Desvio Positivo / Atelier Doméstico

Guia de Recursos para a Reabilitação Sustentável de Crianças Subnutridas

CORE

Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil

Grupo de Trabalho de Nutrição

Fevereiro de 2003

O Grupo CORE

O Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil (o Grupo CORE) é uma associação cujos membros pertencem a mais de 35 Organizações Voluntárias Privadas Norte-americanas que trabalham juntas para promover e melhorar programas de prestação de cuidados de saúde primários a mulheres e crianças, bem como às comunidades onde estas vivem. A missão do Grupo CORE consiste em fortalecer a capacidade local à escala global, a fim de melhorar de forma mensurável a saúde e o bem-estar de crianças e mulheres nos países em vias de desenvolvimento, através da acção e da aprendizagem conjunta com ONGs. Colectivamente, as organizações-membro trabalham em mais de 140 países, apoiando programas de saúde e de desenvolvimento.

Esta publicação foi possível graças ao apoio do Gabinete de Cooperação Voluntária e Privada da Agência Norte-americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) ao abrigo do Acordo de cooperação FAO-A-00-98-00030. Esta publicação não reflecte necessariamente o ponto de vista ou a opinião da USAID. Pode ser reproduzida sempre que devidamente citada a fonte.

Citação

Grupo de Trabalho de Nutrição, Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil (CORE), *Desvio Positivo/Atelier Doméstico: Guia de Recursos para a Reabilitação Sustentável de Crianças Subnutridas*, Washington, D.C: Dezembro de 2002.

Resumo

Desvio Positivo/Atelier Doméstico é um programa de nutrição, com base no lar e na comunidade, para as crianças dos países em vias de desenvolvimento que estão em risco de subnutrição por carência de proteínas e calorias. O programa usa a abordagem "desvio positivo" para identificar a conduta seguida pelas mães e pelos encarregados de educação de crianças bem nutridas provenientes de famílias pobres e para transmitir essas práticas positivas a outras famílias da comunidade com crianças subnutridas. O "atelier doméstico" ou lar é o local onde têm lugar as sessões de reabilitação e de educação nutricional. Este guia de recursos explica detalhadamente como identificar crianças em risco, conduzir uma Investigação de Desvio Positivo para identificar práticas positivas, conduzir sessões do "Atelier Doméstico" e estabelecer um sistema de monitorização e avaliação. Para tal, são fornecidos exemplos específicos recolhidos durante o trabalho de campo e ferramentas úteis.

DP/ATELIER DOMÉSTICO

UM PROGRAMA COM BASE NO LAR E NA COMUNIDADE

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para a versão final deste guia de recursos – escrevendo capítulos, fornecendo casos, partilhando experiências, reorganizando o material e os passos e editando o documento para facilitar a sua utilização por parte da equipa de trabalho de campo. Este produto final é fruto do esforço e do empenho de muitos indivíduos que acreditaram na abordagem Desvio Positivo/Atelier Doméstico e quiseram partilhar o seu conhecimento com outras pessoas. Queremos agradecer aos vários membros e parceiros do Grupo CORE que nos revelaram opiniões sobre DP/Atelier Doméstico em inúmeras reuniões e mensagens de correio electrónico durante os últimos dois anos. Não sendo possível mencionar todos os envolvidos, gostaríamos de salientar apenas algumas das pessoas determinantes que dedicaram uma parte significativa do seu tempo a este projecto.

Este produto final é fruto do esforço e do empenho de muitos indivíduos que acreditaram na abordagem DP/Atelier Doméstico e quiseram partilhar o seu conhecimento com outras pessoas.

Donna Sillan foi contratada pelo Grupo CORE como a redactora principal do primeiro rascunho do guia de recursos. Viajou até Myanmar para trabalhar com **Monique e Jerry Sternin** e aprender sobre os projectos por eles desempenhados no Vietname, Egipto, Myanmar e outros países. Esta experiência, bem como o seu próprio trabalho de planeamento de programas de DP/Atelier Doméstico para membros do Grupo CORE a nível mundial serviram de base para compilar informação pormenorizada e casos sobre DP/Atelier Doméstico. Donna compilou materiais das seguintes fontes: o guia de campo original de DP/Atelier Doméstico, *Field Guide: Designing a Community-Based Nutrition Program Using the Hearth Model and the "Positive Deviance" Approach* (1); a tese de Mestrado de **Melissa Cribben**, que testou no terreno o guia original, na Bolívia (2); *Positive Deviance in Child Nutrition: A Field Manual for Use in West Africa* (3); um workshop nacional sobre Atelier Doméstico realizado na Guiné em Fevereiro de 2000 por Africare; uma reunião do Grupo de Consultoria Técnica de Atelier Doméstico levado a cabo por CORE e BASICS II em Abril de 2000; e um workshop sobre a Abordagem Desvio Positivo efectuado em Novembro de 2000 no Mali por Save the Children e BASICS. As contribuições destas fontes são demasiado extensas para serem referenciadas individualmente ao longo do texto.

Monique e Jerry Sternin elaboraram a Abordagem Desvio Positivo e demonstraram o seu incrível poder quando implementaram o Programa de Reabilitação e Educação Nutricional de Save the Children no Vietname. Começaram pequeninos e foram elevando a escala quando lançaram a abordagem à qual chamaram "universidade viva" e documentaram cientificamente o seu sucesso. Monique fez a revisão de vários rascunhos e forneceu informação crucial com base na sua longa experiência.

Os **Drs. Gretchen e Warren Berggren** implementaram e escreveram sobre os Atelieres Domésticos originais (atelieres demonstrativos de nutrição) nos anos 60 no Haiti e ainda contribuem para o refinamento e elaboração de lições da abordagem Atelier Doméstico, aconselhando sucessores acerca do seu uso. Gretchen Berggren reviu vários rascunhos do manual e ambos forneceram uma orientação técnica excelente.

O **Dr. David Marsh** escreveu o capítulo sobre Monitorização e Avaliação e contribuiu com muitos dos estudos de caso baseados no trabalho desempenhado por Save the Children. O trabalho árduo que David realizou ao documentar o êxito da abordagem através de actividades de investigação operativa em vários países contribuiu significativamente para a aceitação do Desvio Positivo e do Atelier Doméstico.

Adventist Development and Relief Agency (ADRA), **Africare, CARE, Christian Children's Fund, Mercy Corps, Save the Children, World Relief e World Vision**, entre outras organizações, implementaram o DP/Atelier Doméstico em inúmeras comunidades a nível mundial. O esforço das comunidades, dos voluntários do Atelier Doméstico e da equipa de trabalho de campo tornou possíveis as lições, os casos e os exercícios aqui apresentados.

Olga Wollinka iniciou o desenvolvimento deste documento e compartilhou opiniões valiosas com base na sua experiência no World Relief, relativamente ao DP/Atelier Doméstico.

Lynette Walker solicitou a opinião de uma equipa de revisores e reorganizou e escreveu a versão final do manual.

O nosso apreço e gratidão a todas as pessoas e organizações que não foram aqui mencionadas, mas que contribuíram imensuravelmente para o desenvolvimento do Desvio Positivo/Atelier Doméstico.

Outros revisores deram um grande contributo para os sucessivos rascunhos: **Judiann McNulty** (Mercy Corps), **Karen LeBan** (CORE), **Caroline Tanner** (FANTA), **Valerie Flax** (consultora), **Hannah Gilk** (Pearl S. Buck Foundation), **Judy Gillens** (FOCAS), e **Karla Pearcy** (consultora).

Vários editores de texto trabalharam o documento nas suas diversas fases: **Alicia Oliver**, **Lucia Tiffany**, **Justine Landegger** e **Robin Steinwand**.

Regina Doyle foi a responsável pelo layout, design gráfico e ilustrações.

Para além dos nomes referidos, queremos expressar o nosso apreço e gratidão a todas as pessoas e organizações que não foram aqui mencionadas, mas que contribuíram imensuravelmente para o desenvolvimento dos programas de DP/Atelier Doméstico em todo o mundo. Muito obrigada.

Na esperança de sermos capazes de converter em norma as práticas destes extraordinários "desviadores positivos" e aprender a exercer a sua conduta de bem cuidar, alimentar e procurar de cuidados de saúde, apresentamos aos implementadores este guia de recursos para a abordagem DP/Atelier Doméstico.

Respeitosamente,

Judiann McNulty, Co-Presidente
Grupo de Trabalho de Nutrição
Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil (CORE)

Karen LeBan, Directora Executiva
Grupo de Colaboração e Recursos para a Sobrevivência Infantil (CORE)

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS iii

RESUMO DO DESVIO POSITIVO/ATELIER DOMÉSTICO 1
Como utilizar este guia 1
O que é o DP/Atelier Doméstico? 1
Vantagens do DP/Atelier Doméstico vs. abordagens tradicionais 6
Por que razão constitui a subnutrição um problema? 10
Passos decisivos da abordagem DP/Atelier Doméstico 12
Definições 14

CAPÍTULO 1: Passo 1 – Determinar se o DP/Atelier Doméstico é adequado para si 17
A. Condições gerais 17
B. Compromisso da comunidade 20
C. Compromisso da agência responsável pela implementação 17

CAPÍTULO 2: Passo 2 – Mobilizar, seleccionar e formar 27
A. Mobilizar a comunidade 27
B. Processo de desenvolvimento da formação 30
Exemplo de descrições de cargos 39
Exercícios adaptados ao Atelier Doméstico 42
Exemplo do perfil de formação dos voluntários 53

CAPÍTULO 3: Passo 3 – Preparar para a investigação de Desvio Positivo 57
A. Determinar um grupo etário alvo 58
B. Conduzir uma avaliação do estado nutricional 58
C. Conduzir uma análise situacional 62
D. Conduzir um inquérito de classificação socio-económica 65
E. Reunir com a comunidade 66
F. Identificar desviadores positivos 68
G Formar e preparar a equipa de IDP 69
Métodos de recolha de informação 70
Avaliação do estado nutricional 76

CAPÍTULO 4: Passo 4 – Conduzir uma investigação de Desvio Positivo 85
A. Planear a logística da IDP 86
B. Realizar visitas domiciliárias 89
C. Compilar os resultados 89
D. Partilhar os resultados com a comunidade 93
Perguntas e respostas 94
Aplicar a abordagem IDP a outros assuntos 97
Lista de verificação de observações para a IDP 99
Exemplo de uma entrevista semi-estruturada 101
Formato do relatório de resultados da visita domiciliária 104
Análise da IDP em vários países 106

RESUMO

PASSO 1

PASSO 2

PASSO 3

PASSO 4

PASSO 5

CAPÍTULO 5: Passo 5 – Planear as sessões do Atelier Doméstico .. 113
A. Programar sessões do Atelier Doméstico 114
B. Planear menus para as sessões do Atelier Doméstico 114
C. Planear mensagens educativas sobre saúde 119
D. Escolher o local para as sessões do Atelier Doméstico 124
E. Planear protocolos para as sessões do Atelier Doméstico 124
F. Criar um plano anual de actividades 127
Perguntas e respostas 127
Informação adicional sobre micronutrientes 130
Formulário de inscrição para o Atelier Doméstico 133
Protocolo para a identificação imediata de crianças subnutridas em risco 134

PASSOS 6-8

CAPÍTULO 6: Passos 6 a 8 – Conduzir, apoiar e repetir 135
Passo 6 – Conduzir as sessões do Atelier Doméstico 135
A. Recolher materiais e implementar sessões diárias do Atelier Doméstico 136
B. Receber/registar encarregados de educação/crianças e recolher alimentos de DP 136
C. Liderar as sessões do Atelier Doméstico 137
D. Supervisionar as actividades do Atelier Doméstico 140
Passo 7 – Apoiar novas condutas 141
Passo 8 – Repetir as sessões do Atelier Doméstico conforme necessário 142
Perguntas e respostas 143
Lista de verificação de supervisão das sessões do Atelier Doméstico 146
Guia de entrevista para encarregados de educação 147
Guia de opinião do supervisor e de detecção de problemas 148

PASSO 9

CAPÍTULO 7: Passo 9 – Expandir os programas de DP/Atelier Doméstico 149
Abordagem para a expansão 149
A. Desenvolver um modelo eficaz em pequena escala 150
B. Desenvolver um modelo eficaz em grande escala 150
C. Expandir a abordagem IDP/Atelier Doméstico a nível distrital 151
D. Criar uma "universidade viva" 151
E. Apoiar os recém-formados no seu regresso a casa para reproduzirem o programa 152
Expandir eficazmente 152
Sustentabilidade 154

CAPÍTULO 8: Monitorizar e Avaliar 157
A. Seleccionar resultados de projectos 158
B. Monitorização 159
C. Avaliação 168
Resultados do trabalho de campo 171
Exemplo de formulários para a monitorização e avaliação 176

RECURSOS 185

REFERÊNCIAS 189

RESUMO do DESVIO POSITIVO / ATELIER DOMÉSTICO

A quem se destina este guia?

Este guia de recursos destina-se a gestores de programa interessados em mobilizar comunidades para a reabilitação sustentável de crianças subnutridas.

Como utilizar este guia

O Capítulo 1 ajudá-lo-á a decidir se o Desvio Positivo/Atelier Doméstico é a abordagem certa para a sua comunidade. Os capítulos seguintes contêm exercícios, sugestões e lições úteis de organizações não governamentais que implementaram o DP/Atelier Doméstico em todo o mundo. Informações e materiais práticos guiá-lo-ão através de uma série de passos que se destinam à implementação de um programa eficaz de Desvio Positivo (DP)/Atelier Doméstico. Aconselhamo-lo a ler atentamente o guia completo antes de iniciar a implementação, uma vez que só a plena compreensão desse processo irá simplificar o planeamento do programa.

Lembre-se de que é absolutamente necessária a adaptação local. Com base nos elementos essenciais listados neste capítulo, seja criativo e experimente. Existem inúmeras variações possíveis para adaptar esta abordagem ao seu projecto. O desígnio de cada projecto individual depende dos recursos disponíveis e do método de combinação dos mesmos. À medida que for desenvolvendo o seu programa de DP/Atelier Doméstico, irá aprender muitas lições por experiência própria. Documente a sua experiência a fim de partilhar o Atelier Doméstico global. O Atelier Doméstico a nível global é alimentado e mantido graças a pessoas como o leitor, que procuram soluções exequíveis para o problema da subnutrição.

O que é o DP/Atelier Doméstico?

A abordagem DP/Atelier Doméstico é muito bem sucedida na minimização da subnutrição. Esta abordagem tem permitido a centenas de comunidades reduzir os níveis existentes de subnutrição infantil, assim como prevenir a subnutrição nos anos seguintes à conclusão do programa.

Aconselhamo-lo a ler atentamente o guia completo antes de iniciar a implementação, uma vez que só a plena compreensão desse processo irá simplificar o planeamento do programa.

A abordagem DP/Atelier Doméstico é muito bem sucedida na minimização da subnutrição: tem permitido a centenas de comunidades reduzir os níveis existentes de subnutrição infantil, assim como prevenir a subnutrição nos anos seguintes à conclusão do programa.

Objectivos de um Programa DP/Atelier Doméstico

1. Reabilitar rapidamente crianças subnutridas identificadas na comunidade;
2. Permitir às famílias sustentar a reabilitação destas crianças em casa; e
3. Prevenir futuros casos de subnutrição entre todas as crianças nascidas na comunidade, através da alteração das normas comunitárias relativas às práticas de cuidados, alimentação e saúde das crianças.

O DP/Atelier Doméstico combina duas abordagens que provaram reduzir eficazmente a subnutrição infantil e promover o desenvolvimento normal da criança a nível da comunidade.

O processo de DP/ Atelier Doméstico integra a sabedoria local a fim de tratar e prevenir a subnutrição com êxito, difundindo essa mesma sabedoria por toda a comunidade.

A abordagem Desvio Positivo

O Desvio Positivo tem como base a premissa de que algumas soluções para os problemas da comunidade já existem e só precisam de ser descobertas. Porque os comportamentos se alteram muito lentamente, a maioria dos profissionais de saúde pública concorda que as soluções descobertas no seio da comunidade são mais sustentáveis do que as que provêm do exterior. O processo de DP/Atelier Doméstico integra a sabedoria local a fim de tratar e prevenir a subnutrição com êxito, difundindo essa mesma sabedoria por toda a comunidade.

O Desvio Positivo é uma abordagem que aproveita "pontos fortes" ou "recursos", fundamentada na crença de que em cada comunidade existem certos indivíduos ("Desviadores Positivos") cujas condutas e práticas especiais ou pouco comuns lhes permitem encontrar melhores formas de prevenir a subnutrição do que os seus vizinhos, ainda que partilhem os mesmos recursos e enfrentem os mesmos riscos. Através de um processo dinâmico denominado Investigação de Desvio Positivo (IDP), a equipa do programa convida os membros da comunidade a descobrir as práticas únicas que contribuem para um resultado nutricional mais positivo na criança. Então, a equipa do programa e os membros da comunidade planeiam uma intervenção que permita às famílias com crianças subnutridas aprender e praticar essas e outras condutas benéficas.

Todos os Desviadores Positivos demonstram reger-se por certas condutas e práticas que lhes têm permitido resolver bem problemas e ultrapassar barreiras formidáveis.

Em todas as comunidades, seja nas cidades do interior dos Estados Unidos, nos bairros degradados de Manila, Adis Abeba e Cairo ou em aldeias pobres de Myanmar ou Nicarágua, existem **Desviadores Positivos**. Todos eles demonstram reger-se por certas condutas e práticas que lhes têm permitido resolver problemas eficazmente e ultrapassar barreiras formidáveis. A abordagem Desvio Positivo tem sido largamente utilizada no combate à subnutrição e também noutras áreas, tais como na assistência materno-infantil e no uso do preservativo entre grupos de alto risco.

A abordagem Atelier Doméstico

Na abordagem Atelier Doméstico, os voluntários da comunidade e os encarregados de educação de crianças subnutridas praticam novas formas de cozinhar, de alimentar, de tratar da higiene e simplesmente de cuidar, que demonstraram ser eficazes na reabilitação dessas crianças. As práticas seleccionadas advêm dos resultados da Investigação de Desvio Positivo e das condutas realçadas pelos peritos em saúde pública. Os voluntários envolvem activamente a mãe e a criança no processo de reabilitação e de aprendizagem num confortável contexto doméstico e trabalham de forma a possibilitar às famílias manter o estado nutricional melhorado da criança em casa. A sessão do Atelier Doméstico consiste na reabilitação e na educação nutricional durante um período de doze dias, seguido de visitas domiciliárias aos encarregados de educação por parte dos voluntários.

A abordagem Atelier Doméstico promove a alteração de condutas e capacita os encarregados de educação para que se responsabilizem pela reabilitação nutricional dos seus educandos, usando os conhecimentos e os recursos locais. Após duas semanas de ingestão adicional de alimentos altamente calóricos, as crianças ficam com mais energia e apetite. As alterações visíveis nas crianças, associadas ao método "aprender, fazendo", aumentam a confiança dos encarregados de educação e a respectiva capacidade de alimentação e de prestação de cuidados gerais, de higiene e de saúde. A melhoria das práticas, independentemente do nível de educação das mães, beneficia o crescimento e o desenvolvimento das crianças. Esta abordagem reduz eficazmente a subnutrição na comunidade-alvo, permitindo aos membros da comunidade descobrir a sabedoria das mães Desviadoras Positivas e praticar essa sabedoria nas sessões diárias do Atelier Doméstico.

O Desvio Positivo/Atelier Doméstico é uma ferramenta de mobilização comunitária eficaz porque estimula a comunidade a actuar, o que implica que pessoas de estratos sociais distintos trabalhem em conjunto a fim de resolver problemas e a descobrir soluções no seio da comunidade. O objectivo é maximizar os recursos, as capacidades e as estratégias existentes para superar um problema, utilizando principalmente metodologias participativas e o processo de Acção e Aprendizagem Participativas.

Apesar do programa de DP/Atelier Doméstico ter de ser adaptado localmente e muitos dos passos de implementação serem flexíveis, existem diversos elementos essenciais à eficácia desta abordagem.

A experiência demonstrou que em todos os programas eficazes:

- ♥ Se conduz uma Investigação de Desvio Positivo em todas as comunidades-alvo, através dos membros da comunidade e da equipa do programa
- ♥ Se recorre a mulheres voluntárias da comunidade para conduzirem as sessões do Atelier Doméstico e as visitas domiciliárias de acompanhamento
- ♥ Antes do início das sessões do Atelier Doméstico, se desparasitam todas as crianças e administram-se os micronutrientes necessários
- ♥ Se utiliza a promoção/monitorização do crescimento para identificar novos casos de subnutrição infantil e monitorizar o progresso nutricional
- ♥ Se assegura que os encarregados de educação contribuem diariamente com alimentos e/ou materiais para as sessões do Atelier Doméstico

ATELIER DOMÉSTICO

A sessão do Atelier Doméstico consiste na reabilitação e na educação nutricional

As alterações visíveis nas crianças, associadas ao método "aprender, fazendo", aumentam a confiança dos encarregados de educação e a respectiva capacidade de alimentação e de prestação de cuidados gerais, de higiene e de saúde.

ELEMENTOS ESSENCIAIS

Programas eficazes de Desvio Positivo/ Atelier Doméstico

- ♥ Se planeiam os menus das sessões do Atelier Doméstico com base em alimentos disponíveis e acessíveis localmente
- ♥ Se garante a presença e a participação activa dos encarregados de educação nas sessões diárias do Atelier Doméstico
- ♥ Se conduzem sessões do Atelier Doméstico durante 10 a 12 dias, por um período de duas semanas
- ♥ Se fazem visitas domiciliárias de acompanhamento durante duas semanas após a conclusão das sessões do Atelier Doméstico, para assegurar uma média de 21 dias de prática necessária para que uma nova conduta se torne num hábito
- ♥ Se envolve activamente a comunidade em todo o processo

Condutas e práticas benéficas promovidas pelo DP/Atelier Doméstico

As práticas caseiras benéficas que constituem o cerne do programa de DP/Atelier Doméstico encontram-se divididas em três ou quatro categorias principais: alimentação, cuidados gerais, cuidados de higiene e cuidados de saúde.

Práticas de alimentação: As boas práticas incluem dar às crianças com mais de seis meses de idade pequenas quantidades de alimentos ao longo do dia, para além do leite materno, da alimentação activa, da alimentação durante períodos de doença e recuperação e do tratamento de crianças com pouco apetite.

Práticas de cuidados gerais: A interacção positiva entre uma criança e os encarregados de educação primários e secundários promove o desenvolvimento emocional e psicológico. As práticas positivas incluem a interacção verbal frequente com a criança, prestar atenção e demonstrar afecto, dividir o trabalho de forma a permitir a supervisão e a prestação de cuidados adequadas e a participação activa dos pais nos cuidados à criança. Estas e outras práticas de cuidados gerais, embora frequentemente ignoradas, são decisivas para o desenvolvimento normal da criança.

Práticas de cuidados de higiene (por vezes incluídas nos cuidados gerais): A higiene corporal, alimentar e ambiental é muito importante para manter uma criança saudável e prevenir doenças diarreicas e parasitais. Uma única prática higiénica – lavar as mãos com sabão antes de comer e depois de defecar – tornou-se no alvo da campanha da Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir a incidência de doenças diarreicas.

Práticas de cuidados de saúde: Além da vacinação completa necessária para imunização no primeiro ano de vida, o tratamento imediato das doenças infantis e a procura atempada de cuidados médicos são também importantes para manter a criança saudável.

As práticas benéficas têm de ser revistas no contexto cultural da comunidade onde o DP/ Atelier Doméstico é implementado.

Estas práticas têm de ser revistas no contexto cultural da comunidade onde o DP/ Atelier Doméstico é implementado. A equipa do programa deve colaborar com os parceiros locais, a fim de identificar as condutas determinantes de cada comunidade. O Capítulo 4 inclui exemplos de práticas benéficas descobertas em comunidades distintas através da abordagem DP/Atelier Doméstico. Não obstante, é igualmente útil consultar as dezasseis práticas familiares decisivas adoptadas pela OMS e pela UNICEF para a Gestão Integrada da Doença Infantil na Comunidade e no Lar (IMCI), destinadas a minimizar as principais causas de mortalidade e morbidade infantis.

TABELA 0.1 PRÁTICAS FAMILIARES DECISIVAS PARA A COMUNIDADE SEGUNDO A IMCI

Para o crescimento físico e desenvolvimento mental	Para a prevenção de doenças
♥ Amamentar bebés exclusivamente durante seis meses ♥ Começar a dar às crianças, aproximadamente a partir dos seis meses de idade, alimentos complementares frescos com alto teor de nutrientes e calorias e continuar a amamentar até aos dois ou mais anos ♥ Assegurar que as crianças recebem as quantidades necessárias de micronutrientes (vitamina A e ferro, especialmente) através da dieta normal ou de suplementos ♥ Promover o desenvolvimento mental e social das crianças, atendendo às suas necessidades através da conversação, de brincadeiras e da criação de um ambiente estimulante	♥ Levar as crianças às consultas marcadas para completarem o processo de imunização (BCG, DPT, OPV e sarampo) durante o primeiro ano de vida ♥ Eliminar de forma segura as fezes, incluindo as de crianças; lavar as mãos após defecar, antes de preparar alimentos e antes de dar de comer às crianças ♥ Proteger as crianças em áreas onde a malária seja endémica, fazendo com que durmam protegidas por redes tratadas com insecticida ♥ Adoptar e manter condutas adequadas relativamente à prevenção e cuidados com pessoas afectadas por HIV/SIDA, incluindo órfãos
Para cuidados domésticos adequados	**Para a procura de cuidados de saúde fora de casa**
♥ Continuar a dar alimentos e líquidos às crianças quando estão doentes, incluindo leite materno ♥ Administrar o tratamento adequado em casa quando as crianças sofrem infecções ♥ Tomar medidas apropriadas para prevenir e tratar acidentes e lesões infantis ♥ Prevenir o abuso e a negligência de menores e tomar as medidas adequadas quando isso acontece ♥ Assegurar a participação activa dos homens na prestação de cuidados infantis e na saúde reprodutiva familiar	♥ Reconhecer que uma criança doente precisa de tratamento fora de casa e procurar ajuda profissional ♥ Seguir os conselhos do profissional de saúde pública sobre o tratamento, acompanhamento e indicação ♥ Assegurar que todas as grávidas tenham acesso a cuidados pré-natais adequados, incluindo pelo menos quatro visitas pré-natais a um profissional de saúde pública, a dose recomendada da vacina de toxóide tetânico e o apoio da família e da comunidade na procura da atenção necessária aquando do parto, do pós-parto e do período de lactação

Dezasseis práticas familiares decisivas reduzem significativamente a ocorrência de doença e mortalidade infantil.

Fonte: Apresentado no Workshop Internacional sobre Melhoramento da Nutrição e Saúde da Criança nas Comunidades, Durban, 20-23 de Junho de 2000 (1)

DP/Atelier Doméstico vs. Programas de Nutrição Tradicionais

As intervenções tradicionais em nutrição englobam a monitorização do crescimento, o aconselhamento e a provisão de alimentos suplementares e micronutrientes, tais como a vitamina A.

A monitorização do crescimento é um componente importante de qualquer intervenção em nutrição e cumpre várias funções. Ainda que o seu principal propósito seja identificar crianças subnutridas, facilita aos encarregados de educação monitorização do crescimento dos seus educandos, encorajar os responsáveis por crianças saudáveis a mantê-las nessa condição e identificar crianças com doenças subjacentes, remetendo-as para tratamento. É igualmente utilizada para monitorizar o estado nutricional do grupo-alvo durante um determinado período de tempo, consistindo não só numa ferramenta de medição do impacto quantitativo mas também numa ferramenta de medição do impacto sustentado.

Durante as duas últimas décadas, pelo menos, trabalhadores locais de saúde têm mobilizado os habitantes de milhões de aldeias para pesarem regularmente as crianças, num esforço de mitigar a subnutrição. Nos países em vias de desenvolvimento, têm sido usadas balanças Salter, balanças de mercado e balanças de casa de banho para controlar o peso de crianças com menos de cinco anos de idade. Os ministérios da saúde desses países produziram cartões de monitorização de crescimento, onde é possível assinalar e acompanhar o peso das crianças.

Mas e o que acontece depois de serem pesadas? Melhorou o crescimento de cada criança? Melhorou o estado nutricional das crianças da comunidade? Será que o próprio facto de as crianças serem pesadas melhora o seu estado nutricional? Muitas vezes, quando os dados do crescimento mensal de todas as crianças da comunidade se encontram tabelados e as tendências são revistas anualmente, fica claro que as sessões de monitorização do crescimento produzem poucas alterações no estado nutricional. Conforme exclama um importante médico de saúde pública, estamos literalmente "a pesar as crianças até à morte." (2) É frequente uma voluntária de saúde não ficar perturbada ao traçar uma curva de crescimento descendente de um menor, cujo peso cai na zona de subnutrição grave. Satisfeita por ter conseguido traçar correctamente a curva de peso, ignora o importante passo que se segue – interpretar o significado da alteração de peso. O crescimento infantil é um processo dinâmico. Ter como meta o aumento de peso mensal adequado reverte a atenção para crianças com problemas. A incapacidade de uma criança ganhar peso é, muitas vezes, o primeiro sinal de um problema subjacente.

Nos programas tradicionais que dependem de recursos alimentícios externos e prestadores de cuidados de saúde pagos, é frequente as crianças recaírem no seu estado de subnutrição anterior assim que acabam as sessões de alimentação.

O aconselhamento constitui um componente determinante do programa de nutrição, uma vez que proporciona ao encarregado de educação informação sobre como alterar o estado nutricional da criança de forma a obter um impacto favorável na sua taxa de crescimento. Mesmo quando a voluntária de saúde comunitária interpreta correctamente o gráfico traçado, pode falar com a mãe sobre os alimentos apropriados para o seu filho durante a ruidosa e ocupada sessão de monitorização de crescimento, mas pode não haver tempo suficiente para falar sobre a amamentação, o tratamento de doenças em casa, a necessidade de recorrer a cuidados de saúde ou outros assuntos que contribuem para a subnutrição. Neste caso, os encarregados de educação deixam a sessão sem saber ou recordar os passos práticos que devem seguir em casa.

Durante décadas, as organizações mundiais de assistência e desenvolvimento proporcionaram programas terapêuticos e de alimentação suplementar para as crianças classificadas como subnutridas e conseguiram reabilitar muitas delas. Contudo, por se tratarem de programas com base no abastecimento de recursos alimentícios externos, a maior parte das vezes em centros operados por prestadores de cuidados de saúde pagos, em vez de fomentarem a alteração de comportamentos no seio da família, é frequente as crianças recaírem no seu estado de subnutrição anterior assim que acabam as sessões de alimentação.

As abordagens tradicionais das intervenções em nutrição tendem a procurar na comunidade problemas que necessitam solução. A abordagem DP/Atelier Doméstico procura condutas positivas e pontos fortes existentes na comunidade, sobre os quais seja possível construir algo. Leia as questões normalmente colocadas nas duas abordagens e perceba a diferença.

TABELA 0.2 ABORDAGEM TRADICIONAL vs. DP/ATELIER DOMÉSTICO

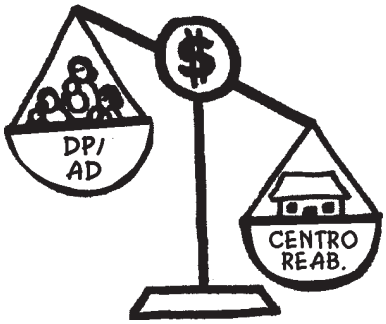
Abordagem tradicional	Abordagem DP/Atelier Doméstico
Quais são as suas necessidades?	Quais são os seus pontos fortes?
O que está mal?	O que funciona aqui?
O que podemos fornecer?	Quais são os seus recursos?
O que falta à comunidade?	O que há de bom na comunidade?
O que faz falta aqui?	A partir de quê podemos construir?

Vantagens do DP/Atelier Doméstico vs. abordagens tradicionais

As vantagens do DP/Atelier Doméstico são várias. O DP/Atelier Doméstico é:

Rápido - A abordagem oferece uma solução que pode resolver rapidamente um problema imediato. As crianças precisam de ser reabilitadas agora, razão pela qual é feita a alimentação supervisionada durante as sessões do Atelier Doméstico. Depois, cabe aos encarregados de educação implementar as mesmas práticas em casa e contar a sua experiência nas sessões do AD. Quer os encarregados de educação, quer os voluntários recebem apoio de acompanhamento em casa.

Acessível - O DP/Atelier Doméstico é acessível e as famílias não precisam de depender de recursos externos para praticar as novas condutas. O DP/Atelier Doméstico é muito mais económico do que contratar pessoal para um centro de reabilitação de nutrição ou investir num serviço hospitalar. No Vietname, o custo do programa foi aproximadamente 2 dólares americanos por criança. A despesa de cada criança que participa no Atelier Doméstico equivale a apenas uma fracção do custo total. A fracção seguinte a equacionar é a poupança obtida quando os



O DP/Atelier Doméstico é muito mais económico do que contratar pessoal para um centro de reabilitação de nutrição ou investir num serviço hospitalar.

irmãos mais novos não sofrem de subnutrição devido à melhoria nas práticas domésticas. E há ainda uma terceira fracção. Se a subnutrição for eliminada numa comunidade, muitas crianças por nascer beneficiarão também com o Atelier Doméstico. Logo, o custo por beneficiário diminui exponencialmente, considerando o número de casos em que a subnutrição e, por vezes até a morte, é prevenida.

Para além de mudar a conduta de famílias individuais, o Atelier Doméstico muda a forma como a comunidade vê o problema da subnutrição e a sua capacidade para reverter a situação.

Participativo – A participação da comunidade é um ingrediente vital para o sucesso da abordagem DP/Atelier Doméstico. A comunidade desempenha um papel fundamental durante todo o processo, desde a descoberta de práticas e estratégias eficazes no seio da comunidade ao apoio dos encarregados de educação após a conclusão das sessões do Atelier Doméstico.

Sustentável - A abordagem DP/Atelier Doméstico é sustentável porque as novas condutas são interiorizadas e continuam a ser praticadas após a conclusão das sessões do Atelier Doméstico. Os encarregados de educação não recebem formação apenas para reabilitar as crianças subnutridas, mas também para manter essa reabilitação em casa de modo permanente. As capacidades praticadas no Atelier Doméstico convertem-se em condutas habituais e os irmãos mais novos recebem os benefícios nutricionais das sessões do Atelier Doméstico sem nunca as terem frequentado. Para além de mudar a conduta de famílias individuais, o Atelier Doméstico muda a forma como a comunidade vê o problema da subnutrição e a sua capacidade para reverter a situação. Inculca em muitas famílias normas positivas relativamente a cuidados de saúde infantis e a práticas alimentares saudáveis. Acima de tudo, as comunidades adquirem a capacidade para sustentar um programa de DP/Atelier Doméstico, se necessário, apenas com os recursos locais.

Natural - Porque a solução é local, o progresso é rápido e dispensa muitas análises ou recursos externos. A abordagem pode ser aplicada extensivamente, uma vez que existem desviadores positivos em quase todas as comunidades.

Culturalmente aceitável – Sendo o Atelier Doméstico baseado em condutas naturais identificadas nos contextos social, étnico, linguístico e religioso das comunidades individuais é, por definição, culturalmente aceitável.

Baseado na alteração de conduta (e não principalmente na aquisição de conhecimentos) – Esta abordagem inclui três passos do processo de alteração de conduta:

1. Descoberta (Investigação de Desvio Positivo)
2. Demonstração (Sessões do Atelier Doméstico)
3. Prática (Sessões do Atelier Doméstico e lar)

Save the Children/EUA no Vietname

Quando, em 1990, o governo vietnamita convidou a Save the Children para criar um programa que ajudasse pobres aldeões a resolver o seu grave problema de subnutrição, isso parecia um desafio enorme. Para se encontrar uma solução a longo prazo que dizimasse a subnutrição infantil pela raiz, não só foi necessário reabilitar as crianças, como também e, mais importante ainda, encontrar uma maneira de assegurar que as famílias pudessem manter essa melhoria.

A Save the Children procurou uma nova abordagem passível de identificar soluções para os problemas da comunidade dentro da própria comunidade. Esta procura levou à utilização da Abordagem Desvio Positivo. Se bem que o conceito era conhecido há anos, a sua aplicação limitava-se a estudos académicos, à excepção de alguns projectos de ONGs implementados no Haiti e no Bangladeche (3). A Save the Children começou por aplicar esta abordagem em quatro comunidades muito pobres no norte do Vietname. Nestas aldeias, apesar da subnutrição afectar mais de 70% das crianças com menos de três anos de idade, cerca de 30% da população conseguia ter crianças bem nutridas.

Utilizando a Investigação de Desvio Positivo, as pessoas das aldeias locais com formação para o efeito identificaram famílias muito pobres com crianças bem nutridas – os Desviadores Positivos – e foram às suas casas saber que condutas únicas lhes permitiam superar o desempenho dos seus vizinhos. Descobriu-se que em cada família pobre com uma criança bem nutrida, a mãe ou o encarregado de educação recolhia folhas de batata doce e apanhava nos arrozais pequenos camarões e caranguejos, que adicionava à dieta da criança.

Ainda que estes alimentos fossem facilmente acessíveis e gratuitos, a sabedoria convencional ditava que os mesmos eram inapropriados e inclusive perigosos para crianças pequenas. Além desta descoberta, a investigação revelou que existiam outras práticas de alimentação e de cuidados dos desviadores positivos tais como a amamentação, a alimentação activa, a lavagem das mãos e o fornecimento de alimentos e líquidos adequados quando as crianças estavam doentes. Com base nestes dados, desenvolveu-se um programa de nutrição, educação e reabilitação. As mães e os encarregados de educação de crianças subnutridas foram convidados a assistir a uma sessão de duas semanas, onde puderam pôr em prática as novas formas de alimentar e cuidar dos seus filhos.

O programa proporcionou alimentos disponíveis localmente O programa proporcionou alimentos disponíveis localmente tais como arroz, tofu, peixe e gorduras, com vista à reabilitação das crianças. Contudo, a fim de alcançar o mais difícil objectivo de permitir às famílias manter o estado melhorado das crianças após a reabilitação, a Save the Children solicitou a todos os encarregados de educação que trouxessem um punhado de camarões, caranguejo e verduras (os alimentos do "desvio positivo") como "preço de admissão" à sessão de nutrição. Esperava-se que, ao pedir que as mães apanhassem camarões, caranguejos e verduras durante os 14 dias do programa, elas continuassem a fazê-lo depois da reabilitação dos seus filhos.

Por fim, o resultado do programa de DP/Atelier Doméstico foi positivo. Um grupo de 700 crianças, das quais todas apresentavam um índice de subnutrição em segundo ou terceiro grau, participaram no programa de Atelier Doméstico. O acompanhamento efectuado dois anos depois demonstrou que destas mesmas crianças, apenas 3% sofriam ainda de subnutrição em segundo ou terceiro grau. 59% de todos participantes no Atelier Doméstico se encontravam reabilitados para um nível normal e 38% para subnutrição em primeiro grau. Este nível inicial de melhoria foi observado entre 14 a 23 meses após a participação no Atelier Doméstico.

O programa de DP/ Atelier Doméstico realizado no Vietname constitui um exemplo maravilhoso de como esta abordagem pode conseguir resultados surpreendentes e tornar-se num programa nacional. Teve início em 1991 em quatro aldeias, com uma população de 20.000 pessoas. O programa foi adoptado pelo Ministério da Saúde e em 1998 englobava um total de 256 aldeias, com uma população total de 1,2 milhões de pessoas.

Os dados da Save the Children no Vietname demonstraram um impacto dramático para a prevenção da subnutrição no futuro. Em 1991, 3% das crianças com menos de três anos apresentavam um índice de subnutrição grave, 12% indicavam uma subnutrição moderada e 26% uma subnutrição ligeira. Em 1995, dois anos depois da implementação inicial do programa, a subnutrição em terceiro grau havia sido completamente eliminada. Apenas 5% das crianças sofriam de subnutrição moderada, enquanto que 21% indicavam uma subnutrição ligeira. O programa reduziu a subnutrição em segundo e terceiro grau em 80%. Os encarregados de educação conseguiram manter a melhoria do estado nutricional das crianças dois anos após a sua participação no programa. Os irmãos mais novos destas crianças, assim como outras crianças da comunidade nascidas depois da conclusão do programa de Atelier Doméstico, apresentavam o mesmo estado nutricional que os participantes do programa (4).

"Somos culpados de muitos erros e falhas, mas o nosso pior crime é abandonar as crianças, negligenciando assim a fonte da vida. Muitas das coisas de que necessitamos podem esperar. A criança não. Agora é o momento em que se formam os seus ossos, se faz o seu sangue e se desenvolvem os seus sentidos. A ela não podemos responder 'Amanhã'. O seu nome é Hoje."

"The Child's Name is Today"
por Gabriela Mistral,
Poetisa Chilena laureada
com o Prémio Nobel

A abordagem DP/Atelier Doméstico não se trata apenas de camarões, caranguejos e verduras, nem sequer é um "modelo", no sentido de que um modelo implica algo que é fixo. É, mais propriamente, uma abordagem flexível, que depende das práticas locais e culturalmente aceitáveis dentro de uma determinada comunidade.

Por que razão a subnutrição constitui um problema?

A subnutrição está associada a mais de metade de todos os casos de morte infantil a nível mundial. De actuação lenta e persistente, muitas vezes nem é diagnosticada. A subnutrição constitui uma emergência silenciosa que põe em perigo crianças, mulheres e famílias e, em última instância, a viabilidade de toda a sociedade. Esta crise é real e a sua persistência tem implicações profundas no futuro da aldeia global. Uma vez que a subnutrição leva as crianças à morte e à incapacidade em grande escala, tem ainda maiores consequências. Ao prejudicar o desenvolvimento físico e mental das crianças, a subnutrição infantil rouba-lhes o seu pleno potencial como seres humanos. Para muitas crianças, a fome crónica tornou-se num modo de vida. De acordo com a OMS, até uma criança com peso ligeiramente abaixo da média corre um risco de morte acrescido.

Algumas crianças subnutridas têm cabelo avermelhado e fino e tendem a ficar sem energia, apáticas e sem interesse em brincar, comer ou interagir. Outras podem ficar retraídas e hesitantes. Outras ainda parecem normais, mas na realidade são muito mais velhas do que aparentam. E depois há as crianças kwashiorkor clássicas e marasmáticas que exibem subnutrição grave no seu estado mais avançado e que exigem atenção médica imediata. Sendo a subnutrição de início gradual e de alta prevalência, os encarregados de educação, as famílias, as comunidades e os governos tendem a ignorá-la. No entanto, cada criança que sofre de subnutrição deveria acenar uma bandeira vermelha, indicando a necessidade urgente de apoio da família e da comunidade. Tudo aponta para um problema para o qual podem contribuir a falta de alimentos, a má distribuição dos alimentos disponíveis, práticas inadequadas de amamentação e de desmame, falta de estimulação infantil precoce, práticas de inapropriadas de cuidados infantis, água e saneamento deficientes e doenças.

A Figura O.1 ilustra as interacções entre as causas subjacentes e imediatas da subnutrição. O DP/Atelier Doméstico centra-se nas causas comportamentais subjacentes à subnutrição a nível doméstico, tais como cuidados materno-infantis inadequados, a fim de poder abordar as duas causas directas da subnutrição: a ingestão inadequada de alimentos e as doenças.

FIGURA O.1 CAUSAS DE SUBNUTRIÇÃO

Fonte: UNICEF 1990 (6)

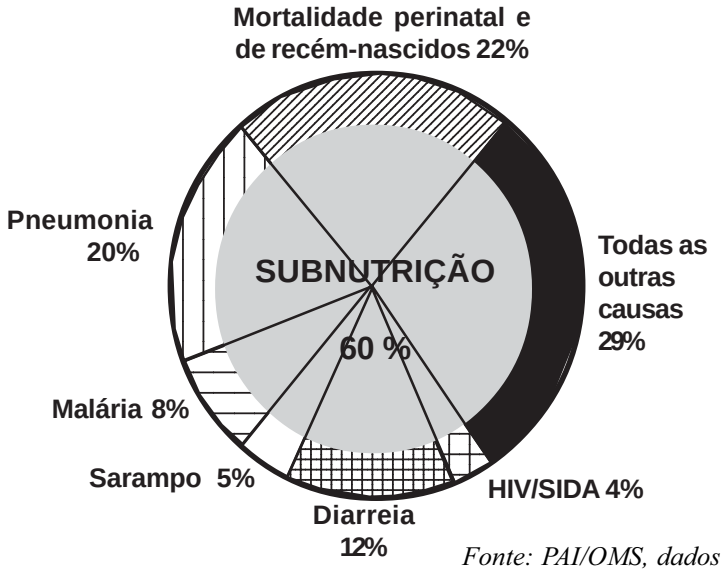
As consequências da subnutrição ligeira não devem ser subestimadas. A fraca resistência à doença de uma criança subnutrida mina todos os esforços de melhoramento da saúde pública. Diminui o rendimento dos avultados recursos gastos para garantir o acesso das famílias à imunização, terapia de rehidratação oral (TRO), saneamento, tratamento de infecções respiratórias agudas (IRA) e da malária e educação sobre HIV/SIDA. Foi demonstrado que 83% da mortalidade infantil por subnutrição se deve a complicações de subnutrição ligeira a moderada, e não grave (7). Quando se conseguir reduzir a subnutrição, todos os esforços de saúde pública produzirão melhores resultados.

"As práticas alimentares inadequadas e as suas consequências são os principais obstáculos ao desenvolvimento socio-económico sustentável e à redução da pobreza. Os Governos falharão nos seus esforços por acelerar o desenvolvimento económico significativo a longo prazo até que o crescimento e desenvolvimento infantil, especialmente através de práticas alimentares apropriadas, seja assegurado."

Estratégia global da OMS relativamente à Alimentação de bebés e crianças
Relatório da Secretaria
55ª Assembleia Mundial de Saúde, Abril de 2002 (5)

Apesar da pobreza constituir um factor tremendo que afecta o estado nutricional, algumas famílias pobres demonstraram que este problema pode ser ultrapassado. A abordagem DP/Atelier Doméstico envolve a comunidade a fim de identificar as condutas que contribuem para a boa nutrição e o desenvolvimento infantil saudável e mobiliza as comunidades para reabilitar de forma sustentável crianças subnutridas.

FIGURA O.2 **CONTRIBUIÇÃO DA SUBNUTRIÇÃO PARA A MORTALIDADE DE CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS NOS PAÍSES EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO, 2000**



Fonte: PAI/OMS, dados de 2001 (8)

Há muito que a subnutrição é reconhecida como uma consequência da pobreza. E é cada vez mais claro que se trata também de uma causa. Quando se encontram subnutridas, as crianças ficam significativamente mais fracas, o que lhes dificulta ou impossibilita a aprendizagem, prejudica o seu desenvolvimento pleno potencial e rendimento futuro. A falta de certos nutrientes resulta igualmente numa menor capacidade mental ou numa menor resistência à doença, reduzindo portanto a produtividade.

Passos decisivos da abordagem DP/Atelier Doméstico

Os passos para implementar um programa de DP/Atelier Doméstico eficaz serão descritos em pormenor nos capítulos que se seguem. Em resumo, os passos decisivos e respectivos resultados são:

PASSO 1 **Decidir se a abordagem DP/Atelier Doméstico é exequível na comunidade-alvo: Capítulo 1**

RESULTADO Avaliação dos componentes decisivos para a eficácia na comunidade e organização implementadora e a decisão informada sobre iniciar ou não a abordagem DP/Atelier Doméstico

PASSO 2 **Começar por mobilizar a comunidade e proceder à selecção e formação dos recursos humanos comunitários decisivos: Capítulo 2**

RESULTADO Apoiar a comunidade através da identificação e envolvimento das pessoas que tomam decisões e indivíduos influentes, da criação e/ou fortalecimento da Comissão Comunitária de Saúde e da identificação e formação de uma equipa de recursos humanos de DP/Atelier Doméstico, incluindo supervisores, formadores, gestores de projecto e voluntários de saúde comunitária

Preparar uma Investigação de Desvio Positivo: Capítulo 3 — **PASSO 3**

RESULTADO Conhecimento das actuais práticas normativas que afectam o estado nutricional e o desenvolvimento das crianças, a classificação socio-económica das famílias e uma avaliação do estado nutricional de todas as crianças do grupo-alvo, a fim de identificar os indivíduos subnutridos e os desviadores positivos (DP) na comunidade

Conduzir uma Investigação de Desvio Positivo: Capítulo 4 — **PASSO 4**

RESULTADO Identificação das condutas eficazes de alimentação, prestação de cuidados gerais e de saúde, para serem ensinadas nas sessões do Atelier Doméstico baseadas nas visitas domiciliárias às famílias DP

Planear as sessões do Atelier Doméstico: Capítulo 5 — **PASSO 5**

RESULTADO Um programa de doze sessões domésticas com menus saudáveis e mensagens educativas sobre saúde eficazes

Conduzir as sessões do Atelier Doméstico com as crianças subnutridas e os seus encarregados de educação: Capítulo 6 — **PASSO 6**

RESULTADO Recuperação das crianças subnutridas e conhecimentos e práticas melhorados sobre novas condutas junto dos encarregados de educação

Apoiar as novas condutas através das visitas de acompanhamento: Capítulo 6 — **PASSO 7**

RESULTADO Os participantes praticam as novas condutas a nível doméstico

Repetir o Atelier Doméstico conforme necessário: Capítulo 6 — **PASSO 8**

RESULTADO A maioria das crianças encontram-se reabilitadas e a crescer bem

Expandir o programa de DP/Atelier Doméstico a outras comunidades: Capítulo 7 — **PASSO 9**

RESULTADO As crianças subnutridas são reabilitadas em novas comunidades

A monitorização e a avaliação são importantes para todos os passos do DP/Atelier Doméstico e serão descritas em pormenor no Capítulo 8.

A sustentabilidade deve ser incorporada e planificada desde o início do programa e não apenas como um acréscimo no final do projecto de Atelier Doméstico. O Capítulo 7 inclui uma discussão acerca deste tema e de como pode ser considerado nas primeiras fases do planeamento do programa de DP/Atelier Doméstico. Cada capítulo começa com a descrição dos nove passos, além de destacar o passo referente ao próprio capítulo, para que possa acompanhar o seu progresso no processo.

DEFINIÇÕES

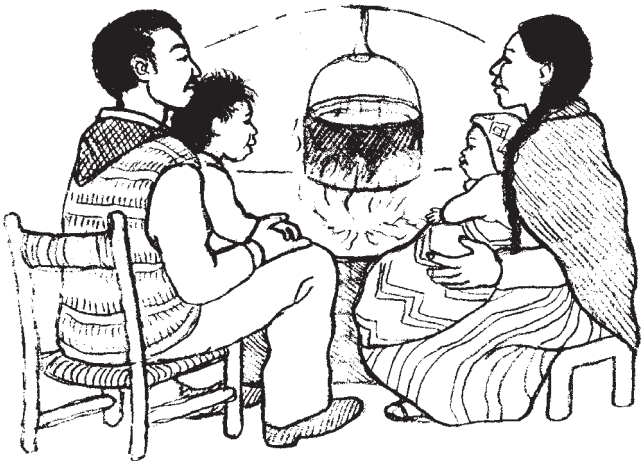
Terminologia do Desvio Positivo/ Atelier Doméstico

Encarregado de educação É a pessoa mais directamente envolvida na prestação de cuidados à criança. Pode ser a mãe, a avó, o pai ou um irmão mais velho. Ainda que este manual se refira por vezes à mãe e não à pessoa responsável por cuidar da criança, é importante ter em mente que o encarregado pode ser qualquer pessoa na vida da criança e é este principal encarregado que deverá ser convidado a participar nas sessões do Atelier Doméstico.

Desviador É uma pessoa ou uma conduta que se desvia da forma tradicional de actuação. Mudança de orientação que se afasta da via actual para tomar uma nova rota. Normalmente, o termo "desviador" é considerado negativo, contudo, pode ser negativo ou positivo, uma vez que apenas representa um desvio à norma.

Lar É a lareira/cozinha da casa que geralmente sugere um sentimento de calor, conforto, lar e família. Termo utilizado para descrever o cenário das sessões de reabilitação e de educação nutricional.

"Lar é a lareira/cozinha da casa que sugere um sentimento de calor, conforto, lar e família."



Sessões do Atelier Doméstico (ou Atelieres Domésticos) São uma série de 12 dias de sessões planeadas para reabilitar crianças subnutridas e ensinar práticas e condutas de Desvio Positivo. Num contexto doméstico, os encarregados de educação e os voluntários preparam uma refeição suplementar mais rica em energia e em calorias para as crianças subnutridas. Os encarregados de educação preparam alimentos de desvio positivo e praticam outras condutas de cuidados positivos.

Positivo É algo que funciona ou algo que as pessoas fazem bem. Uma conduta positiva utiliza os recursos disponíveis localmente, e não recursos "especiais", inacessíveis a toda a comunidade. A procura de condutas positivas centra-se na identificação de sucessos em vez de fracassos.

Abordagem Desvio Positivo em desenvolvimento É uma abordagem de desenvolvimento que ajuda uma comunidade e respectivos membros a encontrar soluções sustentáveis existentes para um problema, através da compreensão das condutas dos desviadores positivos no seio da comunidade.

Conduta ou prática de Desvio Positivo É uma prática pouco comum, de sucesso comprovado.

DEFINIÇÕES

Família de Desvio Positivo (Desviadores Positivos) São os membros de uma família que realizam práticas pouco comuns e benéficas que resultam em crianças bem nutridas e saudáveis.

Alimento de Desvio Positivo É um alimento nutritivo específico utilizado pelos desviadores positivos na comunidade. Este alimento é económico e disponível para todos.

Investigação de Desvio Positivo (IDP) É uma ferramenta de inquérito utilizada para descobrir as práticas desejadas ou eficazes dos desviadores positivos. Um processo de auto-descobrimento da comunidade, através do qual é possível observar as práticas dos vizinhos com crianças bem nutridas e saudáveis. A observação dessas crianças que prosperam sob condições comuns ou ordinárias, inclui a observação das respectivas famílias e os mecanismos de cooperação positiva que podem ser difundidos na comunidade.

Equipa de Investigação de Desvio Positivo (Equipa de IDP) É a equipa que conduz a IDP. Esta equipa pode ser composta por membros da comunidade, equipa do projecto, profissionais de saúde e indivíduos fora do sector da saúde.

Pessoa Desviadora Positiva É uma pessoa cujas condutas e práticas especiais lhe permitem resolver melhor um problema do que os seus vizinhos, que têm acesso aos mesmos recursos e partilham os mesmos factores de risco. No contexto da subnutrição, a criança DP é bem nutrida, ainda que pertença a uma família pobre (de acordo com a média da aldeia).

Nota: Estes termos devem ser traduzidos para a linguagem comum local antes de ser realizada a formação da comunidade e dos voluntários do Atelier Doméstico. Por exemplo, em certos países, uma pessoa desviadora positiva chama-se uma "pessoa modelo" ou uma "*maman lumière*" (mãe iluminada).

DEFINIÇÕES

Terminologia comum de nutrição (9)

Anemia É a redução das células vermelhas do sangue, causada pela carência de ferro. Nas crianças, a falta de ferro pode ser causada pela perda de sangue, por parasitas (tais como o ancilóstomo) e por outras deficiências alimentares de vitaminas e minerais como vitamina A, vitamina C, vitamina B-12 e ácido fólico.

Kwashiorkor É a subnutrição grave e aguda, caracterizada por cabelo fino e escasso que cai facilmente, inflamação de ambos os pés (edema), pele seca e escamosa em especial nos braços e nas pernas, cara inchada e abdómen volumoso.

Subnutrição É a incapacidade de satisfazer os requisitos nutricionais, podendo prejudicar a saúde mental e física. Nutrição inadequada generalizada que se evidencia nos indivíduos atrofiados, definhados e com pouco peso e nas deficiências de micronutrientes como vitamina A, zinco, iodo, ferro e ácido fólico. A subnutrição é definida pela OMS através da medição do peso médio por idade em crianças com menos de 5 anos.

Marasmo É o enfezamento grave e visível que requer atenção médica urgente. A criança é magra (pele e osso), com pouca gordura e músculo, notando-se claramente o contorno das costelas.

Atrofiamento (atraso no crescimento) É a subnutrição crónica que impede o crescimento normal da criança em altura, comparativamente com a sua idade.

Deficiência de peso É visível numa criança subnutrida cujo peso se encontra seriamente abaixo do índice normal para a sua idade. Esta é a medida mais frequentemente utilizada nos programas de DP/Atelier Doméstico.

Contabescência (definhamento) É a subnutrição aguda que resulta em crianças com peso seriamente abaixo do índice normal para a sua altura. Requer atenção médica.

Pontuação Z Também chamada pontuação de desvio padrão. É a medida que indica até que ponto e em que direcção o seu estado nutricional se desvia da média de referência recomendada internacionalmente para uma população de crianças da mesma idade ou altura. As crianças cujo peso esteja: um desvio padrão abaixo da norma (pontuação Z <-1) consideram-se ligeiramente subnutridas; dois desvios padrão abaixo da norma (pontuação Z <-2) consideram-se moderadamente subnutridas; e três desvios padrão abaixo da norma (pontuação Z <-3) consideram-se gravemente subnutridas.

CAPÍTULO 1
Passo 1: Determinar se o DP/Atelier Doméstico é adequado para si

PASSO 1

Decidir se a abordagem DP/Atelier Doméstico é exequível na comunidade-alvo, tomando em consideração:

A. Condições gerais
B. Compromisso da comunidade
C. Compromisso da agência responsável pela implementação

A decisão de implementar o DP/Atelier Doméstico requer uma ponderação cuidadosa com base em diversas variáveis, incluindo condições gerais, o compromisso da comunidade e o compromisso da agência responsável pela implementação do programa. Não é uma intervenção a ser tomada de ânimo leve, simplesmente como um acréscimo a um programa existente. Os critérios que se seguem devem ser considerados atentamente antes de decidir se a abordagem DP/Atelier Doméstico é adequada para a sua situação.

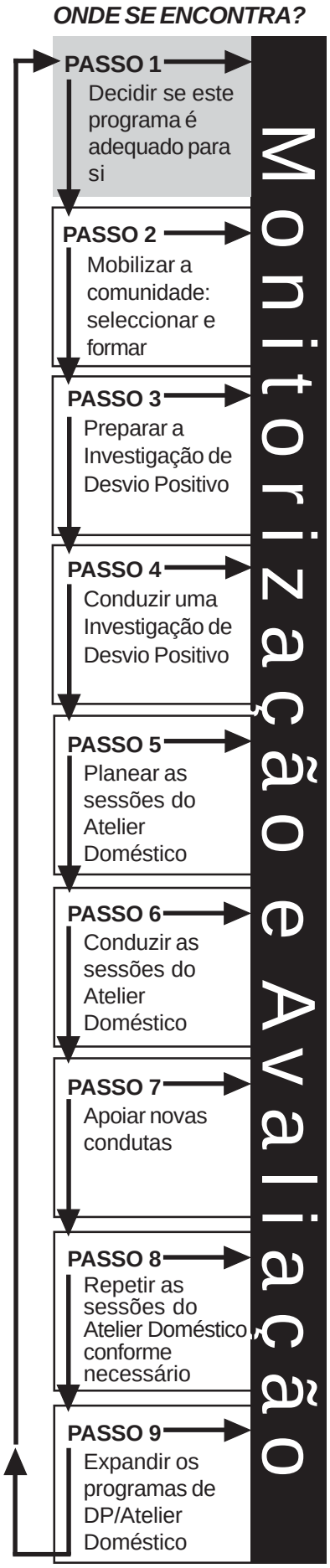
A. Condições gerais

Existem algumas características gerais associadas aos programas de DP/Atelier Doméstico eficazes:

Prevalência da subnutrição na comunidade

Para justificar o esforço do programa de DP/Atelier Doméstico deve existir na comunidade uma massa crítica de crianças subnutridas. Este programa é mais eficaz nas comunidades onde, pelo menos, 30% das crianças são subnutridas (incluindo os níveis de subnutrição ligeira, moderada e grave). Uma vez que a abordagem requer um índice relativamente alto de participação comunitária, pode não ser a melhor utilização de recursos implementá-la numa comunidade com um nível de prevalência de subnutrição abaixo dos 30%. O método usado para determinar a subnutrição baseia-se na medição do peso médio por idade adoptado pela maior parte dos cartões de monitorização de crescimento dos Ministérios da Saúde.

Caso as suas taxas de subnutrição iniciais parecem baixas, considere a possibilidade de que talvez não tenham sido registadas todas as crianças. O registo e a pesagem de porta-a-porta são importantes para assegurar uma avaliação exacta da taxa de subnutrição. Os registos dos centros de saúde locais precisam frequentemente de ser actualizados, de modo a incluírem imigrantes ou crianças nascidas no ano anterior. Deve considerar também as crianças que ainda não sofrem de subnutrição, mas cujos cartões de crescimento revelam uma hesitação no crescimento (perda de peso) durante mais de dois meses. Ajudar estas crianças pode prevenir uma futura subnutrição. (1)



Para que a comunidade possa sustentar as condutas de alimentação, devem estar disponíveis alimentos locais e económicos.

Disponibilidade de alimentos locais e económicos

Para que a comunidade possa sustentar as condutas de alimentação, devem estar disponíveis alimentos locais e económicos. O DP/Atelier Doméstico não se recomenda para áreas afectadas por períodos prolongados (de mais de três meses) de insegurança alimentar doméstica, nem para lugares onde a principal fonte de alimentos provém de programas de ajuda alimentar. Para averiguar a disponibilidade de alimentos económicos:

- ♥ Conduza um inquérito informal de mercado
- ♥ Visite os mercados e lojas locais para verificar a disponibilidade e os preços dos alimentos
- ♥ Pergunte quais os alimentos de cada estação do ano
- ♥ Avalie a disponibilidade de lojas familiares, que vendam inclusivamente alimentos cultivados em quintais ou campos próprios e gado ou aves.

