 10 a 15 voluntárias e reúne-se duas vezes por mês. Cada voluntária é responsável por ensinar novamente as lições aprendidas a 10 ou 15 famílias. A principal fonte de apoio e encorajamento de uma voluntária reside nas suas companheiras de grupo, mais do que na equipa do projecto ou em incentivos materiais.

Os grupos de assistência influenciaram de forma dramática as práticas de saúde das famílias da área do Vurhonga, superando quase todos os objectivos propostos para o fim do projecto (FDP) a meio do mesmo (dois anos após o início do projecto). Adicionalmente, criaram uma rede de educadoras de saúde voluntárias empenhadas, motivadas e eficientes. O êxito do modelo — primeiro no Vurhonga I, de 1995 a 1999, e posteriormente no Vurhonga II, de 1999 a 2003 — levou o AM a aplicá-lo nos PSIs seguintes.

**Reprodução do modelo de grupos de assistência:** O modelo de grupos de assistência é passível de ser adaptado a uma grande variedade de culturas e países. O AM tem implementado, desde então, o modelo no Camboja, Malawi e Ruanda (ver o perfil dos projectos no Anexo A). Em 1997, cépticos duvidavam se uma estratégia excessivamente dependente de voluntárias teria êxito no Camboja, onde as comunidades se encontravam fragmentadas pelo genocídio e pela falta de uma verdadeira identidade comunitária, muitas vezes encontrada em aldeias africanas. Uma avaliação cuidadosa das comunidades possibilitou à equipa principal do projecto proceder a

ajustamentos e adaptar o modelo às suas necessidades culturais e situacionais específicas, contribuindo para o grande sucesso do programa do Camboja.

Outras organizações, incluindo *Food for the Hungry International* e *Curamericas*, têm desde então aplicado o modelo de grupos de assistência num projecto de Segurança Alimentar de Título II em Moçambique e num PSI na Guatemala, respectivamente (ver informação sobre os projectos no Anexo B).

O AM explora também o modelo de assistência em outros contextos de saúde e desenvolvimento, nomeadamente, recorrendo a grupos de assistência para formar outras educadoras quanto à prestação de cuidados e prevenção de VIH/SIDA. Embora as intervenções sejam distintas, os aspectos essenciais do modelo de grupos de assistência — aumento do esforço das voluntárias, apoio de pares e mobilização da comunidade — permanecem os mesmos.

## SECÇÃO 2

### Qual é a Diferença dos Grupos de Assistência?: Breve Resumo

Um grupo de assistência é constituído por 10 a 15 educadoras de saúde da comunidade que trabalham em regime de voluntariado e se reúnem regularmente com a equipa do projecto com vista a obterem formação, supervisão e apoio. Os grupos de assistência distinguem-se pelas suas relações contínuas, bem como pela responsabilidade de cada voluntária de ensinar famílias beneficiárias individuais fora das reuniões, generalizando assim a formação. As voluntárias pertencentes aos grupos de assistência prestam um maior apoio às suas companheiras, desenvolvem uma forte dedicação às actividades de saúde e encontram soluções mais criativas face aos desafios por trabalharem em grupo, em comparação com as voluntárias independentes que operam isoladamente.

**Esforço multiplicado:** Os grupos de assistência permitem que uma parte relativamente pequena da equipa remunerada do projecto cubra uma grande população de beneficiários sem sobrecarregar a própria equipa ou as voluntárias individuais. Os grupos de assistência criam um “efeito multiplicador” — uma promotora da equipa forma e supervisiona até oito grupos de assistência de 10 a 15 voluntárias cada. Um número elevado de voluntárias mobilizadas assegura a extensão do auxílio — o segundo PSI do AM em Moçambique contou com 2.315 voluntárias para mais de 50.000 beneficiários directos em cada quinze dias.

**Cobertura completa:** Os grupos de assistência conseguem uma cobertura completa e consistente da área do projecto. O conceito de “cobertura por saturação” assegura que cada família com uma criança de idade inferior a 5 anos ou uma mulher em idade de procriar recebe a visita de uma voluntária, no mínimo, duas vezes por mês. Cada voluntária do grupo de assistência é responsável por visitar e dar lições de saúde às mães, e a outros membros do agregado familiar que tomam decisões sobre saúde e higiene, das 10 a 15 famílias que lhe estão mais próximas. Estas 10 famílias não se reúnem como um grupo — a voluntária visita cada família separadamente. Esta proporção relativamente baixa de famílias por voluntária torna possível uma interacção mais frequente e um desenvolvimento mais profundo das relações pessoais, promovendo a mudança de comportamentos em comparação com modelos em que se verifica uma proporção mais elevada de famílias por voluntária.

**Apoio de pares:** As voluntárias do grupo de assistência trabalham por objectivos definidos em função de todo o grupo e não apenas para cada voluntária individual. As promotoras estabelecem os objectivos que as voluntárias do grupo de assistência conseguem atingir somente através de um esforço conjunto. Objectivos partilhados criam um sentido de identidade e solidariedade no seio do grupo de assistência, encorajando as voluntárias a ajudarem-se sempre que enfrentam problemas. A elevada proporção de voluntárias numa comunidade implica que estas disponham de muitos recursos para se ajudarem — mutuamente — em vez de contarem só com a equipa do projecto. Nas reuniões do grupo de assistência, as voluntárias beneficiam do ambiente de formação em pequenos grupos e da oportunidade de partilhar e aprender umas com as outras. A força conjunta do grupo torna igualmente mais fácil a inclusão de voluntárias analfabetas — dado que o modelo de grupo de assistência requer apenas um número mínimo de voluntárias com um nível básico de alfabetismo.

**Motivação de pares:** Um grupo de voluntárias que luta por objectivos partilhados, trabalha com mais empenho e entretajuda do que voluntárias forçadas a trabalhar isoladamente nas suas comunidades. Quando os membros dos grupos de assistência revêm em conjunto as estatísticas do programa e verificam o seu grande impacto sobre a comunidade, cada um compreende que faz parte de algo maior do que ele próprio. A solidariedade e o sentido partilhado de serviço comunitário torna-se mais forte nos grupos de assistência, sustentando o espírito de voluntariado e impedindo o desgaste das voluntárias.

**Comunidades mudadas:** O número de voluntárias de grupos de assistência em cada comunidade cria uma massa crítica que tem por objectivo mudar as práticas de saúde. Numa comunidade participativa, existe pelo menos uma voluntária para cada 10 a 15 famílias, que abre caminho a melhores práticas de saúde. A alteração de comportamentos torna-se mais do que uma decisão individual — torna-se um movimento social que envolve toda a comunidade. Além disso, o modelo de grupo de assistência mobiliza eficazmente os líderes comunitários e religiosos, as comissões comunitárias de saúde (CCS) locais e a equipa do Ministério da Saúde (MS). Os líderes comunitários apoiam o trabalho dos grupos de assistência, reforçam as suas mensagens de saúde e colaboram com eles a fim de tomar medidas mais abrangentes em assuntos de saúde comunitária.

**Sistemas sustentáveis:** Os grupos de assistência sobrevivem aos ciclos de financiamento, porque promovem comunidades verdadeiramente mudadas, que valorizam as contribuições das voluntárias para a respectiva saúde e bem-estar. Ao longo do tempo, as comunidades identificam os grupos de assistência como pertencendo mais à própria comunidade do que ao projecto. O impacto e o apoio comunitário evidentes motivam as voluntárias a prosseguir o seu trabalho. Num estudo de acompanhamento ao Vurhonga I, realizado 20 meses após a conclusão do projecto na área, a percentagem líquida de retenção das voluntárias dos grupos de assistência foi de 94%. Além disso, a sustentabilidade aumentou conforme a actuação dos líderes comunitários, com base na opinião dos grupos de assistência, usando as voluntárias para mobilizar a resposta da comunidade às necessidades de saúde em mutação.

## SECÇÃO 3

### **Avaliação do Impacto dos Grupos de Assistência: Comprovação da sua Eficácia**

*Mais de uma dúzia de avozinhas juntaram-se debaixo da árvore para se reunirem com a equipa de avaliação final do PSI do Vurhonga I. Enquanto a equipa de avaliação e as avozinhas conversavam sobre o que tinha acontecido na sua aldeia, um dos membros da equipa fez uma pergunta: “Vurhonga é apenas uma criança da vossa aldeia com menos de quatro anos. Nós temos ensinado coisas que diferem do modo como viveram durante muitos anos. Quanto tempo vai levar até se esquecerem do que o Vurhonga vos ensinou e voltarem aos velhos hábitos?”*

*As avozinhas trocaram algumas impressões e uma delas respondeu: “Também temos uma pergunta para si. Uma pessoa foi escrava durante muitos anos, mas alguém a comprou e lhe deu a liberdade. Quanto tempo vai levar até voltar a ser escrava outra vez?”*

Anteriormente ao trabalho desenvolvido pelos grupos de assistência, as avozinhas nesta aldeia de Moçambique tinham estado presas a um conceito de doença que para elas era sentido como escravidão. Atribuíam muitas doenças e mortes de mulheres e crianças à obra de espíritos e maldições. Quatro anos mais tarde, morriam muitos menos netos seus. As crianças sobreviviam, não porque os espíritos se tivessem tornado mais bondosos, mas porque os seus pais e encarregados tomavam medidas positivas e eficazes para prevenir ou tratar rapidamente as suas doenças.

Por mais convincente que seja a história das avozinhas, será que é verdadeira? Será possível justificar que o comportamento daquelas crianças e netos se modificou? As crenças enraizadas sobre saúde e doença mudaram? Assim sendo, que diferenças trouxeram os grupos de assistência ao provocar essa mudança?

### **3.1 Alteração dos Comportamentos de Saúde: Provas Quantitativas**

Dados indicam alterações acentuadas nas práticas de saúde nas áreas do projecto Vurhonga. As alterações observadas pelo AM em Moçambique reflectem-se em aldeias de outros países, onde os grupos de assistência também promovem mudanças. A tabela constante da página seguinte descreve os resultados dos PSIs do AM que usaram grupos de assistência, avaliados em estudos de Conhecimento, Prática e Cobertura (CPC). Cada projecto teve a duração de quatro anos. Embora nem todos os PSIs do AM partilhassem os mesmos objectivos, cada um deles recorreu ao modelo de grupos de assistência para alcançar o sucesso.

Os grupos de assistência orientam as famílias durante o processo de alteração de comportamentos. A Comunicação para a Alteração de Comportamentos (CAC) é um processo destinado a promover e a sustentar alterações saudáveis no comportamento através de mensagens de saúde participativas e adequadas, transmitidas de várias formas (“Desenvolver Materiais sobre VIH/SIDA para Audiências com Baixo Nível de Alfabetismo”, PATH e FHI, 2002). Com o apoio da equipa do projecto, as voluntárias do grupo de assistência de um PSI ensinam às famílias beneficiárias lições de saúde relacionadas com cada intervenção principal, proporcionando-lhes um encorajamento contínuo. O projecto implementa, em primeiro lugar, intervenções centralizadas nos comportamentos normalmente considerados mais fáceis de mudar, tais como o tratamento da diarreia e a procura de tratamento. À medida que aumenta a confiança entre promotoras, grupos de assistência e famílias, são abordados os comportamentos que tendem a ser mais sensíveis, como as práticas alimentares ou o planeamento familiar.

	Vurhonga I			Vurhonga II			Malauí			Camboja		
	Objectivo	Linha de Base	Fim do Projecto	Objectivo	Linha de Base	Fim do Projecto	Objectivo	Linha de Base	Fim do Projecto	Objectivo	Linha de Base	Fim do Projecto
Crianças entre 12 e 23 meses com imunizações em dia*	80%	37%	<b>93%</b>	90%	74%	<b>91%</b>	NA	NA	<b>NA</b>	NA	5%	<b>68% (81)</b>
Crianças que tiveram diarreia nas últimas 2 semanas e receberam Terapia de Re-hidratação Oral (TRO)	60%	47%	<b>82%</b>	80%	53%	<b>94%</b>	NA	NA	<b>NA</b>	75%	18%	<b>80%</b>
Crianças com menos de 6 meses amamentadas exclusivamente**	30%	16%	<b>55%</b>	NA	NA	<b>NA</b>	50%	36%	<b>95%</b>	21%	8%	<b>37%</b>
Procura de tratamento no prazo de 24 horas para crianças com febre (malária)***	35%	11%	<b>85%</b>	75%	28%	<b>90%</b>	90%	35%	<b>74%</b>	NA	NA	<b>NA</b>
Procura de tratamento no prazo de 24 horas para crianças com respiração acelerada (Infecções respiratórias agudas – IRA)****	NA	NA	<b>NA</b>	50%	2%	<b>87%</b>	50%	28%	<b>64%</b>	NA	NA	<b>NA</b>
Crianças entre 0 e 35 meses que foram pesadas no último trimestre	70%	59%	<b>91%</b>	85%	75%	<b>90%</b>	90%	65%	<b>97%</b>	NA	NA	<b>NA</b>
Mães de crianças com défice de crescimento que receberam aconselhamento sobre nutrição	NA	20%	<b>87%</b>	80%	22%	<b>92%</b>	NA	NA	<b>NA</b>	NA	NA	<b>NA</b>
Utilização de métodos de planeamento familiar modernos	10%	3%	<b>23%</b>	20%	7%	<b>29%</b>	40%	23%	<b>61%</b>	30%	21%	<b>56%</b>

\* O Vurhonga II não considerou este indicador como oficial, no entanto promoveu e acompanhou as imunizações. No Camboja avaliaram-se as taxas de imunização no fim do projecto, num estudo específico que se seguiu ao CPC final com vista a registar os esforços de imunização intensiva nos últimos meses do projecto.

\*\* No Camboja mediu-se a amamentação exclusiva durante 4 meses.

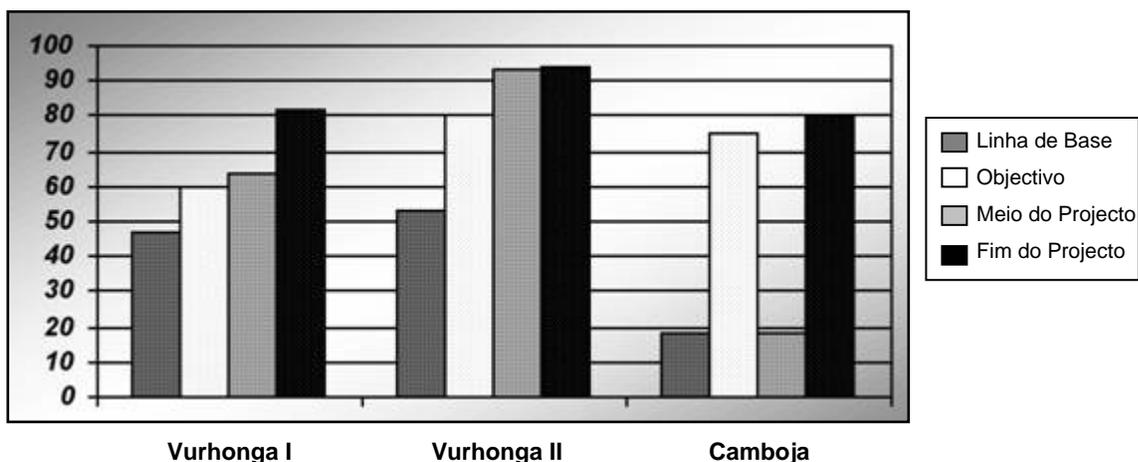
\*\*\* A procura de tratamento no prazo de 24 horas foi medida como “no mesmo dia” no Vurhonga II.

\*\*\*\* Na codificação das respostas do estudo do Vurhonga II, a procura de tratamento foi inicialmente medida como “no mesmo dia”, obtendo um resultado de 60%. Depois de recodificada para incluir “no prazo de 24 horas”, o resultado foi de 87%.

Ver no Anexo C o relatório completo de objectivos e resultados da avaliação dos projectos Vurhonga I, Vurhonga II, Malauí e Camboja.

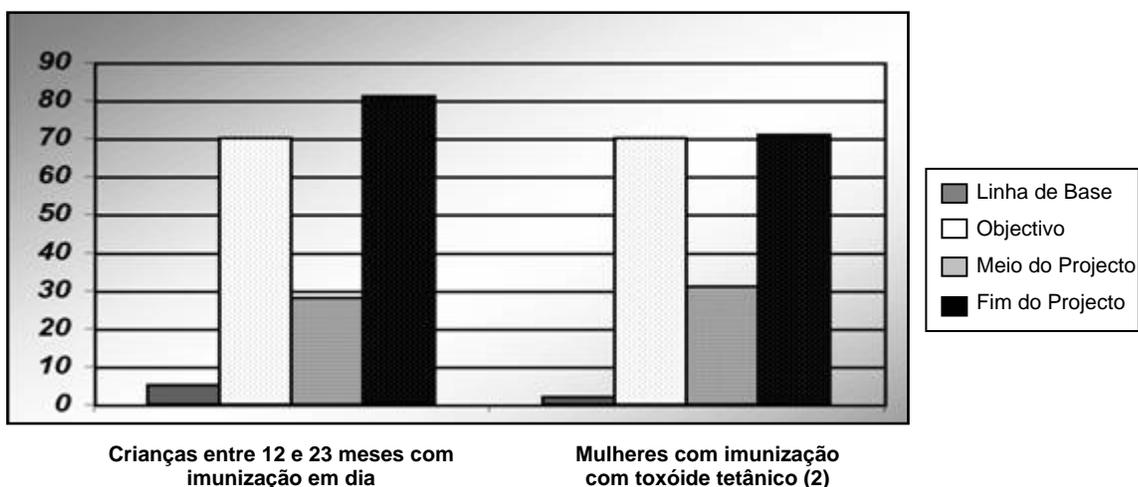
Os projectos de Moçambique e Camboja incluíram a promoção da Terapia de Re-hidratação Oral (TRO) nas primeiras intervenções. Os gráficos que se seguem ilustram os indicadores de linha de base, objectivos do fim do projecto (FDP) e resultados finais do CPC, bem como os dados obtidos a meio (MDP) do estudo de CPC (normalmente realizado dois anos após o início do projecto). Conforme demonstrado, o Vurhonga alcançou a maior parte dos seus objectivos de FDP a meio do mesmo.

### Crianças com Diarreia que Receberam TRO



A cobertura da imunização foi uma outra intervenção inicial do PSI do AM no Camboja e um exemplo muito positivo do impacto dos grupos de assistência no contexto asiático. As mães residentes na área do projecto apresentavam uma forte resistência cultural à imunização, por receio das injecções e da febre ligeira que algumas vezes ocorre após a vacinação. A interacção consistente das voluntárias dos grupos de assistência com as famílias ajudou a convencer essas mães a levarem os filhos às sessões de vacinação.

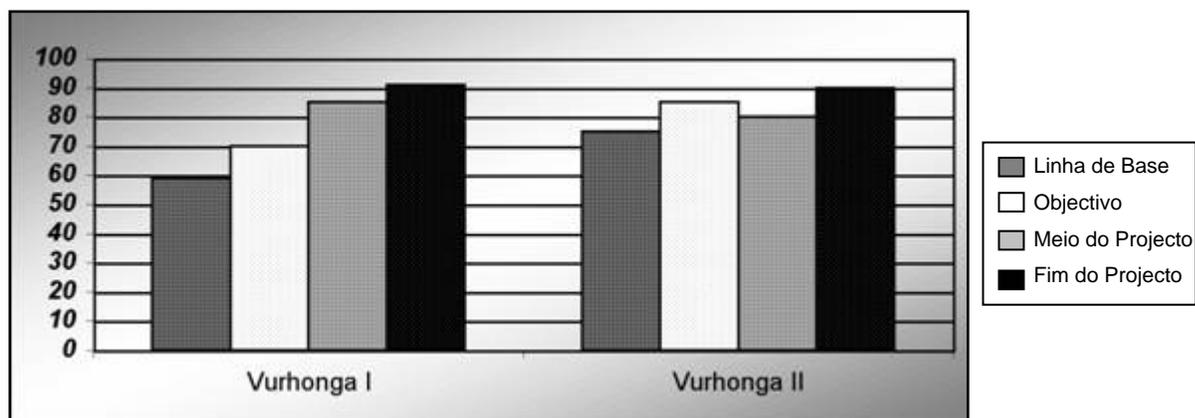
### Intervenções de Imunização do AM no Camboja



\* No Camboja avaliaram-se as taxas de imunização no fim do projecto, num estudo específico que se seguiu ao CPC final com vista a registar os esforços de imunização intensiva nos últimos meses do projecto.

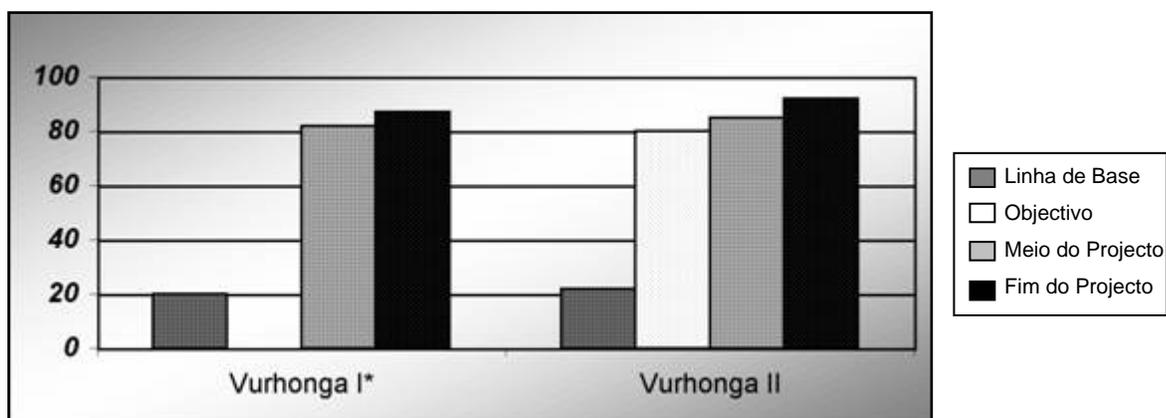
As intervenções relacionadas com a nutrição foram implementadas posteriormente no Vurhonga I e no Vurhonga II. Por exemplo, os grupos de assistência foram bem sucedidos ao encorajarem as mães a pesar os filhos.

**Crianças entre 0 e 35 Meses Pesadas no Último Trimestre**



Os grupos de assistência acompanharam o projecto, fornecendo aconselhamento sobre nutrição a famílias cujas crianças não aumentavam adequadamente de peso. A baixa proporção de famílias por voluntária tornou mais fácil prestar atenção individual às mães cujas crianças apresentavam um peso abaixo do normal.

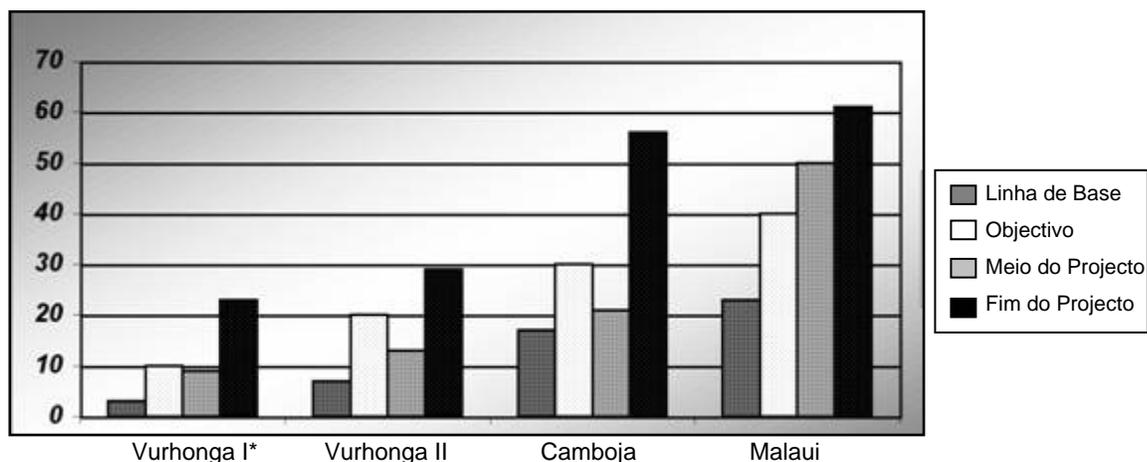
**Mães de Crianças com Défice de Crescimento que Receberam Aconselhamento sobre Nutrição**



\* No início do Vurhonga I não foi definido um objectivo para o aconselhamento sobre nutrição.

Uma das últimas intervenções em cada um dos quatro PSIs do AM foi o espaçamento de nascimentos pelo uso de um método de planeamento familiar moderno. As voluntárias do grupo de assistência contribuíram para os resultados positivos obtidos através de relações de confiança desenvolvidas com as famílias ao longo do tempo, o que facilitou a abordagem de comportamentos relacionados com a sexualidade.

**Utilização de Métodos de Planeamento Familiar Modernos**

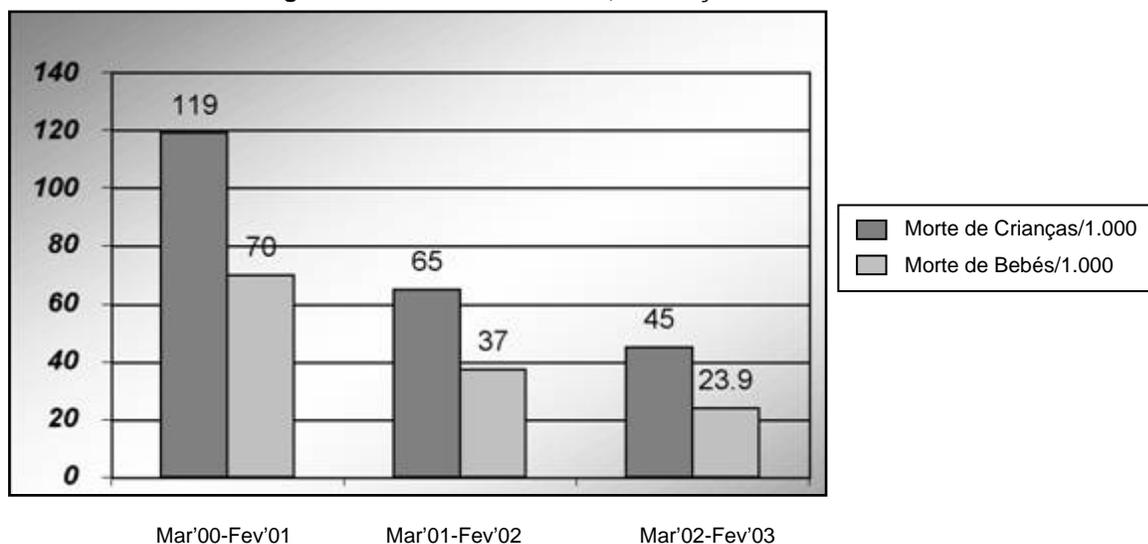


### 3.2 Tendências da Taxa de Mortalidade Infantil: Análise de Dados

De acordo com os dados do sistema de informação sobre saúde comunitária dos grupos de assistência do Vurhonga, a mortalidade de crianças na área do projecto estava a diminuir. A qualidade e a abrangência do Sistema de Informação de Saúde Comunitária (SISC) do Vurhonga II possibilitou a recolha de dados fiáveis sobre a taxa de mortalidade. Durante um período de três anos, o SISC indicou que a mortalidade de crianças com menos de 5 anos diminuiu em 62% (119/1000 em 2000, 65/1000 em 2001 e 45/1000 em 2002). O Vurhonga II recolheu dados sobre mortalidade durante aproximadamente os últimos três anos do projecto, com início após a invulgar catástrofe natural ocorrida em Fevereiro de 2000 (as mortes ligadas às cheias não foram contabilizadas nestes resultados).

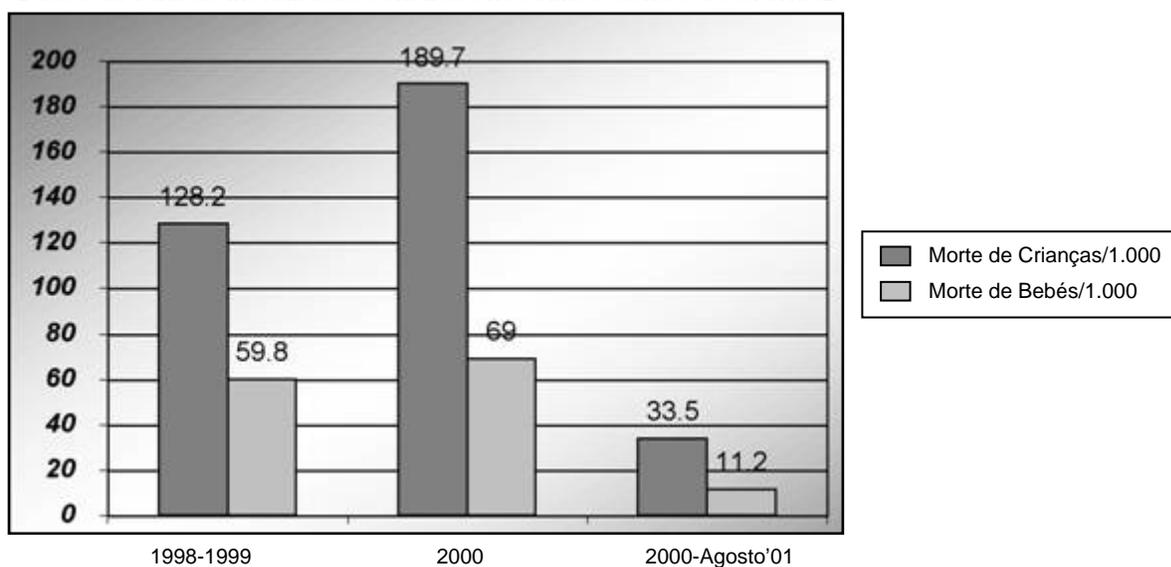
A equipa do projecto recorreu a dois métodos para chegar a estes totais. A equipa do Vurhonga conduziu um estudo retrospectivo baseado no recenseamento, interrogando as mães sobre os nascimentos e as mortes que ocorreram em intervalos de um ano, de Março de 2000 a Fevereiro de 2001 e de Março de 2001 a Fevereiro de 2002. Os dados relativos ao período entre Março de 2002 e Fevereiro de 2003 foram reunidos através do SISC do projecto. Além disso, as promotoras acompanharam os resultados do SISC em cada aldeia a fim de confirmarem esses nascimentos e mortes. O gráfico que se segue ilustra as descobertas compiladas.

## Resultados da Taxa de Mortalidade Segundo SISC/Recenseamento, de Março de 2000 a Fevereiro de 2003



Como parte da análise final, o avaliador externo, Dr. Carl Taylor (*Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*), conduziu um estudo sobre os antecedentes de gravidez, a fim de acompanhar os resultados do Vurhonga II. A equipa do PSI entrevistou 250 mulheres sobre os antecedentes de gravidez, recorrendo a uma amostra de conveniência, constituída por 10 aldeias seleccionadas aleatoriamente. Foram realizadas 5 entrevistas em 5 agregados aleatórios por aldeia. O estudo incluiu os resultados de 1998 para comparar esta situação com a anterior ao início das actividades do Vurhonga II. Em geral, os resultados da taxa de mortalidade infantil com base nos antecedentes de gravidez corroboraram os dados anteriormente coligidos pelo projecto.

## Dados da Taxa de Mortalidade com Base nos Antecedentes de Gravidez



\*Os dados do ano 2000 incluem as mortes resultantes das involgares cheias ocorridas em Fevereiro.

O AM, com o apoio do Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil (CORE), investigou em profundidade o impacto da taxa de mortalidade na área do projecto Vurhonga II. No entanto, os resultados encontravam-se ainda pendentes na altura da publicação deste manual – o estudo final será divulgado até ao final de 2004.

### 3.3 Mudança nas Crenças Relacionadas com a Saúde: Indícios Anedóticos

Indícios anedóticos, embora convincentes, demonstram a ocorrência de mudanças em crenças enraizadas que influenciam os comportamentos relativos à saúde. Tanto a nível individual como comunitário, o impacto sobre as crenças reflectiu-se amplamente em quase todas aldeias abrangidas pelos projectos Vurhonga. As avaliações de todos os PSIs do AM que usaram grupos de assistência registaram estas alterações em cada área, em alturas distintas e em muitas pessoas diferentes, desde mães e avós a líderes e trabalhadores governamentais.

A implementação do modelo de reabilitação nutricional do Atelier Doméstico (Hearth) por grupos de assistência no Vurhonga ilustra a forma como as famílias alteraram as suas crenças sobre as causas de uma boa ou má saúde. A eficácia do Atelier Doméstico melhorou significativamente a saúde das crianças participantes. (Por exemplo, mais de 80% das crianças que participaram no segundo ciclo do Atelier Doméstico do Vurhonga I aumentaram adequadamente de peso). Estas crenças transformaram-se. Dantes, as famílias pensavam que espíritos malignos eram os causadores do crescimento infantil deficitário, mas o Atelier Doméstico, através da implementação e do acompanhamento das voluntárias dos grupos de assistência, demonstrou que nutrição e práticas alimentares melhoradas influenciavam o crescimento.

A melhoria dramática das crianças participantes no Atelier Doméstico influenciou famílias inteiras – avós, mães e pais, todos acabaram por valorizar uma boa nutrição. Em relação à mudança das crenças maternas, o avaliador final do Vurhonga I, Dr. Franklin Baer, escreveu: *“Elas demonstraram igualmente saber que as causas da subnutrição eram controláveis e originadas nas práticas alimentares, em vez do que pensavam antes, que ‘tinham sido dominadas por espíritos’.*

Durante a avaliação final do projecto Vurhonga II, um socorrista (trabalhador em tempo parcial do Ministério da Saúde) disse: *“Fiquei impressionado com o que o Vurhonga nos ensinou acerca da malária e da diarreia. Não sabíamos o que as causava e portanto culpávamos os outros. Mas agora sabemos. Quando uma criança sofria de subnutrição, julgávamos ser um espírito mau — agora sabemos que é apenas falta de comida”.*

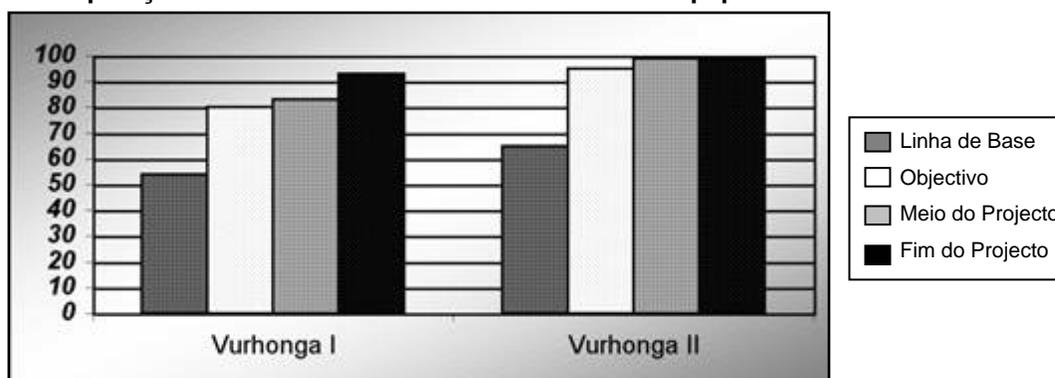
Muitos trabalhadores de saúde, de postos de saúde locais, repararam também que a atitude das mães em relação à saúde melhorou e que actuam em conformidade com as novas ideias. Durante a avaliação final do projecto Vurhonga II, os trabalhadores do posto de saúde afirmaram: *“Elas (as mães) compreendem melhor a importância da assistência. Por exemplo, elas não costumavam ir ao posto por causa de convulsões, mas as coisas estão a mudar agora que estão conscientes da possibilidade de tratamento. Para tratá-las, usavam a inalação de fumo ou bater com uma colher numa panela junto dos ouvidos da criança com convulsões, mas agora levam-na ao posto de saúde”.*

### 3.4 Capacitação dos Prestadores de Cuidados Médicos

As alterações na comunidade são apenas uma parte da história. Uma melhor saúde não depende só dos comportamentos da comunidade, serviços curativos e preventivos essenciais devem estar igualmente disponíveis. Os grupos de assistência desempenham um papel importante na ligação das famílias aos cuidados de saúde, como a postos de saúde do MS e a clínicas na área do projecto.