Proximidade geográfica das casas

O programa de DP/Atelier Doméstico funciona melhor quando as casas se encontram relativamente próximas, porque dessa forma os carregados de educação poderão frequentar as sessões diárias sem perderem horas a caminhar grandes distâncias. A proximidade facilitará também aos voluntários visitar frequentemente as casas das famílias participantes.

Apesar da maioria dos projectos de DP/Atelier Doméstico terem sido implementados em contextos rurais, existem projectos urbanos num número crescente de países.

Cenários urbanos vs. rurais

A experiência demonstrou que o DP/Atelier Doméstico pode ser implementado com êxito quer em cenários urbanos, quer em cenários rurais. Nas comunidades urbanas, os alimentos são comprados. Na maioria das áreas rurais, a fruta e os vegetais são cultivados e os habitantes pescam ou criam gado. A IDP revelará os mecanismos de cooperação que algumas famílias encontraram para trabalhar na sua situação. Além disso, as áreas urbanas são mais densamente povoadas, o que significa distâncias mais curtas a percorrer entre as casas do Atelier Doméstico. Apesar de, até à data, a maioria dos projectos de DP/Atelier Doméstico terem sido implementados em contextos rurais, existem projectos urbanos no Haiti, na Etiópia, na Guiné, em Madagáscar, na Indonésia e na Índia.

Existência de programas de ajuda alimentar (Título II, Alimentos por Trabalho, Programa Alimentar Mundial, etc.)

O objectivo do DP/Atelier Doméstico consiste em descobrir os conhecimentos e recursos locais, a fim de combater a subnutrição. Fornecer alimentos do exterior sob a forma de caridade ou de alimentos em troca de trabalho complica o propósito de utilizar alimentos disponíveis e naturais da localidade. Contudo, nos países que recebem ajuda alimentar é importante encontrar maneiras criativas de usar essas fontes de alimentos para não diminuir o impacto do programa de Atelier Doméstico, nem arriscar os seus princípios mais significativos.

A IDP pode revelar que algumas famílias aproveitam melhor os alimentos doados do que outras. É possível que os preparem de modo mais saboroso ou que os vendam para comprar outros alimentos. Quando terminar o programa de ajuda alimentar, deverá ser conduzida uma nova IDP no sentido de se encontrarem soluções para a subnutrição que não dependam das contribuições externas de auxílio alimentar.

Uma maneira de integrar a ajuda alimentar no Atelier Doméstico é através da contribuição de alimentos básicos e óleo durante um período de tempo limitado, a

fim de complementar os objectivos de reabilitação do programa. Os encarregados de educação teriam ainda assim de trazer alimentos de desvio positivo para as sessões do Atelier Doméstico e de praticar outras condutas de alimentação activa, higiene e cuidados. Outra ideia consiste em utilizar a ajuda alimentar como incentivos em géneros para os formadores/ supervisores que conduzem as sessões do Atelier Doméstico. Em qualquer caso, deve ficar claro que a ajuda alimentar é limitada e não sustentável e, como tal, tem de ser incorporado no planeamento do Atelier Doméstico um projecto de eliminação gradual da ajuda externa para benefício da comunidade.

Pessoas deslocadas internamente e refugiados

O programa de DP/Atelier Doméstico não é a melhor das abordagens para projectos que envolvam populações deslocadas internamente e de refugiados. Contudo, a abordagem DP pode constituir uma ferramenta eficaz para identificar as estratégias e capacidades de cooperação únicas utilizadas por certos indivíduos ou famílias para enfrentar estas situações.

Populações sem terra ou comunidades ocupantes ilegais

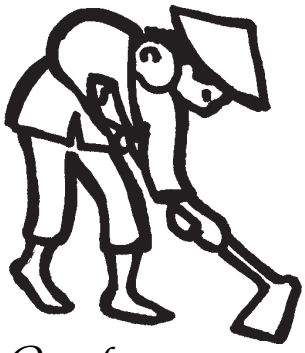
Este tipo de comunidade é instável, mas também aí existem desviadores positivos. Seria necessária uma estratégia combinada com um componente de geração de receitas de modo a apoiar a segurança alimentar doméstica.

Existência de programas de saúde pública e de desenvolvimento complementares

Existem vários programas de saúde pública que trabalham em sinergia com o DP/Atelier Doméstico para melhorar o estado de saúde e de nutrição das crianças. É importante avaliar a fase actual destes programas e tomar quaisquer decisões à luz dos seus objectivos e recursos disponíveis. Ainda que o DP/Atelier Doméstico possa ser implementado em comunidades que carecem de serviços de saúde, um projecto desenvolvido em Myanmar descobriu que a melhoria nutricional das crianças era atrasada pela elevada taxa de tuberculose e por um surto de sarampo. Dentro do possível, os programas devem considerar a implementação de parcerias ou actividades complementares de saúde com outras organizações que possam proporcionar:

- ♥ Programas de imunização
- ♥ Suplementos de micronutrientes
- ♥ Desparasitação
- ♥ Sistema de referência para as instalações locais de saúde relativo a crianças doentes

Os esforços para a nutrição podem ser integrados numa variedade de programas existentes no âmbito da agricultura, segurança alimentar, desenvolvimento económico, abastecimento de água e saneamento. Nos lugares onde já existe o programa de Gestão Integrada da Doença Infantil na Comunidade e no Lar (IMCI), o DP/Atelier Doméstico pode complementar as mensagens educativas sobre saúde e beneficiar dos mecanismos de avaliação, classificação, tratamento e referência da comunidade que realiza a IMCI. Adicionalmente, a subnutrição é tanto a causa como o efeito de muitos outros problemas de saúde pública e não pode ser tratada isoladamente. Os programas de DP/Atelier Doméstico adaptam-se bem aos programas de sobrevivência infantil e, se forem implementados correctamente, podem provocar efeitos dramáticos noutros indicadores de saúde pública, tais como a incidência de doenças diarreicas e a taxa de mortalidade infantil por pneumonia e malária.



Os esforços para a nutrição podem ser integrados numa variedade de programas existentes no âmbito da agricultura, segurança alimentar, desenvolvimento económico, abastecimento de água e saneamento.

A subnutrição é tanto a causa como o efeito de muitos outros problemas de saúde pública e não pode ser tratada isoladamente.

Sistemas para identificar e rastrear crianças subnutridas

Os programas que se seguem são benéficos para as comunidades comprometidas em implementar o DP/Atelier Doméstico e manter a taxa de subnutrição infantil baixa. Ainda que a sua existência caracterize uma situação ideal para a implementação do DP/Atelier Doméstico, a sua falta numa determinada comunidade não deve significar que essa comunidade seja automaticamente eliminada do programa. É importante avaliar se existem programas de monitorização e em que nível. Deve então tomar-se a decisão (baseada em outros critérios, objectivos do programa e recursos disponíveis) de continuar ou não a implementação na ausência de outros programas, o trabalho de fortalecer um ou mais destes itens ou a parceria com outras organizações que possam contribuir com os recursos ou a experiência necessários.

♥ ***Vontade de iniciar ou continuar os programas de promoção e monitorização de crescimento***

A monitorização do crescimento é o meio indicado para controlar o estado nutricional das crianças por um determinado período de tempo. Identifica as crianças subnutridas que precisam das sessões do Atelier Doméstico e as crianças que não mantêm um crescimento adequado após a sua participação naquelas sessões.

♥ ***Registo de todas as crianças do grupo-alvo***

É necessário um registo populacional para se chegar a cada criança do grupo etário prioritário (dos 0 aos 3 anos de idade) e consequentemente obter informações sobre o estado nutricional de toda a comunidade. Isto permite definir claramente a comunidade-alvo de crianças subnutridas e respectivos encarregados de educação.

♥ ***Relatório dos acontecimentos vitais para documentar novos casos de nascimento, morte e migração***

Para que seja possível rastrear cada criança e registar os novos membros da comunidade, por nascimento ou migração, é preciso recolher informações sobre os acontecimentos vitais. Se isto não estiver em curso, os dirigentes da comunidade devem estar dispostos a estabelecer ou organizar os sistemas necessários à recolha destes dados básicos.

B. Compromisso da comunidade

O compromisso em benefício da comunidade é vital para o sucesso do esforço do DP/Atelier Doméstico: se os dirigentes da comunidade não se dedicarem ao processo, não devem empreender esse esforço.

O compromisso em benefício da comunidade é vital para o sucesso do DP/Atelier Doméstico. São esperadas contribuições por parte da comunidade, uma vez que são essenciais ao êxito do programa e reflectem o seu nível de apoio. As contribuições dos encarregados de educação que frequentam as sessões do Atelier Doméstico, dos voluntários do programa que acolhem e implementam os DP/Atelieres Domésticos, dos dirigentes comunitários e das comissões de saúde que proporcionam apoio material e moral são mais-valias inestimáveis. Ainda que difíceis de quantificar, são estas as contribuições que realmente financiam o programa e determinam o seu sucesso ou fracasso.

Presença de uma liderança comunitária comprometida

Ao reunir com os dirigentes formais e informais da comunidade, com os profissionais de saúde ou com líderes religiosos, deve avaliar se existe na comunidade a preocupação com a saúde e o desejo de reduzir a subnutrição. Se os dirigentes da comunidade não se dedicarem ao processo do DP/Atelier Doméstico, não devem empreender esse esforço.

Presença de uma comissão comunitária de saúde comprometida

Deve avaliar a presença e funcionalidade da comissão de saúde da comunidade. Se esta comissão não existir, tem de ser criada. A função de uma comissão de saúde é:

- ♥ Gerir e coordenar as actividades de saúde a nível local
- ♥ Estabelecer critérios para seleccionar e supervisionar os voluntários da comunidade
- ♥ Colaborar com a organização que implementa o programa de Atelier Doméstico e com os profissionais de saúde a nível distrital

Disponibilidade de potenciais voluntários na comunidade

O voluntário do programa de Atelier Doméstico é o recurso humano chave de todo o projecto. Uma ou duas mulheres voluntárias são necessárias em cada local do Atelier Doméstico. As voluntárias conduzem as sessões do Atelier Doméstico nas suas casas, preparando os alimentos, supervisionando os encarregados de educação, demonstrando práticas de alimentação activa e transmitindo mensagens simples às restantes mães. O seu compromisso com o programa dura no mínimo dois meses e durante esse período espera-se que dediquem tempo e esforço suficientes com vista ao alcance dos objectivos propostos. Os programas de DP/Atelier Doméstico podem recrutar trabalhadores comunitários de saúde, caso existam. São fornecidas mais informações sobre a descrição do cargo, o recrutamento e a formação dos voluntários do Atelier Doméstico no Capítulo 2.

As voluntárias conduzem as sessões do Atelier Doméstico nas suas casas, preparando os alimentos, supervisionando os encarregados de educação, demonstrando práticas de alimentação activa e transmitindo mensagens simples às restantes mães.

C. Compromisso da agência responsável pela implementação

O director nacional da principal agência implementadora do projecto deve acreditar totalmente no mesmo. Não é recomendável iniciar este programa, a menos que a administração e toda a equipa se comprometam a seguir esta metodologia. Está provado que os programas de Atelier Doméstico bem sucedidos são os que contam com a dedicação total da agência implementadora quer a nível nacional, como a nível internacional. Dada a quantidade de recursos humanos necessários, o programa pode sofrer se não contar com a vontade e o apoio da alta administração. O maior investimento nos DP/Atelieres Domésticos é o trabalho árduo e o compromisso da equipa e dos voluntários. O programa não depende de grandes investimentos em infra-estruturas ou bens materiais, mas sim do processamento e do lançamento de um conceito. Nesse sentido, os recursos humanos são extremamente importantes e precisam de ser considerados antes de iniciar este esforço. A Tabela 1.1, na página seguinte, ilustra as necessidades de pessoal para uma população de sessenta crianças subnutridas.

Gestor e/ou formador principal do projecto de Atelier Doméstico

Um gestor de projecto é necessário para supervisionar todo o projecto, incluindo: a formação da equipa; a orientação do processo; o planeamento dos menus; a coordenação com os dirigentes comunitários, o Ministério da Saúde e outros parceiros; a monitorização e a avaliação dos resultados; etc. Organizações distintas tomam decisões distintas em relação a contratar um gestor de projecto local ou estrangeiro. O exemplo de orçamento fornecido no fim deste capítulo inclui um gestor de projecto que passa gradualmente as suas responsabilidades a um formador principal local no final do primeiro ano. Os consultores internacionais do Atelier Doméstico estão disponíveis para estabelecer programas de DP/Atelier

Nem todas as organizações sentem necessidade de contratar pessoas externas – muitos projectos eficazes têm sido conduzidos por gestores locais, contando com assistência externa apenas quando necessário.

Doméstico, formar a equipa, resolver problemas sempre que um programa tiver dificuldades e avaliar os Atelieres Domésticos. Uma opção consiste em introduzir um consultor de DP/Atelier Doméstico para iniciar o programa, avaliá-lo entre seis meses a um ano depois para assegurar o seu bom funcionamento, fazer recomendações para dinamizar a abordagem e planear a sua expansão. Contudo, é de notar que nem todas as organizações sentem necessidade de contratar pessoas externas. Muitos projectos eficazes têm sido conduzidos por gestores locais, contando com assistência externa apenas quando necessário.

Supervisores/formadores

São necessários supervisores/formadores para cada grupo de dez a vinte voluntários. Estas pessoas são pagas pelo projecto e a sua função é supervisionar o processo do Atelier Doméstico e dar formação aos voluntários.

Recursos alimentícios

Em termos de conceito, os custos dos recursos alimentícios de um projecto de DP/Atelier Doméstico são mínimos, uma vez que o programa se baseia em alimentos económicos e disponíveis localmente, maioritariamente contribuídos pela comunidade. A responsabilidade de reunir os materiais básicos para as sessões do Atelier Doméstico deve ser compartilhada pela comunidade, pela agência implementadora e pelos encarregados de educação. No início, a agência implementadora pode ter de fornecer mais comida, especialmente os alimentos para reabilitação. Assim que a comunidade compreender o valor das sessões do Atelier Doméstico e testemunhar a mudança das crianças doentes e letárgicas para crianças activas e saudáveis, aumenta o valor percepcionado do programa e a comunidade estará mais disposta a suportar os custos inerentes. A demonstração do poder dos recursos e do engenho da comunidade só é possível se as contribuições externas forem minimizadas. Desta forma, é importante avaliar a disponibilidade dos recursos dos encarregados de educação, da comunidade e da organização nesta fase.

TABELA 1.1 EXEMPLO DAS NECESSIDADES DE PESSOAL PARA 60 CRIANÇAS

Pessoal	Total	Cálculo	Comentários
Voluntários de saúde	10 a 20	Com 5 a 10 crianças/locais, são necessários 10 locais de Atelieres Domésticos para 60 crianças. Com 1 a 2 voluntários por local de Atelier Doméstico, são necessários 10 a 20 voluntários.	Os voluntários costumam preferir trabalhar em pares, o que significa 2 voluntários por local de Atelier Doméstico.
Supervisor/ formador	1 a 2	1 por cada 10 a 20 voluntários.	Em geral, devido à distância, os supervisores de áreas rurais conseguem apoiar 10 voluntários, enquanto que os supervisores de áreas urbanas conseguem apoiar até 20 voluntários.
Gestor/formador principal do Atelier Doméstico	1	1 por projecto.	

Outros custos do projecto

Os restantes custos do projecto incluem materiais, viagens, equipamento, comunicações e alojamento. No final deste capítulo encontra-se um mapa orçamental que apresenta uma relação dos itens e respectivos custos necessários para um período de três anos. Os investimentos financeiros mais significativos são realizados no início do programa, mas não costumam ser recorrentes. Os custos serão menores para uma agência ou departamento de saúde com escritório estabelecido do que para uma ONG que terá de suportar a despesa do alugar um gabinete, partilhar recursos humanos, comunicações, etc.

Ao fim de algum tempo, as comissões comunitárias de saúde, com o apoio dos dirigentes locais, assumem a responsabilidade total pela administração do Atelier Doméstico e pela repetição do programa no futuro.

Um programa de DP/Atelier Doméstico envolve vários agentes

Normalmente, é uma ONG internacional ou o Ministério da Saúde do país a tomar a liderança. O seu papel consiste em orientar e formar os trabalhadores locais de saúde ou os membros locais da ONG para a implementação do DP/Atelier Doméstico a nível da comunidade. A fim de assegurar uma implementação com qualidade, a agência principal deve prestar especial atenção ao monitorizar e manter a qualidade da mobilização, formação e supervisão executadas pela agência local e assegurar que estas se adequam aos princípios fundamentais da abordagem.

A agência local é responsável pela mobilização da comunidade, orientando-a na criação de uma comissão comunitária de saúde e na selecção de voluntários de saúde, dando formação a estes grupos ou indivíduos e monitorizando diariamente a implementação do Atelier Doméstico durante as rotações iniciais. Podem também auxiliar a comunidade na implementação de um programa de monitorização de crescimento e no fornecimento de serviços de saúde complementares.

Ao fim de algum tempo, as comissões comunitárias de saúde, com o apoio dos dirigentes locais, assumem a responsabilidade total pela administração do Atelier Doméstico e pela repetição do programa no futuro, se necessário.

Caso prático: Exemplo de uma equipa de projecto / cálculo de beneficiários

Local do projecto: Área urbana de Jacarta, Indonésia

- ♥ 8 supervisores/formadores trabalharão directamente com os voluntários do Atelier Doméstico
- ♥ Cada supervisor/formador orientará de 4 a 10 pares de voluntários
- ♥ Aproximadamente 160 voluntários receberão formação
- ♥ O plano contempla 80 locais de Atelieres Domésticos ao longo do projecto *(continuação do caso prático)*

126 crianças em 80 locais de Atelieres Domésticos significa que cerca de 10.000 crianças subnutridas serão tratadas durante os 3 anos do projecto de Jacarta.

♥ 5 a 10 crianças subnutridas e respectivos encarregados de educação serão atribuídos a um par de voluntários em qualquer altura (esta distribuição irá sofrer uma rotação após cerca de 2 meses de participação nas sessões do Atelier Doméstico)

♥ 42 crianças serão atendidas anualmente em cada local, alternando 7 crianças subnutridas a cada 2 meses (7 x 6)

♥ 126 crianças serão atendidas em cada local de Atelier Doméstico durante um período de 3 anos (42 x 23)

♥ 126 crianças em 80 locais de Atelieres Domésticos significa que cerca de 10.000 crianças subnutridas serão tratadas durante os 3 anos do projecto

♥ 50.000 famílias beneficiarão do programa durante os 3 anos (supondo que cada família é constituída por 3 crianças e 2 encarregados de educação).

Exemplo das necessidades de pessoal para 60 crianças subnutridas

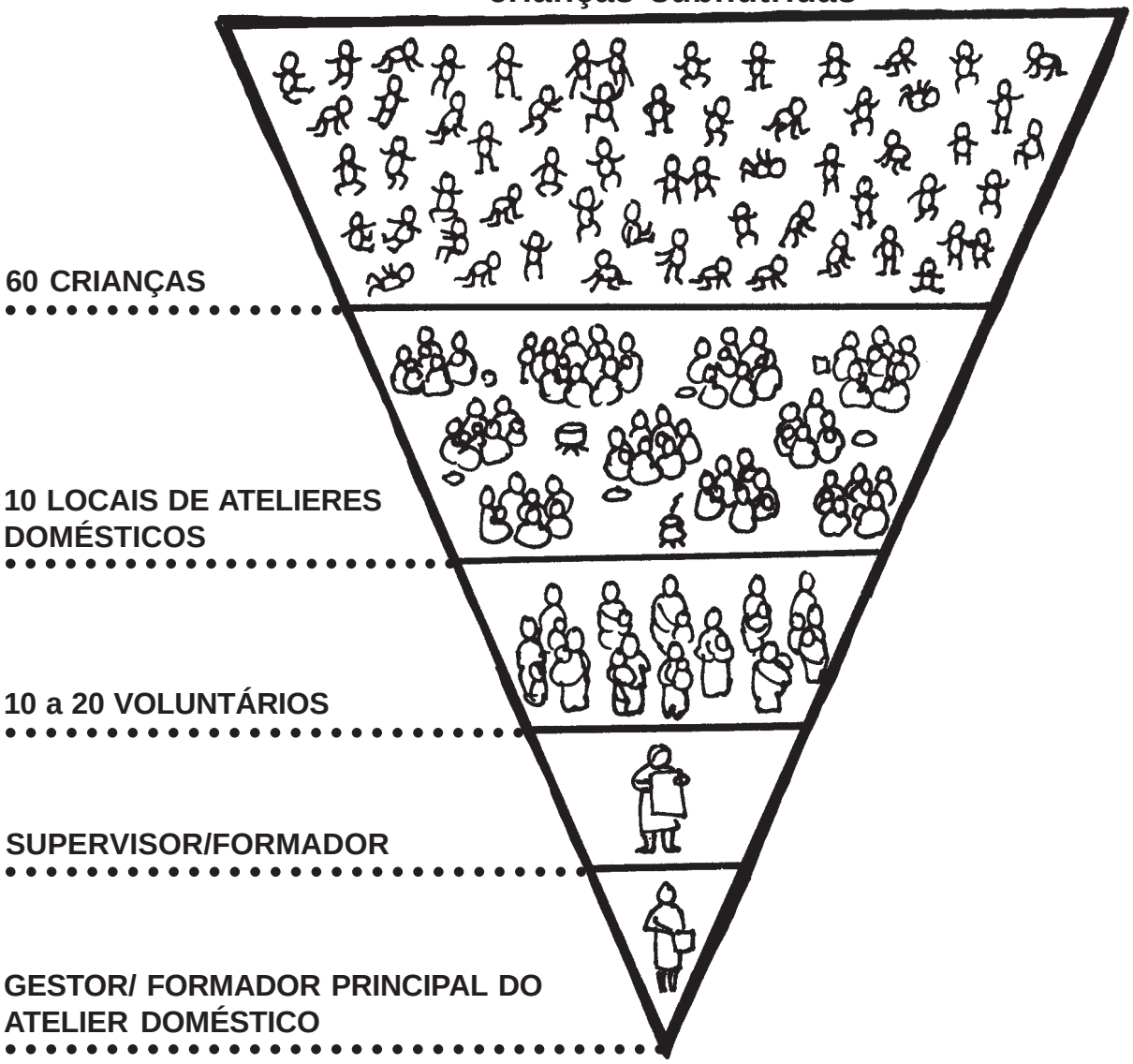


TABELA 1.2 MAPA ORÇAMENTAL DO DP/ATELIER DOMÉSTICO

Item do orçamento				
EQUIPA	**Ano 1**	**Ano 2**	**Ano 3**	**TOTAL**
Profissional de Atelier Doméstico (nacional ou estrangeiro)				
Formador principal (nacional)				
Supervisor/formadores				
Administrador/gestor do gabinete/pessoal de apoio				
Director nacional (%)				
Gestor financeiro (%)				
Motoristas				
Oficial superior do programa de saúde (sede)				
CONSULTORES				
Visitas de assistência técnica à sede				
Visitas dos consultores				
MATERIAIS				
T-shirts/bonés/sacos para os voluntários				
Panelas de cada Atelier Doméstico				
Colheres e utensílios de cozinha				
Óleo e arroz				
Sabão				
Baldes				
Vitamina A *				
Medicamentos anti-helmínticos *				
Cartões de monitorização de crescimento *				
Calculadoras				
Material de escritório				
Ferramentas de monitorização: registos e formulários				
Materiais de formação				
Produção: lições do Atelier Doméstico				
Acessórios de formação				
VIAGENS				
Aluguer de veículos: automóveis/motociclos				
Visitas cruzadas de formação para supervisores				
Visitas cruzadas de formação para formadores principais				
EQUIPAMENTO				
Balanças para pesar crianças				
Balança para pesar alimentos				
Computadores e impressoras				
Mobiliário de escritório				
COMUNICAÇÕES				
Custos de internet				
Telefones/faxes				
ALOJAMENTO				
Aluguer do escritório				
AVALIAÇÃO				
Equipa externa				
TOTAIS				

** Em geral, o programa de Atelier Doméstico pode obter estes recursos gratuitos a partir do Ministério da Saúde ou, melhor ainda, remeter as crianças directamente para o Ministério.*

CAPÍTULO 2
Passo 2: Mobilizar, seleccionar e formar

PASSO 2

Iniciar a mobilização da comunidade, seleccionar e formar os recursos humanos

A. Mobilizar a comunidade

1. Reunir com dirigentes comunitários decisivos
2. Orientar os trabalhadores locais de saúde
3. Mobilizar a comissão comunitária de saúde

B. Processo de desenvolvimento da formação

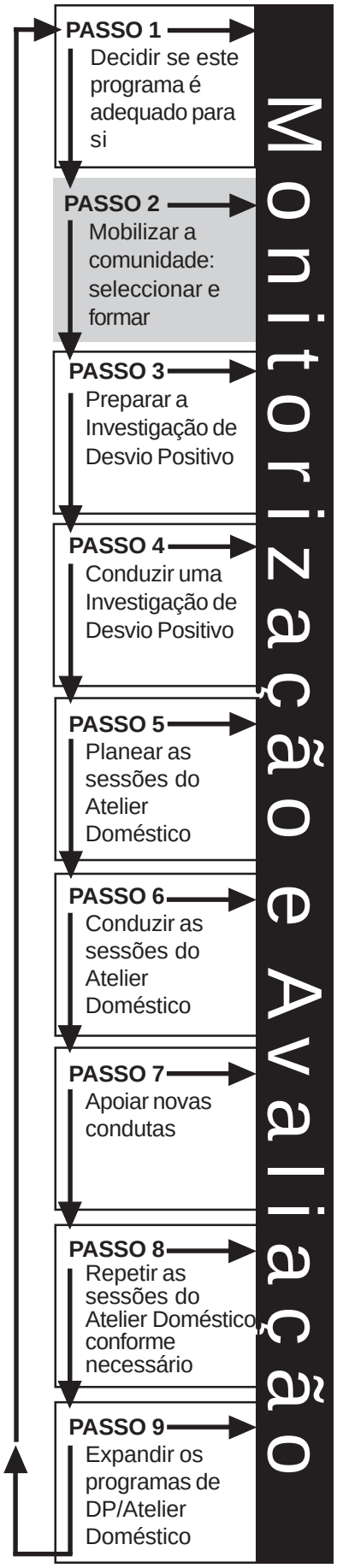
1. Escrever as descrições de cargos
2. Conduzir a análise de tarefas
3. Desenvolver os critérios de selecção dos participantes
4. Recrutar a equipa e os voluntários
5. Conduzir uma avaliação das necessidades de formação
6. Seleccionar o conteúdo programático do curso
7. Desenvolver uma estratégia de formação
8. Estabelecer a metodologia de formação
9. Criar a estratégia de avaliação da formação
10. Preparar os materiais de formação e avaliação
11. Executar a formação

Depois de decidir que o programa de DP/Atelier Doméstico é exequível na sua situação geográfica e cultural, pode iniciar o Passo 2.

A. Mobilizar a comunidade

O programa de DP/Atelier Doméstico é eminentemente comunitário, pelo que requer a participação activa da comunidade. Se o processo exige a auto-descoberta e a actuação da comunidade, uma agência implementadora não poderá gerir um programa de DP/Atelier Doméstico sem o apoio e a participação da comunidade.

Ainda que a agência implementadora possa iniciar o processo de DP/Atelier Doméstico dando formação aos membros da comunidade, depende unicamente da própria comunidade, desde o início, aprender a gerir e a supervisionar o projecto. É necessário um grande investimento inicial para transferir estas capacidades de administração à comunidade, o que constitui um princípio subjacente desta abordagem.



1. Reunir com dirigentes comunitários decisivos, incluindo:

♥ Dirigentes ou chefes de aldeias pequenas locais

♥ Representantes informais do sector da saúde, tais como curandeiros, parteiras tradicionais e vendedores de medicamentos naturais

♥ Líderes religiosos

♥ Chefes de tribos ou de castas

♥ Avós

♥ Directores escolares e professores

♥ Associações, clubes e grupos locais

♥ Decisores, líderes de opinião, heróis locais

♥ Dirigentes comerciais

Para que o DP/Atelier Doméstico funcione, toda a comunidade deverá estar entusiasmada com a ideia de eliminar a subnutrição.

Devem ser envolvidas no processo de DP/ Atelier Doméstico pessoas influentes, especialmente aquelas que possam levantar obstáculos caso não sejam integradas.

É aconselhável discutir o estado de saúde na comunidade, especialmente o das crianças com menos de cinco anos de idade. Verifique se existe a preocupação ou o interesse acerca do nível de subnutrição na comunidade por parte dos seus dirigentes e membros. É uma prioridade elevada? Que grupos etários infantis se encontram em maior risco de subnutrição? Os menores de 5 anos? Os menores de 3 anos? Os menores de 2 anos? A população considera a subnutrição um problema? Compreende o potencial perdido das crianças subnutridas? Tente apresentar estas questões, utilizando desenhos ou imagens e pedindo aos dirigentes para discutir o que vêem e como o relacionam com a situação da sua comunidade. Fornecer dados compreensíveis sobre a saúde e a nutrição locais é geralmente uma boa forma de promover a actuação.

Fornecer dados de forma compreensível

No Mali, a equipa da organização CARE preparou grandes gráficos de barras para ilustrar o estado nutricional médio das crianças de uma comunidade, em comparação com as crianças de outras aldeias. Quando se explicaram os gráficos aos dirigentes da aldeia, um deles exclamou: *"Sinto-me envergonhado por haver mais crianças subnutridas nesta aldeia do que em outros lugares. Temos de fazer algo em relação a isso imediatamente!"*

2. Orientar os trabalhadores locais de saúde

Os recursos de saúde formais e informais têm de ser identificados e integrados, a fim de ser possível coordenar esforços em prol do Atelier Doméstico. A equipa da unidade de saúde deve detectar os recursos e serviços disponíveis para tratar crianças doentes e gravemente subnutridas. As crianças que sofrem de subnutrição em terceiro grau e de várias outras doenças, conforme rastreadas nas sessões de promoção e monitorização do crescimento (PMC), têm de ser remetidas para uma clínica ou centro de saúde local. As decisões relacionadas com a desparasitação universal, os protocolos para a distribuição de vitamina A e os critérios acerca do conteúdo apropriado e reforço das mensagens educativas sobre saúde para as sessões do Atelier Doméstico requerem uma estreita

cooperação com os serviços de saúde. As funções da equipa do centro de saúde incluem: tratar crianças subnutridas com doenças subjacentes como a pneumonia, sarampo, cegueira nocturna, tuberculose ou malária; coordenar as actividades complementares às sessões de PMC; aumentar e manter a cobertura da imunização; facilitar a distribuição de suplementos de ferro e vitamina A para grávidas e de vitamina A e medicamentos de desparasitação para crianças; e participar na revisão e análise dos resultados do Atelier Doméstico.

3. Mobilizar a comissão comunitária de saúde

A administração do Atelier Doméstico depende da comunidade. É necessário capacitar uma comissão comunitária de saúde para transferir conhecimentos e criar a noção de domínio entre a comunidade. Se essa comissão não existir, tem de ser criada a partir das reuniões iniciais com os dirigentes comunitários. O ideal seria a comissão ser eleita, mas os dirigentes também podem nomear uma. Os critérios para ser um bom membro da comissão incluem a preocupação em melhorar o estado de saúde e nutricional da comunidade, tempo disponível para dedicar a este esforço, capacidade para trabalhar em equipa e respeito pelos outros. É bom haver dirigentes comunitários formais e informais na comissão, porque os líderes formais, ou aqueles mais próximos da estrutura da chefia formal, podem mover influências quanto a decisões, prioridades e alocação de recursos na comunidade.

A administração do programa é realizada em parceria com a comunidade, recorrendo ao ciclo "Triplo A" para avaliar um problema, analisar as suas causas e actuar com base nesta análise.

As actividades da comissão comunitária de saúde podem começar com o Atelier Doméstico, mas assim que a equipa tiver ganho experiência suficiente, pode direccionar a sua atenção para outros problemas da comunidade. Na secção de recursos deste manual, encontra-se um bom programa de formação para a equipa de uma comissão de saúde ou integrada noutro esforço de mobilização comunitária.

Através da comissão comunitária de saúde, as comunidades ficam qualificadas para:

- ♥ Supervisionar os trabalhadores comunitários de saúde
- ♥ Gerir as sessões do Atelier Doméstico
- ♥ Planear e avaliar os resultados
- ♥ Monitorizar os acontecimentos vitais
- ♥ Produzir gráficos que ilustrem bem o impacto mensurável do Atelier Doméstico e divulgá-los entre os membros e os dirigentes da comunidade
- ♥ Gerir a promoção e monitorização do crescimento

A capacitação da comunidade local começa por uma reunião inicial em que se discute a intervenção em nutrição. Consequentemente, a comissão adquire as qualificações necessárias para gerir as sessões do Atelier Doméstico e a monitorização do crescimento através do seu envolvimento na implementação do programa. Estabelecer uma parceria significa que o trabalho começa desde o primeiro dia, seguindo-se reuniões mensais ou bimensais nas quais se utiliza o ciclo "Triplo A" da UNICEF (avaliação, análise e acção) para apoiar o processo de formação da comunidade.

Estas três actividades – **avaliação, análise** e **acção** – convertem-se no modelo de administração do programa.

O ciclo "Triplo A" consiste em:

AVALIAÇÃO

Recolher informação quantitativa e qualitativa actualizada sobre os indicadores decisivos

ANÁLISE

Interpretar a informação, compreendê-la, identificar as áreas de sucesso e as áreas a melhorar

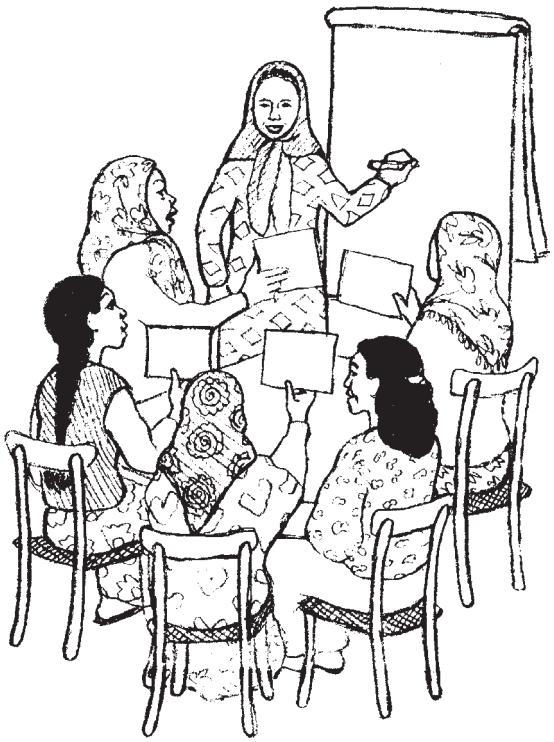
ACÇÃO

Desenvolver estratégias ou planos de acção para resolver os problemas identificados e melhorar as actividades de implementação

B. Processo de desenvolvimento da formação

A formação é crucial para a abordagem DP/Atelier Doméstico. A equipa, os voluntários do Atelier Doméstico e a comissão comunitária de saúde precisam de estar preparados para levar a cabo o processo de DP/Atelier Doméstico, a fim de provocar um impacto positivo na subnutrição infantil. A sessão do Atelier Doméstico com as mães é, por si, um workshop de formação com vista a integrar as mães na reabilitação dos seus filhos e na aprendizagem de novas condutas destinadas a manter as crianças saudáveis.

A abordagem Desvio Positivo, fulcral para o Atelier Doméstico, baseia-se na crença de que as respostas aos problemas da comunidade já existem no seio da própria comunidade. Isto requer uma troca de papéis entre professor e aluno, ou formador e formando.



A abordagem à formação é um dos maiores desafios do Atelier Doméstico. A abordagem Desvio Positivo, fulcral para o Atelier Doméstico, baseia-se na crença de que as respostas aos problemas da comunidade já existem no seio da própria comunidade. Isto requer uma troca de papéis entre professor e aluno ou formador e formando. Os voluntários do Atelier Doméstico aprendem com os encarregados de educação DP e a equipa do programa aprende com os voluntários. Neste sentido, inverte-se o paradigma tradicional de como ensinar famílias pobres nos países em vias de desenvolvimento.

Cada Atelier Doméstico é um "workshop de formação", no qual estão incluídos os conceitos e as técnicas para o ensino de adultos: participação activa, demonstração, prática e reforço. O processo começa pela captação de mensagens educativas através da IDP, depois sucede-se o planeamento do conteúdo programático e logística da formação e a formação propriamente dita dos voluntários que realizarão as sessões do Atelier Doméstico.

Passos a seguir para preparar sessões de formação adequadas para a equipa, voluntários do Atelier Doméstico e comissão comunitária de saúde:

1. Escrever as descrições de cargos

As descrições de cargos consistem numa listagem de funções, responsabilidades e actividades que devem ser realizadas por cada agente. A devida documentação das descrições de cargos permite às várias pessoas saber o que se espera delas, além de proporcionar um guia para o desenvolvimento da formação que facilitará o desempenho do cargo. No final deste capítulo, são fornecidos exemplos de descrições de cargos.

2. Conduzir a análise de tarefas

A análise de tarefas é uma breve revisão da descrição de cargos, que se destina a identificar os conhecimentos e competências que cada agente necessita para executar a sua função com êxito. Considere o que alguém

precisa de saber e o que deverá poder fazer. Pondere áreas como a manutenção de relatórios e registos, a aptidão interpessoal, a capacidade de comunicação, etc. A análise de tarefas corresponde também a uma fase em que é possível determinar o que não pode ser ensinado. Haverá alguma atitude ou competência que as pessoas devam ter inicialmente e que pode não ser fácil de ensinar?

3. Desenvolver os critérios de selecção dos participantes

A partir da análise de tarefas, estabeleça os critérios de selecção da equipa e dos voluntários. Estes critérios servem de guia aos esforços de recrutamento.

Os critérios para a selecção da equipa devem incluir:

- ♥ Desejo de aprender, abertura a novas ideias
- ♥ Excelente aptidão interpessoal e ser um bom ouvinte
- ♥ Grande interesse em desenvolver trabalho de campo
- ♥ Vontade de aprender com pessoas menos habilitadas

Os critérios para a selecção dos voluntários, ainda que variem de país para país, devem incluir:

- ♥ Vontade de trabalhar como voluntário
- ♥ Mulher casada e com filhos, que viva na aldeia
- ♥ Pessoa respeitada e que seja digna da confiança da comunidade
- ♥ Desejo de aprender, abertura a novas ideias
- ♥ Alfabetizada (em países onde o alfabetismo feminino é baixo, uma voluntária analfabeta pode juntar-se a uma alfabetizada)

Os voluntários de DP/ Atelier Doméstico guiam a comissão comunitária de saúde no desenvolvimento dos critérios e da selecção dos melhores voluntários.

Um critério importante para o voluntariado consiste em ter filhos relativamente saudáveis e bem nutridos. Contudo, durante a avaliação do estado nutricional, alguns voluntários do Atelier Doméstico descobrem que os seus filhos não se encontram tão bem nutridos e consequentemente tornam-se melhores voluntários.

É dada prioridade aos voluntários de saúde existentes na comunidade, todavia, esta opção deve ser cuidadosamente ponderada. Será que eles têm tempo adicional para dedicar ao Atelier Doméstico? Será difícil para eles aceitar que precisam de aprender com outros membros da comunidade, depois de desempenharem o papel tradicional de professores há tanto tempo? Isto poderá ser particularmente difícil quando os membros da comunidade são mais pobres e de uma classe social inferior.

4. Recrutar a equipa e os voluntários

Envolva a comissão comunitária de saúde na selecção dos voluntários do Atelier Doméstico.

5. Conduzir uma avaliação das necessidades de formação

O passo seguinte consiste em detectar os conhecimentos e competências que os formandos possuem. O nível educativo existente para cada cargo deve guiar o desenvolvimento da formação, embora esta deva modelar boas técnicas para o ensino de adultos. Compare o conhecimento e a capacidade de cada formando com a análise da respectiva tarefa, a fim de determinar as falhas que precisam de ser colmatadas na formação.

O nível educativo existente para cada cargo deve guiar o desenvolvimento da formação, embora esta deva modelar boas técnicas para o ensino de adultos.

TABELA 2.1 **NÍVEIS EDUCATIVOS COMUNS PARA CARGOS-CHAVE DO DP/ATELIER DOMÉSTICO**

Cargo	Nível educativo existente
Gestor do DP/Atelier Doméstico	Diploma universitário
Supervisor/formador	Escolaridade até 8º ano, no mínimo
Voluntário do Atelier Doméstico	Alfabetismo útil, mas não essencial
Comissão comunitária de saúde	Variado, um ou mais membros alfabetizados

6. Seleccionar o conteúdo programático do curso

O conteúdo do curso será diferente para cada grupo e deve respeitar os passos anteriores. A seguir encontram-se directrizes com base em antigos programas de Atelier Doméstico.

Os dirigentes comunitários, a comissão comunitária de saúde, a equipa da agência implementadora e os voluntários do Atelier Doméstico precisam de ser orientados para o Atelier Doméstico. Como tal, todos devem compreender:

- ♥ O conceito de Desvio Positivo
- ♥ A base para os menus (as práticas e os alimentos de desvio positivo para a reabilitação)
- ♥ Por que o Atelier Doméstico dura duas semanas
- ♥ Os conceitos básicos de nutrição (variedade, teor rico em proteínas/ calorias, frequência e quantidades)
- ♥ Os conceitos básicos do desenvolvimento infantil precoce

Os voluntários do Atelier Doméstico requerem formação especializada em:

- ♥ Actividades de promoção e monitorização do crescimento (pesagem, registo e aconselhamento)
- ♥ Nutrição e nutrientes básicos, utilização da tabela de composição dos alimentos
- ♥ Aptidão para discutir com os participantes o que ingeriram nas últimas 24 horas
- ♥ Estudo dos alimentos disponíveis no mercado
- ♥ Aptidão para efectuar visitas domiciliárias
- ♥ Valor dos alimentos: três ou quatro grupos alimentares
- ♥ Como visitar a criança DP e aprender as três práticas eficazes (boa alimentação, bons cuidados gerais e bons cuidados de saúde)
- ♥ Princípios do tratamento doméstico da subnutrição
- ♥ Compreensão do ciclo de nutrição e infecção
- ♥ Programas de vacinação
- ♥ Prevenção e tratamento da desidratação durante a diarreia
- ♥ Reconhecimento dos sinais de doença aguda, incluindo pneumonia, malária e diarreia grave, que precisam de atenção médica

Muitos grupos precisam de ser orientados para o Atelier Doméstico

Dada a intensidade da participação comunitária exigida para um programa de DP/Atelier Doméstico, há vários grupos da comunidade que precisam de ser orientados em relação aos conceitos gerais do DP e Atelier Doméstico. São eles: os prestadores de serviços de saúde locais, os líderes religiosos, os comerciantes, os curandeiros e as parteiras tradicionais, os vendedores de rua, os pais, as avós e os irmãos. Cada um destes agentes deve compreender o seu papel na cooperação com o Atelier Doméstico e com os encarregados de educação que participam no programa.

- ♥ Marcos de crescimento infantil
- ♥ Técnicas de estimulação infantil precoce

Os supervisores e formadores devem compreender:

- ♥ Todos os tópicos destinados aos voluntários (acima referidos)
- ♥ Capacidade de supervisionar
- ♥ Sistema de informação
- ♥ Competência de monitorização e avaliação
- ♥ Uso de tabelas de composição dos alimentos e planeamento dos menus

A equipa encarregada das sessões do Atelier Doméstico deve compreender:

- ♥ Abordagem DP/Atelier Doméstico
- ♥ Planeamento de uma sessão
- ♥ Programação
- ♥ Criação de uma sessão do Atelier Doméstico
- ♥ Reunião de materiais
- ♥ Compra e preparação dos alimentos do Atelier Doméstico
- ♥ Registo dos resultados do Atelier Doméstico
- ♥ Mensagens educativas sobre saúde
- ♥ Protocolo diário do Atelier Doméstico
- ♥ Interpretação dos resultados do Atelier Doméstico
- ♥ Acompanhamento do Atelier Doméstico (visitas domiciliárias e critérios para a repetição do Atelier Doméstico)

Serão igualmente necessárias competências específicas para os vários passos. Os tópicos de formação destinados à equipa de IDP encontram-se listados no Capítulo 3.

A formação deve ser sequenciada para evitar sobrecarregar os participantes e assegurar que as capacidades sejam directamente aplicadas na altura.

7. Desenvolver uma estratégia de formação

Dependendo da quantidade de informação a ser abordada, desenvolva uma estratégia de formação para o projecto. A formação deve ser sequenciada para evitar sobrecarregar os participantes e para assegurar que as capacidades sejam directamente aplicadas na altura. Parte da formação, como por exemplo a filosofia da abordagem DP/Atelier Doméstico, terá lugar logo no início. Outros aspectos não serão ensinados até a informação resultante da IDP ser recolhida. A formação sobre como conduzir uma IDP e como conduzir as sessões do Atelier Doméstico deve ser realizada durante os passos respectivos. A formação dos voluntários e supervisores, relativamente às mensagens educativas sobre saúde a apresentar nas sessões do Atelier Doméstico, não pode ser dada antes da IDP estar concluída. A Tabela 2.2, na página seguinte, dá uma ideia sobre a formação necessária para cada agente.

8. Estabelecer a metodologia de formação

Utilizar uma variedade de ferramentas educativas torna a formação mais interessante e divertida. Ao planear as sessões de formação, certifique-se de incluir técnicas de descontracção, troca de papéis, jogos de clarificação de valores, prática e exercícios demonstrativos. É muito importante dar formação à equipa no âmbito em que deverá ensinar os voluntários e as mães. A educação em saúde durante as sessões do Atelier Doméstico não pode ser feita sob a forma de lição. Em vez disso, as mães participantes devem ser atenciosamente guiadas através de uma série de experiências (aprendendo como alimentar os filhos num contexto

ideal e com apoio) durante várias semanas e depois acompanhadas nas suas próprias casas, onde praticam as novas condutas de preparação de alimentos e alimentação. Assim, a formação dos voluntários segue o mesmo padrão de guiá-los através da experiência, com o apoio dos supervisores na aplicação das suas novas capacidades ao desenvolvimento da IDP e das sessões do Atelier Doméstico.

É muito importante dar formação à equipa no âmbito em que deverá ensinar os voluntários e as mães. A educação em saúde durante as sessões do Atelier Doméstico não pode ser feita sob a forma de lição.

TABELA 2.2 TEMPO DE FORMAÇÃO NECESSÁRIO POR CARGO

Cargo	Formação necessária	Altura da formação
Gestor do Atelier Doméstico	1 semana de formação e orientação para a IDP e Atelier Doméstico	Antes de decidir implementar o DP/Atelier Doméstico
Supervisor/ formador	2 a 3 semanas de formação	Antes da implementação do DP/Atelier Doméstico
Voluntário do Atelier Doméstico	5 dias de formação (2 a 3 horas/dia) Curso de actualização	Durante o Passo 3 (preparar a IDP), durante a IDP, antes de criar o local do Atelier Doméstico Conforme necessário
Comissão comunitária de saúde	Formação periódica sobre a administração do Atelier Doméstico, PMC e monitorização e avaliação	Contínua – 4 horas/mês

A aprendizagem é primariamente um processo social. As pessoas aprendem por observação e interacção. Aprendem como agir, modelando o seu comportamento consoante o de outros. Os sistemas de apoio social reforçam a aprendizagem.

A metodologia de aprendizagem do Atelier Doméstico consiste na prática, atitude e conhecimento (PAC), ao contrário do método tradicional de conhecimento, atitude e prática (CAP). A diferença está em mudar de conduta de modo a alterar a maneira de pensar, em vez de alterar a maneira de pensar para mudar de conduta. O DP/Atelier Doméstico começa imediatamente a praticar a conduta desejada. É depois da prática que o encarregado de educação muda de atitude, quando a criança começa a melhorar. Após testemunhar a alteração na criança, o encarregado começa a compreender as causas da alteração e sabe o que foi preciso para a reabilitação da criança. O seu conhecimento muda quando estiver convencido com a nova noção de que pode curar os seus próprios filhos, utilizando práticas inovadoras e simples.

É tentador para os membros da equipa (especialmente os que são profissionais de saúde, enfermeiros, educadores ou nutricionistas) tentar impor as suas próprias mensagens sobre nutrição, menus e teorias.

É tentador para os membros da equipa (especialmente os que são profissionais de saúde, enfermeiros, educadores ou nutricionistas) tentar impor as suas próprias mensagens sobre nutrição, menus e teorias. Os membros da equipa do programa têm de colocar-se no papel dos alunos e intencionalmente comunicar aos voluntários do Atelier Doméstico (e os voluntários às mães participantes) que o que estão a ensinar e a praticar nas sessões do Atelier é a sabedoria das mães da comunidade.

Os princípios de aprendizagem de adultos diferem dos métodos de ensino tradicionais e da forma como a maioria das pessoas aprende na escola. Os formandos adultos trazem a sua considerável experiência de vida para a sessão de formação e não constituem meros "receptáculos vazios" prontos a ser cheios de informação. A sua vivência deve ser respeitada e aproveitada. As discussões participativas, onde os formandos podem descobrir conceitos e aplicar a sua experiência, são muito mais eficazes do que as lições com quadros de conferência. Os adultos são alunos muito dedicados e querem ver aplicações úteis e imediatas dos conhecimentos adquiridos. Assim, a aprendizagem resulta fazendo e descobrindo.

Boa metodologia de formação

- ♥ Apresentar nova informação lentamente
- ♥ Oferecer um ambiente de aprendizagem guiada e compreensiva onde a equipa e os encarregados de educação se sintam bem com a sua participação
- ♥ Repetir e reforçar a informação
- ♥ Pedir aos participantes para repetirem ou explicarem novamente a informação
- ♥ Integrar os participantes em actividades e oportunidades de aprendizagem "aprender, fazendo", por que se aprende melhor a praticar
- ♥ Reservar sempre algum tempo para perguntas e discussões
- ♥ Interagir com todos os voluntários ou encarregados de educação e não só com os que participam activamente
- ♥ Manter as sessões de formação breves e simples
- ♥ Começar por rever o que foi ensinado e discutido na sessão anterior
- ♥ Utilizar as ajudas visuais e a demonstração tanto quanto possível, para integrar todos os sentidos no processo

Discussão interactiva

A discussão interactiva é uma metodologia eficaz para integrar os formandos na descoberta de informação. Este método pode ser usado para vários tópicos. Cada questão incita os formandos a procurar maior claridade e profundidade. Compare o tipo de discussão e aprendizagem que este método gera com a mesma informação apresentada em forma de lição.

Exemplo de discussão interactiva

P: *Quem é responsável por manter as crianças saudáveis após a reabilitação?*
R: *Os pais ou os encarregados de educação.*

P: *O que é mesmo que as famílias pobres podem fazer sozinhas?*
R: *Usar as práticas de DP.*

P: *Como podem aprender as famílias a manter as suas crianças saudáveis?*
R: *Alterando os seus hábitos e aprendendo novas condutas que sejam acessíveis para todos.*

Exercício às cegas

Divida os participantes em pares e explique que uma pessoa de cada par fingirá estar "cega" e que a outra terá de guiá-la pela sala. A pessoa cega não pode abrir os olhos (remover a venda). Ninguém pode falar. Passados 3 minutos, mande-as trocar de papéis.

♥ Pergunte aos participantes como se sentiram no papel de cego e no papel de orientador.

♥ Pergunte-lhes por que pensam que este exercício é relevante para o DP/ Atelier Doméstico.

Na abordagem DP/Atelier Doméstico, os peritos invertem papéis e passam de peritos/ orientadores "liderando os cegos, ex. aldeões" a cegos, sendo orientados pelos aldeões. Este exercício pode incitar discussões interessantes sobre questões como o controlo e o poder.

LEMBRE-SE:
"Se o ouço, esqueço-o.
Se o vejo, recordo-o.
Se o faço, sei-o.
Se o descubro, uso-o."

***P:** Como podemos aprender novos hábitos?*
***R:** Praticando-os todos os dias. Trazendo alimentos todos os dias.*

***P:** Que tipo de alimentos? Qualquer alimento?*
***R:** Trazendo alimentos de DP diariamente. Os alimentos que outras famílias pobres dão aos seus filhos.*

***P:** Se os encarregados de educação trazem alimentos todos os dias para o Atelier Doméstico, o que acha que eles vão fazer em casa?*
***R:** Continuar a prática adquirida no Atelier Doméstico e mantê-la nas suas casas.*

As perguntas de sondagem são semelhantes às perguntas de discussão interactiva, mas são utilizadas em cartazes ilustrando práticas e situações correctas ou erradas.

Perguntas de sondagem

As perguntas de sondagem são semelhantes às perguntas de discussão interactiva, mas são utilizadas em cartazes ilustrando práticas e situações correctas ou erradas. A discussão começa com questões gerais acerca da imagem e depois passa-se às questões de sondagem que relacionam a imagem com a experiência própria do formando.

Exemplo de perguntas de sondagem relacionadas com alimentos e higiene corporal

Imagem do cartaz	Pergunta inicial	Pergunta de sondagem
Mulher a lavar as mãos	O que vê na imagem? Por que está esta mulher a lavar as mãos?	Com que frequência lava as mãos? Quando lava as mãos?
Mulher a lavar vegetais	Por que está esta mulher a lavar vegetais?	Lava normalmente os vegetais antes de cozinhá-los? Porquê? Por que não?
Criança a brincar no chão OU criança a usar uma latrina ou a defecar no chão	O que está esta criança a fazer? Porquê?	O que pode acontecer se a criança não lavar as mãos antes de comer?
Mulher a cobrir a comida preparada	Por que está esta mulher a cobrir a comida?	Por que é importante cobrir a comida? O que se pode utilizar para cobrir a comida?
	Pode praticar estes hábitos em casa? Porquê? Por que não?	Com que frequência deve praticar estes hábitos? Porquê?

Troca de papéis

A troca de papéis pode ser adaptada a muitas situações distintas. Um instrutor pode encenar uma situação e depois pedir aos membros do grupo que discutam o que viram, como se sentiram, o que gostavam de ter feito de modo diferente, etc. Nesse sentido, o instrutor pode envolver vários formandos na dramatização de uma cena e a seguir orientar os "actores" e o restante grupo na discussão do que aconteceu.

Com a troca de papéis, todos os participantes podem actuar em pequenos grupos para praticar novas capacidades. As competências, como por exemplo a visita de IDP, podem ser praticadas em ambientes seguros. Os voluntários têm a oportunidade de sentir-se confortáveis com a visita, ouvir opiniões sobre o seu estilo e aprender a antecipar algumas das questões ou problemas diferentes que podem surgir num contexto familiar. A equipa do programa tem a oportunidade de dar a sua opinião imediatamente e assegurar a qualidade de futuras interacções.

Com a troca de papéis, os voluntários têm a oportunidade de sentir-se confortáveis com as visitas de DP, ouvir opiniões sobre o seu estilo e aprender a antecipar algumas das questões ou problemas diferentes que podem surgir num contexto familiar.

Exemplo de troca de papéis para o aconselhamento dos encarregados de educação

1. **Pedir a três participantes** para se chegarem à frente na sala e fazerem o papel de três mães distintas: 1) a mãe de uma criança que ganha peso suficiente e termina o Atelier Doméstico; 2) a mãe de uma criança que ganha algum peso, mas não o suficiente para terminar o Atelier Doméstico; e 3) a mãe de uma criança que nem ganha nem perde peso na sessão do Atelier Doméstico.
2. **Como formador, faça o papel de um voluntário do Atelier Doméstico**, interagindo com cada uma das "mães" e aconselhando-as acerca dos cuidados a terem com os seus filhos.
3. **Após a troca de papéis**, pergunte aos participantes a sua opinião ou quais são os seus comentários sobre o exercício. O que viram? Como actuou o "voluntário"? O que é que ele disse e fez? Como responderam as "mães"? O que poderiam estar as mães a pensar? Será eficaz o aconselhamento?
4. **Após três trocas de papéis**, divida os participantes em grupos de três. Os participantes deverão trocar papéis alternadamente entre voluntário, mãe e observador do Atelier Doméstico. Cada participante fará o papel de voluntário do AD para cada uma das três situações. O observador supervisiona a troca de papéis e comenta no final.
5. **No fim do exercício**, peça aos participantes para darem a sua opinião e fazerem comentários.

Capacidades do programa de DP/ Atelier Doméstico que se podem adaptar à troca de papéis

- ♥ Conduzir a visita de IDP
- ♥ Conduzir uma sessão do Atelier Doméstico
- ♥ Fornecer educação sobre saúde durante a sessão do AD
- ♥ Fornecer aconselhamento sobre nutrição a avós e pais no lar
- ♥ Apresentar os resultados do AD numa reunião da comissão de saúde
- ♥ Aconselhar os encarregados de educação no final da sessão do AD.

Contos

Os contos consistem numa forma interessante e divertida de aprendizagem. Os contos podem ser adaptados, contados e discutidos a fim de ensinar lições importantes. O Capítulo 6 fornece um exemplo do conto "Sopa de pedra", utilizado para demonstrar o poder de várias pequenas contribuições para a comunidade. A maior parte das culturas possuem contos populares, transmitidos de geração em geração por anciões sábios. Tente sondar quais são os contos da comunidade em que se encontra. Procure histórias que contêm mensagens de boas práticas de nutrição ou que possam ser adaptadas ao ensino dessa mensagem. Procure citações de livros ou escritos religiosos que promovam a saúde e a nutrição.

Este conto pode ser utilizado para demonstrar que, por vezes, as respostas estão mesmo à nossa frente!

Exemplo de conto

Nasirudin, o grande místico Sufi, aparece em diferentes formas em diferentes histórias. Neste conto, ele é um contrabandista conhecido. Todas as noites, quando Nasirudin chega à alfândega, os inspectores revistam ansiosamente o conteúdo das albardas do seu burro à procura de contrabando. Mas todos os dias, os seus esforços saem fracassados. Por mais que procurem, não encontram nada além de palha.

Os anos passam e Nasirudin fica cada vez mais rico. Os oficiais aduaneiros continuam a sua procura diária, em vão, mais por hábito do que por esperança de encontrarem, um dia, a fonte da riqueza de Nasirudin.

Finalmente, Nasirudin, já velho, reforma-se do seu negócio de contrabandista. Certo dia, encontra por acaso o chefe aduaneiro, também ele já reformado. "Diga-me Nasirudin," – pergunta o antigo adversário – "agora que não tem nada a esconder, e eu nada a encontrar, o que contrabandeava todos estes anos?"

Nasirudin olha o chefe aduaneiro nos olhos, encolhe os ombros e responde "Burros, claro".

As canções e danças podem facilitar a memorização de mensagens importantes, além de proporcionarem um exercício interactivo e divertido.

No final deste capítulo, são fornecidos exemplos de exercícios adaptados ao Atelier Doméstico.

Canções e danças
As canções e danças podem facilitar a memorização de mensagens importantes, além de proporcionarem um exercício interactivo e divertido. Usando canções locais, altere as letras de modo a transmitir mensagens educativas sobre nutrição. Em Moçambique, os voluntários do Atelier Doméstico criaram uma música sobre o AD. Em Myanmar, os voluntários inventaram uma canção para ser cantada durante as sessões do Atelier Doméstico.

9. Criar a estratégia de avaliação da formação

É importante saber quantas pessoas estão a aprender e que aptidões podem estar a causar alguma dificuldade, para ser possível ajustar o modo de formação conforme necessário. Observar os participantes durante a troca de papéis e fazer perguntas de avaliação de conhecimentos são técnicas informais de avaliação.

10. Preparar os materiais de formação e avaliação

Finalize o plano de formação e determine quem será responsável pelo desenvolvimento de cada parte do ensino. Elabore o conteúdo programático de cada sessão de formação e prepare todos os materiais e ajudas visuais que podem auxiliar a formação. No final deste capítulo, são fornecidos dois exemplos de módulos de formação para voluntários do Atelier Doméstico.

11. Executar a formação

O passo final consiste em efectuar e avaliar as sessões de formação.

EXEMPLO DE DESCRIÇÕES DE CARGOS

1. Exemplo da descrição do cargo GESTOR/ FORMADOR PRINCIPAL DO ATELIER DOMÉSTICO

Responsabilidades

- ♥ Formar supervisores/formadores para darem formação aos voluntários
- ♥ Conduzir o processo de IDP e facilitar a análise dos resultados
- ♥ Responsabilizar-se pelo desenvolvimento, selecção e utilização de todos os materiais educacionais no AD, nas reuniões da comissão comunitária de saúde e nas visitas domiciliárias
- ♥ Analisar os dados de nutrição e transmitir a sua opinião à comunidade
- ♥ Interagir com os dirigentes comunitários e com a equipa da unidade de saúde para apresentar e avaliar o programa
- ♥ Coordenar actividades com o Ministério da Saúde
- ♥ Trabalhar em cooperação com ONGs, universidades e organizações internacionais (UNICEF, etc.)
- ♥ Supervisionar o processo e os resultados da IDP
- ♥ Planear os menus e calcular o teor calórico e proteico dos mesmos com a equipa e os voluntários do programa
- ♥ Assumir a responsabilidade pela administração geral de todas as sessões do AD
- ♥ Criar um sistema de monitorização comunitário

Qualificações

- ♥ Diploma universitário
- ♥ Experiência no terreno em nutrição comunitária
- ♥ Experiência em desenvolvimento/ organização comunitários
- ♥ Experiência em ensino participativo para adultos

Competências-chave

- ♥ Princípios da educação para adultos
- ♥ Competência para a avaliação da participação (ex. AAP, ARRP)
- ♥ Capacidade de supervisão
- ♥ Competência técnica para PMC: uso de métodos antropométricos
- ♥ Princípios básicos de nutrição
- ♥ Mobilização comunitária
- ♥ Conceito de DP
- ♥ Uso de tabelas de composição dos alimentos
- ♥ Estudos de mercado
- ♥ Planeamento de menus que colmatem as necessidades calóricas e proteicas
- ♥ Técnicas de desenvolvimento e estimulação infantil precoce
- ♥ Técnicas de monitorização e avaliação comunitárias

Esta secção de "Exemplo de descrições de cargos" apresenta ideias que podem ser adaptadas à sua situação local

1. ***Gestor/ formador principal do Atelier Doméstico***
2. ***Supervisor/ formador***
3. ***Comissão comunitária de saúde***
4. ***Voluntários do Atelier Doméstico***

As qualificações são o mesmo que os critérios de selecção

As competências-chave identificam os conhecimentos e aptidões necessários para desempenhar com êxito o cargo e são determinadas na análise de tarefas.