**Aumento do acesso aos serviços do MS:** A equipa do projecto e o MS, com a participação dos grupos de assistência, aumentaram o número de trabalhadores de saúde do MS que trabalham nas áreas do projecto. No final do Vurhonga I, a percentagem da população a viver no raio de 5 km de um prestador de cuidados de saúde qualificado aumentou de 58% para 98%. No Vurhonga II, a mudança foi de 65% para 99%. Os resultados são demonstrados a seguir.

**População no Raio de 5km de um Posto Médico Equipado**



O aumento inicial do acesso ficou a dever-se, em grande parte, à formação dada pela equipa do Vurhonga a trabalhadores de nível inferior do MS, chamados socorristas, em colaboração com o próprio MS. Os socorristas operam localmente, em tempo parcial, prestam serviços básicos (primeiros socorros e recomendação de consultas) e fornecem medicamentos, incluindo cloroquina. A equipa do Vurhonga ajudou a formar e a fixar socorristas a custos muito baixos para o projecto — as comunidades contribuíram construindo postos de saúde simples para os socorristas, recorrendo a materiais disponíveis na área.

Os grupos de assistência ajudaram a garantir que o acesso a prestadores de cuidados médicos, como socorristas, fosse mantido e utilizado. Os grupos de assistência ensinam as famílias a procurar tratamento adequado no centro de saúde local. O aumento da procura motiva os trabalhadores do MS a prosseguirem com o seu trabalho e a estarem disponíveis para as comunidades.

Os grupos de assistência tornam-se recursos valiosos para os prestadores de cuidados médicos. As líderes dos grupos de assistência fornecem regularmente relatórios de estatísticas demográficas a trabalhadores do MS. Na área do projecto Vurhonga, esta informação é com frequência mais abrangente do que aquela de que o MS poderia de outra forma dispor. Os dados oferecem aos prestadores de cuidados médicos uma melhor compreensão do estado geral de saúde das mulheres e crianças das comunidades circundantes. Este facto reforça as relações contínuas e a troca de informação entre os grupos de assistência. Além disso, o MS pode confiar nestes grupos para fomentar os seus esforços de mobilização da comunidade. Por exemplo, a equipa do MS convoca voluntárias para visitarem as famílias de uma aldeia a fim de levarem a efeito campanhas de imunização ou sessões de pesagem. Após o MS comunicar com as líderes dos grupos de assistência, todas as voluntárias espalham as notícias pelas famílias que lhes foram atribuídas, gerando uma grande afluência à acção em causa.

**Aumento da procura:** As comunidades aprenderam a esperar e a exigir mais do MS, através do trabalho desenvolvido pelos grupos de assistência. As equipas dos centros de saúde relataram que a procura de serviços aumentou exponencialmente no decurso do Vurhonga II. Tal satisfaz as equipas dos centros de saúde e os trabalhadores do MS afirmaram que também se sentiram muito mais motivados no seu trabalho. Anteriormente, as pessoas usavam o centro de saúde como último recurso, quando já era demasiado tarde para o tratamento ser eficaz.

As estatísticas do MS da altura do Vurhonga II demonstram que o número médio de consultas subiu. O número médio de consultas aumentou de 1.511 em 6 postos de saúde em 2000 para 5.533 em 28 postos de saúde a funcionar em 2001 (muitas destas consultas tiveram lugar nos postos de saúde locais dos socorristas, que constituem estruturas muito básicas e acessíveis). Tal corresponde a um aumento de 30% no número total de consultas em postos e centros de saúde no período de um ano.

### 3.5 Promoção da Sustentabilidade: Grupos de Assistência, Comunidades e Prestadores de Cuidados Médicos

Uma alteração de comportamentos sustentada após o fim do projecto sugere que as novas práticas de saúde se tornaram crenças enraizadas e não resultaram apenas da pressão do projecto. A actividade contínua das voluntárias dos grupos de assistência, como a sua participação em reuniões e visitas às famílias, constitui um elemento chave para a sustentabilidade. De igual forma, a aceitação da comunidade, incluindo o apoio dos líderes locais, reforça a sustentabilidade mesmo depois do projecto deixar de existir oficialmente.

**Compromisso do grupo de assistência:** Os grupos de assistência possuem uma taxa de perda reduzida. Durante todo o projecto Vurhonga I, a rotatividade foi apenas de 6% entre 1.520 voluntárias. O termo 'perda' foi definido como o abandono do cargo de voluntária por outras razões que não morte, incapacidade ou saída da área do projecto. No Vurhonga II, a taxa de perda foi ainda mais reduzida — 3% entre as 2.315 voluntárias do projecto. Na avaliação final do Vurhonga II, 92% das famílias relataram ter recebido a visita de uma voluntária dos grupos de assistência nas duas semanas anteriores.

Os grupos de assistência constróem as fundações para melhorias sustentáveis na saúde da população das respectivas comunidades. Para além dos grupos de assistência possuírem uma taxa de perda reduzida durante o projecto, as voluntárias também continuaram fielmente a reunirem-se e a visitar as famílias após a conclusão do envolvimento directo do PSI. A equipa fez visitas locais aos Distritos do Guijá e Mabalane e realizou um estudo 20 meses depois das operações do Vurhonga se mudarem para o Distrito de Chokwe. Os resultados revelaram a actividade contínua e o compromisso do grupo de assistência sem contribuições posteriores da equipa do Vurhonga ou outro organismo exterior: a taxa de perda de voluntárias permaneceu inferior a 10% e metade das famílias estudadas referiu a visita de uma voluntária nas duas semanas anteriores.

#### Retenção de Voluntárias na Área do Projecto Vurhonga I, 20 Meses Após o Fim do Projecto

Voluntárias activas no Fim do Projecto	1.457
Voluntárias que:	
Abandonaram o seu cargo ou saíram da área	-92
Morreram	-44
Foram seleccionadas para substituição	+40
Voluntárias funcionais 20 meses após o FDP	1.361
Perdas líquidas 20 meses após o FDP	6,59%
Famílias referiram a visita de uma voluntária nas duas semanas anteriores	50%

A estrutura dos grupos de assistência facilita o recrutamento e a formação de novas voluntárias para substituírem aquelas que desistem. Após o Vurhonga I, as comunidades e os grupos de assistência diligenciaram a substituição de voluntárias a fim de assumirem a responsabilidade por cerca de metade das vagas, providenciando a formação e a integração nos grupos de assistência existentes.

#### Aplicação: AM no CAMBOJA

O PSI no Camboja recorreu também ao modelo de grupos de assistência e contou com uma forte retenção de voluntárias durante o período de 1998 a 2002 do projecto. A taxa de perda foi de 13% no decurso do PSI, tendo sido seu objectivo desde o início que as perdas não excedessem 35%. O projecto sofreu perdas insignificantes, apesar dos obstáculos específicos com que os grupos de assistência se depararam no Camboja. O voluntariado não fazia parte da cultura, as voluntárias exigiam com frequência remuneração, a violência a nível local e nacional tornava as pessoas menos confiantes em relação aos estrangeiros e muitas mulheres tinham empregos remunerados para além das suas tarefas agrícolas.

Apesar de tudo, o projecto utilizou mais de 940 voluntárias organizadas em 126 grupos de assistência. O projecto continua a recorrer ao modelo de grupos de assistência depois da sua expansão.

#### **Aplicação: AM no RUANDA**

O PSI no Ruanda, actualmente a meio da sua duração de cinco anos (à data de publicação deste manual), apresenta uma retenção elevada de voluntárias. A taxa de perda durante o projecto foi de cerca de 3%, valor que inclui as voluntárias que se saíram da área do projecto ou morreram.

**Comissões Comunitárias de Saúde:** Comprova-se ainda que o modelo de grupos de assistência é bem sucedido ao capacitar comunidades para satisfazerem pro-activamente as necessidades de saúde locais. Ao trabalhar com grupos locais de desenvolvimento comunitário, os grupos de assistência fazem com que as prioridades de saúde deixem de ser discutidas apenas pelos grupos de assistência, predominantemente femininos, para incluírem líderes locais de ambos os sexos. Assim, os grupos de assistência e o respectivo trabalho ganham o apoio de uma secção abrangente da comunidade.

A equipa do projecto, com a dedicação dos grupos de assistência, pode facilitar a criação de comissões comunitárias de saúde e desenvolvimento (CCS), caso não exista nenhuma na área do projecto. As promotoras sensibilizam os chefes das aldeias locais acerca das respectivas necessidades de saúde e possíveis soluções, encorajando a formação de uma CCS. Uma vez estabelecida a CCS, a líder do grupo de assistência torna-se normalmente membro e fornece relatórios de estatísticas demográficas e informação de saúde reunidas pelo seu grupo. Estes dados permitem à CCS tomar decisões bem fundamentadas em relação a assuntos que possam afectar a saúde dos elementos da comunidade.

As CCSs ajudam a institucionalizar novas crenças e práticas de saúde na vida corrente da comunidade. Os líderes comunitários trabalham com os grupos de assistência, promovendo e até impondo comportamentos de saúde melhorados. Durante o Vurhonga I, o chefe de uma aldeia disse o seguinte: *“As pessoas que não modificam os seus comportamentos podem envenenar a aldeia inteira. Se um homem recusa continuamente autorizar a visita da voluntária, todo o grupo irá visitá-lo. Se mesmo assim ele não os deixar entrar, o dirigente da comissão comunitária de saúde irá aconselhá-lo. E se mesmo assim ele recusar, eu convocarei uma reunião e ele terá de comparecer perante todos os anciões da aldeia”*. As promotoras do Vurhonga confirmaram que elas próprias e os grupos de assistência decidiram abordar os chefes sobre aqueles que não aceitavam mudar. Em conjunto, decidiram que o procedimento ditado pelo chefe seria seguido em todas as aldeias.

Muito poucas CCSs existiram ou estiveram activas nas áreas dos projectos Vurhonga I e II. O Vurhonga I facilitou o desenvolvimento de 41 CCSs e todas elas se encontravam activas no fim do projecto. A equipa do Vurhonga II ajudou a organizar CCSs a meio do projecto. Cada uma das 48 aldeias totais da área do projecto dispunha de uma CCS activa na altura da conclusão do mesmo. (O Vurhonga considera uma CCS como “activa” no caso de 60% dos seus membros comparecerem a pelo menos 60% das reuniões). O objectivo do Vurhonga II foi que 70% das CCSs se reunissem no mínimo uma vez nos dois últimos meses. No fim do projecto, 91% das CCSs tinham reunido com a frequência referida.

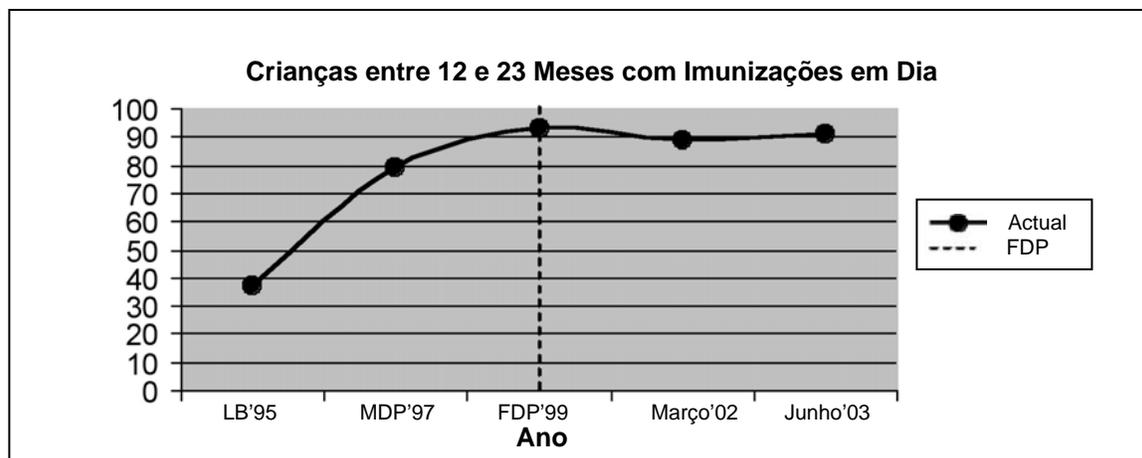
Além disso, a equipa do Vurhonga e os grupos de assistência contribuíram para facilitar as relações entre o MS e as CCSs. Durante o Vurhonga II, um representante do MS participou em 95% das reuniões das CCSs, ultrapassando o objectivo fixado em 80%.

**Manutenção dos serviços:** Finalmente, o acesso contínuo e a acção desenvolvida pelos prestadores de cuidados médicos tornam-se necessários para ajudar as famílias a manterem uma saúde melhor. Estudos de acompanhamento demonstram a existência de alterações sustentadas nas práticas de saúde nos Distritos do Guijá e Mabalane, onde o Vurhonga I terminou em 1999.

Estes resultados reflectem não só a alteração de comportamentos sustentada a nível da família, mas também a prestação contínua de serviços por parte do MS.

Por exemplo, o número de crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 24 meses que receberam vacinação completa aumentou de 37% para 93% no fim do projecto Vurhonga I em 1999. A taxa de imunização tem sido mantida desde então pelo MS sem contribuições posteriores do projecto. Nos quatro anos seguintes ao seu termo, a taxa de imunização variou entre 89 e 91%.

Estes resultados reflectem não só a alteração de comportamentos sustentada a nível da família, mas também a prestação contínua de serviços por parte do MS, dado que as taxas de imunização dependem da realização de sessões regulares de vacinação por parte daquele Ministério.



Outros indicadores evidenciam a manutenção subsistente de comportamentos, possível através do apoio da actividade sustentada do MS. A procura de tratamento no prazo de 24 horas por suspeita de malária aumentou de 11% para 85% no decurso do Vurhonga I. Nos quatro anos seguintes, variou entre 80 e 93% de acordo com avaliações posteriores. A aplicação de TRO durante episódios de diarreia subiu de 46% para 82% e desde o fim do projecto essa terapia tem variado entre 84% e 100%. O recurso ao planeamento familiar aumentou de 3% na linha de base para 23% no fim do projecto, apresentando posteriormente variações entre 22% e 27%.

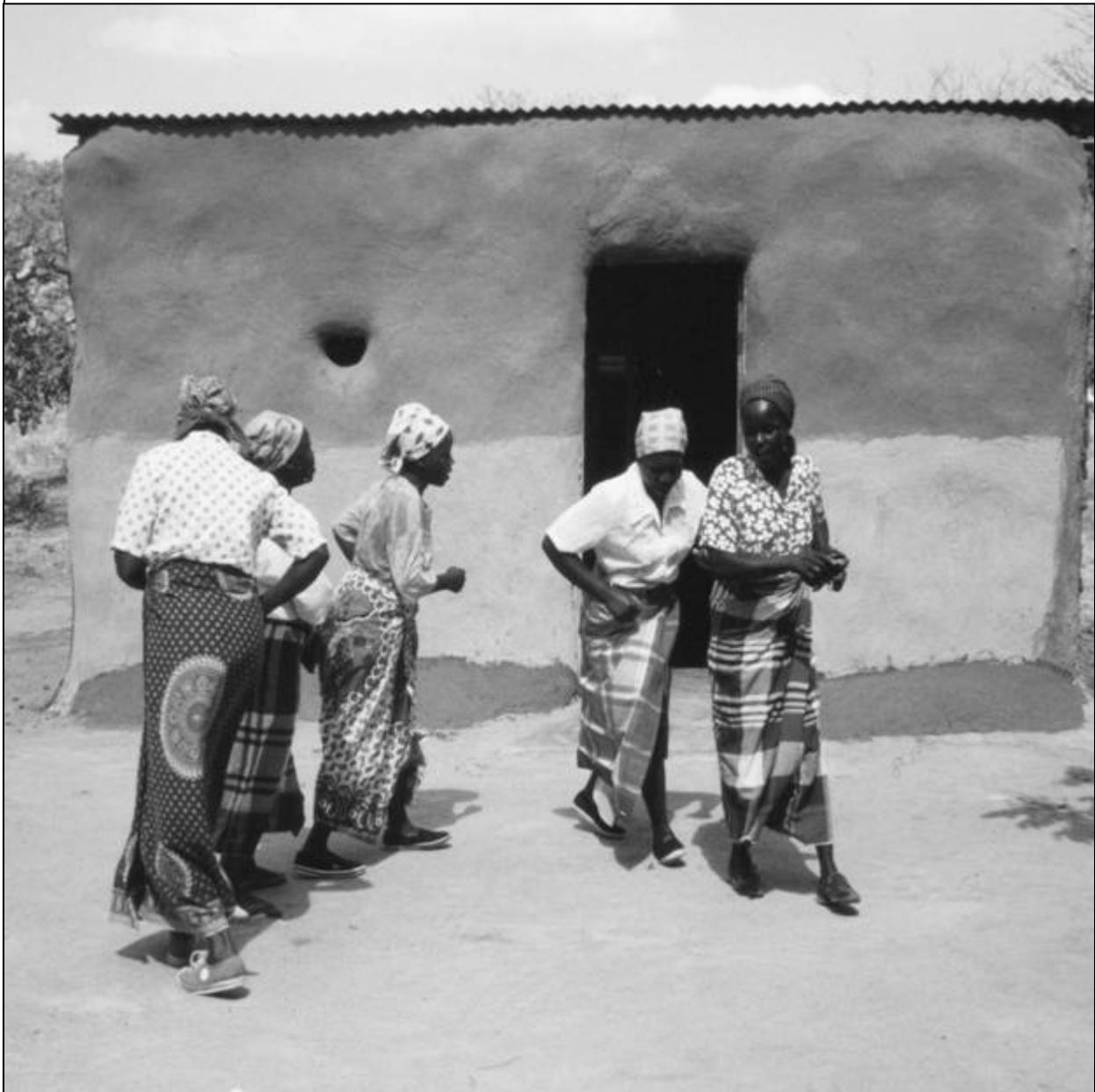
## Conclusão

A história sobre o sentido de liberdade das avozinhas não é um acontecimento isolado. Provas corroboram a eficácia do modelo de grupos de assistência de várias maneiras. Os grupos de assistência cobrem exaustivamente todas as famílias na área do projecto, ensinando novas práticas de saúde que resultam na alteração generalizada de comportamentos. Ocorrem mudanças nas crenças relacionadas com a saúde, o que cria uma base sólida sobre a qual se sustentam as respectivas práticas. Finalmente, os grupos de assistência envolvem as CCSs e os prestadores de cuidados médicos no processo de mudança. O efeito de transformação dos grupos de assistência vai mais longe, estabelecendo nas comunidades uma diferença duradoura.



## CAPÍTULO 2

# Decidir Quando Usar Grupos de Assistência





# SECÇÃO 1

## Avaliar Quando Usar Grupos de Assistência: Critérios

Durante a fase de concepção de um projecto, certos critérios precisam de ser analisados para determinar se o modelo de grupos de assistência é ou não adequado ao contexto e às necessidades específicas do projecto de saúde.

### 1.1 Área do Projecto

A área do projecto – região geográfica servida por um programa particular – influencia de forma significativa o sucesso ou o fracasso dos grupos de assistência. No PSI do AM, a área do projecto compreende com frequência um ou dois distritos políticos ou sanitários com uma população total de 78.000 a 184.000 habitantes.

**Densidade populacional:** A densidade populacional da área de um projecto afecta o tamanho da equipa de voluntárias e a distância que estas e outros elementos têm de percorrer. A densidade populacional pode igualmente afectar as variáveis mais difíceis de calcular, como o sentido de coesão comunitária ou a existência de emprego remunerado que prejudique a disponibilidade das voluntárias.

Na experiência do AM, os grupos de assistência funcionam melhor em áreas rurais com nível populacional moderado ou elevado, onde as casas das famílias se encontram a uma distância passível de ser percorrida a pé.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

O modelo de grupos de assistência depende das voluntárias viverem a uma distância razoável (passível de ser percorrida a pé) do local das reuniões dos grupos de assistência e das casas das famílias que lhes foram atribuídas.

#### ➔ Considerar três factores principais quando decidir sobre a exequibilidade dos grupos de assistência numa determinada área de projecto.

- **Equipa de voluntárias:** Existe uma população suficientemente grande na qual seja possível seleccionar voluntárias – existem 10 grupos (de 10 famílias cada) a uma distância passível de ser percorrida a pé?
- **Distância razoável:** As casas e as aldeias estão localizadas de modo a que seja fácil para as voluntárias visitarem as famílias que lhes foram atribuídas e irem a pé para o local das reuniões dos grupos de assistência? Pode a equipa do projecto deslocar-se entre os locais das reuniões dos grupos de assistência e realizar a supervisão no terreno usando os meios de transporte existentes e acessíveis?
- **Disponibilidade das voluntárias:** As mulheres no programa dispõem de tempo no seu dia-a-dia para participarem duas vezes por semana nas reuniões dos grupos de assistência e cumprirem as suas responsabilidades como voluntárias? Podem elas comprometer-se a despende cerca de 5 horas por semana nas actividades de voluntariado?

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Uma densidade populacional moderada facilita a comunicação e a ajuda entre as voluntárias, mantendo os custos do projecto reduzidos.

O modelo de grupos de assistência não é adequado para locais remotos ou de população dispersa (como regiões com propriedades agrícolas). Estes ambientes sobrecarregam o tempo e os recursos financeiros das voluntárias, aumentando a probabilidade de desistências. Nesse sentido, aumentam o custo do projecto, uma vez que a equipa é obrigada a despende tempo e recursos quando se desloca para locais das reuniões dos grupos de assistência afastados. Percorrer

grandes distâncias em áreas remotas torna-se ainda mais perigoso para as voluntárias e a restante equipa.

Por outro lado, as áreas urbanas apresentam vários desafios para o modelo de grupos de assistência, particularmente problemas relativos com o abandono das voluntárias. O AM não possui experiência em implementar este modelo em áreas urbanas de grande densidade populacional, como em comunidades de bairros degradados.

Os desafios urbanos para a retenção das voluntárias incluem:

- Muitos bairros degradados possuem populações flutuantes que não se identificam com a respectiva comunidade urbana.
- Muitas mulheres têm provavelmente algum tipo de emprego remunerado — trabalho com horários inflexíveis que prejudica as suas responsabilidades de voluntárias.
- Quando existe uma oportunidade de emprego formal, as voluntárias podem criar maiores expectativas de serem remuneradas pela equipa do projecto.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

A falta de estabilidade ou identidade nas comunidades das áreas urbanas pode minar a solidariedade e o compromisso dos grupos de assistência no seu serviço comunitário.

**Questões a considerar:**

- Qual a densidade populacional da área do projecto?
- Qual o tamanho da população alvo do projecto?
- Qual a distância a percorrer pelas voluntárias para as reuniões dos grupos de assistência? É razoável em função do seu tempo e recursos?
- Qual a distância a percorrer pelas promotoras para as reuniões dos grupos de assistência? É razoável em função da sua carga horária e orçamento do projecto?
- É seguro para as voluntárias e promotoras deslocarem-se para o local das reuniões dos grupos de assistência?
- Existem zonas urbanas de grande densidade populacional na área do projecto? Estão incluídas no projecto?

## 1.2 Duração do Projecto

A duração do projecto – período de tempo em que têm lugar as actividades do projecto – influencia igualmente a eficácia dos grupos de assistência. Estes resultam melhor em projectos que durem anos e não meses.

**Programação do projecto:** O modelo de grupos de assistência requer um trabalho intensivo no início do projecto para o recrutamento de voluntárias e a criação de grupos de assistência (ver Capítulo 3, Secção 1 “Programação”). Esta fase inicial pode demorar seis a sete meses até os grupos de assistência estarem prontos para começarem a ajudar as famílias beneficiárias. Porque o arranque é demorado, os grupos de assistência adequam-se melhor a projectos de quatro ou cinco anos – isto é, o prazo habitual do PSI. Se um projecto tiver uma duração mais curta, inferior a dois ou três anos, o modelo de grupos de assistência pode não ser exequível ou eficaz para a transmissão de mensagens de alteração de comportamentos.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Os grupos de assistência funcionam melhor em projectos que durem entre três e cinco anos.

- ➔ **Considerar se a duração do projecto é suficiente para a criação de grupos de assistência e a transmissão eficaz das mensagens de saúde às famílias.**

Logo que a estrutura dos grupos de assistência esteja definida, as voluntárias se reunam e visitem as famílias regularmente, um projecto de saúde pode facilmente acrescentar intervenções – (para PSIs, cada intervenção consiste num tema de saúde importante dividido em lições, como é o caso

do tema do controlo da diarreia ensinado em cinco sessões). Acrescentar intervenções não requer uma contribuição significativa do projecto, caso os grupos de assistência estejam a funcionar (ver Capítulo 2, Secção 2 “Implicações Orçamentais”). Um projecto de quatro a cinco anos proporciona tempo suficiente para fasear todas as intervenções principais até meio do projecto (existem geralmente 4 a 6 intervenções num PSI). A seguir, o projecto pode repetir as intervenções durante a metade final, reforçando as alterações comportamentais e promovendo a sustentabilidade.

- ➔ **Considerar se a programação do projecto permite o acréscimo ou a repetição das intervenções a custos mínimos.**

#### Questões a considerar:

- Qual o prazo total atribuído ao projecto?
- Quantas intervenções principais estão planeadas?
- O projecto dispõe de tempo, compromisso da equipa e recursos financeiros para recrutar e organizar os grupos de assistência?
- Quais são as expectativas dos financiadores e de outros detentores de interesse do PSI em relação ao programa e ao início das actividades a nível das famílias?

### 1.3 Proporção entre Equipa do Projecto e População

Estabelecer uma proporção adequada entre a equipa remunerada do projecto e as famílias beneficiárias, orienta as decisões sobre a viabilidade do modelo de grupos de assistência em termos do número de elementos da equipa do projecto. Os grupos de assistência criam um efeito de cascata, multiplicando a formação de supervisoras e promotoras. No entanto, nenhum membro da equipa deve ter uma carga horária tão pesada que prejudique a sua eficácia.

O gráfico que se segue ilustra a organização da equipa e dos grupos de assistência do projecto Vurhonga II.

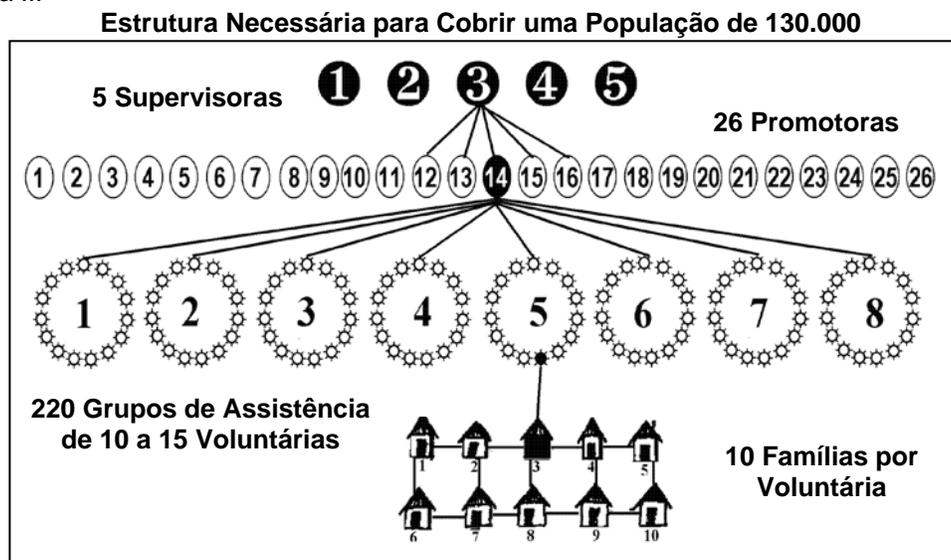


Gráfico por Dr. Franklin Baer

**Supervisoras por promotoras:** A proporção de supervisoras por promotoras funciona bem quando é aproximadamente de 1:5. No Vurhonga descobriu-se que esta é uma utilização eficaz dos recursos, porque permite monitorizar e apoiar as promotoras, assegurando a qualidade da formação e a consistência do conteúdo técnico.

- ➔ **Planear uma proporção de supervisoras por promotoras de 1:5.**

**Promotoras por grupos de assistência:** Uma promotora deve ser responsável por não mais do que oito grupos de assistência. Assumindo ciclos de trabalho de duas semanas, a proporção de 1:8 permite à promotora passar um dia a dar formação a cada grupo de assistência e deixar um dia livre por semana para outras actividades e reuniões do programa. Tal traduz-se numa carga horária gerível para as promotoras, conseguindo-se ainda a cobertura desejada da população.

➔ **Planear uma proporção de promotora por grupo de assistência de 1:8.**

**Voluntárias por grupo de assistência e famílias:** Cada grupo de assistência deve ser constituído por aproximadamente 10 a 15 voluntárias. Cada uma destas voluntárias deve ser responsável por visitar e ensinar 10 a 15 famílias beneficiárias (incluindo a sua própria).

➔ **Planear uma proporção de voluntária por famílias atribuídas entre 1:10 e 1:15.**

**Promotoras por famílias:** Através do efeito multiplicador dos grupos de assistência, uma promotora é responsável por um número extremamente elevado de famílias. Porém, esta é uma relação indirecta – a promotora concentra-se nos seus oito grupos de assistência, não nos beneficiários individuais a nível da família. No Vurhonga II, a proporção de promotoras por famílias foi de 1:942.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Os projectos com um número limitado de elementos remunerados podem cobrir uma grande população de beneficiários através dos grupos de assistência.

O Vurhonga I alcançou uma população total de 107.000 pessoas, usando três supervisoras e 19 promotoras, o que criou uma proporção de supervisora por promotora de 1:6,6. Existiram 173 grupos de assistência, logo a proporção da promotora por grupo de assistência foi de 1:7,4. O total de voluntárias foi de 1.520, havendo portanto um grupo de assistência para 8,8 voluntárias. Estas cobriram 15.200 famílias, o que se traduziu numa proporção de voluntárias por famílias de 1:10. A proporção da promotora por famílias foi de 1:800.

O Vurhonga II serviu uma população de 130.000 pessoas. A proporção de supervisora por promotora foi de 1:5,2, em que 5 supervisoras monitorizaram 26 promotoras. Existiram 220 grupos de assistência, e a proporção da promotora por grupo de assistência foi de 1:6,6. Com 2.315 voluntárias, a proporção de grupos de assistência por voluntárias foi de 1:10,6. Estas visitaram 24.500 famílias. A proporção de voluntárias de grupos de assistência por famílias foi de 1:10,6.

**Questões a considerar:**

- Qual o tamanho da população que o projecto de saúde visa cobrir?
- Dado o número de famílias beneficiárias, de quantas voluntárias precisa o projecto? Quantos grupos de assistência têm de ser criados? É necessária uma equipa de quantos elementos para formar e supervisionar os grupos de assistência?
- O projecto dispõe de elementos e recursos financeiros suficientes para manter a proporção adequada de supervisoras por promotoras e de promotoras por grupos de assistência?

**Expansão:** São de esperar proporções diferentes de elementos da equipa por beneficiários ao expandir um projecto de saúde, particularmente um PSI. A necessidade de abranger uma maior população pode não corresponder a um aumento proporcional do orçamento para contratar mais supervisoras e promotoras. Porém, a equipa do projecto pode valer-se das voluntárias habilitadas dos grupos de assistência de projectos anteriores quando aumentar e expandir o programa.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Os grupos de assistência criam uma grande organização de voluntárias habilitadas, à qual a equipa pode pedir apoio adicional quando expandir o projecto.

O Vurhonga III planeia alcançar cinco novos distritos, cobrindo 102.357 beneficiários directos. Irá recorrer a aproximadamente 350 grupos de assistência. Para chegar a uma maior e menos densa

população, o número de promotoras aumentará para cerca de 100. Contudo, a sua maioria trabalhará em tempo parcial (a meio ou a um quarto do tempo), dependendo da população da área local. A proporção geral de promotoras por grupos de assistência variará entre 1:4 e 1:8. Adicionalmente, a área do projecto Vurhonga II, onde os grupos de assistência continuam a operar, servirá de centro de formação para o projecto expandido.

#### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

No seguimento do seu primeiro PSI, o AM lançou um projecto de extensão de custos que duplicou o alcance total da população, triplicou o número de voluntárias e chegou a áreas mais remotas. O projecto conseguiu uma grande expansão a um custo mínimo, ao seleccionar, no primeiro PSI, cerca de 50 excelentes voluntárias para ajudarem a formar e apoiar grupos de assistência recém-criados na nova área. Estas “supervisoras voluntárias” trabalharam aproximadamente 5 dias por mês na formação de novos grupos de assistência. Cada mulher foi responsável por quatro desses grupos e remunerada em tempo parcial. Como resultado, o projecto conseguiu expandir-se, acrescentando apenas duas novas promotoras às 16 existentes. Hoje, a proporção entre promotoras regulares da equipa por grupos de assistência é de 1:16 na área de expansão do projecto.

#### **Questões a considerar:**

- Em caso de expansão, o projecto dispõe de orçamento para acrescentar um número de elementos proporcional à equipa?
- Existem formas criativas de enfrentar os desafios da expansão — alterando a proporção de elementos da equipa por grupos de assistência sem sobrecarregar a equipa?

## **1.4 Parcerias do Projecto**

**Parcerias com prestadores de cuidados médicos locais:** Os projectos de saúde preventiva podem formar parcerias com os prestadores de cuidados médicos locais, como o MS, hospitais ou clínicas. Estas parcerias promovem a sustentabilidade ao criarem relações entre as equipas médicas e os grupos de assistência. O prestador de cuidados médicos beneficia do facto dos grupos de assistência serem capazes de mobilizar reacções a nível popular bem como em recolher e registar dados a nível da comunidade. Por sua vez, os grupos de assistência têm a vantagem de dispor de um meio para convencerem as famílias a procurarem cuidados médicos, podendo igualmente beneficiar de estarem ligados a uma estrutura estabelecida, caso o centro de saúde seja visto de forma positiva pela comunidade.

#### **Questões a considerar:**

- Os trabalhadores locais do MS, hospital ou centro de saúde estão interessados e solidários com o trabalho a nível popular? Como vêem eles as voluntárias na comunidade?
- Que tipo de actividades de ajuda comunitária estão já a ser desenvolvidas por um potencial parceiro? Concentra-se nos mais pobres?
- Possuem um sistema de informação para acompanhar os dados de saúde da comunidade ou usam apenas os registos de internamento para produzir esses dados?
- As pessoas respeitam e confiam nos serviços das instituições de saúde locais?

**Parcerias com as organizações religiosas locais:** Os projectos de saúde implementados por organizações religiosas (ORs) podem formar parcerias com as comunidades indígenas religiosas. Se a equipa partilhar da mesma fé que as organizações religiosas locais, os laços são com frequência naturais. Estas parcerias podem incluir o trabalho com centros de saúde ou hospitais geridos por igrejas ou mesquitas. Alternativamente, os projectos podem usar os locais de reunião das comunidades religiosas como pontos de encontro para as comunidades falarem de saúde. O estabelecimento de relações com as comunidades religiosas locais promove também a aceitação dos grupos de assistência pela comunidade.

As ligações entre Vurhonga, grupos de assistência e igrejas locais contribuem para a comunidade apoiar a alteração de comportamentos relativos à saúde. Os líderes religiosos da área do projecto Vurhonga participam em “grupos pastorais de assistência” específicos, onde recebem formação sobre saúde preventiva. Os pastores transmitem então as mensagens de saúde às congregações e à comunidade em geral. Além de despertarem consciências para os temas de saúde, as igrejas locais da área do Vurhonga promovem, de forma mais generalizada, outros aspectos relativos a alterações comportamentais positivas, como a transformação do sentido de eficácia, capacitação e esperança.

**Questões a considerar:**

- Os líderes religiosos locais mantêm uma boa relação com o centro de saúde religioso, caso exista?
- Estão as ORs locais interessadas em servir necessidades físicas, como a pobreza ou a saúde?
- A OR que dirige um hospital ou centro de saúde partilha os valores do serviço comunitário dos grupos de assistência e procura promover as respectivas actividades?
- Os líderes religiosos locais assistem às reuniões da comissão comunitária de saúde? Participam em reuniões dos grupos de assistência pastorais?

**Aplicação: AM no MALAUI**

O PSI do AM no Malawi criou uma parceria com três hospitais geridos pelo Sínodo de Livingstonia da Igreja Presbiteriana Central de África e com o MS local a fim de reforçar a respectiva capacidade para o desenvolvimento de actividades concernentes com a sobrevivência infantil no seio da comunidade. A concentração nas áreas servidas pelos hospitais permitiu que o PSI alcançasse uma população total superior a 170.000 pessoas. O PSI beneficiou da parceria com uma instituição estabelecida, sustentada e fortemente empenhada na saúde da comunidade. Nos hospitais, os grupos de assistência foram ligados através dos sistemas de recomendação e da estrutura da equipa. Porém, trabalhar com três hospitais foi um desafio para os dirigentes do PSI, uma vez que a equipa do projecto teve de coordenar-se com os múltiplos níveis de gestão do Sínodo e de cada hospital. Consequentemente, as decisões decorrentes do projecto tornaram-se muito mais demoradas.

## SECÇÃO 2

### **Custos dos Grupos de Assistência: Implicações Orçamentais**

O efeito multiplicador do modelo de grupos de assistência mantém os custos baixos. O elevado número de voluntárias faz aumentar certos custos, porém, elas multiplicam o trabalho da equipa remunerada ao cobrir todas as famílias na área do projecto. Embora o projecto de saúde invista muito mais tempo e esforço no seu arranque, as despesas com os grupos de assistência diminuem posteriormente, à medida que o investimento inicial é compensado pela consequente produtividade operacional.

---

#### **2.1 Considerações sobre o Orçamento**

O modelo de grupos de assistência é essencialmente “baseado nas pessoas”. O projecto investe muito menos em estruturas físicas ou bens consumíveis do que nos recursos humanos necessários para formar voluntárias de grupos de assistência altamente habilitadas. As promotoras dedicam o seu tempo à formação, à monitorização e ao encorajamento dos grupos de assistência.

O modelo de grupos de assistência influencia especialmente as rubricas orçamentais relacionadas com as necessidades de transporte e o elevado número de voluntárias.

**Orçamentação para transportes:** Tamanho, densidade, segurança e topografia populacional são todos factores importantes para o cálculo dos custos de transporte inerentes ao projecto.

- ➔ **Orçamentar a quantidade e o plano de deslocações necessárias para cada promotora apoiar os seus vários grupos de assistência.**
  - As promotoras precisam de carros, ou bastam motorizadas, transportes públicos ou outros meios de transporte menos dispendiosos?
  - Quais as distâncias a percorrer, sobre que tipo de terreno e com que frequência? Se as promotoras forem capazes de ir para um local na segunda-feira e aí permanecerem até ao seu regresso na quinta-feira, os custos são obviamente menores do que se tiverem de viajar todos os dias. Será que estas condicionantes variam com as estações do ano?
  - Por razões de segurança, as promotoras têm de deslocar-se em conjunto para alguns locais? Precisa o projecto de fornecer um rádio ou qualquer outro meio de comunicação às promotoras, enquanto estas se encontram no terreno?

**Orçamentação por número de voluntárias:** Fornecer um determinado artigo a 2.000 ou mais voluntárias, faz aumentar rapidamente os custos totais. Os incentivos representam despesas particularmente significativas, embora o modelo de grupos de assistência do AM preveja no seu orçamento anual apenas 4 a 5 dólares para incentivos materiais por voluntária.

- **Materiais para CAC:** Cada voluntária precisa de uma cópia de materiais didácticos simples para utilizar nas visitas domiciliárias. Portanto, o modelo de grupos de assistência requer a aquisição de vários milhares de cópias de ajudas visuais. Ao comprar materiais, há que considerar cuidadosamente o balanço entre custo inicial e durabilidade.
- **Incentivos:** O elevado número de voluntárias no modelo de grupos de assistência torna proibitivos o pagamento em dinheiro ou a concessão de grandes incentivos materiais. Até um incentivo anual relativamente acessível totaliza 8.000 a 10.000 dólares por ano.

**Custos operacionais contínuos e sustentabilidade:** A abordagem dos grupos de assistência baseada nas pessoas não define o nível de serviços que depende de subsídios contínuos provenientes de fundos externos. O projecto Vurhonga empenha-se em não estabelecer estruturas ou serviços que excedam a capacidade de sustentação dos parceiros locais. Desde que as voluntárias ou a equipa do projecto não estejam envolvidas na distribuição regular de quaisquer bens, nenhum dos principais sistemas ou custos operacionais deve ser contínuo até ao fim do projecto para garantir a sustentabilidade. O transporte não é obrigatório para as voluntárias desempenharem o seu trabalho. Os próprios grupos de assistência e as estruturas comunitárias adoptam o papel das promotoras. O respeito e a gratidão da comunidade, o vínculo social dos grupos de assistência e a alegria de alterar uma comunidade constituem incentivos permanentes. Apenas os serviços prestados pelo MS ou por outros prestadores de cuidados médicos requerem um compromisso contínuo de financiamento.

## 2.2 Rentabilidade

**Rentabilidade:** O efeito multiplicador do modelo de grupos de assistência resulta num baixo custo do projecto por beneficiário. No Vurhonga II, o custo médio por beneficiário directo foi de 6,65 dólares ao ano (orçamento total/beneficiários directos/anos de planeamento). Tal inclui o financiamento da USAID bem como o correspondente do AM, acrescidos da recuperação dos custos indirectos (1.420.883 dólares/53.418 beneficiários directos/4 anos).

- ➔ **Contabilizar um custo reduzido por beneficiário, cobrindo uma grande população através dos grupos de assistência.**

### **Aplicação: AM no Camboja, Malauí e Ruanda**

O custo anual por beneficiário directo no primeiro PSI do AM no Camboja foi de 10,10 dólares. No projecto de expansão de custos actual, aquele valor é de 5,40 dólares. No Malauí, o custo anual por beneficiário foi de 4,84 dólares. No projecto de cinco anos levado a efeito no Ruanda, o custo anual por beneficiário foi de 6,37 dólares.

**Custos por tempo:** O tempo da equipa remunerada em que um projecto investe é significativamente multiplicado pelo número de voluntárias do grupo de assistência. No Vurhonga II, o investimento médio anual no tempo das promotoras remuneradas por beneficiário directo foi de 0,9 horas (26 promotoras x 48 semanas x 40 horas/53.418 beneficiários).

### A Diferença dos Grupos de Assistência:

O baixo custo do projecto por beneficiário é conseguido quando as contribuições extensivas das voluntárias cobrem um maior número de beneficiários.

Incluindo toda a equipa do Vurhonga II — director, supervisoras e equipa de apoio do projecto como contabilista e seguranças — o investimento médio anual no tempo da equipa remunerada por beneficiário foi de 1,5 horas (equipa de 42 elementos).

Em contrapartida, as voluntárias despendem muito mais tempo nas suas actividades por beneficiário. No Vurhonga II, o tempo médio despendido pelas voluntárias por beneficiário e por ano foi de 10,5 horas. Tal baseou-se no número total de voluntárias a trabalhar uma média calculada de cinco horas por semana (2.315 voluntárias x 48 semanas x 5 horas/53.418 beneficiários).

Consequentemente, no Vurhonga II, a proporção de tempo das promotoras por tempo das voluntárias foi de cerca de 1:11 horas. A proporção em termos de toda a equipa do PSI foi de cerca de 1:10 horas.

- ➔ **Maximizar o tempo da equipa remunerada através das actividades desenvolvidas pelas voluntárias na comunidade.**

**Custos das intervenções:** O modelo de grupos de assistência apresenta um custo muito elevado relativamente ao tempo de preparação, dado que são precisos aproximadamente seis a sete meses para organizar os grupos de assistência. No entanto, depois de estarem preparados, os custos com a sua manutenção são relativamente reduzidos. Assim sendo, o investimento inicial na criação da rede de grupos de assistência, acrescido das intervenções posteriores, é feito a um custo moderado. Com o passar do tempo, as intervenções tornam-se mais rentáveis.



# CAPÍTULO 3

## Preparação





## SECÇÃO 1

### Definição da Estrutura: Programação dos Grupos de Assistência

Os grupos de assistência requerem uma preparação exaustiva durante a fase de arranque de um projecto de saúde. Um projecto que utilize o modelo de grupos de assistência precisa de investir significativamente no recrutamento e na formação da equipa e dos grupos de assistência, antes de terem início as visitas domiciliárias.

#### 1.1 Programação dos Acontecimentos Principais

A tabela e a amostra do plano de trabalho que se seguem destacam os principais acontecimentos no arranque do programa. Os pormenores de cada etapa serão discutidos nos capítulos posteriores.

Meses	Acontecimento Principal	Notas
1-2	Início da mobilização da comunidade  Contratação da equipa do PSI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar o projecto aos chefes da aldeia e obter o seu apoio</li><li>• Colaborar com o MS e outros detentores de interesse relevantes</li><li>• Orientar a equipa e dar formação inicial</li></ul>
2-3	Contagem das famílias na área do projecto para calcular o tamanho da população beneficiária	<ul style="list-style-type: none"><li>• O tempo necessário varia conforme o contexto</li></ul>
3-6	Recrutamento e selecção das voluntárias  Desenvolvimento do curriculum das primeiras intervenções  Formação da equipa do PSI quanto às intervenções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciar o recrutamento durante as actividades de mobilização da comunidade</li><li>• O número de voluntárias é determinado pela contagem de famílias beneficiárias</li><li>• As necessidades do desenvolvimento curricular e do programa variam conforme o projecto</li></ul>
6-7	Início da formação das voluntárias quanto à primeira intervenção	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os grupos de assistência reúnem-se em cada duas semanas</li></ul>
6-10	Início das visitas domiciliárias pelas voluntárias e ensino da primeira intervenção  Início do registo de dados do SISC recolhidos pelos grupos de assistência após as visitas do primeiro mês	<ul style="list-style-type: none"><li>• A duração das intervenções variam, mas pressupõem 1 lição em cada 2 semanas (isto é, uma intervenção com 6 lições sobre saúde levaria 3 meses)</li><li>• As voluntárias comunicam as estatísticas demográficas nas reuniões dos grupos de assistência</li></ul>
8-11	Organização de CCSs e outros grupos de assistência específicos (p. ex. grupos de assistência de cariz religioso) Condução da primeira Avaliação Rápida Local (ARL) ou utilização de outro método de monitorização e avaliação.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cooperar com os grupos de desenvolvimento presentes na aldeia, caso existam</li><li>• Conduzir ARLs trimestrais ou a seguir a cada intervenção</li></ul>

### Amostra do Plano de Trabalho das Actividades Principais para um PSI de 4 Anos

	Ano 1												Ano 2				Ano 3				Ano 4			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Garantia de acordos formais com o MS	■																							
Negociação e celebração de acordos de cooperação	■																							
Contacto com as comunidades solidárias	■																							
Contratação de supervisoras	■																							
Contratação de promotoras	■																							
Condução do CPC de linha de base	■																							
Formação da equipa (incluindo campo de formação inicial)	■																							
Contagem de todas as famílias beneficiárias*																								
Início do recrutamento de voluntárias pelas promotoras																								
Seleção das voluntárias																								
Primeira formação de reciclagem das promotoras (1 semana)																								
Formação dos grupos de assistência (2 vezes por mês)																								
Intervenção A																								
Relatório das estatísticas pelos GAs (mensal)																								
Acompanhamento do progresso pelo SISC																								
Criação de grupos de assistência de cariz religioso																								
Criação de CCSs																								
Formação de GAs de cariz religioso																								
Reunião das CCSs reúnem-se (bimensal)																								
Condução das ARLs (5 dias)																								
Formação de reciclagem das promotoras (1 semana)																								
Intervenção B																								
Intervenção C																								
Intervenção D																								
Intervenção E																								
Concessão de incentivos anuais às voluntárias																								
Desenvolvimento contínuo da equipa																								
Formação das líderes dos GAs para repetição das lições																								

\*Pressupõe 1 mês para a nova contagem dos beneficiários a meio do projecto.

\*\*Pressupõe intervenções de 3 a 4 meses de duração, que varia de acordo com o número de lições de saúde.

Os programas apresentados neste capítulo não são restritivos e servem apenas de orientação – o programa real de um projecto depende do seu contexto local. Ambientes mais desafiadores, como situações de instabilidade política, podem requerer maiores períodos de recrutamento de voluntárias e de sensibilização da comunidade para garantir a capacitação das primeiras e a aceitação da última. A fase de arranque pode ser menor para projectos em expansão ou projectos implementados em comunidades já familiarizadas com as iniciativas de voluntariado.

**Aplicação: AM no CAMBOJA**

O PSI no Camboja surgiu em 1998 (após um ano de atraso devido à instabilidade política e de financiamento). A seguir à contratação das promotoras em Setembro de 1998, o projecto levou outros nove meses a seleccionar as voluntárias, criar os grupos de assistência e iniciar a sua formação. No entanto, quando o projecto se expandiu através de uma segunda concessão do PSI, a equipa experiente organizou e começou a dar formação aos novos grupos de assistência quatro meses depois do início da expansão.

*Ver o plano de trabalho completo do Vurhonga II no Anexo D.*



## SECÇÃO 2

### **Criar Modelos para os Grupos de Assistência: Preparar a Equipa do Projecto**

A equipa do projecto definiu um padrão a seguir pelas voluntárias do grupo de assistência. Os dirigentes do projecto consideram a sua equipa (supervisoras e promotoras) como um “grupo de assistência”. Por sua vez, as supervisoras fazem o mesmo com as promotoras que monitorizam e estas estimulam as voluntárias nos grupos de assistência. A preparação da equipa do projecto define um padrão de relacionamento que atravessa toda a estrutura hierárquica do projecto, até ao nível das famílias beneficiárias.

---

#### **2.1 Cargos Chave – Dirigentes**

**Director do projecto:** O director do projecto assume a responsabilidade de orientar a direcção geral do projecto. Os candidatos ao cargo devem possuir uma vasta experiência em gestão de programas comunitários de grande escala.

**A função de director de projecto requer:**

- A gestão geral do projecto, incluindo supervisão da equipa, garantia da qualidade técnica, monitorização de CPCs e outros estudos e cumprimento da necessidade de elaboração de relatórios de doadores.
- A gestão das relações com doadores, consultores técnicos, MS, avaliadores e outros parceiros do projecto actuais ou futuros.
- Visitas frequentes ao terreno, dispondo de tempo para participar nas reuniões dos grupos de assistência e contactar a equipa local do MS. O director pode igualmente presenciar a celebração e a reafirmação dos grupos de assistência em ocasiões especiais, tais como distribuição de incentivos ou banquetes na aldeia para demonstrar o apreço da comunidade.
- A capacidade de falar a língua local das promotoras e voluntárias.

**Educadora de saúde:** A educadora de saúde trabalha directamente com as supervisoras e promotoras, formando e monitorizando as mesmas como o seu próprio grupo de assistência. Dirige o processo de desenvolvimento curricular e controla todas as actividades de formação.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
O director do projecto e a educadora de saúde modelam os princípios fundamentais dos grupos de assistência ao relacionarem-se com a equipa.

**A função de educadora de saúde requer:**

- Vasta experiência em métodos de educação participativa – estabelece o modelo de formação de voluntárias através da sua formação de supervisoras e promotoras.
- Forte capacidade de comunicação interpessoal, incluindo fluência na língua local.
- Disponibilidade de passar a maior parte do seu tempo no terreno, apoiando a equipa.

#### **2.2 Cargos Chave – Supervisoras e Promotoras**

Os cargos de supervisora e promotora são os que têm contacto mais directo com as voluntárias e transmitem os valores fundamentais do projecto aos grupos de assistência. As supervisoras e promotoras precisam de ter uma excelente capacidade de comunicação interpessoal, aptidão para a resolução de conflitos, o domínio consistente da educação participativa e a compreensão profunda dos objectivos e das intervenções do projecto.

**Habilitações:** O nível de habilitações varia conforme o contexto. As supervisoras e promotoras devem ter pelo menos o mesmo nível educacional daqueles que monitorizam (o nível geral de educação de uma supervisora deve ser igual ou superior ao das promotoras e estas devem ser tão habilitadas quanto as voluntárias). Saber ler, escrever e ter noções básicas de matemática é essencial – quanto mais habilitadas forem, menos tempo despenderá provavelmente o projecto na formação da equipa. Porém, recrutar uma equipa com muitas habilitações poderá constituir um desafio se o projecto for implementado numa região remota ou empobrecida. Mais importante do que possuir credenciais formais, é as promotoras serem inteligentes, interessadas em aprender e rápidas a compreender novas ideias e métodos de ensino. Dado que o Vurhonga recruta a maior parte da sua equipa e trabalha numa área onde a taxa de escolaridade é muito baixa, poucas promotoras terão completado a escola secundária e nenhuma terá um grau universitário. No entanto, todas são muito capazes e receptivas à formação dada pelo projecto.

**Sexo e idade:** Contratar promotoras femininas é preferível quando a maioria das voluntárias dos grupos de assistência são mulheres. Se num projecto se decidir contratar apenas promotoras femininas, estas devem ser preferencialmente mães (mesmo que os seus filhos já não estejam vivos). As promotoras devem ter idade suficiente para impor respeito àqueles com quem trabalham. Tal varia conforme o contexto cultural.

Promotoras femininas:

- Estabelecem credibilidade junto das voluntárias do grupo de assistência.
- Melhoram as relações entre promotoras e voluntárias.
- Facilitam a comunicação de preocupações partilhadas como mulheres e mães.
- Facilitam a discussão de temas de saúde reprodutiva.

Dado que as supervisoras por hábito não trabalham directamente com os grupos de assistência, torna-se menos importante que estas sejam mulheres. Contudo, ajuda — no Vurhonga, todas as supervisoras são mulheres.

#### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

O PSI tem apenas promotoras do sexo feminino mas conta com uma equipa de Comunicação para a Alteração de Comportamentos essencialmente constituída por elementos masculinos. A equipa da CAC faz peças de teatro normal e de marionetes sobre temas de saúde para crianças com idades compreendidas entre 5 e 12 anos. Na cultura daquele país, é mais apropriado para os homens estarem envolvidos em teatros comunitários do que terem reuniões dos grupos de assistência com as voluntárias. Os elementos masculinos da equipa da CAC também se ocupam e desenvolvem relações com homens na área do projecto, alargando o alcance do PSI a todos os membros da comunidade.

**Experiência em saúde:** Algumas supervisoras podem ter conhecimentos médicos, como por exemplo de enfermagem. Uma boa experiência em saúde implica saber princípios fundamentais de medicina, possuir conhecimentos técnicos e ter eventuais ligações com os prestadores de cuidados médicos. Contudo, podem ter de ultrapassar tendências didácticas resultantes da forma como foram ensinadas na escola de enfermagem ou como foram tratadas pelos supervisores do MS. Com frequência, professores e outros candidatos com experiência em desenvolvimento comunitário encontram-se tão qualificados para desempenhar a função de supervisor como aqueles que possuem experiência em saúde.

**Residência no terreno:** As funções de supervisora e promotora são baseadas no terreno e centram-se no trabalho a nível popular. Pode ser difícil recrutar equipas qualificadas em regiões remotas, logo as promotoras contratadas noutros locais devem estar dispostas a fixar-se permanentemente ou então a residir durante a semana de trabalho nas comunidades que lhes são atribuídas. Por

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

As promotoras que residem nas aldeias locais reforçam as relações estabelecidas através do modelo de grupos de assistência.

exemplo, quase todas as promotoras do projecto Vurhonga são de uma cidade principal de distrito, mas de segunda a quinta-feira vivem nas aldeias. Assumir este compromisso implica que a equipa tenha de ser muito dedicada aos objectivos e actividades do projecto.

As supervisoras/promotoras que residem nas aldeias contribuem para o sucesso dos grupos de assistência porque:

- Modelam o compromisso para ajudar a comunidade.
- Definem no seu quotidiano um exemplo de práticas de saúde diárias a transmitir aos habitantes da aldeia.
- Ajudam as promotoras a identificarem-se com a comunidade e vice-versa.
- Desenvolvem credibilidade entre as voluntárias do grupo de assistência e as famílias.
- Promovem as relações com as voluntárias fora das reuniões dos grupos de assistência.
- Obtêm um conhecimento profundo da cultura local, das necessidades da comunidade e das práticas e crenças tradicionais.

#### **Aplicação: AM no Malawi e Ruanda**

No Ruanda e no Malawi, as promotoras do PSI do AM foram recrutadas nas mesmas comunidades onde agora trabalham, a formar grupos de assistência. E deslocam-se para uma localidade central apenas para as reuniões regulares do projecto.

## **2.3 Formação da Equipa**

A equipa – especialmente as promotoras – representa a maquinaria que põe os grupos de assistência em movimento. A preparação exaustiva da equipa ajuda, posteriormente, os grupos de assistência a funcionarem de modo suave e eficaz.

Uma boa formação:

- Cria um ambiente de aprendizagem baseado na confiança e no respeito.
- Leva à descoberta de soluções criativas para vencer obstáculos à alteração de comportamentos.
- Modela respeito, técnicas participativas e boas capacidades comunicativas.

**Requisitos temporais:** A equipa principal tem de empreender bastante tempo na formação das promotoras durante sensivelmente o primeiro trimestre do projecto. O nível com que começam as promotoras (nível de instrução e de conhecimentos de saúde) influencia o tempo necessário para a sua formação.

**Abordagem de formação:** Em Moçambique, o AM utiliza com êxito uma abordagem de “campo de formação” para a habilitação da equipa, que aproxima todos os seus elementos. Durante esse período, a equipa vive junta em tendas, partilha refeições e tem mais tempo para praticar as técnicas que aprende. No princípio do projecto Vurhonga, realiza-se um campo inicial de formação intensiva de duas a três semanas para orientar a equipa. Esta participa depois em campos de formação de “reciclagem”, com a duração de uma semana, antes da implementação de cada intervenção de saúde principal (aproximadamente em cada 3 a 4 meses).

O campo de formação ajuda também a criar um sentido de identidade e unidade de projecto entre a equipa. Assim determina-se a forma como as promotoras fomentam, posteriormente, a unidade e a solidariedade nos grupos de assistência. As promotoras e supervisoras do Vurhonga desenvolvem o espírito de equipa ao viverem juntas em tendas e ao partilharem as refeições durante o campo de formação.

Além disso, o Vurhonga convida as dirigentes femininas de outros grupos da comunidade (como a Organização das Mulheres de Moçambique e membros do MS) a participarem nas sessões do campo de formação de “reciclagem”. Tal fortalece as relações com os detentores de interesse e ajuda a garantir a sustentabilidade. Os programas com promotores femininos e masculinos devem

também considerar convidar os líderes comunitários masculinos para participarem nos campos de formação.

*Ver informações mais pormenorizadas acerca dos campos de formação do Vurhonga, incluindo amostras de programas, no Anexo E.*

**Capacidade de comunicação interpessoal:** É muitas vezes um desafio para os dirigentes do projecto transformar as promotoras em modelos a seguir pela comunidade. Quando são contratadas, as promotoras podem ter um baixo nível de conhecimentos de saúde. Algumas podem ainda estar cépticas em relação aos novos comportamentos defendidos pelo projecto de saúde ou participar em certas práticas tradicionais nocivas como população alvo. A equipa principal deve ser paciente ao corrigir os conceitos errados das promotoras, assegurando que dominam o conteúdo técnico de cada intervenção.

As promotoras necessitam formação sobre comunicação interpessoal e facilitação de grupo quando se preparam para dar formação e apoio a grupos de assistência. Algumas promotoras podem ter, de início, certos preconceitos em relação às voluntárias, que são geralmente mulheres pobres e analfabetas. As promotoras têm de aprender como dirigir-se às voluntárias com respeito, aceitá-las tal como são e abordá-las como iguais. Só depois poderão reforçar a capacidade de comunicação das voluntárias, promover a sua auto-estima e confiar-lhes responsabilidades.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
As promotoras necessitam formação sobre dinâmica de grupo e resolução de conflitos para se prepararem para o trabalho com os grupos de assistência.

A aptidão para a resolução de conflitos é igualmente necessária para gerir as diversas dinâmicas e relações que se estabelecem nas reuniões dos grupos de assistência. As promotoras têm de preparar-se também para satisfazer as necessidades de voluntárias individuais no contexto do grupo.

- ➔ **Capacitar as promotoras para a resolução de conflitos. Orientar as promotoras na forma como podem satisfazer as necessidades de voluntárias individuais.**

**As promotoras devem:**

- Conforme o seu horário permitir, passar tempo exclusivo com cada voluntária, distribuindo uniformemente o tempo disponível.
- Nunca corrigir uma voluntária com severidade na presença de outras.

## SECÇÃO 3

### **Criação dos Grupos de Assistência: Selecção das Voluntárias**

Seleccionar voluntárias é um processo demorado para a equipa do projecto. Porém, o eventual sucesso de cada grupo de assistência reside nas voluntárias empenhadas que se interessam realmente em ajudar e melhorar a saúde das suas comunidades. As decisões são um misto de iniciativa pessoal e consenso comunitário, com a orientação da equipa do projecto.

---

#### **3.1 Quem é uma boa voluntária?**

É importante para o projecto estipular critérios para a selecção de voluntárias e comunicá-los às comunidades em geral. Desta forma, o processo torna-se o mais transparente possível.

No Vurhonga utilizam-se os seguintes critérios chave para avaliar as potenciais voluntárias:

- Mulheres
- Mães (mesmo que os filhos sejam adultos ou já não estejam vivos)
- Idade (com idade suficiente para serem respeitadas pelas famílias beneficiárias)
- Interessadas em assuntos de saúde
- Atitude positiva e vontade de ajudar o próximo
- Ser respeitada na comunidade
- Não ser dependente do álcool

Ter voluntárias do sexo feminino ajuda a estabelecer uma base de interesse comum — a saúde dos filhos — nas visitas domiciliárias. Uma outra vantagem das voluntárias serem mulheres é o facto de os maridos das beneficiárias poderem suspeitar ou ter ciúmes dos voluntários masculinos nas visitas. O Vurhonga considera que é frequente mulheres muito jovens demonstrarem insegurança durante as visitas domiciliárias e não serem respeitadas pelos membros mais velhos da comunidade. Na experiência do Vurhonga, cedo se encontraram vários problemas com voluntárias que abusavam do álcool, o que afectou negativamente a sua participação nas reuniões dos grupos de assistência e a regularidade das suas visitas domiciliárias.

#### **Aplicação: AM no MALAUI**

Aproximadamente um terço dos voluntários dos grupos de assistência no Malauí eram do sexo masculino. A vantagem de incluir homens era porque eles se relacionavam mais facilmente com os chefes de família e eram mais eficazes na discussão de intervenções sobre planeamento familiar e DSTs com as famílias beneficiárias. A equipa e os voluntários do projecto também sentiram que a participação masculina dava maior credibilidade aos grupos de assistência, do ponto de vista dos membros da comunidade. Contudo, verificou-se que, no projecto realizado no Malauí, os voluntários masculinos eram mais susceptíveis de abandonarem o voluntariado e de esperarem remuneração. E, segundo notou o avaliador externo na avaliação final do projecto, “As mulheres são agentes mais entusiastas e eficazes [Comunicação para a Alteração de Comportamentos] do que os homens... [e] participam nas reuniões com maior regularidade”.

#### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

O PSI no Camboja especificou limites de idade para as voluntárias. O projecto estabeleceu directrizes para que as voluntárias não tivessem menos de 25 anos e mais de 49. Tal assegurou que as voluntárias tinham idade suficiente para serem respeitadas na sua cultura, mas eram ainda suficientemente jovens para serem consideradas beneficiárias (mulheres em idade de procriar).

**Alfabetismo:** Não é de todo necessário que as voluntárias sejam alfabetizadas, uma vez que a maior parte da comunicação — tanto nos grupos de assistência como na comunidade — é verbal. As lições aos grupos de assistência e nas visitas domiciliárias são dadas oralmente e na língua local. Os relatórios periódicos apresentados pelas voluntárias durante as reuniões dos grupos de assistência são também verbais. Exigir instrução pode excluir mulheres mais velhas e respeitadas, que são muitas vezes boas professoras e chefes comunitárias. Apenas é preciso que uma voluntária por grupo de assistência seja alfabetizada para registar as estatísticas demográficas das famílias atribuídas às voluntárias (ver Capítulo 5, Secção 1).

A Diferença dos Grupos de Assistência:

As voluntárias dos grupos de assistência não precisam de ser instruídas para serem eficazes. A comunicação verbal e a concentração das capacidades de todos os elementos dos grupos de assistência compensam.

Como directriz geral, as voluntárias não devem ter um nível de instrução inferior ao nível médio das mulheres da área do projecto. Possuir uma educação normal ajuda a assegurar que as voluntárias sejam respeitadas. Na área do projecto Vurhonga, cerca de 70% das mulheres são analfabetas, logo a maioria das voluntárias dos grupos de assistência também o é.

**Aplicação: AM no RUANDA**

No Ruanda existe um nível elevado de alfabetismo, incluindo na área do projecto. Portanto, o alfabetismo é um critério importante para a selecção de voluntárias dos grupos de assistência.

### 3.2 Trabalhar com as Comunidades para Seleccionar Voluntárias

**Suscitar interesse:** A equipa tem a primeira oportunidade de levantar a questão do voluntariado durante a fase de sensibilização da comunidade, que decorre no primeiro ou segundo mês do projecto. Vários elementos da equipa — desde as promotoras ao director do projecto — podem participar nesta fase.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

Recrutar uma voluntária para cada 10 a 15 famílias.

- ➔ **Durante a sensibilização da comunidade, explicar o modelo de grupos de assistência às comunidades.**

**A equipa do projecto deve:**

- Fazer um resumo do projecto.
- Explicar o que o projecto procura nas voluntárias de cada comunidade.
- Salientar que as voluntárias desempenham um papel importante na melhoria da saúde das crianças e mulheres da comunidade, ressaltando que as voluntárias não são remuneradas.

**Identificação das necessidades do projecto:** O modelo de grupos de assistência funciona melhor quando existe uma voluntária seleccionada para cada 10 a 15 famílias. A contagem das famílias determina o número total de famílias beneficiárias e o número de voluntárias precisas (ver Capítulo 5, Secção 1).

A Diferença dos Grupos de Assistência:

Encorajar muitas pessoas a participar nas reuniões informativas, dado que cada família beneficiária é afectada.

**Mais informação:** A equipa deve convidar mulheres interessadas, chefes locais e outros membros da comunidade para as reuniões centradas no recrutamento de voluntárias.

- ➔ **Organizar reuniões em cada comunidade, encorajando as mulheres interessadas a participar.**

**A equipa do projecto deve:**

- Explicar o propósito das voluntárias.

- Apresentar os critérios de selecção.
- Explicar as responsabilidades das voluntárias e as expectativas da equipa — a participação nas reuniões duas vezes por mês e a visita a outras famílias.
- Explicar o tempo de dedicação — normalmente quatro a cinco horas por semana.
- Comunicar claramente que não existe remuneração.
- Descrever os benefícios — melhoria da saúde das crianças da comunidade e alegria de fazer parte de um grupo, etc.
- Responder a perguntas.

A explicação dos critérios e das responsabilidades das voluntárias ajuda mais pessoas da comunidade a compreenderem o objectivo do projecto e dos grupos de assistência. Contribui, também, para aumentar a transparência, dado que as potenciais voluntárias ficam a saber quais são as expectativas e os incentivos (incluindo a inexistência de remuneração). As pessoas podem então não optar pelo voluntariado, se assim o desejarem.

**Facilitação das decisões comunitárias:** A comunidade — especialmente as famílias beneficiárias e os chefes locais — deve influenciar a decisão sobre quem serão as voluntárias seleccionadas.

➔ **Encorajar cada grupo de 10 a 15 famílias a manifestar a sua opinião sobre quem deverá ser a sua voluntária.**

**A equipa do projecto deve:**

- Identificar o mais pequeno agregado de famílias existente numa aldeia e tentar respeitar esses agregados ao organizar as famílias por grupos de 10 a 15 para se adaptarem ao modelo de grupos de assistência.
- Explicar os critérios de selecção e as responsabilidades das voluntárias a cada grupo de famílias.
- Encorajar as famílias a discutirem quem é a melhor voluntária para o seu grupo.
- Quando for tomada uma decisão, conhecer a voluntária, confirmar que ela satisfaz os critérios e registar o seu nome.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
As voluntárias dos grupos de assistência representam o mais pequeno agregado de famílias de uma aldeia.

Este processo pode variar dependendo do contexto. Em alguns locais, os chefes da aldeia podem influenciar o processo, fazendo recomendações ou aprovando a selecção. Porém, as promotoras devem ainda tentar incluir, de algum modo, as famílias beneficiárias no processo. A contribuição das famílias e das promotoras impede os chefes da aldeia de seleccionarem voluntárias por razões pessoais (escolherem parentes, por exemplo), que possam não ter qualquer interesse na saúde ou no serviço comunitários. Deve ser escolhida apenas uma voluntária por grupo. Caso, inicialmente, nenhuma das mulheres do grupo queira ser voluntária, pode ser necessário um processo de negociação e persuasão por parte das famílias, chefes locais e equipa do projecto. Não é aconselhável haver mais do que uma voluntária por cada 10 famílias, porque torna o tamanho do grupo de assistência demasiado grande. As promotoras organizam a primeira reunião de um grupo de assistência logo que a voluntária para esse grupo esteja seleccionada.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
A equipa tem de dedicar uma quantidade significativa do seu tempo para garantir que haja, de facto, uma voluntária para cada 10 a 15 famílias.

O processo de selecção pode ser mais rápido se as famílias já estiverem organizadas em pequenos agregados pelo governo ou pelas autoridades tribais. Em Moçambique, a mais pequena unidade administrativa reconhecida pelo governo consiste num agrupamento de 10 casas. Se as famílias não estiverem efectivamente divididas por grupos, a equipa do projecto precisa de fazer nomeações para seleccionar as voluntárias e assegurar a cobertura de todas as famílias beneficiárias.

#### **Aplicação: AM no RUANDA**

No Ruanda, há grupos pré-existentes de 10 casas chamados “nyumba kumi.” A equipa do PSI ajudou a organizar as eleições a nível do nyumba kumi para escolher a voluntária do grupo. No Ruanda, o voto foi a forma localmente aceitável para eleger as voluntárias. A afluência às eleições excedeu as previsões da equipa.

#### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

No Camboja, as aldeias estão organizadas em comunas. Estas têm geralmente mais do que 10 casas e, portanto, a equipa do PSI ajudou a comunidade a nomear grupos de 10 famílias dentro de cada comuna.