Um dos deveres do supervisor/ formador é dar formação aos voluntários de modo a facilitar a aprendizagem dos encarregados de educação e conduzir as sessões de IDP e Atelier Doméstico.

2. Exemplo da descrição do cargo SUPERVISOR/ FORMADOR

Responsabilidades

- ♥ Auxiliar a selecção dos voluntários na comunidade
- ♥ Formar os voluntários para facilitar a aprendizagem dos encarregados de educação e conduzir as sessões de IDP e Atelier Doméstico
- ♥ Identificar famílias DP e auxiliar nas sessões de Atelier Doméstico
- ♥ Interagir com os dirigentes comunitários, a equipa da unidade de saúde e a comissão comunitária de saúde
- ♥ Supervisionar múltiplas sessões do AD durante o mesmo período
- ♥ Auxiliar os voluntários na mobilização de mães reservadas para que todas as mães participantes pratiquem todas as condutas
- ♥ Procure ingredientes para os menus do AD e ensine os voluntários e as mães a assumir esta responsabilidade
- ♥ Criar planos mensais (agenda/ itinerário) para a implementação do AD em determinadas áreas geográficas
- ♥ Assegurar a implementação do protocolo do AD (lavar as mãos, lanchar, cozinhar e alimentar e dar formação)
- ♥ Compreender bem a nutrição para substituir os menus (adicionar fruta, substituir vegetais, identificar alimentos sazonais)
- ♥ Auxiliar os voluntários a orientarem os encarregados de educação no processo da preparação de alimentos saborosos e adequados a crianças pequenas
- ♥ Conduzir visitas domiciliárias de acompanhamento às famílias participantes com os voluntários

Qualificações

- ♥ Viver na comunidade-alvo
- ♥ Relacionar-se bem com mulheres e grupos de mulheres
- ♥ Ser humilde
- ♥ Frequência do 8º ano de escolaridade, no mínimo
- ♥ Experiência em saúde comunitária preferencial

Competências-chave

- ♥ Princípios da educação para adultos
- ♥ Capacidade de supervisão
- ♥ Competência técnica para PMC: uso de métodos antropométricos
- ♥ Princípios básicos de nutrição
- ♥ Mobilização comunitária
- ♥ Conceito de DP
- ♥ Uso de tabelas de composição dos alimentos
- ♥ Estudos de mercado
- ♥ Planeamento de menus que colmatem as necessidades calóricas e proteicas
- ♥ Técnicas de desenvolvimento e estimulação infantil precoce
- ♥ Técnicas de monitorização e avaliação comunitárias

EXEMPLO DE DESCRIÇÕES DE CARGOS

3. Exemplo da descrição do cargo
COMISSÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE

Um dos deveres da comissão comunitária de saúde é dar formação aos voluntários para participarem no planeamento do programa e na definição de objectivos.

Responsabilidades

- ♥ Analisar o estado de saúde da comunidade e partilhar as suas preocupações com o resto da aldeia
- ♥ Participar na identificação de crianças subnutridas através da avaliação do estado nutricional ou da monitorização do crescimento
- ♥ Participar na identificação de famílias DP e conduzir a IDP
- ♥ Participar no planeamento do programa e na definição de objectivos
- ♥ Solicitar recursos, junto dos dirigentes comunitários, para os programas de AD e de promoção e monitorização do crescimento
- ♥ Gerir e coordenar as actividades do AD a nível local, incluindo a programação, a obtenção de equipamento e materiais necessários, a selecção dos participantes e o controlo da assiduidade dos participantes
- ♥ Estabelecer os critérios para a selecção, seleccionar e supervisionar os voluntários do AD
- ♥ Colaborar com a organização implementadora do programa de AD e com os trabalhadores distritais de saúde
- ♥ Registar acontecimentos vitais e relatá-los aos dirigentes comunitários, ao Ministério da Saúde e à comunidade em geral
- ♥ Gerir a promoção e monitorização do crescimento
- ♥ Promover a participação no AD
- ♥ Recolher e interpretar os resultados do AD e monitorização do crescimento e partilhá-los com os dirigentes comunitários, os membros da comunidade e os trabalhadores de saúde
- ♥ Criar e actualizar regularmente os quadros de pontuação da comunidade
- ♥ Avaliar os resultados do AD e determinar os critérios de formatura
- ♥ Localizar outro tipo de apoio, conforme necessário, para as famílias do AD, incluindo ajuda alimentar, emprego, crédito, contribuições agrícolas, etc.

Qualificações

- ♥ Preocupar-se com a melhoria do estado de saúde e de nutrição da comunidade
- ♥ Ter tempo disponível para dedicar a este esforço
- ♥ Boa capacidade de trabalhar em equipa
- ♥ Ser respeitado pelos outros

EXEMPLO DE DESCRIÇÕES DE CARGOS

4. Exemplo da descrição do cargo
VOLUNTÁRIO DO ATELIER DOMÉSTICO

Um dos deveres do voluntário do Atelier Doméstico é supervisionar os encarregados de educação no processamento dos alimentos, na preparação das refeições e na alimentação das crianças durante o Atelier Doméstico.

Responsabilidades

- ♥ Pesar as crianças, registar o peso no gráfico de crescimento e aconselhar as mães
- ♥ Participar activamente na orientação da IDP
- ♥ Convidar as crianças e os encarregados de educação para as sessões do AD
- ♥ Comprar produtos alimentares adicionais e prepará-los de acordo com o menu definido
- ♥ Motivar as mães a frequentarem as sessões e a trazerem alimentos
- ♥ Encorajar a alimentação activa
- ♥ Supervisionar os encarregados de educação no processamento dos alimentos, na preparação das refeições e na alimentação das crianças durante o AD
- ♥ Ensinar mensagens simples sobre nutrição, segurança alimentar e higiene durante as actividades do AD
- ♥ Monitorizar a assiduidade, o progresso e as contribuições de alimentos
- ♥ Fornecer relatórios à comissão comunitária de saúde
- ♥ Fornecer apoio intensivo às mães nas suas casas durante 2 semanas após o AD

Qualificações

- ♥ Vontade em disponibilizar bastante tempo e a própria casa
- ♥ Ser casado e ter filhos
- ♥ Todos os filhos serem saudáveis e bem nutridos
- ♥ Ser respeitado e digno de confiança
- ♥ Alfabetismo básico mínimo, se possível
- ♥ Vontade de aprender

EXERCÍCIOS ADAPTADOS AO ATELIER DOMÉSTICO

1. CONSTRUIR UMA ALDEIA

Contribuído pelo Dr. Tariq, Consultor Regional de Saúde, Save the Children

Objectivo: Ilustrar o conceito de Desvio Positivo, utilizando uma "ferramenta tridimensional" e gerar uma discussão entre o grupo.

Com quem: Uma assembleia de membros da comunidade, um grupo de homens e um grupo de mulheres.

Quando usar: Na reunião de orientação, como o primeiro passo para a IDP ou numa sessão de opinião sobre os resultados da IDP.

Materiais: Algo para representar casas (pequenas casas em cartão, pedras de diferentes tamanhos, tijolos ou bolas de lama); giz, paus ou marcadores; 3 a 5 imagens pequenas de crianças saudáveis; 10 a 15 imagens pequenas de crianças doentes. Se não tiver imagens, use folhas intactas para representar as crianças saudáveis e folhas danificadas para representar as crianças subnutridas.

Tempo necessário: 20 a 30 minutos.

Passos:

1. Desenhe os limites de uma aldeia fictícia. Peça aos participantes para colocarem caixas e pedras no lugar das casas e desenhe outros marcos significativos (estrada, rio, ponte, edifício religioso, escola, etc.)

2. Coloque imagens de crianças viradas para baixo sob algumas casas, assegurando que várias casas pobres ficam com imagens de crianças bem nutridas.

3. Explique aos membros da comunidade que esta é uma aldeia onde a maior parte das pessoas partilha uma condição socio-económica semelhante. Diga que em cada uma destas casas (apontando para as que têm uma folha de papel) vivem crianças com menos de três anos de idade. A maioria sofre de subnutrição.

4. Peça aos voluntários para levantarem as pedras ou tijolos e verem o que lá está.

5. Pergunte a cada um deles o que encontrou debaixo da sua casa. Eles dirão uma criança bem nutrida ou uma criança subnutrida.

6. Peça a um voluntário que conte o total de crianças subnutridas e o total das crianças bem nutridas. Então, diga: "Quantas crianças subnutridas existem nesta aldeia? Como podemos resolver este problema?"

Esta secção descreve os exercícios adaptados ao Atelier Doméstico

Muitos exercícios distintos podem ser adaptados e utilizados no Atelier Doméstico. Identifique a capacidade ou mensagem principal que precisa de ser transmitida e desenvolva uma forma eficaz de a transmitir usando os princípios da educação para adultos.

A seguir encontram-se vários exemplos de exercícios criados para ou adaptados ao Atelier Doméstico. Releia livros de educação para adultos que contenham actividades para tirar outras ideias e seja criativo.

EXERCÍCIOS ADAPTADOS AO ATELIER DOMÉSTICO

7. Ouça as sugestões dos voluntários. O que vai querer ouvi-los dizer é: "Podemos aprender, através das famílias com crianças bem nutridas, o que fazem HOJE a fim de manterem as crianças saudáveis, para que possamos curar também as crianças subnutridas!" Se ouvir esta resposta, reforce a ideia. Caso contrário, faça a sugestão e permita que a discutam.

8. Convide os voluntários a fazerem comentários e guiarem a discussão até que percebam que o mesmo princípio pode ser aplicado para aprender a manter as crianças saudáveis na aldeia.

2. CONDUTAS DE DESVIO POSITIVO

Contribuído pelo Dr. Hien, Serviços Distritais de Saúde de Dakrong, Save the Children/Vietname

Objectivo: Desenvolver a noção de domínio entre a comunidade e permitir aos seus membros identificarem soluções imediatamente acessíveis para combater a subnutrição infantil.

Com quem: Pais de crianças com menos de três anos de idade (ou de outro grupo etário alvo); homens e mulheres de redes formais e informais; equipa de cuidados de saúde; dirigentes comunitários; etc.

Quando usar: Durante a reunião da comunidade, para que os membros manifestem a sua opinião em relação aos resultados da IDP e façam um plano de acção.

Materiais: Gráfico de crescimento grande codificado por cores, preparado numa reunião anterior com a comunidade; quadro de conferência; marcadores; tiras de papel; 4 imagens de uma criança saudável; 4 imagens de uma criança doente; fita-cola.

Tempo necessário: 2 horas.

Passos:

1. Antes da reunião,

   A. Coloque a imagem de uma criança saudável no centro do primeiro cartaz e a imagem de uma criança doente no centro do segundo cartaz. Repita o processo de modo a que cada grupo tenha ambos os cartazes.

   B. Escreva ou ilustre as condutas/práticas relacionadas com a procura de cuidados de saúde, cuidados gerais, alimentação e higiene detectadas nas visitas a famílias DP e não DP, em diferentes tiras de papel (uma prática por tira de papel).

NOTA SOBRE OS MATERIAIS ▶

O gráfico de crescimento grande codificado por cores pode ser preparado com a comunidade após uma avaliação do estado nutricional e de um estudo de classificação económica para identificar as crianças DP (ver Capítulo 3). No gráfico, no lugar respectivo ao peso de cada criança, coloque uma estrela ou figura. Use uma estrela ou figura negra para as crianças de famílias pobres e uma estrela amarela para as crianças de famílias prósperas.

2. Peça aos voluntários para reverem o significado do gráfico de crescimento grande preparado anteriormente. Peça-lhes que se aproximem do quadro e assinalem as diferentes cores. Reforce o facto de que, ainda que a maioria das crianças de famílias pobres sejam subnutridas, existem várias crianças de famílias pobres que são saudáveis.

3. Divida os participantes em quatro grupos. Dê a cada grupo duas folhas do quadro de conferência (uma com a imagem de uma criança saudável e outra com a imagem de uma criança doente). Distribua por cada grupo um conjunto de tiras de papel com as condutas/práticas escritas (Grupo 1: práticas relacionadas com a procura de cuidados de saúde; Grupo 2: cuidados gerais; Grupo 3: alimentação; e Grupo 4: higiene). Explique cuidadosamente que as condutas/práticas escritas nas tiras de papel foram **detectadas nas famílias da sua comunidade**.

4. Peça aos grupos para reverem as condutas e colarem-nas com fita-cola no quadro de conferência juntamente com as crianças bem nutridas ou subnutridas. As condutas que considerarem correctas devem ser colocadas no lugar das crianças bem nutridas e as erradas no lugar das crianças subnutridas.

5. Após 10 a 15 minutos, peça aos quatro grupos para regressarem ao grupo maior e partilharem os seus resultados. Por exemplo, o grupo cujo conjunto de tiras de papel descrevia condutas/práticas relacionadas com a alimentação (tais como o uso ou não de colostro, amamentar imediatamente a seguir ao parto ou iniciar a amamentação quatro dias depois do parto, etc.) deve explicar por que razão decidiram colocar uma conduta num quadro ou no outro.

6. Depois de efectuadas todas as apresentações, diga aos participantes para discutirem os resultados entre si e dizerem se concordam, discordam ou mudam de opinião. Deixe que se gere uma discussão animada. Utilizar a experiência e a sabedoria do grupo inteiro é uma excelente forma de corrigir os poucos erros cometidos.

7. Após todas as apresentações, reforce a mensagem de que "todas as práticas acima listadas tinham sido detectadas nas famílias DESTA comunidade!"

8. Solicite a uma pessoa de cada grupo que se aproxime do quadro com a imagem da criança bem nutrida e as "práticas eficazes" seleccionadas. Peça-lhe para colocar um "X" preto sob as práticas que uma família pobre poderia fazer/usar e um "X" vermelho sob as práticas que uma família rica poderia fazer/usar.

Nota do programa do Vietname Este não foi um exercício mecânico, uma vez que os grupos identificaram algumas condutas que APENAS famílias ricas poderiam ter/usar, tais como o uso de sabão para lavar roupa e fornecer às crianças roupas quentes no inverno.

◀ **Sugestão para o Passo 2**

O organizador pode pedir a várias pessoas para se aproximarem do quadro e repetirem a explicação de modo a confirmar que todos o compreenderam realmente.

◀ **Exemplo do Passo 6**

Inicialmente, um grupo identificou o uso de colostro como uma prática negativa (ou seja, colocou a tira de papel correspondente no quadro com a imagem da criança subnutrida). Após a discussão, o grupo todo decidiu que se tratava de uma prática positiva e transferiu-a para o quadro com a imagem da criança bem nutrida.

Nota do programa do Vietname

As ideias iniciais centraram-se em promover a visita de famílias pobres a famílias bem nutridas para aprenderem o que estas faziam para terem crianças saudáveis. Os aldeões apoiaram-nas e acrescentaram que seria mais útil TEREM ou PRATICAREM novas condutas em vez de só ouvirem falar nelas. Toda a reunião durou duas horas e constituiu uma demonstração brilhante de como as ideias, as experiências e os conhecimento colectivos de uma comunidade podem ser adaptados e utilizados para resolver os seus próprios problemas a partir dos recursos existentes.

O organizador referiu várias vezes o facto de que a pesagem das crianças, a criação de um gráfico de crescimento grande e a descoberta de que é possível para uma família pobre ter crianças bem nutridas, foram objectivos cumpridos pela comunidade. De modo semelhante, a descoberta de que as condutas positivas permitem até às famílias pobres terem crianças bem nutridas, se baseia nas condutas/práticas detectadas nas casas dos membros da comunidade! Salientar estes factos produziu um verdadeiro sentido de domínio da comunidade em identificar o problema e definir as estratégias claramente acessíveis a todos os membros da comunidade HOJE, para combater a subnutrição.

EXERCÍCIOS ADAPTADOS AO ATELIER DOMÉSTICO

Todas as outras condutas/práticas foram identificadas com "X" preto e vermelho, o que significa que eram acessíveis a toda a comunidade.

9. Para criar um plano de acção, peça aos participantes o que pretendem fazer acerca das crianças subnutridas na comunidade. Espera-se que todos concordem em querer curá-las. Pergunte aos participantes como podem usar os novos quadros de condutas positivas para melhorar o estado nutricional e de saúde de todas as crianças da comunidade.

3. CONSTRUIR EM DIRECÇÃO AO CÉU

Objectivo: Ilustrar o conceito de sustentabilidade.

Com quem: Grupo de membros da comunidade (dirigentes, professores, decisores, homens, mulheres) e formandos.

Quando usar: Durante a reunião da comunidade, para que os membros manifestem a sua opinião em relação aos resultados da IDP e façam um plano de acção; na formação de formadores relativamente ao conceito de IDP.

Materiais: Quatro objectos de tamanho semelhante (ex. tijolos, livros, listas telefónicas, dicionários).

Tempo necessário: 5 minutos.

Passos:

1. Divida os participantes em três equipas, no mínimo. Peça aos membros de cada equipa que se juntem, afastados das outras equipas.

2. Explique a cada equipa que precisa de construir a estrutura mais alta que conseguir, em menor tempo, usando os objectos disponíveis na sala. A equipa que construir a estrutura mais alta, ganha.

3. Para dificultar o exercício, entregue a cada equipa um objecto do mesmo tamanho (um tijolo ou um livro) para servir de base.

4. Conceda-lhes 3 minutos para a construção.

5. Após os 3 minutos, felicite a equipa vencedora. EM SEGUIDA, FAÇA UMA PAUSA.

6. Remova as bases fornecidas para a construção das estruturas e veja-as desmoronarem-se.

7. Pergunte aos participantes o que aconteceu.

8. Oriente a discussão de modo a explicar como este exemplo demonstra a necessidade de se construir algo sobre uma base sólida que envolva parceiros comunitários desde o primeiro dia. É um exercício divertido e poderoso para ilustrar os conceitos da construção sobre recursos existentes e da utilização de abordagens baseadas em mais-valias.

4. ACENDER VELAS

Contribuído pela Save the Children,
equipa de trabalho de campo num campo de refugiados no Afeganistão

Objectivo: Ilustrar como os indivíduos podem aprender uns com os outros e disseminar novas práticas por toda a comunidade.

Com quem: Grupo de membros da comunidade (dirigentes, professores, decisores e outros homens e mulheres).

Quando usar: Durante a reunião da comunidade, para que os membros manifestem a sua opinião em relação aos resultados da IDP e façam um plano de acção; no último dia das sessões do Atelier Doméstico.

Materiais: 25 a 30 velas e uma caixa de fósforos.

Tempo necessário: 3 a 5 minutos.

Passos:

1. Distribua velas a todos os membros do grupo.

2. Identifique dois ou três participantes activos no grupo e acenda as suas velas.

3. Peça a cada membro identificado para acender a vela dos seus vizinhos, em ambos os lados.

4. Peça a esses indivíduos para acenderem as velas dos outros à sua volta, e assim por diante.

5. Solicite aos participantes uma explicação do que significa esta actividade.

6. Oriente a discussão de modo a ilustrar o impacto do empenho dos participantes em transmitir o que aprenderam a outros (parentes, amigos, etc.). Esta actividade pode igualmente ilustrar a ideia de progresso "da escuridão para a luz", especialmente se efectuada à noite.

Variações do exercício "Acender as velas"

N.º 1: Ilustração do conceito de DP na advocacia
Em vez de ser o organizador a acender o fósforo e as primeiras velas, peça a dois ou três membros do grupo para trazerem velas e fósforos (representando os indivíduos DP com condutas de DP). Cada um acende as suas próprias velas e em seguida acendem as dos seus vizinhos.

N.º 2: Comparação do sistema de alcance do Ministério da Saúde e do sistema baseado na comunidade (Usar durante a formação) A trabalhadora do sistema de expansão identificada acende a sua vela e continua a acender todas as velas do grupo. O exercício é repetido, usando a versão original acima referida. Discuta as diferenças entre as duas experiências durante o tempo necessário.

5. MECANISMO DE RESOLUÇÃO

Dobre os papéis até estarem tão pequenos que apenas um grupo poderá manter-se dentro dos limites do seu pedaço de papel.

Objectivo: Ilustrar que certas pessoas conseguem resolver melhor situações de poucos recursos (ou de recursos decrescentes) do que os seus vizinhos.

Materiais: Vários pedaços grandes de papel / tecido.

Tempo necessário: Aproximadamente 10 minutos.

Passos:

1. Divida os participantes em grupos de três ou quatro e dê a cada grupo um pedaço de papel ou tecido de tamanho idêntico. (Idealmente deve haver pelo menos três grupos para este exercício.)

2. Explique que cada equipa precisará de se organizar de modo a que todos os participantes consigam ficar de pé em cima do pedaço de papel ou tecido, sem que nenhuma parte dos seus corpos toque no chão. O grupo que conseguir isto, ganha.

3. Felicite as equipas depois de terminarem o exercício com sucesso. Peça-lhes para saírem, dobre os papéis a metade e repita o exercício. Continue este passo até os papéis estarem tão pequenos que apenas um grupo poderá manter-se dentro dos limites do seu pedaço de papel. Dê os parabéns à equipa vencedora.

4. Peça aos participantes para explicarem a relevância do exercício para o tópico em discussão. Por exemplo: Como se organizam as pessoas quando os recursos são escassos? Que capacidades de resolução desenvolvem alguns indivíduos ou grupos para enfrentar uma crise? Quais são as características de uma conduta de DP?

6. EXERCÍCIOS PARA GRUPOS PEQUENOS

Objectivo: Melhorar a compreensão da abordagem Desvio Positivo.

Materiais: Nenhum.

Tempo necessário: 30 minutos (15 minutos para grupos pequenos; 15 minutos para discussão em grupos grandes).

Passos:

1. Divida os participantes em três grupos. Atribua a cada grupo uma das questões ou declarações que se seguem para discussão.
2. Peça a cada grupo que informe ao resto dos membros o que discutiu.

EXERCÍCIOS ADAPTADOS AO ATELIER DOMÉSTICO

Grupo 1: Responda à seguinte questão *"Como difere a abordagem Desvio Positivo das restantes ferramentas de resolução de problemas de desenvolvimento tradicionais?"* Faça um quadro com duas colunas (uma para as ferramentas tradicionais e uma para o DP) e peça aos participantes para escreverem as suas respostas na coluna apropriada.

Grupo 2: Discuta a afirmação *"A abordagem DP é uma ferramenta para assegurar a sustentabilidade de um projecto de desenvolvimento."*

Grupo 3: Discuta a afirmação *"O Desvio Positivo significa descobrir soluções para os problemas da comunidade dentro da comunidade."*

7. SUPOSIÇÕES

Objectivo: Identificar as causas da subnutrição; desafiar as suposições existentes.

Materiais: Quadro de conferência; marcadores.

Tempo necessário: 20 a 30 minutos.

Passos:

1. Peça aos participantes para escreverem o que eles acreditam serem 5 causas de subnutrição.

2. Recolha as várias listas e escreva os itens mais comuns, por ordem, no quadro.

3. Desafie o grupo a identificar que causas são "suposições" e não necessariamente verdadeiras.

4. Discuta como a subnutrição não está directamente relacionada com o estatuto económico. Em geral, presume-se que com rendimentos elevados, a nutrição melhora. Mas as pessoas que possuem rendimentos elevados podem adquirir outros artigos de luxo, que não alimentos nutritivos para a sua família. É por esta razão que por vezes se inclui na investigação de desvio positivo a visita a uma família próspera com crianças subnutridas.

Em geral, presume-se que com rendimentos elevados, a nutrição melhora. Mas as pessoas que possuem rendimentos elevados podem adquirir por exemplo artigos de luxo, que não alimentos nutritivos para a sua família.

8. CUSTOS DAS CONDUTAS DE DP

Objectivo: Aumentar o conhecimento de condutas e práticas económicas que podem reduzir a subnutrição, mesmo entre os mais pobres.

Materiais: Nenhum.

Tempo necessário: 15 a 20 minutos.

Passos:

1. Pergunte aos participantes quanto custa:
   - ♥ Utilizar vegetais locais
   - ♥ Utilizar um alimento de DP que possa ser colhido
   - ♥ Amamentar
   - ♥ Lavar as mãos
   - ♥ Práticas de higiene pessoal
   - ♥ Cuidar de uma criança
   - ♥ Interagir com uma criança
   - ♥ Estimular uma criança
   - ♥ Prevenir a desidratação

2. Explique que, apesar da maioria das pessoas apontarem a pobreza como a principal causa de subnutrição, existem práticas de nutrição eficazes e independentes de questões monetárias que são económicas ou até gratuitas.

Variação do exercício "Custos das condutas de DP"

Demonstre a relação custo/benefício da abordagem DP/Atelier Doméstico, pedindo aos participantes para compararem e discutirem os seguintes custos e métodos de reabilitação de crianças subnutridas:

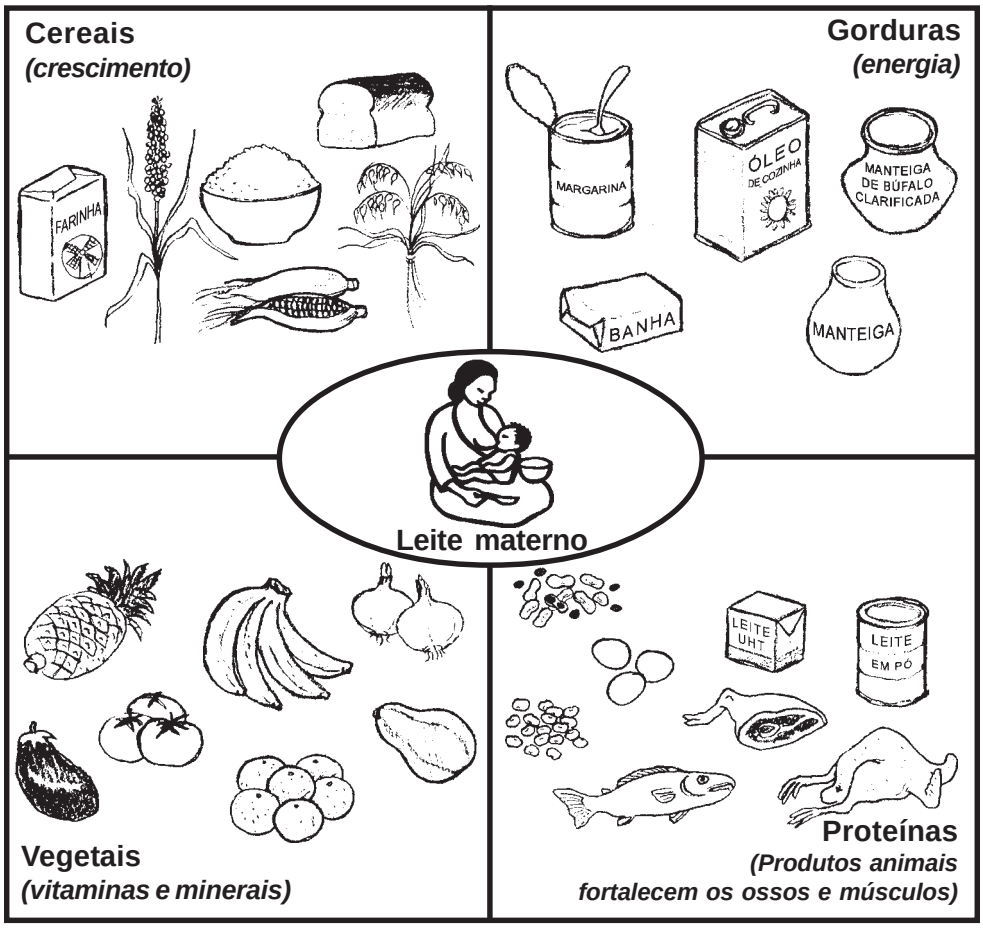
- ♥ Custo do internamento hospitalar: 100 dólares americanos
- ♥ Custo de admissão num centro de reabilitação nutricional: 35 dólares americanos
- ♥ Custo da participação no AD: 4 dólares americanos

9. REFEIÇÕES TRADICIONAIS

Objectivo: Demonstrar o valor das refeições tradicionais e o uso das ferramentas de planeamento de refeições.

Materiais: Desenho do quadro de alimentos.

Quadro de alimentos



Tempo necessário: 30 minutos.

Passos:

1. Dar uma volta à sala e perguntar a cada participante para descrever a refeição ou prato favorito que a sua avó costumava preparar.

2. Utilize o método do quadro de alimentos (descrito no Capítulo 5) para analisar o valor nutricional das refeições tradicionais.

3. Discuta como as refeições tradicionais são normalmente bem equilibradas e nutricionais e como é fácil, nos tempos modernos, esquecermo-nos da sabedoria dos nossos antepassados.

10. ESCOLHAS ALIMENTARES

Leve os participantes a recordar rapidamente tudo o que ingeriram nas últimas 24 horas.

Objectivo: Ensinar os princípios da boa nutrição.

Materiais: Nenhum (quadro de conferência ou papel opcional).

Tempo necessário: 15 a 20 minutos.

Passos:

1. Leve os participantes a recordar rapidamente tudo o que ingeriram nas últimas 24 horas.

2. Discuta as suas escolhas alimentares e respectivo grau nutricional.

EXEMPLO DO MODELO DE FORMAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS

MÓDULO 1

Participantes: Voluntários do Atelier Doméstico seleccionados por pessoas de aldeias distintas.

Duração / Prazo: 2 dias (dia 1 - 6 horas; dia 2 - 6 horas).

Objectivos da formação: Depois desta formação, os participantes estarão qualificados para:

1. Explicar os dois propósitos do projecto às mães e a outros encarregados de educação
2. Convencer as mães e os membros da família a trazerem uma contribuição diária de alimentos "especiais" para a sessão do Atelier Doméstico
3. Criar e realizar uma sessão de DP/Atelier Doméstico na própria casa ou na casa de outro membro da comunidade
4. Ensinar as mães e os membros da família as respectivas funções e responsabilidades, a fim de tornar o DP/Atelier Doméstico eficaz usando ajudas visuais (cartaz)
5. Criar e utilizar o manual do DP/Atelier Doméstico

DIA 1 (6 horas)

Modelo

I. Revisão

A. Apresentação e introdução
B. Revisão dos resultados da IDP (quadros de conferência com os resultados do DP)
C. Revisão de "Quem queremos ajudar?" (cartaz dos resultados da PMC)
D. Objectivos da formação de DP/Atelier Doméstico (quadro de conferência 1)

II. Informação sobre DP/Atelier Doméstico

A. Quais são os dois objectivos do DP/Atelier Doméstico? (quadro de conferência com os objectivos)
B. O que é uma sessão do Atelier Doméstico? Quando se deve realizar o Atelier Doméstico? (quadro de conferência/ calendário)
C. Quem irá trabalhar em conjunto para reabilitar as crianças subnutridas e qual a função de cada pessoa?
D. Função do voluntário
E. Critérios de admissão para participar na sessão do Atelier Doméstico
F. Contribuição familiar de alimentos para a reabilitação conjunta de crianças subnutridas
G. Exercício 1 — Fazer cartazes para os dois objectivos e contribuição familiar de alimentos
H. Troca de papéis com o auxílio de cartazes

Esta secção descreve o modelo de formação de voluntários usado pela Save the Children em Myanmar

Materiais:

♥ Quadro de conferência, folhas para o quadro de conferência, quadro branco, apagador e marcadores
♥ Cartaz com os resultados da PMC da aldeia
♥ Cartazes com os resultados do DP da aldeia
♥ Quadro de alimentos
♥ Alimentos dos quatro grupos alimentares, especialmente alimentos de DP
♥ Imagens ou ilustrações de alimentos de DP para fazer cartazes
♥ 350 gramas cada de arroz cru e cozinhado
♥ Ferramentas de medição locais (chávenas de estanho, colheres, pesos locais, balanças, etc.)
♥ Ajuda visual de menu e folha do menu de DP/AD
♥ Cartaz do calendário mensal
♥ Um manual do modelo DP/AD para cada grupo
♥ Modelo do cartaz sobre o objectivo das mensagens de DP/AD para cada local
♥ Canetas coloridas e papéis grandes (dois por grupo)

Elaborar um menu especial para famílias pobres com crianças bem nutridas

III. Elaborar menus para o DP/Atelier Doméstico

A. Analisar o quadro de alimentos
B. Elaborar o menu do Atelier Doméstico
C. Elaborar um menu especial: o menu para famílias pobres com crianças bem nutridas
D. Calcular cada porção por criança com medidas caseiras
E. Programar o menu do Atelier Doméstico
F. Fazer o almoço em conjunto e atribuir um nome local ao projecto
G. Inventar uma canção para o DP/Atelier Doméstico e uma troca de papéis

DIA 2 (6 horas)

I. Revisão do Dia 1

A. Troca de papéis com o auxílio de cartazes sobre os objectivos do DP/Atelier Doméstico e as contribuições familiares
B. Revisão das condutas eficazes de alimentação, cuidados gerais, de higiene e de saúde (incluindo as práticas de DP) em casa

II. Protocolos

A. Em que consiste um manual do Atelier Doméstico?
B. Exercício 2: Elaborar o manual do Atelier Doméstico
C. Ferramentas necessárias para uma sessão do Atelier Doméstico
D. Procedimentos e tarefas para o primeiro dia da sessão do Atelier Doméstico

III. Logística

A. Preparação para a primeira sessão do Atelier Doméstico
B. O que deve dizer-se à família da criança subnutrida (troca de papéis)
C. Praticar canções interactivas
D. Conclusão da formação do dia

MÓDULO 2

O módulo 2 é realizado após a primeira semana e antes da segunda semana de uma sessão do Atelier Doméstico.

Participantes: Voluntários do Atelier Doméstico seleccionados por pessoas de aldeias distintas.

Duração / Prazo: 2 dias (dia 1 - 4 horas; dia 2 - 6 horas).

Objectivos da formação: Depois desta formação, os participantes estarão qualificados para:
1. Usar eficazmente as ajudas visuais
2. Realizar discussões de grupos de interesse com os encarregados de educação de crianças subnutridas sobre diferentes tópicos, durante as sessões do Atelier Doméstico
3. Avaliar o progresso de cada criança e aconselhar os encarregados de educação em conformidade no final da sessão do Atelier Doméstico
4. Relatar os resultados da sessão do Atelier Doméstico à Comissão comunitária de saúde (CCS)

DIA 1 (4 horas)

I. Revisão do Atelier Doméstico actual

A. Apresentação e introdução; objectivos da formação quanto ao Atelier Doméstico
B. Revisão dos objectivos do Atelier Doméstico (quadro de conferência)
C. Opinião sobre a primeira semana: lições aprendidas (quadro de conferência)
D. Revisão do menu do Atelier Doméstico (quadro de alimentos - quadro de conferência e folhetos)
E. Função dos pais (opcional)

II. Tópicos para discussão no Atelier Doméstico e em grupos de interesse

A. Resumo

1. Revisão das práticas de alimentação, cuidados gerais e de saúde
2. Apresentação das quatro ajudas visuais
3. Explicação da programação de mensagens básicas (quadro de conferência e folhetos)

B. Tópico 1: Alimentação e higiene corporal

1. Factos (quadro de conferência e sabão)
2. Como apresentar a ajuda visual (perguntas)
3. Troca de papéis do formador sobre como dirigir uma discussão do grupo de interesse
4. Troca de papéis dos voluntários sobre como dirigir uma discussão do grupo de interesse e obter opiniões

C. Tópico 2: Amamentação

1. Factos (quadro de conferência, perguntas e demonstração)
2. Revisão de como realizar uma discussão do grupo de interesse com perguntas sobre a amamentação
3. Troca de papéis dos voluntários sobre como dirigir uma discussão do grupo de interesse sobre o segundo tópico e obter opiniões

Revisão de tópicos do Atelier Doméstico tais como a prevenção e tratamento de doenças utilizando um quadro de conferência, ilustrando uma solução de rehidratação caseira, (SRO) caseira.

DIA 2 (6 horas)

Técnica de descontracção – Duas canções infantis com coreografia

I. Revisão do Dia 1

II. Tópicos do Atelier Doméstico

A. Tópico 3: Prevenção e tratamento de doenças

1. Factos (quadro de conferência – SRO caseira)
2. Revisão das questões para discussão do grupo de interesse
3. Como verificar o ritmo respiratório de crianças pequenas e fazer SRO em casa (praticar com crianças)
4. Troca de papéis dos voluntários sobre como dirigir uma discussão do grupo de interesse sobre o terceiro tópico e obter opiniões

B. Tópico 4: Cuidar de crianças pequenas

1. Factos (quadro de conferência e canção/jogos interactivos)
2. Revisão das questões para discussão do grupo de interesse
3. Troca de papéis dos voluntários sobre como dirigir uma discussão do grupo de interesse sobre o quarto tópico e obter opiniões

Tópico 5: Mensagem do último dia *"O que podemos fazer sozinhos em casa?"*

1. Afixe uma variedade de alimentos e resultados da IDP

III. Procedimentos para o último dia do Atelier Doméstico

A. Procedimentos e tarefas para o Dia 12 da sessão do Atelier Doméstico

B. Aconselhamento das mães e dos membros da família no final da sessão do Atelier Doméstico

C. Utilização da troca de papéis para praticar o aconselhamento das mães e dos membros da família

D. Criação de um relatório do Atelier Doméstico

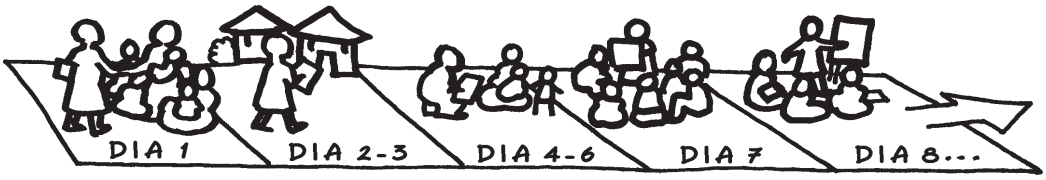
CAPÍTULO 3
Passo 3: Preparar a investigação de Desvio Positivo

PASSO 3 **Preparar a investigação de Desvio Positivo**

A. Determinar um grupo etário alvo
B. Conduzir uma avaliação do estado nutricional
C. Conduzir uma análise situacional
D. Conduzir um inquérito de classificação socio-económica
E. Reunir com a comunidade com vista a obter opiniões sobre a avaliação do estado nutricional, a introdução ao conceito de DP e à definição de objectivos e propósitos
F. Identificar Desviadores Positivos
G. Formar e preparar a equipa de IDP

Uma Investigação de Desvio Positivo (IDP) é uma ferramenta de estudo específica de uma comunidade, utilizada para descobrir as práticas eficazes ou desejadas dos encarregados de educação Desviadores Positivos passíveis de serem copiadas por outros para resolver um problema abrangente existente na comunidade. Nos programas de DP/Atelier Doméstico, o interesse concentra-se nas práticas destinadas a reduzir a subnutrição infantil.

Antes de ser possível conduzir a IDP, é necessário executar os passos de A a G, acima enunciados. O processo decorre, vulgarmente, no espaço de uma a três semanas. Dado que o estado de subnutrição das crianças pode agravar-se rapidamente, deve haver uma demora mínima entre a avaliação do estado nutricional, a classificação sócio-económica e a identificação das famílias DP. Os melhores resultados são obtidos quando estes passos são conduzidos por uma equipa multidisciplinar, uma vez que cada indivíduo traz a este estudo uma perspectiva diferente..



1 Dia	1 ou 2 Dias	1 a 3 Dias	1/2 Dia	1 Dia
Identificar o grupo-alvo na comunidade	*Conduzir a avaliação nutricional*	*Realizar a análise da situação e a classificação socio-económica*	*Reunir com a comunidade*	*Dar formação e preparar a equipa de IDP*

ONDE SE ENCONTRA?

Monitorização e Avaliação

- **PASSO 1** — Decidir se este programa é adequado para si
- **PASSO 2** — Mobilizar a comunidade: seleccionar e formar
- **PASSO 3** — Preparar a Investigação de Desvio Positivo
- **PASSO 4** — Conduzir uma Investigação de Desvio Positivo
- **PASSO 5** — Planear as sessões do Atelier Doméstico
- **STEP 6** — Conduzir as sessões do Atelier Doméstico
- **PASSO 7** — Apoiar novas condutas
- **PASSO 8** — Repetir as sessões do Atelier Doméstico, conforme necessário
- **PASSO 9** — Expandir os programas de DP/Atelier Doméstico

Se existirem demasiadas crianças com menos de cinco anos, para incluir todas é de ponderar convidar aquelas com idades entre os sete meses e os três anos para o Atelier Doméstico; a investigação realizada indica que este período é a altura em que a criança se encontra mais vulnerável em termos de nutrição.

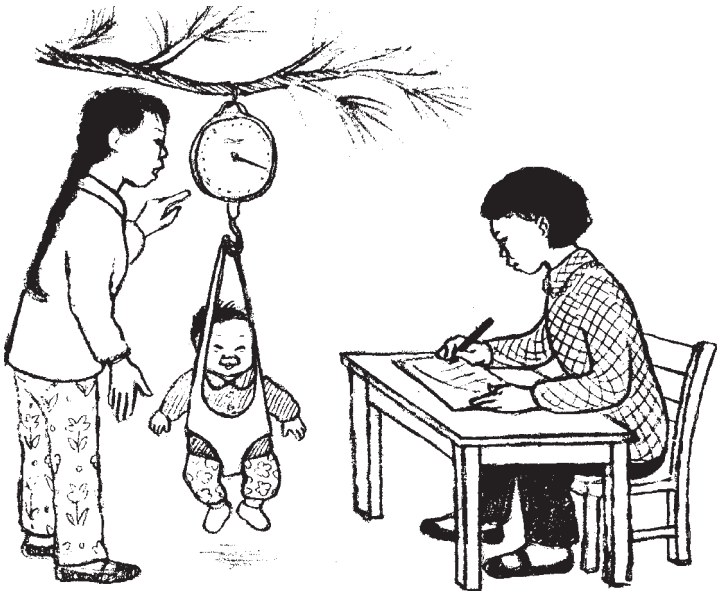
A. Determinar um grupo etário alvo

Em muitos casos, a fonte de financiamento pode determinar o grupo etário alvo para o esforço a realizar pelo DP/Atelier Doméstico. Em caso negativo, a tomada desta decisão envolve a comunidade. O interesse deve centrar-se em todas as crianças com menos de três anos? Em todas as crianças com idade inferior a cinco? Uma vez que às crianças não deve ser dado suplemento alimentar até aos seis meses, a criança mais pequena a fazer parte do grupo deve ter sete meses. Se existirem demasiadas crianças com menos de cinco anos, para incluir todas é de ponderar convidar aquelas com idades entre os sete meses e os três anos para o Atelier Doméstico. As crianças com menos de três anos crescem mais rapidamente do que em qualquer outra idade, são mais vulneráveis à doença, ao definhamento e atrofiamento e respondem melhor a uma intervenção imediata. Além disso, a investigação realizada indica que este período é a altura em que a criança se encontra mais vulnerável em termos de nutrição. Se, dentro da comunidade, a subnutrição for generalizada e os números elevados, será aconselhável concentrar os esforços com a saúde no grupo etário entre os sete e os vinte e quatro meses.

B. Conduzir uma avaliação do estado nutricional

A avaliação do estado nutricional identifica as crianças subnutridas e serve como ferramenta de mobilização da comunidade. É importante pesar cada criança no grupo etário alvo. O peso por altura é a medida preferencial para avaliar estados de subnutrição ou definhamento graves. Contudo, como o peso por idade é o método mais sensível a alterações, é também o método empregue na maior parte dos programas de DP/Atelier Doméstico para avaliação da subnutrição infantil. Cada criança subnutrida deve ser classificada segundo os padrões de peso por idade, de acordo com o seu estado de subnutrição ligeira, moderada ou grave. As directrizes para pesagem e medição encontram-se disponíveis no fim deste capítulo e os padrões de peso por idade são indicados na Tabela 3.5.

As directrizes para pesagem e medição encontram-se disponíveis no fim deste capítulo e os padrões de peso por idade são indicados na Tabela 3.5.



Quando a promoção e monitorização do crescimento (PMC) já existe na comunidade, pode começar-se com a avaliação nutricional nas sessões de monitorização do crescimento, embora os dados utilizados devam corresponder ao mês em curso. Caso não se efectue a monitorização de crescimento, é de considerar o início da PMC em simultâneo com o DP/Atelier Doméstico, de forma regular, a fim de identificar e monitorizar o estado de crescimento individual das crianças.

É importante reparar em quem não é pesado. É raro que 100% do grupo alvo participe nas sessões mensais de pesagem da PMC e, geralmente, são as crianças subnutridas as primeiras a esquivarem-se ou a faltarem a uma sessão de monitorização do crescimento. Aquelas cuja presença é regular, vão habitualmente por auto-selecção e são de famílias já motivadas e conscientes em termos de saúde.

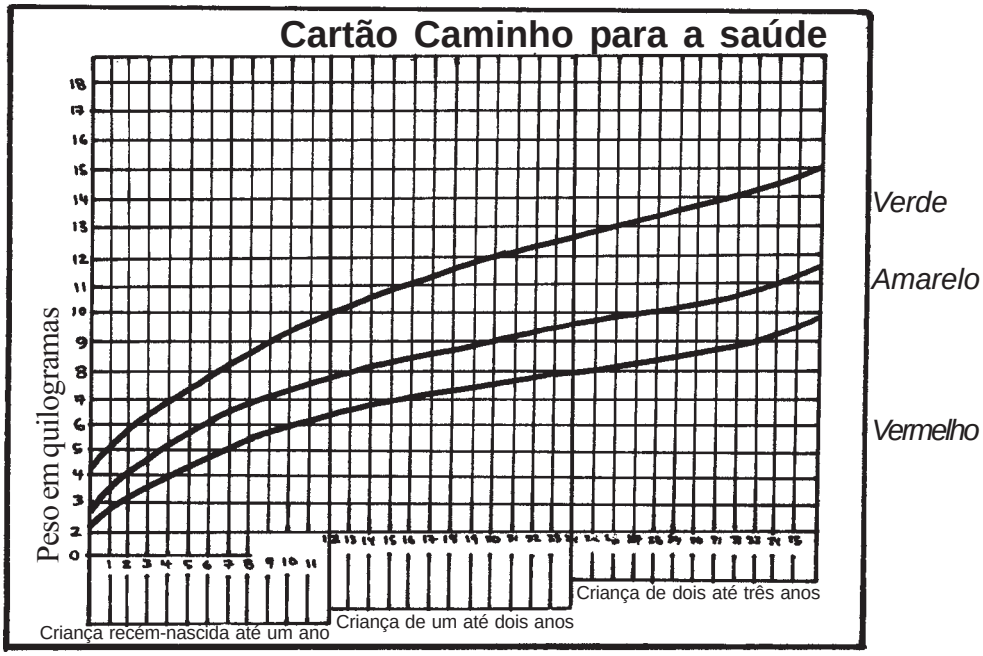
Onde a monitorização do crescimento não é realizada ou onde as crianças faltam, o pessoal e os voluntários do projecto devem ir de porta em porta e identificar todas as crianças pertencentes ao grupo etário alvo, como num recenseamento e pesá-las. Este processo assegura que não falhe nenhuma criança e que sejam evitados a tensão e o caos decorrentes de uma pesagem em grupo.

Analisar os Dados

Os dados individuais das crianças estão registados num Cartão de Monitorização de Crescimento que é guardado pelo encarregado de educação. Estes dados são importantes para o encarregado de educação e demonstram graficamente, ao longo do tempo, se o crescimento da criança se processa de forma normal ou vacilante e se necessita de aconselhamento especializado. Num cartão de monitorização de crescimento existem, tipicamente, três registos demonstrativos do estado nutricional da criança. Em alguns países, estas linhas são coloridas, conforme descritas na Tabela 3.1 abaixo indicada.

TABELA 3.1 CARTÃO DE MONITORIZAÇÃO DO CRESCIMENTO

Linhas no gráfico	Estado de subnutrição	Cor (mais comum)
Linha superior	Normal	Verde
2ª linha	Ligeiro	Amarelo claro
3ª linha	Moderado	Amarelo
Abaixo da 3ª linha	Grave	Vermelho



Quando as crianças não são pesadas, isso deve-se a uma das seguintes razões:

A pesagem não está disponível na sua aldeia

ou

A pesagem existe, mas:

♥ A família desconhece este recurso;

♥ A família não se encontra motivada para se apresentar;

♥ A família tem vergonha de vir, porque a sua criança é subnutrida;

♥ A família já teve más experiências nas sessões de pesagem;

♥ As sessões anteriores não produziram quaisquer benefícios visíveis ou acompanhamento significativo; ou

♥ A família acredita que a pesagem é prejudicial à criança.

Existem outros padrões mais sofisticados para avaliar o estado de nutrição infantil. A Tabela 3.5 indica os pesos recomendados para rapazes e raparigas com idades entre os 0 e os 60 meses. Estas tabelas encontram-se, frequentemente, disponíveis através do Gabinete de Nutrição do Ministério da Saúde nacional. Os pesos que estão um desvio padrão abaixo da norma ou média são considerados como "subnutrição ligeira"; dois desvios padrão abaixo da norma indicam "subnutrição moderada"; e três desvios padrão abaixo da norma apontam para "subnutrição grave". Desvios padrão de uma norma internacional são vulgarmente referidos como pontuações Z. A seguir, encontra-se uma comparação destes três tipos de termos. É frequente usar-se em estudos de investigação a pontuação Z para chegar a resultados passíveis de serem comparados em diferentes países.

TABELA 3.2 NÍVEIS DE SUBNUTRIÇÃO POR DESVIO PADRÃO OU PONTUAÇÃO Z

Estado de subnutrição	Desvio padrão abaixo da norma	Pontuação Z
Normal	Média	Média
Ligeiro	1	pontuação Z < -1
Moderado	2	pontuação Z < -2
Grave	3	pontuação Z < -3

Até ao final deste guia de recursos, utilizaremos os termos de subnutrição normal, ligeira, moderada e grave. Verifique junto do Ministério de Saúde o padrão aplicado no país a que pertence. Independentemente do método usado, é importante ser capaz de traçar as alterações de peso da criança ao longo do tempo.

O peso individual de cada criança ou do seu estado nutricional pode ser ilustrado graficamente num quadro de pontuação destinado a ajudar a própria comunidade a compreender o estado de nutrição global da sua população infantil. Quando existe um número elevado de crianças subnutridas, a representação deste gráfico é, muitas vezes, um factor motivador para que a comunidade tome medidas. Para evitar o embaraço de algumas famílias, o quadro de pontuação deve apenas exibir sinais ou símbolos e não os nomes das crianças.

Usando o número total de crianças com menos de três anos (ou com idade inferior a cinco) da comunidade, classifique em forma de tabela quantas crianças se encontram em cada categoria nutricional. Recorra a um quadro semelhante ao da Tabela 3.3. Quando todas as crianças estiverem pesadas, a avaliação nutricional baseia-se em 100% dos registos da população alvo. O número total com menos de três anos (ou de cinco) constitui o denominador da proporção de crianças subnutridas da comunidade. Em seguida, calcule as percentagens que recaem em cada categoria de subnutrição. Considere o total em cada categoria, multiplique o mesmo por 100 e divida pelo total da população alvo.

Verifique as crianças

Verifique se identificou todas as crianças de uma determinada categoria etária (lembre-se de que é provável que nem todas as crianças tenham sido pesadas).

Algumas regras primordiais aplicadas em países em vias de desenvolvimento são:

- ♥ Se a sua população alvo são as crianças com menos de cinco anos, estas devem equivaler entre 16 a 20% da população total
- ♥ Se a sua população alvo são as crianças com menos de três anos, estas devem equivaler entre 10 a 14% da população.

TABELA 3.3 **PERCENTAGEM DE CRIANÇAS-ALVO POR ESTADO NUTRICIONAL**

Estado nutricional	Número	Percentagem
Normal		
Subnutrição ligeira		
Subnutrição moderada		
Subnutrição grave		
Total		

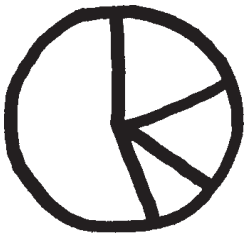
Preparar os resultados graficamente

Esta avaliação inicial constitui uma base importante para a intervenção. A comunidade precisa destas informações. Pertencem-lhe e devem ser partilhadas. Existem várias formas de apresentar os resultados de modo a serem facilmente compreendidos e para que a comunidade tome conhecimento da extensão do problema. As informações devem ser partilhadas com os trabalhadores locais de saúde, com a comissão comunitária de saúde, com os chefes da comunidade e com quaisquer outros grupos comunitários. Isto é o ponto de partida para a criação de quadros de pontuação visuais destinados a seguir o desenvolvimento do combate à subnutrição. O gráfico circular inicial (ou outro meio visual) representa os primeiros dados. Os resultados posteriores serão comparados àqueles.

Realce a importância dos quadros de pontuação comunitários que sejam entendidos por toda a comunidade e para que o impacto da abordagem Atelier Doméstico seja visível nas estatísticas e no estado de saúde geral da comunidade.

Gráfico circular

Os gráficos circulares são úteis para mostrar a proporção de crianças abrangida por cada estado nutricional. A equipa do programa pode ensinar aos membros da comunidade como fazer um gráfico circular utilizando secções de crianças bem alimentadas e de crianças que sofrem de subnutrição ligeira, moderada e grave. Para este tipo de gráficos, é de maior impacto ilustrar apenas dois grupos: aqueles que sofrem de todos os níveis de subnutrição e aqueles que estão bem alimentados.

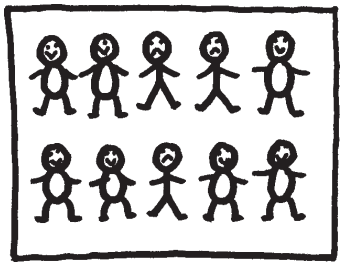


Pau colorido

Um pau pode ser pintado de cores diferentes correspondendo à percentagem de crianças existente em cada nível de subnutrição.

Figuras simples

Figuras simples podem ser utilizadas para demonstrar a percentagem de crianças em cada categoria. Ao usar dez figuras simples, cada figura representa dez por cento da população. Se trinta por cento da população estivesse subnutrida, três das dez figuras simples seriam pintadas de vermelho.



Grande cartaz

O peso por idade de cada criança pode ser traçado ou marcado num cartaz ou numa versão gigante de quadro de conferência do cartão de monitorização do crescimento. Esta representação mostra a frequência dos casos de subnutrição infantil e a extensão do programa, além de contribuir para melhorar a compreensão da comunidade.

C. Conduzir uma análise situacional

Um bom planeamento do programa implica possuir um amplo conhecimento da situação actual da comunidade. Além da avaliação do estado nutricional, a informação importante a recolher inclui:

Estado de saúde geral: cobertura da imunização; incidência e controlo de casos de infecções respiratórias agudas (IRA), em especial, pneumonia, diarreia, malária e lombrigas em crianças pequenas; insuficiência de vitamina A; adopção do plano familiar; e acesso aos cuidados de saúde materno-infantis.

Níveis e causas de mortalidade em menores de cinco anos: incluindo causas médicas (diagnóstico) e causas sistémicas (procura tardia de assistência, baixa qualidade de cuidados, etc.).

Comportamentos e crenças vigentes: alimentação no lar, condutas orientadas para a saúde e cuidados gerais; as crenças comuns que rodeiam a saúde e os alimentos, incluindo tabus e normas; e existência de água potável.

Em certas partes de Moçambique, acredita-se que um "espírito sentado numa criança" causa-lhe marasmo. Apenas um feiticeiro pode exorcizar ou levantar o espírito maléfico da criança. Normalmente, esta fica ao cuidado do feiticeiro por duas semanas. A melhoria no estado da criança ao frequentar as sessões do Atelier Doméstico começa também a ser visível ao fim de duas semanas. As mães sentiram-se confortáveis com as sessões de duas semanas, uma vez que já estavam familiarizadas com este "período curativo" no seu contexto cultural.

Para planear o Atelier Doméstico, a equipa precisa de compreender totalmente as crenças e práticas locais. Mesmo sendo da área, talvez não tenha prestado muita atenção às práticas de alimentação e cuidados infantis, particularmente no caso de crianças de estratos socio-económicos mais baixos. Uma vez que o DP/Atelier Doméstico pretende mudar a sabedoria convencional e levar a comunidade a adoptar formas de prevenir e eliminar a subnutrição, é importante articular e documentar as normas pré-existentes em toda a comunidade. A clarificação da norma facilita a identificação Desviadores Positivos e serve como elemento qualitativo com o qual as alterações nas práticas de alimentação, de cuidados gerais e de saúde podem ser comparadas posteriormente.

Há um número de metodologias diferentes para recolha de informação e de ajuda à comunidade para contar a sua própria história. É sugerida a utilização de vários métodos para validar a informação, normalmente chamados de "triangulação". A equipa do projecto deve recorrer tanto à informação quantitativa como à qualitativa. A primeira pode incluir documentos escritos, quer registos governamentais quer dados de unidades de saúde que poderão, eventualmente, auxiliar a equipa do projecto e as comunidades a compreenderem as causas decisivas da mortalidade e de doenças infantis. Se estes dados não se encontrarem disponíveis, a equipa do projecto terá, então, necessidade de conduzir um inquérito sobre conhecimento, prática e cobertura (CPC) da área a fim de melhor entender a extensão do problema da nutrição e da doença da criança. O estudo CPC consiste num conjunto preestabelecido de perguntas dirigidas a um grupo de inquiridos seleccionados aleatoriamente. Informações mais detalhadas sobre como levar a efeito o referido questionário encontram-se disponíveis na secção de Recursos, no fim deste manual.

Os dados quantitativos precisam de ser complementados com dados qualitativos que fornecem informação detalhada sobre as crenças e práticas locais numa variedade de cenários. Muitas das ferramentas de maior utilidade vêm da antropologia social; as mais vulgarmente usadas para o DP/Atelier Doméstico são as conhecidas como a Avaliação rápida ou rural participativa (ARRP) e a Acção e aprendizagem participativas (AAP). A AAP aplica a abordagem de desenvolvimento comunitário e

resolução de problemas, na qual os organizadores trabalham com as comunidades para ajudá-las a analisar as causas de um problema, a identificar soluções e a desenvolver e implementar um plano de acção.

Os voluntários e a equipa do programa DP/Atelier Doméstico iniciam muitas vezes uma AAP ou ARRP através da condução de entrevistas a inquiridos chave, com dirigentes do sexo feminino ou discussões de grupos de interesse com mulheres e outros decisores de modo a compreender as práticas de amamentação e de desmame, a carga laboral da mãe, os conceitos de cuidados infantis, as crenças sobre a criação dos filhos, as práticas de higiene ambiental e a percepção sobre as causas da subnutrição infantil. As entrevistas e as discussões de grupos de interesse devem ser complementadas com outras metodologias de recolha de informação para entender melhor os vários factores que contribuem para a subnutrição. As notas coligidas pela equipa e pelos voluntários podem mais tarde ser comparadas e discutidas a fim de identificar as condutas ou práticas decisivas para a mudança.

É possível encontrar uma lista de exemplos de questões para a discussão de grupos de interesse na secção Métodos de recolha de informação no fim deste capítulo.

As discussões do grupo de interesse identificaram, numa área do projecto, uma falha em transitar os alimentos do campo para a criança. Regra geral, os pais estão ausentes, a trabalhar num outro país, pelo que são incapazes de ajudar as mães nas lides domésticas ou de providenciar apoio moral na educação dos filhos. A mãe labuta no campo quase todo o dia para trazer comida para a família. Quando regressa a casa, começa por ir buscar água e cozinhar. É difícil para ela encontrar tempo ou energia suficientes para se sentar adequadamente com as crianças e alimentá-las com paciência. Como resultado, as crianças cuidam delas próprias, comendo muitas vezes do mesmo prato com os irmãos mais velhos. Os mais velhos, mais fortes e mais rápidos conseguem as maiores porções.

É vulgar para a mulher amamentar durante dois anos; no entanto, quando as mães engravidam antes de terminado esse período, o filho é desmamado de forma brusca. Esta prática é fortemente encorajada pelas sogras, que proíbem terminantemente o aleitamento durante a gravidez. Logo que a criança é, de modo prematuro, privada do leite materno, o crescimento começa a ressentir-se.

É difícil para a mãe encontrar tempo e energia suficientes para se sentar adequadamente com as crianças e alimentá-las com paciência.

Num estudo sobre os hábitos alimentares diários das crianças no Sri Lanka descobriu-se que a refeição típica é:

Pequeno-almoço: bolachas e chá

Almoço: arroz ou inhame com verduras e coco, peixe seco e caril de vegetais

Lanche: chávena de chá simples

Jantar: pão ou cabrinhas-de-leque com caril

A Tabela 3.4 à direita lista várias metodologias de recolha de informação que podem ser utilizadas e os tipos de dados que cada uma delas produz. Estes métodos devem ser usados conforme necessário para recolher a informação requerida.

Um asterisco (*) significa que no fim deste capítulo se encontram indicações para levar a cabo esta metodologia.