### **3.3 Selecção das Líderes dos Grupos de Assistência**

Após as voluntárias estarem seleccionadas e atribuídas a um grupo de assistência, este deve reunir-se e nomear uma das voluntárias para ser a “líder do grupo de assistência”, por vezes referida como voluntária-chefe. A líder do grupo de assistência desempenha uma função especial – no final, ajuda a criar as fundações para o grupo se tornar auto-sustentável depois do projecto terminar.

#### **A Diferença dos Grupos de Assistência:**

Uma boa líder de grupo de assistência promove a sustentabilidade, quando assumir a supervisão do grupo de assistência (com a ajuda de outros grupos comunitários).

A líder do grupo de assistência deve:

- Ajudar a organizar reuniões, informando o resto do grupo da hora e do local de cada uma.
- Servir de mediadora nos conflitos internos, se o grupo a tiver nomeado para solucionar divergências.
- Assumir a liderança entre as voluntárias, ao interagir com as comissões comunitárias de saúde, prestadores de cuidados médicos e outros líderes comunitários.
- Ajudar as promotoras a dar formação aos grupos de assistência através da repetição das lições de saúde.
- Registar as estatísticas mensais quando outras voluntárias no seu grupo de assistência relatarem verbalmente as ocorrências demográficas das famílias que lhes foram atribuídas.
  - Alfabetismo é útil mas não essencial.
  - Se a líder for analfabeta, o grupo de assistência pode nomear uma voluntária alfabetizada como secretária.

Os grupos de assistência escolhem as suas próprias líderes e as promotoras devem facilitar esse processo. Em Moçambique, é frequente os grupos de assistência escolherem uma líder mais velha e muito respeitada na comunidade.

#### **➔ Encorajar cada grupo de assistência a escolher uma líder.**

##### **As promotoras devem:**

- Discutir as responsabilidades da líder do grupo de assistência com todo o grupo.
- Pedir às voluntárias para sugerirem o membro que poderia ser líder.
- Encorajar o grupo de assistência a discutir as diferentes opções.
- Reafirmar a decisão consensual do grupo.

## SECÇÃO 4

### **Cumprimento de Horários: Logística e Programas**

Os horários e a frequência das reuniões dos grupos de assistência e das visitas domiciliárias ajudam a definir o programa de formação tanto para as voluntárias como para as famílias.

---

#### **4.1 Requisitos Temporais para as Reuniões dos Grupos de Assistência**

**Frequência:** É preferível que os grupos de assistência se reúnam duas vezes por mês. Tal proporciona um contacto regular com as voluntárias e a repetição das lições de saúde sem exigir demasiado tempo às voluntárias.

Embora sendo preferível duas reuniões mensais, o projecto precisa de se ajustar às realidades económicas e às restrições de tempo das voluntárias. A maioria destas têm de equilibrar a sua participação nos grupos de assistência com o trabalho agrícola, as tarefas domésticas e a atenção à família. Adicionalmente, há a considerar o problema das deslocações e da segurança, que pode variar com a altura do ano. No entanto, é possível alcançar resultados, realizando apenas uma reunião por mês.

##### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

Os grupos de assistência no Camboja reuniam-se uma vez por mês. A equipa do PSI descobriu que não era possível para as voluntárias reunirem-se em cada duas semanas. Ao contrário do projecto Vurhonga, muitas mulheres tinham outras actividades que geravam rendimentos, para além da agricultura, que sobrecarregavam o seu tempo. As voluntárias dos grupos de assistência no Camboja visitaram as famílias que lhes foram atribuídas no mínimo uma vez por mês, o que correspondeu à frequência das reuniões dos grupos de assistência. No início, a equipa preocupava-se que isso não fosse suficiente para resultar na alteração de comportamentos. Porém, o projecto atingiu quase todos os seus objectivos. Uma desvantagem foi que a menor frequência das reuniões implicou que as promotoras investissem mais tempo no desenvolvimento de relações e de confiança com as voluntárias.

**Programação de reuniões:** A promotora decide em que dias do mês o grupo se reúne, enquanto que este determina a hora das reuniões. A promotora visita um grupo de assistência diferente em cada dia da semana, para apoiar as voluntárias e participarem em reuniões ou acontecimentos especiais (tais como sessões de vacinação, reuniões da CCS, reuniões com a equipa do MS, etc.). Aqueles podem variar para cada grupo de assistência que ela monitoriza. O programa da promotora pode complicar-se rapidamente no caso de também demorar muito tempo a deslocar-se para o local de cada grupo de assistência.

- ➔ **Considerar todos os requisitos temporais das promotoras ao programar as reuniões dos grupos de assistência.**

A hora preferida para a reunião deve ser decidida pelo grupo de assistência. É importante dar tempo suficiente para que a promotora e todos os membros cheguem ao local da reunião.

- ➔ **Realizar reuniões dos grupos de assistência a uma hora consensual.**
  - A promotora pede às voluntárias para indicarem os períodos do dia que têm livres.
  - As voluntárias discutem a altura em que se podem reunir.
  - Todas concordam reunir-se a uma hora específica.

É frequente as voluntárias escolherem reunir-se de tarde. Esta altura geralmente adequa-se ao ritmo do trabalho agrícola das comunidades locais.

**Duração:** As reuniões dos grupos de assistência demoram duas horas. Este é aproximadamente o tempo necessário para interagir, ensinar lições de saúde, discutir questões de saúde comunitária, registar estatísticas das famílias atribuídas e abordar outros problemas.

**Local:** O local das reuniões dos grupos de assistência deve ser central em relação às casas das voluntárias de modo a que nenhuma demore muito a chegar à reunião. Reunir em pontos de encontro comunitários tem a vantagem de promover a abertura da comunidade. Contudo, tal aumenta as distrações e as hipóteses de interrupção. Outro lugar habitual para a realização das reuniões é a casa de uma voluntária. Assim reduzem-se as interrupções de terceiros e as mulheres sentem-se à vontade.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Identificar uma hora e um local de reunião que seja de fácil acesso para todos os membros do grupo de assistência.

➔ **Reunir num local consensual.**

- As voluntárias e a promotora discutem os prós e contras de vários locais e tomam uma decisão de grupo.

## 4.2 Programação das Visitas Domiciliárias

**Frequência:** Para serem mais eficazes, as voluntárias dos grupos de assistência devem visitar as famílias que lhes foram atribuídas, pelo menos, duas vezes por mês. Tal permite-lhes dar lições de saúde às famílias no seguimento de cada reunião de grupos de assistência.

**Duração:** As visitas domiciliárias podem demorar menos de meia hora ou muito mais. As práticas culturais podem influenciar a duração da visita — é necessário tempo para cumprimentar, perguntar pelos membros da família, etc. E não constitui uma perda de tempo, porque se desenvolvem relações entre a voluntária e a família beneficiária. As visitas demoram mais tempo quando as voluntárias do grupo de assistência usam ajudas visuais ou fazem uma demonstração, por exemplo como aplicar uma TRO.

As voluntárias podem igualmente acompanhar as famílias ao longo da semana através de breves conversas, bastando falar sobre os assuntos quando se encontrarem na aldeia.

## CAPÍTULO 4

# Trabalhar com Grupos de Assistência





# SECÇÃO 1

## A União Faz a Força: Formação e Grupos de Assistência

A equipa do projecto não aposta na formação das voluntárias em grupos apenas porque é eficaz e poupa custos. A abordagem dos grupos de assistência à formação e à supervisão permite que as voluntárias trabalhem conjuntamente com vista a alcançarem objectivos partilhados, aprenderem umas com as outras e actuarem juntas.

### 1.1 Formação Através de Objectivos Partilhados

Os grupos de assistência criam oportunidades para as voluntárias trabalharem em conjunto, usando a força combinada do grupo para auxiliar cada voluntária individual. Os métodos de formação desenvolvem a aptidão das voluntárias para a resolução de problemas em comum, para que as voluntárias possam recorrer umas às outras em vez de dependerem somente das promotoras (ver Capítulo 4, Secção 3, “Incentivos das Voluntárias”).

**Objectivos para desenvolver conhecimento:** A equipa fomenta a identidade do grupo e a compreensão profunda das mensagens de saúde ao definir objectivos de aprendizagem que o grupo deve atingir em conjunto, em vez de avaliar o desempenho individualmente.

- ➔ **Definir um objectivo partilhado para avaliar como as voluntárias aprendem cada intervenção.**

**As promotoras devem:**

- No final de uma série de lições, realizar um teste oral sobre o conteúdo da intervenção dada no grupo de assistência.
- Colocar uma questão diferente a cada voluntária individual e fazer com que a resposta do grupo contribua para a nota conjunta de aprovação no teste.

No Vurhonga, os grupos de assistência são “aprovados” numa intervenção quando 60% das voluntárias responde correctamente às respectivas perguntas. A resposta de cada voluntária contribui para o valor de referência do grupo, situado em 60%. Normalmente, o desempenho das voluntárias é bastante superior a este valor mínimo. O objectivo do grupo estimula as voluntárias que compreendem rapidamente uma lição a ensiná-la a outras, garantindo que todas a aprendem.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Os grupos de assistência definem objectivos para o grupo atingir em conjunto, em vez de estabelecerem objectivos individuais para as voluntárias.

**Objectivos para alterar práticas de saúde:** Os grupos de assistência podem igualmente definir objectivos para a alteração de comportamentos entre as próprias voluntárias do grupo. Por exemplo, todas as voluntárias devem possuir uma latrina, um escorredor de louça ou um caixote de lixo nas suas casas. As primeiras voluntárias a adoptarem as novas práticas de saúde encorajam os outros elementos do grupo que possam estar mais relutantes a mudar. As voluntárias apresentam um relatório mensal do seu progresso.

- ➔ **Encorajar as voluntárias a partilhar os resultados da sua própria mudança de comportamento entre si, incluindo quaisquer desafios que enfrentaram.**

As voluntárias dos grupos de assistência representam cerca de 10% de todas as famílias alvo. Quando um grupo inteiro adota um novo comportamento saudável, a diferença é visível na comunidade.

**Objectivos para visitas domiciliárias:** Cada voluntária é responsável por visitar as famílias que lhe foram atribuídas, mas os objectivos relacionados com a cobertura dessas famílias devem referir-se aos grupos de assistência e não às voluntárias individuais.

➔ **Definir objectivos para a alteração de comportamentos nas famílias atribuídas para o grupo de assistência alcançar em conjunto.**

**As promotoras devem:**

- Definir o mesmo objectivo para todo o grupo de assistência alcançar simultaneamente.
- Escolher objectivos fáceis de avaliar, para que as voluntárias possam observar o respectivo progresso e impacto.
- Tornar o processo participativo ao convidarem as voluntárias a sugerirem objectivos e darem opiniões.

Por exemplo, uma promotora poderia estipular os seguintes objectivos para o grupo: “Vamos assegurar que todas as crianças na aldeia tenham a imunização em dia” ou “Vamos pesar todas as crianças na próxima sessão”. É possível para uma voluntária individual congregar as famílias que lhe foram atribuídas para pesarem as respectivas crianças. Assim como é razoável para ela verificar 10 boletins de vacinas para comprovar se estes se encontram actualizados. E se a voluntária for analfabeta, pode pedir ajuda a uma voluntária alfabetizada. Quando o grupo de assistência trabalha em conjunto, atingir tais objectivos não sobrecarrega especialmente nenhum membro do grupo.

**Confronto de práticas tradicionais nocivas:** A união dos grupos de assistência é particularmente útil quando as voluntárias encorajam as famílias a abandonarem práticas tradicionais nocivas e a adoptarem comportamentos mais saudáveis. As voluntárias dos grupos de assistência conseguem ser mais convincentes porque todo o grupo defende a alteração de comportamentos. Elas referem como exemplo outra mulher da comunidade cuja alteração de comportamentos resultou claramente na melhoria da saúde do seu filho. Dão também, às próprias famílias, exemplos pessoais dos benefícios decorrentes de práticas mais saudáveis.

**Entusiasmo:** Todos os grupos precisam de apoio e encorajamento adicionais por parte da promotora para tentarem alcançar os seus objectivos. Os primeiros dias não são fáceis porque a identidade e a unidade do grupo ainda não se formaram completamente.

➔ **Ajudar as voluntárias do grupo de assistência a ganharem entusiasmo no trabalho conjunto para atingirem os objectivos.**

**As promotoras devem:**

- Informar regularmente as voluntárias sobre o seu progresso.
- Acompanhar equipas de voluntárias ou voluntárias individuais durante as visitas domiciliárias.
- Não fazer promessas em vão. Ser honestas e realistas sobre o que podem conseguir e como o grupo irá comemorar o seu sucesso.
- Ser pacientes e positivas, mesmo quando o trabalho avança com lentidão. Oferecer ajuda adicional aos grupos ou às voluntárias individuais que precisem.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

Ao encorajar a alteração de comportamentos nas próprias famílias das voluntárias, os grupos de assistência criam um número significativo de famílias na comunidade a adoptarem comportamentos saudáveis desde o início.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

As voluntárias dos grupos de assistência dispõem de muitos recursos — entre si — ao confrontarem práticas tradicionais nocivas. As voluntárias visitam as famílias mais renitentes em grupo.

## 1.2 Ensino Mútuo

**Formação de equipas:** Encorajar as voluntárias dos grupos de assistência a trabalharem em conjunto para serem mais eficazes nas visitas domiciliárias. Se uma voluntária se sentir insegura sobre uma pergunta ou tiver alguma dificuldade durante a visita domiciliária, pode pedir ajuda a uma colega. A outra voluntária pode acompanhá-la na visita seguinte e, juntas, podem responder à pergunta ou voltar a ensinar a lição, insistindo junto da família para que esta mude as suas práticas de saúde. Desta forma, uma voluntária dos grupos de assistência não sente que é a única pessoa na área a defender novas práticas de saúde, dado que os restantes membros do grupo transmitem as mesmas mensagens em toda a comunidade.

### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Se uma voluntária tiver um problema numa visita domiciliária, pede ajuda a uma colega. Juntas procuram uma solução, envolvendo outras voluntárias ou a promotora conforme necessário.

**Ajuda a voluntárias fracas:** As promotoras devem encorajar as voluntárias a orientarem-se mutuamente. Após vários meses de actividade, as promotoras devem classificar cada voluntária dos grupos de assistência como sendo “forte” ou “fraca”. Esta classificação informal destina-se apenas às próprias promotoras, devendo jamais ser comunicada às voluntárias ou divulgada a mais alguém.

As voluntárias fracas são caracterizadas por:

- Timidez
- Incapacidade de usar os métodos do ensino participativo ou impor as suas opiniões às famílias
- Fraca compreensão do conteúdo técnico
- Progresso insatisfatório nas famílias que lhes foram atribuídas, segundo os indicadores de linha de base

As voluntárias fortes são caracterizadas por:

- Auto-confiança
- Capacidade de usar os métodos do ensino participativo
- Abordagem pessoal e amigável durante as visitas domiciliárias
- Boa compreensão do conteúdo técnico
- Progresso satisfatório nas famílias que lhes foram atribuídas, segundo os indicadores de linha de base

A promotora pode emparceirar voluntárias fortes e fracas para visitarem em conjunto as famílias que lhes foram atribuídas. Dez voluntárias por grupo de assistência significa que existem elementos suficientes para equilibrar as voluntárias. A orientação ocorre naturalmente, à medida que as voluntárias fracas interiorizam os métodos de ensino e os conhecimentos transmitidos pelas voluntárias mais fortes. Quando a promotora considerar que as voluntárias melhoraram o bastante e se tornaram mais confiantes, as voluntárias devem retomar as visitas domiciliárias individualmente.

### A Diferença dos Grupos de Assistência:

As voluntárias fortalecem-se mutuamente ao fazerem visitas domiciliárias juntas, quando as voluntárias fracas formam pares com as voluntárias fortes no grupo de assistência.

➔ **Emparceirar uma voluntária fraca com uma voluntária forte para melhorar o método de ensino da voluntária menos capacitada.**

**As promotoras devem:**

- Avaliar as voluntárias e juntá-las em conformidade.
  - Não revelar ao par de voluntárias a razão pela qual as juntou.
- Evitar despedir voluntárias fracas.
  - Elas são mães e membros da comunidade que precisam de receber mensagens de saúde.

- Afastar uma voluntária pode prejudicar bastante a confiança de todas as outras voluntárias na identidade do grupo de assistência.

A promotora deve também passar tempo exclusivo com cada uma das voluntárias que precisa de ajuda adicional, podendo acompanhar uma voluntária fraca nas suas visitas domiciliárias.

**Formação a um grupo de assistência fraco:** É pouco provável haver um grupo de assistência composto inteiramente por voluntárias fracas, mas se tal acontecer, a promotora tem várias opções.

- ➔ **Se houver mais do que um grupo de assistência na aldeia, recorrer ao grupo mais forte.**

**As promotoras devem:**

- Emparceirar voluntárias de um grupo fraco com voluntárias de um grupo forte.
- Redistribuir a área de trabalho de modo a que cada par cubra a totalidade das 20 a 30 famílias.
- Continuar a fazer visitas domiciliárias em pares até o grupo de assistência fraco ficar capacitado.

- ➔ **Se houver apenas um grupo de assistência na aldeia, pedir ajuda a outros membros da comunidade.**

**As promotoras devem:**

- Escolher novas voluntárias para os grupos de assistência na comunidade.
- Formar as novas voluntárias, com a ajuda das supervisoras e da educadora de saúde do projecto.
- Envolver membros adicionais da equipa do projecto acelera o processo de formação, para o grupo não ficar demasiado atrasado.
- Emparceirar as novas voluntárias com as fracas existentes para realizarem em conjunto as visitas domiciliárias.
- Prestar apoio adicional ao grupo de assistência.

### 1.3 Formação Participativa

Usar métodos de formação participativa não é exclusivo do modelo de grupos de assistência, mas constitui um elemento crucial para ensinar e equipar eficazmente as voluntárias visando a promoção da saúde. Os grupos de assistência funcionam melhor quando a formação e o curriculum obedecem aos princípios do ensino para adultos. O propósito deste manual não é dar orientação sobre o desenvolvimento de materiais ou mensagens — essa consiste noutra área especializada a integrar nas abordagens aqui sugeridas. É aconselhável que os dirigentes do projecto consultem outros documentos e manuais sobre a educação não formal para adultos antes de implementarem o modelo de grupos de assistência.

*Ver uma listagem de recursos no Anexo H.*

**Métodos do ensino participativo:** Existem muitas actividades participativas úteis para ensinar grupos de assistência. No entanto, a equipa do projecto precisa de se certificar que as actividades não são demasiado complicadas para as voluntárias dos grupos de assistência reproduzirem quando ensinarem as famílias que lhes foram atribuídas.

- ➔ **Modelar, nas reuniões do grupo de assistência, os métodos de formação que as voluntárias podem usar durante as visitas domiciliárias.**

**As imagens são úteis para cativar a audiência, auxiliando a memorização do conteúdo e a comunicação com as famílias com baixo nível de alfabetismo.**

**As promotoras devem:**

- Usar imagens idênticas às que as voluntárias do grupo de assistência utilizam para ensinar as famílias.
- Dar formação com ferramentas que as voluntárias se sintam confortáveis a utilizar.
- Fornecer ajudas visuais a cada voluntária do grupo de assistência.

**Canções e danças são ótimas ferramentas de formação, particularmente em ambientes de baixo nível de alfabetismo. No grupo de assistência, as canções devem reflectir o conteúdo das intervenções.**

**As promotoras devem:**

- Definir mensagens de saúde para canções tradicionais ou populares.
- Encorajar as voluntárias do grupo de assistência a criarem e inventarem canções próprias.
- Sugerir correcções ou alterações, conforme necessário, para garantir que as letras são adequadas ao conteúdo técnico das intervenções.
- Encorajar as voluntárias a criarem danças ou movimentos de mãos para acompanharem as canções.

**Demonstrações e troca de papéis ajudam as voluntárias a obter experiência, praticando as actividades de saúde, tais como a aplicação da TRO ou a realização de visitas domiciliárias.**

**As promotoras devem:**

- Envolver as voluntárias, fazendo-as participar na demonstração.
- Na troca de papéis, alternar os papéis de “beneficiário” e de “voluntária” entre as diferentes voluntárias do grupo de assistência.
- Ajudar as voluntárias a criarem rábulas que retractem boas práticas de saúde e encorajá-las a apresentarem as suas próprias peças de teatro durante as visitas domiciliárias ou festas da comunidade.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

As mensagens de saúde são divulgadas rápida e informalmente, porque as voluntárias, que constituem 10% da população, sabem as mesmas canções, danças, etc.

**Curriculum:** O curriculum do Vurhonga foi desenvolvido de modo a adequar-se à estrutura e às necessidades específicas dos grupos de assistência. O curriculum possui vários atributos particulares ao modelo de grupos de assistência:

- É facilmente utilizável num grupo pequeno (10 a 15 pessoas), bem como no ensino personalizado a nível das famílias.
- A abordagem informal facilita o diálogo (sem se tornar intimidante) e cria um ambiente seguro para a aprendizagem.
- Integra ferramentas específicas para as promotoras, tais como listas de verificação para monitorizar a consistência e a adequabilidade do ensino a nível do grupo de assistência e das famílias.
- É sincronizado, para que toda a comunidade receba as mesmas mensagens em simultâneo.

*Ver um exemplo do curriculum do Vurhonga no Anexo F. Ver no Anexo G uma explicação de como o Vurhonga utiliza os grupos de assistência para implementar o modelo de reabilitação nutricional do Atelier Doméstico.*

**Condução das visitas domiciliárias:** As voluntárias modelam os seus métodos de ensino de acordo com a forma como foram ensinadas no grupo de assistência. Existem três elementos chave para a apresentação das intervenções de saúde nas visitas domiciliárias, que observam os princípios comprovados de uma educação de saúde eficaz.

- 1) **Conteúdo técnico:** As voluntárias dos grupos de assistência devem dominar completamente cada lição, a fim de a ensinarem de modo correcto.
- 2) **Métodos do ensino participativo:** As mães, tal como as próprias voluntárias, têm muitas vezes taxas de alfabetismo muito baixas e aprendem melhor através de abordagens educativas informais.

- As voluntárias ensinam lições de saúde usando os métodos participativos com que aprenderam melhor (imagens, canções, troca de papéis, etc.).
- 3) **Encorajamento para a alteração de comportamentos:** As voluntárias dos grupos de assistência ajudam as famílias a associarem as lições de saúde às práticas, mediante a capacidade de aderência de cada família.

**As voluntárias devem:**

- Modelar a alteração de comportamentos segundo as suas próprias práticas de saúde eficazes.
- Associar os resultados às práticas alteradas.
- Pedir ajuda a uma colega se tiverem algum problema.

**Modelação de comportamentos positivos:** As voluntárias dos grupos de assistência guiam-se pelo exemplo e, com frequência, a alteração de comportamentos acontece primeiro entre elas. À medida que as voluntárias mudam de atitude, transmitem credibilidade e experiência pessoal ao promoverem a alteração de comportamentos junto das famílias que lhes foram atribuídas. É mais provável as pessoas adoptarem um novo comportamento quando o modelo que seguem é muito semelhante. Também é provável que actuem quando daí advêm benefícios e não apenas para cumprirem os objectivos do projecto. A equipa do projecto deve encarar com seriedade os interesses das voluntárias e da comunidade e ultrapassar todos os obstáculos que a impedirem de agir.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
As inúmeras voluntárias dos grupos de assistência constituem exemplos positivos de mulheres que possuem estatuto e situações semelhantes aos das beneficiárias.

O conceito de modelação não é exclusivo dos grupos de assistência, mas estes ajudam a impulsionar o processo devido ao elevado número de voluntárias. A quantidade de voluntárias dos grupos de assistência a testar uma nova prática contribui para prolongar a fase de aconselhamento do ensino de saúde, enquanto as famílias tentam realmente adoptar o novo comportamento e começar a mudar a sua percepção de saúde.

No PSI do AM no Ruanda, uma voluntária dos grupos de assistência explicou como a primeira intervenção a afectou pessoalmente: *“Antes da formação dada no grupo de assistência, nunca lavava as mãos antes de alimentar o meu filho, mas agora está a começar a ser um hábito. Não sabia que uma criança com diarreia precisava de ser amamentada, mas agora quando isso acontece amamento-a mais do que o normal”*.

➔ **Ajudar as voluntárias a adoptarem e a manterem novas práticas de saúde, bem como a compreenderem a relação entre as práticas e as melhorias na saúde.**

**As promotoras devem:**

- Explicar como as próprias voluntárias podem adoptar práticas mais saudáveis.
- Ajudar as voluntárias a identificarem obstáculos quotidianos à adopção de novas práticas.
- Debater quaisquer obstáculos com as voluntárias, resolvendo os problemas com elas.
- Encorajar e apoiar as voluntárias quando estas testarem os novos comportamentos.
- Discutir os resultados em conjunto.
- Associar os novos comportamentos aos resultados.
- Fazer as voluntárias perceberem as causas da uma má e boa saúde.

No Vurhonga, as promotoras residem nas aldeias da área do projecto para ajudarem a estabelecer bons exemplos. Tornam-se “mães exemplares”, demonstrando práticas saudáveis no seu dia-a-dia. O exemplo das promotoras é um factor importante para as voluntárias decidirem alterar o seu comportamento. O facto de residirem nas aldeias mostra também o seu extraordinário empenho no trabalho.

## SECÇÃO 2

### Alcance Profundo dos Grupos de Assistência: Relações

Desenvolver fortes relações no grupo de assistência e com as famílias constitui a base para um auxílio comunitário eficaz. As promotoras reflectem os valores fundamentais do projecto pelo modo como interagem com os grupos de assistência e as voluntárias individuais. Estas interiorizam os referidos valores ao desenvolverem relações entre si. As voluntárias dos grupos de assistência importam-se realmente umas com as outras e contam com a ajuda e o encorajamento do grupo para ensinarem a comunidade.

#### 2.1 Desenvolver Relações nos Grupos de Assistência

**Promoção da amizade:** Para este modelo ser eficaz e reter as voluntárias, é necessário que estas gostem de participar nas reuniões dos grupos de assistência. É frequente as mulheres da área do projecto terem demasiadas responsabilidades nas suas próprias casas e enfrentarem desafios difíceis na sua rotina diária. As reuniões dos grupos de assistência constituem uma oportunidade extraordinária de diversão conjunta para estas mulheres, criando um sentido de unidade entre as voluntárias e promovendo a sua assiduidade.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

O voluntariado é mais divertido e agradável quando as voluntárias trabalham num grupo de pares, em vez de estarem isoladas na comunidade.

➔ **Encorajar amizades e tornar a aprendizagem divertida nas reuniões do grupo de assistência.**

**As promotoras devem:**

- Tornar as reuniões o mais informais possível, sem perder de vista o objectivo.
- Conduzir jogos e actividades de grupo para aumentar a confiança e a compreensão entre as voluntárias.
- Interessar-se activamente pela vida das voluntárias, fazendo-lhes perguntas.
- Dar às voluntárias a oportunidade de conversarem e aproveitarem a companhia umas das outras no princípio e no fim das reuniões.

➔ **Definir normas de grupo para minimizar conflitos no seio do grupo de assistência.**

**As promotoras devem:**

- Desencorajar comportamentos negativos que inibam a participação (isto é, se uma voluntária der uma resposta errada as outras não devem rir-se).
- Acordar sobre mecanismos de resolução de conflitos para solucionar divergências entre voluntárias ou mesmo entre as voluntárias e a promotora.
  - Escolher um membro respeitado do grupo de assistência ou da comunidade para ajudar a resolver problemas.
  - Envolver os líderes comunitários locais, caso seja mais aconselhável.

**Criação de ambientes seguros:** Os grupos de assistência devem oferecer um ambiente seguro aos participantes, caracterizado pelo respeito e pela confiança entre as voluntárias e a promotora.

**Respeito:** O respeito é fundamental para o ensino eficaz de adultos. Quando as promotoras e as voluntárias evidenciam respeito umas pelas outras, através das suas acções e palavras, o respeito desenvolve-se no grupo como um todo.

**Confiança:** O desenvolvimento de respeito e amizade entre as voluntárias e as promotoras cria confiança. Além disso, contar com apoio mútuo também reforça a confiança entre as voluntárias. E a confiança é extremamente importante quando uma lição de saúde entra em conflito com uma prática tradicional nociva.

As voluntárias confiam que as promotoras:

- Actuem no melhor interesse das voluntárias
- Prestem informações precisas sobre saúde
- Transmitam informação relevante — lições que mereçam ser aprendidas e traduzidas em acções.

➔ **Assumir o comando na criação de um ambiente de aprendizagem seguro nas reuniões do grupo de assistência.**

**As promotoras devem:**

- Escutar com atenção cada voluntária.
- Responder a perguntas — admitir quando não tiverem resposta e comprometer-se a procurar a informação correcta.
- Elogiar a participação.
- Elogiar publicamente as voluntárias pelo cumprimento dos objectivos do grupo de assistência.
- Corrigir uma voluntária em privado e nunca perante todo o grupo.
- Evitar a todo o custo comparar as voluntárias entre si.

**Apoio e responsabilização de pares:** As voluntárias devem confiar umas nas outras para atingirem os objectivos do grupo. (Ver Capítulo 4, Secção 1, “Formação e Grupos de Assistência”). Relações fortes promovem o apoio e a responsabilidade dos pares.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Relações fortes e objectivos partilhados levam à responsabilização de pares — as voluntárias exercem uma pressão amigável para se encorajarem mutuamente a participarem nas reuniões e a fazerem visitas domiciliárias.

➔ **Encorajar as voluntárias do grupo de assistência a apoiarem-se mutuamente de várias formas.**

**As voluntárias devem:**

- Elogiar-se mutuamente como uma componente regular das reuniões do grupo de assistência.
- Comemorar em conjunto o cumprimento dos objectivos do grupo.
  - Dispor de tempo adicional para festejar com canções e danças.
  - Trazer alimentos e preparar uma refeição para todas partilharem durante a reunião.
- Ajudar a satisfazer as necessidades materiais das outras voluntárias, se puderem.
- Dar apoio emocional em situações de tensão ou de perda.
- Alternar os locais das reuniões do grupo de assistência (por exemplo: reunir nas casas das diferentes voluntárias).
- Visitar outros grupos de assistência da mesma aldeia ou de aldeias próximas, visando o encorajamento e a aprendizagem mútuos.

➔ **Encorajar as voluntárias do grupo de assistência a serem responsáveis perante os outros membros do grupo.**

- O entusiasmo do grupo de assistência pode estimular voluntárias relutantes a continuarem a participar.
- Permitir às voluntárias dos grupos de assistência falarem dos seus medos e preocupações como um grupo.
- Se uma voluntária não assistir a uma reunião, uma outra voluntária do grupo de assistência pode visitá-la e transmitir-lhe a lição.

- Se uma voluntária não puder participar numa reunião ou visitar as famílias por causa de um problema pessoal, ela deve contar o problema às outras voluntárias. Estas farão o que for preciso para ajudar.

## 2.2 Desenvolver Relações com a Comunidade

As voluntárias dos grupos de assistência pautam a sua interacção com as famílias segundo a sua relação com as respectivas promotoras. Os valores e a cultura do projecto — um respeito profundo e um sentido de merecimento por cada beneficiário — são essenciais para a realização de visitas domiciliárias eficazes.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
As visitas domiciliárias baseiam-se nas relações existentes entre as voluntárias dos grupos de assistência e as famílias que lhes estão mais próximas.

**Com os beneficiários:** As voluntárias dos grupos de assistência não ensinam lições de saúde a estranhos — elas visitam os seus vizinhos, amigos e parentes. Os grupos de assistência influenciam a importância cultural da comunidade, muitas vezes localizadas em áreas rurais de países em vias de desenvolvimento, a fim de facilitarem e optimizarem a formação das famílias.

As voluntárias visitam naturalmente os seus vizinhos mais próximos, dado que uma voluntária dos grupos de assistência é seleccionada para cada grupo de 10 famílias (ver Capítulo 3, Secção 3 “Seleção das Voluntárias” para rever como as comunidades escolhem as voluntárias).

A estreita proximidade das voluntárias facilita a elas próprias e às famílias o ensino e a aplicação das lições de saúde no dia-a-dia. A reduzida proporção de famílias por voluntária aumenta a frequência das interacções, em comparação com os programas que dispõem apenas de uma ou duas voluntárias por aldeia. Da mesma forma, é mais fácil para as famílias acederem à respectiva voluntária quando têm problemas.

Conforme afirmou uma voluntária do Vurhonga I na cidade do Guijá, *“Temos horas para começar, mas não para acabar”*.

### Aplicação: AM no RUANDA

As visitas domiciliárias ajudam a promover uma consciência saudável de preocupação comunitária em áreas onde as relações podem ser fracas. No Ruanda, a equipa do PSI encontrou relacionamentos distantes e falta de confiança entre os membros da comunidade, em parte devido ao longo historial de conflito do país. Muitas famílias ficaram surpreendidas e até desconfiadas pelo facto das voluntárias dos grupos de assistência quererem visitá-las e ajudá-las. Uma voluntária dos grupos de assistência conta: *“No início, as mães não confiavam realmente em nós e perguntavam ‘O que é que pode fazer por mim, porque é que está aqui? Não passa de uma dona de casa’. Foi compensador ver que, ao longo do tempo, a maioria das mães e dos maridos deixaram de ser cépticos e aceitaram o programa com entusiasmo”*.

**De mãe para mãe:** As preocupações partilhadas são uma outra base importante das visitas domiciliárias. Estas constituem, na sua essência, lições partilhadas de mãe para mãe. Embora não sejam exclusivas dos grupos de assistência, quanto mais profundas são as relações possíveis com os grupos de assistência mais elas se desenvolvem.

### ➔ Maximizar a preocupação comum das mães pelo bem-estar dos seus filhos.

#### As voluntárias devem:

- Abordar as beneficiárias sob a premissa comum de serem mães.
- Interessar-se activamente pelo que as beneficiárias fazem na altura da visita.
- Estar alerta relativamente a comportamentos positivos e elogiá-los.
- Demonstrar o compromisso para com as famílias, visitando-as com regularidade.

**Com a família inteira:** É geralmente muito difícil para uma mãe alterar o seu comportamento sem o apoio da família. Os outros membros — maridos, avós e anciões — têm muitas vezes poder de decisão sobre como educar uma criança. As voluntárias dos grupos de assistência devem encontrar formas de influenciarem estes outros decisores chave.

➔ **Conseguir o apoio de todos os membros envolvidos na tomada de decisões e nos cuidados à criança, a fim de alterar as práticas de saúde da família.**

**As voluntárias devem:**

- Convidar os membros da família a participarem na visita, nas lições e nas actividades, assistindo à lição, demonstração, canções, etc.
- Conversar com a mãe beneficiária para determinar se um outro decisor (marido, avó, etc.) impede a alteração positiva de comportamentos.
- Procurar o decisor renitente e explicar-lhe a lição de saúde.
- Se necessário, regressar com uma outra voluntária do grupo de assistência para ajudar a convencer essa pessoa.
- Pedir ajuda aos líderes comunitários se o problema persistir.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Com o passar do tempo, os grupos de assistência influenciam muitos decisores, dado que visitam regularmente cada família beneficiária na área do projecto.

Por exemplo, em Moçambique, é frequente as avós decidirem quando uma mãe deve parar de amamentar o seu bebé — as voluntárias fizeram um esforço especial para as envolverem nas discussões tidas com as mães acerca da amamentação. O Vurhonga considera que os maridos podem inicialmente desconfiar da razão por que as voluntárias dos grupos de assistência visitam e insistem tantas vezes para que as mulheres mudem a forma como cuidam dos seus filhos. Ao envolver os maridos nas visitas domiciliárias, as voluntárias esclarecem dúvidas e ganham o seu apoio.

**Aplicação: AM no CAMBOJA**

As mulheres das zonas rurais do Camboja deixavam muitas vezes os filhos pequenos ao cuidado dos filhos mais velhos, enquanto trabalhavam nos arrozais. Ensinar apenas as mães não abrangia os irmãos mais velhos que cuidavam dos mais novos durante a maior parte do dia. Como resposta, o PSI integrou equipas que faziam peças de teatro e de marionetes para crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos. A equipa de marionetes ensinou às crianças mais velhas as mesmas lições que as mães aprendiam.

**Com a comunidade:** As interações personalizadas e consistentes com cada família depressa difundem novos conhecimentos em toda a comunidade. A implementação simultânea de uma lição de saúde para todas as famílias beneficiárias, implica que estas não estão isoladas ao experimentarem o novo comportamento. Para além das voluntárias dos grupos de assistência, outras famílias estão também envolvidas no mesmo processo de alteração de comportamentos. Tal facto encoraja as famílias a tentarem adoptar novas práticas de saúde mais rapidamente.

**Aplicação: AM no RUANDA**

O PSI do AM no Ruanda atingiu muitos dos seus objectivos de FDP a meio do projecto de cinco anos. O avaliador de MDP, Dr. Henry Perry (Future Generations) escreveu: “A rápida aceitação das intervenções, logo após o seu desenvolvimento e a implementação da infra-estrutura do projecto, é realmente impressionante”.

**Perseverança:** É necessária perseverança para convencer as famílias, e as próprias voluntárias, a abandonarem práticas tradicionais nocivas. As voluntárias podem levar algum tempo a querer alterar um comportamento enraizado na sua cultura.

➔ **Ser paciente, trabalhar com calma e persistência visando a alteração positiva de comportamentos.**

**As promotoras devem:**

- Começar com práticas menos passíveis de serem controversas ou de encontrarem resistência. Implementar as intervenções mais difíceis quando a credibilidade e a confiança mútua forem totalmente conseguidas.
- Demonstrar sempre respeito, não manifestar irritação ou rejeição, nem esperar que as voluntárias alterem de imediato práticas nocivas.
- Solicitar a ajuda dos líderes da comunidade solidários para implementar intervenções difíceis.
- Dar exemplos de casos de sucesso nas comunidades que já praticam as intervenções propostas.

De igual forma, as voluntárias devem orientar pacientemente as famílias em todo o processo de aprendizagem que leva à alteração de comportamentos.

➔ **Ensinar persistentemente as famílias, baseando-se no modelo das promotoras.**

**As voluntárias devem:**

- Ser o mais informais possível, negociando em vez de imporem ideias às famílias.
- Ter em conta o ponto de vista das famílias, maximizando os benefícios e minimizando os obstáculos que as famílias consideram importantes.

Uma avó da aldeia de Matidze descreveu a perseverança das voluntárias dos grupos de assistência do Vurhonga I do seguinte modo: *“Por vezes tínhamos divergências com as voluntárias. Quando viam uma criança doente e a ficar pior com o que lhe fazíamos, as voluntárias continuavam pacientes. Imploravam-nos e acarinhavam-nos. Quando as afugentávamos, elas regressavam três e quatro vezes. Por fim, levavam-nos ao lugar onde podíamos obter ajuda e ficavam lá connosco para vermos que isso funcionava”.*



## SECÇÃO 3

### “Juntas, Ajudamos a nossa Comunidade”: Incentivos das Voluntárias

As voluntárias dos grupos de assistência dedicam gratuitamente o seu tempo e a sua energia, sem receberem qualquer remuneração ou subsídio. O modelo de grupos de assistência baseia-se principalmente em incentivos não materiais para motivar os participantes, prevenir o desgaste das voluntárias e assegurar a sustentabilidade das intervenções. Os avaliadores do Vurhonga comentaram que nunca ouviram as voluntárias dizer que “*Fazem o trabalho do projecto sem receberem*”. Em vez disso, o refrão é “*Juntas, ajudamos a nossa comunidade*”.

#### 3.1 Incentivos Não Materiais

A abordagem dos grupos de assistência é comandada por três incentivos não materiais importantes:

- 1) **Apoio dos grupos de assistência:** As voluntárias tiram partido da pura alegria e amizade que recebem nas reuniões dos grupos de assistência. Apoiam-se entre si na aprendizagem, nas visitas domiciliárias e na modelação de comportamentos positivos dos seus vizinhos e comunidades (ver também Capítulo 4, Secção 2 “Relações”).
- 2) **Objectivos do grupo:** As voluntárias dos grupos de assistência definem objectivos partilhados e apoiam-se entre si para atingi-los. Ao cumprirem esses objectivos e celebrarem os seus feitos, as voluntárias experimentam um sentimento renovado de propósito que fortalece a identidade do grupo.
- 3) **Reconhecimento e capacitação da comunidade:** O elogio da comunidade aumenta a auto-estima das voluntárias e contribui para convencê-las de que o trabalho que desenvolvem é importante. Serem catalisadoras de acções a nível da comunidade fá-las sentir ligadas a um movimento superior a elas próprias.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Os principais incentivos não são benefícios materiais. Em vez disso, os grupos de assistência dependem das relações, do sentimento de objectivo partilhado, do seu cumprimento e do reconhecimento por parte da comunidade.

#### 3.2 Solidariedade Através dos Objectivos do Grupo

O sucesso dos grupos de assistência depende da força da identidade do grupo. Definir objectivos para o grupo atingir em conjunto é uma ferramenta importante para fomentar a solidariedade do grupo. O progresso no desenvolvimento dos conhecimentos de saúde, no envolvimento com a comunidade e no impacto das intervenções pode ser facilmente avaliado pelo próprio grupo de assistência através de um processo de definição e monitorização de objectivos participativos (ver também Capítulo 4, Secção 1 “Formação e Grupos de Assistência”).

**Comemoração do cumprimento dos objectivos:** É importante para um grupo de assistência comemorar em conjunto o cumprimento de um objectivo, tal como passar num teste oral sobre uma intervenção. Isso assegura a todas as voluntárias de que o seu contributo foi importante para o sucesso do grupo.

#### ➡ Celebrar os êxitos do grupo.

##### As promotoras devem:

- Elogiar e reafirmar a segurança no grupo durante as reuniões do grupo de assistência e, sempre que possível, em fóruns públicos.

- Comemorar com canções e danças numa altura exclusiva para esse fim.
- Preparar, em conjunto com as voluntárias, uma refeição para todas partilharem durante a reunião (as voluntárias tomam a iniciativa de contribuir com os alimentos).
- Organizar visitas de intercâmbio — reunir diferentes grupos de assistência de modo a poderem partilhar experiências e encorajar-se mutuamente.

**Desenvolvimento pessoal:** As voluntárias aproveitam a oportunidade de desenvolverem as suas capacidades e talentos ao participarem nos grupos de assistência. Cada uma usa os dons que, de outra forma, permaneceriam ocultos. Por exemplo, uma voluntária pode descobrir e aperfeiçoar a sua aptidão para ensinar outras pessoas. O talento de cada voluntária contribui para o sucesso do grupo, aumentando a cooperação e o apreço mútuos.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
As voluntárias mantêm-se motivadas através do apoio mútuo, ao praticarem e ensinarem novos comportamentos de saúde.

**Atribuição de responsabilidade:** As promotoras confiam responsabilidades às voluntárias. São estas que ensinam as lições de saúde às famílias, e não a equipa do projecto, o que lhes confere respeito e valor. No entanto, o reduzido número de famílias por voluntária impede que as mesmas fiquem sobrecarregadas e exaustas.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Partilhar as responsabilidades entre o grupo de assistência aumenta a solidariedade do grupo e o espírito comum para ajudar a mudar a comunidade.

#### Aplicação: AM no RUANDA

As voluntárias dos grupos de assistência queixaram-se de que os membros da comunidade se referiam a elas como “*Abakorerabusa*” ou “*aquelas que trabalham de graça*”. A equipa do PSI e os grupos de assistência decidiram chamar as voluntárias de “*Abakorera abandi*” — “*aquelas que ajudam o próximo*”.

### 3.3 Reconhecimento e Capacitação da Comunidade

**Poder dos números:** A elevada proporção de voluntárias por beneficiários constitui uma força motivadora. As voluntárias constituem uma massa crítica de trabalhadoras solidárias, cuja presença em cada comunidade aumenta a força do respectivo trabalho.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Segundo o Dr. Franklin Baer, avaliador final do Vurhonga I e do PSI da AM no Malawi, “Nos grupos de assistência, a alteração de comportamentos transita de uma decisão individual para um movimento social”.

Os grupos de assistência não capacitam apenas as voluntárias individuais. As voluntárias dos grupos de assistência sentem que estão associadas a algo muito superior a elas próprias. Elas constatarem ser a força motriz por detrás de melhorias mais abrangentes, à medida que inúmeras famílias começam a mudar o seu comportamento. Além disso, os líderes locais também trabalham com os grupos de assistência a fim de compreenderem e resolverem problemas que afectam a saúde das pessoas na comunidade (ver Capítulo 6, Secção 1 “Líderes Locais”).

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
A rede solidária de voluntárias de grupos de assistência tem grande visibilidade por causa do elevado número de elementos, o que facilita às comunidades notarem a sua presença.

**Estatuto elevado:** Muitas voluntárias dos grupos de assistência beneficiam de um estatuto social elevado na sua aldeia, porque a comunidade começa a apreciar a importância da saúde preventiva e do impacto dos grupos de assistência.

**Afirmação e reconhecimento da comunidade:** O reconhecimento é empregue em muitos modelos de voluntariado e mensagens de congratulação são igualmente importantes para motivar os grupos de assistência.

- As famílias agradecem aos grupos de assistência quando as suas crianças se tornam mais saudáveis.
- As promotoras reafirmam o valor dos grupos de assistência nas reuniões e explicam as estatísticas do projecto para ajudá-los a perceber o seu impacto positivo.
- A equipa principal e as promotoras do projecto elogiam o trabalho das voluntárias nas reuniões das CCS e em outros acontecimentos públicos.
- As CCSs elogiam as voluntárias nas reuniões e reafirmam o seu valor, reforçando as mensagens de saúde.
- Os chefes da aldeia pedem aos grupos de assistência para cantarem e dançarem em acontecimentos públicos.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Uma mudança mais abrangente na comunidade motiva as voluntárias, porque estas percebem que são as catalisadoras dessa alteração.

**Exposição ao mundo exterior:** As voluntárias dos grupos de assistência entram em contacto com pessoas exteriores à sua comunidade, tais como consultores técnicos, doadores e avaliadores, e estas interacções ajudam a motivar as voluntárias. Os visitantes elogiam frequentemente as voluntárias em eventos públicos. Elas sentem-se reconhecidas e importantes quando aqueles fazem perguntas aos grupos de assistência e discutem a forma como estão a mudar a respectiva comunidade.

### 3.4 Incentivos Materiais

**Presentes:** Dar um pequeno presente uma vez por ano é comum nos modelos de voluntariado. Embora os modelos de grupos de assistência não se baseiem na oferta de presentes, um agradecimento material é importante para fazer as voluntárias sentirem-se valorizadas.

- ➔ **Oferecer presentes que auxiliem as voluntárias a desempenharem a sua função ou que reforcem a sua identidade como membros do grupo de assistência.**

Um exemplo de presente que auxilia o trabalho da voluntária é um guarda-chuva, que facilita as visitas das voluntárias às famílias durante a estação das chuvas. Os presentes que identificam as voluntárias como elementos do grupo de assistência, tais como T-shirts com logótipo, contribuem para criar um sentimento de solidariedade no grupo.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Oferecer uma remuneração ou grandes presentes como incentivos tornar-se-ia muito dispendioso por causa do elevado número de voluntárias e não contribuiria para promover a sustentabilidade dos grupos de assistência.

Uma das ofertas mais populares que o projecto Vurhonga fez às suas voluntárias foi uma “capulana”, isto é, uma peça de pano que pode ser usada como saia ou para transportar os filhos. O presente menos popular foi um alfinete, simplesmente porque era decorativo e não funcional. Para desencorajar as mulheres a aderirem a um grupo de assistência apenas pelos presentes, o Vurhonga não dá incentivos materiais mais do que uma vez por ano.

Sempre que possível, estes incentivos materiais devem ser oferecidos às voluntárias num fórum comunitário ou noutro evento que demonstre o reconhecimento do serviço e dos feitos das voluntárias por parte da comunidade.



# CAPÍTULO 5

## Monitorização e Avaliação





## SECÇÃO 1

### **Envolvimento dos Grupos de Assistência: Recolha e Relatório de Dados**

O sistema de monitorização e avaliação (MA) de um projecto deve fazer mais do que recolher dados. Deve possibilitar a actuação atempada visando a melhoria da saúde dos beneficiários a nível popular. Numerosos detentores de interesse — nas comunidades, no projecto e no MS — têm de ser parte integrante da cadeia de informação, a fim de resolverem questões que afectam a saúde comunitária. Os métodos de MA baseados nas mais-valias exclusivas dos grupos de assistência — o seu elevado número e cobertura completa dos beneficiários — fortalecem as comunidades. Estas e os grupos de assistência conseguem sustentar a sua capacidade de avaliar e de satisfazer as necessidades de saúde, mesmo após o fim do projecto. Os grupos de assistência fazem efectivamente mais do que recolher informação e partilhá-la com os detentores de interesse — as voluntárias também participam na resposta e transmitem as decisões dos líderes locais à população, acompanhando as famílias que lhes foram atribuídas para assegurarem a alteração de comportamentos.

---

#### **1.1 Necessidades dos Detentores de Interesse**

Cada um dos múltiplos detentores de interesse da comunidade, que integra um Sistema de Informação de Saúde Comunitária (SISC), possui necessidades várias em termos de informação. Para realmente possibilitar uma actuação a todos os níveis, o SISC tem de atender às necessidades de cada detentor de interesse.

Todos os detentores de interesse precisam de compreender as necessidades e as tendências de saúde em mudança, incluindo as taxas de mortalidade. Contudo, eles tendem a concentrar-se nos diferentes níveis de agregados. Os grupos de assistência e a CCS preocupam-se sobretudo com as famílias individuais e as respectivas comunidades. As promotoras e os dirigentes do projecto precisam essencialmente de informação sobre as necessidades e as tendências de saúde, tanto nas comunidades específicas como na área do projecto em geral, tal como acontece com os prestadores de cuidados médicos.

##### ***As voluntárias dos grupos de assistência precisam de:***

- Resolver os problemas das famílias individuais.
- Encontrar respostas às questões levantadas durante as visitas domiciliárias.
- Compreender o impacto que causam entre as famílias que lhes foram atribuídas.
- Compreender as necessidades de saúde bem como o impacto dos grupos de assistência entre todas as famílias apoiadas pelo grupo.
- Obter opiniões sobre a eficácia dos seus métodos de ensino.

##### ***As CCSs precisam de:***

- Compreender o impacto dos grupos de assistência na saúde das mulheres e crianças pertencentes à comunidade.
- Identificar as famílias específicas que resistem às práticas de saúde melhoradas defendidas pelos grupos de assistência.
- Identificar as necessidades em mudança e os problemas que afectam a saúde da comunidade.

**As promotoras precisam de:**

- Identificar as necessidades e as tendências de saúde numa determinada comunidade (incluindo as taxas de mortalidade).
- Compreender o impacto colectivo de um grupo de assistência sobre as famílias beneficiárias.
- Avaliar a eficácia do ensino de cada voluntária durante as visitas domiciliárias.
- Identificar os grupos de assistência menos coesos, tais como os caracterizados por uma assiduidade reduzida ou uma rotatividade elevada.

**Os dirigentes do projecto precisam de:**

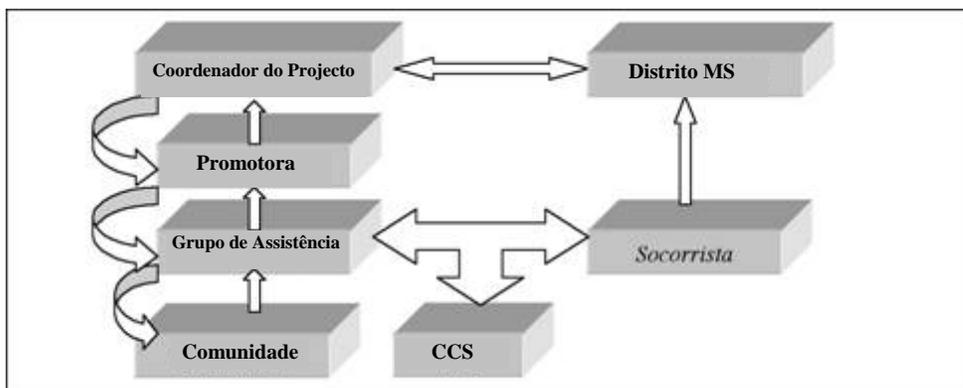
- Avaliar a eficácia de cada intervenção após ser implementada, de acordo com os indicadores de alteração de comportamentos nas famílias.
- Avaliar o progresso referente ao cumprimento dos objectivos do projecto.
- Compreender as necessidades e as tendências de saúde na área do projecto (incluindo as taxas de mortalidade).
- Identificar obstáculos ao êxito do projecto.
- Identificar promotoras menos competentes.
- Identificar as áreas pouco assistidas por parte do MS ou de outros prestadores de cuidados médicos.

**Os prestadores de cuidados médicos (isto é, o MS) precisam de:**

- Obter uma visão mais completa do estado de saúde da comunidade fora das instituições de saúde.
- Identificar as comunidades que mais necessitam aceder aos serviços de saúde.
- Compreender o impacto dos grupos de assistência em relação às tendências de saúde em mudança na área do projecto.
- Antecipar surtos de doenças.

O gráfico que se segue ilustra a cadeia de informação no SISC do projecto Vurhonga II.

**Fluxo de Informação no Vurhonga**



O grupo de assistência transmite a informação que reúne na comunidade à sua promotora. A líder dos grupos de assistência relata os resultados ao trabalhador local do MS (socorrista em Moçambique) e, por vezes, comunica-os também à CCS da área. Em algumas comunidades, o trabalhador do MS pode transmitir os resultados à CCS, em vez de o fazer à líder dos grupos de assistência. Por sua vez, as promotoras compilam os dados dos grupos de assistência que supervisionam, partilhando essa informação com os dirigentes do projecto. Estes, em conjunto com as promotoras, obtêm a informação integral do projecto, dado que reúnem a informação de todas as promotoras (logo, de todos os grupos de assistência). O trabalhador local do MS transmite a informação específica da área (fornecida pela líder dos grupos de assistência) ao MS distrital. Este recebe também os dados concernentes a toda a área do projecto por parte dos respectivos dirigentes. As respostas aos fluxos de dados fazem o percurso inverso até ao nível da população através dos mesmos canais.

## 1.2 Grupos de Assistência e SISC

O modelo dos grupos de assistência integra as voluntárias num SISC contínuo que recolhe as estatísticas demográficas, analisa as tendências e transmite os resultados aos principais detentores de interesse e à comunidade em geral. O SISC funciona bem com os grupos de assistência, porque este modelo acrescenta uma ferramenta de monitorização identificativa baseada na população — os relatórios mensais dos grupos de assistência sobre estatísticas demográficas — ao conjunto de ferramentas de MA característico do projecto. As estatísticas mensais dos grupos de assistência consistem numa ferramenta com base na população, que recolhe os dados sobre cada família beneficiária visitada pelas voluntárias. Essas estatísticas constituem a essência do SISC, satisfazendo as necessidades de todos os níveis de detentores de interesse do projecto — das voluntárias ao MS, passando pelo próprio projecto.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
O número de voluntárias e a cobertura de saturação das famílias beneficiárias criam um sistema abrangente de recolha de dados.

**Recolha das estatísticas mensais dos grupos de assistência:** A cobertura completa e consistente das famílias beneficiárias pelos grupos de assistência constitui o ponto de partida para a recolha de estatísticas mensais fiáveis sobre dados demográficos. Como parte das suas visitas domiciliárias, as voluntárias registam nascimentos, gravidezes e mortes de crianças e de mulheres em idade de procriação. Numa reunião mensal dos grupos de assistência, elas relatam verbalmente estas ocorrências entre as famílias que lhes foram atribuídas. O sistema foi concebido de modo a ser facilmente utilizado e não intimidante para as voluntárias analfabetas ou alfabetizadas. Não existe amostragem — cada voluntária transmite os relatórios sobre todas as famílias que lhe foram atribuídas. Portanto, o método é simples — as voluntárias perguntam aos seus amigos “Como estão todos?”.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
As voluntárias analfabetas são capazes de recolher, memorizar e relatar verbalmente as estatísticas demográficas respeitantes ao número reduzido de famílias que lhes foram atribuídas.

### ➔ **Relatar as estatísticas demográficas respeitantes às famílias beneficiárias, incluindo nascimentos, gravidezes e mortes de crianças e de mulheres em idade de procriação.**

#### **As voluntárias devem:**

- Perguntar sobre a saúde dos membros da família durante a visita domiciliária.
- Registrar os nascimentos, mortes ou gravidezes ocorridas nas famílias beneficiárias.
- Perguntar sobre quais as circunstâncias implicadas na ocorrência, tais como sintomas, reacção da família, etc.
- Transmitir verbalmente os dados demográficos numa reunião mensal do grupo de assistência.
- As voluntárias analfabetas podem memorizar facilmente as estatísticas demográficas porque estas ocorrências são em geral pouco frequentes entre as famílias de 10 a 15 elementos que lhes foram atribuídas.
- Uma voluntária alfabetizada (muitas vezes a líder do grupo de assistência) regista a informação.
- A líder do grupo de assistência entrega o formulário à promotora.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Recolher dados de estatísticas demográficas representa uma carga mínima para a equipa do projecto, porque é feita através das voluntárias dos grupos de assistência.

#### **As promotoras devem:**

- Reunir e tabelar manualmente os resultados de todos os grupos de assistência.

#### **As promotoras, as supervisoras e a equipa principal devem:**

- Analisar os resultados e as tendências.

Para além de reunirem estatísticas demográficas, as voluntárias dos grupos de assistência podem colocar outras questões específicas e recolher dados sobre vários outros assuntos junto das famílias que lhes foram atribuídas. É importante que as voluntárias do grupo de assistência considerem estes dados como informação sobre a qual têm de actuar para bem da comunidade, o que as mantém motivadas a prosseguir.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

A elevada proporção de voluntárias por famílias, significa que a recolha de dados não ocupa demasiado tempo às voluntárias.

**Compreensão das estatísticas mensais dos grupos de assistência:** Os grupos de assistência não formam apenas uma rede abrangente e eficaz destinada à recolha de dados, mais importante do que isso, ajudam as voluntárias a compreenderem e a actuarem sobre a informação que recolhem. A compreensão tem início na reunião dos grupos de assistência, quando as voluntárias discutem a informação referente às famílias individuais e à área de trabalho global dos grupos de assistência.

Nas reuniões dos grupos de assistência, as voluntárias debatem sempre a informação no âmbito do seu contexto. A seguir a uma voluntária partilhar a sua percepção do que ocorreu numa determinada família, os restantes membros do grupo de assistência comentam o que sabem. O processo é normalmente auto-correctivo, dado que as voluntárias detectam qualquer informação falsa e aprendem com o conhecimento comum. As voluntárias compreendem melhor o que causa uma má ou boa saúde na comunidade. As promotoras também aprendem mais acerca dos factores determinantes da saúde, à medida que orientam as discussões dos grupos de assistência e fazem perguntas às voluntárias.

#### ➔ Criar oportunidades para o ensino e a análise bilateral.

##### **As promotoras devem:**

- Discutir imediatamente as estatísticas demográficas com as voluntárias, assim que estas relataram a informação.
- Pedir à voluntária para apresentar uma razão possível para a ocorrência.
- Convidar outras voluntárias a partilharem a sua percepção da ocorrência.
- Discutir com as voluntárias, aprendendo com elas e corrigindo qualquer informação falsa, se necessário.
  - Ajudar as voluntárias a associarem as práticas de saúde ou os factores ambientais aos efeitos sobre saúde e doença.
- Identificar as acções que as voluntárias podem levar a efeito no futuro, com base nas lições aprendidas na discussão.

A discussão das estatísticas dos grupos de assistência ensina os grupos a resolverem problemas em conjunto e a basearem-se em experiências passadas. Assim, as voluntárias podem comparar um problema actual com os acontecimentos passados e as lições aprendidas ou, em alternativa, determinar se todas se depararam com um problema semelhante, nas famílias que lhes foram atribuídas, podendo apontar para uma questão de saúde mais abrangente que afecte a comunidade. O processo pressupõe que todas as voluntárias apliquem uma lição de saúde aprendida a uma situação actual. “Lembra-se que ela sofreu muitas hemorragias durante a última gravidez? Teremos de a manter em observação”. “Tivemos 2 crianças que morreram e outras 22 estão doentes. O que está a acontecer?”.

Cada voluntária mantém relações contínuas e contacto frequente com as famílias que acompanha nas visitas domiciliárias e no seu quotidiano. Portanto, o grupo de assistência não discute uma estatística que lhe é indiferente. Ele fala de uma criança que uma voluntária — se não mesmo todas — conhece e com a qual se preocupa. Trabalhando em colaboração, o grupo de assistência identifica o que a voluntária pode fazer para resolver a situação. As ligações pessoais motivam a

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

As voluntárias actuam sobre a informação ao nível a que esta é recolhida. Uma voluntária obtém as opiniões do grupo e da promotora, logo que relata a situação.

voluntária a agir. Depois de discutir a situação na reunião do grupo de assistência, a voluntária é capaz de actuar rapidamente junto da família.

No caso da morte de uma criança ou mulher, conduzir uma autópsia verbal (discutir as circunstâncias inerentes à ocorrência e os sinais de doença) ajuda as voluntárias e as promotoras a determinarem as causas prováveis da morte. Tal contribui para as voluntárias compreenderem melhor os factores comportamentais e ambientais que causam doença e morte. As promotoras podem também acompanhar as próprias famílias a fim de obterem mais informações e precisarem a causa do óbito. Antes de se tornarem voluntárias, a maioria dos membros do grupo de assistência conhece as 10 famílias que lhe foram atribuídas e mantém com elas uma relação de confiança ou respeito — um critério considerado pela comunidade para a selecção das voluntárias. Por conseguinte, as voluntárias podem ser intermediárias entre a equipa do projecto e a comunidade, possibilitando aos membros desta discutirem as suas crenças e preocupações mais abertamente do que fariam entre estranhos. Tudo isto ajuda as voluntárias e a promotora a ficarem a saber o mais possível sobre a autópsia verbal.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

A incidência sobre 10 a 15 famílias promove as relações e preocupações pessoais que motivam as voluntárias a procurarem resposta para as necessidades das famílias tão depressa quanto possível.

### 1.3 Monitorização e Avaliação com Base no Projecto

Outras actividades de MA são realizadas no projecto, através da recolha de dados por parte das promotoras e das supervisoras e não pelos grupos de assistência.

**Avaliação rápida local:** Uma ARL é uma ferramenta de MA com base no projecto que satisfaz muitas das necessidades de informação das promotoras e dos dirigentes do projecto. Constitui uma poderosa ferramenta de gestão do programa, capaz de produzir vastos resultados que podem ser analisados independentemente. As ARLs funcionam nos diferentes níveis de agrupamentos criados pela estrutura do modelo de grupos de assistência: família individual, 10 famílias por voluntária, 100 famílias por grupo de assistência e 800 ou mais famílias sob a orientação de uma promotora individual.

#### As ARLs são ferramentas eficazes porque:

- Produzem informação específica para uma área micro-geográfica dentro do projecto.
- Produzem dados que correspondem à estrutura de gestão do projecto.
- Permitem aos gestores do projecto avaliar o desempenho de uma promotora e dos grupos de assistência que esta supervisiona.
- Identificam problemas emergentes ou outras questões com a cobertura do MS, sem que os problemas detectados se percam no processo de recolha de dados à escala do projecto.
- Demonstram as tendências à escala do projecto depois de reunidas.

As ARLs servem de base ao estudo de amostragem sobre as famílias beneficiárias cobertas pelos grupos de assistência seleccionados e não sobre a população generalizada. Os resultados do estudo evidenciam alterações nos conhecimentos e comportamentos das famílias auxiliadas por um grupo de assistência de uma determinada promotora. Um projecto de saúde pode realizar ARLs trimestrais (aproximadamente no final de cada intervenção) para verificar o seu progresso em relação aos objectivos.

Caso as perguntas feitas na ARL incidam sobre uma intervenção recentemente concluída, as promotoras e os dirigentes do projecto podem avaliar se a intervenção foi bem implementada. Para os PSIs, é geralmente útil recorrer a questões do estudo de CPC de linha de base para comparar o progresso. Por norma, na experiência do Vurhonga, as ARLs correlacionam-se bem com estudos de CPC de maior escala.

➔ **Conduzir ARLs regularmente para acompanhar o progresso.**

**Os dirigentes do projecto devem:**

- Seleccionar aleatoriamente um grupo de assistência de cada promotora.
  - Para uma amostra mais reduzida, seleccionar aleatoriamente várias promotoras em primeiro lugar e depois escolher alguém entre os seus grupos de assistência.
- Identificar todas as famílias auxiliadas pelas voluntárias do grupo de assistência seleccionado.
  - Para uma amostra mais reduzida, seleccionar aleatoriamente um certo número de famílias auxiliadas pelo grupo de assistência.
- Conservar a objectividade, fazendo as promotoras trocar de área, de modo a não entrevistarem as famílias visitadas pelas suas voluntárias.

**As promotoras devem:**

- Realizar estudos sobre todas as famílias seleccionadas usando as questões de CPC definidas.
  - Seleccionar questões relevantes para avaliar o impacto de uma intervenção recente.
  - Entrevistar, em cada família, uma mulher em idade de procriar.

**Os dirigentes do projecto e as promotoras devem:**

- Tabelar e analisar os dados.
  - Analisar dados globais e por promotora.
- Partilhar os resultados com os grupos de assistência e com os vários detentores de interesse.
  - Explorar as implicações para acções futuras.

**Compreensão de ARLs e outras avaliações:** As promotoras podem relatar os resultados de avaliações de projectos mais abrangentes às voluntárias durante as reuniões dos grupos de assistência. Enquanto os próprios grupos de assistência não realizarem ARLs ou CPCs, as voluntárias podem manifestar-se quanto às tendências indicadas pelos dados. Tal ajuda também o grupo de assistência a observar que o seu trabalho contribui para o esforço dos restantes grupos ao longo do projecto.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

A discussão das tendências de saúde e dos resultados do projecto com os grupos de assistência fornece à equipa do projecto mais informação sobre o nível local, especialmente se os grupos de assistência fizerem perguntas de acompanhamento às famílias.

➔ **Encorajar as voluntárias a compreenderem e a transmitirem informação sobre as avaliações.**

**As promotoras devem:**

- Partilhar periodicamente as tendências (para a área local dos grupos de assistência e global do projecto) e os resultados do estudo de ARL.
  - Recorrer a ilustrações ou explicações simples na apresentação de estatísticas e tendências.
- Convidar as voluntárias a partilhar a sua compreensão do significado dos dados.
- Discutir com as voluntárias as razões possíveis de um bom ou mau resultado.
- Retomar a análise dos grupos de assistência para a discutir com outras promotoras ou dirigentes do projecto.

As promotoras podem pedir às voluntárias dos grupos de assistência para conduzirem a discussão com os seus vizinhos ou para colocarem questões de acompanhamento às famílias. As promotoras podem igualmente integrar grupos de interesse nos grupos relevantes da comunidade para compreenderem melhor uma determinada tendência.

**Medidas de desempenho qualitativas:** A reunião de informação qualitativa sobre o desempenho dos grupos de assistência é uma outra componente necessária do sistema de MA global do projecto de saúde. Proporciona o conhecimento em primeira mão da exactidão do ensino, bem como o respectivo grau de participação e envolvimento.

➔ **Visitar regularmente o terreno para recolher dados qualitativos e opiniões.**

**As promotoras devem:**

- Fazer regularmente visitas domiciliárias com as voluntárias e avaliar se estas transmitem bem as lições de saúde.
  - Assistir voluntárias individuais, proporcionando orientação e apoio.
- Dedicar algum tempo a pelo menos uma voluntária antes ou depois de cada reunião. Com o passar do tempo, todas as voluntárias recebem atenção exclusiva (o apoio do seu grupo de assistência é muito mais frequente).
- Dedicar tempo adicional a voluntárias renitentes.

**As supervisoras devem:**

- Idealmente, acompanhar cada promotora no terreno pelo menos duas vezes por mês. Tal pode incluir participar nas reuniões do grupo de assistência e visitas domiciliárias.

**O director do projecto e a educadora de saúde devem:**

- Visitar regularmente as supervisoras, as promotoras e as voluntárias do grupo de assistência no terreno.

No Vurhonga, o director do projecto desloca-se ao terreno pelo menos uma vez por semana e também reside na área do projecto.

**Contagem das famílias:** Uma outra ferramenta de MA com base no projecto é a contagem de famílias. Através da contagem das famílias regista-se o número de beneficiários directos em cada família e o número total de famílias beneficiárias. Esta contagem pode igualmente ser utilizada para recolher dados demográficos, isto é, as taxas de natalidade e de mortalidade. É principalmente útil no princípio do projecto. A partir da contagem inicial das famílias, os gestores do projecto determinam o número total e a distribuição de grupos de assistência e promotoras. Levar a efeito uma contagem exaustiva das famílias na área do projecto é essencial para estabelecer a rede de grupos de assistência.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

As ARLs e os relatórios mensais dos grupos de assistência sobre estatísticas demográficas são específicos a um local, permitindo a cada CCS atender às necessidades da sua comunidade.

No Vurhonga, a contagem das famílias difere de um verdadeiro recenseamento, na medida em que o projecto não faz a contagem de todos aqueles que residem na respectiva área. Apenas conta os beneficiários e não regista os não-beneficiários (homens). O projecto também não mantém uma lista dos nomes de todos os beneficiários. Os grupos de assistência alcançam um número de beneficiários tão elevado que registar todos os seus nomes ocuparia demasiado tempo. Além disso, o investimento de tempo exigido para criar uma lista de nomes impediria a aquisição de informação tão útil à tomada de decisões quanto as actividades de MA.

Caso seja relevante para o projecto, a equipa pode realizar a contagem dos membros de cada família ao colocar questões acerca da natalidade e da mortalidade infantis. Assim o projecto adquire uma visão retrospectiva das taxas de mortalidade na área do projecto.

A tabela que se segue fornece um resumo dos componentes de MA utilizados no Vurhonga II.