TABELA 3.4 MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Metodologia/ferramenta	Informação recolhida
A. Entrevista individual	
Entrevistas padrão de perguntas fechadas a inquiridos relevantes	Os resultados comparáveis entre lares distintos ajudam a determinar as condutas relatadas e reais de prestação de cuidados a crianças
Recordar o que ingeriu nas últimas 24 horas	O inventário dos alimentos ingeridos pela criança durante as últimas 24 horas feito pela mãe; o importante é identificar os tipos de alimentos em vez da quantidade ingerida; a frequência e os tipos de refeições leves (um tipo de entrevista de perguntas fechadas)
Entrevistas padrão de perguntas abertas ou semi-estruturadas a inquiridos relevantes	Resultam numa maior participação de lares distintos e aumentam a compreensão sobre condutas de prestação de cuidados a crianças e respectivo contexto, ex. as funções de quem governa a prestação de cuidados a crianças, a tomada de decisões, etc. (Habitualmente utilizadas nos programas de DP/Atelier Doméstico)
B. Entrevista de grupo	
Discussões de grupos de interesse *	Fornecem informações contextuais sobre as práticas relatadas de alimentação, cuidados gerais, cuidados de higiene e cuidados de saúde
Mapeamento da comunidade *	Fornece a localização de casas pobres e ricas, centros de saúde, bombas de água, campos agrícolas, escolas, edifícios religiosos, etc.
Tendências *	Descrição visual das principais tendências do estado de subnutrição, disponibilidade de alimentos, situação económica, crescimento da população, etc. nos últimos cinco a dez anos
Calendário por estações do ano *	Descrição visual da disponibilidade de alimentos, carga laboral e prevalência de doenças devido a mudanças de estação
Utilização do tempo	Descrição visual de como as mulheres utilizam o seu tempo
Cronologia (história local)	Mudanças na utilização dos alimentos e práticas ao longo do tempo
C. Entrevistas sistemáticas	
Categorias e classificação das práticas orientadas para a saúde	A quem recorrem os membros da comunidade quando as crianças adoecem
Classificação dos tipos de doenças	Percepção das causas mais comuns das doenças e subnutrição infantis
D. Observação directa	
Visitas domiciliárias	Condutas reais de alimentação, cuidados gerais e cuidados de saúde através da observação dos participantes
Monitorização contínua	Mudança das condutas reais de alimentação, cuidados gerais e cuidados de saúde em vários contextos domésticos

Várias crenças e costumes descobertos num estudo qualitativo foram, subsequentemente, utilizados para conceber as mensagens de DP/ Atelier Doméstico no projecto:

♥ As crianças necessitam de proteínas e não devem evitar a carne e os ovos

♥ Os pais e os avós que ajudam a dar de comer às crianças devem ser integrados no programa de DP/Atelier Doméstico

♥ Uma vez que a mãe decide o que o filho pode ou não comer, as mensagens de tomada de decisão sobre os alimentos devem ser dirigidas à mãe

♥ Suplementos alimentares como papas de laranja, papaia, água de arroz e coentros podem ser dados na altura do desmame, em vez de esperar que a criança faça um ano de idade

♥ São necessárias mensagens adicionais sobre a alimentação adequada quando as crianças estão doentes uma vez que, nestas alturas, é frequente só lhes ser dado flocos de aveia

♥ Mensagens sobre cuidados gerais a prestar às crianças durante as crises de infecção respiratória aguda devem constar do DP/ Atelier Doméstico, uma vez que a IRA é a doença mais comum

♥ É grande a preocupação da família com a diarreia e as convulsões, por isso, deseja ter um melhor conhecimento tanto sobre a prevenção como dos cuidados a prestar nestes casos

♥ Geralmente, as mães estão mais preocupadas com o sabor da comida do que com o valor nutritivo; mensagens básicas sobre a pirâmide alimentar são importantes

♥ As mães passam demasiado tempo a cozinhar alimentos que não compensam em termos de uma boa dieta; receitas de maior valor nutritivo serão muito úteis durante o DP/Atelier Doméstico.

Os pais e os avós que ajudam a dar de comer às crianças devem ser integrados no programa de DP/Atelier Doméstico

D. Conduzir um inquérito de classificação socio-económica

Desenvolva critérios de classificação económica com a comunidade e trabalhe com os seus membros para definir as famílias pela sua condição socio-económica. Isto pode ser tão simples como diferenciar os lares mais pobres dos mais ricos. Os voluntários do Atelier Doméstico e os membros da comissão comunitária de saúde, que mantêm um estreito contacto com a comunidade, estão melhor posicionados para fazer a classificação económica dado que os critérios são, culturalmente, muito específicos.

A classificação económica pode ser realizada em simultâneo com a avaliação nutricional, enquanto são tabelados os resultados da monitorização do crescimento, durante ou imediatamente depois da análise situacional.

Questões para guiar os critérios de classificação socio-económica:

♥ Como descreveria famílias pobres e ricas?

♥ Onde vivem as famílias pobres e ricas? Como são as suas casas?

♥ O que vestem?

♥ Que tipos de alimentos comem?

♥ Quais são as suas actividades recreativas?

♥ Quem são os principais encarregados de educação das crianças?

♥ Quanto gastam anualmente em cuidados de saúde?

♥ Que tipo de trabalhos fazem os homens? E as mulheres? E as crianças?

Critérios de classificação socio-económica para uma comunidade no Mali:

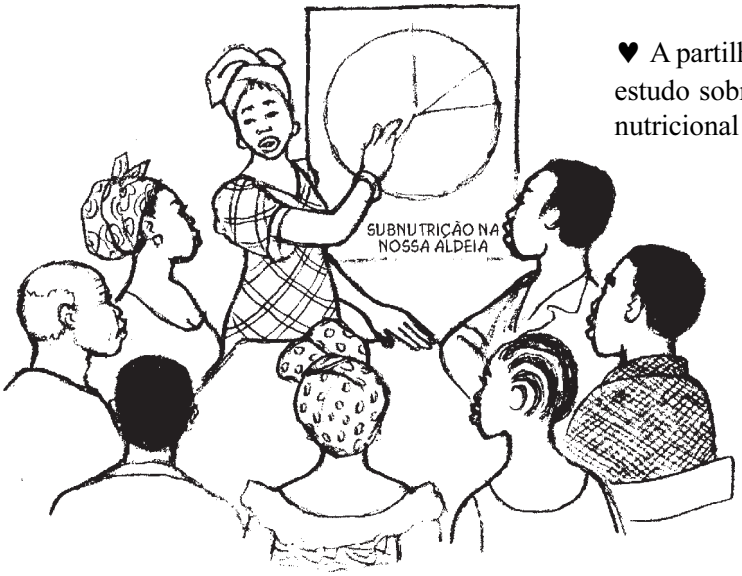
A Família **mais rica** possui burro(s) e uma carroça
A Família **de médios recursos** possui um ou mais burros
A Família **pobre** não possui qualquer burro

Critérios de classificação socio-económica para uma comunidade na Guatemala:

As Crianças **mais ricas** usam sandálias/sapatos de couro que cobrem os dedos dos pés
As Crianças **de médios recursos** usam sandálias ou botas de plástico
As Crianças **pobres** não usam sapatos/sandálias

E. Reunir com a comunidade

Organize uma reunião com a comunidade com vista a obter opiniões sobre a avaliação do estado nutricional, a introdução ao conceito de DP e à definição colectiva de objectivos e propósitos. Uma ordem de trabalhos típica para esta reunião poderia incluir:



♥ A partilha interactiva do estudo sobre a avaliação nutricional com a apresentação de gráficos

♥ A revisão de sinais de subnutrição (físicos e psicológicos)

♥ A exploração dos efeitos da subnutrição a curto e a longo prazo

♥ A revisão de algumas causas de subnutrição (juntando informação de discussões de grupos de interesse e actividades da AAP)

♥ A definição de objectivos e propósitos

♥ A introdução ao conceito de DP (consulte o Capítulo 2 para exemplos de exercícios)

O objectivo principal de um projecto de reabilitação nutricional, utilizando a abordagem DP/Atelier Doméstico, é a reabilitação sustentável de crianças subnutridas.

Definir objectivos e propósitos

Durante a reunião da comunidade, oriente o grupo no sentido de desenvolver formalmente os objectivos e propósitos estabelecidos para o programa. O objectivo

principal de um projecto de reabilitação nutricional, utilizando a abordagem DP/Atelier Doméstico, é a reabilitação sustentável de crianças subnutridas. É muito mais vasto do que a simples reabilitação de crianças que sofrem actualmente de subnutrição. Estende-se a crianças que são os irmãos mais novos; aqueles que, na comunidade, não estão ainda subnutridos; e a crianças ainda por nascer. Todos estes grupos são afectados porque a abordagem DP/Atelier Doméstico interessa-se em mudar as normas de conduta na comunidade e dessa forma prevenir a subnutrição no futuro.

Defina claramente os propósitos concebidos em termos mensuráveis para o programa como um todo e em cada comunidade específica. O Atelier Doméstico é, por natureza, limitado no tempo; as sessões do Atelier Doméstico terão apenas uma duração total de 8 a 12 meses e é de esperar que não voltem a ser necessárias. Se decorrerem de forma adequada, cumprirão o seu objectivo de mudança sustentada de condutas destinada a prevenir a subnutrição futura nesse período de tempo.

Exemplo do processo para guiar a comunidade na definição de objectivos e propósitos

A equipa dirige o grupo comunitário numa discussão, fazendo as seguintes perguntas:

P: Qual é o problema que queremos resolver?
R: A subnutrição.

P: O que é que queremos fazer para resolver o problema?
R: As respostas devem incluir "a reabilitação de todas as crianças subnutridas".

P: Basta reabilitar as crianças?
R: Não, há também necessidade de manter as crianças bem alimentadas após a conclusão das sessões do Atelier Doméstico.

A equipa mostra à comunidade um quadro de conferência com os seguintes propósitos:

- ♥ Reabilitar as crianças
- ♥ Sustentar a reabilitação
- ♥ Prevenir a subnutrição no futuro

A discussão que se segue leva ao compromisso da comunidade de levar até ao fim o seu papel no apoio a cada um dos propósitos:

- ♥ Providenciar comida adequada às crianças subnutridas; frequentar as sessões do Atelier Doméstico
- ♥ Trazer comida/contribuir com combustível para cada sessão do Atelier Doméstico; partilhar práticas apropriadas de alimentação e cuidados gerais
- ♥ Incentivar a mãe/encarregados de educação nos seus ambientes familiares a usar novos alimentos e práticas de alimentação e de cuidados gerais

As discussões devem levar a comunidade a compreender o seu papel relativamente à:

- ♥ *Reabilitação das crianças*
- ♥ *Sustentação da reabilitação*
- ♥ *Prevenção da subnutrição no futuro*

F. Identificar Desviadores Positivos

Depois da reunião com toda a comunidade, os dirigentes da aldeia e os voluntários do Atelier Doméstico trabalham em conjunto com a equipa a fim de identificar os Desviadores Positivos através da listagem de crianças bem alimentadas e associando aquelas que vêm de famílias pobres. A Tabela 3.4 constitui um simples quadro para essa informação.

TABELA 3.4 MATRIZ DE ESTADO NUTRICIONAL E CONDIÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

	Número de crianças em lares pobres	Número de crianças em lares ricos
Crianças bem nutridas	N.º de crianças (desviadoras positivas)	N.º de crianças
Crianças subnutridas	N.º de crianças	N.º de crianças (desviadoras negativas)

Os voluntários avaliam as crianças desviadores positivas por outros factores passíveis de fazerem delas especiais, tais como ser filho único, ter avós ricos, etc. Estas famílias não são de considerar. As restantes partilham os mesmos riscos que as dos lares de médios recursos. São as Desviadoras Positivas e a partir destas são seleccionadas as crianças e os lares DP. É importante lembrar que a comunidade tem de ser suficientemente grande para encontrar um Desviador Positivo, e a sua composição demográfica de certo modo homogénea. Haverá alguma variabilidade nos critérios de selecção de famílias DP com base na cultura. O tamanho médio das famílias na área e a predominância do género são pontos a ter em conta. A seguir à identificação dos Desviadores Positivos, deve proceder-se à IDP o mais rapidamente possível.

Uma criança DP não pode:

- ♥ Ser um bebé forte que comece a perder peso na altura
- ♥ Ser uma criança com um passado de mendicidade ou de permanência na rua
- ♥ Ser o primeiro filho ou filho único uma vez que pode receber cuidados especiais
- ♥ Ter irmãos com subnutrição grave
- ♥ Ter quaisquer problemas sociais ou de saúde graves ou atípicos
- ♥ Ter uma família inscrita num programa alimentar suplementar (o que afectaria os resultados)
- ♥ Ser um bebé pequenino, de baixo peso, que se desenvolve bem actualmente.

Critérios gerais para seleccionar famílias DP:

- ♥ Família pobre (com baixo rendimento)
- ♥ Estado nutricional infantil normal
- ♥ Mínimo de duas crianças (devem aproximar-se do tamanho médio de família)
- ♥ A família deve ser representativa dos grupos geográficos e sociais a viver na aldeia
- ♥ Não ter problemas graves de saúde
- ♥ A família DP tem de pertencer a uma comunidade predominante
- ♥ O chefe da família deve ter a mesma ocupação que a maioria das pessoas da aldeia
- ♥ Deve ter acesso aos mesmos recursos que o resto da comunidade
- ♥ A família deve pertencer à minoria identificada (se o programa se dirigir apenas a comunidades minoritárias)
- ♥ O sexo da criança pode ser um critério de escolha em culturas com preconceitos em relação ao género

G. Formar e preparar a equipa de IDP

Como a Investigação de Desvio Positivo (IDP) é crucial para planeamento do programa do Atelier Doméstico, é essencial que a equipa de IDP esteja bem qualificada e preparada. Essa formação e preparação dura cerca de dois dias.

Os tópicos a cobrir devem ser os seguintes:

- ♥ Conceito global da abordagem DP
- ♥ Propósito da IDP
- ♥ Revisão das práticas de alimentação, cuidados gerais e cuidados de saúde
- ♥ Introdução às duas ferramentas destinadas à recolha de informação da IDP: Lista de verificação de observações e Guia de entrevistas semi-estruturadas (discutidas em pormenor no Capítulo 5)
- ♥ Protocolos de registo de informação
- ♥ Normas e directrizes para as visitas domiciliárias

Na formação, as técnicas mais importantes a aprender são:

- ♥ A identificação correcta das práticas domésticas passíveis de contribuir ou não para a boa condição nutricional das crianças locais, e
- ♥ Uma boa capacidade de observar e entrevistar com especial ênfase na arte de sondar e ouvir

Estas técnicas podem ser ensinadas e praticadas através da troca de papéis.

Orientar a equipa através da prática de entrevistas, recorrendo à troca de papéis, constitui uma boa oportunidade tanto para aprender como para adaptar a ferramenta de IDP conforme necessário. A confusão causada por termos no dialecto local é de ter em conta, bem como a necessidade de acrescentar mais espaço ao formulário e reorganizar as perguntas conforme o decurso da entrevista. No Capítulo 2 encontram-se mais informações sobre a formação e exemplos de vários exercícios.

Esta secção fornece exemplos de questões destinadas às **Discussões de grupos de interesse.**

Seleccione as questões que serão mais úteis para a sua análise situacional e conduza o grupo ao longo da discussão participativa sobre o tópico relevante.

NOTA: Comece cada pergunta de investigação factual com as expressões "*geralmente...*" ou "*normalmente...*" e "*na sua aldeia...*"

Comece as perguntas de atitude com as expressões "*na sua opinião...*" ou "*quanto a si...*"

1. GRUPOS DE INTERESSE (Perguntas modelo)

I. Questões para mães de crianças pequenas

PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO

1. O que seria bom dar aos recém-nascidos à nascença? Porquê?
2. Durante quanto tempo, depois do nascimento, é dado ao bebé leite materno? Porquê?
3. Que nome se dá ao primeiro leite que sai do peito depois do bebé nascer?
4. Seria bom dar ao bebé esse líquido amarelo (colostro) que sai na primeira hora após o parto? Porquê?
5. Até que idade a mãe dá ao bebé apenas leite materno? Porquê?
6. Até que idade seria bom dar ao bebé apenas leite materno? Porquê?
7. Porque é que algumas mães não dão apenas leite materno durante os primeiros seis meses?
8. Que mais dão ao bebé para comer ou beber?
9. Quais são os problemas que algumas mães têm que as impedem de usar somente o leite materno durante os primeiros seis meses?
10. Quais são os factores que acha podem fazer secar o leite materno?
11. O que pode uma mãe fazer para ter mais leite?
12. Quais são os benefícios do aleitamento para a mãe e para o bebé?
13. Quais são as doenças dos bebés que os levam a deixar de ser amamentados?
14. Quando as mães deixam de amamentar, o que é que dão aos bebés para comer e beber e que tipo de recipientes usam?
15. Até que idade a maioria das mães amamenta o bebé?

HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO SUPLEMENTAR

1. Em que idade são introduzidos na alimentação do bebé, comida ou líquidos que não o leite materno? Porquê?
2. De que é feita a comida do primeiro desmame? É usada por quanto tempo?
3. Que alimentos são considerados saudáveis para crianças pequenas?
4. Que tipo de alimentos não deve ser dado aos mais pequenos?
5. Por dia, quantas vezes é oferecido à criança alguma coisa para comer (refeições e refeição ligeira)?
6. Até que idade a criança come este número de vezes? Porquê?
7. Em que recipiente serve os alimentos aos filhos quando estes começam a comer pela primeira vez?
8. Quem dá de comer à criança e como é que ela come (à mão, com colher, mastigado)?
9. Existem outras pessoas que também dêem de comer à criança?
10. Que problemas tem em alimentar os seus filhos pequenos?

11. Quando a criança não quer comer, o que faz?
12. Quando a criança está a recuperar de uma doença, dá-lhe alimentos diferentes?
13. Em casa, quem decide aquilo que a criança deve ou não comer?

SUBNUTRIÇÃO

1. O que é uma criança subnutrida?
2. O que é a subnutrição?
3. Como reconhece uma criança subnutrida?
4. De que modo é que a subnutrição afecta as crianças no futuro?
5. Quais as causas da subnutrição nas crianças?

PRÁTICAS DE CUIDADOS GERAIS

1. Quantas vezes as crianças tomam banho? E lavam as mãos?
2. Regra geral, quanto tempo as mães passam por dia com os filhos?

PRÁTICAS ORIENTADAS PARA A SAÚDE

1. Dá de comer às crianças quando estão doentes? Que tipo de comida?
2. Quando a criança está doente, que alimentos deve evitar?
3. Quando a criança está doente, a quem pede ajuda primeiro?
4. Quando os seus filhos estão com diarreia, o que faz? Dá-lhes a mesma, mais ou menos quantidade de comida e líquidos? Porquê?
5. Compra comida para a criança no exterior? Em caso afirmativo, que tipo de comida? (leve, alimentos frescos). Com que frequência?
6. A quem e porquê? (especificar o local da venda)
7. Apenas para mães que amamentem: O que faz quando está doente?

II. Perguntas para os inquiridos na comunidade

PRÁTICAS DE CUIDADOS GERAIS

1. Na sua comunidade, como prepara os alimentos para os seus filhos?
2. Normalmente, quantas vezes lava as mãos e quando?
3. Quantas vezes as crianças tomam banho?
4. Quantas vezes são lavadas as mãos das crianças?
5. Quantas horas por dia, está afastada dos seus filhos?
6. Quem vigia os seus filhos além de si?
7. Estimula os seus filhos a brincar com outras crianças? Porquê? Porque não?
8. Quando brinca com o seu filho? O que faz com ele?
9. O que pensa ser a coisa mais importante que uma criança precisa?
10. O que é que o seu marido faz pelos filhos em casa? E os irmãos? E os avós?

Sugestões para conduzir Discussões de grupos de interesse

♥ Escolha um cenário informal

♥ Crie uma atmosfera agradável

♥ Respeite as ideias, crenças e valores do grupo

♥ Ouça atentamente e demonstre interesse nas respostas e intercâmbio dos participantes

♥ Promova a participação de todos na discussão

♥ Seja observador e repare no nível de conforto ou desconforto dos participantes

♥ Certifique-se de que todos manifestam as suas ideias e opiniões

♥ Não deixe apenas uma pessoa dominar a discussão – reconheça a respectiva contribuição para o grupo e, de seguida, acentue a necessidade de aprender com todos e ouvi-los.

Práticas orientadas para a saúde

1. Quais as doenças, que na sua comunidade, mais preocupam os pais?
2. De que outras doenças sofrem as crianças?
3. Como sabe que o seu filho está doente? (sintomas)
4. Quem consulta primeiro? E depois?
5. Quem decide o que fazer, quando existe um problema grave de saúde em casa?
6. Quais são os remédios para curar as crianças doentes?
7. O que faz para proteger os seus filhos de doenças?
8. Para quê é que usa água?
9. Nesta comunidade, as crianças estão vacinadas?

As perguntas para irmãos mais velhos encarregados de educação incluem "Quem decide o quê e quando dar de comer ao teu irmão/irmã mais novo(a)?"

III. Perguntas para irmãos mais velhos encarregados de educação

1. Vais à escola?
2. O que fazes, além de cuidar dos teus irmãos mais novos?
3. O que fazes com o teu irmão/irmã mais novo(a)?
4. O que fazes quando ele/ela chora? Quando ele/ela se magoa ou fica doente?
5. O que fazes quando ela é uma criança traquinas?
6. Quais são as coisas que gostas de fazer com o teu irmão/irmã mais novo(a)?
7. Que coisas não gostas de fazer? Porquê?
8. Deixas que ele ou ela participem nos teus jogos? Porquê?
9. Como dás de comer ao bebé (sondagem)?
10. Quem decide o que lhe darás de comer?
11. Quem decide quando lhe darás de comer?

MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

2. MAPEAMENTO DA COMUNIDADE

Objectivo: Identificar a localização de bairros pobres e ricos, centros de saúde, bombas de água, campos agrícolas, escolas, edifícios religiosos, etc.

Com Quem: Membros e dirigentes da comunidade

Materiais: Materiais locais (pedras, paus, folhas, pó colorido, etc.) ou folhas para quadro de conferência, marcadores, canetas de cor e fita-cola

Tempo necessário: 1 hora, aproximadamente

Passos:

1. Descubra um espaço adequado onde se possa reunir um grande grupo de pessoas.

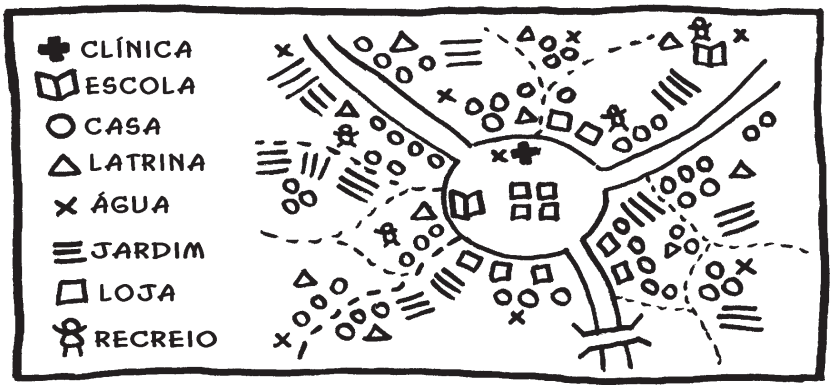
2. Peça aos dirigentes da comunidade para desenhar (no chão ou num pedaço de papel) o caminho da aldeia, como se fosse visto por um pássaro que o sobrevoasse.

3. Encoraje os participantes a marcar (com canetas ou materiais locais) vários pontos de referência como diferentes aldeias, estradas principais, edifícios importantes, etc.

4. Use as **perguntas de sondagem** à direita, a fim de estimular os participantes a fornecer um maior detalhe e a acrescentar as suas sugestões e ideias. Assegure que a comunidade orienta o desenvolvimento do mapa e que o resultado disso é a comunidade, tal como o grupo a entende.

5. Crie legendas para os símbolos empregues e encoraje os participantes a usar códigos coloridos e outros sinais para identificar tipos de recursos (ex.: vermelho para as unidades de saúde, amarelo para o mercado, azul para as escolas, etc.).

6. Atribua a um membro da equipa a tarefa de registar os comentários dos participantes, à medida que eles avançam e acompanham a actividade e de desenhar uma pequena réplica do mapa que possa ser utilizada pela equipa em trabalhos de planeamento posteriores.



PERGUNTAS DE SONDAGEM

Casas: Onde é a sua casa?
Saúde: Onde vivem as parteiras tradicionais? Quantas existem? Onde se encontram os curandeiros tradicionais?
Diversão: Onde estão as lojas de vídeo, as garrafeiras, os cafés, os locais para as crianças brincarem, as associações e os edifícios administrativos?
Escolas: Onde estão as escolas? Quantas crianças estão matriculadas? Quantas não frequentam a escola? Porquê?
Alimentação: Onde estão os mercados, as bancas, os bares, e vendedores?
Ocupação: Onde vivem os pobres? Quais são as principais profissões na comunidade?
Etnias: Quantos grupos étnicos diferentes existem? Onde vivem?
Religião: Onde estão as mesquitas, igrejas, pagodes e/ou templos? Quais são os diferentes grupos religiosos? Quais são os feriados religiosos?
Crianças: As crianças trabalham? O que fazem?
Homens: Onde é que os homens se vão divertir? O alcoolismo é um problema na aldeia?
Mulheres: Onde é que as mulheres se reúnem?

3. TENDÊNCIAS

Objectivo: Descrição visual das principais tendências do estado de subnutrição, disponibilidade de alimentos, situação económica, crescimento da população, etc. nos últimos cinco a dez anos

Com Quem: Idosos de diferentes partes da comunidade

Materiais: Folhas para quadro de conferência, marcadores e imagens/símbolos

Tempo necessário: 1 hora, aproximadamente

Passos:

1. Explique aos participantes que irão explorar juntos o que aconteceu na comunidade, nos últimos dez anos, o que provocou as várias mudanças e destas quais foram as positivas e as negativas.

2. Na folha para quadro de conferência, desenhe duas colunas. Escreva na primeira "há dez anos" e na segunda "agora".

3. Peça aos participantes para descrever a aldeia como era há dez anos atrás e compare as suas observações com a situação actual. Faça uso das **perguntas de sondagem** à esquerda como guia da discussão. Registe as respostas nas colunas apropriadas.

4. Reveja/resuma os resultados desta actividade com os participantes.

5. Pergunta para discussão (opcional): "O que gostariam de ver daqui a dez anos? O que sonham para os vossos filhos?".

PERGUNTAS DE SONDAGEM

Infra-estruturas: Existem mais lojas, mais estradas, facilidades de acesso, electricidade?

Situação socio-económica: Existem mais empregos, mais comércio, mais dinheiro?

População: Há mais ou menos pessoas, crianças, jovens? Porquê?

Habitação: As casas são melhores? Em que sentido? (ex.: água, electricidade, etc.)

Saúde: Existem melhores unidades de saúde, acesso a medicamentos e tratamento? Há menos doenças?

Educação: Há mais escolas e professores?

Alimentação: Há mais comida disponível, mais plantações, mais colheitas, etc.?

Religião: Há mais chefes religiosos?

4. CALENDÁRIO POR ESTAÇÕES DO ANO

Objectivo: Descrição visual da disponibilidade de alimentos, carga laboral e prevalência de doenças devido às mudanças de estação

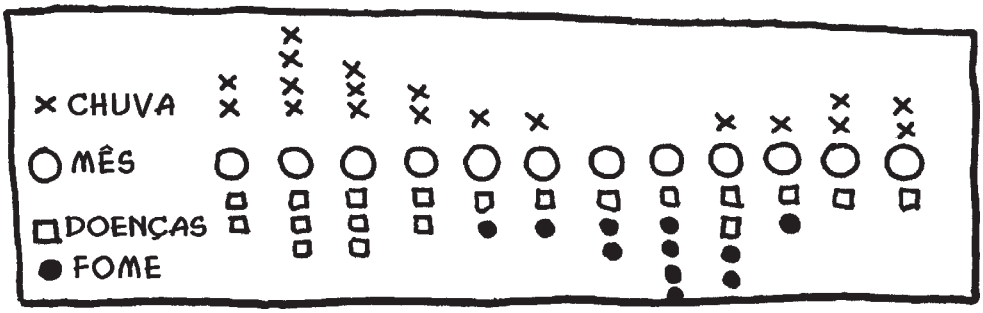
Com Quem: Perfil da comunidade, incluindo mulheres, chefes e fornecedores

Materiais: Folhas para quadro de conferência, canetas de cor, objectos disponíveis, cartões brilhantes com desenhos, feijões, etc.

Tempo necessário: 1 hora, aproximadamente

Passos:

1. Explique aos participantes o propósito da actividade.
2. Oriente os participantes no desenho de um calendário dividido por meses.
3. Use as perguntas de sondagem à direita, insistindo nas mudanças ao longo do ano.
4. Encoraje os membros da comunidade a registar as suas observações no calendário.
5. Atribua a um membro da equipa a tarefa de registar os comentários dos participantes, à medida que avançam ao longo da actividade.
6. Reveja/resuma com os participantes as descobertas feitas.



PERGUNTAS DE SONDAGEM

Alimentação: Quais são as estações para os diferentes frutos e vegetais? As estações, quanto tempo duram? Quando crescem as plantas? Quando são colhidas? Em que estações se come diferentes tipos de carne ou de peixe? Como é que a disponibilidade dos alimentos muda ao longo do ano? Há alturas em que é difícil encontrar comida?

Clima: Que tempo faz nas diferentes alturas do ano?

Eventos: Quando é que são as festas e as festividades religiosas?

Migração: Existe alguma migração sazonal de pessoas? De animais?

Escola: Quando é que as crianças estão na escola?

Doenças: Que doenças apanham as crianças nas diferentes alturas do ano? Porquê?

Carga laboral: A carga laboral é a mesma durante todo o ano?

Jogos: Há alguns jogos que só sejam praticados em determinadas épocas do ano? Quais são e quem participa (ex.: rapazes, raparigas)?

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Esta secção fornece os padrões de peso por idade para a **Pesagem das crianças**.

Para pesar e medir as crianças, consulte as directrizes a partir da página 78.

1. Tabela de peso médio por idade

RAPAZES					RAPARIGAS				
Idade em meses	Média	Desvio Padrão " - 1	Desvio Padrão " - 2	Desvio Padrão " - 3	Idade em meses	Média	Desvio Padrão " - 1	Desvio Padrão " - 2	Desvio Padrão " - 3
0	3,3	2,9	2,4	2,0	0	3,2	2,7	2,2	1,8
1	4,3	3,6	2,9	2,2	1	4,0	3,4	2,8	2,2
2	5,2	4,3	3,5	2,6	2	4,7	4,0	3,3	2,7
3	6.0	5,0	4,1	3,1	3	5,4	4,7	3,9	3,2
4	6,7	5,7	4,7	3,7	4	6,0	5,3	4,5	3,7
5	7,3	6,3	5,3	4,3	5	6,7	5,8	5,0	4,1
6	7,8	6,9	5,9	4,9	6	7,2	6,3	5,5	4,6
7	8,3	7,4	6,4	5,4	7	7,7	6,8	5,9	5,0
8	8,8	7,8	6,9	5,9	8	8,2	7,2	6,3	5,3
9	9,2	8,2	7,2	6,3	9	8,6	7,6	6,6	5,7
10	9,5	8,6	7,6	6,6	10	8,9	7,9	6,9	5,9
11	9,9	8,9	7,9	6,9	11	9,2	8,2	7,2	6,2
12	10,2	9,1	8,1	7,1	12	9,5	8,5	7,4	6,4
13	10,4	9,4	8,3	7,3	13	9,8	8,7	7,6	6,6
14	10,7	9,6	8,5	7,5	14	10,0	8,9	7,8	6,7
15	10,9	9,8	8,7	7,6	15	10,2	9,1	8,0	6,9
16	11,1	10,1	8,8	7,7	16	10,4	9,3	8,2	7,0
17	11,3	10,1	9,0	7,8	17	10,6	9,5	8,3	7,2
18	11,5	10,3	9,1	7,9	18	10,8	9,7	8,5	7,3
19	11,7	10,5	9,2	8,0	19	11,0	9,8	8,6	7,5
20	11,8	10,6	9,4	8,1	20	11,2	10,0	8,8	7,6
21	12,0	10,8	9,5	8,3	21	11,4	10,2	9,0	7,7
22	12,2	10,9	9,7	8,4	22	11,5	10,3	9,1	7,9
23	12,4	11,1	9,8	8,5	23	11,7	10,5	9,3	8,0
24	12,3	11,2	10,1	9,0	24	11,8	10,6	9,4	8,3
25	12,5	11,4	10,2	9,0	25	12,0	10,8	9,6	8,4
26	12,7	11,5	10,3	9,1	26	12,2	11,0	9,8	8,5
27	12,9	11,7	10,4	9,1	27	12,4	11,2	9,9	8,6
28	13,1	11,8	10,5	9,2	28	12,6	11,3	10,1	8,8
29	13,3	12,0	10,6	9,3	29	12,8	11,5	10,2	8,9
30	13,5	12,1	10,7	9,4	30	13,0	11,7	10,3	9,0

Tabela de peso médio por idade (continuação)

RAPAZES					RAPARIGAS				
Idade em meses	Média	Desvio Padrão " - 1	Desvio Padrão " - 2	Desvio Padrão " - 3	Idade em meses	Média	Desvio Padrão " - 1	Desvio Padrão " - 2	Desvio Padrão " - 3
31	13,7	12,3	10,9	9,4	31	13,2	11,9	10,5	9,1
32	13,9	12,4	11,0	9,5	32	13,4	12,0	10,6	9,2
33	14,1	12,6	11,1	9,6	33	13,6	12,2	10,8	9,4
34	14,3	12,7	11,2	9,7	34	13,8	12,3	10,9	9,5
35	14,4	12,9	11,3	9,7	35	13,9	12,5	11,0	9,6
36	14,6	13,0	11,4	9,8	36	14,1	12,6	11,2	9,7
37	14,8	13,2	11,5	9,9	37	14,3	12,8	11,3	9,8
38	15,0	13,3	11,7	10,0	38	14,4	12,9	11,4	9,9
39	15,2	13,5	11,8	10,1	39	14,6	13,1	11,5	10,0
40	15,3	13,6	11,9	10,2	40	14,8	13,2	11,6	10,1
41	15,5	13,8	12,0	10,3	41	14,9	13,3	11,8	10,2
42	15,7	13,9	12,1	10,4	42	15,1	13,5	11,9	10,3
43	15,8	14,1	12,3	10,5	43	15,2	13,6	12,0	10,4
44	16,0	14,2	12,4	10,6	44	15,4	13,7	12,1	10,5
45	16,2	14,4	12,5	10,7	45	15,5	13,9	12,2	10,6
46	16,4	14,5	12,6	10,8	46	15,7	14,0	12,3	10,7
47	16,5	14,6	12,8	10,9	47	15,8	14,1	12,4	10,8
48	16,7	14,8	12,9	11,0	48	16,0	14,3	12,6	10,9
49	16,9	14,9	13,0	11,1	49	16,1	14,4	12,7	10,9
50	17,0	15,1	13,1	11,2	50	16,2	14,5	12,8	11,0
51	17,2	15,2	13,3	11,3	51	16,4	14,6	12,9	11,1
52	17,4	15,4	13,4	11,4	52	16,5	14,8	13,0	11,2
53	17,5	15,5	13,5	11,5	53	16,7	14,9	13,1	11,3
54	17,7	15,7	13,7	11,6	54	16,8	15,0	13,2	11,4
55	17,9	15,8	13,8	11,8	55	17,0	15,1	13,3	11,5
56	18,0	16,0	13,9	11,9	56	17,1	15,2	13,4	11,5
57	18,2	16,1	14,0	12,0	57	17,2	15,4	13,5	11,6
58	18,3	16,3	14,2	12,1	58	17,4	15,5	13,6	11,7
59	18,5	16,4	14,3	12,2	59	17,5	15,6	13,7	11,8
60	18,7	16,6	14,4	12,3	60	17,7	15,7	13,8	11,9

NOTA: Os dados desta tabela são de duas populações infantis diferentes. No caso do grupo etário compreendido entre os 0 e os 23 meses (acima), os resultados baseiam-se nos estudos efectuados no Fels Research Institute, Yellow Springs, Ohio. O grupo etário dos 24 aos 60 meses (página seguinte) é retirado das Amostras Nacionais do National Center for Health Statistics. Isto explica as discrepâncias mínimas do ponto de sobreposição (1).

2. DIRECTRIZES PARA PESAR E MEDIR CRIANÇAS

Instruções para pesar uma criança
Utilizando uma balança de suspensão tipo salter

1. Técnico ou auxiliar: Pendure a balança num lugar seguro como a viga do tecto. Poderá precisar de uma corda para suspender a balança ao nível dos olhos. **Peça à mãe para despir a criança o mais possível.**

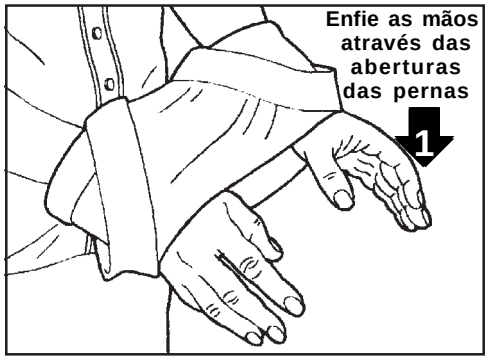
2. Técnico: Prenda o par das calças de pesagem sem nada ao gancho da balança e ajuste no zero, retirando-as de seguida da balança.

3. Técnico: Peça à mãe para segurar na criança.

Enfie as mãos através das aberturas das pernas das calças (Seta 1).

Prenda os pés da criança e puxe as pernas através das aberturas das calças (Seta 2).

Certifique-se de que o elástico das calças está na frente da criança.



IDEIA

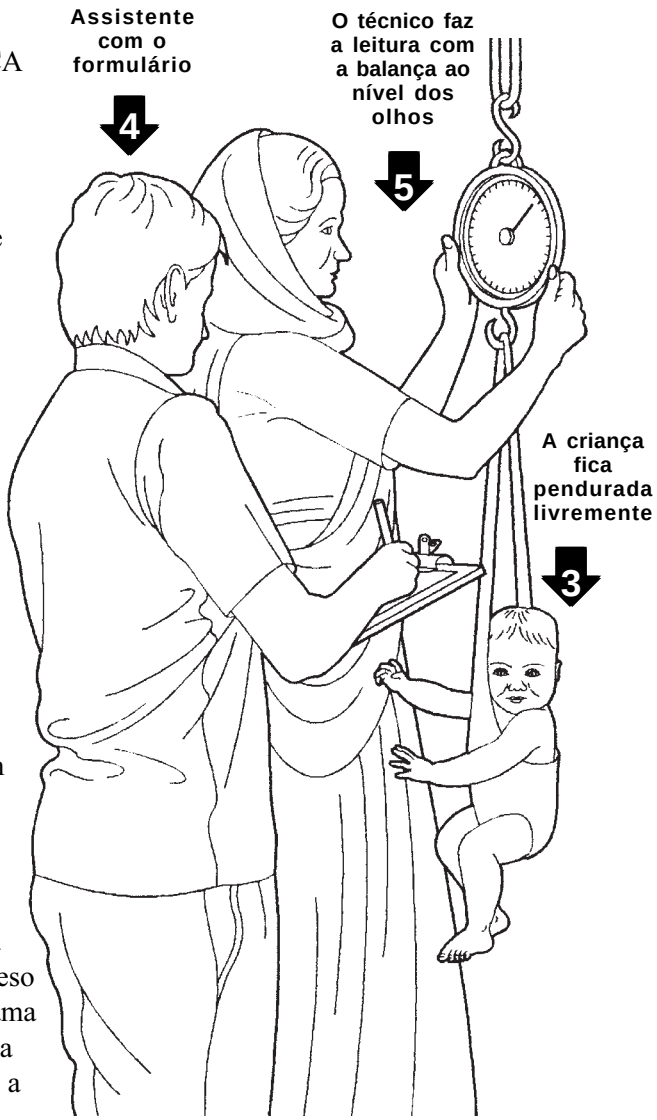
PREPARAÇÃO INICIAL
Assegure-se de que a mãe/encarregado de educação entende o que se está a passar. A medição do peso e da altura pode ser traumatizante; os participantes precisam de se sentir confortáveis com o processo. Mantenha o equipamento frio, limpo e preso com a segurança devida. Não trabalhe exposto directamente à luz do sol, uma vez que esta pode interferir com a leitura na balança e com outro equipamento e é mais confortável para as pessoas.

São necessárias duas pessoas com formação para o efeito: Sempre que possível, devem ser duas pessoas a medir o peso e a altura. O **técnico** segura a criança e tira as medidas. O **auxiliar** ajuda a segurar e regista os resultados. Se houver apenas um auxiliar não qualificado, como a mãe, cabe também ao técnico o registo das medições efectuadas.

Estas directrizes foram adaptadas a partir de: ***How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children in Household Surveys (Como pesar e medir crianças pequenas em inquéritos domiciliários)*** UN Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office, 1996 (2) e ***Anthrometric Indicators Measurement Guide (Guia de medição de indicadores antropométricos)*** Bruce Cogill, Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2001 (3).

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

4. Técnico: Prenda o elástico das calças ao gancho da balança. NUNCA TRANSPORTE A CRIANÇA SEGURA APENAS PELO ELÁSTICO. Faça a criança descer suavemente e deixe-a pendurada livremente na posição de sentada (Seta 3).



5. Auxiliar: Fique de pé e atrás, num lados do técnico, pronto a registar os resultados. Tenha o formulário à mão (Seta 4).

6. Técnico e Auxiliar: Verifiquem a posição da criança. Confirmem se a criança está pendurada nas condições devidas, sem tocar em nada. Repetir quaisquer passos conforme necessário.

7. Técnico: Mantenha a balança firme e registe o peso exacto até à décima de grama mais próxima (Seta 5). Diga o peso em voz alta, quando a criança estiver quieta e o ponteiro da balança imóvel. Mesmo as crianças muito activas, que fazem com que o ponteiro oscile muito, ficarão paradas o tempo suficiente para realizar a leitura. ESPERE QUE O PONTEIRO DEIXE DE MEXER.

8. Auxiliar: Tome imediatamente nota da medição feita e mostre ao técnico.

9. Técnico: Enquanto o auxiliar regista o peso, erga o corpo da criança suavemente. NÃO LEVANTE A CRIANÇA PELO ELÁSTICO DAS CALÇAS DE PESAGEM. Solte o elástico do gancho da balança.

10. Técnico: Verifique se a medição registada no formulário está correcta e legível. Ordene o auxiliar a emendar e a apagar quaisquer erros.

Quando pesar e medir: Pese e meça a criança só depois de recolher todas as informações prestadas oralmente. Isto permitir-lhe-á familiarizar-se com os membros da família e ajudará a que a mãe e a criança se sintam mais tranquilas antes de começar a medição.

Pesar e medir uma criança de cada vez: As perguntas e medições devem ser feitas a uma criança de cada vez. Não pese ou meça todas juntas. Isto pode facilmente causar confusão e criar uma maior hipótese de erro, como por exemplo registar o peso de uma criança num formulário pertencente a outra.

Controlar a criança: Ao pesar e medir crianças, mantenha-as tão calmas quanto possível. Uma criança que está excitada ou com medo pode tornar difícil uma avaliação exacta. Com as crianças, seja firme embora carinhoso. A sua própria calma e auto-confiança serão sentidas pela mãe e pela criança.

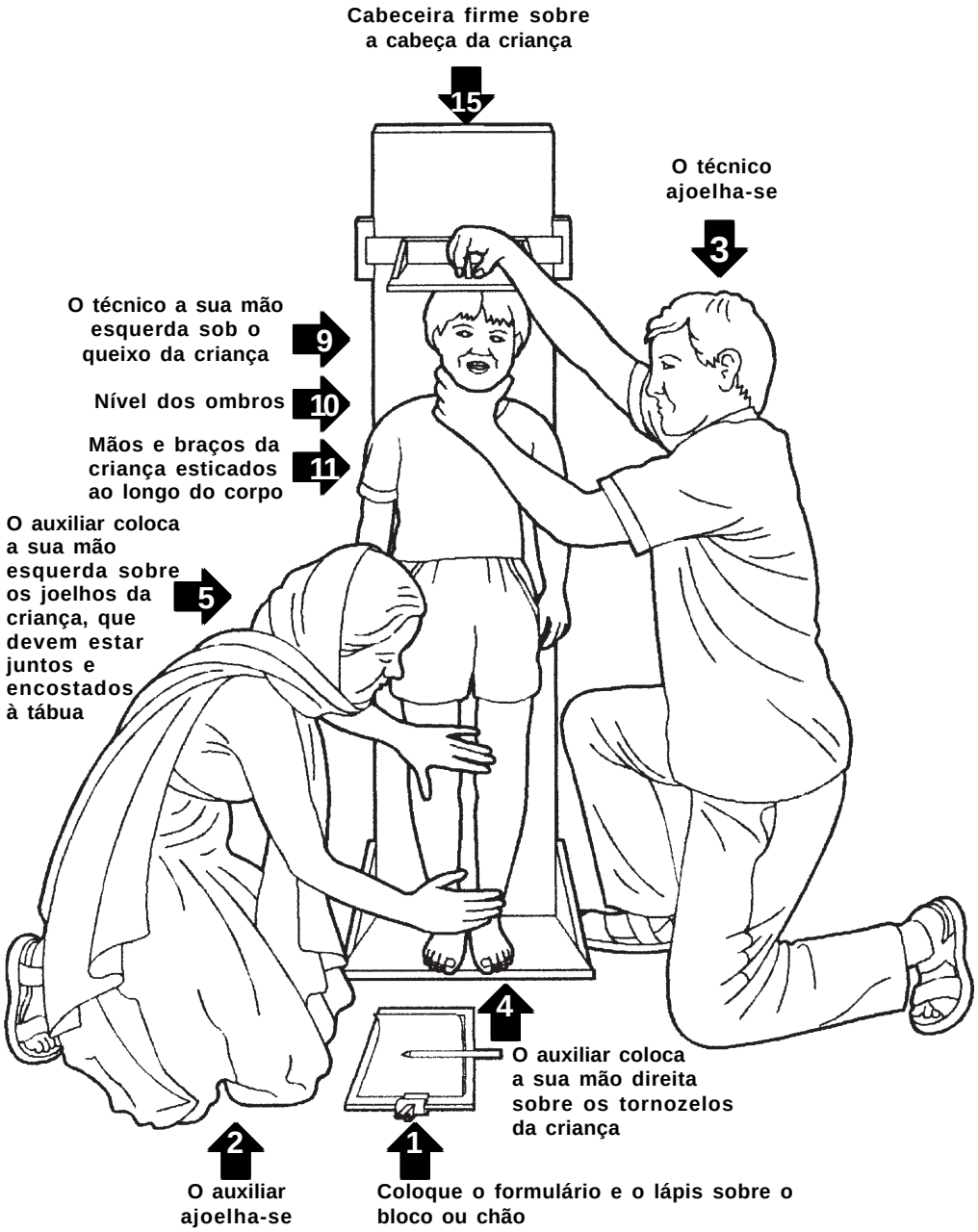
Registo dos resultados: Registe todas as medições a lápis para que se for cometido algum erro, este possa ser corrigido facilmente.

Instruções para medir a altura em crianças com 24 meses e mais velhas

1. Técnico ou auxiliar: Coloque a tábua de medir numa superfície plana e dura contra uma parede, mesa, árvore, escada, etc. Certifique-se de que a tábua está fixa.

2. Técnico ou auxiliar: Peça à mãe para descalçar a criança e alisar qualquer cabelo que possa interferir com a medição da altura. Peça-lhe para levar a criança para junto da tábua e para se ajoelhar à frente dela.

Diga à criança para olhar em frente para a mãe, que deve estar ajoelhada à sua frente.



3. Auxiliar: Coloque o formulário e o lápis no chão (Seta 1). Ajoelhe-se completamente do lado direito da criança (Seta 2).

4. Técnico: Ajoelhe-se sobre o joelho direito, à esquerda da criança (Seta 3). Isto dar-lhe-á a máxima mobilidade.

5. Auxiliar: Coloque os pés da criança juntos, bem assentes no centro e base da tábua. Ponha a sua mão direita exactamente acima dos tornozelos da criança sobre as canelas (Seta 4), a mão esquerda sobre os joelhos da criança (Seta 5) e empurre-os contra a tábua. Certifique-se de que as pernas da criança estão na vertical e os calcanhares e barriga das pernas bem encostados à tábua (Setas 6 e 7). Avise o técnico logo que acabe de posicionar os pés e as pernas.

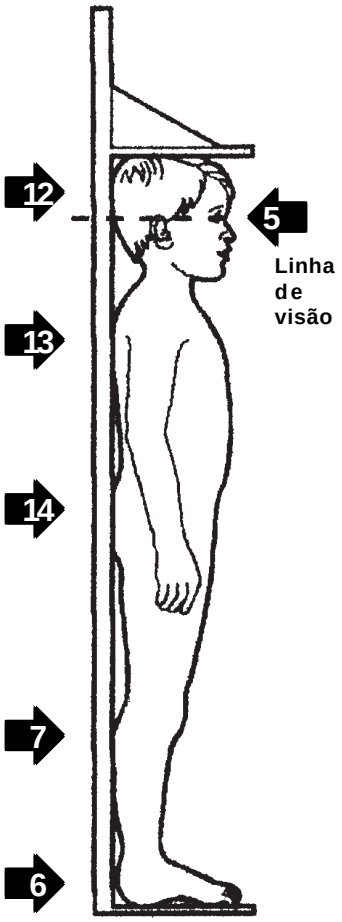
6. Técnico: Peça à criança para olhar bem em frente para a mãe que deve estar já de joelhos. Certifique-se de que a linha de visão da criança corre paralela ao chão. (Seta 8). Coloque a mão esquerda aberta debaixo do queixo da criança. Feche a mão gradualmente (Seta 9). Não tape a boca ou os ouvidos da criança. Certifique-se de que os ombros estão nivelados (Seta 10), os braços esticados ao longo do corpo (Seta 11) e que a cabeça, as omoplatas e as nádegas estão contra a tábua (Setas 12, 13 e 14). Com a mão direita baixe a cabeceira sobre a cabeça, até ficar rente ao couro cabeludo (Seta 15).

7. Técnico e Auxiliar:
Verifique a posição da criança (Setas 1 a 15). Repita quaisquer passos conforme necessário.

8. Técnico: Se a posição da criança estiver correcta, leia em voz alta a medida exacta até à décima de centímetro mais próxima. Retire a cabeceira e a sua mão esquerda do queixo da criança.

9. Auxiliar: Registe de imediato a altura da criança e mostre ao técnico.

10. Técnico: Verifique se a medição registada no formulário está correcta e legível. Ordene o auxiliar a emendar e a apagar quaisquer erros.



Certifique-se de que os ombros estão nivelados, as mãos e os braços esticados ao longo do corpo e que a cabeça, as omoplatas e as nádegas estão contra a tábua.

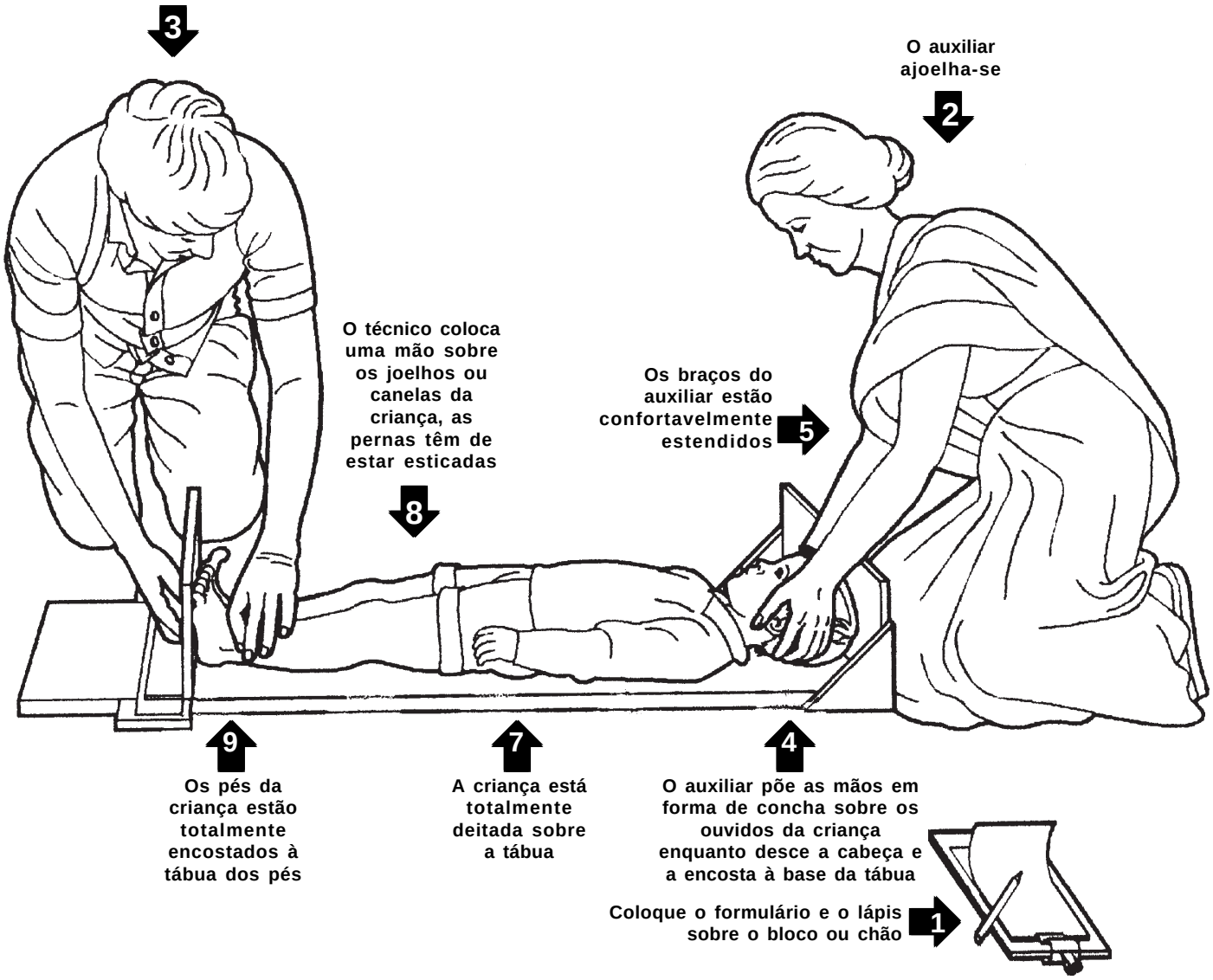
Instruções para medir a altura em bebés e crianças dos 0 aos 23 meses

1. Técnico ou Auxiliar: Coloque a tábua de medir sobre uma superfície plana e dura (ex.: chão, pavimento ou mesa firme).

2. Auxiliar: Coloque o formulário e o lápis no chão, pavimento ou mesa (Seta 1). Ajoelhe-se completamente atrás da base da tábua, se esta estiver pousada no chão ou pavimento (Seta 2).

3. Técnico: Ajoelhe-se do lado direito da criança, de modo a poder segurar a tábua dos pés com a mão direita (Seta 3).

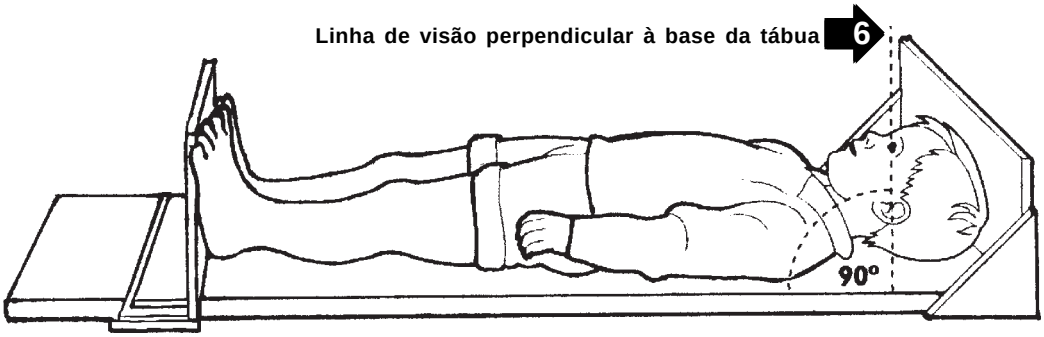
4. Técnico ou Auxiliar: Com a ajuda da mãe, deite gradualmente a criança na tábua, com uma mão apoiando a nuca e com a outra o tronco.



5. Técnico ou auxiliar: Pedir à mãe que se ajoelhe junto do lado oposto da tábua, virada para o técnico, uma vez que assim ajudará a manter a criança tranquila.

6. Auxiliar: Ponha as mãos em forma de concha sobre os ouvidos da criança (Seta 4). Com os braços confortavelmente estendidos (Seta 5), coloque a cabeça da criança contra a base da tábua, de modo a que a criança fique a olhar para cima.

A linha de visão deve estar perpendicular ao chão (Seta 6). Incline a sua cabeça exactamente sobre a cabeça da criança, olhando-a directamente nos olhos.



A linha de visão deve estar perpendicular ao chão. Incline a sua cabeça exactamente sobre a cabeça da criança.

7. Técnico: Certifique-se de que a criança está completamente deitada e no centro da tábua (Seta 7). Coloque a mão esquerda nas pernas da criança (acima dos tornozelos) ou sobre os joelhos (Seta 8). Comprima-os com firmeza contra a tábua. Com a mão direita, coloque a tábua dos pés contra os calcanhares da criança (Seta 9).

8. Técnico e auxiliar: Verificar a posição da criança. Repetir quaisquer passos conforme necessário.

9. Técnico: Se a posição da criança estiver correcta, leia em voz alta a medida exacta até à décima de centímetro mais próxima. Retire a tábua dos pés e a mão esquerda das pernas ou joelhos da criança.

10. Auxiliar: Largue de seguida a cabeça da criança, registe a medição efectuada e mostre ao técnico.

11. Técnico: Verifique se a medição registada no formulário está correcta e legível. Ordene o auxiliar a emendar e a apagar quaisquer erros.

CAPÍTULO 4
Passo 4: Conduzir uma investigação de Desvio Positivo

PASSO 4 **Conduzir uma investigação de Desvio Positivo**

A. Planear a logística da IDP
B. Realizar visitas domiciliárias
C. Compilar os resultados
D. Partilhar os resultados com a comunidade

A investigação de Desvio Positivo (IDP) é uma ferramenta utilizada para descobrir as práticas eficazes ou desejadas dos Desviadores Positivos. É crucial para a aceitação das condutas que serão reveladas e ensinadas no Atelier Doméstico. Se os membros da comunidade não virem por si próprios o que os restantes membros fazem actualmente para prevenir a subnutrição, não irão acreditar que existem boas práticas locais que podem aprender e seguir para atingir os mesmos resultados. A IDP fornece a informação necessária, descrita também no Capítulo 5, para elaborar os menus e o conteúdo programático sobre educação em saúde das sessões do Atelier Doméstico.

A IDP é rápida e realizada por membros da comunidade, voluntários e supervisores do Atelier Doméstico, que conduzem as visitas domiciliárias e observam as condutas das famílias e dos encarregados de educação. A IDP e a respectiva análise dos resultados podem ser concluídas em menos de uma semana.

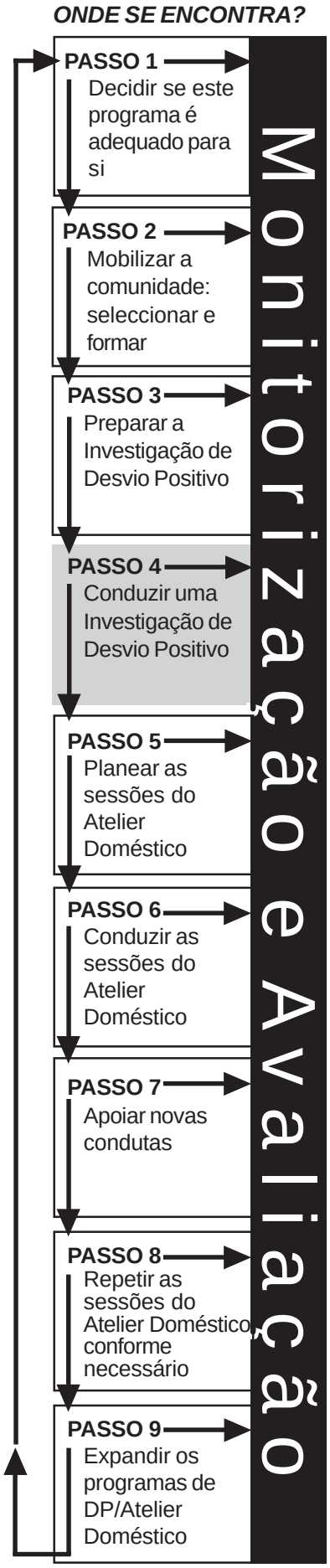
Existem três ou quatro categorias básicas de condutas a observar:

1. **Práticas de alimentação:** Uso de um alimento particularmente nutritivo, frequência e quantidade de alimentos

2. **Práticas de cuidados gerais:** A forma como a família e as crianças interagem (cuidados psicossociais) e a estimulação infantil precoce

3. **Práticas de cuidados de higiene:** A higiene corporal, alimentar e ambiental (por vezes incluídas nos cuidados gerais)

4. **Práticas de cuidados de saúde:** Práticas de saúde preventiva, tratamento de doenças em casa e uso dos serviços de saúde



O processo de IDP é:

♥ Uma nova forma de ver problemas antigos; procurar soluções que funcionem actualmente

♥ Uma forma de observar o óbvio: há pessoas a praticarem condutas possíveis para outras em todo o lado

O processo de IDP é baseado em condutas bem sucedidas e saudáveis e não em fracassos.