### Componentes do Sistema de MA do Vurhonga II

Metodologia	Quem recolhe os dados	O que determinam os dados	Como são utilizados os dados	Frequência e dedicação de tempo
<b>Contagem das famílias</b>				
Contagem de famílias beneficiárias e beneficiários directos (número = 24.671 famílias)	Equipa do PSI (e por vezes voluntárias)	Número de beneficiários. Pode incluir dados retrospectivos da taxa de mortalidade infantil (bebés e crianças)	Número de voluntárias necessárias; impacto sobre a mortalidade; resultados partilhados com as CCSs pelas promotoras e grupos de assistência	Princípio e meio do projecto. A dedicação de tempo varia.
<b>Estudo de CPC</b>				
Estudo de 30 aglomerados com 50 questões (n=300)	Equipa do PSI	Indicadores do projecto	Equipa do projecto estabelece linhas de base e objectivos; resultados partilhados com grupos de assistência, CCSs e MS	Princípio /meio /fim do projecto; 5 dias para recolha e tabelação de dados
<b>Estatísticas Mensais do Grupo de Assistência (SISC)</b>				
As voluntárias relatam oralmente as ocorrências demográficas nas suas famílias à líder do grupo de assistência; esta comunica os resultados ao trabalhador local do MS	Voluntárias do grupo de assistência e socorristas do MS	Estatísticas demográficas tais como nascimentos, mortes, gravidezes e causa provável	Discussão nas reuniões dos grupos de assistência; voluntárias partilham resultados com CCSs e MS; dados resumidos compilados à escala do projecto para uso do MS e do projecto	Mensal; relatório e tabelação = 30 minutos durante as reuniões dos grupos de assistência; compilação à escala do projecto = 30 minutos no hospital distrital
<b>Avaliação Rápida Local</b>				
Estudo de CPC resumido de todas as famílias de um grupo de assistência seleccionado aleatoriamente por promotora (n=2.800)	Equipa do PSI e voluntárias	Indicadores seleccionados do projecto (normalmente relacionados com a intervenção em curso)	Equipa do PSI acompanha o progresso; implementar novamente estratégias curriculares conforme indicado; grupos de assistência e equipa do PSI partilham resultados com CCSs e MS	Aproximadamente em cada 3 a 4 meses; 5 dias para recolha e tabelação de dados

A ordem cronológica para estabelecer os componentes de MA no Vurhonga é geralmente a seguinte:

1. Estudo de CPC de linha de base e contagem das famílias.
2. Grupos de assistência organizados e a funcionarem.
3. Relatório mensal das estatísticas demográficas pelos grupos de assistência.
4. Têm início as ARLs (normalmente cerca de 3 a 4 meses após começar a formação dos grupos de assistência ou por volta do final da primeira intervenção).
5. CPCs de meio/fim do projecto e avaliações externas.

#### 1.4 Actuação dos Detentores de Interesse

As estatísticas mensais dos grupos de assistência são a essência do SISC, mas os resultados de todas as actividades de MA – incluindo as baseadas no projecto – podem ser submetidos através da cadeia de informação. O SISC estabelece um procedimento de relatório que facilita a transmissão de informações, baseando-se principalmente nas relações e na comunicação verbal de relatórios. Este sistema proporciona aos detentores de interesse o acesso a informação atempada. Enquanto cada grupo analisa e interioriza os dados, os detentores de interesse tomam e põem em prática decisões que solucionam as necessidades e as tendências de saúde em mudança, a vários níveis, em toda a área do projecto.

**Grupos de assistência:** Os grupos de assistência constituem a primeira linha de acção no SISC. Conforme mencionado nas secções anteriores, as voluntárias reflectem sobre situações individuais com os seus grupos de assistência e promotora, acompanhando as famílias depois das reuniões. Os grupos de assistência são normalmente os primeiros a discernir as alterações na saúde das suas comunidades. Eles fazem mais do que transmitir a informação aos seus superiores, eles traduzem as decisões da comunidade e do projecto em acções. Cada voluntária trabalha com as famílias que lhe foram atribuídas para satisfazer as necessidades salientadas pelo SISC e pelo sistema de MA com base no projecto.

**Gestores do projecto:** Com a informação fornecida através dos grupos de assistência, os dirigentes do projecto identificam quaisquer obstáculos o mais depressa possível. Reacções rápidas e personalizadas ajudam a manter o projecto flexível e sensível às necessidades da comunidade.

➔ **Identificar obstáculos ao progresso.**

**Os gestores do projecto devem:**

- Discutir e implementar soluções com base na equipa, nos grupos de assistência e em outros detentores de interesse, conforme aplicável.

Por exemplo, no Vurhonga II registou-se a diminuição no uso de redes mosquiteiras durante os meses de Agosto a Outubro. A equipa investigou e ficou a saber que os membros da comunidade consideravam as redes desnecessárias, uma vez que os mosquitos eram menos incomodativos durante a estação seca, mas o facto é que a malária continuava a ser endémica. A equipa voltou a transmitir mensagens sobre a malária, acentuando a importância das redes mosquiteiras durante todo o ano, e a sua utilização aumentou logo a seguir.

O Vurhonga beneficia igualmente de circuitos de informação personalizados entre a equipa (ampliados por toda a equipa falar a língua local). No Vurhonga, os dirigentes do projecto, as supervisoras e todas as promotoras reúnem-se todas as segundas-feiras de manhã e sextas-feiras de tarde. As reuniões regulares de toda a equipa criam oportunidades frequentes para a resolução de problemas e para a actuação do grupo.

➔ **Procurar formas de encurtar os circuitos de informação e manter o projecto flexível.**

**A equipa do projecto deve:**

- Reunir-se frequentemente.
- Interagir no terreno, incluindo o director do projecto.

**Partilha com as Comissões Comunitárias de Saúde:** Os grupos de assistência são os primeiros a partilhar as estatísticas demográficas mensais com as CCSs, envolvendo a comunidade mais abrangente no SISC. Os grupos de assistência transmitem igualmente os resultados do sistema de MA com base no projecto aos líderes comunitários durante as reuniões da CCS. A promotora pode participar periodicamente a fim de apresentar os dados e as tendências da ARL. A CCS discute depois os respectivos resultados, causas e implicações para a comunidade.

➔ **Partilhar regularmente dados com as CCSs, despertar consciências, salientar o progresso e aumentar a transparência.**

**A líder do grupo de assistência deve:**

- Fornecer regularmente relatórios informativos às CCSs ou a outra instituição de saúde importante com base na comunidade.
  - Partilhar verbalmente o relatório com toda a CCS.
  - Entregar ao chefe da CCS um relatório escrito sobre as estatísticas mensais (ou fornecer uma cópia a um outro membro da CCS, se o chefe for analfabeto).

- ➔ **Encorajar as CCSs a compreender informação específica à sua comunidade.**  
**A líder do grupo de assistência (e outras voluntárias) devem:**
  - Partilhar da experiência e utilizar métodos participativos para ajudar as CCSs a associarem as práticas de saúde aos resultados obtidos na comunidade.**As promotoras devem:**
  - Utilizar métodos adequados para ajudar os membros da CCS, que possam ser analfabetos, a compreender conceitos e tendências gerais no SISC e outros dados de MA (tais como imagens ou outras apresentações visuais).

Depois de serem informadas sobre as conclusões do SISC, as CCSs podem discutir as implicações para as suas comunidades. Por vezes conseguem comparar os resultados da sua aldeia com os de outra, recorrendo aos resultados da ARL específicos do local ou às estatísticas mensais do grupo de assistência. Podem igualmente comparar famílias individuais dentro da mesma aldeia, porque as estatísticas mensais do grupo de assistência se encontram limitadas às famílias atribuídas a cada voluntária.

**Actuação da CCS:** Visto que as CCSs e os grupos de assistência reconhecem em simultâneo a mudança das necessidades de saúde na sua comunidade, tentam responder adequadamente.

- ➔ **Encorajar as CCSs a tomarem a aplicarem decisões respeitantes à saúde da comunidade.**  
**A líder do grupo de assistência e/ou a equipa do projecto devem:**
  - Identificar as necessidades de saúde em mudança, conforme demonstrado no SISC.
  - Salientar a capacidade dos grupos de assistência em dar resposta às necessidades de saúde e em alcançar todas as famílias beneficiárias.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
 As comunidades recorrem à rede de voluntárias dos grupos de assistência para aplicarem soluções específicas a necessidades reveladas pelo SISC.

As comunidades actuam de várias formas. Se uma determinada família está muito relutante em relação ao ensinamento da voluntária, a CCS pode mover a influência da sua comunidade para apoiar e encorajar a família a aceitar as lições de saúde da voluntária. Embora a imposição do cumprimento por parte da comunidade possa parecer uma prática rígida na perspectiva ocidental, em muitas culturas não ocidentais é aceitável e até esperado que os chefes da aldeia exerçam essa autoridade.

As CCSs podem igualmente actuar em questões de saúde mais abrangentes destacadas pelo SISC, envolvendo os grupos de assistência para assegurar que a alteração de comportamentos ocorre a nível das famílias individuais.

- As líderes do grupo de assistência formadas pelo Vurhonga II notificaram as CCSs quando a subnutrição começou a aumentar na antiga área do projecto. Dado que os grupos de assistência tinham sido previamente formados quanto à intervenção do Atelier Doméstico, as CCSs decidiram que as voluntárias deviam voltar a implementar o Atelier Doméstico (na altura, não era uma intervenção em curso no PSI). Apesar da seca e da acentuada escassez de alimentos, a prevalência de crianças com deficiência de peso diminuiu durante 2002, de 13% em Março para 7,2% em Julho.
- Na aldeia de Mapapa, durante o Vurhonga II, os resultados do SISC alertaram a CCS para o facto de que 19 casas da sua área não tinham latrinas, apontando como objectivo comunitário que todas as casas passassem a ter latrinas no prazo de três meses.

#### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

Nas comunidades, as mães recebiam as imunizações, em particular a febre ligeira que os filhos apresentavam depois de serem vacinados. Inicialmente, o PSI dependia de incentivos extrínsecos para alterar os comportamentos. O projecto fotografou gratuitamente as crianças que tinham o plano de imunização completo, grupos de teatro providenciaram entretenimento (e educação sobre saúde) em sessões de imunização e as voluntárias

tiveram de congregar as mães para conseguirem que elas participassem nas sessões. Contudo, a aceitação e a predisposição para as imunizações só começaram a aumentar quando o SISC demonstrou aos chefes da aldeia que menos crianças estavam a morrer de tétano e de outras doenças preveníveis com vacinas. A motivação tornou-se real – o SISC, operando através dos grupos de assistência, convenceu os chefes da aldeia de que a morte de tantos bebés era evitável e convenceu as mães de que podiam vacinar os filhos e fazer algo pela sua saúde. A taxa de imunização cresceu rapidamente.

**Partilha com os prestadores de cuidados médicos:** A informação do SISC, bem como os resultados do CPC e da ARL, habilitam igualmente o MS e outros prestadores de cuidados médicos a actuarem. A informação reunida ajuda-os a compreender as tendências de saúde em toda a área do projecto. A disponibilização de informações parciais, como as ARLs, pode destacar necessidades específicas (isto é, falhas na cobertura da imunização, etc.).

➔ **Partilhar informação com prestadores de cuidados médicos/MS a nível local e distrital.**

**A líder do grupo de assistência deve:**

- Relatar mensalmente as estatísticas demográficas dos grupos de assistência a trabalhadores de saúde acessíveis e adequados (um jovem trabalhador local de saúde).

**As promotoras devem:**

- Acompanhar as equipas locais de saúde/MS, conforme necessário.

**O director do projecto deve:**

- Partilhar os resultados do CPC, da ARL e as estatísticas demográficas reunidas, bem como a informação parcial, sempre que necessário.

Destacar as necessidades de saúde e persuadir o MS a agir possibilita a tomada de soluções atempadas. Quando as voluntárias dos grupos de assistência do Vurhonga detectaram uma maior incidência de episódios de diarreia, notificaram a CCSs e o MS. Essa informação permitiu ao MS preparar-se para um potencial surto de cólera. Nesse sentido, o distrito encontrava-se pronto para lutar contra a cólera quando aquele efectivamente se deu, enquanto os outros distritos do norte foram apanhados desprevenidos.



# CAPÍTULO 6

## Ligações às Comunidades e aos Serviços de Saúde





## SECÇÃO 1

### **Aceitação dos Grupos de Assistência pela Comunidade: Líderes Locais**

Os grupos de assistência funcionam melhor quando se associam a outros grupos da comunidade que os apoiam publicamente e participam no seu trabalho. Com esta finalidade, a equipa do projecto e os grupos de assistência facilitam a criação de comissões comunitárias de saúde. As CCSs ajudam a garantir que os grupos de assistência não operem isoladamente aquando da implementação do projecto, pelo contrário, as CCSs integram os grupos de assistência na vida comunitária.

---

#### **1.1 Desenvolver Relações**

**Maior apoio:** As CCSs prestam aos grupos de assistência o apoio de uma secção mais abrangente com origem em vários segmentos da comunidade. As CCSs são constituídas tanto por homens como mulheres, muitas vezes incluindo representantes dos chefes da aldeia, outras autoridades tradicionais, líderes religiosos, associações de mulheres e outros grupos de destaque na comunidade. Estes grupos de dirigentes locais tornam-se elos importantes entre os grupos de assistência, a comunidade em geral e os prestadores de cuidados médicos. O apoio de múltiplos líderes comunitários é extremamente relevante na aceitação dos grupos de assistência por parte da comunidade.

As CCSs são um elemento essencial para a actuação da comunidade, dado que os seus membros têm capacidade para auxiliarem e aligeirarem o esforço dos grupos de assistência. A promoção de relações entre os grupos de assistência e as CCSs encoraja os líderes comunitários a apoiarem publicamente as voluntárias, a reforçarem as mensagens de saúde e a desenvolverem uma acção conjunta para melhorar a saúde da respectiva comunidade. Desta forma, as CCSs ficam preparadas para assumirem a responsabilidade de supervisionar os grupos de assistência no seu trabalho sustentável após a conclusão do projecto. Nesse sentido, o apoio das CCSs contribui igualmente para a sustentabilidade dos grupos de assistência.

➔ **Focar o desenvolvimento de relações a nível da comunidade, através de uma interação consistente para além de reuniões formais.**

**A equipa do projecto deve:**

- Informar uma secção abrangente da comunidade, líderes masculinos inclusive, sobre os grupos de assistência e o projecto.
- Demonstrar respeito, fazendo visitas frequentes.
- Cumprimentar os chefes sempre que visitar a aldeia.
- Elogiar as CCSs e os grupos de assistência por trabalharem em conjunto visando a mudança positiva da respectiva comunidade.
- Promover a transparência – falar abertamente sobre os objectivos, desafios e programa do projecto. (Por exemplo, declarar se o projecto tem apenas garantia de financiamento para quatro anos de trabalho, etc.).
- Responder a questões e a preocupações com honestidade e realismo.
- Comprometer-se a encontrar a resposta, caso não seja capaz de responder a uma pergunta.

A equipa do projecto deve dar início ao processo de criação de CCSs aproximadamente dois a seis meses depois dos grupos de assistência terem começado a operar. Caso já existam na comunidade comissões semelhantes focalizadas em saúde ou desenvolvimento, a equipa do projecto deve colaborar com elas em vez de formar um novo grupo.

- ➔ **Organizar CCSs para apoiarem os grupos de assistência e a saúde comunitária, no caso de não existirem ainda comissões semelhantes.**

***A equipa principal do projecto e as promotoras devem:***

- Realizar várias reuniões com os líderes comunitários relevantes para apresentar o conceito de CCS.
- Facilitar a formação de CCSs pouco tempo depois da criação dos grupos de assistência.
- Explicar as vantagens das CCSs em relação ao desenvolvimento e à sustentabilidade de práticas de saúde positivas.
- Envolver, de início, os líderes na resolução dos problemas da comunidade.

No Vurhonga I, chegou-se à conclusão de que formar CCSs no início do projecto é elementar para promover a sustentabilidade dos grupos. A equipa ajudou a organizar CCSs a meio do projecto – mais de dois anos após o início do trabalho. Contudo, esse tempo não foi suficiente para as CCSs se estabelecerem e enraizarem devidamente antes do fim do Vurhonga I, um ou dois anos mais tarde. Como resultado, a maioria das CCSs deixaram de se reunir praticamente um ano depois do fim do projecto. Em resposta a este problema, o Vurhonga II formou quase todas as CCSs no seu primeiro ano e meio de actividade.

- ➔ **Comunicar frequentemente com as CCSs para as informar sobre o trabalho dos grupos de assistência e necessidades de saúde na comunidade.**

***A líder do grupo de assistência deve:***

- Fornecer regularmente relatórios, orais e escritos, com informações sobre a comunidade, incluindo as estatísticas mensais dos grupos de assistência, as tendências de saúde e as avaliações baseadas no projecto.
- Informar as CCSs da implementação de novas intervenções.

***A equipa do projecto deve:***

- Participar nas reuniões da CCS sempre que possível, em particular no início do projecto.
- Ajudar as voluntárias a partilharem os resultados de avaliações, estudos, CPCs e outra informação relevante. (Ver também Capítulo 5, Secção 1).

***Actuação da CCS:*** O desenvolvimento de relações fortes entre as CCSs e os grupos de assistência prepara as CCSs para tomarem medidas concretas de apoio aos grupos de assistência. CCSs eficazes tomam iniciativas na comunidade através de tudo o que defendem e praticam.

CCSs empenhadas e eficazes:

- Reafirmam publicamente os grupos de assistência.
- Convidam os grupos de assistência a cantarem e a dançarem em eventos locais.
- Reforçam as mensagens de saúde dos grupos de assistência.
- Encorajam as famílias renitentes a adoptarem melhores práticas de saúde defendidas pelas voluntárias, recorrendo ao apoio das autoridades comunitárias sempre que necessário.
- Discutem os problemas de saúde e identificam soluções.
- Definem os objectivos de saúde da comunidade.
- Aprovam leis locais relacionadas com a saúde.
- Obrigam a comunidade a cumprir os objectivos (ou a obedecer às regras) referentes à saúde comunitária.

O Vurhonga constatou numerosos exemplos de medidas práticas tomadas pelas CCSs em resposta à informação reunida pelos grupos de assistência.

- A CCS da aldeia de Muzumuia concluiu, a partir das estatísticas mensais dos grupos de assistência, que as mulheres grávidas continuavam a dar à luz nas suas casas em vez de recorrerem aos serviços de uma parteira tradicional (PT) qualificada, que normalmente operam em palhotas destinadas ao parto profiláctico. Investigações posteriores revelaram

que as parteiras tradicionais exigiam um pagamento indevido. A CCS apresentou esta questão ao MS distrital, que resolveu o problema.

- Na aldeia de Mapapa, a CCS estabeleceu um objectivo comunitário para que todas as casas passassem a ter latrinas no prazo de três meses, após os resultados do SISC terem alertado a CCS para o facto de que 19 famílias não dispunham de latrinas. A CCS da aldeia de 25 de Setembro aprovou uma lei exigindo que qualquer casa sem latrina pagasse a membros da comunidade para a construírem.
- As CCSs da aldeia de 25 de Setembro e outras registaram um aumento de crianças subnutridas detectado através de dados de monitorização de crescimento nos relatórios dos grupos de assistência. As CCSs decidiram que os grupos de assistência, com a sua experiência no Atelier Doméstico, deviam voltar a implementar as sessões do mesmo. Apesar da seca e da acentuada escassez de alimentos, a prevalência de crianças com deficiência de peso diminuiu durante 2002.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

Os grupos de assistência fornecem às CCSs informações que lhes permitem tomar decisões, servindo também de veículo para actuar sobre essas decisões.

Em Moçambique, as CCSs também supervisionam os trabalhadores locais do MS que trabalham em tempo parcial (ver Capítulo 6, Secção 2 “Integração com os Prestadores de Cuidados de Saúde Locais”).

**Representante comunitário de saúde:** O representante comunitário de saúde oficial (um membro da comunidade e não um trabalhador do MS) actua frequentemente como líder da CCS. A ligação entre o grupo de assistência e o representante comunitário de saúde deve ser particularmente forte. No Vurhonga, chamaram a esta pessoa “Chefe de Saúde”, sendo muitas vezes nomeada pelo chefe da aldeia. Este representante de saúde é o “chefe de calque e treinador” local dos grupos de assistência, devendo assumir o comando das funções de ligação da promotora do projecto, isto é, ligar os grupos de assistência aos líderes comunitários, à CCS e ao posto de saúde.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

O chefes locais mantêm contacto directo com os grupos de assistência, visto as líderes destes serem membros da CCS.

➔ **Desenvolver relações estreitas entre os grupos de assistência e o representante comunitário de saúde.**

**As promotoras devem:**

- Dar a mesma formação que as voluntárias recebem sobre intervenções de saúde.
- Incluir o representante de saúde num grupo de assistência local.
- Encorajar o representante de saúde a ter um papel preponderante no apoio público dos grupos de assistência e no reforço das mensagens de saúde.
- Encorajar o representante de saúde a congregar toda a CCS para apoiar as voluntárias.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

A formação do representante comunitário de saúde, em conjunto com o grupo de assistência, promove o sentido partilhado de trabalho de equipa.

➔ **Preparar o representante comunitário de saúde para estabelecer a ligação entre os grupos de assistência, a CCS e o MS.**

**As promotoras devem:**

- Dar formação quanto a capacidades de liderança, tais como resolução de conflitos e facilitação de reuniões.
- Encorajar o representante de saúde a congregar toda a CCS para apoiar as voluntárias.

**Membros:** Os membros da CCS são decididos localmente, no Vurhonga são geralmente os seguintes:

- Chefe da aldeia
- Representante comunitário de saúde oficial
- Representante do MS que trabalha no posto de saúde (no Vurhonga, é o socorrista)
- Representante/líder de cada grupo de assistência na aldeia
- Chefes de bairro (2 a 3, no máximo 5)
- Dirigente da associação de mulheres (em Moçambique, é muitas vezes a dirigente da delegação local de uma organização feminina nacional)
- Representante dos líderes dos grupos de assistência religiosos locais

As promotoras do Vurhonga não são membros oficiais da CCS, mas assistem frequentemente às reuniões da comissão.

O Vurhonga defende uma assiduidade mínima de 60% de membros nas reuniões da CCS para que esta seja considerada activa. As reuniões são realizadas mensal ou bimensalmente. Na altura da avaliação final do Vurhonga II, 91% das CCSs tinham reunido nos últimos dois meses, ultrapassando o objectivo inicial de 70%.

#### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

No início do projecto no Camboja, a equipa do PSI planeou trabalhar em colaboração com um outro organismo empenhado em implementar CCSs. No entanto, esse outro organismo não cumpriu e as CCSs não foram criadas na área do projecto. A lição daí tirada foi que a organização de CCSs não deve ser atrasada, mas sim directamente incorporada nos esforços do projecto. A equipa do PSI solucionou o problema, estabelecendo boas relações com os chefes da aldeia e encorajando-os a apoiar os grupos de assistência. As líderes do grupo de assistência começaram a apresentar relatórios regulares e a despertar as preocupações da comunidade com a saúde. As relações com os chefes da aldeia ajudaram a colmatar a ausência das CCSs.

## **1.2 Grupos de Assistência de Líderes Religiosos**

**Trabalho com líderes religiosos:** A criação de grupos de assistência específicos de líderes religiosos locais origina outra ligação entre os grupos de assistência e os líderes comunitários, gerando igualmente a compreensão e o apreço da saúde pelos líderes religiosos.

A equipa do projecto convida líderes religiosos de uma dada área para participarem nas reuniões específicas dos grupos de assistência uma vez por mês. O Vurhonga considera que funciona melhor se o grupo de assistência de líderes religiosos envolver chefes da mesma religião, incluindo ainda todas as comunidades de diferentes facções dessa religião. Os líderes recebem a mesma formação sobre saúde que os grupos de assistência.

Uma diferença importante em relação às voluntárias comuns dos grupos de assistência é que os líderes religiosos não visitam as famílias, embora tenham a responsabilidade de partilharem mensagens de saúde com os membros da comunidade no decurso normal do seu trabalho religioso. Espera-se ainda que eles apoiem publicamente as actividades dos grupos de assistência.

O Vurhonga, por trabalhar com as igrejas locais, denomina estes grupos de “grupos pastorais de assistência”. O CPC final do Vurhonga II descobriu que a taxa de comparência entre os grupos pastorais de assistência era de 70%, quando o objectivo era de 60%. Além disso, 72% das mães que foram à igreja durante o mês anterior relataram que lhes foi transmitida uma mensagem de saúde, ultrapassando o objectivo definido em 50%. Nenhum destes objectivos estava incluído no CPC de linha de base do projecto, no entanto, ambos reflectem que os líderes religiosos cooperaram com o projecto e reforçaram as mensagens de saúde nas respectivas comunidades.

Os restantes grupos de assistência e as comunidades colhem vários benefícios quando o projecto dá formação aos grupos de assistência de líderes religiosos.

Os líderes religiosos:

- Passam a compreender e a apreciar as questões de saúde e os esforços dos grupos de assistência.
- Elogiam publicamente as voluntárias dos grupos de assistência.
- Promovem práticas saudáveis e a alteração de comportamentos em reuniões públicas (durante os sermões às respectivas congregações).
- Reconhecem os sintomas de doenças e pressionam as famílias a procurarem tratamento adequado – isto torna-se particularmente útil quando a família da criança doente chama o líder religioso para rezar com ela e oferecer conforto espiritual.
- Abandonam práticas prejudiciais ou tratamentos ineficazes de doenças (os líderes religiosos podem igualmente empregar práticas de cura tradicionais nocivas).

O Vurhonga testemunhou vários exemplos de pastores que abandonaram práticas tradicionais nocivas. No início do projecto, a equipa do Vurhonga descobriu que muitos pastores da facção sionista internavam crianças doentes nas suas casas, atrasando o tratamento com mezinhas. Estes pastores encontravam-se entre os líderes que recebiam formação nos grupos de assistência religiosos. Aprenderam a recomendar tratamento médico a doentes com suspeita de malária e pneumonia — embora, como reconheceu um pastor sionista durante uma avaliação final, ele não tivesse realmente necessidade de fazer recomendações, porque as famílias mostravam preferência pelo posto de saúde em relação ao internamento em casa do pastor. O pastor entrevistado não mostrou qualquer rancor com o decréscimo do negócio. Em vez disso, salientou a eficácia do tratamento no posto de saúde contra essas maleitas e como foi compensador salvar a vida das crianças da aldeia. Além disso, muitos dos pastores revelaram orgulho em serem capazes de recomendar o tratamento adequado, sabendo também que isso aumentava a sua própria credibilidade no seio da comunidade.

Desenvolver a capacidade dos grupos de assistência de líderes religiosos permite-lhes tomar iniciativas por sua própria conta. Os grupos pastorais de assistência do Vurhonga II demonstraram possuir a capacidade de planearem intervenções de saúde e mobilizarem o apoio da comunidade. A formação inicial sobre VIH/SIDA incentivou as igrejas do Distrito de Chokwe a abordarem a SIDA mais abertamente. Sem qualquer financiamento e pouca orientação externos, os pastores formaram uma equipa de trabalho inter-faccional para esclarecer as respectivas comunidades sobre os perigos de VIH/SIDA.

#### **Aplicação: AM no RUANDA**

O PSI no Ruanda obteve êxito ao recorrer a grupos pastorais de assistência. No fim do segundo ano do projecto, 31 grupos pastorais de assistência reuniam-se regularmente. Estes grupos davam formação a cerca de 330 praticantes, incluindo importantes líderes leigos, bem como 82 pastores qualificados. Por vezes, as voluntárias convidavam um líder religioso a participar numa reunião regular do grupo de assistência, o que contribuiu para estabelecer relações posteriores entre os líderes religiosos e as voluntárias.



## SECÇÃO 2

### **Integração com os Prestadores de Cuidados de Saúde Locais: Acesso aos Serviços**

Os grupos de assistência não funcionam nem podem funcionar no vazio. As intervenções do projecto que incluem a recomendação de consultas de saúde — tal como a procura de tratamento para a malária ou pneumonia, ou a vacinação — apenas são eficazes quando os respectivos serviços se encontram disponíveis. Os grupos de assistência podem aumentar a capacidade das comunidades de conjugarem esforços com os prestadores de cuidados de saúde locais, à medida que estes defendem e reforçam os serviços.

---

#### **2.1 Identificação e Reforço dos Serviços Locais**

**Avaliação:** A equipa do projecto de saúde deve avaliar que serviços de saúde precisa a comunidade, a fim de actuar sobre as mensagens de saúde promovidas pelas voluntárias dos grupos de assistência. A seguir, o projecto tem de procurar formas de ajudar a aumentar o acesso da comunidade tanto aos serviços de saúde como aos medicamentos considerados essenciais para tratamento.

➔ **Avaliar o acesso dos beneficiários a medicamentos e a serviços de cuidados médicos.**

**A equipa do projecto deve indagar:**

- Que serviços se encontram actualmente disponíveis no local?
- Qual a política do MS (o que é legal)?
- Onde procuram as pessoas actualmente assistência?
- Qual a prioridade das pessoas ao acederem a diferentes fontes de cuidados?
- Quais as fronteiras actuais no acesso a cuidados e serviços?

**Identificação de pontos de acesso:** Nas áreas do projecto Vurhonga, os serviços de saúde mais básicos e acessíveis são fornecidos pelos trabalhadores de nível inferior do quadro do MS. Estes trabalhadores de saúde são chamados “socorristas”. Os socorristas trabalham em tempo parcial, recebem um pagamento por serviço executado, prestam primeiros socorros, fornecem medicamentos anti-malária e recomendam consultas em centros de saúde maiores. O Vurhonga identificou os socorristas como um contacto chave para as intervenções que implicam a procura de tratamento. Contudo, após a investigação do projecto, descobriu-se que muitos dos socorristas existiam apenas em registos do MS, não se encontrando realmente no activo.

**Aumento da disponibilidade:** Um projecto pode precisar de tomar medidas para aumentar a disponibilidade dos serviços de saúde. O Vurhonga e os grupos de assistência usam a sua rede de relacionamentos para dinamizar os socorristas. As promotoras e as líderes dos grupos de assistência começaram a reunir-se regularmente com o socorrista da sua área local. Em colaboração com o MS distrital, a equipa do Vurhonga levou a efeito sessões de formação para os socorristas. A formação destes elementos representou um custo mínimo para o PSI, uma vez que as promotoras utilizaram o curriculum anteriormente desenvolvido para a formação dos grupos de assistência. Além disso, os postos de saúde dos socorristas eram muito básicos — a equipa e os grupos de assistência encorajaram as comunidades a contribuírem para a construção de novos postos. Os membros da comunidade deitaram mãos à obra e construíram instalações simples, usando materiais locais.

➔ **Procurar soluções inovadoras e rentáveis para aumentar o acesso das comunidades aos cuidados médicos.**

**A equipa do projecto deve:**

- Identificar potenciais fontes de serviços de saúde, partindo das ideias dos grupos de assistência.
- Providenciar formação aos prestadores de cuidados médicos locais, se necessário.
- Utilizar o curriculum dos grupos de assistência para formar prestadores de cuidados médicos locais, sempre que aplicável.
- Influenciar o MS a fornecer aos prestadores de cuidados médicos locais medicamentos de primeira necessidade e equipamentos (produtos anti-malária, redes mosquiteiras, etc.).

**As promotoras devem:**

- Consciencializar as voluntárias acerca dos serviços de saúde locais disponíveis, durante as reuniões dos grupos de assistência.
- Encorajar os grupos de assistência a interagirem com os prestadores de cuidados médicos locais.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

A cobertura de saturação dos grupos de assistência desperta consciências e a maior procura dos serviços de saúde na comunidade.

As líderes dos grupos de assistência do Vurhonga começaram a fornecer aos socorristas relatórios mensais de estatísticas demográficas dos grupos de assistência. As líderes e as voluntárias dos grupos de assistência também os encorajaram a tornarem-se mais activos na comunidade. Adicionalmente, sempre que trabalhavam com os beneficiários, todos os grupos de assistência recomendavam às famílias procurarem os socorristas quando as crianças apresentassem quaisquer sintomas de malária ou pneumonia. As pessoas começaram a recorrer ao tratamento dos socorristas e isto fê-los sentir importantes e motivados para estarem mais disponíveis e envolvidos.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

A apresentação regular de relatórios sobre os dados de saúde locais e a discussão das necessidades de saúde com os prestadores de cuidados de saúde locais contribui para o desenvolvimento de relações entre estes e os grupos de assistência.

➔ **Desenvolver ligações entre a comunidade e os prestadores de cuidados médicos locais.**

**A líder do grupo de assistência deve:**

- Reunir-se regularmente com os prestadores de cuidados médicos locais, mesmo numa base informal.
- Partilhar as estatísticas demográficas mensais dos grupos de assistência e os resultados da ARL.

**As voluntárias do grupo de assistência devem:**

- Ensinar as famílias sobre onde procurar assistência e encorajar as mesmas a utilizar os serviços de saúde.
- Estimular os prestadores de cuidados médicos locais, salientando a importância do seu trabalho e promovendo o sentimento de auto-estima.

**Aumento do acesso:** O resultado final do Vurhonga traduziu-se num aumento significativo do acesso da população aos serviços de saúde. Tal resultou, sobretudo, do esforço pouco dispendioso de fixar e formar novos socorristas, em vez da construção de novos centros de saúde permanentes (cimento), embora isso também tenha acontecido.

A Diferença dos Grupos de Assistência:

A recolha de dados dos grupos de assistência proporciona um nível de monitorização que constitui uma ferramenta útil para o MS.

Segundo as avaliações finais, tanto no Vurhonga I como no II, mais de 90% da população total residia a uma distância de 5 km de um posto de saúde. As tabelas que se seguem indicam a alteração observada nos serviços de saúde disponíveis nas áreas do projecto Vurhonga.

### Infra-estruturas de Saúde nos Distritos de Mabalane e Guijá (Vurhonga I, 1995-1999)

Instalações de Saúde (material de construção + tipo de pessoal)	Mabalane		Guijá		Total	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Centro de Saúde (permanente + enfermeiras + parteira)	1	1	1	1	2	2
Posto de Saúde (permanente + enfermeira e/ou parteira)	1	2	5	5	6	7
Posto de Saúde (permanente + Socorrista)	0	4	0	2	0	6
Posto de Saúde (materiais locais + Socorrista)	1	5	3	12	4	17
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>32</b>
População a 5kms de um Posto de Saúde	37.692	68.076	15.234	21.552	52.926	89.628
População Total na Área do Projecto	68.640	68.640	22.896	22.896	91.536	91.536
<b>% de população com acesso ao Posto de Saúde</b>	<b>55%</b>	<b>99%</b>	<b>67%</b>	<b>94%</b>	<b>58%</b>	<b>98%</b>

*Nota: Um posto de saúde em Mabalane e várias aldeias pequenas situadas a ocidente do rio Limpopo (fora da área do projecto) não foram incluídos nos cálculos acima indicados.*

As infra-estruturas de saúde nos Distritos de Mabalane e Guijá aumentaram 266% entre 1995 e 1999. Aquelas incluíam mais sete postos de saúde permanentes (dos quais seis foram construídos com a ajuda dos Médicos Sem Fronteiras e da Federação Luterana Mundial). Conforme observou o avaliador externo, ainda mais impressionante foi, contudo, o acréscimo de 13 postos de saúde construídos pelas comunidades com materiais locais, operados por socorristas seleccionados pela comunidade e formados pelo MS com o auxílio do Vurhonga I. O projecto apoiou o MS no desenvolvimento curricular destinado à formação tanto de socorristas como de enfermeiras.

### Infra-estruturas de Saúde no Distrito de Chokwe (Vurhonga II, 1999-2001)

Instalações de Saúde (material de construção + tipo de pessoal)	Distrito de Chokwe	
	1999	2001
Centro de Saúde (permanente + enfermeiras + parteira)	3	3
Posto de Saúde (permanente + enfermeira e/ou parteira)	10	10
Posto de Saúde (permanente + Socorrista)	2	3
Posto de Saúde (materiais locais + Socorrista)	2	28
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>44</b>
População a 5kms de um Posto de Saúde	84.630	132.084
População Total na Área do Projecto	130.492	132.480
<b>% de população com acesso ao Posto de Saúde</b>	<b>64,8%</b>	<b>99,7%</b>

No início do Vurhonga II, as infra-estruturas do MS incluíam o hospital de Chokwe, três centros de saúde com enfermeiras e 14 postos de saúde com uma enfermeira ou uma socorrista. Havia 34 aldeias sem postos de saúde. A população com acesso a serviços de saúde a 5 km da aldeia era de 65%. Quatro anos mais tarde, 99% da população residia a 5 km de um prestador de cuidados de saúde qualificado, um socorrista ou um posto de saúde operado por enfermeiras e/ou parteiras. O número de socorristas no activo aumentou substancialmente.

### **Aplicação: AM no RUANDA**

Os grupos de assistência no Ruanda consideraram o acesso a medicamentos anti-malária um grande obstáculo na sua zona. Apenas as farmácias licenciadas pelo governo podiam vender esses medicamentos, mas eram poucas e muito distantes entre si. As voluntárias e o PSI propuseram ao governo uma solução inovadora — autorizar as líderes do grupo de assistência a venderem medicamentos anti-malária nas comunidades onde actuavam. Actualmente, o PSI do AM e vários outros projectos estão a lançar um projecto piloto sancionado pelo governo, em que as líderes dos grupos de assistência fornecem medicamentos às mães que procuram tratamento para os filhos com malária.

### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

No Camboja, o projecto identificou fontes formais e informais de assistência. Para as mães, os pontos mais básicos de acesso a medicamentos anti-malária eram vendedores locais de medicamentos, isto é, nas áreas mais remotas, era muito mais fácil o acesso a “farmácias” não oficiais do que ao MS. Por esta razão, a equipa deu formação aos vendedores locais para identificarem correctamente os sintomas da malária e prestarem tratamento adequado. Os grupos de assistência ensinaram às mães que podiam recorrer a esses vendedores qualificados quando os filhos estivessem doentes. Para desenvolver ligações entre os grupos de assistência e o MS, a equipa do PSI concedeu aos trabalhadores do MS a oportunidade de participarem nas sessões de formação das voluntárias dos grupos de assistência. Consequentemente, os trabalhadores do MS reuniram-se com todas as voluntárias na respectiva área de cobertura. Às voluntárias foi dada a hipótese de defenderem as necessidades da comunidade perante o MS. O resultado promoveu a compreensão e a responsabilidade mútua. Mais aldeias participaram a uma campanha de vacinação recente do MS, tendo este incluído aldeias anteriormente ignoradas.

**Apoio dos grupos de assistência:** Os relacionamentos entre os grupos de assistência e os prestadores de cuidados médicos locais constituem relações bilaterais — os prestadores de cuidados de saúde locais podem igualmente recorrer aos grupos de assistência para que estes os apoiem nas actividades do MS.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Ao publicitarem anúncios e ao participarem nos eventos relativos à saúde, realizados nas suas aldeias, os grupos de assistência ajudam o MS.

Se o MS decidir realizar uma sessão de imunização, o socorrista contacta a líder do grupo de assistência. Durante as visitas domiciliárias, as voluntárias publicitam o evento a realizar e convencem as mães a levarem os filhos. Elas comparecem nas sessões e ajudam a organizar as pessoas, alinhando-as e garantido que tudo corre o melhor possível para o MS. As voluntárias aproveitam a altura para transmitirem mensagens de saúde à população que espera pelas vacinas. Desta forma, os grupos de assistência auxiliam o MS a ter uma sessão de imunização bem sucedida, mobilizando uma afluência elevada.

No centro de saúde de Majangue, no Distrito de Chokwe, a Irmã Dalva Trindade, uma enfermeira brasileira que trabalhava no centro, reconheceu o trabalho das voluntárias dos grupos de assistência. Durante a avaliação final do Vurhonga II, ela explicou que as voluntárias traziam muitas vezes as mães e os filhos ao centro de saúde. Às sextas-feiras, quando o governo distribuía leite e suplementos por crianças de famílias em risco, as voluntárias dos grupos de assistência vinham dar conselhos de nutrição às mulheres e ajudavam também na preparação dos alimentos. As voluntárias aproveitavam essa oportunidade para falarem da importância da amamentação e do uso de papas de aveia enriquecidas durante o desmame. As voluntárias dos grupos de assistência também ajudavam a limpar regularmente o centro de saúde, inclusive o chão — algo nunca previsto como parte das suas responsabilidades pelo AM. Durante o programa, o interesse das voluntárias, em vez de diminuir, até aumentou, à medida que tinham mais orgulho no seu trabalho e produziam resultados visíveis na comunidade.

### **Aplicação: AM no CAMBOJA**

Os grupos de assistência ajudaram o MS a aumentar as taxas de imunização, quando as voluntárias trabalharam com as famílias a fim de superarem a forte resistência destas à toma de vacinas. Durante a avaliação final do primeiro PSI do AM no Camboja, um membro da equipa de imunização do MS afirmou: *“Dantes, estávamos habituados a vir a uma aldeia e vacinarmos apenas 1 ou 2 crianças. Não valia a pena viajarmos toda aquela distância. Agora que as voluntárias motivam toda a comunidade, imunizamos entre 15 a 30 crianças de cada vez. Damo-lhes uma lista das crianças e mulheres que têm de vir na próxima sessão e elas, de facto, aparecem”*.

**Atitudes mudadas:** Existe uma relação simbiótica entre a procura de serviços e a motivação dos prestadores de cuidados médicos. Em Mapapa, o enfermeiro explicou que, antes do Vurhonga, recebia talvez uns 400 doentes por mês — quatro anos depois, examinava mais de 1.000. Para sua satisfação, as pessoas começaram a procurar tratamento cedo o suficiente para este ser eficaz. Ele afirmou que a maior procura o fez sentir como se tivesse um trabalho importante e a sua capacidade crescente de prestar um tratamento eficaz fê-lo sentir bem sobre a sua competência como enfermeiro. Disse ainda que é muito mais gratificante trabalhar com pessoas que possuem uma compreensão básica sobre higiene e saúde — e com voluntárias em quem pode confiar para a mobilização da comunidade, sempre que necessário.

A competência dos grupos de assistência e o seu impacto na comunidade podem transformar as atitudes da equipa do MS. Esta fica mais inclinada a trabalhar ao nível da comunidade, oferecendo mais serviços. Durante a avaliação final do Vurhonga I, o director distrital do Guijá resumiu as melhorias dos serviços de saúde prestados, acrescentando: *“Nos postos de saúde, mantemos agora boas relações com os habitantes da aldeia. Antes, a nossa equipa tinha pouca paciência, falava de forma agressiva e queria que as coisas fossem feitas imediatamente. Hoje, sabemos que se as pessoas forem tratadas com carinho e respeito, podem mudar. Queremos continuar o trabalho que vimos a equipa do Vurhonga fazer”*.

#### A Diferença dos Grupos de Assistência:

Os grupos de assistência ajudam a transformar as atitudes e o sentido de eficácia entre os prestadores de cuidados de saúde, à medida que beneficiários pró-activos e informados solicitam o seu auxílio.

## **2.2 Integração de CCSs e Serviços de Saúde**

**Gestão de socorristas:** Em Moçambique, as CCSs gerem os socorristas conjuntamente com o MS. As CCSs têm influência sobre a tabela de honorários, as horas de serviço e a resolução de quaisquer injustiças contra os socorristas. Estes são responsáveis perante a CCSs e o MS.

Da mesma forma, as CCSs proporcionam apoio aos socorristas. Por exemplo, reconhecem publicamente o seu valor e ajudam a solucionar quaisquer divergências que eles possam ter com a comunidade. Como disse um socorrista na avaliação a meio do Vurhonga II: *“Se eu tiver um problema, posso expô-lo à comissão para não ter de o resolver sozinho”*.

A equipa do Vurhonga ajudou a facilitar a relação entre os socorristas e as CCSs, encorajando os primeiros a participarem regularmente nas reuniões. No fim do Vurhonga II, 91% das reuniões da CCS incluíam um representante do MS, em geral um socorrista. A linha de base foi de 0% e o objectivo era 70%.

**Pressão para obter serviços:** As CCSs podem tentar pressionar o MS a fim de obterem maior acesso a cuidados de saúde. Através dos socorristas, as CCSs podem solicitar ao MS o acréscimo de serviços de saúde acessíveis, por exemplo, pedindo sessões de imunização mais frequentes. As CCSs colaboram com os socorristas para fazerem ouvir as suas preocupações ao mais alto nível do MS. Embora um socorrista não tenha autoridade para convocar uma sessão, ele pode transmitir o pedido da CCS aos devidos representantes do MS.

Os grupos de assistência e as CCSs são mais eficientes a persuadir o MS a efectuar mudanças quando trabalham em conjunto. Uma CCS ganha maior credibilidade e tem uma melhor percepção de que serviços a comunidade precisa, quando é apoiada pelos dados e pela colaboração dos grupos de assistência. Sempre que necessário, as CCSs podem igualmente trabalhar com a equipa do projecto para influenciarem o MS a criar serviços. Por seu lado, a equipa do projecto argumenta de forma mais convincente e com maior credibilidade quando conta com o apoio da comunidade através das CCSs.

## CAPÍTULO 7

# Sustentabilidade





## SECÇÃO 1

### **Manutenção da Força dos Grupos de Assistência: Sustentabilidade**

O nome “Vurhonga” significa “amanhecer” na língua Changana local e foi inicialmente escolhido por significar um novo começo e um novo conhecimento para as comunidades que estavam a despertar das trevas da longa guerra civil de Moçambique. O Vurhonga foi e continua a ser dirigido pelos grupos de assistência, que vêem e acarinhos o projecto como seu. A educadora de saúde do Vurhonga I, Linda Nghatsane, afirmou que as voluntárias usam o nome “Vurhonga” como se fosse o nome de um bebé, referindo-se a si próprias como mães do Vurhonga. *“As voluntárias diziam entre si: ‘Acorda, mãe do Vurhonga, vamos trabalhar enquanto o dia amanhece.’”*

O trabalho dos grupos de assistência transforma o comportamento e as atitudes de voluntárias, de beneficiários, e de comunidades inteiras. Os grupos de assistência servem de apoio contínuo às comunidades fortalecidas muito depois do projecto de saúde terminar. Através dos grupos de assistência, a noite acabou e brilha agora a luz do amanhecer.

---

### **1.1 Recursos no Grupo de Assistência**

O modelo de grupos de assistência capacita um grupo de voluntárias habilitadas para constituir um recurso poderoso para a comunidade e uma equipa de resolução de problemas — uma equipa capaz de continuar a trabalhar mesmo depois do projecto terminar e as promotoras deixarem de a apoiar directamente. Mais do que a equipa do projecto, os grupos de assistência são a principal fonte de incentivos e auxílio.

**Continuidade das actividades dos grupos de assistência:** Após vários anos a trabalharem com o projecto, as voluntárias interiorizaram as mensagens de saúde. No Vurhonga, os grupos de assistência “formam-se” quando são aprovados nos testes orais sobre todas as intervenções de saúde. O fim da formação significa que os grupos dominam os conhecimentos e adquiriram competência para continuar a ensinar as comunidades. No final dos quatro anos do Vurhonga II, 100% dos grupos de assistência concluíram a sua formação com êxito.

No fim de um projecto, as voluntárias possuem não só os conhecimentos mas também as técnicas de que precisam para continuarem a dar lições de saúde às famílias. As voluntárias desenvolvem grande competência quanto a métodos simples, mas eficazes, de ensino participativo e as visitas domiciliárias tornam-se uma rotina nas suas vidas. Do mesmo modo, as expectativas das famílias beneficiárias crescem em relação à continuidade das visitas e envolvimento no ensino. Quando realizam as visitas domiciliárias, as voluntárias recorrem ao apoio das colegas sempre que se deparam com questões ou famílias difíceis, sendo emparceiradas com uma outra voluntária do grupo de assistência no caso de uma delas ter algum problema. Nem a competência adquirida pelas

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Os grupos de assistência institucionalizam a comunicação de mensagens e crenças de saúde numa comunidade.

voluntárias quanto ao ensino participativo, nem a sua capacidade de resolverem problemas em conjunto, depende da presença contínua da equipa do projecto.

#### Retenção de Voluntárias na Área do Projecto Vurhonga I

<b>Voluntárias activas no Fim do Projecto</b>	1.457
Voluntárias que: Abandonaram o seu cargo ou saíram da área	-92
Morreram	-44
Foram seleccionadas para substituição	+40
<b>Voluntárias funcionais 20 meses após o FDP</b>	1.361
<b>Perdas líquidas 20 meses após o FDP</b>	6,59%
Famílias referiram a visita de voluntárias nas duas semanas anteriores	50%

Grupos de assistência fortes e activos são capazes de abranger novos beneficiários, uma vez que nascem mais crianças e novas famílias precisam de ser ensinadas. Quase dois anos após o fim do Vurhonga I, cerca de metade das famílias estudadas relataram ter recebido a visita de uma voluntária dos grupos de assistência nas duas semanas anteriores.

**Manutenção dos grupos de assistência:** As voluntárias reconhecem e repercutem a força do grupo. No Vurhonga I, os grupos de assistência continuaram a actuar muito depois do projecto terminar. Um estudo realizado 20 meses após a conclusão do Vurhonga I demonstrou que a percentagem líquida de perda de voluntárias foi apenas de 6%.

Seleccionar voluntárias substitutas compensa a perda de voluntárias por morte ou mudança de área. Os grupos de assistência tomam a iniciativa de recrutarem novas voluntárias e as integram no grupo. As voluntárias, particularmente as líderes do grupo de assistência estão habituadas a ensinar lições de saúde entre si. Quando o Vurhonga repete uma intervenção nos últimos dois anos do projecto, uma promotora tem primeiro de voltar a formar a líder do grupo de assistência que, por sua vez, volta a dar formação a todo o grupo. À medida que a líder do grupo de assistência ganha confiança e competência, fica preparada para continuar a ensinar e a liderar o grupo de assistência após a partida da promotora no fim do projecto. Tal aumenta a capacidade do grupo de assistência para formar uma voluntária substituta.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
O grupo partilha o trabalho e a responsabilidade de formar uma voluntária substituta.

Adicionalmente, os grupos de assistência não precisam das promotoras para continuarem a praticar o papel de “mentoras” – uma voluntária nova ou “fraca” faz visitas domiciliárias em conjunto com uma voluntária experiente até se sentir pronta para ensinar sozinha as famílias que lhe foram atribuídas (ver Capítulo 4, Secção 1.2).

➔ **Seleccionar e formar novas voluntárias para substituir as que desistem.**

**Os grupos de assistência devem:**

- Seleccionar substitutas seguindo os critérios definidos para a escolha de voluntárias e contar com a colaboração das famílias e dos líderes comunitários para o efeito.
- Formar novas voluntárias quanto às intervenções de saúde.
- Emparceirar uma nova voluntária com um membro experiente do grupo de assistência durante as visitas domiciliárias.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Os grupos de assistência possibilitam a actuação e a resolução de problemas após a conclusão do projecto, o que seria mais difícil para uma voluntária individual.

Além disso, a selecção de voluntárias substitutas mantém a proporção de voluntárias por famílias, de modo a que nenhuma outra voluntária fique sobrecarregada com as visitas domiciliárias.

**Incentivos:** Tudo o que foi dito anteriormente não acontecerá, a menos que as voluntárias continuem motivadas para desempenharem as suas actividades. O modelo de grupos de assistência cria incentivos não materiais que subsistem após o fim do projecto e não fornece quaisquer incentivos materiais.

Os grupos de assistência geram os seus próprios incentivos através das relações que mantêm entre si, as famílias e as comunidades. Tal como a promotora, o grupo estabelece novos objectivos comunitários facilmente calculáveis, para que as voluntárias e as respectivas comunidades possam constatar os resultados do seu esforço. O impacto mensurável, o reconhecimento da comunidade, o apoio e a amizade contínuos do grupo de assistência motivam as voluntárias a prosseguir com o seu trabalho.

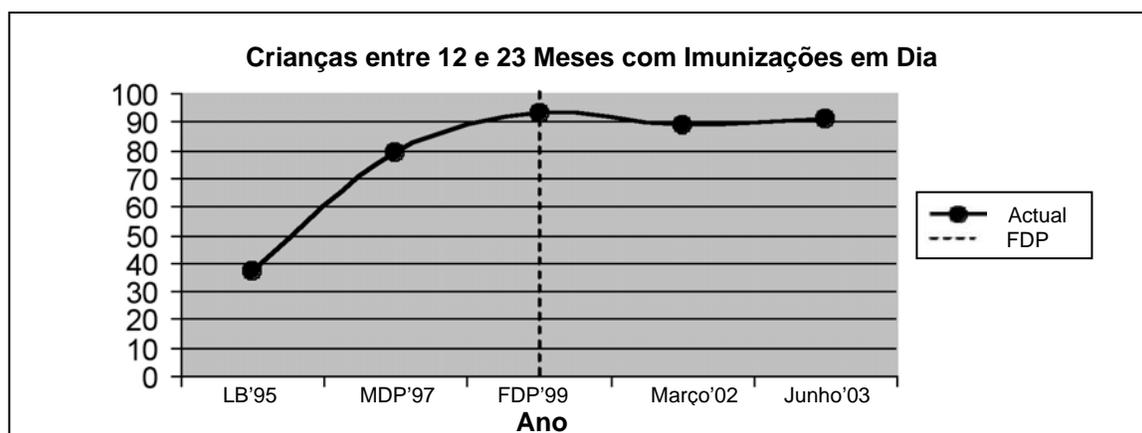
## 1.2 Sustentabilidade da Alteração de Comportamentos

Os grupos de assistência ajudam as famílias a manterem as práticas de saúde inicialmente implementadas pelo projecto. As visitas contínuas pelas voluntárias do grupo de assistência, bem como o próprio reconhecimento da eficácia dos comportamentos pelas comunidades, contribuem para a manutenção das práticas saudáveis. Além disso, a ampla alteração de comportamentos entre as famílias torna mais fácil estas manterem essas alterações, por não sentirem que são as únicas a fazê-lo. A alteração de comportamentos está igualmente associada à disponibilidade sustentada de serviços de saúde, visto muitos desses comportamentos dependerem do MS ou de outros prestadores de cuidados médicos.

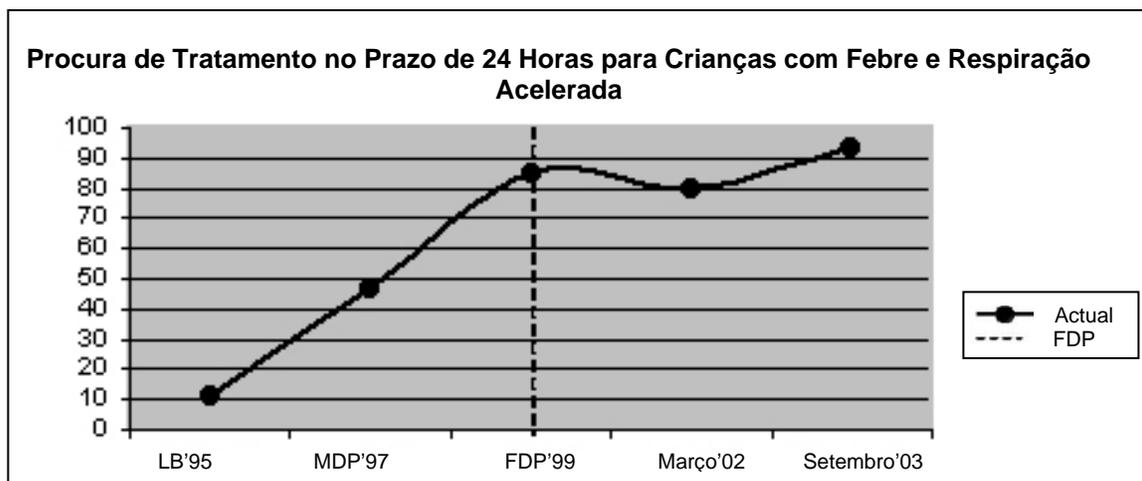
**Comprovação da sustentabilidade das alterações:** A equipa do Vurhonga conduziu estudos de acompanhamento regulares nos Distritos do Guijá e Mabalane, nos quatro anos seguintes à conclusão do Vurhonga I. Estes estudos comprovaram que quase todos os comportamentos acompanhados se mantiveram, tendo alguns até melhorado, embora o PSI já não actuasse nos distritos.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
A ampla alteração de comportamentos possibilitada pelos grupos de assistência capacita as comunidades a manter os comportamentos alterados depois da conclusão do projecto.

Durante os quatro anos de actividade do Vurhonga I, a taxa de imunização infantil subiu de 37% para 93%. Os estudos de acompanhamento realizados nos quatro anos seguintes demonstraram que a taxa de imunização se manteve elevada, variando entre 89% e 91%. A taxa de imunização sustentada é indicativa da manutenção dos serviços pelo MS – o MS local e distrital permanece uma das poucas fontes de prestação de serviços de saúde no Guijá e Mabalane. Manter a taxa de imunização, conforme ilustrada no gráfico que se segue, não seria possível sem a continuidade dos serviços do MS.

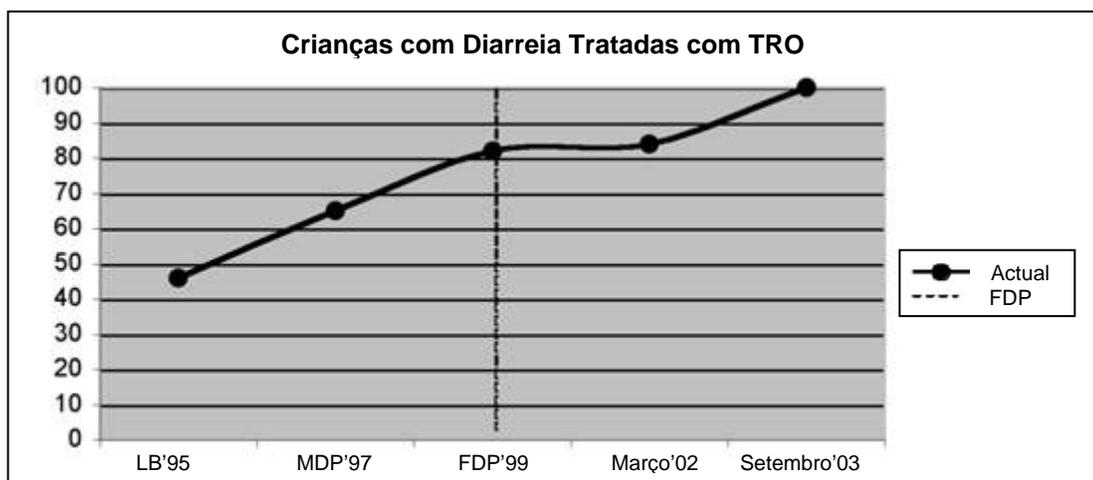


Um outro comportamento mantido pelas famílias foi a procura rápida de tratamento quando as crianças apresentavam sintomas de malária ou pneumonia. Após ter atingido 87% no fim do Vurhonga I, esta taxa variou entre 80% e 93% durante os quatro anos seguintes.



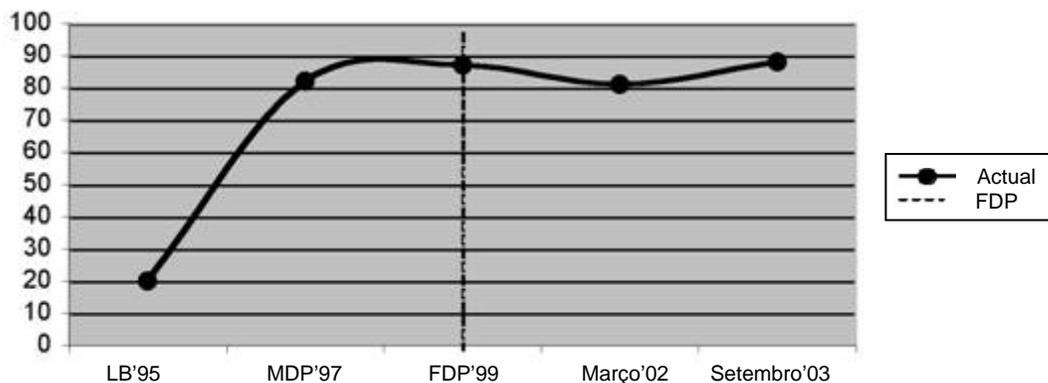
A manutenção da procura generalizada de tratamento reflecte a disponibilidade sustentada dos serviços de saúde – seria menos provável que as famílias continuassem a procurar assistência se esta não estivesse disponível ou o tratamento não fosse atempado e eficaz. Os estudos demonstraram que a grande maioria dos trabalhadores de nível inferior do quadro do MS – os socorristas formados pela equipa do Vurhonga, MS e grupos de assistência – permaneceu activa após o Vurhonga I. Dois anos depois do fim do projecto, 87% dos socorristas continuaram a trabalhar nos postos de saúde locais. A relação dos socorristas com a procura contínua da comunidade é simbiótica. A elevada procura significa clientela e rentabilidade suficientes, que os encorajam a manterem-se activos. Contribuindo também para sentirem que são importantes e estão a desempenhar uma tarefa relevante.

As famílias não só sustentaram mas até melhoraram a taxa de crianças tratadas com TRO.



As mães de crianças com défice de crescimento continuaram a receber aconselhamento nutricional após o Vurhonga I. A manutenção deste indicador reflecte, muito provavelmente, a actividade contínua dos grupos de assistência e dos trabalhadores do MS. Em primeiro lugar, a percentagem de crianças pesadas nesse trimestre foi igualmente mantida. Embora a taxa de pesagem tivesse atingido o seu máximo no FDP, e decaído ao longo dos quatro anos seguintes, permaneceu perto de 80% (bem acima do objectivo original do projecto, que era de 70%). À medida que as sessões de pesagem identificavam crianças com défice de crescimento, as voluntárias prestavam o aconselhamento nutricional necessário. A taxa de FDP no Vurhonga I foi de 87%, tendo variado de seguida entre 81% e 87%.

**Mães de Crianças com Déficit de Crescimento que Receberam Aconselhamento sobre Nutrição**



### 1.3 Sustentabilidade da Actuação Comunitária

**Manutenção da recolha de dados:** O SISC e as estatísticas demográficas mensais dos grupos de assistência foram concebidos de modo a serem sustentados após o fim do projecto. Os próprios dados demográficos são simples e geralmente fáceis de confirmar. As ocorrências (nascimentos, mortes e gravidezes) não são suficientemente frequentes, pelo que não é difícil para as voluntárias analfabetas as memorizarem e registarem entre as famílias que lhes foram atribuídas.

A recolha de dados a nível da família não exige tecnologia nem alfabetismo. Para as reuniões mensais dos grupos de assistência, os únicos requisitos são papel e caneta e uma voluntária alfabetizada por grupo de assistência para registar os dados demográficos relatados por cada voluntária. Da mesma forma, o fim do projecto não impede o uso da tecnologia necessária para transmitir a informação a outros detentores de interesse. A sua concepção destina-se a maximizar as relações entre os grupos de assistência, as CCSs e os trabalhadores de saúde, facilitando aos grupos de assistência a transmissão verbal dos dados através da cadeia de informação.

O SISC ajuda os grupos de assistência a avaliar, compreender e responder às necessidades de saúde em mudança no seio da comunidade. Os grupos de assistência são capazes de recorrer à sua experiência durante as reuniões e aconselhar colegas sobre como devem resolver situações difíceis. Deste modo, o grupo de assistência está apto a discutir e agir relativamente às famílias, podendo também identificar e corresponder a tendências mais abrangentes na comunidade.

**Sustentabilidade das relações com CCSs:** Adicionalmente, é fácil compreender os dados recolhidos pelos grupos de assistência e actuar sobre eles a nível da aldeia. Os grupos de assistência podem continuar a relatar estatísticas demográficas mensais e tendências de saúde actuais às CCSs. Se estas deixarem de se reunir, os grupos de assistência podem transmitir a informação aos chefes da aldeia e a outros grupos comunitários importantes.

No decurso do projecto, as CCSs aprendem a valorizar as voluntárias e o impacto significativo que estas provocam na saúde dos membros da comunidade. O apreço e as expectativas da CCS contribuem para a sustentabilidade. As CCSs encorajam os grupos de assistência a continuarem o seu trabalho, actuam como fonte de responsabilidade comunitária perante os grupos de assistência, ajudam a supervisionar as respectivas actividades e constituem um moderador externo para a resolução de quaisquer divergências que envolvam os grupos de assistência e os membros da comunidade.

**Resposta de emergência:** A rede dos grupos de assistência pede ser mobilizada para responder as outras necessidades que não as actividades típicas relacionadas com o ensino e a saúde preventiva. Por exemplo, os grupos de assistência ajudaram a resolver uma crise de emergência no início do Vurhonga II. Cheias devastadoras atingiram a área do projecto, obrigando à deslocação da maior parte da população do Distrito de Chokwe. Nos campos de refugiados, as promotoras e as voluntárias dos grupos de assistência deslocadas associaram-se e começaram a ajudar o AM nos seus esforços de auxílio à catástrofe. Embora não tivessem ainda sido criados todos os grupos de assistência pelo projecto se encontrar nas fases iniciais, as promotoras e algumas voluntárias transmitiram mensagens cruciais de saúde e higiene nos campos. Numa outra situação ocorrida posteriormente no Vurhonga, os grupos de assistência colaboraram com a UNICEF na venda de kits de tratamento de rede mosquiteira na área do projecto. Embora estas actividades tivessem ocorrido durante o Vurhonga II, é possível que os grupos de assistência respondam de forma semelhante após o fim do projecto. Enquanto os grupos de assistência continuarem a operar, permanecerão um recurso que a comunidade e não só podem utilizar para satisfazer necessidades diversas.

## 1.4 Conclusão

**Capacitação:** Mais difíceis de avaliar — mas tão importantes para a actividade e a alteração de comportamentos sustentadas pelos grupos de assistência — são a capacitação da comunidade e a transformação de atitudes. O avaliador externo do Vurhonga I referiu: *“A realidade mais importante é que não há números que possam quantificar o sentido de entusiasmo e alegria que transparece na vida da aldeia. Um sentido palpável de autoconfiança em termos de competência social atingiu um ponto de viragem ao reflectir o elevado nível de capacitação da comunidade. As pessoas, incluindo pais e mães, disseram que não precisam de dados para saberem que a taxa de mortalidade dos seus bebés já não é como dantes. Porém, todos aqueles que participam no projecto gostam realmente de receber informação fundamentada a fim de descobrirem o que pode ainda ser melhorado. Não há dúvida que o processo de capacitação, sob a orientação da equipa do Auxílio Mundial, foi produzido pelas comunidades e que, portanto, são elas que o dominam”.*

Em última análise, a capacitação generalizada da comunidade reside nos muitos objectivos conseguidos pelos grupos de assistência. As voluntárias dos grupos de assistência, capacitadas não apenas por um novo conhecimento mas também por um novo sentido de eficácia e autovalorização, fazem a diferença. Um projecto de saúde pode organizar grupos de assistência, dar formação às voluntárias e implementar as intervenções, mas são os grupos de assistência que ensinam as comunidades, uma família de cada vez. Mulheres pobres e analfabetas associam-se e unem-se, actuando como agentes de mudança nas respectivas comunidades. Os grupos de assistência partilham a sua capacitação com mães, famílias, líderes locais e prestadores de cuidados médicos, até toda a comunidade estar reunida no processo de mudança. Isso permanece mesmo depois do projecto de uma ONG chegar ao fim. Como uma pedra lançada no lago, o efeito de onda dos grupos de assistência mantêm-se, muito embora a pedra deixe de se ver. As comunidades transformadas são a diferença que subsiste.

# Anexos



## Anexo A: Perfil dos Projectos para a Sobrevivência Infantil do Auxílio Mundial

### Moçambique

**Nome do Projecto:** Vurhonga I, "Amanhecer"  
**Director do Projecto:** Dr. Pieter Ernst  
**Datas do Projecto:** Setembro de 1995 a Setembro de 1999  
**Área do Projecto:** Distritos do Guijá e Mabalane, Província de Gaza  
**Parceiros Locais:** MS  
**Beneficiários Directos:** 57.277  
    Crianças com menos de 5 anos: 31.764  
    Mulheres: 25.513  
**População Total:** 107.000  
**Grupos de Assistência:** 177  
**Voluntárias dos Grupos de Assistência:** 1.520  
**Principais Áreas de Actuação:** Malária, Higiene e Doenças Diarreicas, Imunização, Nutrição, Cuidados Materno-Infantis.

**Nome do Projecto:** Vurhonga II  
**Director do Projecto:** Dr. Pieter Ernst  
**Datas do Projecto:** Setembro de 1999 a Setembro de 2003  
**Área do Projecto:** Distrito de Chokwe, Província de Gaza  
**Parceiros Locais:** MS  
**Beneficiários Directos:** 53.418  
    Crianças com menos de 5 anos: 22.080  
    Mulheres: 31.338  
**População Total:** 130.000  
**Grupos de Assistência:** 220  
**Voluntárias dos Grupos de Assistência:** 2.315  
**Principais Áreas de Actuação:** Malária, Higiene e Doenças Diarreicas, Pneumonia, Imunização, Nutrição, Espaçamento da Gravidez, Cuidados Materno-Infantis, Prevenção e Tratamento de VIH/DSTs.

**Nome do Projecto:** Vurhonga III  
**Director do Projecto:** Dr. Pieter Ernst  
**Datas do Projecto:** Outubro de 2004 a Setembro de 2009  
**Área do Projecto:** Distritos de Chibuto, Chicualacuala, Chigubo, Massangena e Massingir, Província de Gaza  
**Parceiros Locais:** MS  
**Beneficiários Directos:** 101.757  
    Crianças com menos de 5 anos: 38.635  
    Mulheres: 63.122  
**População Total:** 227.260  
**Grupos de Assistência:** 350  
**Voluntárias dos Grupos de Assistência:** 3.500  
**Principais Áreas de Actuação:** Doenças Diarreicas, Malária, Pneumonia, Imunização, Nutrição, Amamentação e VIH/SIDA.

### Camboja

**Nome do Projecto:** "Light For Life" (Luz pela Vida)  
**Director do Projecto:** Kay Hansen com Sivan Oun, Director Executivo  
**Datas do Projecto:** Setembro de 1998 a Setembro de 2002  
**Área do Projecto:** Distrito de Pohnea Kriek, Província de Kampong Cham  
**Parceiros Locais:** MS  
**Beneficiários Directos:** 33.300  
    Crianças com menos de 5 anos: 7.479  
    Mulheres: 18.866  
**Número de Aldeias:** 84  
**População Total:** 77.804  
**Grupos de Assistência:** 126  
**Voluntárias dos Grupos de Assistência:** 940  
**Principais Áreas de Actuação:** Higiene e Doenças Diarreicas, Imunização, Nutrição, Cuidados Maternais.

**Nome do Projecto:** "Light For Life II"  
**Director do Projecto:** Sivan Oun com Geoffrey Bowman, Consultor do Projecto  
**Datas do Projecto:** Setembro de 2002 a Setembro de 2007  
**Área do Projecto:** Distritos de Ponhea Kriek e Dombe, Província de Kampong Cham  
**Parceiros Locais:** MS  
**Beneficiários Directos:** 66.482  
    Crianças com menos de 5 anos: 20.354  
    Mulheres: 46.128  
**Número de Aldeias:** 215  
**População Total:** 184.642  
(Nota: O PSI é um projecto de extensão de custos que serve a área original do projecto, bem como a área de expansão. Os números acima indicam o total da população assistida.)  
**Grupos de Assistência:** 444  
**Voluntárias dos Grupos de Assistência:** 3.497  
**Principais Áreas de Actuação:** Higiene e Doenças Diarreicas, Pneumonia, Imunização e Nutrição.

## Malawi

**Nome do Projecto:** Tiweko Tose, "Todos Juntos"

**Director do Projecto:** Victor Kabadghe com Paul Mkandawire, Director Executivo

**Datas do Projecto:** Setembro de 2000 a Setembro de 2004

**Área do Projecto:** Distritos de Mzimba e Rumphu, Norte do Malawi

**Parceiros Locais:** 3 hospitais distritais operados por Igreja Presbiteriana Central de África, Sínodo de Livingstonia e o MS

**Beneficiários do Projecto:** 68.917

*Crianças com menos de 5 anos:* 36.732

*Mulheres:* 32.185

**População Total:** 170.000

**Grupos de Assistência:** 230

**Voluntários dos Grupos de Assistência:** 2.300

**Principais Áreas de Actuação:** Malária, Pneumonia, Nutrição, Cuidados Materno-Infantis, Prevenção e Tratamento de VIH/DSTs.