♥ Procurar condutas fora do comum, mas eficazes e culturalmente aceitáveis, que possam tornar-se comuns

♥ Baseado em condutas bem sucedidas e saudáveis e não em fracassos

♥ Baseado na auto-descoberta dos voluntários que representam a sua comunidade

♥ Imediato e rápido, não é um processo arrastado, com intermináveis entradas e análises de dados

♥ Baseado numa pequena amostra (quatro a seis visitas domiciliárias), em vez de numa amostra grande

♥ Centrado na observação de formas que funcionam numa determinada comunidade

♥ De forma activa e não passiva, os observadores usam todos os seus sentidos

♥ Um processo que mobiliza a comunidade para resolver um problema

A. Planear a logística da IDP

1. Programação

A IDP engloba a formação, as visitas domiciliárias a famílias Desviadoras Positivas e a síntese da informação da IDP numa compilação de práticas eficazes que podem ser ensinadas nas sessões do Atelier Doméstico. Estas actividades podem ser realizadas no espaço de uma a duas semanas:

1. Formação para membros comunitários participantes	2 dias
2. Visitas domiciliárias (6) em cada comunidade	1 a 2 dias
3. Consolidação e compilação dos resultados da IDP	1 dia

2. Materiais necessários à IDP

♥ Quadros de conferência para consolidar os resultados

♥ Blocos de notas

♥ Sumários da informação nutricional por família

♥ Lista de verificação de observações

♥ Guia de uma entrevista semi-estruturada

♥ Relatório de resultados da visita domiciliária

Antes de conduzirem as visitas domiciliárias, os voluntários devem recolher e compilar os dados referentes ao estado nutricional de cada família, utilizando a informação resultante dos cartões de registo familiar (se disponíveis), da avaliação nutricional e da classificação económica. Use um formulário semelhante ao que se encontra estipulado na Tabela 4.1 para compilar esta informação.

TABELA 4.1 **Sumários da informação nutricional por estatuto de DP**

Família	Nome	Peso (Kg)	Estado de subnutrição (Normal, 1º, 2º ou 3º grau)	Situação socio-económica (Normal, pobre, muito pobre)	Idade da criança
DP					
DP					
DP					
DP					
DN					
DN					
DNP					
DNP					

DP = *Desviadora Positiva;* **DN** = *Desviadora Negativa;* **DNP** = *Pobre e subnutrida*

A lista de verificação de observações inclui:

- ♥ A observação dos membros da família (criança em causa, encarregado de educação primário/mãe, encarregado de educação secundário, irmãos, pai e outros membros da família)
- ♥ A observação das práticas (higiene, alimentação, interacções, amamentação, preparação de alimentos e uso da água)
- ♥ A observação da disponibilidade dos alimentos (quantidade, variedade, fonte, armazenamento, preservação e processamento)
- ♥ A observação do ambiente familiar (condições da habitação, horta comunitária, fontes de água, latrinas e animais)

As directrizes da entrevista semi-estruturada incluem:

- ♥ Questões gerais acerca da família
- ♥ Perguntas às mães sobre as práticas alimentares, de cuidados gerais e de saúde
- ♥ Perguntas aos irmãos mais velhos, encarregados de educação, pais e avós

A Lista de verificação de observações e o Guia da entrevista semi-estruturada podem ser consultados no final deste capítulo e devem ser adaptados e/ou traduzidos para o contexto e língua locais antes de serem utilizados.

A informação sobre estas duas ferramentas encontra-se compilada no Relatório de resultados da visita domiciliária *(ver formato nas páginas 104 a 105).*

2. Distribuição de tarefas para as equipas de IDP

A equipa de IDP é composta por dirigentes comunitários, voluntários do Atelier Doméstico e profissionais do centro de saúde local. A equipa divide-se em sub-equipas de duas ou três pessoas, as quais devem conduzir as visitas domiciliárias e conter vários tipos de membros. Se uma equipa tiver mais de três pessoas, as visitas domiciliárias parecerão demasiado intrusivas e intimidantes. Cada membro

de uma sub-equipa deve desempenhar uma função específica: entrevistador, observador ou registador. Se a equipa tiver apenas dois membros, o registo deve ficar a cargo do entrevistador ou do observador.

Durante uma análise mais cuidada de uma visita domiciliária, a equipa pode considerar que uma família inicialmente identificada como Desviadora Positiva na realidade não reúne os critérios exigidos.

No total, a equipa de IDP deve visitar, pelo menos, quatro famílias pobres com crianças bem nutridas (Desviadoras Positivas) e duas famílias que, não sendo pobres, tenham crianças subnutridas (Desviadoras Negativas). Se a equipa não puder visitar famílias mais ricas, deve seleccionar famílias pobres com crianças subnutridas (Desviadoras Não Positivas ou DNP). Quando a comunidade é grande (população superior a 3.000 pessoas), podem ser necessárias mais visitas. Haverá alturas em que, durante uma análise mais cuidada de uma visita domiciliária, a equipa pode considerar que uma família inicialmente identificada como desviadora positiva na realidade não reúne os critérios exigidos. As razões desta ocorrência prendem-se com a pesagem incorrecta das crianças ou com circunstâncias especiais como por exemplo a criança ser filho único ou a família não ser tão pobre como se pensava.

As visitas domiciliárias devem dividir-se de forma a que cada sub-equipa visite uma variedade de famílias Desviadoras Positivas, Desviadoras Não Positivas e Desviadoras Negativas. É igualmente importante escolher famílias com crianças recém-nascidas até um ano, de um até dois anos e de dois até três anos de idade, para que se detectem práticas distintas de cuidados e alimentação adequadas a cada idade. Organize a programação das visitas domiciliárias para que cada equipa saiba quem e quando deve visitar. A Tabela 4.2 fornece um exemplo da distribuição de tarefas para as equipas de IDP.

TABELA 4.2 Exemplo da distribuição de tarefas para as equipas de IDP

Equipa	Entrevistador	Registador	Observador	Tipos de famílias entrevistadas
1	Voluntário do Atelier Doméstico	Equipa do projecto no terreno	Supervisor/ formador	1 DP, 1 DNP
2	Voluntário do Atelier Doméstico	Membro da comissão de saúde	Enfermeiro	1 DP, 1 DNP
3	Voluntário do Atelier Doméstico	Dirigente comunitário	Enfermeiro	1 DP, 1 DN
4	Voluntário do Atelier Doméstico	Voluntário do Atelier Doméstico	Supervisor/ formador	1 DP, 1 DN
Total de entrevistas: *4 famílias desviadoras positivas, 2 famílias desviadoras não positivas e 2 famílias desviadoras negativas*				

As famílias visitadas não devem ser informadas do seu estatuto de DP, DNP ou DN. A visita deve ser apresentada simplesmente como um recurso de observação e recolha de informação, sobre o qual a equipa não faz qualquer juízo de valor. Recorde os membros da equipa de IDP que devem ser educados, respeitosos e amáveis, que não se apresentem como professores, mas como ouvintes e que façam perguntas abertas ou sugestivas e não fechadas (de resposta sim ou não). Tenha sempre em mente o propósito da visita, que é aprender sobre os hábitos nutricionais da comunidade.

B. Realizar visitas domiciliárias

Planeie as visitas domiciliárias para as alturas em que são preparadas e ingeridas as refeições, para certificar-se de que observa as práticas instituídas. As visitas domiciliárias não devem demorar mais do que duas horas. Tenha atenção para não abusar da hospitalidade da família.

C. Compilar os resultados

Após a realização das visitas domiciliárias, membros seleccionados da equipa do projecto revêem os relatórios de resultados das visitas domiciliárias. Estes membros devem procurar semelhanças entre as condutas das famílias DP que podem ter resultados positivos no estado nutricional das crianças. Detectadas estas condutas, a equipa compila uma lista de práticas domésticas eficazes. A equipa pode utilizar uma matriz (consultar Tabela 4.3) para comparar as práticas de DP de várias famílias.

TABELA 4.3 Exemplo da matriz para analisar os resultados de DP

Família	Boa alimentação Bons alimentos	Bons cuidados gerais	Bons cuidados de saúde

A equipa pode então assinalar as práticas de DP acessíveis a todas as famílias da comunidade. Esta lista serve de base para o planeamento das sessões do Atelier Doméstico e para as mensagens educativas sobre saúde aqui apresentadas. Note que as condutas e mensagens positivas são uma compilação das melhores práticas detectadas em várias famílias.

Um processo passo-a-passo para conduzir visitas domiciliárias

1. Apresente os membros da equipa à família, declarando o objectivo da sua visita e quanto tempo esta durará.
2. Obtenha a aceitação da família para fazer parte da sua rotina diária e ofereça-se para ajudar em casa.
3. Seja amigo dos membros da família. Interaja com eles, tocando, jogando, etc.
4. Visite a cozinha, a latrina, os quartos, o curral e a zona das refeições.
5. Adopte um estilo de conversação descontraído para entrevistar o encarregado de educação principal.
6. Fique a conhecer a história da família, a sua situação financeira e a expectativa do encarregado de educação acerca do futuro das crianças.
7. Após a visita domiciliária, registe as suas observações na lista de verificação respectiva.
8. Resuma a informação das observações e entrevistas no Relatório de resultados da visita domiciliária que se encontra no fim deste capítulo.
9. No espaço de um dia, escreva uma história sobre esta família, centrando-se no(s) encarregado(s) de educação e nas crianças com menos de cinco anos, usando citações dos membros da família.

TABELA 4.4 **Exemplos de alimentos identificados em vários projectos**

País	Alimento DP	Acessibilidade
Vietname	Camarões, vegetais	Gratuitos, apanhados nos arrozais
Moçambique	Nozes marula	Gratuitas, fruto selvagem da árvore marula é colhido do chão
Nepal	Bagas silvestres, caracóis, rãs	Gratuitos
Sri Lanka	Carne de soja	Económica, disponível

Estes exemplos de práticas representam algumas condutas benéficas "descobertas" durante a IDP em vários países.

Exemplos de alimentos e práticas alimentares:

- ♥ Introdução a uma alimentação suplementar adequada por volta dos seis meses de idade
- ♥ Alimentação frequente
- ♥ Variedade de alimentos
- ♥ Quantidade e consistência (densidade) dos alimentos
- ♥ Inexistência de preconceitos de género relativamente à ordem, quantidade e tipo de alimentação
- ♥ Amamentação contínua e frequente
- ♥ Tratamento apropriado de crianças com pouco apetite
- ♥ Supervisão durante a alimentação (alimentação activa)

Exemplos de práticas de cuidados gerais:

- ♥ Divisão do trabalho e dos cuidados entre os encarregados de educação de forma a assegurar a dedicação de tempo e de atenção adequados a cada criança
- ♥ Ensino situacional por parte dos encarregados de educação (actividades interactivas e estimulantes com as crianças enquanto desempenham tarefas simples e quotidianas)
- ♥ Estimulação tradicional (massagem)
- ♥ Uso de canções (canções de embalar)
- ♥ Interacção positiva entre as crianças, os encarregados de educação principais e secundários e os irmãos mais velhos para fortalecer o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança (atenção e sinais de afecto, interacção verbal frequente)
- ♥ Interacção positiva entre as crianças e outros membros da família para promover o sentido de socialização da criança (uso de condutas de reforço positivo/elogio, paciência e bons modelos)
- ♥ Supervisão constante
- ♥ Estimulação e brincadeiras apropriadas para o desenvolvimento infantil geral, promovendo a experimentação da criança no meio-ambiente e permitindo a descoberta
- ♥ Uso de brinquedos e jogos adequados a cada idade
- ♥ Atenção e afecto por parte do pai
- ♥ Ambiente seguro

Exemplos de práticas de cuidados higiénicos:

- ♥ Higiene corporal, alimentar e ambiental (lavar a cara, as mãos e os pés com água antes das refeições)

Exemplos de práticas de cuidados de saúde:

- ♥ Imunização completa
- ♥ Pesagem regular das crianças (se disponível)
- ♥ Uso de redes mosquiteiras nas áreas onde a malária é endémica
- ♥ Uso de latrinas ou outras instalações higiénicas por todos os membros da família
- ♥ Desparasitação regular das crianças e membros da família nas áreas endémicas

Exemplos de práticas de tratamento de crianças doentes:

- ♥ Tratamento adequado em casa de crianças durante períodos de doença ou recuperação
- ♥ Administração de dieta e líquidos apropriados durante períodos de doença ou recuperação
- ♥ Tratamento adequado em casa de doenças e lesões ligeiras (constipação, tosse, febre, otite, inflamação ocular, cortes, queimaduras, picadas, nódoas negras, irritações, etc.)
- ♥ Alimentação contínua de leite materno, líquidos e alimentos adequados durante episódios de diarreia; alimentação extra após o episódio de diarreia
- ♥ Uso de SRO e outros líquidos caseiros para prevenir a desidratação durante episódios de diarreia
- ♥ Procura atempada de cuidados profissionais para complementar o tratamento de doenças e lesões

Exemplos de factores domésticos que afectam o estado nutricional da criança:

- ♥ Acesso a água suficiente
- ♥ Acesso a água potável de fonte segura
- ♥ Fumo em casa
- ♥ Casa e curral separados
- ♥ Rendimento líquido
- ♥ Uso de dinheiro e outros bens
- ♥ Abuso de determinadas substâncias por parte dos pais
- ♥ Violência doméstica ou abuso de menores
- ♥ Idade e conhecimentos do encarregado de educação na ausência da mãe

Nota sobre a desparasitação:
As infecções de lombrigas têm um impacto negativo abrangente sobre o crescimento e o desenvolvimento de crianças com menos de 24 meses de idade. As crianças pequenas eram originalmente excluídas dos programas de desparasitação, mas as novas directrizes da OMS recomendam que, em áreas endémicas, todas as crianças com um ano e maiores sejam integradas nos programas de desparasitação sistemática. Consulte a política nacional do seu país junto do Ministério da Saúde.

Fonte: Allen, 2002 (1)

Madagáscar

A organização Catholic Relief Services conduz o Atelier Doméstico num ambiente urbano, em Madagáscar. A IDP determinou que as mães de crianças subnutridas compravam lenha e, depois disso, só lhes restava dinheiro suficiente para comprarem arroz para os seus filhos. As mães DP decidiram sair da cidade com vista a apanhar ramos caídos para lenha e entretanto aproveitar para colher vegetais selvagens que misturavam com o arroz que tinham comprado para as crianças. Assim, ao não comprarem lenha, usavam o dinheiro poupado para comprar outros alimentos saudáveis.

Os exemplos das Tabelas 4.5, 4.6 e 4.7 representam observações de famílias Desviadoras Positivas, Desviadoras Negativas e Desviadoras Não Positivas no Bangladeche.

Nem todas as condutas de famílias Desviadoras Negativas e Desviadoras Não Positivas são más; é frequente haver uma mistura de práticas boas e más. As diferenças podem ser evidentes ou necessitar de investigação aprofundada. São precisas observações específicas e usar uma "lupa" para detectar diferenças comportamentais particulares mas, a pouco e pouco, tornam-se evidentes as condutas que mais importam para o bem-estar da criança.

TABELA 4.5 Família desviadora positiva, Bangladeche

Informação geral	Práticas de alimentação	Práticas de cuidados gerais	Práticas de cuidados de saúde
Criança ainda amamentada, bem nutrida Família de 5 membros A avó é a encarregada de educação secundária O pai trabalha durante o dia; vai a casa a cada 20 dias Ambiente limpo A mãe tem uma pequena loja Não há latrina Há sabão e água Bebem água canalizada do poço	Dieta do dia anterior: arroz, dhal, ovo, peixe, bolachas Come 4 a 5 vezes ao dia Come ovo 2 vezes por semana A alimentação suplementar teve início ao 8º mês Come bolachas quando tem pouco apetite	Boa interacção entre mãe e a criança A mãe brinca com a criança O pai assegura a disponibilidade constante de alimentos para a família A criança come sozinha Boa interacção entre avó e a criança A criança brinca com barro, brinquedos e uma boneca Os vizinhos ajudam	Criança imunizada (sem cartão) Tratamento da diarreia em casa com SRO Para baixar a febre arrefecem a cabeça A criança lava as mãos com sabão A criança toma banhos regulares O ambiente doméstico é limpo Toda a comida é coberta

TABELA 4.6 Família desviadora negativa, Bangladeche

Informação geral	Práticas de alimentação	Práticas de cuidados gerais	Práticas de cuidados de saúde
Criança amamentada, subnutrida Família de 9 membros O pai é agricultor, e proprietário fundiário, contrata mão-de-obra diária As pessoas e os animais dormem juntos (receio de furto) Casa grande, coberta com folhas metálicas Não há latrina Não têm horta	Dieta do dia anterior: leite bovino, arroz, peixe, carne, espinafres e legumes A criança só come quando tem fome Come 3 a 4 vezes por dia Alimentação não activa Quando doente, é apenas amamentada A mãe descuida a alimentação A mãe não proporciona alimentos extra para complementar a amamentação	O pai não é próximo da criança A mãe não demonstra afecto, não interage com a criança Relação marido/mulher agressiva A mãe não se preocupa se as crianças brincam ou não A criança não demonstra interesse por estranhos A criança não é limpa, está coberta de lama A criança não é cuidada pelos pais	Não há latrina/sanita A criança não lava as mãos Criança imunizada (sem cartão) A mãe desconhece o tratamento de doenças ou diarreia em casa A mãe lava os utensílios de cozinha no lago e deixa-os secar sobre estrume de vaca

TABELA 4.7 Família desviadora não positiva, Bangladeche

Informação geral	Práticas de alimentação	Práticas de cuidados gerais	Práticas de cuidados de saúde
Crianças subnutridas, com atraso no desenvolvimento físico Família de 10 membros, 5 raparigas e 2 rapazes Apenas 1 rapariga vai à escolal O pai é agricultor, garante o único rendimento da família Pátio sujo Não há horta Latrina a céu aberto	Crianças ainda amamentadas Leite bovino dado a partir do 2º mês Comem 2 vezes por dia Alimentação à força Castigo físico por não comer Dieta: em geral arroz e leite	As crianças não são cuidadas pelos pais Não têm brinquedos Não são estimuladas Os irmãos mais velhos não são orientados pelos pais Não há quadros nas paredes Faca afiada ao alcance das crianças Atraso no desenvolvimento comunicativo Não praticam a recompensa social Uso de castigo físico Pais discutem em frente das crianças Mãe passiva, tímida e doente	A mãe sabe preparar a SRO e usa-a As crianças estão imunizadas As crianças estão infestadas com lombrigas Declarações confusas sobre a desparasitação Consulta os médicos da aldeia quando as crianças adoecem

D. Partilhar os resultados com a comunidade

Peça aos membros da comunidade para fazerem um cartaz ilustrativo das práticas bem sucedidas que permitem a uma família pobre criar crianças bem nutridas. Trabalhe com a comissão comunitária de saúde de forma a pensarem em maneiras imaginativas de divulgar esta informação pela comunidade.

Uma sessão de sondagem de opinião com a comunidade pode incluir:

- ♥ Uma revisão das actividades levadas a cabo até à data
- ♥ Uma revisão dos objectivos e propósitos
- ♥ Uma apresentação interactiva dos resultados de IDP (consulte os exemplos de exercícios no final do Capítulo 2).

A comissão comunitária ajuda a encontrar maneiras imaginativas de divulgar as práticas positivas.

Faça um cartaz ilustrativo das práticas bem sucedidas que permitem a uma família pobre criar crianças bem nutridas.

PERGUNTAS E RESPOSTAS DA IDP

Nunca diga às pessoas se são Desviadoras positivas ou negativas: o objectivo da IDP não é encontrar "pessoas modelo", mas sim "condutas modelo".

Costuma dizer às pessoas se são Desviadoras "positivas" ou "negativas"?

Nunca se deve dizer a uma família se é Desviadora positiva ou negativa. Informe-a que está a ser observada e entrevistada a fim de ajudar a comunidade a encontrar soluções para o problema da subnutrição. Dirigir-se às pessoas como sendo DP ou DN estigmatiza-as. Salientar as práticas negativas de alguém pode significar suicídio social. Em algumas culturas, isso pode acontecer se apontar também as práticas positivas. Quando toda a comunidade sabe quem são estas mães, pode haver uma rejeição das suas condutas por razões sociais tais como a casta ou o estatuto socio-económico. No Vietname, muitas destas mães eram ainda mais pobres do que a média. Como acontece com os trabalhadores comunitários de saúde, quando alguém desempenha um cargo "modelo", pode suscitar a inveja de outrém. "Por que é ela melhor do que nós? Olha, ela nem sequer...". O objectivo da IDP não é encontrar "pessoas modelo", mas sim "condutas modelo".

É possível usar outro termo que não "Desviador"?

A própria palavra "desviador" soa algo depreciativa. Escolha um termo culturalmente mais apropriado. Na Guatemala, chamou-se às mães DP "mães informantes" ou "casos práticos". Nas Filipinas, as mães DP chamaram-se "mães cooperantes", uma vez que "mães bem sucedidas" implicava que outras com crianças bem nutridas eram mal sucedidas. No Haiti, chamam-se "Maman lumères" (mães iluminadas).

E se durante a IDP não houver um alimento de DP específico a destacar? O que acontece se o processo resultar num número limitado de alimentos que não sendo necessariamente nutritivos ou acessíveis são os utilizados pelas famílias DP?

Talvez não fique claro na IDP se um alimento específico é "único" e pode ser rotulado como alimento de Desvio Positivo. De facto, um alimento de DP identificado pode não ser necessariamente nutritivo ou acessível. Ainda que seja óptimo identificar um alimento de DP específico, isso nem sempre é possível. Outras características como a frequência da alimentação e a quantidade de alimentos pode ser igualmente importante. O modo como se preparam os alimentos pode ser a conduta que faz a diferença. Por exemplo, se os vegetais forem cozidos em demasia perdem o seu valor nutritivo. Como tal, a forma correcta de cozinhar pode constituir uma conduta de Desvio Positivo. Numa IDP descobriu-se que as crianças até comiam e gostavam de vegetais quando estes eram partidos em pedaços pequenos. As famílias com crianças subnutridas não cortavam os vegetais grandes e as crianças não os comiam. Este exemplo reflecte como a preparação dos alimentos pode fazer uma diferença determinante.

O que acontece quando a disponibilidade de alimentos varia em cada estação?

A Investigação de Desvio Positivo tem ser realizada em todas as estações do ano para conseguir definir como as pessoas se adaptam às diferentes condições. O menu tem de ser alterado conforme os alimentos disponíveis e económicos em cada altura do ano. Numa estação de "fome" ou "seca", a escassez de alimentos irá provavelmente inflacionar os preços. Alimentos que podem não estar disponíveis em certas alturas do ano são a fruta e os vegetais.

A Investigação de Desvio Positivo tem ser realizada em todas as estações do ano para conseguir definir como as pessoas se adaptam às diferentes condições.

É necessário abordar outras questões?

Após a análise dos resultados da IDP, podem surgir outras questões. Talvez haja a necessidade de introduzir um componente de geração de rendimento. Esta é uma oportunidade para discutir um plano de desenvolvimento mais abrangente, que seja global e integrado nas actividades relativas à nutrição. O planeamento do programa de Atelier Doméstico é determinado pela necessidade de causar um impacto imediato na subnutrição, em vez de esperar pela resolução de outros factores causais tais como o abastecimento de água, o saneamento e a pobreza estrutural. O Atelier Doméstico, no entanto, permite a oportunidade de considerar outras questões significativas e desenvolver planos a longo prazo para melhorar a qualidade de vida das mulheres, das crianças e das respectivas famílias.

A IDP precisa de ser realizada em todas as comunidades?

É essencial conduzir a IDP em todas as comunidades. Com esta abordagem os participantes descobrem que as soluções existem nas suas próprias comunidades. Este processo de descoberta capacita e motiva a comunidade a aceitar novas práticas e a participar nas sessões do Atelier Doméstico. Abre-se uma excepção quando, numa comunidade, não são encontrados Desviadores Positivos, mas são identificados na comunidade vizinha estreitamente ligada por laços familiares e culturais e com o mesmo perfil económico. Nesta situação, é possível envolver os membros da segunda comunidade na IDP dos membros da primeira comunidade. Esta estratégia foi aplicada com sucesso nas pequenas aldeias das terras altas da Guatemala e do Mali.

"Eu não sabia nada sobre nutrição, mas agora quando a minha mulher me pede dinheiro para comida, dou-lho imediatamente. As crianças agora comem bem."

Testemunho de um pai do Atelier Doméstico

Como se ultrapassam os preconceitos de género no seio de uma família?

Durante a IDP, procure condutas de Desvio Positivo relacionadas com o envolvimento masculino que possam ser promovidas. O papel dos homens no apoio às actividades de nutrição, como o Atelier Doméstico, não pode ser subestimado. Tendo em consideração o poder que geralmente detêm, é importante

que os pais compreendam o valor de uma boa nutrição e forneçam recursos limitados para a nutrição e saúde. Quando uma mãe termina a sua formação no Atelier Doméstico, precisa de ser capaz de praticar as novas condutas em casa. Se o marido não apoiar as acções da mãe, esta pode não conseguir assegurar o uso das condutas de DP. Esta questão aplica-se igualmente a sogras e avós influentes.

Ajuda muito o supervisor/formador fazer uma reunião com os pais e/ou sogras a meio dos 12 dias de sessões do Atelier Doméstico para explicar os resultados da IDP e mensagens determinantes. Na Guiné, os homens assistiram às duas primeiras sessões do Atelier Doméstico. Consequentemente, quando as mulheres pediam mais dinheiro para irem ao mercado, os homens entendiam e consentiam.

As mães que têm filhos muito seguidos costumam desmamar prematuramente as crianças. Como é que se vence esta prática?

Promova um maior espaçamento entre gravidezes e assegure o acesso a contraceptivos. Procure condutas de Desvio Positivo que demonstrem práticas de amamentação exclusiva e desmame correcto na comunidade. As crianças de mães que param abrupta ou prematuramente a amamentação (antes dos seis meses) são muito mais susceptíveis à subnutrição. As razões prendem-se com a fraca higiene, leite artificial diluído, alimentação insuficiente e água impura que causa diarreia. Por vezes, mesmo as crianças com mais de seis meses de idade ainda não aprenderam a comer bem. O leite materno garante a nutrição adequada até a criança poder consumir e digerir alimentos suficientes sozinha. Além disso, o leite materno contém anticorpos que ajudam a criança a proteger-se das doenças. As mensagens educativas devem reforçar o facto de que a amamentação é crucial para uma boa saúde. Na altura em que a criança é desmamada, as mensagens devem centrar-se na importância de alimentos complementares nutritivos. Utilize técnicas de investigação qualitativa para desenvolver mensagens apropriadas.

É possível usar a IDP para outros assuntos que não a subnutrição?

A Investigação de Desvio Positivo é uma ferramenta pouco tecnológica e culturalmente adequada para resolver problemas. No âmbito deste manual, é aplicada ao problema da subnutrição, contudo, após o processo ter sido aprendido, pode ser utilizado noutras áreas , incluindo a advocacia de uma causa.

Nas próximas páginas são descritos exemplos da aplicação do Desvio Positivo à amamentação, a cuidados materno-infantis e ao resultado dos partos.

APLICAR A ABORDAGEM IDP A OUTROS ASSUNTOS

Aqui são apresentados três exemplos da experiência da Save the Children relativamente à aplicação da abordagem DP a outros assuntos. (2)

Amamentação no Vietname

Ainda que a amamentação seja comum no Vietname, a amamentação exclusiva não o é. Desde 1990, a Save the Children tem implementado programas de nutrição utilizando a abordagem DP para reduzir a subnutrição infantil grave. Em 1999, a Save the Children, Emory University e o projecto LINKAGES reconheceram que embora o esforço de reabilitar crianças subnutridas tivesse sido bem sucedido, o DP podia ser igualmente utilizado para prevenir a subnutrição através da fomentação de uma amamentação melhorada. Realizaram uma avaliação transversal quantitativa e qualitativa dos conhecimentos, atitudes e práticas das mães sobre amamentação.

Descobriram que a maioria das mães tinha consciência das condutas adequadas, incluindo a iniciação precoce à amamentação e à amamentação exclusiva e sabia o que era a suficiência de leite. Contudo, a maior parte delas regressava ao trabalho agrícola pouco depois do parto e as mulheres que trabalhavam fora de casa tinham menor probabilidade de amamentar exclusivamente os seus filhos em comparação com as outras mulheres. Não obstante, encontraram-se raras mães DP que trabalhavam fora de casa e conseguiam amamentar exclusivamente os seus filhos, interrompendo o seu trabalho e voltando a casa para amamentar. Existem diligências em curso para desenvolver programas fundamentados nestes resultados e em outras estratégias negociadas. Estes programas são derivados de programas de DP anteriores e têm como alvo mulheres grávidas e mães de bebés com menos de seis meses de idade, já que se centram na amamentação como forma de manter uma nutrição correcta, em vez de defenderem a alimentação complementar para restituir a boa nutrição.

Cuidados materno-infantis no Paquistão

Em Fevereiro de 2001, a Save the Children, em colaboração com o Gabinete de Campo do Paquistão/Afeganistão, aplicou a abordagem DP pela primeira vez aos cuidados a recém-nascidos. A equipa conduziu a IDP com refugiados afegãos e com paquistaneses locais no distrito de Haripur, na província fronteiriça do noroeste. Em ambas as situações, a IDP revelou práticas de Desvio Positivo como por exemplo a realização do parto utilizando medidas de esterilização e higiene, o parto ser realizado num ambiente quente, o cordão umbilical ser cortado com uma lâmina limpa e a sogra promover a amamentação exclusiva.

As intervenções baseadas no DP incluíram a facilitação de reuniões de grávidas por parte dos voluntários locais de saúde, em que as mulheres com pontos receberam cobertores, montaram kits de utensílios esterilizados para o parto, promoveram e praticaram condutas que reforçam os cuidados materno-infantis. Este trabalho continua à medida que se envolvem outras comunidades e o processo é refinado.

PERGUNTAS E RESPOSTAS DA IDP

APLICAR A ABORDAGEM IDP A OUTROS ASSUNTOS

Resultado dos partos no Egipto

A equipa composta pela Save the Children e Tufts University levaram a cabo uma IDP relacionada com a gravidez em duas comunidades rurais e divergentes em termos sociais e económicos em Al-Minya, no Alto Egipto em Junho e Novembro de 2000.

A IDP demonstrou que:

- ♥ um maior descanso,
- ♥ mais visitas pré-natais,
- ♥ uma dieta melhorada e
- ♥ a redução de sintomas indicativos de infecção do tracto urinário

estavam associados a um melhor aumento de peso da mulher durante a gravidez e do bebé.

Estes resultados fundamentaram um projecto actualmente em progresso que visa o registo mensal do peso das mulheres grávidas e a realização de sessões IMPRESS (melhor gravidez através da educação e da alimentação suplementar) as quais, à semelhança do Atelier Doméstico, fornecem mensagens de saúde relevantes, micronutrientes e suplementos alimentares com base nos alimentos de DP identificados (neste caso, vegetais e carne menos dispendiosos sempre que possível).

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE OBSERVAÇÕES PARA A IDP

Nome da criança seleccionada_____ Data_____
Nome da família _____ Comunidade_____
Seleccione a categoria: (DP) (DNP) (DN)
Hora de início:_____Hora de fim:_____

I. Membros da família: **Observações:**

1. Criança seleccionada:
É bem nutrida ou subnutrida?
Como é a criança? (enérgica, contente...)
É limpa ou não? (corpo e vestuário)
Outras observações:

2. Encarregado de educação primário:
Quem é? (a mãe?)
Como é?
É limpo ou não?
Outras observações:

3. Encarregado de educação secundário:
Quem é? (a avó?)
Como é?
É limpo ou não?
Outras observações:

4. Irmãos da criança:
São bem nutridos ou subnutridos?
Como são?
São limpos ou não?
Outras observações:

5. Pai da criança:
Quem é? (o avô?)
Como é?
É limpo ou não?
Outras observações:

6. Outros membros da família:
Quem são?
Como são?
São limpos ou não?
Outras observações:

II. Práticas

1. Práticas alimentares:
Lava as mãos antes/depois das refeições?
A criança come alimentos apanhados da terra?
A criança come alimentos tocados por animais?
Lava os pratos?
Outras observações:

2. Alimentação activa/passiva:
A criança está sozinha enquanto come?
Que tipo de alimentação é praticado?
O que come a criança?
Qual a consistência dos alimentos?
Qual a quantidade de comida (numa colherada)?

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE OBSERVAÇÕES PARA A IDP (continuação)

3. Práticas alimentares da família:
A família como se junta?
Qual a prioridade das refeições (quantidade/frequência)?
Outras observações:
4. Interacção entre o encarregado de educação e a criança:
O encarregado de educação supervisiona e cuida da criança?
O encarregado de educação demonstra afecto?
O encarregado de educação ensina a criança a andar, falar, brincar?
Outras observações:
5. Interacção entre os membros da família e a criança:
Os membros da família supervisionam e cuidam da criança?
Os membros da família demonstram afecto?
Os membros da família ensinam a criança a andar, falar, brincar?
Outras observações:
6. Higiene pessoal:
A criança toma banho?
A criança tem as unhas cortadas?
A criança está afastada dos excrementos dos animais?
A mãe lava as mãos depois de levar a criança à latrina?
A mãe tem as unhas cortadas?
7. Preparação dos alimentos:
Lava as mãos antes de preparar os alimentos?
Mantém os alimentos cobertos antes/depois de cozinhar?
Lava a fruta e os vegetais crus?
8. Água:
A água potável é fervida?
Mantém a água potável coberta?
Há água limpa para os banhos?
Qual é a fonte da água?
A fonte da água está perto ou longe? (indicar distância/tempo aproximado de caminhada)

III. Disponibilidade de alimentos
Qual é a quantidade e variedade de alimentos?
Quais são os alimentos da horta familiar?
Quais são os alimentos de origem animal?
Os alimentos são armazenados?
Qual é a preservação e processamento dos alimentos?

IV. Ambiente familiar
1. Casa:
Como é a cozinha?
Como são os quartos?
2. Latrina:
Se existe, é limpa ou não?
É perto ou longe?
Se não existir, onde são depositadas as fezes?
3. Animais:
Os animais entram em casa?
Os animais são mantidos num curral?
A criança brinca com os animais?

EXEMPLO DE UMA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Directrizes da IDP:
Entrevista aos encarregados de educação na visita domiciliária

I. Perguntas gerais

1. Quantas pessoas vivem na casa? Quantas comem juntas?
2. Quantas crianças há? Que idades têm? Quantas crianças têm menos de três anos de idade?
3. As crianças mais velhas vão à escola? Em caso negativo, porque não?
4. Qual é a sua profissão? E a do pai? A de outros membros da família?
5. Quanto é que o agregado familiar ganha por dia?
6. Quanto tempo trabalham? (Manhãs, tardes, todo o dia, toda a noite?)
7. Onde trabalham? Quanto tempo demoram a chegar ao trabalho? A criança acompanha-os?

II. Perguntas sobre as práticas alimentares

1. Ainda amamenta a criança? Em caso afirmativo, com que frequência? À noite?
2. Que alimentos dá à criança para além do leite materno?
3. Quando começou a alimentação complementar? Que alimento complementar foi utilizado?
4. Quantas vezes por dia alimenta a criança?
5. Que quantidade de comida dá à criança? (Mostrar com o prato ou colher)
6. Quem dá de comer à criança e como come a criança? (À mão, com colher, mastiga)
7. O que é que já deu de comer à criança hoje? (Listar alimentos incluindo leite materno)
8. O que vai dar de comer à criança esta noite?
9. Mais alguém dá de comer à criança? Quem? (Irmãos mais velhos, vizinho, etc.)
10. O que faz quando a criança não quer comer ou tem pouco apetite?
11. Na sua opinião, que alimentos não são adequados para crianças pequenas? Porquê?
12. Quando a criança tem diarreia, dá-lhe a mesma, mais ou menos comida e líquidos? Porquê?
13. Compra comida para a criança fora de casa? Em caso afirmativo, o quê? (refeições ligeiras, alimentos frescos)
14. A quem (vendedor ou loja específicos) e porquê?
15. Apenas para as mães lactantes: O que faz em relação à amamentação quando está doente?

Faça perguntas acerca das práticas alimentares durante os períodos de doença tais como "Quando a criança tem diarreia, dá-lhe a mesma, mais ou menos comida e líquidos? Porquê?"

Directrizes da IDP:
Entrevista aos encarregados de educação na visita domiciliária

Faça perguntas acerca do tempo livre da criança: com quem brinca? A brincadeira é encorajada? A criança tem brinquedos?

III. Perguntas sobre as práticas de cuidados gerais

1. Além de si, quem interage com a criança? O que fazem com ela?
2. Quando está fora de casa, quem toma conta da criança?
3. Que conselhos dá a esta pessoa? (Sobre segurança, etc.)
4. O que faz quando a criança se porta mal? (Se suja, parte alguma coisa, etc.)

Sondagem: Como lhe bate? Onde? Com que frequência?

5. Como adormece a criança?
6. Encoraja-a a brincar com outras crianças? Porquê? Porque não?
7. Quando brinca com a criança? O que fazem juntos?
8. Na sua opinião, o que é mais importante e necessário para uma criança?
9. O que faz o seu marido pelas crianças em casa?
10. Quantos filhos tem? Quantos filhos quer ter?
11. Já ouviu falar em espaçamento de gravidezes? Interessa-lhe?

IV. Perguntas sobre as práticas de cuidados de saúde

1. Quantas vezes dá banho à criança?
2. Como educa a criança para usar a latrina?
3. Para que usa a água? E o sabão? (Para lavar as mãos antes de comer?)
4. A criança está imunizada?
5. Que tipo de doenças tem a criança mais frequentemente?
6. O que faz quando a criança tem uma constipação?
7. O que faz quando a criança tem diarreia?
8. A criança teve diarreia nas últimas duas semanas?
9. Em caso afirmativo, como a tratou? Se usa uma solução de rehidratação oral, como se prepara?
10. Quando a criança tem diarreia, o que lhe dá de comer?
11. O que evita dar-lhe de comer?
12. Quais são os sinais de perigo de pneumonia?
13. O que faz quando a criança apresenta esses sinais?
14. Como sabe que a criança está doente? (Sintomas de doença)
15. Quem consulta primeiro? E depois?
16. Quem decide o que fazer quando existe um problema grave de saúde em casa?
17. Quais são os problemas de saúde infantil que mais a preocupam?
18. Como resolve esses problemas?

Directrizes da IDP:
Entrevista aos encarregados de educação na visita domiciliária

V. Perguntas para quando o encarregado de educação é um irmão mais velho

1. Vais à escola?
2. O que fazes além de tomar conta dos teus irmãos mais novos?
3. O que fazes com os teus irmãos mais novos?
4. O que fazes quando os teus irmãos mais novos choram? Magoaram-se? Estão doentes?
5. O que fazes quando os teus irmãos mais novos se portam mal?
6. Que coisas gostas de fazer com os teus irmãos mais novos? Porquê?
7. Que coisas não gostas de fazer? Porquê?
8. Deixas os teus irmãos mais novos brincarem contigo? Porquê?
9. Como dás de comer os teus irmãos mais novos? (Sondagem)

VI. Perguntas para o pai

1. Na sua opinião, como é o seu filho?
2. Como sabe se o seu filho é saudável?
3. Quanto tempo dedica ao seu filho por dia?
4. O que faz quando está com o seu filho durante o dia?
5. O que faz quando o seu filho está doente?
6. Na sua casa, quem decide o que fazer quando o seu filho está doente?
7. Quantos filhos tem? Quantos filhos quer ter?
8. Já ouviu falar em espaçamento de gravidezes? Interessa-lhe?

VII. Perguntas para a avó ou sogra

1. Na sua opinião, um alimento complementar ao leite materno deve ser dado a crianças de que idade?
2. Que alimentos são indicados para crianças com menos de três anos de idade?
3. Que alimentos NÃO devem ser dados a crianças com menos de três anos de idade?
4. Faça perguntas das secções anteriores sobre práticas alimentares e de cuidados de saúde.

As visitas domiciliárias devem ser dividas de forma a que cada sub-equipa visite várias famílias Desviadoras Positivas, Desviadoras Não Positivas e Desviadoras Negativas.

FORMATO DO RELATÓRIO DE RESULTADOS DA VISITA DOMICILIÁRIA

(Informação recolhida durante a observação e entrevista semi-estruturada)

INFORMAÇÃO GERAL	PRÁTICAS ALIMENTARES
Idade / sexo / estado nutricional	Horário de amamentações
Estado de amamentação	Dieta diária pormenorizada da criança
Tamanho da família / número e idade dos irmãos	Recordar o que comeu / refeição de hoje e ontem
Encarregado de educação primário	Frequência das refeições
Encarregado de educação secundário	Quantidade de comida por criança
Profissão/ horário dos pais	Apetite da criança
Rendimento (diário)	Tratamento de fraco apetite
Tipo de casa (tamanho, número de quartos, etc.)	Tabus alimentares (proibições) para crianças pequenas
Ambiente limpo	Supervisão das crianças com menos de três anos durante a alimentação
Existência de latrina	Alimentação activa
Abastecimento de água	Administração de alimentos e líquidos durante períodos de doença e recuperação
Horta comunitária / árvores / animais	Alimentos comprados a vendedores de rua
Cozinha	Critérios de escolha de refeições ligeiras
Aparência física da criança e dos membros da família	Sequência alimentar da família
Preocupações dos pais relativamente à saúde da criança	

FORMATO DO RELATÓRIO DE RESULTADOS DA VISITA DOMICILIÁRIA *(Continuação)*	
(Informação recolhida durante a observação e entrevista semi-estruturada)	
PRÁTICAS DE CUIDADOS GERAIS	**PRÁTICAS DE CUIDADOS DE SAÚDE**
Aparência emocional / psicológica da criança e dos membros da família	Higiene corporal, cortar as unhas
Reacção da criança a estranhos	Higiene alimentar
Interacção entre a criança e encarregado de educação, irmãos, outros membros da família	Lavar as mãos antes das refeições
Relação do encarregado de educação secundário com a criança (ex. irmão mais velho)	Água potável segura, sabão
Brincadeira e estimulação da criança com outras pessoas	Higiene ambiental
Brincadeira e estimulação da criança com os pais (pormenores)	Imunização completa
Papel do pai nos cuidados à criança	Tratamento de doenças e lesões ligeiras em casa
Tempo que os encarregados de educação gastam com outras crianças	Tratamento da diarreia em casa (terapia de rehidratação oral)
Divisão do trabalho e das tarefas domésticas entre os membros adultos da família	Identificação de sinais de doença
Método de disciplinar a criança	Método de disciplinar a criança
	Identificação de sinais de perigo (Infecções respiratórias agudas e diarreia)
	Tomar decisões em relação a procurar ajuda médica
	Uso de redes mosquiteiras nas áreas onde a malária é endémica
	Uso de desparasitantes
	Uso de sal iodado

Recorde os membros da equipa de IDP que devem ser educados, respeitosos e amáveis, que não se apresentem como professores mas como ouvintes e que façam perguntas abertas ou sugestivas e não fechadas (de resposta sim ou não).

Exemplos que constam desta secção:

1. **Moçambique**
2. **Myanmar (zona rural e urbana)**
3. **Bolívia**
4. **Países Africanos**
5. **Países do Sudeste Asiático**
6. **Países do Sul da Ásia**

Estes formulários documentam alguns dos resultados encontrados até à data. Destinam-se apenas a servir de exemplo de condutas de DP e não devem substituir a IDP na comunidade. Continua a ser necessário realizar uma IDP em cada comunidade para que o programa seja apropriado para o local e para que a comunidade experimente o tão importante processo de auto-descoberta.

ANÁLISE DA IDP EM VÁRIOS PAÍSES

1. Moçambique

Resultados da Investigação de Desvio Positivo em Nacala-a-velha, Moçambique, 1997

Boas práticas alimentares	Boas práticas de cuidados gerais	Boas práticas de cuidados de saúde
Papas feitas com melaço de caju e farinha de mandioca Utilização de castanhas de caju ou amendoins em Mathapa 3 refeições por dia Introdução de alimentação complementar aos 5 meses de idade	Cobrir o contentor de água potável Lavar os alimentos antes de cozinhá-los Lavar as mãos antes das refeições Supervisionar constantemente as crianças pequenas Supervisionar /ajudar as crianças pequenas durante as refeições	Vacinar Comprar medicamentos apenas com receita médica Utilização apropriada da embalagem de SRO ou equivalente caseiro

Práticas más ou prejudiciais de famílias pobres com crianças subnutridas (DNP)

Más práticas alimentares	Más práticas de cuidados gerais	Más práticas de cuidados de saúde
Apenas 2 refeições por dia Não utilização de castanhas de caju ou amendoins na comida Não utilização de vegetais na dieta diária	Muitos encarregados de educação Não cobrir o contentor de água potável Fraca higiene corporal e alimentar	Não vacinar

2. Myanmar

2a. Investigação de Desvio Positivo em Yangon, cenário de bairro degradado urbano

Práticas alimentares de DP:

♥ Dar à criança pequena 3 refeições por dia, além do lanche

♥ Dar à criança pequena fruta como a papaia, goiaba, banana e laranja

♥ Dar à criança pequena uma variedade de alimentos como vegetais fritos (couve, agriões com óleo vegetal), alimentos ricos em calorias e proteínas (nozes, feijão frito e melaço), ovos (ovos de codorniz), sopa espessa de lentilhas (dhal)

♥ Dar à criança pequena água de cozer arroz

♥ Dar à criança refeições ligeiras nutritivos tais como bolinhos de camarão e bolachas

♥ Não comprar refeições feitas para a criança em vendedores de rua

Práticas de cuidados gerais de DP:

- ♥ A criança é supervisionada constantemente
- ♥ O encarregado de educação secundário tem experiência
- ♥ A mãe brinca com a criança (a cantar e estimular)
- ♥ A criança é supervisionada durante as refeições (alimentação activa)
- ♥ Os irmãos ou outros membros da família interagem com a criança (a falar)
- ♥ O pai brinca com a criança

Práticas de cuidados de saúde de DP:

- ♥ Cortar as unhas regularmente
- ♥ Tomar banho duas vezes por dia
- ♥ Lavar as mãos antes das refeições
- ♥ Lavar as mãos depois de usar a latrina
- ♥ Procurar uma clínica para tratamento da criança doente

A comparação entre os exemplos das zonas **urbana** e **rural** de Myanmar reflectem várias diferenças importantes entre cenários urbanos e rurais.

2b: Investigação de Desvio Positivo, cenário rural

Práticas alimentares de DP	Práticas de cuidados gerais de DP	Práticas de cuidados de saúde de DP
Criança com menos de 12 meses Amamentação exclusiva durante 4 meses Alimentação complementar 3 vezes/dia Utilização de sabão para lavar as mãos antes e depois das refeições, depois de usar a latrina Quantidade: 1 chávena de chá cheia por refeição A mãe dá de comer à criança com colher pequena Refeições ligeiras: batata ou peixe frito em pedacinhos **Criança com menos de 12 a 36 meses** Alimentação frequente: 4 a 5 vezes/dia Quantidade: 4 chávenas de chá cheias por refeição Variedade de alimentos numa refeição: pequeno-almoço – mohinga, arroz, feijão, vegetais (família vegetariana), óleo, peixe pequeno ou camarão, enguia (Ma Yin); almoço – arroz, agriões, ovo de pato, óleo; jantar – arroz, vegetais, carne barata (porco/rã), óleo A criança come com colher, no próprio prato A criança come refeições regulares com a família A criança bebe água de cozer arroz 3 vezes/semana A criança é supervisionada enquanto come	A criança é supervisionada constantemente O irmão mais velho é educado para tomar conta da criança pequena O pai supervisiona o jantar, conta histórias e canta canções A mãe e outros membros da família ensinam a criança a falar A mãe interage com a criança durante a alimentação	Utilização de sabão para dar banho à criança Utilização de sabão para lavar as mãos antes e depois das refeições, depois de usar a latrina Cortar as unhas com uma lâmina Utilização de sabão e cinzas para limpar panelas/pratos Imunização completa incluindo vacina contra sarampo Utilização de sal iodado Apenas os pais dão medicamentos à criança quando está doente

No exemplo do cenário rural em Myanmar, repare como as diferenças de práticas alimentares se encontram dividas por grupo etário. As práticas relativas a crianças com menos de 1 ano diferem das práticas relativas a crianças de 1 a 3 anos de idade. É preciso entender e considerar este aspecto ao planear o Atelier Doméstico.

2c: Condutas de ênfase em Myanmar

CONDUTAS ALIMENTARES

♥ Alimentação complementar por 6 meses
♥ Alimentar a criança pequena 4 a 6 vezes por dia: 3 refeições + refeições ligeiras
♥ Dar à criança pequena uma boa quantidade de alimentos por refeição
♥ Dar à criança pequena uma variedade de alimentos como ovos, peixe, feijão e vegetais
♥ Cozinhar os alimentos com óleo suficiente
♥ Dar à criança pequena refeições ligeiras nutritivas

CONDUTAS DE CUIDADOS GERAIS

♥ A criança é supervisionada constantemente
♥ Os encarregados de educação praticam a alimentação activa
♥ Os encarregados de educação brincam e cantam com a criança
♥ O pai dá atenção à criança (a cantar, contar histórias)
♥ O irmão mais velho está educado para tomar conta da criança pequena
♥ A mãe e outros membros da família ensinam a criança a falar
♥ Alimentação activa: persuadir, estabelecer contacto visual e sorrir
♥ Os encarregados de educação encorajam a criança com pouco apetite

As práticas de Desvio Positivo incluem a higiene corporal tal como a lavagem das mãos e da cara antes e depois de comer.

CONDUTAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

Higiene alimentar

♥ Lavar os vegetais no mínimo 3 vezes
♥ Manter os alimentos crus em local seguro
♥ Cobrir sempre os alimentos
♥ Lavar as mãos com sabão antes de mexer nos alimentos
♥ Aquecer comida que sobrou antes de comer

Higiene corporal

♥ Lavar as mãos com sabão antes e depois de alimentar a criança
♥ Lavar as mãos e a cara da criança antes e depois das refeições
♥ Lavar as mãos com sabão depois de usar a latrina
♥ Verificar regularmente as unhas da criança e cortá-las se necessário

Higiene ambiental

♥ Varrer o chão antes e depois de comer
♥ Lavar as tigelas, colheres, panelas e frigideiras com sabão e cinzas após utilização

Práticas preventivas/curativas

♥ Utilização de sal iodado
♥ Identificação dos sinais de perigo
♥ Tratamento da criança doente em casa
♥ SRO caseira

3. Bolívia

Desviadores Positivos

BOAS PRÁTICAS ALIMENTARES	BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS GERAIS	BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE SAÚDE
Amamentação exclusiva durante 6 meses Amamentação quando pedida Utilização de uma variedade de alimentos como sumo de cenoura, galinha, nabos e rabanetes Alimentos frequentes: **carne** (carne de lama, ovos, leite de vaca/ovelha, gordura de cordeiro), **vegetais e fruta** (feijão verde, salsa, papaia, laranja e tangerinas), **grãos e legumes** (quinoa, favas secas, ervilhas secas, trigo, aveia, amendoins) Alimentação 3 a 5 vezes/dia refeição ligeira a meio da manhã Quantidade: 10 a 20 colheradas por refeição Horta comunitária bem cuidada, com produtos capazes de crescer nos meses de inverno	Amamentação activa: interacção afectuosa e paciente Utilização de prato próprio para a criança mais velha Utilização de jogos, canções e alimentos especiais para a criança com pouco apetite Supervisão/ajuda durante a refeição Os pais ajudam as mães a cuidar das crianças Os pais e os irmãos são afectuosos e brincalhões e ensinam a criança	Preparação higiénica dos alimentos Fervura da água potável A criança toma banho 2 a 3 vezes por semana durante os meses de inverno Lavar as mãos e a cara da criança com sabão e água durante o dia Utilização correcta da SRO Remédios caseiros: chás de ervas, líquidos fervidos com farinha de trigo Dar banho de álcool com ramos verdes quando a criança tem febre Procurar cuidados médicos no hospital Alimentos e líquidos extra para a criança durante e após período de doença Imunização completa e aplicação de vitamina A

As práticas de Desvio Positivo incluem a fervura e a cobertura da água potável.

4. África

Resumo das práticas de Desvio Positivo encontradas durante as IDPs

Práticas	Egipto	Moçambique/ Norte	Mali	Tanzânia
Práticas alimentares	A criança faz mais do que 1 refeição quente por dia Variedade de alimentos: verduras, ovos, feijões Dar sumo de limão fresco e outros líquidos à criança doente	Alimentos do pequeno-almoço: papas de melaço de caju e farinha de mandioca; castanhas de caju ou amendoins em Mathapa (refeição com vegetais) 3 refeições/dia Alimentação complementar aos 5 meses	Papas com óleo de Karité aos 5 meses Salsichas, peixe, carne, ovos, prato da família Fruta sazonal aos 12 meses 6 refeições/dia Não se come sobre terra ou chão Não há tabus alimentares	Nozes: todos os dias Feijões/ervilhas: 2 a 3 vezes/semana Verduras: 2 a 4 vezes/semana Batata doce: 4 a 5 vezes/semana Batata doce: 4 a 5 vezes/semana
Práticas de cuidados gerais	Alimentação activa e supervisão durante as refeições A criança está proibida de brincar no canal A mãe não deixa a criança no chão, não lhe bate e não lhe grita Supervisão constante de adultos	Cobrir o contentor de água potável Lavar os alimentos antes de processá-los Lavar as mãos antes das refeições Supervisionar constantemente as crianças Ajudar as crianças durante as refeições	O pai está envolvido na alimentação/ desenvolvimento geral da criança Boa relação entre pais e encarregado de educação secundário Persuadir a criança com pouco apetite Mimar a criança pequena	N/A
Práticas de cuidados de saúde	Boa higiene corporal Cortar as unhas, lavar as mãos Tomar banho uma vez por semana Boa higiene ambiental Procurar ajuda profissional quando a criança tem febre, tosse, fezes soltas Verificar se tem lombrigas	Vacinação completa Comprar medicamentos apenas com receita médica Utilização apropriada da embalagem de SRO ou equivalente caseiro	2 banhos/dia Lavar as mãos antes/depois das refeições Vacinação completa Qualquer adulto pode decidir acerca da procura de ajuda médica profissional O pai segue o desenvolvimento da criança Utilização do plano de seguros de saúde disponível	N/A

As práticas de Desvio Positivo incluem o envolvimento do pai no desenvolvimento geral das crianças.

5. Sudeste Asiático

Resumo das práticas de Desvio Positivo encontradas durante as IDPs

Práticas	Camboja	Myanmar (bairros degradados peri-urbanos)	Vietname
Práticas alimentares	Alimentação complementar aos 6-7 meses, 3 refeições/dia Variedade de alimentos: peixe fumado, caranguejo, baratas, pato, ovos, caracóis, aranhas pretas, rãs de pernas curtas e longas Vegetais da floresta: agriões, folhas / flores de anonas, pasta verde, pasta de peixe, molho de santola Guardar comida que sobra para refeições ligeiras entre as refeições principais	3 refeições/dia, além de refeições ligeiras Variedade de alimentos: papaia, goiaba, banana e laranja, vegetais fritos, nozes, feijão frito e melaço, ovos de codorniz, sopa espessa de lentilhas (dhal) e água de cozer arroz Não comprar refeições prontas a vendedores de rua	Alimentação complementar aos 4 meses Variedade de alimentos: ovos, caranguejo, camarão, caracóis, produtos derivados da soja, fruta sazonal e vegetais Utilização de gorduras (óleo de amendoim e de sésamo, gordura de porco) na dieta da criança 4 a 6 refeições/dia, incluindo refeições ligeiras
Práticas de cuidados gerais	O pai toma conta da criança A mãe prepara os alimentos; dá instruções ao encarregado de educação quando sai de casa O pai dá às crianças todos os tipos de alimentos: acredita que a boa nutrição leva à boa saúde Demonstração de carinho e afecto por parte dos pais	Supervisão constante Encarregado de educação experiente A mãe brinca com a criança (a cantar e estimular) Alimentação activa Irmãos, outros membros da família interagem com a criança O pai brinca com a criança Não vão ao salão de vídeos	Divisão do trabalho permite cuidar apropriadamente das crianças O pai está envolvido nos cuidados à criança Tratamento adequado da criança com pouco apetite
Práticas de cuidados de saúde	Lavar as mãos antes das refeições Cobrir o jarro de água e a comida que sobrou Utilizar SRO feita localmente a partir da casca de tamarindo e goiabeira fervida em água Continuar a amamentar quando a criança tem diarreia Administrar desparasitante se a criança tem o estômago distendido Identificação precoce dos sintomas de doença (falta de ar, tosse, febre e diarreia)	Cortar as unhas regularmente Tomar banho 2 vezes/dia Lavar as mãos antes das refeições Lavar as mãos depois de usar a latrina Procurar uma clínica para tratamento da criança doente	Lavar as mãos antes das refeições e da amamentação e depois de usar a latrina Cobrir a água potável/poço Cortar as unhas regularmente Cuidar imediatamente da criança doente Não reduzir a alimentação quando a criança está doente Consultar um profissional de saúde para pedir medicamentos (não à auto-medicação)

As práticas de Desvio Positivo incluem o envolvimento dos pais na alimentação de todos os tipos de alimentos às crianças.

6. Sul da Ásia

Resumo das práticas de Desvio Positivo encontradas durante as IDPs

Práticas	Bangladeche	Butão	Nepal (Montanhas)
Práticas alimentares	Dar à criança pequena peixe, vegetais e ovo (dieta normal para criança pequena: pó de arroz ou arroz mole com sal, além do leite materno) Alimentação complementar aos 6 meses (família Shapla apenas) Alimentação activa, supervisão da criança durante as refeições	Alimentos complementares "lep" de cereais misturados com vegetais Sopa com ossos de carne, ovos 4 refeições/dia Dar à criança alimentos que goste quando tem pouco apetite (banana, queijo)	Alimentação complementar aos 5 meses Variedade de alimentos: ervilhas, beringelas, inhames, folhas de cebola, couve, tomate, peixe, caracóis, cabra, porco, galinha, caranguejo, limão, amoras, goiaba, manteiga (chiuri), nibuwa, manga
Práticas de cuidados gerais	Canções de embalar, cantigas, histórias e jogos Os encarregados de educação brincam com a criança com brinquedos feitos em casa Encarregado de educação secundário competente: pai atento ao bem-estar da criança Manter o ambiente doméstico seguro	Supervisão constante da criança por parte de um encarregado de educação experiente O encarregado de educação está envolvido nas actividades da criança	O pai participa nos cuidados à criança A mãe dedica tempo à criança Os pais comem com as crianças Os encarregados de educação demonstram afecto
Práticas de cuidados de saúde	Remoção imediata das fezes e depois lavar as mãos com sabão Lavar as mãos antes das refeições Lavar as panelas/ frigideiras da cozinha com água canalizada do poço (não no lago) Administrar compressas frias durante episódios de febre	Dar comida em porções menores e mais frequentes quando a criança está doente Quando a criança está doente durante 1 dia, é preciso fazer uma cerimónia de cura e depois levá-la a uma unidade de saúde básica	Lavar as mãos antes das refeições Dar banho à criança todos os dias ou de 2 em 2 dias Utilizar medicina tradicional para o tratamento de doenças ligeiras Alimentação frequente durante períodos de doença Continuar a amamentar e/ou dar alimentos e líquidos durante os episódios de diarreia

As práticas de Desvio Positivo incluem o envolvimento dos encarregados de educação nas brincadeiras com as crianças.

CAPÍTULO 5
Passo 5: Planear as sessões do Atelier Doméstico

PASSO 5

Planear as sessões do Atelier Doméstico

A. Programar as sessões do Atelier Doméstico
B. Planear menus para as sessões do Atelier Doméstico
C. Planear mensagens educativas sobre saúde
D. Escolher o local para as sessões do Atelier Doméstico
E. Planear protocolos para as sessões do Atelier Doméstico
F. Criar um plano anual de actividades

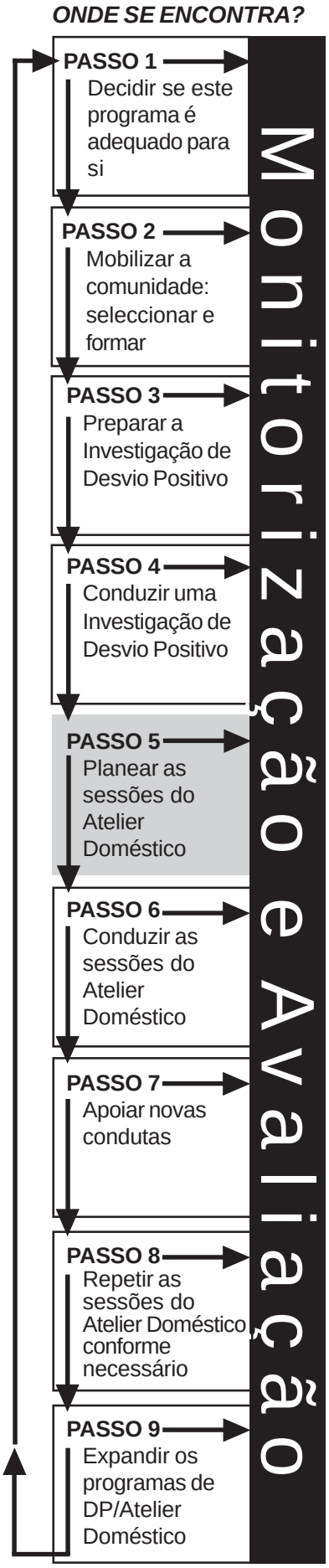
O Atelier Doméstico é realizado nas casas de pessoas da comunidade durante doze dias (seis dias por semana) com dez crianças subnutridas no máximo e os respectivos encarregados de educação. Em cada sessão, os encarregados de educação preparam alimentos calóricos, ricos em valor energético e alimentam os filhos sob a orientação dos voluntários. Aprendem também quais os alimentos nutritivos e as práticas de cuidados gerais e de cuidados de saúde infantis positivas, incluindo hábitos de higiene adequados. Como preço de admissão, aos encarregados de educação é pedido para prestar uma contribuição diária de alimentos de Desvio Positivo específicos da comunidade (identificada através da IDP) ou de outros alimentos disponíveis no local e necessários para elaborar a refeição.