## Ruanda

**Nome do Projecto:** Umucyo, "Iluminar"

**Director do Projecto:** Melene Kabadghe

**Datas do Projecto:** Setembro de 2001 a Setembro de 2006

**Área do Projecto:** Distrito de Saúde de Kibogora, Prefeitura de Cyangugu

**Parceiros Locais:** Hospital de Kibogora (operado pela Igreja Metodista Livre do Ruanda), MS e Programas de Desenvolvimento de Microempresas e de Combate à SIDA do Auxílio Mundial no Ruanda.

**Beneficiários Directos:** 54.451

*Crianças com menos de 5 anos:* 22.517

*Mulheres:* 31.934

**População Total:** 136.470

**Número de Aldeias:** 181

**Grupos de Assistência:** 288

**Voluntárias dos Grupos de Assistência:** 2.864

**Principais Áreas de Actuação:** Malária, Higiene e Doenças Diarreicas, Imunização, Nutrição, Cuidados Materno-Infantis, Prevenção e Tratamento de VIH/DSTs.

## Anexo B: Outros Exemplos de Grupos de Assistência

### Food for the Hungry International (Luta Internacional Contra a Fome)

**Antecedentes:** A Food for the Hungry International (FHI) deu início a operações de auxílio na Província de Sofala, Moçambique, em 1989, em resposta à fome e à escassez crónica de alimentos causada pela guerra civil, seca intermitente e ruptura das redes comerciais e das infra-estruturas rurais. Em 1997, a FHI implementou um Programa de Acção e Desenvolvimento para a Segurança Alimentar (PAD) de Título II. O projecto de saúde/nutrição da FHI começou também em 1997 como parte integrante do programa de segurança alimentar nos Distritos de Nhamatanda e Marromeu, na Província de Sofala, com a assistência da USAID. Posteriormente, em 2000, foi também incluído o Distrito de Gorongosa. A primeira fase do programa de segurança alimentar de Título II terminou em 2001, tendo sido cumpridos os objectivos estabelecidos.

**Projecto actual:** A USAID continuou a prestar o seu apoio na segunda fase do projecto de segurança alimentar. O projecto de Título II engloba actualmente programas de nutrição em 4 distritos da Província de Sofala: Nhamtanda, Gorongosa, Marromeu e Caia. O programa teve início em 2002 e acabará em 2006.

**Equipa e voluntárias:** Em cada distrito existem 10 promotoras de saúde, cada uma responsável pela formação de 80 a 100 mães voluntárias (voluntárias dos grupos de assistência). Presentemente, existem 3.200 mães voluntárias que visitam com regularidade 28.100 famílias com crianças de idade inferior a 5 anos.

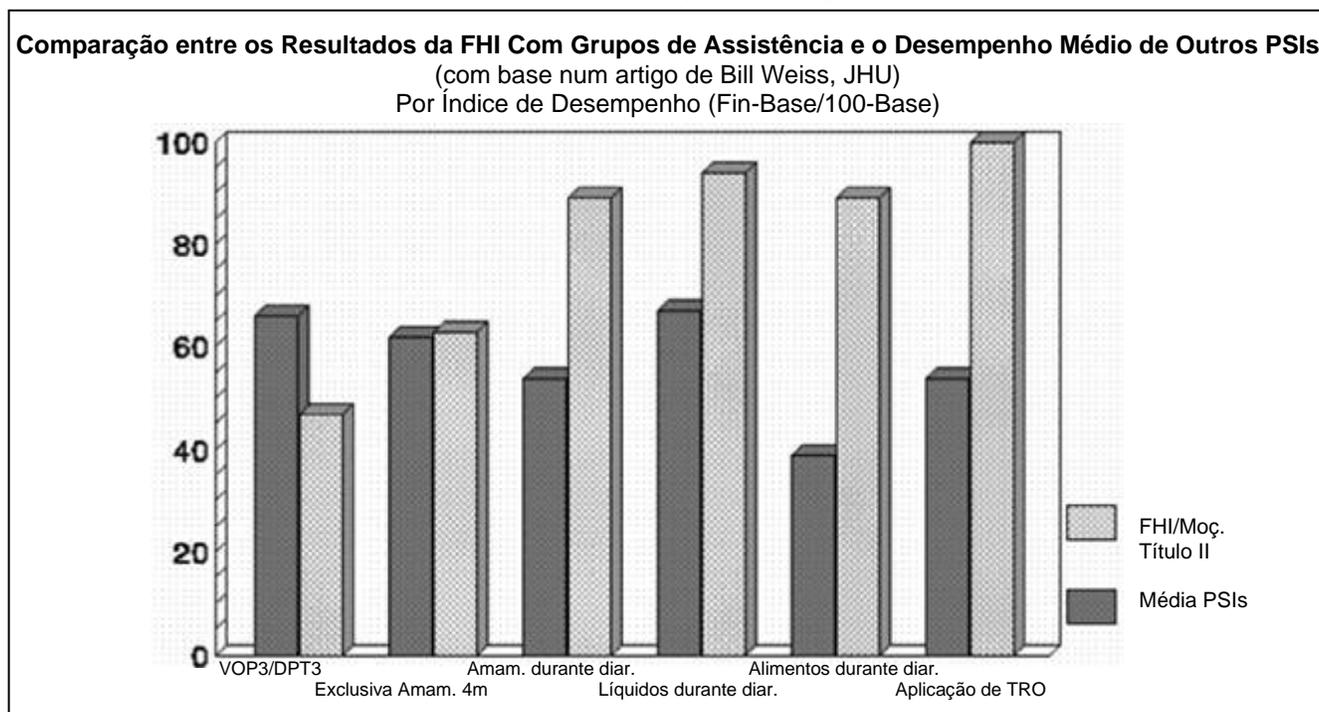
**Objectivos:** O projecto pretende reduzir em 20% a subnutrição crónica ao longo dos cinco anos do projecto. As principais estratégias são a educação sobre saúde e nutrição através dos grupos de assistência, bem como a monitorização do crescimento, a reabilitação de crianças subnutridas e a promoção de práticas positivas de cuidados de saúde na comunidade. A componente de nutrição reabilitará crianças subnutridas em menos de cinco anos usando a estratégia de reabilitação e nutrição de Desvio Positivo/Atelier Doméstico.

O projecto destina-se a desenvolver uma sinergia entre a componente agrícola e a componente nutricional, com a difusão de variedades de batata doce ricas em vitamina A, variedades de milho com valor proteico e aumento da diversidade dos vegetais cultivados.

**Resultados:** A FHI alcançou mais de 42.000 famílias em cada duas semanas no seu projecto de Título II, recorrendo a grupos de assistência.

Durante o projecto de 1997 a 2001, foram obtidos acréscimos significativos nos indicadores a nível de impacto e de resultados através dos grupos de assistência. Por exemplo, a subnutrição moderada (SM) desceu para 25%, a subnutrição grave diminuiu para 48% ( $p < 0,05$ ), a amamentação exclusiva (AE) até aos quatro meses aumentou para 80% e a vacinação com a terceira dose de difteria, tétano e tosse convulsa (DTP) aumentou de 49% para 73%.

O gráfico que se segue ilustra os resultados da FHI em comparação com outros projectos para a sobrevivência infantil, incluindo intervenções de imunização, amamentação e aplicação de TRO.



Além disso, o projecto de Título II da FHI demonstrou resultados impressionantes em termos do aumento de conhecimento e de adopção de práticas agrícolas e nutricionais e o aumento da capacidade dos agricultores de comercializarem os produtos agrícolas.

## Curamericas

**Antecedentes:** A Curamericas utiliza o modelo de grupos de assistência num PSI na Guatemala. Mais especificamente, o projecto funciona na área rural da municipalidade de Huehuetenango, incluindo as comunidades rurais e centros urbanos das cidades de San Rafael de la Independencia, San Miguel Acatán e San Sebastian Coatán. O projecto teve início em 2002 e prolongar-se-á até 2007.

**Equipa e voluntárias:** Os grupos de assistência reúnem-se duas vezes por mês. As reuniões são conduzidas por 27 facilitadores comunitários, que recebem uma pequena remuneração. Inicialmente, o projecto esperava contar com uma voluntária dos grupos de assistência para 12 a 15 mulheres beneficiárias. Contudo, o PSI decidiu ter uma voluntária para cada 8 a 12 mulheres, por causa das distâncias a percorrer nesta remota área rural.

**Objectivos do projecto:** O objectivo global do projecto era melhorar significativamente a saúde e a nutrição das crianças em idade pré-escolar e das mulheres em idade de procriar, com incidência na diminuição das taxas de mortalidade perinatal, infantil e maternal, através de melhorias nos cuidados de saúde e na cobertura, qualidade, acesso e promoção da saúde. As intervenções do projecto foram de 30% em nutrição, 25% em cuidados materno-infantis, 10% no espaçamento de gravidezes, 15% em pneumonia, 10% no controlo de doenças diarreicas e 10% em imunizações. O PSI da Curamericas faz parceria com os departamentos distritais de saúde do MS, bem como com a Curamericas Guatemala, uma ONG guatemalteca independente.

**Resultados:** O PSI cobre 26.553 beneficiários directos (12.281 crianças com menos de 5 anos e 14.272 mulheres em idade de procriar). À data de publicação deste manual, o projecto encontrava-se no fim do seu segundo ano de actividade. Nesta altura, tinham sido criados grupos de assistência em 104 do total de 127 comunidades a serem abrangidas pelos objectivos do projecto.

## Anexo C: Resultados do Projecto para a Sobrevivência Infantil do Auxílio Mundial

As tabelas que se seguem apresentam os resultados de linha de base, meio do projecto, e fim do projecto, segundo os estudos de CPC finais relativos aos quatro PSIs do AM concluídos, que recorreram ao modelo de grupos de assistência.

### Vurhonga I—1995-1999

Objectivos	Linha de Base	Meio do Projecto	Fim do Projecto
1. Aumentar de 37,4% para 80% o número de crianças com imunização total até aos 12 meses.	37	79	93
2. Aumentar de 46,8% para 60% o número de crianças com diarreia que receberam TRO nas últimas duas semanas.	47	64	82
3. Aumentar o número de mães que dão alimentação adicional (durante pelo menos uma semana) às crianças a recuperar de doença diarreica.	8	56	86
4. Aumentar de 58,6% para 70% o número de crianças entre 0 e 35 meses pesadas no último trimestre.	59	85	91
5. Aumentar de 20% para 80% o número de mães que receberam aconselhamento nutricional para a reabilitação crianças entre 0 e 35 meses que não aumentaram de peso desde a última pesagem.	20	82	87
6. Aumentar de 15,8% para 30% o número de crianças entre 0 e 4 meses amamentadas exclusivamente (os números entre parêntesis indicam aqueles que receberam um pequeno suplemento).	16	46 (77)	55(91)
7. Aumentar de 11,4% para 35% o número de crianças entre 0 e 59 meses com malária, tratadas no prazo de 24 horas.	11	47	85
8. Aumentar de 30% para 55% o número de mães que fizeram pelo menos um exame pré-natal durante a última gravidez.	30	83	90
9. Aumentar de 37,3% para 60% o número de mulheres que receberam pelo menos duas doses de TT.	37	65	82
10. Aumentar de 3% para 10% o número de mulheres que usam métodos de planeamento familiar.	3	9	23
11. Pelo menos 80% dos grupos de assistência tenham reunido 4 vezes no último semestre.	-	100	100
12. Pelo menos 80% das bombas de furo instaladas pelo AM funcionem no mínimo 11 meses por ano.	-	95	96
13. Pelo menos 80% das comunidades (chefes da aldeia e líderes dos grupos de assistência) tenham reunido 1 vez durante o último trimestre com um representante do MS.	-	53	98
14. Aumentar de 40% para 60% o número de mães que comeram o mesmo ou mais durante a última gravidez.	38	66	86
15. Aumentar de 54% para 80% o acesso da população aos postos de saúde num raio de 5 km	54	83	93
16. Aumentar de 13% para 40% o número de mães que conheçam pelo menos 2 formas de transmissão do VIH.	-	-	71

## Vurhonga II—1999-2003

Objectivos	Linha de Base	Fim do Projecto
<b>Nutrição:</b>		
1a. Aumentar de 75% para 85% o número de crianças entre 0 e 35 meses pesadas pelo menos 1 vez no último trimestre.	75%	90%
1b. Aumentar de 22% para 80% o número de mães de crianças subnutridas que receberam aconselhamento nutricional.	22%	92%
1c. Aumentar de 50% para 70% o número de crianças subnutridas que receberam alimentos nutritivos/papas de aveia enriquecidas.	50%	97%
2. Pelo menos 70% das crianças que concluíram o programa do Atelier Doméstico atingem e mantêm o crescimento adequado ou de recuperação necessário por mês durante os 2 meses seguintes ao Atelier Doméstico.	NA	73%
<b>Cuidados Maternais:</b>		
3. Aumentar de 45% para 70% o número de mães que comeram o mesmo ou mais durante a gravidez.	45%	82%
<b>Malária e Pneumonia:</b>		
4a. Aumentar de 28% para 75% o número de crianças com febre tratadas no prazo de 24 horas (suspeita de malária) em qualquer instituição de saúde.	28%	90%
4b. Aumentar de 0,3% para 70% a proporção de crianças com menos 5 anos que usam redes mosquiteiras tratadas com insecticida durante todo o ano.	0%	85%
4c. Aumentar de 2% para 50% o número de crianças com respiração acelerada e difícil tratadas no prazo de 24 horas em qualquer instituição de saúde adequada.	2%	60%
4d. Aumentar para 100% os prestadores de cuidados de saúde com instalações próprias, que receberam formação contínua quanto aos protocolos de malária e pneumonia durante o projecto. (Capacitação do MS)	0%	100%
<b>Gestão de Casos de Diarreia</b>		
5a. Aumentar de 53% para 80% a proporção de crianças com diarreia tratadas com TRO por mães/voluntárias.	53%	94%
5b. Aumentar de 19% para 65% a proporção de mães que dão alimentação adicional às crianças durante 2 semanas após um episódio de diarreia.	19%	87%
<b>Saúde Reprodutiva:</b>		
6a. Aumentar de 0,3% para 50% o número de mães que conhecem 3 formas de impedir a transmissão de DSTs, incluindo VIH/SIDA.	0%	53%
6b. Aumentar de 1,6% para 50% o número de mulheres e parceiros que reconhecem pelo menos 3 sintomas comuns de DSTs.	2%	59%
6c. Aumentar de 0,3% para 50% o número de mulheres e parceiros que reconhecem que as DSTs aumentam o risco de VIH/infertilidade.	0%	52%
7. Aumentar de 65% para 70% o número de mães que têm partos auxiliados por pessoal qualificado.	65%	88%
8. Aumentar de 7% para 20% o número de mães que utilizam um método moderno de espaçamento de gravidezes.	7%	29%
<b>Imunização</b> A imunização não constituiu um objectivo do projecto mas foi promovida e acompanhada.	74%	91%

<b>SUSTENTABILIDADE E CAPACITAÇÃO:</b>		
<b>1. Nível do MS/Distrital</b>		
1.a. Pelo menos 95% dos beneficiários na área do projecto vivem a 5 km de uma instituição de saúde operada por pessoal qualificado e com equipamento essencial.	65%	99%
1b. Pelo menos 90% dos postos de saúde não esgotaram o stock de cloroquina durante mais de três dias por mês.	80%	98%
1c. 75% dos socorristas receberam a visita da supervisora da equipa do Distrito de Chokwe ou do director do projecto Vurhonga no trimestre anterior.	0%	85%
1d. 70% das CCSs reuniram-se 1 vez nos últimos 2 meses.	0%	91%
1e. A equipa do posto de saúde participou pelo menos em 80% das reuniões das CCSs	0%	95%
1f. 50% dos beneficiários relataram estar satisfeitos com a sua última visita a uma instituição do MS, de acordo com o índice de satisfação avaliado.	NA	99%
<b>2. Nível da Comunidade</b>		
2a. 95% das aldeias estabeleceram CCSs até ao FDP.	NA	100%
2b. 70% das CCSs reuniram-se pelo menos 1 vez nos últimos 2 meses.	NA	91%
2c. 100% dos grupos de assistência "formaram-se" durante o 4º ano do projecto.	NA	100%
2d. A taxa de comparência mensal nas reuniões dos grupos de assistência de líderes religiosos foi pelo menos 60%.	NA	70%
2e. 50% das mães que foram à igreja durante o último mês confirmaram que ouviram uma mensagem de saúde.	NA	72%
<b>3. Nível de Voluntárias e Famílias</b>		
3a. Pelo menos 60% das famílias receberam a visita da voluntária nas últimas 2 semanas.	NA	92%
3b. A taxa de perda de voluntárias por razões que não morte, incapacidade ou mudança da área do projecto foi inferior a 10%.	NA	3%
3c. Uso de indicadores para intervenções específicas de SI, por exemplo, participação na monitorização de crescimento, cobertura de PEI, etc.	74% 78%	PEI=91% MC=90%

## AM no Camboja I—1998-2002

Objectivos	Linha de Base	Alvo	Meio do Projecto	Fim do Projecto
Crianças entre 12 e 23 meses com imunizações em dia	5	70	28	81*
Mulheres que receberam 2 ou mais imunizações com TT	2	70	31	71*
Mães que aplicaram TRO para tratar crianças doentes	18	75	18	80
Mulheres que conhecem 2 sintomas perigosos de doença diarreica	4	30	7	56
Mães que dão alimentação adicional a crianças a recuperar de doença diarreica	4	20	14	50
Mulheres que lavam as mãos antes de cozinharem	22	50	34	78
Mulheres que lavam as mãos após defecarem	6	90	6	78
Famílias que dispõem de lavatório	NA	NA	57	99
Crianças entre 6 e 23 meses que receberam dose de vitamina A	0	60	10	67*
Mulheres que tomaram suplemento de ferro durante 60 ou mais dias durante a gravidez	0	20	10	38
Utilização de método moderno de espaçamento de gravidezes	17	30	21	56
Crianças entre 0 e 4 meses amamentadas exclusivamente	8	16	7	37
Famílias que usam sal iodado	0	NA	7	55

\* No Camboja avaliaram-se as taxas de imunização no fim do projecto, num estudo específico que se seguiu ao CPC final com vista a registar os esforços de imunização intensiva nos últimos meses do projecto.

## AM no Malawi—2000-2004

Objectivos	Linha de Base	Meio do Projecto	Fim do Projecto
1. Aumentar de 35,4% para 90% a percentagem de crianças (com menos de 5 anos) com febre tratadas no mesmo ou no dia seguinte, numa instituição de saúde adequada	35,4	52,1	73,8
2. Aumentar de 27,6% para 50% a percentagem de crianças (com menos de 5 anos) com respiração acelerada e difícil tratadas no mesmo ou no dia seguinte, numa instituição de saúde adequada	27,6	55,0	63,6
3. Aumentar de 8,5% para 50% o número de crianças com menos de 5 anos e de mulheres grávidas que dormem com rede mosquiteira  <i>Crianças com menos de 5 anos</i> <i>Mulheres grávidas</i>	8,5	23,1 20,1	60,3 60,1
4. Aumentar de 62% para 75% a percentagem de redes mosquiteiras tratadas nos últimos 12 meses	62	62,2	96,9
5. Aumentar de 65% para 90% o número de crianças entre 0 e 35 meses pesadas regularmente nas sessões de MC	65	65,2	97,2
6. Aumentar de 3% para 30% a proporção de mulheres grávidas ou lactantes que recebem suplementos diários de ferro e ácido fólico (FAF)	3	5,1	75,9
7. Aumentar de 36% para 50% a proporção de mães que amamentam exclusivamente crianças entre 0 e 6 meses	36	82,1**	95,4
8. Aumentar de 23% para 40% a percentagem de mulheres casadas que usam métodos modernos de contracepção	23	50,1	61,0
9. Aumentar de 17,5% para 30% a percentagem de mulheres casadas sexualmente activas que afirmam terem usado preservativo durante o acto sexual mais recente	27,5	22,0	38,2
10. Aumentar de 9,5% para 90% a percentagem de famílias que têm um plano de transporte de emergência antes do parto	9,5	86,3**	84
11. Aumentar de 30% para 60% a percentagem de mulheres grávidas que recebem pelo menos 2 doses de sulfadoxina-pirimetamina durante a gravidez	30,6	63,0	61,3

\*\* O PSI utilizou uma metodologia diferente para avaliar a amamentação a meio do projecto. Porém, na avaliação final, o projecto recorreu aos mesmos métodos usados para a recolha de dados de linha de base.



## Anexo D: Plano de Trabalho

A seguir encontra-se o plano de trabalho do Vurhonga II, conforme apresentado no Plano de Implementação Pormenorizado (PIP) do projecto. É de notar que, em Fevereiro de 2000, as piores cheias em décadas atingiram a Província de Gaza. A catástrofe obrigou à deslocação da população geral da área do projecto, incluindo promotoras e supervisoras, para campos de refugiados. A catástrofe interrompeu o projecto, que estava nessa altura a seleccionar e a organizar os grupos de assistência e a proceder à contagem de famílias. A equipa do Vurhonga e os grupos de assistência recentes responderam ao apelo, participando nas actividades de auxílio nos campos dirigidas pelo AM, como por exemplo dar acções de formação sobre higiene, prevenção e tratamento de diarreia. O projecto retomou as suas actividades normais aproximadamente um mês depois.

### Plano de Trabalho do Projecto Vurhonga II – do 1º ao 4º Ano

Plano de Trabalho do Projecto Vurhonga II	1999		2000				2001				2002				2003			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
<b>Concepção e Planeamento do Projecto:</b>																		
Revisão da concepção do projecto em termos de conteúdo técnico e orçamental	X																	
Negociação e assinatura de acordos de cooperação	X																	
Garantia de acordos formais com MS	X																	
Contacto com comunidades solidárias (chefes de aldeias)	X	X																
Contacto/consultoria com missão da USAID	X																	
Preparação do PIP (Fev'00 e Jan'01)			X				X											
Desenvolvimento do plano de trabalho semestral	X	X																
<b>Auxílio de Emergência (Cheias Fev. 2000):</b>																		
Formação sobre higiene em Xiaquelane (campo de refugiados)			X															
Distribuição de alimentos, sementes e ferramentas				X														
<b>Gestão do Pessoal do Projecto:</b>																		
Faseamento da equipa do Vurhonga I		X																
Promoção de 3 animadoras a supervisoras	X	X																
Seleccção e formação de animadoras		X																
Supervisão de animadoras por supervisoras			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões mensais de monitorização e discussão com animadoras			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planeamento trimestral com supervisoras/animadoras		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Início do recrutamento de voluntárias por animadoras e reuniões com líderes		X	X															
Seleccção de voluntárias para grupos de assistência pastorais e de mães			X															
Recenseamento completo de todas as mães e crianças com menos de 5 anos			X	X														
Criação dos grupos de assistência (interrompida pelas cheias)			X	X														
Criação das comissões comunitárias de saúde (CCSs)																		
Formação dos grupos de assistência					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formação das "avozinhas" (bimensal)					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fornecimento de incentivos anuais às voluntárias						X				X				X				
Fim da formação dos grupos de assistência e CCSs														X	X	X	X	X
Criação das comissões comunitárias de saúde						X												
Aquisição de equipamento de escritório e consumíveis		X		X		X		X		X		X		X		X		X

## Plano de Trabalho do Projecto Vurhonga II – do 1º ao 4º Ano

Plano de Trabalho do Projecto Vurhonga II	1999		2000			2001				2002				2003			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
<b>Desenvolvimento de Curricula e Materiais de Ensino:</b>																	
Revisão dos curricula e materiais de ensino (intervenções anteriores)		X						X									
Revisão curricular /ajudas visuais para saúde reprodutiva								X	X								
Desenvolvimento de curricula/materiais de ensino para pneumonia								X	X								
Elaborar e imprimir materiais de ensino na África do Sul		X						X	X								
Revisão e actualização de curricula e materiais de ensino											X	X	X	X			
<b>Sessões de Formação:</b>																	
Seminário de supervisão para supervisoras do projecto								X	X	X	X	X	X				
Formação de novas animadoras		X															
Campo de formação sobre malária (1 semana)					X												
Campo de formação sobre CDD (1 semana)						X											
Campo de formação sobre nutrição (1 semana)							X										
Campo de formação sobre atelier doméstico (1 semana)							X										
Campo de formação sobre VIH/SIDA (1 semana)								X									
Campo de formação sobre cuidados materno-infantis e espaçamento de gravidezes (1 semana)										X							
Campo de formação sobre pneumonia (1 semana)											X						
Formação sobre métodos participativos (1 semana)							X										
Métodos de resolução de conflitos (1-2 dias em 3 partes)						X	X	X									
Métodos de tratamento da SIDA em casa									X								
Campo de formação de Chefes de Saúde											X						
Formação de socorristas (Malária, Pneumonia, VIH/SIDA, TB, CDD)						X						X					
Formação de PT em colaboração com MS							X										
<b>Implementação de Intervenções para SI:</b>																	
Malária					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida					X	X											
Tratamento de redes mosquiteiras							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Controlo de doença diarreica (CDD)						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nutrição de Atelier Doméstico							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
VIH/SIDA								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prevenção de DSTs e VIH/SIDA dos homens que regressam a casa									X	X		X	X				
Saúde maternal e espaçamento de gravidezes									X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pneumonia										X	X	X	X	X	X	X	X
Formação de reciclagem de formadores com base em actualizações curriculares											X	X	X	X			

## Plano de Trabalho do Projecto Vurhonga II – do 1º ao 4º Ano

Plano de Trabalho do Projecto Vurhonga II	1999		2000				2001				2002				2003		
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
<b>Estudos de Linha de Base / Monitorização e Avaliação / Relatórios</b>																	
Reuniões de revisão/planeamento com MS (pelo menos 1 trimestral)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão bianual pelo MS (com a participação do projecto)		X		X		X		X		X		X		X		X	
Sistema de informação de saúde (recolha e análise de dados)						X	X		X	X	X	X		X	X	X	
Posto de retiro das cheias/retiro anual (avaliação interna)						X				X				X			
Estudos de CPC		X							X								X
Relatórios trimestrais e anuais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliações de meio e fim do projecto									X								X
Implementação das recomendações da avaliação a meio do projecto										X	X	X					
<b>Assistência Técnica e Viagens:</b>																	
Malária (Distribuição de redes mosquiteiras e tratamento com insecticidas)/Oxfam TA				X	X												
Formador sobre métodos participativos								X									
Formador sobre métodos de resolução de conflitos								X									
Interno de nutrição para investigar as operações do atelier doméstico									X	X							
Formador sobre métodos de tratamento da SIDA em casa										X							
Visitas pela equipa do Auxílio Mundial/EUA			X				X	X			X			X		X	X
Visitas pela equipa do Auxílio Mundial/Moçambique Maputo																	
Visita anual à área do projecto Vurhonga I					X			X				X				X	
Conferência Global de Saúde e CCIH								X				X					
Seminário sobre Educação Contínua (Quénia, 2 semanas)												X					



## Anexo E: Formação da Equipa

O Vurhonga realiza um campo de formação inicial de 2 a 3 semanas para as promotoras no princípio do projecto. Os temas abordados incluem métodos de formação participativa, dinâmica de grupo, resolução de conflitos e todas as intervenções de saúde. No caso do Vurhonga II, realizar este campo de formação foi possível porque os dirigentes do projecto tinham desenvolvido todo o curriculum anteriormente.

O Vurhonga organiza campos de formação de reciclagem de 5 dias para as promotoras antes de implementar cada intervenção nos grupos de assistência.

A seguir encontra-se o programa de um campos de formação de reciclagem antes de implementar uma intervenção sobre nutrição.

### Programa de Formação sobre Nutrição: Dia 1

HORA	ACTIVIDADES	Pessoa Responsável
<b>DIA 22/01</b>		
6.00 h	Partida de Chokwe	Supervisoras
8.00 h	Chegada ao campo	Toda a equipa
8.30 h	Montagem das tendas	Toda a equipa
9.00 h	Preparação do pequeno-almoço	Cozinheiras
11.00 h	<b>Abertura e boas-vindas</b>	2 Supervisoras - Celina e Cristina
12.00 h	<b>Apresentação do plano de trabalho semanal e Formação dos grupos I – IV</b>	2 Supervisoras - Clara e Guida
12.30 h	Almoço (refeição ligeira)	Cozinheiras
13.15 h	Orientação relativa ao alojamento	2 Supervisoras - Celina e Cristina
13.30 h	<b>Lição 1 e Prática</b>	1 Supervisora - Clara Javana
16.00 h	Divertimento/Desporto	Equipa - Agostinho e Muiambo
16.30 h	Banho	
18.30 h	Jantar	Cozinheiras
19.30 h	Grupo 1	Grupo relevante
21.00 h	Fim do dia de trabalho	Grupo

Cada campo de formação inclui uma sessão de avaliação. Todos os participantes são convidados a escrever anonimamente quaisquer comentários positivos ou negativos em relação às actividades e à gestão do campo de formação. Estes comentários são posteriormente lidos a todo o grupo e discutidos entre todos até chegarem a consenso e às recomendações a adoptar. As supervisoras do projecto, responsáveis pelo planeamento do campo de formação de reciclagem seguinte, registam quaisquer alterações a serem feitas.



## Anexo F: Curriculum do Vurhonga

Depois da equipa do Vurhonga I ter desenvolvido inicialmente o curriculum, percebeu que as voluntárias do grupo de assistência achavam a utilização de quadros de conferência demasiado confusa quando ensinavam as famílias. Em vez disso, os projectos Vurhonga I e II formaram as voluntárias dos grupos de assistência usando uma imagem principal numa única folha de papel para cada lição de saúde, com gravuras mais pequenas agrupadas em torno da imagem principal. Isto fez com que as voluntárias memorizassem a lição mais rapidamente e reproduzissem com exactidão as mensagens de saúde. As promotoras forneceram a todas as voluntárias dos grupos de assistência cópias resistentes de cada gravura para usarem durante as visitas domiciliárias.

A imagem que se segue é um exemplo do curriculum Vurhonga II sobre TRO.

### Tratamento da Diarreia



#### ABERTURA DA DISCUSSÃO:

P. O que vê na imagem central?

R. Uma criança a beber. Uma mãe a aplicar TRO ao filho.

#### Principais Mensagens de Saúde:

- 1) A diarreia para uma criança é como a falta de chuva para um pé de milho — ambos definham.
- 2) A planta recupera quando chove. Da mesma forma, a criança sem água fica fraca, mas melhora assim que ingerir líquidos.
- 3) Dar soluções de re-hidratação oral (SRO) ou líquidos disponíveis em casa a uma criança com diarreia.
- 4) Continuar a amamentar a criança que tem diarreia.
- 5) Dar à criança mais comida do que o habitual, isto é, quatro vezes ao dia durante pelo menos duas semanas, mesmo depois da recuperação.
- 6) Se a criança não melhorar com o tratamento em casa, tiver febre ou sangue nas fezes, levar a criança imediatamente ao posto de saúde mais próximo.



## Anexo G: Atelier Doméstico e Grupos de Assistência

Os projectos de saúde podem utilizar o modelo de grupos de assistência para implementarem de forma eficaz a estratégia de reabilitação e nutrição de Desvio Positivo/Atelier Doméstico. (Consultar o Manual de Desvio Positivo/Atelier Doméstico da CORE para aceder ao guia completo). As voluntárias do Vurhonga beneficiam da participação e do apoio do seu grupo de assistência, uma vez que realizam as sessões do atelier doméstico na respectiva comunidade.

**Realização do atelier doméstico:** As voluntárias do grupo de assistência alternam o local das sessões do atelier doméstico entre o grupo. Todos os dias, mães e filhos participam no encontro do atelier doméstico em casa de uma voluntária diferente. Todas as voluntárias têm uma exposição privilegiada em relação ao atelier doméstico, uma vez que se revezam para realizarem as sessões nas respectivas casas.

### ➔ Partilhar a responsabilidade de fornecer locais para as sessões diárias do atelier doméstico.

- Todo o grupo fica a conhecer o atelier doméstico numa reunião do grupos de assistência.
- Uma voluntária do grupo de assistência recebe uma sessão do atelier doméstico em sua casa com a ajuda da respectiva promotora.
- Várias outras voluntárias devem igualmente assistir (não é necessária a participação de todo o grupo de assistência).
- No dia seguinte, uma outra voluntária reveza-se para receber em sua casa uma nova sessão do atelier doméstico.
- A rotação dos locais faz-se entre todas as voluntárias até ser completado o ciclo de 12 dias do atelier doméstico.
- Nas duas semanas seguintes, as voluntárias prestam um acompanhamento intensivo e apoiam as famílias que lhes foram atribuídas e que participaram na sessão do atelier doméstico.

A Diferença dos Grupos de Assistência:  
Partilhar a tarefa de receber e dirigir o atelier doméstico, alternando responsabilidades entre todas as voluntárias do grupo de assistência.

**Liderança do atelier doméstico:** Quando o Vurhonga repete a intervenção sobre nutrição na segunda metade do projecto, as promotoras capacitam os grupos de assistência para assumirem a implementação do atelier doméstico.

### ➔ Partilhar a responsabilidade de dirigir uma sessão do atelier doméstico.

- No início, a promotora dirige cada sessão do atelier doméstico com a ajuda da voluntária que recebe essa sessão em sua casa.
- À medida que as voluntárias ganham mais experiência no atelier doméstico, a promotora diminui gradualmente o seu envolvimento.
- A líder do grupo de assistência comanda a sessão do atelier doméstico em sua casa com o apoio da promotora.
- Cada voluntária tem a oportunidade de dirigir um atelier doméstico quando a sessão é realizada em sua casa.
- A promotora garante supervisão e apoio contínuos.

Todas as voluntárias ganham experiência no atelier doméstico, tanto a dirigir as sessões como a realizá-las nas suas casas. Através da participação do grupo, a intervenção acaba por se tornar mais sustentável na comunidade.



## **Anexo H: Recursos**

### **Bibliografia sobre Educação Não Formal para Adultos**

Freire, Paulo. History and background: The Pedagogy of the Oppressed; Education for Critical Consciousness. Continuum Publishing Co., NY.

Knowles, Malcolm. Androgogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Learning. Jossey-Bass Publishers.

Merriam, Sharan B. and Rosemary S. Caffarella. Theory: Learning in Adulthood: A comprehensive guide. Jossey-Bass Publishers.

Mezirow, J. Fostering Critical Reflection in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning. Jossey-Bass Publishers.

Vella, Jane. Principles and Practice: Learning to Listen, Learning to Teach: the power of dialogue in educating adults. Jossey-Bass Publishers.

Vella, Jane. Taking Learning to Task. Jossey-Bass Publishers.

### **Material sobre Educação Participativa**

Pretty, Jules. Participatory Learning and Action: a trainer's guide. International Institute for Environment and Development (IIED) London.

Silberman, Mel. 101 Ways to Make Training Active. Jossey-Bass Publishers.

Training Trainers for Development: a workshop on participatory training techniques. CEDPA, Washington, DC.

### **Outro Material de Referência**

BEHAVE Framework for Behavior Change Programming. See Technical Reference Materials: Behavior Change Interventions. Child Survival Technical Support+ Project, 2004.

Bhattacharyya, Karabi; Winch, Peter; LeBan, Karen and Marie Tien. Community Health Worker Incentives and Disincentives: How They Affect Motivation, Retention and Sustainability. Basics Support for Institutionalizing Child Survival Project (Basics II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.

Improving the Performance of Facility- and Community-Based Health Workers. Child Survival Technical Support Project, Calverton, MD.