As sessões diárias do Atelier Doméstico duram geralmente duas horas. Cada sessão é constituída pelos seguintes itens:

- ♥ Montagem dos locais designados para cozinhar, alimentar e lavar
- ♥ Lavagem das mãos
- ♥ Preparação dos alimentos
- ♥ Alimentação
- ♥ Integração de práticas e mensagens educativas sobre nutrição e saúde

As sessões do Atelier Doméstico são concebidas imediatamente após a Investigação de Desvio Positivo. A IDP orienta as decisões sobre quais os alimentos a preparar, quais as condutas a promover e qual a informação a partilhar de modo a que outros possam aprender a interiorizar condutas de DP. As novas práticas de alimentação, cuidados e higiene são demonstradas e realizadas em grupo durante as sessões do Atelier Doméstico e, mais tarde, individualmente em casa. É, também, através de sessões diárias do Atelier Doméstico que as crianças recebem alimentação extra necessária à sua reabilitação.

Este capítulo cobre as actividades fundamentais no planeamento das sessões do Atelier Doméstico.



Nota: Se as sessões forem programadas para de manhã em algumas comunidades e para de tarde noutras, o supervisor terá possibilidade de gerir duas sessões por dia. O início das sessões do Atelier Doméstico numa área alvo deve ser escalonado de modo que o supervisor possa assistir a todas as sessões numa dada comunidade na primeira semana, transferindo as atenções para outras comunidades principiantes à medida que os voluntários ganham confiança para conduzirem sozinhos as sessões.

A. Programar as sessões do Atelier Doméstico

Ao planear/programar as sessões de 12 dias do Atelier Doméstico, tenha em mente os seguintes critérios:

- ♥ Realize as sessões logo que possível, após as crianças terem sido pesadas
- ♥ Planeie as sessões mensalmente ou mês sim mês não, ou em moldes sazonais que correspondam às alturas do ano em que as crianças se encontram mais subnutridas (as sessões deixam de ser necessárias depois do período de um ano em cada comunidade)
- ♥ Planeie as sessões sazonais do Atelier Doméstico a fim de proporcionar às famílias variações adequadas de menus

Programar as sessões diárias do Atelier Doméstico de acordo com os seguintes critérios:

- ♥ Seleccione a hora do dia mais conveniente para as mães/encarregados de educação estarem presentes, de modo a que haja uma assiduidade elevada
- ♥ Uma vez que ainda se espera que as crianças comam da mesma panela que a família, facto comum e frequente, seleccione uma hora entre as refeições que seja apropriada para uma refeição adicional suplementar (ex.: 10 horas da manhã ou 3 horas da tarde)

B. Planear menus para as sessões do Atelier Doméstico

A refeição suplementar necessária para reabilitar crianças subnutridas é servida em cada um dos dias da sessão de duas semanas. De acordo com a OMS, durante o período de reabilitação a criança deve ingerir, por dia, entre 150 a 220 calorias por cada quilo do seu peso corporal. Se uma criança ingerir menos de 130 calorias/kg/dia, a reabilitação torna-se impossível. Por isso, os programas devem esforçar-se para criar menus para as sessões do Atelier Doméstico compostos por 600 a 800 calorias por dia mais 25 a 27 gramas de proteínas por criança. (1) Com estes menus e a rápida recuperação daí resultante, os encarregados de educação irão detectar uma mudança visível naquele período de duas semanas e as famílias sentir-se-ão motivadas a adoptar as novas práticas de alimentação infantil.

Em algumas regiões, torna-se muito difícil criar menus inteiramente baseados nos alimentos locais que satisfaçam os requisitos exigidos.

Nestes casos, menus com um mínimo de 500 a 600 calorias e 18 a 20 gramas de proteínas serão suficientes para reabilitar crianças subnutridas por um maior período de tempo. Nestas condições, as crianças precisarão muito provavelmente de repetir a sessão do Atelier Doméstico mais do que uma vez. A vantagem reside no facto de dar aos encarregados de educação e membros da família mais tempo para aprender as práticas relacionadas com o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como fomentar outras estratégias comunitárias destinadas a superar a subnutrição. Isso aumenta a probabilidade de uma reabilitação mais sustentada, prevenindo estados futuros de subnutrição na comunidade.

Os menus devem:

- ♥ Incluir um alimento leve, sem recheio, nutritivo para as crianças comerem enquanto as mães ou encarregados de educação cozinham
- ♥ Incluir os alimentos de DP específicos (fruta, vegetais, camarões, óleo, ou nozes, etc.)
- ♥ Fornecer formas variadas de preparar os alimentos
- ♥ Usar ingredientes localmente disponíveis, acessíveis e adequados à estação do ano
- ♥ Utilize alimentos ricos em Vitamina A, ferro e outros micro-nutrientes, conforme disponíveis
- ♥ Usar produtos animais, óleo e gorduras sempre que possível
- ♥ Incluir a presença de todos os grupos alimentares em cada refeição, de modo a proporcionar à criança uma refeição equilibrada

Criar os menus com base nos resultados das práticas de alimentação da IDP, num estudo de mercado rápido e numa análise do valor nutritivo dos alimentos locais.

Matérias necessários:

- ♥ Máquinas de calcular
- ♥ Tabelas com a composição dos alimentos
- ♥ Chávenas e colheres (medidas locais)
- ♥ Balanças de cozinha (opcional)

1. Conduzir um estudo de mercado

Um simples estudo de mercado efectuado pelos voluntários identifica os alimentos adequados e acessíveis que podem ser comprados e utilizados por todas as famílias (ver exemplo abaixo). Repare na variedade e no preço local dos alimentos. Informe-se junto dos vendedores sobre o que muda nas diferentes estações do ano e os "meses magros", bem como as diferenças de preço esperadas (ex.: na estação seca, o preço da fruta duplica). Lembre-se que alguns alimentos de DP podem ser colhidos em hortas e campos ou pescados no mar e no rio sem custos adicionais para as famílias.

Um simples estudo de mercado efectuado pelos voluntários identifica os alimentos adequados e acessíveis que podem ser comprados e utilizados por todas as famílias.

TABELA 5.1 Estudo de mercado no Sri Lanka

Produto	Quantidade	Rupias	Produto	Quantidade	Rupias
Ovo	1	4	Atum	1 kg	100
Batata	1 kg	50	Atum tubarão	1 kg	120
Arroz	1 kg	22.5	Peixe	1 kg	200
Peixe seco	100 gr	12	Peixe	1 kg	140
Lentilhas	500 gr	28	Peixe pequeno	1 kg	40
Grão-de-bico	500 gr	30	Peixe salgado	1 kg	100
Óleo vegetal	1 l	115	Peixe-lápis	1 kg	100
Óleo de coco	1 l	55	Peixe do viveiro comunitário	1kg	60
Leite de coco	1 l	65	Carne de vaca	1 kg	120

Cenouras	1 kg	40	Galinha	1 kg	140
Beringela	1 kg	24	Fígado de galinha	1 kg	160
Tomate	1 kg	56	Coco-rei (thambili)	1	70
Abóbora	500 gr	15	Alface	1 kg	80
Beterraba	1 kg	36	Tanchagem	1 kg	40
Feijão verde	1 kg	36	Corriola (kangkung)	500 gr	4
Folhas verdes	1 molho	5	Sementes de beterraba	100 gr	4
Feijão Gilum	1 kg	40	Dambelo	1 kg	40

Condimentos e sabores tais como molho de peixe, açafrão, sal, cebola, alho e gengibre, muitas vezes incluídos nos menus para melhorar o gosto, não fazem parte da avaliação nutricional dado não acrescentarem qualquer valor nutritivo significativo.

2. Calcular o valor nutricional das refeições do Atelier Doméstico

As tabelas de composição dos alimentos, geralmente disponíveis no Ministério da Saúde do respectivo país, fornecem a lista nutricional discriminatória de 100 gramas de porções comestíveis em termos do teor de energia, gordura, proteínas e micronutrientes (cálcio, caroteno B, equivalente à vitamina A, riboflavina, niacina, etc.). Utilizando estas tabelas, a equipa determina o valor nutritivo das refeições (principais e ligeiras) do Atelier Doméstico necessário a cada criança, de modo que o número total de calorias e o teor proteico seja suficiente para acompanhar o seu crescimento e fique assegurada a ingestão adequada de vitaminas e minerais. A Tabela 5.3 pode ser preenchida com os produtos alimentares do menu proposto e com os valores nutricionais correspondentes. No menu, pode ser preciso ajustar a quantidade de comida para que a dose de cada criança contenha, pelo menos, 600 a 800 quilocalorias e 25 a 27 gramas de proteína.

As refeições (principais e ligeiras) podem ser "enriquecidas", a fim de aumentar o valor calórico, acrescentando óleo ou nozes. Juntar óleo a uma tigela de flocos de aveia para elevar o valor calórico, pode reduzir para metade a quantidade de papa que, de outro modo, uma criança teria de consumir. Logo que a criança tenha atingido o crescimento devido, o menu de DP (sem tanto óleo) deve ser suficiente para suster o desenvolvimento e prevenir o seu retrocesso.

As vitaminas A e C, o ferro e o zinco devem ser tidos em consideração ao planear as refeições. Os níveis exigidos de micronutrientes específicos estão indicados na Tabela 5.2. Mais informações sobre a importância e as fontes dos vários micronutrientes encontram-se no fim do presente capítulo.

TABELA 5.2 Níveis necessários de micronutrientes

Idade	Vitamina A	Vitamina C	Ferro	Zinco*
7 aos 12 meses	400 ER *(ER = Equivalente retiniano)*	50 mg	11 mg	3 (6) mg
1 a 3 anos	500 ER	15 mg	7 mg	5 (10) mg
4 a 6 anos	300 ER	25 mg	10 mg	5 (10) mg

**Em termos comparativos com os não vegetarianos, o zinco não é bem absorvido por aqueles que seguem uma alimentação vegetariana (não consomem produtos animais). Os vegetarianos podem precisar de ingerir o dobro da quantidade indicada entre parênteses.*

Fonte: *Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board of the National Academy of Sciences, para publicação. (2)*

TABELA 5.3 Estudo de mercado no Sri Lanka

PRODUTOS ALIMENTARES	QUANT.	GRS	CALORIAS		PROTEÍNAS		FERRO FERROSO		VITAMINA A		ZINCO		ÁCIDO FÓLICO	
			100 gr	Total	G/ 100 gr	Total	Mg/ 100 gr	Mg/ total	IU/ 100 gr	IU/ Total	Mg/ 100 gr	Mg/ total	Mg/ 100 gr	Mg/ total
1. Exemplo de alimento	200 gr	200 gr	90	180	12	24	4	8	0	0	2	4	9	18
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
Total:														

Deve encorajar-se a amamentação no caso das crianças com menos de dois anos. No entanto, o leite materno não deve ser incluído no cálculo das calorias. Deve ser dado às crianças sempre que pedido e constitui, acima de tudo, uma refeição suplementar (e todas as outras refeições).

3. Fazer as adaptações necessárias ao menu

Os menus devem ser culturalmente apropriados e ajustados de acordo com a idade dos participantes subnutridos. Se a maioria das crianças tiver menos de 12 meses, é necessário preparar alimentos suplementares adequados (desmame). No caso do grupo apresentar idades díspares, pode geralmente fazer-se a mesma refeição mas com uma consistência mais leve para os mais novos, dando aos alimentos um tempo de cozedura ligeiramente maior e reduzindo-os a puré.

Outras adaptações ao menu podem ser necessárias em comunidades específicas:

- ♥ **Menus de jejum** - alguns países praticam o jejum por motivos religiosos. Muitas vezes o jejum não se aplica às crianças, contudo, os adultos podem não ter vontade de cozinhar ou de tocar em comida proibida nessa altura. Tenha este facto em mente ao planear os menus ou ao escolher o momento das sessões do Atelier Doméstico.
- ♥ **Menus na estação seca** - situações de quase seca afectam alguns países fora da época das chuvas. Frutos e legumes tornam-se raros ou mesmo inexistentes. Antecipe a estação de escassez e conceba menus engenhosos, recorrendo ao que há disponível ou utilizando, criativamente, alimentos da estação de abundância que tenham sido secos ou armazenados.
- ♥ **Menus vegetarianos** - para aquelas comunidades que escolhem não consumir peixe ou produtos animais, crie menus que sejam ricos em proteínas, combinando alimentos (arroz e feijão) ou outros produtos de elevado valor proteico tais como tempeh e derivados da soja, incluindo tofu.

4. Determinar o tamanho da dose

Utilizando as exigências calóricas e proteicas e uma balança para alimentos, determine a quantidade e o peso de uma única dose. Uma vez que a comida deve ser servida pelo seu volume e não pelo peso, decida como calcular o volume desejado durante uma sessão do Atelier Doméstico, empregando ferramentas

de medição locais. Podem ser usadas latas, a mão cheia ou punhado, a pitada, vasilhame, etc. Este método permite ao voluntário medir as porções destinadas a cada criança durante a sessão do Atelier Doméstico e é uma forma prática para o encarregado de educação seguir em casa.

Uma vez que a comida deve ser servida pelo seu volume e não pelo peso, decida como calcular o volume desejado durante uma sessão do Atelier Doméstico, empregando ferramentas de medição locais.

6. Preparar a programação das refeições

Com base em toda a informação anterior, prepare a programação das refeições cobrindo cada um dos doze dias que constituem a sessão do Atelier Doméstico. Inclua:

- ♥ Menus (pode alternar dois menus básicos todos os dias) (ver Tabela 5.4)
- ♥ Quantidades necessárias de todos os ingredientes
- ♥ Quem fornece que ingredientes e em que quantidade
- ♥ Tamanhos das doses

TABELA 5.4 Exemplo de menu da Índia

Menu	Contribuição	Medida caseira	Quantidade	Calorias	Proteínas (gramas)	Preço em Rupias
Arroz	ONG	4 colheradas	50 gr	200	4,5	1,35
Folhas verdes	Família	1/4 molho	80 gr	35	2	1
Coco	Família	1 punhado	20 gr	222	2,2	1,25
Peixe seco (DP)	Família	2 *tickels*	20 gr	50	11	4
Óleo de coco	ONG	1 colherada	1 colher de sopa	100	0	0,5
Dhal	Família	2 colheradas	15 gr	35	3	1,7
Carne de soja (DP)	Família	1 punhado	10 gr	43	4	1
Refeição ligeira: sementes de abóbora	ONG	1 punhado	5 gr	55	3	2
TOTAL				740	29,7	12,8

6. Fazer a programação das refeições

Com base em toda a informação anterior, execute a programação das refeições cobrindo cada um dos doze dias que constituem a sessão do Atelier Doméstico. Inclua:

- ♥ Menus (pode alternar dois menus básicos todos os dias) (ver Tabela 5.5)
- ♥ Quantidades necessárias de todos os ingredientes
- ♥ Quem fornece que ingredientes e em que quantidade
- ♥ Tamanhos das doses

TABELA 5.5 Exemplo de menu diário do Sri Lanka

MENU A: **Leite materno e...** Arroz Carne de soja + dhal Folhas verdes + coco Óleo de coco	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
	A	B	A	B	A	B sem óleo	Livre
MENU B: **Leite materno e...** Espadilha seca/frita Arroz Feijão verde, papaia Óleo de coco	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	
	A	B	A	B	A	B < óleo	Pesagem

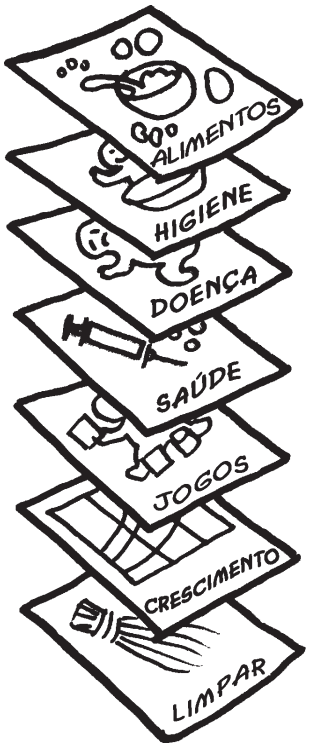
C. Planear mensagens educativas sobre saúde

Desde que as sessões do Atelier Doméstico se realizem num ambiente pequeno e intimista, onde as mulheres se concentrem na saúde dos seus filhos, elas constituem uma excelente oportunidade para divulgar mensagens educativas sobre saúde. Não só os participantes constituem uma "audiência cativa" como também se tornam receptivos às mensagens e interessados em manter os seus filhos saudáveis.

1. Identificar mensagens fundamentais

O processo de IDP identifica inúmeras condutas que parecem levar a melhores estados de saúde e nutrição entre as famílias DP. Use estas práticas como base para as mensagens educativas sobre saúde. A fim de poder afirmar que as lições da IDP estão em conformidade com os padrões internacionais sobre hábitos saudáveis, compare estas mensagens com as do Ministério da Saúde do respectivo país ou com as mensagens da UNICEF "Saúde e Vida" (3). Concentre o seu interesse nas práticas de alimentação, higiene, cuidados gerais e cuidados de saúde importantes, incluindo as práticas de tratamento em casa da criança doente.

Embora muitas mensagens decisivas fiquem demonstradas durante a realização das sessões do Atelier Doméstico (como as práticas de lavar as mãos e de uma alimentação activa), as mensagens que reflectem directamente as práticas identificadas pela IDP precisam de ser clarificadas e realçadas.



As mensagens educativas sobre saúde devem reflectir especialmente as práticas de alimentação, higiene, cuidados gerais e tratamento da criança doente identificadas pela IDP.

Os quadros nesta página dão exemplos de mensagens desenvolvidas à volta de práticas de DP identificadas em Myanmar, Tajiquistão, Moçambique e Vietname.

No Tajiquistão as Crianças da IDP foram:

- ♥ Amamentadas sempre que pediam a partir dos seis meses de idade
- ♥ Bem assistidas e mantidas hidratadas com líquidos caseiros durante episódios de diarreia

Mensagens importantes da IDP em Moçambique

As crianças com idade inferior a três anos precisam:

- ♥ De comer cinco a seis vezes por dia, além do leite materno
- ♥ De gordura ou óleo extras na sua dieta
- ♥ De uma dieta rica em proteínas, com nozes de marula
- ♥ De comer mais alimentos protectores, como fruta e vegetais

Práticas de alimentação de IDP em Myanmar por grupo etário

Crianças dos 6 aos 12 meses:

- ♥ Alimentos complementares três vezes por dia, para além do leite materno sempre que pedido
- ♥ Variedade de alimentos complementares: arroz, óleo, batata, meio ovo de galinha, feijões
- ♥ Quantidade de alimentos: uma chávena de chá cheia por refeição
- ♥ A mãe dá de comer ao filho com uma colher pequena
- ♥ A mãe providencia refeições ligeiras de batata ou pedacinhos de peixe

Crianças dos 12 aos 36 meses:

- ♥ Alimentação frequente: quatro a cinco vezes por dia, além do leite materno
- ♥ Quantidade de alimentos: quatro chávenas de chá cheias por refeição
- ♥ Variedade de alimentos numa refeição: [Pequeno-almoço estufado de peixe; Arroz + feijões + vegetais (família vegetariana); Arroz + peixe pequeno ou camarões e enguia + óleo; Arroz + agriões + ovo de pato + óleo; Arroz + vegetais + carne barata (porco/rã) + óleo]
- ♥ A criança come com colher e tem o seu próprio prato
- ♥ A criança come refeições regulares com a família
- ♥ A criança bebe água de arroz três vezes por semana
- ♥ A criança é vigiada enquanto come

Mensagens de IDP importantes do Vietname

1. Amamentação: O leite materno é o melhor alimento para a criança. Aumenta a protecção contra doenças e ajuda a desenvolver uma forte relação entre a mãe e o filho. Não deixe de amamentar antes dos doze meses.

2. Os bons alimentos – a tigela colorida: Deve dar-se à criança com menos de três anos alimentos variados, três a cinco vezes por dia. Estes alimentos incluem os "bons alimentos" que algumas famílias muito pobres com crianças bem alimentadas usam e que estão disponíveis na nossa comuna. Podemos fazer uma "tigela colorida" com estes "bons alimentos" nutritivos que são…

3. Alimentação suplementar: A partir dos seis meses, para além do leite materno, a criança precisa de uma alimentação suplementar. Podemos começar por dar-lhe uma papa de arroz aguada fraca e, gradualmente, uma mistura de farinha de arroz mais espessa e mais forte cozinhada num caldo de camarão, caranguejo ou vegetais em vez de água.

4. Bons cuidados gerais: As crianças precisam de pessoas que cuidem delas, que as alimentem, que brinquem com elas e que as orientem. A prestação de bons cuidados gerais ajudará a criança a crescer saudável, inteligente e com capacidade para amar o próximo.

5. Bons cuidados de saúde: Podemos ajudar a prevenir que as doenças afectem as crianças, mantendo limpos o seu corpo, a casa e os alimentos; vacinando-as contra doenças graves e levando as crianças doentes ao centro de saúde comunitário; pesando-as regularmente para a detecção precoce da subnutrição.

6. Cuidar de crianças bem alimentadas em casa: As famílias podem continuar a manter e a melhorar a saúde das suas crianças em casa, utilizando os "bons alimentos" disponíveis na comuna, que são …, os "bons cuidados gerais" e os "bons cuidados de saúde" que aprenderam das "Famílias Modelo", tais como …

Mensagens relacionadas com o planeamento de refeições saudáveis e bem equilibradas

As refeições planeadas para as sessões do Atelier Doméstico incluem o cálculo de calorias, hidratos de carbono, gorduras, proteínas e micronutrientes. Contudo, tanto os voluntários do Atelier Doméstico como os encarregados de educação precisam de aprender um método fácil, tal como os grupos de alimentos, para planear eles próprios refeições equilibradas. Comprove se existem grupos de alimentos específicos utilizados nos programas nacionais de nutrição.

Em estudos efectuados, constatou-se que os encarregados de educação têm dificuldade em reter informação sobre três ou quatro grupos de alimentos. Além disso, podem demonstrar maior interesse na combinação dos ingredientes e na respectiva "categoria" e esquecer a importância da frequência e da quantidade. Neste caso, o conceito de "prato colorido" ou de "três cores" pode ser útil. Se três cores diferentes (as escolhas mais comuns de alimentos são brancos/amarelos, verdes e vermelhos/laranja) estiverem presentes, a refeição é, regra geral, equilibrada. Dado que os alimentos de consumo corrente são frequentemente brancos ou amarelos, seria aconselhável acrescentar dois ingredientes de outras cores para tornar a refeição equilibrada.

O Quadro de alimentos é uma outra forma de ensinar os grupos de alimentos (consulte o Capítulo 2, exercício 9: "Refeições tradicionais"). No Quadro de alimentos cada uma das quatro secções representa um componente fundamental dentro de uma dieta equilibrada. Com um pau, desenhe um grande quadrado no chão e coloque os alimentos a cozinhar durante a sessão do Atelier Doméstico nas divisões apropriadas para mostrar a importância da variedade numa dieta saudável.

Mensagens relacionadas com o processo das refeições

O processo da refeição pode constituir uma prática de DP relevante. **No Mali, descobriu-se que uma criança que comia na sua própria tigela se encontrava muito melhor do que aquela que partilhava o prato da família.**

Esta significativa descoberta foi integrada nas práticas e mensagens chave da sessão do Atelier Doméstico. A alimentação activa tem sido muitas vezes identificada em IDPs como uma prática importante a ser encorajada.

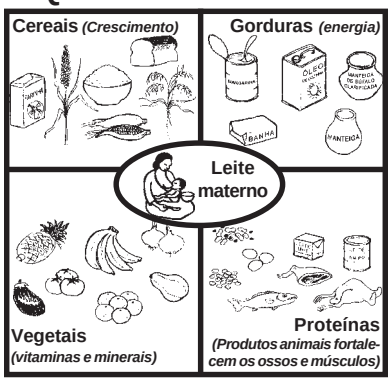
Mensagens relacionadas com a introdução de alimentos

Uma vez que muitas crianças se tornam subnutridas depois dos seis meses de idade, é importante abordar condutas de DP destinadas a prevenir a subnutrição durante o período em que deviam ser introduzidos alimentos complementares. Como complemento do leite materno, a introdução de novos ingredientes numa dieta alimentar infantil exige, frequentemente, um esforço extra da parte dos encarregados de educação. Algumas das práticas fundamentais incluem:

♥ Dar de comer várias vezes por dia. Com um estômago pequeno e limitado, os bebés e as crianças precisam de doses pequenas mas frequentes.

♥ Dar quantidades suficientes de comida à hora própria. Os bebés e as crianças mais pequenas levam mais tempo a comer do que as mais velhas, e precisam de ser "entretidas" para ingerir, colher de chá a colher chá, a dose considerada necessária. A isto se chama alimentação activa.

Quadro de alimentos



Sugestões para uma Alimentação Activa:

♥ Alimente directamente os bebés e ajude os mais velhos a comerem sozinhos

♥ Dê-lhes os seus alimentos preferidos e estimule as crianças a comer quando perdem o interesse ou têm pouco apetite

♥ Se as crianças recusam vários alimentos, experimente diferentes combinações, paladares, texturas e métodos para as encorajar a comer

♥ Converse com as crianças enquanto comem, olhando-as nos olhos

♥ Dê de comer devagar e com paciência e minimize as distracções durante a refeição

♥ Não force as crianças a comer

Fonte: LINKAGES, 2001 (3)

Certifique-se de que lava as mãos e os utensílios a usar estão limpos aquando da preparação dos alimentos e antes das refeições.

♥ Usar ingredientes equilibrados, ricos em nutrientes. Uma boa alimentação após o desmame é composta de arroz, trigo, batata ou outro tipo de cereais macios esmagados e de alimentos proteicos (ovos, leite materno, vegetais), óleo e puré de fruta ou legumes cozidos.

♥ Reduzir as doenças causadas por alimentos contaminados. Certificar-se de que lava as mãos e os utensílios a usar estão limpos aquando da preparação dos alimentos e antes das refeições. Dar somente alimentos recém preparados e bem cozidos. Alimentos cozinhados com antecedência e expostos durante muitas horas à temperatura ambiente levam à proliferação de bactérias causadoras de doenças. Lavar a fruta com água limpa antes de a descascar.

A Investigação de Desvio Positivo (IDP) irá revelar as práticas locais específicas e o tipo de preparação de alimentos que fazem da introdução de alimentos um êxito. A Tabela 5.6 fornece as directrizes para a frequência alimentar sugerida, tendo em conta a idade da criança.

TABELA 5.6 Frequência da alimentação / Tipo de alimento por idade

Idade da criança	Necessidade diária de energia (Kcals) dos alimentos *(não incluindo o leite materno)*	Número de refeições complementares por dia e respectiva forma	Número de amamentações necessárias *(dia e noite)*
6 aos 8 meses	275	2 a 3 vezes/dia Dar cereais semi-sólidos e esmagados com legumes, feijão, leite materno; adicionar pedaços pequenos de produtos animais esmagados (ovo, carne, peixe, queijo) e fruta/vegetais	Sempre que a criança pedir, diminuindo gradualmente de cerca de 8 vezes por dia/noite aos 6 meses
9 aos 11 meses	450	3 a 4 vezes/dia Continuar com papas suaves (como para as crianças de 6 a 8 meses), introduzir também refeições ligeiras e alimentos fritos, aumentar a quantidade de produtos animais e fruta / vegetais	Sempre que a criança pedir
12 aos 23 meses	750	4 a 5 vezes/dia O mesmo que no grupo anterior; passar gradualmente para os mesmos alimentos que a família come, desde que cortados ou esmagados, após os 12 meses	Sempre que a criança pedir, gradualmente até pelo menos 1 vez por dia/noite aos 23 meses

Fonte: Sanghvi 1999 (5)

2. Planear a programação diária de mensagens educativas sobre saúde
Seleccione um máximo de seis mensagens fundamentais para as duas semanas. Depois de terminadas as seis mensagens na primeira semana, repita-as na segunda semana (Dias 7 a 12), usando um método diferente de apresentação, a fim de reforçar as lições aprendidas. Os participantes do Atelier Doméstico debatem uma mensagem por dia. A concentração diária apenas num único tema de discussão impedirá que as mães sejam sobrecarregadas com excesso de informação.

É frequentemente tentador para os elementos e voluntários da equipa (em especial para os profissionais de saúde, enfermeiros, educadores ou nutricionistas) fazer a apologia das suas próprias mensagens sobre nutrição, menus e teorias. A equipa do programa (incluindo os voluntários) deve colocar-se no lugar dos formandos, comunicando às mães participantes, durante as sessões do Atelier Doméstico, o que foi ensinado no decurso da IDP e explicar que é com a sensatez das mães da aldeia que eles estão a aprender e a praticar.

Durante as sessões do Atelier Doméstico, a educação sobre saúde não pode ser ditada como uma lição. Em vez disso, a aprendizagem faz-se durante as sessões através de perguntas e respostas e de discussões de grupo, acompanhando os participantes nas suas casas à medida que concretizam, nas suas próprias cozinhas, as novas práticas de alimentação e de preparação dos alimentos.

O Capítulo 2 dá algumas directrizes sobre técnicas de ensino para adultos. Para mais informações relativas a este assunto e à concepção de mensagens educativas sobre saúde, consulte a lista de Recursos no fim deste manual.

Momentos propícios ao ensino

Durante as sessões do AD, tire partido dos "momentos propícios ao ensino". Num projecto do World Relief, uma voluntária do Atelier Doméstico descobriu que uma criança do grupo tinha com pneumonia. Aproveitou esta oportunidade para discutir sinais de perigo sintomáticos e procurar cuidados de saúde.

TABELA 5.7 Exemplo do plano educativo sobre saúde: sessões do Atelier Doméstico

Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6
Amamentação	Higiene	Tratamento em casa de infecções respiratórias agudas (IRA) / diarreia, incluindo terapia de rehidratação oral (TRO)	Estimulação infantil precoce	Alimentação complementar	Técnicas de preparação de alimentos
Dia 7	**Dia 8**	**Dia 9**	**Dia 10**	**Dia 11**	**Dia 12**
Lições aprendidas ao tentar fazer o menu em casa; amamentação	Higiene	Tratamento em casa de IRA / diarreia, incluindo TRO	Estimulação infantil precoce	Alimentação complementar	Revisão de todas as mensagens; reforçar a capacidade de praticar estas condutas em casa

No final deste capítulo, encontra-se um exemplo de plano educativo sobre saúde com tópicos, conteúdo de mensagens e actividades.

Critérios de selecção para o local das sessões do Atelier Doméstico

- ♥ A localização deve ser acessível e central
- ♥ Ter espaço para 10 a 20 crianças (muitas vezes os irmãos vêm também) e 10 encarregados de educação
- ♥ Ter acesso a uma latrina
- ♥ Ter acesso a água potável limpa para beber, cozinhar e lavar as mãos
- ♥ Ter acesso a sombra e à área de cozinha

D. Escolher o local para as sessões do Atelier Doméstico

O termo "Lar" conota as mulheres que oferecem voluntariamente os seus lares/lareiras para ajudar as mães de crianças subnutridas a começar o processo de reabilitação. De cada voluntária do Atelier Doméstico espera-se que use a sua casa como local para as respectivas sessões. É aconselhável que este seja o mesmo para todo o período de doze dias que dura cada sessão, embora as seguintes possam realizar-se nas casas de outros voluntários para evitar um compromisso a longo prazo. Se o clima o permitir, a sessão do Atelier Doméstico pode ser conduzida no exterior, em colchões debaixo de uma árvore. É importante que o ambiente seja calmo e acolhedor; as sessões não devem acontecer num centro ou em qualquer outra unidade de saúde.

E. Planear protocolos para as sessões do Atelier Doméstico

Os protocolos precisam de ser estabelecidos com a participação e o apoio da comunidade, a fim de permitir que o programa prossiga sem interrupções em direcção aos objectivos e diminua a possibilidade de perder ou esquecer uma qualquer criança que necessite de reabilitação.

1. Decidir qual o ponto limite do estado nutricional para participar

Serão apenas as crianças num estado de subnutrição moderado ou grave convidadas a participar nas sessões do Atelier Doméstico ou devem ser incluídas todas as crianças subnutridas? Alguns membros do Atelier Doméstico começam a enfrentar o desafio de não só prevenir como também de reabilitar a subnutrição e a convidar grávidas pela primeira vez e mães recentes de bebés cujo crescimento decorre normalmente. (Estas mães amamentam exclusivamente os seus filhos durante a sessão do Atelier Doméstico, mas participam na preparação das refeições e noutras actividades de aprendizagem, antecipando o dia em que os filhos se encontrem prontos para receber alimentação complementar). O ponto limite deve ser decidido considerando quem mais precisa e outras questões práticas como a disponibilidade dos voluntários, o orçamento, etc. No Vietname, onde cerca de 70% das crianças com menos de três anos sofrem de subnutrição (ligeira, moderada ou grave), deu-se prioridade de participação nas sessões do Atelier Doméstico às crianças em estado de subnutrição grave ou moderada (6).

Alguns projectos consideram a taxa de crescimento em vez do estado de nutrição. A concentração na curva de crescimento permite ao projecto dar prioridade às crianças em risco de problemas futuros que, de outro modo, podiam não ser seleccionadas. Isto é importante dado que a dificuldade em engordar é, muitas vezes, o primeiro sinal de um problema subjacente. Considere o seguinte: a Criança 1 tem actualmente um peso normal para a sua idade, mas não tem engordado desde a última pesagem; a Criança 2 apresenta um peso abaixo da média para a idade, mas está a engordar de forma gradual e uniforme. Em termos de estado nutricional, a Criança 2 seria uma criança prioritária. Atendendo ao método da curva de crescimento, a Criança 1 seria classificada como sendo de maior risco (7).

2. Determinar os critérios de graduação

Existem dois modos diferentes de determinar se uma criança está pronta a qualificar-se como tendo completado o Atelier Doméstico ou se precisa de continuar com mais uma sessão.

a. Quando utilizar cartões de monitorização de crescimento nacionais:
Os critérios de graduação baseiam-se na oscilação entre os estados de subnutrição grave, moderada, ligeira e normal. Este é o método mais fácil para explicar e praticar com os membros da comunidade. A comunidade pode escolher qualificar as crianças:

- ♥ Só quando atingirem o estado de nutrição normal
- ♥ Quando passarem da subnutrição moderada à ligeira
- ♥ Quando passarem da subnutrição grave à moderada

b. Quando usar as directrizes relativas ao aumento de peso:
Os critérios de graduação baseiam-se na recuperação do crescimento alcançada durante a sessão do Atelier Doméstico. Com este método, as crianças que engordam entre 400 a 800 gramas e apresentam um crescimento tão ou mais rápido do que a Média Padrão Internacional (MPI) são consideradas como tendo atingido um resultado bem sucedido. Pressupõe-se que, uma vez alcançada a recuperação do crescimento, este continuará nos meses seguintes.

No caso de uma criança não aumentar de peso, deve ser referenciada para consulta médica e o voluntário e o supervisor devem fazer uma visita domiciliária destinada a excluir a falta total de comida em casa. Reveja a participação da criança e do encarregado de educação a fim de confirmar se ambos frequentam as sessões com regularidade (às vezes os encarregados de educação não trazem as crianças). A equipa deve igualmente rever o menu do Atelier Doméstico para se certificar de que as crianças estão a receber a dose de calorias e proteínas suficiente.

3. Decidir em quantas sessões do Atelier Doméstico podem participar crianças não graduadas

O número seleccionado dependerá dos propósitos originais desenvolvidos pela comunidade e da situação local. Se o objectivo for passar a criança de um estado de subnutrição grave para o moderado, bastarão duas a três sessões de 12 dias. Se o objectivo for reabilitar as crianças com subnutrição grave, moderada e ligeira para um estado de nutrição normal, serão necessárias mais sessões.

A maior parte das sessões de DP/Atelier Doméstico incluem um exame médico obrigatório, logo a seguir à inscrição de todas as crianças envolvidas no projecto ou daquelas que se encontram num estado de subnutrição moderado ou grave. As crianças que sofrem de subnutrição grave (kwashiorkor ou marasmáticas) necessitam de atenção médica urgente.

Se o estado nutricional não melhorar com a participação recorrente nas sessões do Atelier Doméstico, será necessário recorrer a outra estratégia que não esta.

Nos projectos piloto do Vietname, onde 65% das crianças se encontravam subnutridas, somente aquelas com subnutrição grave (peso por idade ou pontuação Z < 3) estavam inscritas no programa, entendendo-se por "reabilitação" atingir um estado de subnutrição moderado (pontuação Z < -2) ou melhor. O tempo médio para uma criança "se qualificar" de uma subnutrição grave (pontuação Z < -3) para um estado de subnutrição moderado (pontuação Z < -2) variava entre 2,8 sessões para cerca de 1,9 sessões, à medida que o programa avançava. (8)

Egipto

Um protocolo especial para os casos de crescimento infantil deficiente irá centralizar as atenções na assistência a essas crianças. No Egipto, a identificação precoce de crianças subnutridas "em risco" através de um questionário e do interesse suscitado nas repetidas visitas domiciliárias permitiu aos implementadores reduzir significativamente o número de crianças com problemas de crescimento.

O protocolo utilizado neste projecto encontra-se no fim deste capítulo.

(A pontuação Z e o desvio padrão são modos internacionalmente aceites de descrever o estado de nutrição e encontram-se referidos na Tabela 4.5). Porque existe um número significativo de novas crianças a integrar a categoria das subnutridas (até que o convencional senso comunitário se altere), é possível continuar, durante cerca de um ano, com as sessões do Atelier Doméstico numa comunidade com 300 a 500 crianças com idade inferior a três, a fim de fazer a cobertura de todas elas.

No Haiti, 60 a 70% das crianças seguidas durante três a seis meses, depois da sessão do Atelier Doméstico, apresentavam um crescimento tão ou mais rápido do que a média padrão internacional por peso e idade. Em relação à percentagem de 30 a 40% que não cresceu normalmente, estudos concluíram que metade dessas crianças sofria de uma infecção não manifesta, na sua maioria tuberculose, e que a outra metade vivia em condições de extrema pobreza. Estas crianças eram ou tratadas ou estavam inscritas num programa de prestação de capital para a redução da pobreza. (9) Uma ligação anterior com uma equipa formal do sector de saúde é crucial para garantir a existência de um mecanismo de referência para estas crianças. Para as famílias empobrecidas, deviam ser encorajadas actividades geradoras de rendimento. Estas poderiam incluir pequenas poupanças e oportunidades de empréstimo, produção de gado, criação de galinhas, fornecimento de sementes para hortas ou assistência técnica para aumentar a produção agrícola familiar. Documentar em pormenor casos de crianças não recuperadas ajudaria a entender melhor o porquê de algumas crianças não responderem ao programa do Atelier Doméstico.

Cenários demonstrativos do tipo de situações do Atelier Doméstico e do seu impacto no número de sessões por criança

Cenário 1: O DP/Atelier Doméstico opera numa região susceptível a cheias, seca ou terramotos e sob dificuldades económicas que envolvem a migração sazonal de todos ou de alguns membros das famílias. Devido à vulnerabilidade da comunidade podem, eventualmente, ser necessárias mais sessões com interrupções periódicas.

Cenário 2: O DP/Atelier Doméstico opera sem muito apoio em termos de saúde pública. Nesta situação, as causas subjacentes da fraca resposta à ingestão de alimentos adicionais, como por exemplo a tuberculose infantil, não são tratadas e as crianças subnutridas podem precisar de participar em mais sessões do Atelier Doméstico.

Cenário 3: O projecto está integrado num programa de sobrevivência infantil ou em partes de um programa de assistência hospitalar e as famílias têm bom acesso a um centro de saúde. Os autores do projecto e a comunidade podem acordar um conjunto de sessões do Atelier Doméstico por criança (ex. duas a quatro) para evitar a dependência familiar do projecto.

Devido a todas as condições descritas nos 3 cenários, é muito difícil determinar antecipadamente quantas sessões do AD serão realizadas numa certa comunidade.

Pode acontecer, dentro de uma comunidade, bairro ou povoado, haver menos sessões de Atelier Doméstico. Os gestores do programa devem permanecer atentos aos incentivos obstinados de prolongar o Atelier Doméstico o mais tempo possível (mesmo à custa de "manter" um nível de subnutrição). Este facto torna-se particularmente verdadeiro se o projecto fizer o cálculo das contribuições da comunidade (dinheiro, alimentos, etc.) com base no número de actividades ou de crianças afectadas.

Exemplo de protocolos do Atelier Doméstico seleccionados por comunidade

1. Realizar trimestralmente a promoção e monitorização do crescimento regular para todas as crianças com idade inferior a três anos
2. Todas as crianças com menos de três anos que sofrem de subnutrição moderada ou grave devem participar nas sessões do Atelier Doméstico
3. Os voluntários efectuam visitas domiciliárias de acompanhamento paralelamente às sessões do Atelier Doméstico
4. As crianças trazidas às sessões do Atelier Doméstico e suspeitas de sofrerem de uma doença subjacente devem ser remetidas para o posto médico local
5. Todas as crianças que não melhoraram após duas sessões de 12 dias (num espaço de dois meses) devem ser referenciadas para exame médico
6. As mulheres grávidas devem ser encorajadas a comer mais durante a gravidez e a ter assistência pré-natal
7. As mães que amamentam devem continuar a fazê-lo sempre que pedido
8. A vitamina A será distribuída a todas as crianças de dois em dois anos
9. Todas as crianças serão desparasitadas antes de participar na primeira sessão do Atelier Doméstico

F. Criar um plano anual de actividades

Planeie o ano com a comissão comunitária de saúde, o supervisor/formadores do projecto, os voluntários do Atelier Doméstico, os trabalhadores comunitários de saúde e os profissionais de saúde a fim de fixar as datas para a monitorização do crescimento e para as sessões do Atelier Doméstico. A Tabela 5.8 fornece um exemplo do plano de trabalho anual numa grande comunidade.

No caso de já existir um programa de Monitorização do Crescimento na comunidade, os participantes e os graduados do Atelier Doméstico devem continuar a participar. Durante as visitas domiciliárias, os voluntários podem encorajar as mães a levar os filhos, recordando a existência do programa. Se esse programa não existir, deve aparecer como prioridade a desenvolver no plano de trabalho anual. A comissão comunitária de saúde pode tomar a iniciativa a fim de assegurar a participação de todas as famílias, para que todas as crianças da comunidade com menos de cinco anos, sejam pesadas regularmente. As mães com filhos que apresentem um bom desenvolvimento receberão opiniões positivas, enquanto que crianças subnutridas serão detectadas e referenciadas ao Atelier Doméstico.

A monitorização do crescimento é um aspecto importante do plano em curso, dado que:

- ♥ Possibilita aos encarregados de educação e aos membros da comunidade seguir o desenvolvimento infantil normal e estimula os encarregados de educação com filhos saudáveis a mantê-los assim
- ♥ Identifica as crianças subnutridas para reabilitação através do Atelier Doméstico
- ♥ Monitoriza o estado nutricional do grupo alvo ao longo do tempo
- ♥ Mede o impacto do DP/Atelier Doméstico nos beneficiários
- ♥ Avalia a reabilitação sustentada dos participantes no Atelier Doméstico 6 a 12 meses após a reabilitação

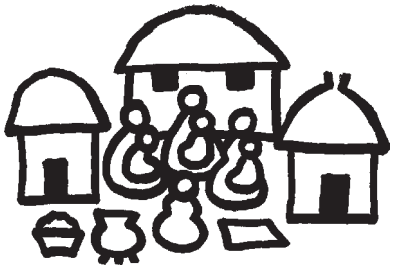


TABELA 5.8 Exemplo do plano anual do Atelier Doméstico

	Comunidade grande com índice elevado de crianças subnutridas	Mês	Semana
1	Apresentar às aldeias os resultados do estudo nutricional e estabelecer uma parceria e um objectivo geral com os dirigentes comunitários	1	1
2	Atelier sobre a análise participativa da situação da saúde infantil, incluindo a IDP para os formadores		2
3	Análise participativa da situação em 2 aldeias com um plano comunitário de acção		3
4	Organizar ou reactivar a comissão comunitária de saúde (CCS) na aldeia e seleccionar os voluntários do Atelier Doméstico (VAD)		4
5	Documentar a análise da situação e a formação de formadores (FdF) relativamente ao programa de monitorização de crescimento (PMC)		4
6	Formar a CCS e os VAD relativamente ao PMC e actualizar os registos referentes às famílias	2	1
7	Primeira sessão de PMC (sessão 1) em 2 aldeias, com obtenção de opiniões		1
8	Formar os formadores (supervisores) relativamente ao Atelier Doméstico (sessão 1)		2
9	Formar a CCS e os VAD relativamente ao Atelier Doméstico (sessão 1)		2
10	Primeiro Atelier Doméstico supervisionado, 1 sessão de reabilitação e educação nutricional		3 e 4
11	Sessão de opinião/ resultado das lições	3	1
12	FdF relativamente à administração do Atelier Doméstico (ferramentas de monitorização e supervisão), preparação para a formação relativamente ao Atelier Doméstico (sessão 2)		1
13	Formar a CCS e os VAD relativamente ao Atelier Doméstico (sessão 2), incluindo a capacidade de comunicação e o formato de uma visita domiciliária, administração (monitorização)		2
14	Segunda sessão do Atelier Doméstico (sessão 2) em 2 aldeias		3 e 4
15	Supervisionar visitas domiciliárias por VAD	4	1
16	FdF relativamente à segunda sessão de PMC, incluindo a monitorização de acontecimentos vitais e a criação de quadros de pontuação		1
17	Formação relativamente à segunda sessão de PMC para CCS e VAD		1
18	Segunda sessão do PMC em 2 aldeias (sessão 2)		2
19	Terceira sessão do Atelier Doméstico (sessão 3)		3 e 4
20	Quarta sessão do Atelier Doméstico (sessão 4)	5	3 e 4
21	Terceira sessão do PMC (sessão 3)	6	2
22	Quinta sessão do Atelier Doméstico (sessão 5)	7	3 e 4
23	Sexta sessão do Atelier Doméstico (sessão 6)	8	3 e 4
24	FdF relativamente à avaliação semestral da reabilitação e educação nutricional	9	1
25	Quarta sessão do PMC (sessão 4) e avaliação semestral do Atelier Doméstico		2
26	Documentação da avaliação (quantitativa e qualitativa) e planeamento de novas estratégias (novo plano de acção)		3
27	Sétima e oitava sessões do Atelier Doméstico (sessões 7 e 8)	9 10	3 e 4 3 e 4
28	Quinta sessão do PMC (sessão 5)	11	2
29	Sexta sessão do PMC (sessão 6)	13	2
30	Sétima sessão do PMC (sessão 7)	15	2
31	Avaliação da primeira fase do projecto		3 e 4

Devem ser incorporados alimentos tradicionais?

Em geral, a gastronomia ou pratos nacionais de um país são naturalmente equilibrados. A sua preparação pode ser difícil ou demorada e, por isso, já não ser tão frequente. Pergunte aos idosos que vivem na comunidade sobre possíveis receitas de antigamente. Na maior parte dos países, há folhas indígenas que perderam a antiga aceitação a favor de outros vegetais, como a couve e a beringela. Essas folhas, muitas vezes ricas em ferro, cálcio, ácido fólico, proteínas e vitamina A podem voltar a ser introduzidas na dieta padrão através do Atelier Doméstico.

Como é que ultrapassa crenças enraizadas como aquelas que atribuem a subnutrição a causas não relacionadas com a alimentação?

Uma das razões para começar o DP/Atelier Doméstico em pequenas áreas piloto é a demonstração, no espaço de um mês, do seu impacto dramático sobre a subnutrição infantil. Quando as crianças que sofrem de subnutrição são reabilitadas, elas transformam-se na prova viva da eficácia das práticas do Atelier Doméstico e os membros da comunidade defendem a mudança. Através deste exemplo, os costumes podem modificar-se. Para conduzir a experiência piloto, procure a participação de mães que não estejam muito arreigadas a crenças e costumes.

O que acontece se o sistema de castas proíbe pessoas de castas diferentes comerem juntas?

Realize uma IDP e considere desviadores positivos aqueles que quebram esse hábito. Entretanto, forme grupos da mesma casta para facilitar a coesão do grupo.

Vencendo feiticeiros no Mali

No Mali, as avós viram crianças a ser reabilitadas de um estado kwashiokor, que anteriormente consideravam mau olhado e curável apenas através de feitiçaria. Elas disseram *"On a vaincu les sorciers" (Nós vencemos os feiticeiros).*

O leite materno é uma fonte rica em Vitamina A nos primeiros meses de vida. Quando a criança começa a comer outros alimentos aos seis meses, precisa de ingerir diariamente alimentos ricos em Vitamina A.

Em áreas onde os alimentos com Vitamina A escasseiam e nos países onde a insuficiência de Vitamina A se encontra documentada, a OMS recomenda suplementos de Vitamina A a crianças e mulheres no pós-parto. Confirme este programa de administração de Vitamina A junto da equipa do Ministério da Saúde responsável.

INFORMAÇÃO ADICIONAL SOBRE MICRONUTRIENTES

Vitamina A

Existe uma relação entre a insuficiência de Vitamina A e a crescente frequência de infecções e carência de calorias/proteínas. A Vitamina A ajuda a proteger o organismo da cegueira nocturna, sarampo, infecções respiratórias e diarreia.

♥ O leite materno é uma fonte rica em Vitamina A nos primeiros meses de vida. Quando a criança começa a comer outros alimentos aos seis meses, precisa de ingerir diariamente alimentos ricos em Vitamina A.

♥ À Vitamina A encontrada nos produtos animais chama-se *pré formada* ou *retinol* (pronta a ser absorvida e utilizada pelo organismo). O retinol existe na carne e nos peixes gordos, na gema de ovo e na gordura do leite. O fígado é uma fonte de Vitamina A particularmente rica.

♥ À Vitamina A encontrada em vegetais chama-se *pró-vitamina* ou *caroteno* (uma forma que o organismo converte em Vitamina A). Fontes importantes de caroteno são os vegetais de cor amarela viva ou laranja como por exemplo cenouras, abóbora e batata doce; papaia/mamão ou manga; o óleo de palma e vegetais de folha verde escura. A Vitamina A é razoavelmente estável nos métodos de cozedura normais e não se dissolve na água. Contudo, tempos de cozedura prolongados fazem desaparecer a cor e, com ela, a Vitamina A. As folhas começam a perder o seu teor em caroteno logo que são cortadas.

♥ Em áreas onde os alimentos com Vitamina A escasseiam e nos países onde a insuficiência de Vitamina A se encontra documentada, a OMS recomenda suplementos de Vitamina A a crianças e mulheres no pós-parto. Na altura desta publicação, a dose aconselhada era de 200.000 IU para a mãe durante as primeiras oito semanas depois de ter dado à luz e de 100.000 IU para os bebés a partir dos 6 a 11 meses. (10) Confirme este programa de administração de Vitamina A junto da equipa do Ministério da Saúde responsável.

Vitamina C

A Vitamina C desempenha um papel importante na prevenção de doenças e da anemia. A melhor fonte de Vitamina C para crianças muito pequenas é o leite materno. Encontra-se também na fruta, nos vegetais e em alguns tubérculos. Excelentes fontes de Vitamina C são os citrinos (limões, laranjas, etc.), a melancia, os morangos, a manga e o tomate. A Vitamina A é altamente solúvel na água e rapidamente destruída pela acção do calor.

ADDITIONAL MICRONUTRIENT INFORMATION

Ferro

Se a prevalência da anemia é muito elevada (40% ou mais), administre diariamente suplementos de ferro (12,5 mg/dia) a crianças de seis meses a um ano. Se necessário, continue com a administração do suplemento até aos vinte e quatro meses. Para bebés de baixo peso, comece com o suplemento aos três meses. (11)

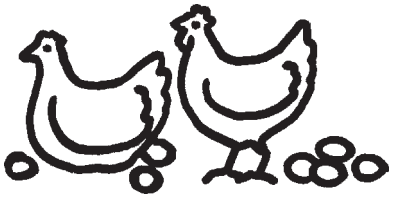
O chá inibe a absorção do ferro. Em países onde beber chá às refeições é um hábito cultural, as famílias devem ser encorajadas a substitui-lo por uma infusão de ervas aromáticas locais, água fervida simples ou sumo. O chá servido entre as refeições não afecta a absorção do ferro.

A carne vermelha e a gema de ovo são fontes excelentes de ferro facilmente absorvível pelo organismo, ao contrário do que acontece com o ferro de fontes vegetais que é de muito difícil absorção. Vegetais de folha verde, frutos secos como passas, legumes e melaço são muito ricos em ferro. A Vitamina C contribui para uma melhor absorção do ferro existente nos alimentos ingeridos.

O chá inibe a absorção do ferro. Em países onde beber chá às refeições é um hábito cultural, as famílias devem ser encorajadas a substitui-lo por uma infusão de ervas aromáticas locais, água fervida simples ou sumo.

Zinco

O zinco tem um efeito positivo no tratamento de diarreias e é essencial ao crescimento e desenvolvimento das crianças. Combate igualmente a pneumonia, ajuda a fortalecer o sistema imunitário infantil, e cura rapidamente feridas. Suplementos de zinco devem ser administrados a crianças com atraso no crescimento a fim de aumentar a respectiva taxa. O zinco é encontrado em grãos inteiros e em produtos animais tais como na carne, leite e ovos.



Nota:
Quaisquer suplementos à base de micronutrientes ou remédios de desparasitação devem ser dados antes de e independentemente da sessão do Atelier Doméstico, quer no centro de saúde quer nas sessões mensais de monitorização do crescimento. As mães poderão achar que a recuperação do filho se ficou a dever aos suplementos e não às práticas e alimentação do Atelier Doméstico.

As mensagens dos dias 1 a 6 são repetidas nos dias 7 a 12, a fim de reforçar as lições do Atelier Doméstico a serem praticadas em casa.

TABELA 5.9 **Exemplo de conteúdo programático: sessão de 12 dias do Atelier Doméstico**

DIA	TÓPICO PRINCIPAL	CONTEÚDO	ACTIVIDADES
Dia 1	Amamen-tação	Leite materno como melhor alimento para o bebé Benefícios do colostro Iniciação imediata à amamentação após o parto Amamentação exclusiva durante 3 meses no mínimo Duração da amamentação (até aos 24 meses)	Discussão Utilização de ajudas visuais interactivas (cartaz) para transmitir a mensagem
Dia 2	"Bons alimentos" e variedade de alimentos	Inventário de alimentos para crianças disponíveis na aldeia Alimentos de DP Contribuição diária de alimentos Menu do Atelier Doméstico Importância da gordura na dieta da criança pequena 3 refeições/dia e refeições ligeiras nos intervalos	Discussão Utilização dos ingredientes do menu do AD Jogos, cartaz
Dia 3	Alimenta-ção comple-mentar	Quando introduzir a alimentação complementar Porquê introduzir novos alimentos para além de continuar a amamentar Ingredientes para a alimentação complementar Consistência, quantidade e método de alimentação	Discussão Receitas de alimentação complementar Mensagem, jogos
Dia 4	Bons cuidados gerais	Higiene pessoal Higiene em torno da alimentação Supervisão durante as refeições Como alimentar a criança com pouco apetite	Discussão Prática durante o AD Mensagem
Dia 5	Bons cuidados de saúde	Higiene ambiental e alimentar Promoção da vacinação e pesagem regular Diarreia: tratamento da diarreia em casa (sintomas, dieta, utilização de SRO, demonstração) Identificar sinais de perigo e procurar ajuda Prevenção da diarreia	Demonstração Utilização apropriada da embalagem de SRO ou equivalente caseiro Mensagem
Dia 6	Manter as crianças saudáveis em casa	Utilização de alimentos de DP em casa Praticar boa higiene em torno dos alimentos e durante as refeições Manter boa ambiental e pessoal	Discussão Gráfico da família modelo
DIA DE FOL-GA		**Praticar em casa**	
Dia 7	Amamen-tação	Como aumentar a produção de leite materno Amamentação durante período de doença da mãe ou da criança Dieta da mãe durante a lactação Amamentação e espaçamento de gravidezes	Discussão Utilização de ajudas visuais interactivas, cartaz Mensagem
Dia 8	"Bons alimentos" e variedade de alimentos	Revisão dos tópicos do dia 2 Função dos tipos de alimentos benéficos para o crescimento adequado (quatro grupos de alimentos) Revisão dos menus do Atelier Doméstico	Discussão Utilização dos ingredientes do menu do AD Mensagem, jogos, cartaz
Dia 9	Alimenta-ção comple-mentar	Revisão dos tópicos do dia 3 Alimentação complementar Amamentação	Cartaz Receitas de alimentação complementar Mensagem
Dia 10	Bons cuidados gerais	Interacção positiva frequente com a criança Demonstração de afecto Supervisão constante e durante brincadeiras	Jogos manuais Canções
Dia 11	Bons cuidados de saúde	Revisão dos tópicos do dia 5 Tratamento da criança doente em casa IRA: identificação dos sinais de perigo Dieta durante e depois de período de doença Procurar cuidados médicos Prevenção	Discussão Demonstração dos padrões de respiração Revisão da mensagem
Dia 12	Manter as crianças saudáveis em casa	Utilização de alimentos de DP em casa Praticar boa higiene em torno dos alimentos e durante as refeições Manter boa ambiental e pessoal	Discussão Família modelo Cartaz Mensagem

"Bons cuidados gerais" incluem a interacção positiva e frequente com a criança, demonstrações de afecto e a supervisão constante de brincadeiras.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O ATELIER DOMÉSTICO

Nome do TLS_____Data_____
Nome da criança_____Data de nascimento_____
Idade (meses)__ Sexo ☐feminino☐masculino Peso da criança (kg)___
Nome da mãe _____

No início da sessão de 12 dias do Atelier Doméstico, pergunte à mãe as seguintes questões acerca da criança

Secção I: Critérios principais (Uma ou mais respostas 'b.' indicam que a criança se encontra EM RISCO)			
Nº	***Perguntas e filtros***	***Categorias de codificação***	
1	Qual é a ordem de nascimento da criança?	[ ] a. 1º - 4º filho [ ] b. 5º filho ou posterior	b:[ ]
2	A criança tem um irmão gémeo?	[ ] a. Não [ ] b. Sim	b:[ ]
3	Que idade tinha quando a criança nasceu?	[ ] a. 30 anos ou menos [ ] b. 31 anos ou mais	b:[ ]
4	Até à data, quantas gravidezes teve? _____ Quantos partos? ____ Quantos nados-vivos? ____ Já morreu algum filho seu?	[ ] a. Não [ ] b. Sim	b:[ ]
5	Até à data, a quantas sessões de 13 dias do AD assistiu anteriormente esta criança? *(Não incluindo a sessão actual)*	[ ] a. 0 - 1 sessão [ ] b. 2 sessões ou mais	b:[ ]
Secção II: Critérios secundários (Duas ou mais respostas 'b.' indicam que a criança se encontra EM RISCO)			
Nº	***Perguntas e filtros***	***Categorias de codificação***	
6	Na sua casa existe uma latrina sanitária?	[ ] a. Sim [ ] b. Não	b:[ ]
7	Esta criança teve diarreia nas últimas duas semanas?	[ ] a. Não [ ] b. Sim	b:[ ]
8	Esta criança nasceu "invulgarmente pequena" em comparação com outros recém-nascidos?	[ ] a. Não [ ] b. Sim	b:[ ]
9	Quanto tempo gasta por dia a cuidar da criança? (A alimentar e brincar)	[ ] a. Mais de 1 hora [ ] b. Menos de 1 hora	b:[ ]
10	*(Fazer esta pergunta apenas a mães de crianças entre os 6 e os 12 meses de idade):*Amamentou exclusivamente esta criança durante pelo menos 4 meses?	[ ] a. Sim [ ] b. Não	b:[ ]

Número total de respostas 'b' na Secção I (Critérios principais): ____
Número total de respostas 'b' na Secção II (Critérios secundários): ____

CRIANÇAS EM RISCO: NÃO ☐ SIM ☐

Este formulário foi concebido para **identificar crianças em particular risco**, que podem precisar de especial atenção durante ou após as sessões do AD e durante as visitas domiciliárias. Estas crianças têm menos probabilidade de se qualificarem na intervenção actual e necessitam de um maior esforço por parte do voluntário do AD para aumentar as hipóteses de se graduar.

Os voluntários devem preencher o formulário individualmente para cada criança no primeiro dia da sessão do AD, após a pesagem. No final desta sessão, o voluntário deve analisar os dados e identificar as crianças que representam maior risco na comunidade.

Verifique os códigos ao lado da categoria que melhor corresponde à resposta da mãe. Se a alguma das respostas for 'b', assinale a última coluna.

Se a resposta a QUALQUER pergunta da Secção I (critérios principais) for 'b', ou se houver mais do que DUAS respostas 'b' na Secção II (critérios secundários), a criança deve ser identificada como alguém que precisa de atenção especial, conforme indicado na página que se segue.

Formulário de Save the Children/US: Gabinete de campo do Egipto

PROTOCOLO PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS SUBNUTRIDAS "EM RISCO"

Se as respostas ao Formulário de Inscrição no Atelier Doméstico (página anterior) indicarem que a criança se encontra em particular risco, ela deve ser identificada como alguém que precisa de atenção especial, conforme demonstrado neste "protocolo".

1. Assegure que a mãe e o filho estão presentes nos doze dias da sessão do Atelier Doméstico (verifique todos os dias).
2. Faça uma visita domiciliária adicional à família.
3. Certifique-se de que a mãe entendeu todas as mensagens e práticas recomendadas no Atelier Doméstico.
4. Descreva as práticas e sua importância a outros membros da família responsáveis pela tomada de decisões (ex. sogra e/ou marido), a fim de assegurar o respectivo apoio.
5. Certifique-se de que todas as crianças de seis meses e mais velhas recebem alimentação complementar enquanto continuam a ser amamentadas, que a criança recebe alimentação activa da mãe/ pai/encarregado de educação (especialmente aquelas com pouco apetite), que existe variedade de alimentos (particularmente alimentos de DP) na dieta diária da criança e que há uma frequência adequada de alimentação (pelo menos 3 a 4 refeições por dia) com a quantidade de alimentos apropriada a cada uma delas. Promova as refeições ligeiras a dar à criança em casa.
6. Durante as visitas domiciliárias, preste especial atenção às mães que estão a introduzir, pela primeira vez, a alimentação complementar.
7. Passe mais tempo nas visitas domiciliárias e investigue problemas subjacentes, constrangimentos e pontos de resistência conversando com a mãe, a sogra, o marido e outros elementos da família (ex. limitações de tempo, falta de poder das mães para levarem a cabo as práticas do AD em casa, objecções da sogra/marido em relação às novas práticas, limitações económicas, inexistência de latrina ou fonte de água potável segura, etc.).
8. Certifique-se de que a mãe tem tempo suficiente para realizar as práticas recomendadas no Atelier Doméstico e passa tempo suficiente a alimentar, a interagir e a brincar com a criança. Caso contrário, discuta a possibilidade da mãe reduzir a sua carga laboral com a ajuda da sogra, marido e outros membros da família. Este problema pode ser abordado em profundidade referindo uma melhor gestão do tempo, que dê prioridade às necessidades da criança no âmbito do trabalho quotidiano, etc.
9. Assegure que o(s) encarregado(s) de educação secundário(s) recebem aconselhamento adequado para cuidarem da criança quando a mãe se ausenta de casa.
10. Investigue a existência de práticas de higiene correctas no lar (ex. boa higiene corporal, uso de água potável segura, boa higiene em torno das refeições e preparação dos alimentos, etc.).
11. Assegure que a mãe/sogra/marido sabem identificar os sinais de perigo de doença e explique a importância da procura de ajuda médica profissional adequada e atempada. Enfatize a relevância de continuar a alimentar a criança durante períodos de doença e aumentar a quantidade alimentar imediatamente após a doença para a criança recuperar o seu crescimento.
12. Investigue a existência de embalagens de SRO em casa e se estas são utilizadas correctamente pela mãe.
13. Se, na altura da visita, a criança tiver diarreia, certifique-se de que a mãe lhe dá SRO (especialmente na sua presença).

Passe mais tempo nas visitas domiciliárias e investigue problemas subjacentes, constrangimentos e pontos de resistência.

CAPÍTULO 6
Passo 6, 7 e 8: Conduzir, apoiar e repetir as sessões do Atelier Doméstico

PASSO 6

Conduzir as sessões do Atelier Doméstico

A. Recolher materiais e implementar sessões diárias do Atelier Doméstico
B. Receber e registar encarregados de educação e crianças e recolher alimentos de DP
C. Liderar as sessões do Atelier Doméstico
D. Supervisionar as actividades do Atelier Doméstico

Terminado o planeamento, é altura de iniciar as sessões do Atelier Doméstico. Este capítulo abrange os Passos 6 ao 8.

Passo 6: Conduzir as sessões do Atelier Doméstico

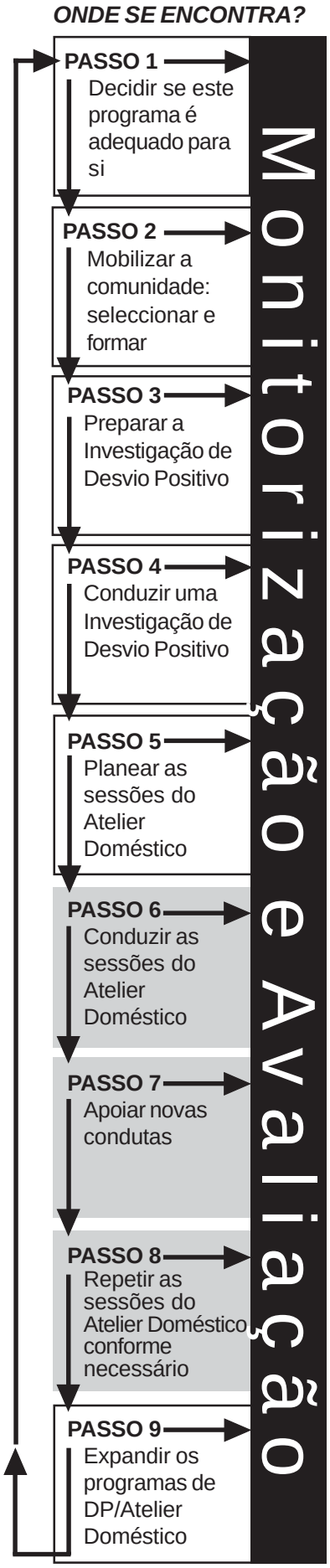
Há um conto popular europeu que ilustra a dinâmica patente nas sessões do Atelier Doméstico:

A sopa de pedra

Após anos e anos de guerra, dois soldados chegaram a uma aldeia em busca de comida. Foram à primeira casa e pediram algo para comer. Cansada de sustentar soldados durante a guerra e de recursos limitados, a primeira família disse-lhes que não tinha comida que pudesse dispensar. Foram à segunda casa e receberam a mesma resposta.

Os inteligentes soldados decidiram então fazer uma panela de "sopa de pedra". Pediram uma panela emprestada e lá dentro colocaram uma grande pedra. Adicionaram água e deixaram a "sopa" ferver.

As pessoas da aldeia ficaram curiosas e juntaram-se em torno dos soldados para verem o que estavam a cozinhar. Os soldados disseram: *"Esta sopa está muito boa, mas poderia ficar melhor se tivesse umas cenouras para lhe darem mais sabor."* Uma mulher exclamou imediatamente *"Sim, eu tenho algumas cenouras na minha despensa! Vou a correr buscá-las."* Eles cortaram as cenouras e juntaram-nas à panela. A seguir disseram: *"Esta sopa de pedra ficaria deliciosa se ao menos tivéssemos algumas batatas."* Não tardou até que um vizinho trouxesse as batatas. A seguir, os soldados disseram que diferença faria a excelente adição de cebolas, tomate, feijão e abóbora. Pouco depois a panela estava cheia até cima com uma sopa bem nutritiva. Toda a comunidade festejou e felicitou os soldados pela sua magnífica receita.



A importante moral do conto "A sopa de pedra" é que muitas contribuições pequenas levaram à criação de uma grande refeição nutritiva para todos. Desta forma, é possível combinar os alimentos disponíveis localmente, contribuídos pelo programa do Atelier Doméstico e pelos membros da comunidade, para alimentar e reabilitar as crianças subnutridas.

Lista de materiais

- ♥ Balanças /também utilizáveis no programa de monitorização do crescimento)
- ♥ Registos para controlar a assiduidade e as pesagens
- ♥ Menu diário e respectivas receitas
- ♥ Materiais didácticos sobre saúde
- ♥ Sabão, bacia e toalhas (para a demonstração e prática da lavagem das mãos)
- ♥ Cântaros de água
- ♥ Esteiras (para acomodar as crianças)
- ♥ Panela, frigideira e outros utensílios de cozinha
- ♥ Tábuas de cortar, almofariz e pilão
- ♥ Combustível/ lenha (para cozinhar)
- ♥ Chávenas, tigelas, pratos e colheres (os encarregados de educação podem trazer de casa)
- ♥ Alimentos básicos (ex. arroz, fufu, inhames)
- ♥ Óleo
- ♥ Ingredientes adicionais

A. Recolher materiais e implementar sessões diárias do Atelier Doméstico

Os materiais que se seguem devem ser reunidos e instalados algumas horas antes do início da sessão do Atelier Doméstico:

Quantas mais contribuições destes produtos for possível aos encarregados de educação e membros da comunidade fazer, maior será a aceitação da comunidade e, consequentemente, a sustentabilidade do Atelier Doméstico. Além de uma pequena quantidade de alimentos de DP, espera-se que as mães tragam alternadamente alimentos básicos, óleo e outros ingredientes. Talvez poderão trazer também tigelas, chávenas, colheres e toalhas em cada dia e, à vez, contribuir com panelas e restantes utensílios de cozinha. A Tabela 6.1, na página seguinte, fornece uma lista dos materiais básicos e colunas para identificar a respectiva fonte.

Após a recolha dos materiais, monte uma banca com uma área para lavar as mãos, com água limpa e sabão, e uma área de superfície limpa para lavar e cortar os alimentos. A uma distância segura da cozinha, crie um ambiente limpo, estendendo uma esteira para as crianças se sentarem e brincarem. Disponha todos os utensílios, pratos e chávenas e cubra-os para prevenir o contacto com moscas ou pó.

B. Receber e registar os encarregados de educação e crianças e recolher os alimentos de DP

O voluntário e a equipa do programa devem cumprimentar todos os participantes calorosa e educadamente. O voluntário deve recolher os alimentos de DP e indicar aos participantes onde se podem sentar. O voluntário deve depois registar a presença dos encarregados de educação no livro de registos, bem como os alimentos de DP e/ou restantes contribuições trazidos para a sessão.

TABELA 6.1 **Registo dos materiais básicos para a cozinha do Atelier Doméstico**

PRODUTOS	COMUNIDADE	AGÊNCIA IMPLEMENTADORA	ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
Panelas			
Frigideira			
Utensílios de cozinha			
Tigelas			
Bacias			
Colheres			
Chávenas			
Cântaros de água			
Tábuas de cortar			
Almofariz e pilão			
Sabão			
Corta-unhas			
Esteiras			
Combustível/lenha			
Alimentos de DP			
Alimentos básicos (arroz, fufu, inhames)			
Óleo			
Toalhas			
Outros ingredientes			

As sessões do Atelier Doméstico requerem que cada encarregado de educação traga alguns dos alimentos nutritivos que foram identificados como sendo de Desvio Positivo na sua comunidade. Para tal existem várias razões:

- ♥ Os encarregados de educação aprendem a reunir ou comprar os alimentos de DP e a preparar, com eles, refeições nutritivas
- ♥ Os encarregados de educação praticam repetidamente a tarefa de recolher e preparar alimentos saudáveis
- ♥ Demonstram que a prática alimentar será possível de manter após a conclusão da sessão
- ♥ As famílias criam o hábito diário de dar às crianças alimentos saudáveis imediatamente disponíveis

As sessões do Atelier Doméstico requerem que cada encarregado de educação traga alguns dos alimentos nutritivos que foram identificados como sendo de Desvio Positivo na sua comunidade.

C. Liderar as sessões do Atelier Doméstico

Uma sessão de duas horas do Atelier Doméstico é normalmente dividida em três partes: uma hora para a preparação e cozedura dos alimentos, meia hora para a alimentação e outra meia hora para a limpeza e discussão do tópico de saúde. De dia para dia, os participantes alternam entre as diferentes tarefas do Atelier Doméstico para que cada um deles aprenda todas as condutas.

Enquanto uns participantes cozinham, os outros brincam e cuidam das crianças. Lavam as mãos, dão refeições ligeiras e praticam jogos e canções para estimular as crianças. Os irmãos mais velhos presentes podem ser recrutados para ajudar a lavar mãos, a cuidar da higiene, a dar refeições, a brincar e a participar nas discussões.

As refeições em grupo inerentes às sessões do AD são importantes pelas seguintes razões:

- ♥ As refeições conjuntas ajudam a superar a falta de apetite, porque as crianças que se sentam juntas tendem a comer juntas
- ♥ É formado um grupo de apoio através da preparação colectiva de uma refeição conjunta
- ♥ Os encarregados de educação podem partilhar e praticar diferentes técnicas de estimulação infantil precoce
- ♥ Os voluntários podem controlar a comida dada às crianças subnutridas em detrimento de outros membros da família
- ♥ Os voluntários podem educar os encarregados de educação cativos sobre nutrição
- ♥ Os voluntários podem demonstrar o aspecto emocional da alimentação entre mãe/irmão e criança
- ♥ Os voluntários podem dar apoio emocional aos encarregados de educação

Passos gerais realizados em cada sessão diária do Atelier Doméstico

1. Receba todos os participantes dando-lhes as boas-vindas. Reveja os objectivos do Atelier Doméstico, a programação do dia e responda a quaisquer questões ou preocupações dos participantes. (Pode discutir os alimentos de DP e outras contribuições trazidos nesse dia, bem como as causas do crescimento lento de uma criança.)
2. Indique aos participantes onde podem lavar as suas mãos e as das crianças: demonstre a técnica correcta para o fazer, usando sabão e esfregando as mãos pelo menos três vezes. (Nessa altura, verifique se alguma criança está doente e, em caso afirmativo, remeta-a para o posto de saúde local.)
3. Distribua um petisco pelas crianças (refira que um petisco ou uma refeição ligeira aumenta a ingestão de calorias, estimula o apetite e proporciona aos encarregados de educação mais tempo para cozinhar a refeição principal).
4. Conduza uma discussão sobre a educação em saúde e em particular sobre o tópico abordado naquele dia.
5. Divida os participantes em equipas para desempenharem tarefas distintas de preparação de alimentos, tratamento e estimulação das crianças e limpeza da área de trabalho.
6. Prepare e cozinhe os alimentos enquanto outros participantes brincam com as crianças, através de jogos e canções.
7. Instrua os encarregados de educação e crianças a lavarem novamente as mãos.
8. Distribua a refeição e supervisione os encarregados de educação enquanto estes alimentam as crianças (aproveite qualquer oportunidade para demonstrar as técnicas da alimentação activa).
9. Proceda à limpeza final.
10. Reveja as lições do dia.
11. Planeie o menu e as contribuições alimentares do dia seguinte juntamente com as mães e outros encarregados de educação.

Dias especiais

Alguns dias serão preenchidos com actividades especiais que precisam de ser integrados na agenda familiar.

Dias 1 e 12: Pesagem das crianças

Todas as crianças são pesadas no primeiro e no último dia da sessão do Atelier Doméstico.

Materiais necessários:

- ♥ Balança
- ♥ Livros de registos do Atelier Doméstico
- ♥ Cartões de monitorização do crescimento (trazidos pelos encarregados de educação para cada criança)

Os voluntários pesam cada criança, registam o seu peso no livro de registos e traçam a evolução no respectivo cartão de monitorização do crescimento. Os encarregados de educação devem ser informados do peso, crescimento e estado de subnutrição da criança.

Dia 7: Dia para praticar em casa

Depois de seis dias passados a cozinhar e alimentar em grupo, ao sétimo dia os participantes ficam em casa, onde devem praticar sozinhos as novas condutas. Na discussão do dia 8, devem ser debatidas as situações com que os encarregados de educação se depararam em casa. Se as condutas não foram praticadas em casa, é importante descobrir porquê e ajudar o encarregado de educação a desenvolver uma estratégia. Utilize técnicas de sondagem para identificar quaisquer obstáculos encontrados em casa. Através da discussão, os encarregados de educação podem partilhar os seus problemas e fornecer soluções entre si.

Dia 11: Penúltimo dia da sessão do Atelier Doméstico

Ao décimo primeiro dia da sessão do Atelier Doméstico, os voluntários pedem às famílias para trazerem para a última sessão do Atelier Doméstico todos os ingredientes necessários à preparação de uma refeição saudável para a criança em casa. Lembram também os encarregados de educação para trazerem para a última sessão do Atelier Doméstico os cartões de monitorização de crescimento.

Dia 12: Último dia da sessão do Atelier Doméstico

No último dia da sessão do Atelier Doméstico, os encarregados de educação preparam uma refeição como se estivessem em sua casa. Além das actividades diárias regulares, ao décimo segundo dia as crianças são pesadas. O voluntário do Atelier Doméstico regista o estado da criança (se fica graduada ou se tem de repetir o Atelier no mês seguinte) no livro de registos do Atelier Doméstico e discute, em privado, os resultados com o encarregado de educação.

Para as crianças que passam à zona verde e satisfazem os critérios de graduação: Os voluntários felicitam os encarregados de educação e aconselham-nos a manter a criança saudável em casa.

Para os encarregados de educação cujas crianças aumentaram de peso, mas ainda não satisfazem os critérios de graduação: Os voluntários felicitam os encarregados de educação e aconselham-nos a continuar a praticar em casa as condutas que aprenderam durante a sessão do Atelier Doméstico e a voltar a frequentar a próxima sessão. Entretanto, visitam a família na sua casa a fim de informar a data da sessão seguinte do Atelier Doméstico e verificar o progresso da criança.

Para as crianças que não aumentaram de peso: Os voluntários falam com os encarregados de educação sobre o assunto, orientando-os a seguir os menus do Atelier Doméstico e as práticas de higiene e cuidados em casa. Se a criança não esteve doente, os voluntários relembram a mãe que a refeição do Atelier Doméstico é uma refeição extra e não uma refeição de substituição. Pede-se aos encarregados de educação que tragam a criança para a próxima sessão do Atelier Doméstico. Antes disso, o supervisor e o voluntário fazem visitas domiciliárias à família para fomentar as novas práticas.

Se o encarregado de educação for um irmão mais velho: O voluntário comunica-lhe que fará uma visita domiciliária a fim de informar pessoalmente os pais acerca dos resultados da sessão do Atelier Doméstico.

Após terminar o último dia da sessão do AD, os voluntários resumem e registam a informação que se segue no livro de registos do AD:

- ♥ Número total de crianças que frequentaram a sessão
- ♥ Número de crianças que aumentaram de peso
- ♥ Número de crianças que não aumentaram de peso
- ♥ Número de crianças que perderam peso
- ♥ Número e percentagem de crianças que ficaram graduadas
- ♥ Número e percentagem de crianças que se encontram em estados distintos de subnutrição
- ♥ Número de crianças que deverão frequentar a próxima sessão do Atelier Doméstico

O supervisor ajuda o encarregado de educação a ultrapassar barreiras encontradas em situações reais quotidianas, reforça mensagens relevantes, presta apoio e encoraja a continuação das práticas até que se tornem numa rotina.

D. Supervisionar as actividades do Atelier Doméstico

O gestor de projecto orienta os supervisores/formadores e estes supervisionam os voluntários do Atelier Doméstico. Uma supervisão eficaz destes dois níveis hierárquicos garante a qualidade das sessões do Atelier Doméstico e proporciona alguma apreciação positiva e orientação para resolver quaisquer problemas que possam surgir.

Desde o início do projecto, tanto o gestor como os supervisores/ formadores têm de participar na supervisão dos locais do Atelier Doméstico. E porque esta é uma função que se aprende através da prática, recomenda-se que a equipa do projecto e os supervisores/ formadores se juntem sempre que possível para efectuarem as visitas de supervisão. À medida que os supervisores/formadores forem ganhando experiência, a equipa do projecto pode ir transferindo gradualmente as suas responsabilidades.

Os supervisores/formadores devem estar disponíveis durante as sessões iniciais do Atelier Doméstico para ajudar os voluntários com quaisquer questões que surjam. Isto aplica-se maioritariamente aos primeiros dias de cada sessão do Atelier Doméstico, altura em que verificam se estão a ser empregues os alimentos adequados, se a pesagem é feita correctamente e se os voluntários encorajam os encarregados de educação e as mães a participar. Distribua as datas das sessões do Atelier Doméstico de modo a que não se sobreponham, para facilitar a sua presença nesses primeiros dias cruciais.

A Lista de verificação de observações e o Guia de entrevista para encarregados de educação são ferramentas úteis para auxiliar o supervisor na avaliação da qualidade da intervenção. O Guia de opinião do supervisor e de detecção de problemas constitui uma ferramenta para resumir a informação recolhida, revê-la juntamente com os voluntários do Atelier e orientá-los no desenvolvimento de soluções. A revisão dos registos e a interpretação dos dados são feitas em conjunto com o voluntário do Atelier Doméstico e fornecem resultados quantitativos dos pontos fortes e fracos do programa. No final deste capítulo é possível consultar exemplos de formulários de supervisão que podem ser adaptados conforme as suas necessidades.

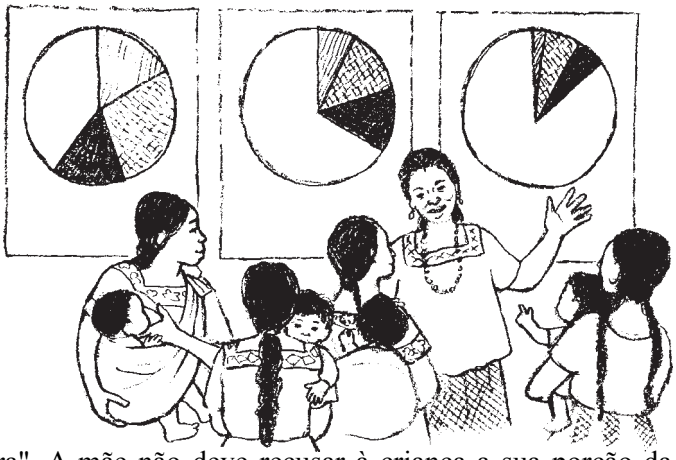
Adicionalmente, a equipa e/ou os supervisores/formadores e os voluntários devem fazer visitas periódicas às famílias participantes durante as sessões do Atelier Doméstico e por um período de duas semanas a um mês após a conclusão do Atelier Doméstico. As visitas domiciliárias permitem ao supervisor obter informações valiosas acerca da exequibilidade das novas práticas em casa.

O supervisor ajuda o encarregado de educação a ultrapassar barreiras encontradas em situações reais quotidianas, reforça mensagens relevantes, presta apoio e encoraja a continuação das práticas até que se tornem numa rotina. Estas visitas são particularmente importantes para qualquer criança que não se tenha graduado na sessão do Atelier Doméstico. É frequente o supervisor encontrar-se em posição de resolver questões que o voluntário do Atelier não consegue tratar sozinho. Com estas visitas, o supervisor apoia o voluntário e assegura o sucesso da intervenção, enquanto que o voluntário adquire a competência requerida para assumir a responsabilidade de conduzir as visitas domiciliárias sozinho.

Passo 7: Apoiar novas condutas

PASSO 7 **Apoiar novas condutas através das visitas domiciliárias**

A teoria de alteração de condutas estipula que necessitamos de pelo menos vinte e um dias de prática de uma nova conduta para que esta se torne um hábito. O Atelier Doméstico deve ser encarado como um exercício de quatro semanas (vinte e oito dias): duas semanas trabalhando num grupo de pares, seguidas de duas semanas de prática em casa supervisionadas ocasionalmente por um voluntário do Atelier Doméstico. Em algumas comunidades, os voluntários do Atelier Doméstico visitam diariamente os encarregados de educação em casa, durante duas semanas, para se assegurarem de que estão em condições de continuar a praticar as novas condutas. Noutras comunidades com visitas menos frequentes dos voluntários, as pessoas da aldeia monitorizam de modo informal o progresso das crianças vizinhas.



Uma função importante dos voluntários nas visitas de acompanhamento é certificarem-se de que a comida é realmente "extra". A mãe não deve recusar à criança a sua porção da refeição familiar porque lhe dá a refeição extra e uma refeição ligeira. A criança precisa desta refeição adicional para recuperar o crescimento necessário.

Os voluntários do Atelier Doméstico mantêm um registo mensal ou bimensal do peso e estado nutricional de todas as crianças com menos de três anos, pelas quais são responsáveis. Eles reúnem os dados de crescimento e partilham-nos com a comissão comunitária de saúde e com os dirigentes comunitários, usando os quadros de pontuação comunitários afixados num local visível do centro de saúde ou do centro comunitário. Este sistema de monitorização fornece às comunidades uma poderosa ferramenta para medir a melhoria do estado nutricional das crianças e estimular os encarregados de educação.

Uma componente principal da abordagem Atelier Doméstico é o envolvimento e a mudança a nível comunitário. Não se trata simplesmente de reabilitar crianças subnutridas e graduá-las através das sessões do Atelier Doméstico. Trata-se também de aumentar a consciência comunitária para a subnutrição infantil e fazer com que a comunidade testemunhe a melhoria do estado nutricional consequente do trabalho árduo dos seus vizinhos. Quando os líderes comunitários são mantidos a par dos resultados do Atelier Doméstico, conseguem compreender o seu poder. Sem o apoio da comunidade a este esforço, o poder desta metodologia é muito reduzido e potencialmente perdido.

O argumento mais convincente para a mudança de conduta é a melhora visível da criança. Após duas semanas de sessões do AD, uma criança a recuperar da subnutrição fica com mais apetite, torna-se mais brincalhona, desaparece o edema (inchaço) e/ou começa a aumentar de peso. As mães estabelecem a relação entre a alimentação extra e a melhoria dramática no apetite, comportamento geral e nível de actividade das crianças.

Em Myanmar, a equipa da ONG afixou os resultados e fotografias do projecto nas instalações locais de formação. A curiosidade dos membros da comunidade foi aguçada e estes quiseram saber mais. Esta técnica de publicidade é uma forma eficaz de espalhar a palavra e promover a boa nutrição.

Passo 8: Repetir as sessões do Atelier Doméstico

PASSO 8 **Repetir as sessões do Atelier Doméstico conforme necessário**

Muitas comunidades ficam ansiosas em partilhar as técnicas com os seus vizinhos ou comunidades vizinhas assim que vêm o impacto positivo do programa do Atelier Doméstico.

As crianças que permanecem subnutridas são convidadas para uma sessão do Atelier Doméstico no mês seguinte, até que a maioria das crianças da comunidade evidencie o crescimento e o aumento de peso adequados. Os protocolos e requisitos de graduação para a repetição do Atelier Doméstico, são descritos no Capítulo 5.

A fim de reabilitar todas as crianças subnutridas, a maior parte das comunidades repete os programas do Atelier Doméstico a cada mês ou periodicamente durante um ano. Os resultados das sessões comunitárias de monitorização do crescimento determinam quando o Atelier Doméstico pode realmente acabar. A comunidade deve então assegurar que as novas condutas são sustentadas, à medida que a organização que as implementou segue para outro local.

"Estou no Verde!"

Um director do programa visitava o projecto do Atelier Doméstico numa zona rural de Myanmar quando, numa sessão do Atelier Doméstico, ele viu um menino aos saltos exclamando orgulhosamente *"Já estou no verde! Já estou no verde!".* O menino acabara de se graduar.

Mas assim que viu a comida que estava a ser dada às crianças participantes, ele tentou voltar atrás, dizendo *"Afinal ainda estou no amarelo".* A comida parecia tão tentadora que ele estava disposto a fingir que ainda precisava do Atelier Doméstico!

Muitas comunidades ficam ansiosas em partilhar as técnicas com os seus vizinhos ou comunidades vizinhas assim que vêm o impacto positivo do programa do Atelier Doméstico. Este entusiasmo atrai os encarregados de educação com crianças subnutridas que poderiam não ter participado nos Atelieres Domésticos anteriores.

O que acontece se as mães passam o dia a trabalhar nos campos ou numa fábrica e não podem frequentar o Atelier Doméstico?

A assiduidade tende a ser esporádica no início do programa, com poucos participantes a frequentar a totalidade dos 12 dias. No entanto, as crianças dos que participam têm um melhor desempenho nutricional. Estas crianças são um bom exemplo para as outras e o absentismo baixa quando a comunidade testemunha os resultados positivos de frequentar a sessão do Atelier Doméstico. Continua a ser um desafio escolher uma boa altura, em que as mães e os encarregados de educação estejam livres. Se o encarregado de educação principal for uma avó ou um irmão mais velho, pode acompanhar a criança. Seja quem for que alimente a criança, deve aprender as novas e benéficas práticas e depois "ensinar" a mãe em casa, através da exemplificação e do debate.

Continua a ser um desafio escolher uma boa altura, em que as mães e os encarregados de educação estejam livres: seja quem for que alimente a criança, deve aprender as novas e benéficas práticas e depois "ensinar" a mãe em casa, através da exemplificação e do debate.

Os irmãos podem frequentar o Atelier Doméstico?

O Atelier Doméstico centra-se na reabilitação de crianças subnutridas específicas. Só depois das crianças participantes do Atelier Doméstico terem comido, e se houver restos ou comida em excesso é que deve ser permitido às outras crianças comer. Se trouxerem um irmão mais velho, veja se consegue fazê-lo participar de alguma outra forma, como por exemplo a ajudar a lavar as mãos. Quantos mais membros da família forem expostos às mensagens do Atelier Doméstico, maior é o apoio para a adopção destas condutas em casa. Se os encarregados de educação trouxerem várias crianças demasiado velhas para o Atelier Doméstico, mas que ainda necessitem de supervisão, uma das crianças mais velhas deve ser encarregue de as levar para um local mais afastado onde possam brincar sem distrair as mães e de modo a manter baixo o nível de ruído durante a preparação dos alimentos e alimentação.

Pode a mãe apenas enviar a criança?

Não. Isto não é um programa de alimentação. As crianças não podem ser enviadas sozinhas para se alimentarem nem um mensageiro pode levantar comida para uma criança que não frequente o Atelier Doméstico. Isto inviabiliza o propósito do Atelier Doméstico, que se baseia na alteração de condutas.

O que acontece às mães esfomeadas e subnutridas que trazem crianças igualmente subnutridas?

É difícil negar comida a mães que estão a cozinhar e a alimentar as suas crianças. Existem também benefícios em que provem a comida. Considere adicionar ingredientes extra às porções atribuídas para que as mães possam comer. Isto pode ser uma oportunidade de aumentar nutrição maternal, mas o ênfase do programa recai naturalmente na alimentação das crianças. Coloque estas mães em contacto com projectos de geração de rendimentos ou ajuda alimentar.

O que acontece se o encarregado de educação não trouxer um contributo?

Aos encarregados de educação que não trouxerem um contributo não deve ser permitido frequentar as sessões. Isto evita criar um precedente pouco saudável. Os alimentos de DP, por norma, são baratos e acessíveis e o seu uso não deve trazer custos adicionais. Ao voltar a estabelecer as prioridades relativamente aos recursos

limitados e alterar os padrões dos gastos, as famílias podem comprar opções mais nutritivas. Se uma família for realmente muito pobre (conforme definida pela comunidade) para contribuir com alimentos de DP, então pode trazer para a sessão do Atelier Doméstico água ou lenha para queimar.

Como convencer crianças com pouco apetite a comer?

Nunca force uma criança a comer. Permita-lhe que coma devagar e pouco de cada vez. A estimulação infantil precoce e a interacção com a mãe ou o encarregado de educação são meios eficazes de fazer com que a criança aprecie a comida. Experimente usar canções, jogos, contacto visual e brincadeiras interactivas.

Qualquer criança que acabe a sua comida deve receber mais até não ter mais fome.

Como se pode esperar que uma criança coma com a família durante o resto do dia depois de comer tanto durante o Atelier Doméstico?

Pode parecer uma grande quantidade de comida, especialmente para uma criança anoréctica que não esteja interessada em comida. Contudo, como consequência de começar a comer, o apetite é geralmente estimulado e as crianças anorécticas voltam a ter fome. Assim que superam a sua anorexia inicial, ficam mais do que satisfeitas por acabarem a refeição. As mães devem compreender que a comida do Atelier Doméstico é um extra e é preparada de modo a ajudar as crianças subnutridas a recuperar o peso ideal. Esta refeição não deve substituir outras calorias dadas em casa. Se a criança não recebe calorias extra, não há esperança de recuperar o crescimento atrasado. Saliente que a comida deve ser considerada como um remédio para que a criança recupere. Qualquer criança que acabe a sua comida deve receber mais até não ter mais fome. Tenha em mente que uma criança subnutrida pode defecar imediatamente após ter comido. Isto é normal. Acalme a mãe e leve-a à latrina.

O que fazer quando uma criança subnutrida não consegue acabar a sua refeição durante a sessão do Atelier Doméstico?

A cada criança participante será dada uma dose medida de comida com o teor calórico/proteico necessário, portanto é melhor não diluir o efeito. Assim que ficar claro que a criança não irá comer mais, um irmão mais velho ou a mãe pode acabar a dose. Os restos de comida não devem ser levados para casa. Não é certo que a criança vá comê-los e os micróbios podem multiplicar-se rapidamente na maioria das refeições cozinhadas. O apetite da criança pode melhorar à medida que as sessões do Atelier Doméstico avançam. Aumente gradualmente a quantidade de comida. É frequente as crianças subnutridas não comerem muito nas primeiras sessões, uma vez que são precisos alguns dias para os seus organismos se ajustarem a alimentos altamente calóricos e nutritivos. Se os encarregados de educação continuarem a encorajar a alimentação em cada sessão e ao longo do dia, as crianças irão recuperar o seu apetite rapidamente.

O que acontece aos voluntários do Atelier Doméstico depois das sessões do Atelier Doméstico acabarem?

Os voluntários do Atelier Doméstico tornam-se, muitas vezes, nos pilares de outras actividades relacionadas com a saúde. Como resultado do sucesso demonstrado na reabilitação de crianças subnutridas, o voluntário do Atelier Doméstico ganha o respeito da comunidade e torna-se numa fonte de conhecimento de confiança. Agora possui aptidões que pode aplicar a muitas outras actividades relacionados com saúde.

O que acontece às mães?

As sessões do Atelier Doméstico são uma oportunidade para as mulheres se reunirem num ambiente seguro, receptivo e interactivo. Mulheres que poderiam sentir-se isoladas ou inseguras puderam construir relacionamentos entre si e partilhar preocupações comuns. Um resultado importante da abordagem do Atelier Doméstico é o forte sentido de solidariedade e amizade que se cria entre os participantes. Depois do Atelier Doméstico, as mulheres frequentemente criam redes de apoio informais e por vezes organizam-se mesmo em grupos formais para apoiar a amamentação ou a geração de rendimentos.

Um resultado importante da abordagem do Atelier Doméstico é o forte sentido de solidariedade e amizade que se cria entre os participantes.

O supervisor deve preencher este formulário por cada sessão do Atelier Doméstico visitada. Anote se os tópicos aqui listados são ou não observados e registe quaisquer comentários que possam ser úteis.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SUPERVISÃO DAS SESSÕES DO ATELIER DOMÉSTICO

INFORMAÇÃO GERAL

Data: Supervisor:

Aldeia:

Número do dia do Atelier Domésticor: Número de crianças presentes:

Relação dos encarregados de educação com a criança (ex. mães, avós, irmãos mais velhos):

TÓPICOS A VERIFICAR	PRESENTE		COMENTÁRIOS
	SIM	NÃO	
Local do Atelier Doméstico: * Limpeza ambiental * Presença de sabão e água * Área de cozinha espaçosa e limpa * Esteiras para os participantes se sentarem			
Refeições do Atelier Doméstico: * Contribuição de alimentos de DP por cada participante * Contribuição de ingredientes por ONG * Consistência e porção de alimentos por criança * Refeições ligeiras			
Práticas do encarregado de educação: * Lava as mãos antes de processar alimentos * Lava as mãos e cara da criança antes e depois das refeições * Processamento dos alimentos * Trata bem a criança com pouco apetite * Boa interacção com a criança através de jogos e em geral			
Competências do voluntário: * Supervisionar as mães na altura do processamento e da cozedura dos alimentos * Encorajar os encarregados de educação com problemas a alimentar as crianças * Boa capacidade de comunicação * Registar com exactidão dados no livro de registos do AD			

GUIA DE ENTREVISTA PARA ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO	
INFORMAÇÃO GERAL	
Data:	Supervisor:
Aldeia:	
Número do dia do Atelier Doméstico:	Número de crianças presentes:
PERGUNTAS	**RESPOSTAS**
Compreensão geral: 1. Porque está aqui com o seu filho? 2. Acredita que seja possível a uma família pobre na sua comunidade ter uma criança bem nutrida? Como?	
Mudanças visíveis na criança: 1. A criança está a melhorar? Como sabe? 2. Que mudanças (físicas, emocionais ou sociais) notou ou notaram outros membros da família na criança em casa? 3. Quanto pesava a criança no primeiro dia? E agora?	
Contribuição de alimentos: 1. Qual foi a sua contribuição para a refeição de hoje? 2. Contribuiu com alimentos todos os dias? Porque não? 3. Por que está a usar estes alimentos especiais?	
Alteração de condutas em casa: 1. O que passou a fazer em casa que não fazia antes? 2. O que fazia antes que deixou de fazer?	

O supervisor deve usar estas perguntas para entrevistar os encarregados de educação nas sessões do AD de modo a compreender melhor o que sabem e que condutas praticam. Sempre que possível, registe as citações directas dos participantes.

Quando terminar as entrevistas, resuma as respostas e crie um a dois perfis dos beneficiários.

Utilizando a Lista de verificação de observações das sessões do AD e o Guia de entrevista para encarregados de educação, o supervisor deve listar quaisquer tópicos problemáticos nas sessões e orientar os voluntários e a equipa no desenvolvimento de soluções. Este formulário fornece um registo escrito.

Guia de opinião do supervisor e de detecção de problemas			
INFORMAÇÃO GERAL			
Data:		Supervisor:	
Aldeia:			
PROBLEMAS	**PONTOS FORTES**	**PONTOS FRACOS**	**SOLUÇÕES**
Encarregados de educação: * Assiduidade e participação * Perfil do encarregado de educação			
Local do Atelier Doméstico: * Limpeza * Sabão e água * Área de cozinha * Conforto dos participantes			
Refeições do Atelier Doméstico: * Contribuições dos participantes * Comprar alimentos * Consistência e porção de alimentos * Refeições ligeiras			
Práticas do encarregado de educação: * Lavagem de mãos e cara * Processamento dos alimentos * Tratamento de crianças * Interacções com criança			
Competências do voluntário: * Supervisionar as mães * Encorajar os encarregados de educação * Capacidade de comunicação * Manter registos exactos			
Conhecimento, atitude e prática do encarregado de educação: * Compreender o projecto * Alteração de conduta registada			
Discussão de tópicos especiais (educação sobre saúde)			
Outros tópicos			

CAPÍTULO 7
Passo 9: Expandir os programas de DP/Atelier Doméstico

PASSO 9

Expandir os programas de DP/Atelier Doméstico

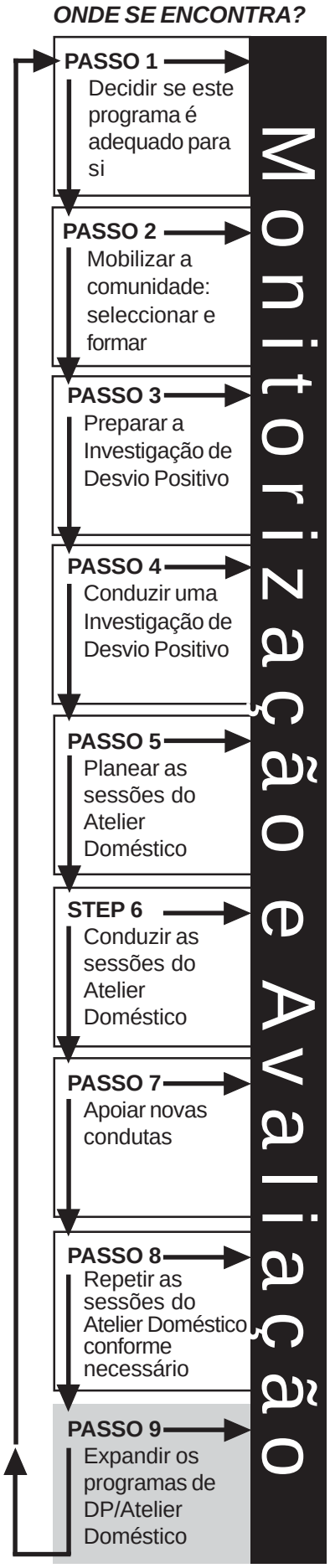
A. Desenvolver um modelo eficaz em pequena escala
B. Desenvolver um modelo eficaz em grande escala
C. Expandir a abordagem DP/Atelier Doméstico a nível distrital
D. Criar uma "universidade viva" ou "laboratório para a aprendizagem de campo"
E. Apoiar os recém-formados no seu regresso a casa para reproduzirem o programa

Abordagem de expansão

Por conceito, os grupos do Atelier Doméstico são organizados em pequenas unidades a nível de bairros. A expansão implica repetir em novos bairros uma experiência bem sucedida do Atelier Doméstico, primeiramente na mesma aldeia, depois em aldeias vizinhas e outras comunidades na mesma região ou distrito e em seguida à escala nacional. É importante começar-se de forma modesta, implementando um programa forte e sólido do Atelier Doméstico. É crucial monitorizar e avaliar esta fase inicial do programa para demonstrar que esta abordagem pode funcionar eficazmente nessa área particular. Neste sentido, este programa serve como modelo para outras aldeias ou organizações a implementar esta abordagem.

A ideia de expansão precisa de ser estabelecida desde o começo. Se a agência implementadora quiser expandir o programa a nível distrital e talvez a outros distritos, um representante do Ministério de Saúde nacional e a equipa administrativa do Gabinete distrital de saúde devem ser envolvidos no início do processo. A participação destes organismos na monitorização e avaliação do modelo inicial irá ajudar a aprofundar o seu conhecimento do potencial impacto desta abordagem e ajudar a certificar o seu empenho numa reprodução eficaz. No arranque da expansão, lembre-se de incluir apenas as comunidades que satisfazem os critérios de selecção de localização para DP/Atelier Doméstico (consulte o Capítulo 1).

A Save the Children/Vietname (SC/Vietname) desenvolveu um processo de expansão de cinco passos para o seu programa de DP/Atelier Doméstico eficaz, o qual conseguiu alcançar mais de 2,2 milhões de pessoas em sete anos.



A Save the Children/ Vietname iniciou o programa em quatro comunidades, com uma população total de aproximadamente 20.000 pessoas.

A. Desenvolver um modelo eficaz em pequena escala

Numa primeira fase, recomenda-se que a abordagem DP/Atelier Doméstico seja testada em algumas aldeias com uma elevada incidência de subnutrição grave. Este projecto piloto deve ser monitorizado e avaliado para assegurar que o processo e ferramentas produzem eficazmente os resultados desejados (consulte o Capítulo 8).

B. Desenvolver um modelo eficaz em grande escala

Assim que a abordagem DP/Atelier Doméstico for validada, o programa pode ser alargado a um maior número de comunidades. A SC/Vietname expandiu o programa de quatro comunidades para catorze, ou seja, de aproximadamente 20.000 pessoas para cerca de 80.000. Nesta fase, a abordagem necessita frequentemente de ser optimizada para se concentrar nos objectivos dos programas chave da reabilitação de crianças subnutridas, permitindo às famílias manter por si próprias a reabilitação das crianças em casa e assegurando a apropriação por parte da comunidade das práticas de alimentação, de cuidados gerais e de saúde.

Apesar de existirem outros problemas sociais e de saúde que poderiam ter sido abordados, a SC/Vietname centrou-se apenas nas práticas de expansão exequíveis e sustentáveis do DP/Atelier Doméstico. Isto permitiu à SC/Vietname gerir as necessidades de pessoal e supervisão cruciais para manter a qualidade durante a expansão. A experiência do programa piloto, combinada com a optimização, permitiu que a reprodução fosse efectuada mais rapidamente do que a implementação inicial. Elementos importantes da abordagem, como a Investigação de Desvio Positivo, foram mantidos para assegurar a noção de domínio entre a comunidade.

Após validar a abordagem optimizada e assegurar que é bem sucedida e duplicável, a equipa do programa pode então adaptar o conteúdo programático, ferramentas e material de formação em conformidade.

C. Expandir a abordagem DP/Atelier Doméstico a nível distrital

A equipa distrital deve ser integrada nos passos A e B para auxiliar a avaliação do programa e desenvolver a estratégia e as ferramentas de expansão.

Assim que a abordagem for considerada eficaz e exequível, a agência implementadora poderá trabalhar com a equipa administrativa distrital para determinar a melhor forma de reproduzir o programa a nível distrital e para seleccionar os sub-distritos e comunidades onde esta abordagem possa ser mais útil. Este passo permite a aceitação do Ministério de Saúde e assegura a colaboração necessária para apoiar a apropriação dos programas locais, expandir os esforços de advocacia de modo a obter financiamento governamental e lidar com possíveis implicações políticas. Este passo centra-se na transferência de papéis e responsabilidades do programa para a equipa distrital de saúde. A equipa pode assumir a responsabilidade pela administração do programa e pela resolução de problemas, assim como tornar-se um agente catalisador da reprodução do DP/Atelier Doméstico.

D. Criar uma "universidade viva" ou um "laboratório para a aprendizagem de campo"

Após o programa de DP/Atelier Doméstico ter sido testado e reproduzido com êxito, o conhecimento e a experiência adquiridos convertem-se na base para um laboratório vivo onde outros podem receber formação relativamente à abordagem e aprender através da prática. A equipa desenvolveu um conteúdo programático para a formação de formadores (FdF), com o qual podem formar outros implementadores interessados na abordagem DP/Atelier Doméstico. Os formandos são seleccionados de outros distritos, programas ou instituições, preferencialmente em equipas de duas ou três pessoas por local, para frequentarem cursos que podem durar de uma a duas semanas. A frequência em equipa estimula o envolvimento activo dos parceiros e um processo de aprendizagem de equipa que facilita a tomada de decisões e implementação definitivas.

O programa de DP/ Atelier Doméstico bem sucedido converte-se num laboratório vivo, onde potenciais implementadores provenientes de novos distritos e programas podem aprender a abordagem de IDP através da prática.

Estes cursos são realizados nos próprios locais de DP/Atelier Doméstico onde os formandos aprendem a teoria e a prática no terreno visitando aldeias/locais e participando na monitorização do crescimento, na Investigação de Desvio Positivo e nas sessões activas do Atelier Doméstico. O conteúdo programático também inclui sessões de como formar terceiros e como trabalhar com e mobilizar comunidades. Esta metodologia de formação participativa, reflectiva e problemática é, para muitos formandos, uma nova abordagem e crítica para a troca de papéis necessária à abordagem DP/Atelier Doméstico, na qual a comunidade assume o papel de professora e o formando de dinamizador.

Um modelo de "universidade viva" promove acção

"Ouvi falar do modelo [DP/Atelier Doméstico] mas não acreditava que pudesse funcionar. Pensei que exigia um grande orçamento e demasiada assistência técnica. Só depois de visitar [a universidade viva em] Quang Xuong, Thank Hoa, pensei que poderia ser aplicável. Em 1996, a Save The Children/US começou a trabalhar em duas comunidades piloto da nossa província e fiquei mais interessado. Perguntei se podia frequentar a formação na universidade viva e fui aceite. Outros dois membros da equipa da província e doze da equipa do distrito também a frequentaram.

Depressa tínhamos 34 comunas a usar o modelo. Eu sabia que podia ser aplicável a outras comunas, por isso modifiquei-o e apliquei-o a mais 21 comunas como parte do Programa Nacional de Nutrição."

Excerto de uma discussão com agentes oficiais provinciais e distritais registada em ***"An Assessment of the Living University as a Mechanism for Expansion,"*** *David Pyle and Tricia Tibbetts, 2002, Draft. (1)*

E. Apoiar os recém-formados no seu regresso a casa para reproduzirem o programa

Cada equipa regressa ao local do seu projecto e reproduz o DP/Atelier Doméstico em duas a quatro comunidades para determinar se a abordagem é eficaz na sua localidade. A equipa de formação da universidade viva reúne com os novos formados do primeiro ano para assegurar que o seu projecto piloto é bem sucedido e para os ajudar a resolver problemas e descobrir oportunidades. Assim que o projecto piloto for validado, os recém-formados trabalham na expansão do modelo e na criação das suas novas mini universidades vivas a fim de continuar a expandir a abordagem DP/Atelier Doméstico.

Resultados práticos de campo

O **World Relief Bangladesh,** o **Hospital Albert Schweitzer** no Haiti e a **Save the Children Vietnam** demonstraram a eficácia do DP/Atelier Doméstico e contribuíram para as lições sobre a expansão da abordagem. (2) Baseada neste trabalho e em experiências de tentativa-erro de equipas e organizações estrangeiras, a abordagem DP/Atelier Doméstico está agora a ser implementada em mais de vinte e dois países. Os exemplos que se seguem dão uma ideia das possíveis variações usadas na expansão dos programas de DP/Atelier Doméstico.

Em Moçambique, o programa começou simultaneamente em todos os "Grupos de Cuidados" organizados pela World Relief. Um "Grupo de Cuidados" é um grupo de dez mães voluntárias, onde cada qual representa e serve um bloco de dez lares. O elevado nível de organização comunitária pré-existente permitiu que esta abordagem fosse eficaz e expansível rapidamente.

Na Etiópia, a Christian Children's Fund começou um pequeno DP/Atelier Doméstico numa área peri-urbana de bairros degradados, perto da sua sede nacional. Este local facilitava uma estreita supervisão e representava um local de formação conveniente para os trabalhadores de campo de todo o país que se dirigiam à capital para reuniões a nível nacional.

No Nepal, a Save the Children/Japão e Red Barna da Save the Children/Noruega associaram-se a mais de 32 ONGs locais para expandir o programa. Associar-se com estes grupos levou a um maior desenvolvimento institucional e à oportunidade de alcançar populações maiores, mais dispersas e afastadas.

Expansão eficaz

A experiência demonstrou que expandir um programa de DP/Atelier Doméstico requer mais do que uma estratégia de reprodução bem pensada. A expansão pode ser executada de formas diferentes, mas há vários factores essenciais ao sucesso de um programa de expansão.

♥ **Liderança/domínio:** Além do domínio local que é crucial ao DP/Atelier Doméstico, a expansão precisa de um líder (ou um conjunto de líderes) para manter a motivação da equipa, manter a visibilidade do programa junto dos decisores políticos e assegurar o financiamento adequado para os esforços de expansão.

♥ **Apoio do Ministério da Saúde:** Como afirmado anteriormente, o envolvimento e o apoio do Ministério da Saúde são determinantes para a expansão. O Ministério da Saúde pode defender o apoio do programa, facilitar a implementação em muitas comunidades, partilhar importantes dados sobre saúde,

auxiliar a continuação do ensino de mensagens sobre saúde às comunidades e contribuir para um melhor tratamento da subnutrição grave ou de crianças doentes nas unidades de saúde. Um bom registo dos custos do projecto e das estimativas dos custos da expansão pode ser útil para os decisores nacionais. Boas condutas inovadoras, que demonstraram se eficazes no decréscimo da subnutrição infantil em comunidades locais, podem tornar-se política nacional.

A expansão do DP/ Atelier Doméstico requer liderança, bem como o domínio local e o apoio do Ministério da Saúde.

♥ **Estrutura sólida de monitorização e avaliação:** Os resultados da avaliação demonstram a eficácia, o impacto ou o potencial impacto do programa em populações maiores. Esses resultados são muito importantes para convencer possíveis interessados que esta é uma abordagem bem sucedida e merecedora de mais investimento. Os dados de monitorização asseguram a manutenção de elevados padrões de qualidade por parte dos programas reproduzidos e que qualquer falha representa uma oportunidade de aprendizagem e adaptação, em vez de um prejuízo para a expansão do programa.

♥ **Formação participativa:** A formação de formadores deve ser baseada em sólidos princípios do ensino para adultos. Os conceitos principais e os passos da abordagem do DP/Atelier Doméstico devem ser totalmente compreendidos. Cada formando deve participar no trabalho prático de campo de modo a combinar experiência com conhecimento. No final da formação, o formando deve ter adquirido qualificações relacionadas com a mobilização da comunidade e a facilitação que promovam a aprendizagem e a apropriação da comunidade.

♥ **Implementação flexível:** Por definição, a abordagem DP/Atelier Doméstico é específica para cada comunidade. Como tal, precisa de ser flexível e adaptável a cada situação local. Os passos descritos neste manual representam guias desenvolvidos através da experiência que precisarão de ser modificados para melhor se adequarem às condições locais. Ao fazer alterações à abordagem DP/Atelier Doméstico, monitorize o programa a fim de assegurar que as mudanças podem ser bem sucedidas. No âmbito da adaptação local, existem vários aspectos importantes do processo que têm de ser mantidos para que seja possível reabilitar de modo eficaz crianças subnutridas. Consulte o Capítulo 1 para mais informações sobre esses elementos determinantes do DP/Atelier Doméstico.

♥ **Supervisão adequada:** A agência implementadora inicial tem de providenciar uma supervisão solidária, especialmente em relação à equipa de voluntários, para estimular a sua auto-estima e segurança aquando da implementação da abordagem DP/Atelier Doméstico e desenvolver a sua capacidade de resolução de problemas. À medida que a abordagem é reproduzida em cada vez mais comunidades, os indicadores de controlo da monitorização de qualidade ajudam os supervisores a dar formação mais concisa e adequada sobre os passos determinantes do programa.

As pessoas são determinantes para o funcionamento eficaz do programa. Neste sentido, é vital um bom recrutamento, uma boa formação e a manutenção do pessoal.

♥ **Boas práticas de recursos humanos:** É muito importante encontrar uma equipa e voluntários com as aptidões certas, bem como abordar os problemas que se prendem com a rotação de pessoal. As pessoas são determinantes para o funcionamento eficaz do programa. Neste sentido, é vital um bom recrutamento, uma boa formação e a manutenção do pessoal.

A selecção de alimentos de Desvio Positivo disponíveis e acessíveis localmente assegura que a comunidade seja capaz de continuar a oferecer refeições saudáveis às crianças no futuro.

Antes do Atelier Doméstico

Durante o Atelier Doméstico

Após o Atelier Doméstico

No futuro

♥ **Tempo suficiente para desenvolver um modelo exequível e sustentável:** Antes de reproduzir a abordagem DP/Atelier Doméstico em várias comunidades, é importante que ela seja dinamizada, económica e comprovadamente eficaz na redução sustentável da subnutrição. A agência implementadora precisará de aprender, por tentativa-erro, a melhor definição para as comunidades de alto risco, estratégia para envolver a comunidade, utilização de metodologias participativas, adaptação das ferramentas de formação, monitorização e supervisão do programa e processo a usar durante as sessões do Atelier Doméstico.

Sustentabilidade

Devem as sessões individuais do Atelier Doméstico ser sustentáveis?

A resposta é não. É o impacto do programa que precisa de ser sustentável, não o próprio programa. Uma das razões da característica não permanente ou móvel das sessões do Atelier Doméstico é assegurar a importância da alteração de condutas em casa, em vez da dependência pelo processo de reabilitação fora de casa. Seja a nível da família ou a nível da comunidade, as novas condutas são adoptadas e interiorizadas para manter o bom estado nutricional de todas as crianças e prevenir a subnutrição futura.

Salientar a identificação de condutas culturalmente aceitáveis com base na sabedoria local, bem como o envolvimento e o controlo activos da comunidade é a chave para se criar uma situação em que a alteração de condutas seja sustentável. A selecção de alimentos de Desvio Positivo disponíveis e acessíveis localmente assegura que a comunidade seja capaz de continuar a oferecer refeições saudáveis às crianças no futuro.

Além de diminuir a subnutrição infantil, o processo de DP/Atelier Doméstico capacita as famílias e as comunidades para lidarem com e resolverem outros problemas. A IDP desenvolve tanto a confiança como as competências da comunidade para lhe ser possível encontrar soluções a nível local.

O impacto do Atelier Doméstico deve ser quantificado um ano depois da sua realização e no fim de cada ano seguinte. Algumas das perguntas importantes são:

- ♥ A criança desenvolveu-se bem em termos de crescimento e tem actualmente o peso médio correcto para a sua idade?
- ♥ As crianças que participaram e se graduaram no Atelier Doméstico mantiveram um bom estado nutricional? Continuam a crescer em conformidade com a média internacional?
- ♥ Os irmãos das crianças participantes encontram-se igualmente bem nutridos?
- ♥ A subnutrição sofreu um decréscimo a nível comunitário?

Consulte o Capítulo 8 para mais informações sobre a monitorização e avaliação.

Um exemplo da África ocidental: Como os princípios chave da abordagem DP/ Atelier Doméstico promovem o desenvolvimento sustentável

1. O DP/Atelier Doméstico optimiza e aumenta o potencial da comunidade

Os membros da comunidade compreendem, de forma explícita e consistente, o impacto do projecto nas suas vidas. Através das sessões do Atelier Doméstico, estabelecem a ligação entre bons alimentos e boa saúde e relacionam o bem-estar das crianças com a recuperação do bem-estar psicológico e económico da família. No Senegal e no Mali, os pais relataram que depois das crianças terem sido reabilitadas, as suas mulheres dormiam mais, trabalhavam melhor nos campos e, consequentemente, contribuíam mais para o rendimento familiar. As avós disseram que toda a aldeia dormia melhor.

2. O DP/Atelier Doméstico respeita o contexto cultural

Na África ocidental, a educação e a alimentação da criança pequena não são tarefas exclusivas da mãe biológica. Toda a comunidade está envolvida na criação de uma criança e o Atelier Doméstico destina-se a todos esses encarregados de educação, em particular as avós. Tradicionalmente, as sogras transmitem às jovens mulheres a sabedoria e os hábitos instituídos e, nestes locais, o Atelier Doméstico continua a utilizar esta abordagem. A alimentação em grupo é um aspecto fundamental do processo de socialização, ensinando as crianças a partilhar com os demais. As mensagens educativas sobre saúde difundidas pelo Atelier Doméstico reforçam esta tradição.

3. O DP/Atelier Doméstico é um processo democrático

No contexto da África ocidental, a abordagem outorga um poder tremendo às aldeias africanas para se governarem a si mesmas. Estas descobrem e gerem os seus próprios recursos, praticam solidariedade através das contribuições alimentares e envolvem um amplo grupo de apoiantes a nível popular (sobretudo imãs e avôs) na tomada de decisões. A abordagem DP permite que indivíduos comuns, praticantes de condutas positivas e únicas, sejam reconhecidos e contribuam para a sua comunidade.

4. O DP/Atelier Doméstico envolve a comunidade na monitorização e avaliação do processo

A abordagem DP/Atelier Doméstico utiliza a promoção e monitorização do crescimento como uma ferramenta polivalente que permite à mãe, a outro encarregado de educação ou a outros membros da comunidade e aos profissionais de saúde trabalharem em conjunto a fim de identificar problemas, seleccionar crianças para reabilitação, monitorizar o seu progresso e avaliar o efeito do programa na comunidade a curto e a longo prazo.

Tradicionalmente, na África ocidental, as sogras transmitem às jovens mulheres a sabedoria e os hábitos instituídos e, nestes locais, o Atelier Doméstico continua a utilizar esta abordagem.

Fonte: Diene 2000 (3)

CAPÍTULO 8
Monitorização e Avaliação

M e E

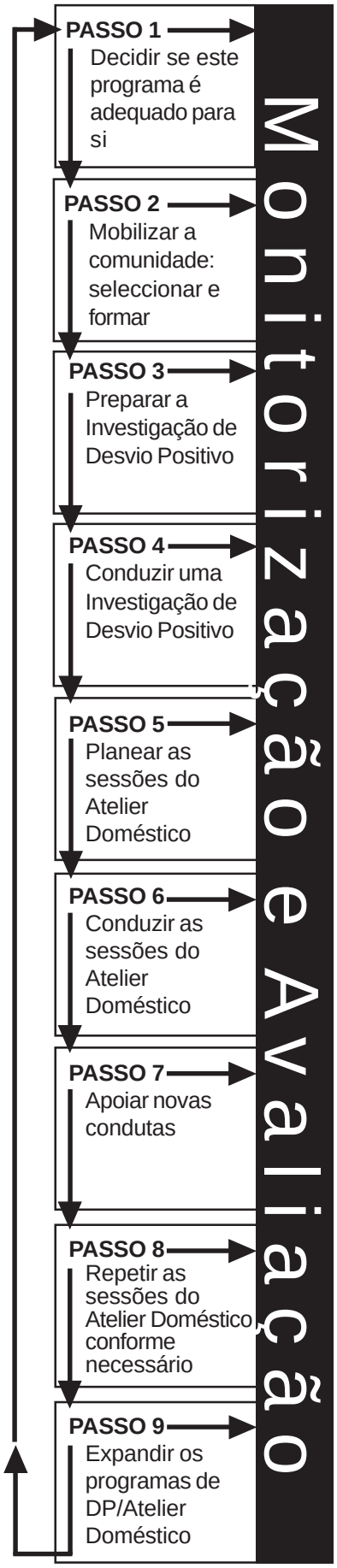
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO
A. Seleccionar resultados de projectos
B. Monitorização do progresso
C. Avaliação da eficácia e do alcance do programa

Não chega simplesmente aceitar o conceito de DP/Atelier Doméstico e acreditar que funciona. São necessárias provas concretas, recolhidas através da monitorização e da avaliação, que provem que o DP/Atelier Doméstico é eficaz na redução da subnutrição infantil. Felizmente, a abordagem DP/Atelier Doméstico apresenta provas claras quando as crianças ganham ou não peso. Depois de uma sessão de 12 dias do Atelier Doméstico, muitas crianças gravemente subnutridas começam a demonstrar mudanças no apetite, na actividade física e no nível de alerta, às quais se seguem alterações no peso. O fracasso ou o sucesso da intervenção é conhecido quando o peso de uma criança é medido e interpretado usando padrões locais e internacionais. As crianças do programa são pesadas no primeiro e no último dia de cada sessão.

A taxa de aumento de peso das crianças é comparada a padrões (veja a Tabela 4.5 para consultar o peso médio por idade). O sucesso do programa é baseado nos objectivos escolhidos originalmente. Se o objectivo é reabilitar todas as crianças que participam no Atelier Doméstico, o programa é considerado bem sucedido quando o peso das crianças aumenta. Quando o objectivo é manter a melhoria do estado nutricional por tempo indeterminado e/ou prevenir a subnutrição nas crianças mais novas, o sucesso determina-se através dos resultados recolhidos ao longo do tempo através da promoção de monitorização de crescimento.

A ***monitorização*** determina se os resultados desejados estão a ser alcançados. É um processo contínuo, rotineiro e geralmente quantitativo que requer a recolha de dados, o cálculo de indicadores (medições objectivas, práticas e de confiança que indicam se um programa está bem encaminhado) e a comparação dos indicadores com os objectivos predefinidos. A ***avaliação*** é um estudo ocasional, selectivo e por vezes parcialmente qualitativo de uma questão programática específica, como por exemplo "Porquê e como (não) foram alcançados os resultados?"

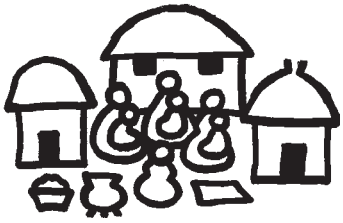
ONDE SE ENCONTRA?



Avaliações de DP/Atelier Doméstico em vários países demonstraram o impacto deste programa em três populações:

1. Nas crianças participantes – directamente, através das refeições do AD e beneficiando da alteração de condutas dos encarregados de educação;

2. Nos irmãos das crianças participantes – como os encarregados de educação adoptam novas condutas, outras crianças da família também começam a evidenciar taxas inferiores de subnutrição (nos estudos de controlo no Haiti e no Vietname); e



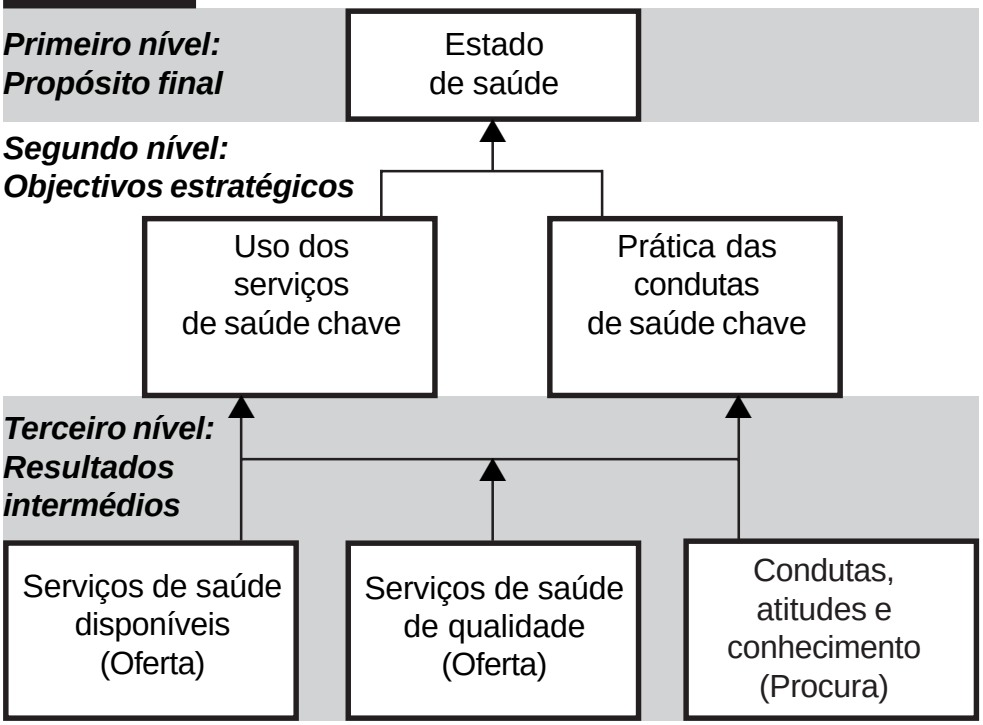
3. Na comunidade em geral – ocorre um "efeito de difusão", através do qual as condutas de DP eficazes se transformam em normas e todas as crianças do grupo etário alvo beneficiam de um estado nutricional melhorado.

A. Seleccionar resultados de projectos

Para monitorizar e avaliar o DP/Atelier Doméstico, é importante ter bem definidos os resultados desejados, a partir dos quais se poderá medir o progresso. O Capítulo 3 trata da definição de objectivos e propósitos juntamente com a comunidade. Uma estrutura de resultados (Figura 8.1) ajuda a compreender a interacção entre os propósitos, os objectivos e os resultados intermédios do programa. Cada nível conduz ao seguinte. Para alcançar os propósitos, têm de ser cumpridos os objectivos e para se cumprirem os objectivos, é necessário alcançar os resultados intermédios.

Esta estrutura permite à equipa do programa, aos voluntários do Atelier Doméstico e aos parceiros compreender melhor como o programa funciona e como cada parte do plano do programa ajuda a alcançar o objectivo final. Esta compreensão guia a selecção de estratégias e actividades para melhor alcançar os resultados desejados, assim como os objectivos e indicadores para medir o progresso.

FIGURA 8.1 Estrutura dos resultados do DP/Atelier Doméstico



O primeiro nível da estrutura de resultados representa o propósito final do projecto - bom estado de saúde, o qual é geralmente medido pela taxa de mortalidade e morbidade e/ou estado nutricional.

Normalmente, os programas de DP/Atelier Doméstico procuram alcançar os seguintes objectivos:

- ♥ A reabilitação de crianças subnutridas
- ♥ A capacidade das famílias manterem por si próprias a reabilitação destas crianças em casa
- ♥ A prevenção da subnutrição entre outras crianças da comunidade, quer no presente, quer no futuro

O segundo nível, que correspondente aos objectivos estratégicos, representa as duas direcções comuns a seguir para alcançar um bom estado de saúde que podem ser controladas pelo programa:

1. Uso de serviços de saúde chave (ex. monitorização do crescimento, sessões do Atelier Doméstico, imunização, suplemento de vitamina A ou tratamento de sinais de perigo, etc.)
2. Prática de condutas de saúde chave (ex. práticas de alimentação, cuidados gerais, cuidados de higiene e cuidados de saúde)

O terceiro nível, relativo aos resultados intermediários, apoia os objectivos estratégicos e inclui os artigos que influenciam a oferta e a procura. Para que os encarregados de educação usem as sessões do Atelier Doméstico e interiorizem as práticas de saúde chave, as sessões têm de:

1. Estar disponíveis (oferta)
2. Ter alta qualidade (oferta)
3. Ser procuradas pela comunidade com base no seu conhecimento, atitudes e condutas (a procura é influenciada pelas normas e crenças, bem como por eficácia própria)

Esta estrutura de resultados é suficientemente abrangente para fundamentar uma estratégia nacional de saúde ou um projecto local de Atelier Doméstico. Cada um dos níveis pode ser adaptado com base nos propósitos, objectivos estratégicos e resultados intermédios para programas de saúde específicos.

B. Monitorização do progresso

Em geral, os programas de saúde procuram medir os resultados no nível dos objectivos estratégicos (segundo nível) ou no nível de resultados intermédios (terceiro nível) da estrutura de resultados. A mudança a nível de propósito (primeiro nível) na população alvo costuma ser feita mais a longo prazo e é muito difícil de medir através da monitorização rotineira. Com base nos efeitos da estrutura de resultados, supõe-se que atingir os objectivos estratégicos e os resultados intermédios leva a resultados ao nível dos propósitos. Costumam ser necessários estudos dispendiosos e demorados para assegurar que os propósitos do primeiro nível são atingidos. Os programas de Atelier Doméstico são um "caso especial" no sentido em que procuram resultados no primeiro nível (diminuição da morbidade provocada pela subnutrição) que possam ser regularmente monitorizados.

Os programas de Atelier Doméstico são um "caso especial" no sentido em que procuram resultados no primeiro nível (diminuição da morbidade provocada pela subnutrição) que possam ser regularmente monitorizados.

Os programas de Atelier Doméstico monitorizam tanto o estado nutricional e de saúde individual das crianças como o estado nutricional e de saúde geral da comunidade. Cada encarregado de educação recebe um gráfico de crescimento que

indica o progresso do estado nutricional da criança. Com esta informação, o encarregado de educação fica motivado para passar à acção e praticar em casa as condutas que melhoram o crescimento da criança. A equipa do projecto pode fornecer aconselhamento específico e referir as crianças para os serviços de saúde que prestam cuidados adequados, benéficos para o seu bom crescimento. A monitorização do estado nutricional e de saúde da comunidade indica se o programa cobre uma percentagem significativa de crianças e se as práticas positivas se tornaram parte de uma nova norma comunitária que permita às crianças e irmãos manterem um bom crescimento.

A monitorização do crescimento na comunidade é uma prática de colaboração eficaz e benéfica. A informação conseguida com estes estudos ou com a divulgação do estado de saúde dos membros da comunidade é muito importante. Contudo, a monitorização é apenas tão válida quanto os dados recolhidos. Há exemplos de projectos que aparentemente haviam alcançado os resultados desejados, para se descobrir mais tarde que os dados de linha base tinham sido manipulados de modo a reflectirem uma participação comunitária superior e maiores aumentos de peso. Neste caso, seria útil obter-se informações deste incidente para prevenir ocorrências futuras de resultados incorrectos. Um plano de monitorização que utilize poucos indicadores para os objectivos estratégicos e resultados intermédios (segundo e terceiro níveis, respectivamente) facilitará aos supervisores registar o progresso e identificar quaisquer problemas do projecto precocemente, quando ainda podem ser corrigidos.

Seleccione indicadores que sejam medições objectivas, práticas e de confiança do progresso do programa. Os indicadores apenas são úteis se servirem para fundamentar a tomada de decisões.

1. Seleccionar indicadores apropriados

Conforme mencionado anteriormente, a monitorização implica a recolha de dados, o cálculo de indicadores e a comparação dos indicadores com os objectivos predefinidos. É importante seleccionar indicadores que sejam medições objectivas, práticas e de confiança do progresso do programa. Os indicadores podem variar conforme as necessidades e as condições do projecto, mas têm de ser claramente definidos. A Tabela 8.1 fornece exemplos de indicadores organizados por níveis da estrutura de resultados. Alguns indicadores listados possuem definições instituídas a nível internacional. A maioria não. Muitos incluem um "X", o que representa um fenómeno a ser definido localmente. Os que não têm "X" ainda precisam de ser esclarecidos antes de serem utilizados. Por exemplo, o que significa exactamente "número ou percentagem de nascimentos recentes registados"? Devem incluir-se apenas os nados-vivos ou todos os nascimentos e quando se devem registar?

Os indicadores a um nível definido de resultados permitem interferir em níveis inferiores do processo. Um indicador sobre a utilização correcta dos serviços do Atelier Doméstico implica que os serviços se encontram disponíveis. Por outro lado, um indicador sobre níveis baixos da utilização dos serviços do Atelier Doméstico demonstra a necessidade de rever todos os indicadores de nível inferior a fim de determinar a causa do problema. Por exemplo, a fraca utilização dos serviços de PMC pode reflectir a pouca disponibilidade destes serviços que, por sua vez, reflecte a falta de contribuições (ex. de balanças). Para remediar um problema pode ser necessário o uso temporário de outros indicadores. Nomeadamente, uma fraca participação no Atelier Doméstico pode implicar que o facilitador do Atelier tenha de repetir a formação e monitorizar, de forma intensiva e breve, vários aspectos da qualidade do Atelier Doméstico.

TABELA 8.1 Exemplos de indicadores para os programas de Monitorização do crescimento e Atelier Doméstico

RESULTADO	
Promoção e monitorização do crescimento	**Atelier Doméstico**
Estado de saúde[1]	
N.° (%) de crianças com menos de X de idade e com nível de nutrição normal ou "verde" (Z > -2 PMI) (X = 2, 3, 5 anos, etc.) **N.° (%) de crianças** com menos de X de idade e com subnutrição ligeira "amarelo" ou moderada (Z > -3 e Z < -2 PMI) (X = 2, 3, 5 anos, etc.) **N.° (%) de crianças** com menos de X de idade e com subnutrição grave ou "vermelho" (Z < -3 PMI) (X = 2, 3, 5 anos, etc.) Estado de nutrição geral das crianças com menos de X de idade (Z média PMI) (X = 2, 3, 5 anos, etc.)	**Estado** de nutrição geral da população X (Z média PMI) (X = graduados do AD, graduados do AD por categoria nutricional de entrada, irmãos mais novos dos graduados do AD, etc.) **N.° (%) de crianças do AD** que se graduaram, ou seja, que foram reabilitadas ou aumentaram mais de 400 gramas em 2 meses **N.° (%) de crianças do AD** que não se graduaram, mas que aumentaram 200 a 400 gramas em 2 meses (primeira vs. segunda sessão do AD) **N.° (%) de crianças do AD** que não se graduaram, mas que aumentaram < 200 gramas em 2 meses (primeira vs. segunda sessão do AD) **N.° (%) de crianças do AD** que não se graduaram e que não aumentaram de peso **N.° (%) de crianças do AD** que não se graduaram e que perderam peso **N.° (%) de crianças do AD** que demonstraram X (X = atributo físico, emocional ou social)
Utilização de serviços chave[2]	
N.° (%) da população alvo que participou na PMC **N.° (%) de crianças** com 6 a 23 meses que receberam uma dose de vitamina A nos últimos 6 meses **N.° (%) de crianças** com 12 a 23 meses que receberam a vacinação completa antes de completarem um ano (confirmado com cartão)	**N.° (%) de crianças** subnutridas elegíveis inscritas no AD **N.° (%) de crianças** subnutridas inscritas, que participam no AD a nível X (X a definir) **N.° (%) de encarregados de educação** participantes no AD que são X (X = mães, avós, irmãos, etc.)
Prática de condutas chave[3]	
N.° (%) de encarregados de educação que relatam que os bebés, de 6 a 9 meses, receberam alimentação complementar e leite materno nas últimas 24 horas **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter praticado a alimentação activa com as crianças, de 6 a 24 meses, nas últimas 24 horas **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter alimentado as crianças, de 6 a 24 meses, X vezes nas últimas 24 horas, além da amamentação (X varia com a idade) **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter alimentado as crianças, de 6 a 24 meses, X alimentos nas últimas 24 horas (X varia com a idade e com a estação do ano), entre as crianças com diarreia nas últimas 2 semanas **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter aumentado a quantidade de líquidos durante o período de doença, entre as crianças com diarreia nas últimas 2 semanas **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter dado a mesma ou maior quantidade de alimentos durante o período de doença, entre as crianças com diarreia nas últimas 2 semanas **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter dado uma maior quantidade de alimentos durante o período de recuperação da doença **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam lavarem frequentemente as mãos com sabão/cinza antes da preparação de alimentos ou de alimentar a criança e após usar a latrina ou limpar uma criança que defecou **N.° (%) de encarregados de educação** com local próprio para lavar as mãos, com sabão ou outro produto de higiene **N.° (%) de encarregados de educação** que relatam ter (os próprios e/ou outros membros da família) estimulado cognitiva e linguisticamente as crianças nas últimas 24 horas **N.° (%) de pais** que relatam ter providenciado o recurso X às crianças no último mês (X a definir)	

NOTAS DA TABELA 8.1:

1 ***Estado de saúde*** para PMC refere-se ao estado nutricional da comunidade em geral; pelo contrário, o estado de saúde para o Atelier Doméstico limita-se aos participantes do AD.

2 ***Utilização de serviços chave*** encontra-se restringida à cobertura de PMC ou AD, em que os denominadores representam populações com elegibilidade relevante. Podem ser acrescentadas medidas mais tradicionais do uso de serviços de saúde (ex. vacinação completa atempada, uso de suplementos de vitamina A, tratamento da febre, etc.), em especial porque estão associadas ao estado nutricional e normalmente fazem parte da educação sobre saúde do AD.

3 ***Ambas as intervenções (PMC e AD)*** se centram na alteração das mesmas condutas em casa.

4	**A disponibilidade e qualidade** dos serviços remetem para intervenções específicas.	
	Disponibilidade dos serviços[4]	
	N.° de sessões de PMC programadas por trimestre **N.° (%) de sessões de PMC programadas** que chegam a ser realizadas	**N.° de sessões do AD** programadas por ano **N.° (%) de sessões do AD programadas** que chegam a ser realizadas **N.° (%) de dias do AD** que chegam a ser realizados por sessão ou por ano
	Qualidade dos serviços	
	N.° (%) de trabalhadores da PMC que pesam correctamente **N.° (%) de trabalhadores da PMC** que registam o peso correctamente **N.° (%) de equipamento de PMC essencial** disponível (materiais, balança, quadro de pontuação, lista de verificação da supervisão, etc.) **N.° (%) de nascimentos** registados **N.° (%) de óbitos** registados no grupo alvo **N.° de voluntários da comunidade** inscritos na equipa administrativa comunitária **N.° (%) de voluntários da comunidade** que participam nas sessões comunitárias entre os inscritos **N.° (%) de X** que sabem Y (X = dirigentes comunitários, membros da equipa administrativa comunitária, implementadores da PMC, etc.; Y = práticas optimizadas de cuidados infantis; estado nutricional da comunidade, etc.) **N.° (%) de implementadores da PMC** que relataram receber visitas de supervisão de acordo com padrão X (X = N.°, formulário, opiniões, formação, resolução de problemas, revisão de registos, etc.)	**Avaliação das condutas alimentares e dietéticas** conduzidas de acordo com padrão X (X a definir) **IDP conduzida** de acordo com padrão X (X a definir) **IDP analisada** de acordo com padrão X (X a definir) **N.° (%) de menus do AD** que reflectem X (X = alimentos de DP locais, equilíbrio nutricional, etc.) **N.° (%) de Atelieres Domésticos** que possuem locais próprios para lavar as mãos, com sabão ou outro produto de higiene **N.° (%) de Atelieres Domésticos** com eliminação sanitária das fezes **N.° (%) de Atelieres Domésticos** com educação sobre saúde de acordo com padrão X (X = mensagem apropriada, método interactivo, culturalmente adequado, etc.) **N.° (%) de encarregados de educação** que contribuem para o AD com alimentos em X dias/sessões **N.° (%) de encarregados de educação** que alimentam as crianças no AD em X dias/sessões **N.° (%) de encarregados deeducação** que ajudam a preparar refeições no AD em X dias/sessões **N.° (%) de facilitadores do AD** com X dados (X = nome. sexo, idade, peso, etc.) **N.° (%) de facilitadores do AD** que sabem X (X = propósito das contribuições alimentares, responsabilidade dos encarregados de educação, objectivo do AD, alimentos e condutas de DP, etc.) **N.° (%) de facilitadores do AD** que relatam praticar conduta chave X em casa **N.° (%) de facilitadores do AD** que implementam o AD de acordo com padrão X **N.° (%) de facilitadores do AD** que relatam receber visitas de supervisão de acordo com padrão X (X = N.°, formulário, opiniões, formação, resolução de problemas, revisão de registos, etc.) **N.° (%) de facilitadores do AD** que conduzem actividades de acompanhamento do AD de acordo com padrão X
5	**À excepção do conhecimento, os indicadores de procura** podem ser difíceis de medir com certeza. Vários indicadores são válidos para qualquer uma das intervenções.	
	Procura	
	N.° (%) de encarregados de educação que compreendem o significado das zonas coloridas em X (X = cartão caminho para a saúde, quadro de pontuação da comunidade, etc.) **N.° (%) de encarregados de educação** que sabem o estado nutricional das crianças **N.° (%) de encarregados de educação** que acreditam poder reduzir X com êxito (X = problema de subnutrição da criança ou da comunidade, etc.) **N.° (%) de encarregados de educação** que dão valor ao bem-estar das crianças (a determinar)	**N.° (%) de encarregados de educação** que sabem X (X = propósito das contribuições alimentares, responsabilidade dos encarregados de educação, objectivo do AD, alimentos e condutas de DP, etc.) **N.° (%) de encarregados de educação** que acreditam poder transferir a nova capacidade de resolução de problemas ou de mobilização para outros desafios da comunidade
6	Esta linha está separada do corpo da tabela porque não ilustra resultados, mas representa contribuições chave para cada intervenção.	
	N.° (%) de comunidades que receberam X (X = balanças, registos, material IEC, etc.) **N.° (%) de voluntários** com formação em PMC **N.°** (%) de voluntários com formação em supervisão de PMC **N.° (%) de comunidades** que possuem uma equipa administrativa comunitária	**N.° (%) de comunidades** que receberam X (X = alimentos do AD, registos, material IEC, etc.) **N.° (%) de voluntários** com formação em facilitação do AD **N.°** (%) de voluntários com formação em supervisão do AD **N.° (%) de comunidades** que possuem uma equipa administrativa comunitária

Após seleccionar estratégias e actividades, pode rever os exemplos de indicadores para recordar uma breve lista de indicadores potencialmente aplicáveis. Adapte-os à sua situação local, estabeleça alvos, determine como irá registá-los e em seguida teste-os. Os indicadores apenas são úteis se servirem para fundamentar a tomada de decisões. Se os indicadores seleccionados se revelarem benéficos à orientação do seu projecto, mantenha-os e prossiga com a monitorização. Caso contrário, modifique-os ou seleccione novos indicadores.

2. Estabelecer alvos

Determine os níveis alvo para cada indicador e um prazo para atingir esses níveis. Os alvos devem ser determinados com base na compreensão da situação corrente (ou seja, percentagem das crianças subnutridas, percentagem dos encarregados de educação que amamentam exclusivamente as crianças durante quase seis meses, etc.) e numa avaliação realista do que é possível alcançar nesse período de tempo. O Ministério da Saúde, a UNICEF e outras agências devem ter dados disponíveis de outros programas que o ajudarão a decidir o nível de alteração que poderá esperar numa perspectiva realista.

Os alvos devem ser determinados com base na compreensão da situação corrente e numa avaliação realista do que é possível alcançar nesse período de tempo.

TABELA 8.2 Exemplos de indicadores e alvos para a projecção do crescimento saudável

	Indicador	Alvo	Tipo de resultado
1	Crianças com menos de 24 meses de idade com nível de nutrição normal (Z > -2 em relação ao peso médio por idade -PMI)	60%	Estado de saúde
2	Crianças com menos de 24 meses de idade com subnutrição grave (Z < -3 PMI)	<1%	Estado de saúde
3	Amamentação exclusiva entre crianças do 0 aos 6 meses de idade	40%	Conduta
4	Alimentação complementar entre crianças do 6 aos 9 meses de idade	75%	Conduta
5	Uso das sessões do Atelier Doméstico por crianças e encarregados elegíveis	95%	Utilização de serviço
6	Os encarregados de educação que participam nas sessões do Atelier Doméstico contribuem com alimentos	80%	Qualidade de serviço
7	Os voluntários da comunidade responsáveis pela monitorização do crescimento pesam as crianças correctamente	90%	Qualidade de serviço
8	Os encarregados de educação conhecem os alimentos e as condutas locais de desvio positivo	80%	Conhecimento

Note que os indicadores seleccionados cobrem todos os níveis da estrutura de resultados, desde o estado de saúde ao conhecimento. Ao listar os indicadores, torna-se evidente que os oito resultados são ambíguos, requerem a recolha de dados de diferentes populações e estratégias de medição variadas e deixam muitos outros resultados por medir.

3. Determine como irá registar os indicadores

Considere como poderá registar estes indicadores. Um bom ponto de partida é a matriz de planeamento do sistema de monitorização (Tabela 8.3) que, para cada indicador, lista: quem recolhe a informação, onde e com que frequência é recolhida, qual é a fonte dos dados, qual é o formulário a utilizar e qual é o seu objectivo final.

Esta matriz de planeamento revela que mesmo com apenas oito indicadores, o sistema de monitorização é complexo. A recolha de informação é feita por quatro tipos de trabalhadores distintos em três cenários diferentes, utilizando várias fontes de informação e formulários. Quando o planificador do projecto confrontar estes requisitos, poderá decidir simplificar a lista, reduzindo os indicadores.

A coluna "Uso" está relacionada com o ciclo "Triplo A" da UNICEF para a monitorização contínua:

Avaliação,

Análise e

Acção

(veja a página 164).

TABELA 8.3 Matriz de planeamento do sistema de monitorização

	Indicador	Quem recolhe	Onde	Fonte de dados	Formulário usado	Frequência	Uso
1	% de crianças < 24 meses com nutrição normal	Supervisor de PMC	Reunião da equipa administrativa comunitária	Estado nutricional agregado de todas as crianças < 24 meses	Resumo da assistência do AD	Mensal	Avaliar a tendência à luz de todos os outros dados e objectivos
2	% de crianças < 24 meses com subnutrição grave	Supervisor de PMC	Reunião da equipa administrativa comunitária	Estado nutricional agregado de todas as crianças < 24 meses	Resumo da assistência do AD	Mensal	Avaliar a tendência à luz de todos os outros dados e objectivos
3	% de crianças amamentadas exclusivamente 0 - 6 meses	Voluntários de PMC	PMC	Amostra de conveniência de 10 encarregados	Ferramenta de monitorização de conduta	PMC intercalada	Rever, modificar actividades BCC na PMC e AD
4	% de crianças com alimentação complementar 6 - 9 meses	Voluntários de PMC	PMC	Amostra de conveniência de 10 encarregados	Ferramenta de monitorização de conduta	PMC intercalada	Rever, modificar actividades BCC na PMC e AD
5	% de participantes no AD	Supervisor do AD	Reunião da equipa administrativa comunitária	Participação agregada de crianças subnutridas < 24 meses	Resumo da assistência do AD	Mensal	Rever, modificar a qualidade, disponibilidade, mobilização comunitária
6	% de encarregados de educação que contribuem com alimentos	Supervisor do AD	AD	Relatório de contribuições dos facilitadores do AD	Livro de registos do voluntário do AD	1 a 2 dias (não anunciados) da sessão intercalada do AD	Reconhecer práticas exemplares e atrasadas (voltar a dar formação se necessário)
7	% de voluntários que pesam bem	Supervisores de PMC	PMC	Amostra de conveniência de 3+ pesos por voluntário	Ferramenta de monitorização de pesagem	PMC intercalada	Reconhecer práticas exemplares e atrasadas (voltar a dar formação se necessário)
8	% de conhecimento sobre alimentos e condutas de DP	Voluntários de PMC	PMC	Amostra de conveniência de 10 encarregados	Ferramenta de monitorização de conduta	PMC intercalada	Determinar a integração do método e necessidade de nova mobilização

4. Seleccionar, adaptar e/ou desenvolver ferramentas de monitorização para medir os resultados

Um sistema de monitorização eficaz precisa de boas ferramentas de monitorização. As ferramentas são formas com instruções claras de conclusão, computação e utilização. A seguir encontram-se alguns exemplos de ferramentas que podem ser empregues com base nos indicadores seleccionados na Tabela 8.3. É impossível prever todas as ferramentas de monitorização que os gestores podem requer. Os exemplos apresentados servem apenas de guias para estimular a reflexão.

INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE

O estado de saúde nutricional a nível comunitário (neste exemplo: "percentagem das crianças alvo com menos de 24 meses e estado nutricional normal) é calculado com base nos dados resultantes da monitorização de crescimento regular do grupo alvo.

Ex.: (N.° de crianças < 24 meses, com subnutrição grave / N.° total de crianças pesadas) x 100 = percentagem de crianças < 24 meses com subnutrição grave

Os numeradores resultam dos números de crianças em cada categoria de estado nutricional e o denominador é o total de crianças pesadas na PMC em questão. Contudo, níveis baixos de participação dificultarão a interpretação das percentagens calculadas, porque as crianças em pior estado de subnutrição são as que, tipicamente, menos probabilidades têm de recorrer aos serviços. Neste sentido, a percentagem calculada de crianças com subnutrição grave pode ter sido subestimada.

Níveis baixos de participação dificultarão a interpretação das percentagens calculadas, porque as crianças em pior estado de subnutrição são as que tipicamente menos probabilidades têm de utilizar os serviços.

Para contornar este problema, é necessário incluir um indicador da utilização de serviços (neste exemplo: "percentagem de crianças e encarregados de educação elegíveis que utilizam o serviço de PMC").

Ex.: (N.° de crianças < 24 meses pesadas na sessão de PMC / N.° total de crianças < 24 meses na comunidade) x 100 = percentagem de crianças < 24 meses que utilizam o serviço de PMC

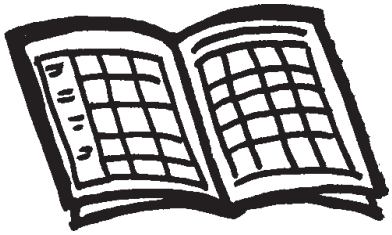
O numerador é novamente o número de crianças pesadas na PMC em questão. Todavia isso não é tão simples assim, uma vez que a participação no grupo alvo é fluida. Quando as crianças atingem o ponto limite (ou seja, 24, 36 ou 60 meses), deixam de ser integradas no numerador e no denominador. O denominador também apresenta os seus desafios, já que aumenta com os nascimentos e migrações para dentro da comunidade e diminui à medida que as crianças deixam de integrar o grupo alvo por motivo de óbito, migração para fora da comunidade ou crescimento. O registo dos acontecimentos vitais é, portanto, muito importante para ajustar o denominador da população alvo. Contudo, isto pode ser complicado e dispendioso, pelo que actualizações trimestrais devem ser suficientes.

Ex.: Numa sessão de monitorização de crescimento foram identificadas 12 de 50 crianças < 24 meses como gravemente subnutridas (24%); contudo, na comunidade havia 80 crianças < 24 meses, o que significa que apenas 50 de 80 crianças utilizaram o serviço (63%). Isto ilustra bem o facto de que é muito provável a percentagem real da subnutrição nesta comunidade ser superior a 24%. Como tal, precisa de trabalhar com a comunidade a fim de procurar essas crianças que não participaram na sessão, pesá-las e dar aos seus encarregados de educação a oportunidade de frequentarem o Atelier Doméstico, caso satisfaçam os critérios.

Monitorização dos acontecimentos vitais
Os Formulários 8.1, 8.2 e 8.3 fornecem exemplos de formulários para a monitorização de nascimentos, óbitos e migração para dentro e fora da aldeia, respectivamente. São úteis para calcular os denominadores necessários para vários indicadores.

Livros de registos da PMC e do Atelier Doméstico
Os Formulários 8.4 e 8.5 fornecem exemplos de livros de registos da PMC e do Atelier Doméstico. Estes livros são mantidos durante todo o decurso da intervenção e fornecem aos voluntários um local onde registar o peso, o estado nutricional, as contribuições do Atelier Doméstico, etc. por criança.

Ferramentas da PMC e do Atelier Doméstico para a compilação de resultados
Os Formulários 8.6, 8.7 e 8.8 fornecem exemplos de formulários para compilar e calcular os resultados da PMC e do Atelier Doméstico em todas as aldeias e em qualquer altura.



Os livros são mantidos durante todo o decurso da intervenção e fornecem aos voluntários um local onde registar o peso, o estado nutricional, as contribuições do Atelier Doméstico, etc. por criança.

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO ATELIER DOMÉSTICO

O indicador "percentagem de crianças elegíveis que utilizam o Atelier Doméstico" usa numeradores e denominadores de duas fontes distintas. O numerador é o número de crianças que participaram de facto nas sessões do Atelier Doméstico ou o número de crianças inscritas no Atelier Doméstico. Ainda que o número de crianças inscritas seja mais fácil de calcular, ele irá sobrestimar a utilização dos serviços, uma vez que nem todas as crianças inscritas chegam a frequentar as sessões. Além disso, o gestor tem de definir a "utilização" do programa. Uma solução poderia ser talvez contar as crianças que frequentam 85% (ou seja, 10 de 12 dias) de uma determinada sessão do Atelier Doméstico.

O denominador é o número de crianças identificadas na avaliação nutricional como tendo um estado de subnutrição específico (estado específico definido pelo projecto). A percentagem de crianças com esse estado de subnutrição que participam nas sessões do Atelier Doméstico (intensidade definida pelo gestor) produz o indicador "percentagem de crianças elegíveis que utilizam o Atelier Doméstico". Note que a definição da "utilização" pode variar ao longo do projecto. Pode começar com o número de inscritos, como medida

Ainda que o número de crianças inscritas seja mais fácil de calcular, ele irá sobrestimar a utilização dos serviços, uma vez que nem todas as crianças inscritas chegam a frequentar as sessões. Além disso, o gestor tem de definir a "utilização" do programa de Atelier Doméstico.

da participação inicial da comunidade. Com a aceitação da comunidade, pode contar uma participação qualquer, independentemente do nível. Mais tarde, depois de aumentar a mobilização, poderia estabelecer um padrão mais elevado e contar somente a assistência optimizada. Lembre-se que os indicadores só podem ser comparados ao longo de um determinado período de tempo, se o numerador e o denominador permanecerem constantes.

FERRAMENTA DE MONITORIZAÇÃO DE CONDUTA

Os indicadores propostos para monitorizar condutas ("percentagem de crianças alvo dos 0 aos 6 meses de idade amamentadas exclusivamente" e a "percentagem de crianças alvo dos 6 aos 9 meses de idade que recebem alimentação complementar") podem ser calculados através da ferramenta de monitorização de conduta (Formulário 8.9). As instruções para calcular o indicador encontram-se a seguir ao formulário, no final do capítulo. Este formato pode ser modificado de modo a registar as práticas ou conhecimentos relatados de outras mensagens chave do projecto. A faixa etária pode ser reajustada com base na conduta alvo e no tamanho total da população. Este método de recolha de dados não substitui um inquérito. A amostra é pequena, não aleatória e o método de entrevista é pouco seguro. Não obstante, se com o passar do tempo se for acrescentando informação proveniente de outras fontes, esta ferramenta poderá ajudar o gestor a concluir cautelosamente se persistem os níveis baixos da conduta alvo ou se houve alguma melhoria. No pior dos casos, é a "intervenção" que promove indirectamente a conduta chave, ao perguntar pela sua existência. Assim, a alteração de conduta pode ser equiparada a um indicador quantitativo de êxito (aumento de peso ou obtenção do estado nutricional desejado).

A ferramenta de monitorização de conduta não substitui um inquérito. Não obstante, se com o passar do tempo se for acrescentando informação proveniente de outras fontes, esta ferramenta poderá ajudar o gestor a concluir cautelosamente se persistem os níveis baixos da conduta alvo ou se houver alguma melhoria.

FERRAMENTA DE MONITORIZAÇÃO DA PESAGEM

O último exemplo, a ferramenta de monitorização da pesagem (Formulário 8.10), fundamenta o indicador seleccionado a "percentagem de voluntários que pesam crianças correctamente". De novo, o gestor tem de decidir a definição de "pesagem correcta", o que constitui, por certo, um processo complexo. Note que, como na tentativa de monitorização de conduta anteriormente descrita, a monitorização da capacidade de pesagem constitui uma excelente oportunidade para actualizar essa competência. De facto, depois de um ou dois episódios de monitorização, o gestor pode observar uma conduta ideal e querer diminuir a intensidade do registo deste indicador de qualidade em particular e acrescentar outros, idealmente seleccionados em diálogo com aqueles que serão monitorizados. A monitorização "surpresa" de capacidades anteriormente dominadas pode motivar ainda mais os voluntários a manter a sua eficiência.

A monitorização da capacidade de pesagem constitui uma excelente oportunidade para actualizar essa competência. De facto, depois de um ou dois episódios de monitorização, o gestor pode observar uma conduta ideal.

5. Comparar os indicadores com os alvos predefinidos

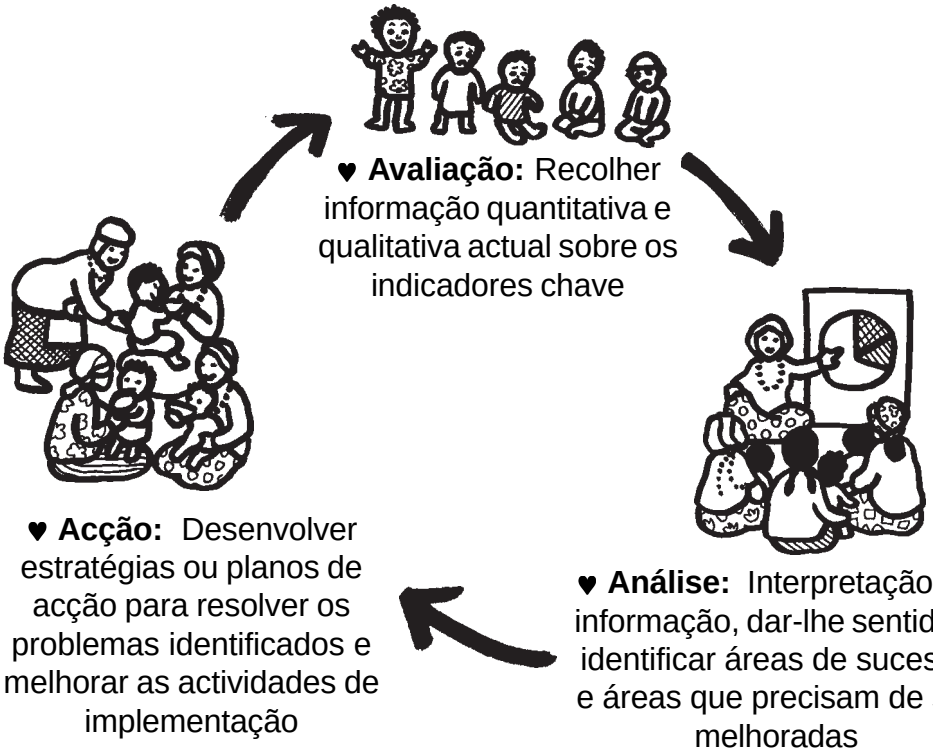
Um simples gráfico, onde é traçado o desempenho actual e comparado com os alvos trimestrais previamente traçados, pode fornecer ao gestor do projecto e a outras autoridades relevantes informações claras sobre o progresso do projecto.

6. Informar a comunidade sobre o progresso do programa

Informar a comunidade em geral ou a comunidade que monitoriza o projecto é essencial para motivar os indivíduos, mobilizar grupos, aumentar a noção de domínio da comunidade, estimular o debate e a resolução de problemas e festejar os objectivos alcançados. As reuniões mensais ou bimensais, em que se utiliza o ciclo "Triplo A" da UNICEF de avaliação, análise e acção, complementam o ciclo do processo de monitorização contínua. A coluna "Uso" da Tabela 8.3, destinada aos indicadores, está relacionada com o ciclo "Triplo A":

Informar a comunidade ou a comunidade que monitoriza o projecto é essencial para motivar os indivíduos, mobilizar os grupos, aumentar a noção de domínio da comunidade, estimular o debate e a resolução de problemas e ... festejar!

O ciclo "Triplo A" consiste em:



Os quadros de pontuação comunitários podem rastrear indicadores chave, especialmente aqueles identificados pela comissão do projecto com informação da comunidade. Os resultados de rastreio incluem obviamente o nível de subnutrição infantil. Os métodos utilizados para os quadros de pontuação deverão, com o tempo, permitir o rastreio de medições importantes. O Capítulo 3 descreve vários métodos de apresentação gráfica de dados à comunidade.

C. Avaliação da eficácia e do alcance do programa

Avaliar significa, literalmente, calcular o valor de algo. É um passo muito importante para o processo geral, porque permite a todos os agentes e interessados que se apropriem dos feitos e dos sucessos do projecto, identifiquem e analisem quaisquer problemas e façam recomendações para uma implementação futura.

As avaliações dão resposta a perguntas específicas. O tipo de avaliação é determinado pelas perguntas feitas, por quem as faz e pelos recursos disponíveis para lhes darem resposta. A série de perguntas que se segue ilustra várias estratégias de avaliação. Para mais informações sobre a execução de uma avaliação participativa, veja o Capítulo 6, em *"How to Mobilize Communities for Health and Social Change"*, na secção de Recursos.

O projecto do Atelier Doméstico conseguiu atingir os resultados esperados?

Em certas situações, será suficiente a monitorização interna do projecto, especialmente em relação às alterações do estado de saúde. Se o projecto foi bem implementado, espera-se a gratificante melhoria do estado de saúde. Outro cenário pode ser a centésima repetição de um projecto que experimentou múltiplas avaliações anteriores e apoia a eficácia do modelo. Neste caso, a monitorização interna do projecto pode satisfazer até os críticos mais exigentes, como por exemplo os seus parceiros governamentais ou multilaterais.

O projecto do Atelier Doméstico conseguiu REALMENTE atingir os resultados esperados?

A diferença aqui é que o entrevistador não se contenta simplesmente com a monitorização interna, porque o modelo ou o cenário é novo, porque lhe interessam resultados cuja medição baseada apenas na monitorização não são confiáveis (ex. condutas em casa) ou porque tem uma razão legítima para duvidar da base conceptual do modelo. Uma situação assim requer medições externas, apoiadas por recursos adicionais. Tipicamente, os inquéritos de linha de base e finais trazem à luz este tipo de perguntas. Os investigadores prestam atenção ao tamanho da amostra, entre outras considerações, para que o planeamento tenha o poder bio-estatístico de detectar antecipadamente a mudança do(s) indicador(es) relacionado(s) com a pergunta central. Os conceitos mais firmes empregam medições semelhantes na comparação de comunidades (de controlo) que não receberam a intervenção. A diferença dos resultados entre as comunidades experimental (Atelier Doméstico) e de controlo permite ao investigador considerar as mudanças causadas por efeitos não programados ou previstos como a meteorologia, os factores socio-económicos e afins (variáveis de distorção). Outros conceitos ainda mais firmes distribuem ao acaso comunidades para o Atelier Doméstico ou para o controlo, a fim de equalizar as variáveis de distorção e quantificar a certeza dos resultados.

Em certas circunstâncias, descobrir se o projecto do Atelier Doméstico realmente atingiu os resultados esperados pode requerer medições externas, apoiadas por recursos adicionais, tipicamente, os estudos de linha de base e finais.

Em que medida o projecto do Atelier Doméstico foi melhor do que o outro projecto que não é de Atelier Doméstico?

Esta pergunta comum de avaliação requer a comparação de dois modelos – uma pergunta razoável no contexto comum de recursos escassos e pretensões possivelmente exageradas. Este conceito requer duas ou três autoridades (ou seja, uma autoridade do Atelier Doméstico, uma autoridade da intervenção exterior ao Atelier Doméstico e, se possível, uma autoridade de controlo independe das duas intervenções para permitir a comparação entre elas). Um acessório importante consiste na análise de custos, uma vez que o modelo mais eficaz pode ser também o mais dispendioso.

Como atingiu o projecto do Atelier Doméstico os resultados esperados?

Esta pergunta pretende compreender como foram alcançados bons resultados na realidade. Por exemplo, a monitorização interna do projecto confirmou repetidamente que os programas do Atelier Doméstico melhoram o estado nutricional dos seus beneficiários; contudo, poucas avaliações mediram as condutas intermédias, quanto mais a incidência de morbidade. Que se saiba, nenhuma avaliação do Atelier Doméstico tentou medir a alteração de condutas e

a alteração comportamental determinante. Para responder a este grupo de questões são necessários inquéritos de linha de base e final e técnicas qualitativas, como entrevistas de informantes chave e discussões de grupos de interesse com os encarregados de educação, dirigentes comunitários/decisores e voluntários.

Que indicadores da qualidade do Atelier Doméstico são mais úteis?

Esta é uma questão específica, mas prática, que se prende com o processo de implementação do Atelier Doméstico. Conforme já foi referido, os bons indicadores possuem certas características, uma das quais deve ser a estreita associação com resultados de nível superior. Por outras palavras, que indicadores da qualidade do Atelier Doméstico predizem melhor a alteração da conduta do encarregado de educação ou do estado nutricional da criança? Se houvesse um conjunto de indicadores de qualidade chave (como as contribuições diárias das mães, a participação e o conhecimento sobre alimentos de DP), a monitorização da qualidade do programa seria muito mais eficaz. Este estudo especial precisaria de relacionar os dados sobre a qualidade ao Atelier Doméstico com outros resultados, desde que os recursos o permitissem.

Uma avaliação da sustentabilidade a nível comunitário pode analisar o estado de saúde dos antigos beneficiários ou das crianças nascidas após a conclusão do projecto, a alteração de condutas, a mudança de atitude entre os membros ou organismos administrativos da comunidade, entre outros.

Os resultados do Atelier Doméstico são sustentáveis?

As avaliações de sustentabilidade são pouco comuns, uma vez que os já escassos recursos raramente são alocados para o estudo das comunidades que deixaram de ser alvo do projecto. A sustentabilidade a nível comunitário pode avaliar o estado de saúde dos antigos beneficiários ou das crianças nascidas após a conclusão do projecto, a alteração de condutas, a mudança de atitude entre os membros ou organismos administrativos da comunidade, entre outros. Os inquéritos quantitativos podem calcular as medições antropométricas (peso e altura) e as condutas domésticas relatadas. As investigações qualitativas analisam se ocorreram mudanças de atitude como: complacência com a subnutrição infantil, confidência dos encarregados de educação e voluntários, resolução de problemas incluindo a aplicação do DP a novos desafios, estatuto e função de estruturas comunitárias relevantes e afins.

É aconselhável conduzir uma avaliação acumulativa com a colaboração de um avaliador e equipa externos, um a dois anos após a implementação do Atelier Doméstico. A Tabela 8.6 fornece um exemplo da estrutura de uma avaliação acumulativa com objectivos, indicadores e métodos/ferramentas a utilizar.

RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO

A Save the Children levou a cabo vários programas em diversos países. Aqui estão listados os resultados de algumas avaliações de país. (1)

Egipto

A SC (Save the Children) conduziu uma IDP na Governatura de Al Minia, no Alto Egipto, em 1999. Esta IDP descobriu alimentos de DP, incluindo salada, ovos, queijo e vegetais, bem como a prática da alimentação complementar a crianças com menos de um ano de idade. O programa incorporou as descobertas num projecto de Atelier Doméstico semelhante aos implementados no Vietname (veja o estudo de caso no Resumo). Uma avaliação externa concluída em 1999 documentou o impacto do programa, que reflectiu a diminuição da subnutrição de 47% para 13% nas comunidades que receberam a intervenção, em comparação com nenhuma alteração significativa numa comunidade que não recebeu a intervenção (48 a 46%). O avaliador sugeriu expandir a abordagem através da estratégia da universidade viva, utilizada com sucesso pela Save the Children no Vietname. Em 2000, investigadores regressaram ao local da intervenção e confirmaram que as actividades da SC produziram os efeitos desejados. No seu relatório concluíram que a mudança de atitude das mães, dos maridos e das sogras em particular era impressionante. Este sucesso motivou a equipa da SC a expandir o programa a fim de abranger as mulheres durante a gravidez.

No Mali, após seis meses, 60% das mães praticavam técnicas de desmame adequadas e 85% das crianças tinham melhorado o seu estado nutricional. Antes de usarem a abordagem DP, as sessões de monitorização de crescimento tinham pouco sucesso com as crianças subnutridas.

Mali

Em Março 1999, a SC conduziu uma IDP com a colaboração de membros da comissão de saúde das aldeias de Falabula e Sogola no distrito de Bougouni, região de Sikasso. Algumas das condutas e práticas identificadas através do método, incluíram o papel activo dos pais na alimentação da criança, a supervisão da criança durante as refeições, seis refeições por dia e a lavagem das mãos antes das refeições. As sessões do Atelier Doméstico fundamentadas pelo DP começaram em Maio. Os dados do programa indicaram uma melhoria significativa, um desvio padrão completo (pontuação Z de 2,8 para 1,8 relativamente ao peso médio por idade) no estado nutricional das crianças que participaram no Atelier Doméstico, contra nenhuma alteração (pontuação Z estática nos 2,5 relativamente ao peso médio por idade) entre uma amostra de comparação. Além disso, a melhoria no aumento de peso manteve-se. Após seis meses, 60% das mães praticavam técnicas de desmame adequadas e 85% das crianças tinham melhorado o seu estado nutricional. Antes de usarem a abordagem DP, as sessões de monitorização de crescimento tinham pouco sucesso com as crianças subnutridas. A SC continua a usar a abordagem DP para a nutrição infantil e planeia expandir a abordagem a catorze novas aldeias em 2002.

Paquistão

Em 1999, em colaboração com a Emory University, a SC conduziu um estudo inovador, comparando descobertas de uma IDP com um estudo de caso de controlo (ECC) para determinar os factores associados com o estado nutricional de crianças afegãs refugiadas no Paquistão. A análise demonstrou que quer a IDP quer o ECC isolaram duas condutas relacionadas com um bom estado nutricional: o aumento da amamentação da criança durante episódios de diarreia e o aumento da alimentação durante períodos de doença e de recuperação. Contudo, apenas a IDP identificou condutas complexas, tais como a alimentação activa, enquanto que o ECC identificou

factores como a utilização de serviços de monitorização de crescimento e imunização, idade da criança e desejo de mais crianças. Os autores concluíram que a IDP poderia ter sido melhor do que o ECC ao isolar atitudes (ex. o afecto da mãe) e condutas complexas, as quais são mais fáceis de medir pela abordagem de observação dos participantes da IDP. O estudo confirmou que a abordagem de IDP era um método válido, participativo e económico para identificar condutas alimentares e outros factores associados com a boa nutrição. Estas descobertas ajudaram a optimizar as intervenções em nutrição existentes e ajudaram a compreender melhor a metodologia.

Em geral, as famílias DP na Etiópia estavam mais envolvidas nas suas comunidades e demonstravam mais envolvimento dos pais nos cuidados infantis. Independentemente da situação de insegurança alimentar profunda, foi encorajador descobrir as famílias DP e as respectivas condutas adaptáveis.

Etiópia

Em Outubro e Novembro de 2000, a SC conduziu uma IDP numa área cronicamente afectada por insegurança alimentar do distrito de Liben, região de Oromia, no sul da Etiópia. Foram estudadas seis comunidades com duas etnias distintas a fim de identificar as condutas e práticas de DP adaptáveis que pudessem ser reproduzidas, não obstante a inadequação dos produtos alimentares. As condutas de DP identificadas incluíram a iniciação imediata à amamentação após o parto e a amamentação exclusiva durante quatro a seis meses. Em geral, as famílias DP estavam mais envolvidas nas suas comunidades e demonstravam mais envolvimento dos pais nos cuidados infantis. Independentemente da situação de insegurança alimentar profunda, foi encorajador descobrir as famílias DP e as respectivas condutas adaptáveis. Os resultados da IDP estão a ser integrados em programas existentes que abordam tanto as manifestações como as causas da subnutrição.

Bolívia

Em 1999, a SC e a Emory University formaram uma parceria para avaliar a metodologia de DP, conforme descrita no guia de campo da SC, *Field Guide: Designing a Community-Based Nutrition Program Using the Hearth Model and the "Positive Deviance" Approach*. O projecto piloto foi desenvolvido em seis comunidades rurais das terras altas de Oruro. Os métodos revelaram a existência de alimentos especiais, tais como sumo de cenoura, nabos, rabanetes e couve e boas práticas de cuidados de saúde, como por exemplo amamentação exclusiva durante seis meses e preparação higiénica dos alimentos. Os programas de DP prosseguem na Bolívia, apesar dos desafios inerentes à localização a grande altitude. O facto de a população se encontrar dispersa dificulta o processo de aprendizagem em grupo a nível de bairro (como no Atelier Doméstico). Além disso, o principal problema nutricional, o atrofiamento, requer a criação de novos indicadores para a admissão e graduação do programa com base na altura. Detectar melhorias na altura é mais difícil do que no peso. Passos futuros incluem um controlo mais rigoroso da comunidade e da equipa de resultados da IDP, uma vez que é pouco provável que os vegetais de DP descobertos na IDP piloto expliquem o impacto observado na saúde infantil.

Resultados adicionais do esforço de monitorização e avaliação podem ser consultados na Tabela 8.4, na próxima página.

TABELA 8.4 **Impacto nutricional do DP/Atelier Doméstico em vários países**

PAÍS	RESULTADOS
Haiti	3 anos após a participação no Atelier Doméstico, a subnutrição em 3º grau reduziu de 26% para 6%. O aumento da pontuação Z referente ao peso médio por idade foi de 0,34 entre o início da sessão e o acompanhamento (2 a 6 meses após a participação no Atelier Doméstico). 9.000 crianças foram reabilitadas no espaço de dois anos, registando-se níveis baixos de mortalidade entre as crianças participantes (2).
Guiné	Após 2 meses, demonstrou-se que entre os participantes: 57% recuperou o crescimento e 26% conseguiu o crescimento adequado (3).
Bangladeche	Após 2 meses, demonstrou-se que entre os participantes: 43% recuperou o crescimento e 47% conseguiu o crescimento adequado (2).
Vietname	A subnutrição grave foi eliminada (de 3% passou a 0%), as taxas de subnutrição moderada baixou de 12% para 5% e de subnutrição ligeira baixou de 26% para 21%, 2 anos após a agência implementadora ter terminado o seu envolvimento (dois terços destas crianças nasceram posteriormente). A pontuação Z do estado nutricional generalizado melhorou em 0,3 referente ao peso médio por idade. Um estudo de caso de controlo revelou uma redução da subnutrição de 40%, em comparação com uma zona socio-demográfica semelhante que não recebeu a intervenção do Atelier Doméstico (2).
Nepal	73% das crianças passaram de um estado de subnutrição grave a moderado para o ligeiro ou normal e essa melhoria foi mantida em 70% até 18 meses mais tarde (4).

Vínculos Necessários

É necessária mais investigação operativa na área dos vínculos entre programas de assistência humanitária e o Atelier Doméstico. Há medidas encaminhadas para, em situações de emergência, serem criados programas de filosofia semelhante ao AD através do chamado Cuidado terapêutico comunitário (CTC). Esta abordagem baseia-se num plano comunitário para tratar a subnutrição grave, inclusive durante o ponto alto de uma crise. Até à data, os testes produziram bons resultados. Ainda que seja necessária a importação de alimentos no período intermédio, a teoria defende a existência de continuação entre os programas de assistência e os programas de desenvolvimento.

Por conseguinte, onde existem programas de Atelier Doméstico, estes podem ser utilizados como base para uma abordagem de assistência em situações de crise. Durante uma emergência do período de transição, a abordagem CTC pode ser convertida num programa de Atelier Doméstico. Dado que a maior parte das emergências são cíclicas por natureza, este é um suporte de máxima importância. (3)

TABELA 8.5 **Exemplo da estrutura da avaliação acumulativa**

ACTIVI-DADE	OBJECTIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PROPOSTOS	MÉTODOS/ FERRAMENTAS
PMC	Aumento de 50% no registo de nascimentos e óbitos	Aumento de N.° e % nos nascimentos e óbitos registados	Livros de registos do AD e de PMC
	85% da totalidade das crianças com menos de 3 anos são pesadas regularmente	N.° e % das crianças com menos de 3 anos são pesadas em cada sessão do AD	Livro de registos do AD recolhidos a cada 2 meses
	85% dos encarregados de educação sabem qual é o estado de saúde da criança	% dos encarregados de educação que sabem qual é o estado nutricional da criança com menos de 3 anos	Entrevista com os encarregados de educação das crianças
	90% dos voluntários registam correctamente o peso das crianças	N.° e % dos voluntários que registam correctamente o peso das crianças	Livro de registos de PMC dos voluntários
Despara-sitação	85% das crianças entre 1 e 3 anos são desparasitadas duas vezes por ano	N.° e % das crianças entre 1 e 3 anos que são desparasitadas duas vezes por ano	Registos do AD, livro de registos de PMC
ATELIE-RES DOMÉSTI-COS	90% das crianças com menos de 3 anos identificadas são inscritas no AD	N.° e % das crianças identificadas que estão inscritas no AD	Registos do AD, livro de registos de PMC
	70% dos participantes no AD são reabilitados	N.° e % das crianças com subnutrição grave a moderada que recuperaram para o estado nutricional normal	Registos do AD
	50% dos participantes no AD mantêm a melhoria do seu estado nutricional 6 a 12 meses após a reabilitação	N.° e % dos participantes no AD que mantiveram a melhoria do seu estado nutricional 6 a 12 meses após a reabilitação	Resultados da sessão de PMC
	Aumento de 50% nas raparigas que atingiram o estado nutricional normal	N.° e % das raparigas que atingiram o estado nutricional normal	Livro de registos de PMC
	Redução de 20% na subnutrição geral entre as crianças com menos de 3 anos	N.° e % das crianças que atingiram o estado nutricional normal 1 ou 2 anos depois	Livro de registos de PMC
Práticas alimenta-res	Os encarregados de educação introduzem a alimentação complementar por volta dos 6 meses	% dos encarregados de educação de bebés com 6 a 8 meses que sabem que se deve introduzir a alimentação complementar aos 6 meses	Entrevista dos encarregados de educação de bebés com 6 a 8 meses
	Os encarregados de educação alimentam uma criança de 12 meses 5 vezes/dia, incluindo uma refeição ligeira e excluindo a amamentação		Discussão do grupo de interesse com as mães ou outros encarregados de educação graduados do AD
	Os encarregados de educação fornecem à criança vários alimentos por refeição, incluindo os alimentos de DP	Os encarregados de educação do AD que relataram alimentar a criança com um novo alimento de DP específico em cada refeição, incluindo vegetais e gordura	Reunião do grupo de interesse com as mães graduadas do AD; entrevista aprofundada em casa; observação da visita domiciliária
	Os encarregados de educação fornecem à criança uma alimentação adequada (quantidade e variedade) durante períodos de doença	Os encarregados de educação do AD que relataram ter desenvolvido novas práticas alimentares adequadas a crianças em período de doença e recuperação	Discussão do grupo de interesse com as mães ou outros encarregados de educação graduados do AD

TABELA 8.5 ***(continuação)***

ACTIVI-DADE	OBJECTIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PROPOSTOS	MÉTODOS/ FERRAMENTAS
Práticas de cuidados gerais	Os pais cuidam e passam mais tempo com as crianças	Pais participantes no AD que relataram passar mais tempo com as crianças e cuidar delas em conjunto com as mães	Discussão do grupo de interesse com os pais
Práticas de cuidados de saúde	Os encarregados de educação e outros membros da família estimulam a criança cognitiva e linguisticamente	Os parentes dos participantes no AD disseram cantar e brincar mais com as crianças: melhores capacidades de vocalização, linguagem e comunicação da criança	Discussão do grupo de interesse com as mães ou outros encarregados de educação graduados do AD; entrevista aprofundada; observações em casa
	Os encarregados de educação praticam bons cuidados de higiene alimentar	Os participantes revelaram ter desenvolvido novas práticas de higiene: lavar os alimentos antes de os cozinhar e cobrir a comida	Entrevista aprofundada; observações das visitas domiciliárias
	Os encarregados de educação praticam bons cuidados de higiene corporal quer para consigo mesmos, quer para com as crianças	Os participantes que desenvolveram novas práticas de higiene corporal como cortar as unhas e lavar as mãos (com sabão) antes de comer e depois de usar a latrina	Discussão do grupo de interesse com as mães ou outros encarregados de educação graduados do AD; entrevista aprofundada
	Os encarregados de educação identificam os sinais de perigo (IRA e diarreia)	Os encarregados de educação que conhecem os sinais de perigo e podem identificá-los correctamente	Observações em casa; discussão do grupo de interesse com as mães ou outros encarregados de educação graduados do AD; entrevista aprofundada
	Os encarregados de educação vacinam e pesam regularmente as crianças (participam no PMC)	N.° e % de encarregados de educção que têm as suas crianças completamente imunizadas e n.° e % de crianças que participam no PMC	Livro de registos das vacinações, cartão de monitorização de crescimento e lista de registo de PMC
Reunião de revisão mensal	Comissão administrativa e Atelier Doméstico	Participação de todos os interessa dos em todas as reuniões	Visitas de monitorização da equipa
	Os voluntários gerem, avaliam e monitorizam eficazmente o programa	Monitorização e supervisão das actividades no local	Formulários de relatório
		Relatórios precisos	Auditoria, relatório financeiro mensal
		Fundos utilizados adequadamente	Visitas de acompanhamento e relatórios
		Sustentabilidade das visitas domiciliárias e de PMC	Actas das reuniões de revisão mensal
		Problemas identificados e resolvidos	

Exemplo de formulário para o registo mensal de nascimentos.

FORMULÁRIO 8.1 **Monitorização de acontecimentos vitais: relatório mensal de nascimentos**

Nome de registo da aldeia: *Período de:* *a:*

Aldeia	Nome do recém-nascido	Sexo	Nome do pai	Data de nascimento Dia/mês	Peso (Kgs)	Lugar	N.° de nasci-mento	Comentários

FORMULÁRIO 8.2 **Monitorização de acontecimentos vitais: relatório mensal de óbitos de mulheres e crianças**

Nome de registo da aldeia: *Período de:* *a:*

Aldeia	Nome	Sexo	Data de nascimento		Data de óbito		Ida-de	Comentários (ex. causa de morte)
			Dia	Mês	Dia	Mês		

Número total de óbitos no mês: **Assinatura:**

FORMULÁRIO 8.3 **Monitorização de acontecimentos vitais: relatório mensal de migração para dentro/fora da aldeia**

Nome de registo da aldeia: _____
Período de: _____ *a:* _____

Aldeia	Nome da criança	Sexo	Nome do pai	Data de nascimento		Data de mudan-ça	Para dentro ou fora da aldeia	De ou para	Comentários
				Dia	Mes				

Número total de migrações para dentro da aldeia no mês:_____
Número total de migrações para fora da aldeia no mês:_____ Assinatura: _____

FORMULÁRIO 8.3

Monitorização de acontecimentos vitais: relatório mensal de migração para dentro/ fora da aldeia

FORMULÁRIO 8.4

Exemplo do livro de registos da promoção e monitorização do crescimento

FORMULÁRIO 8.4 **Exemplo do livro de registos da promoção e monitorização do crescimento**

Nome do voluntário: _____ *Aldeia:* _____

N.º de AD	Nome do chefe de família	Nome da criança	Sexo F/M	Data de nascimento Mês/ano	Data de PMC		Data de PMC		Data de PMC		Comentários
					Peso	Estado	Peso	Estado	Peso	Estado	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Nota: Deixe duas linhas, no mínimo, para cada família de modo a abranger os irmãos mais novos

FORMULÁRIO 8.5

Exemplo do livro de registos dos voluntários do Atelier Doméstico

Datas da sessão do AD: de _____ a _____ Número de crianças participantes: _____

Nome da criança	Data de nasci-mento	Contribuição: marcar zero ou marcar por dia de presença												Data de início	Registo de peso inicial (kg)	Registo de peso final (kg)	Alteração de peso (gr) + ou -	Comentários

FORMULÁRIO 8.5

Exemplo do livro de registos dos voluntários do Atelier Doméstico

FORMULÁRIO 8.6

Exemplo do formato da compilação de resultados de PMC a nível da aldeia

FORMULÁRIO 8.6 **Exemplo do formato da compilação de resultados de PMC a nível da aldeia**

Aldeia	População <3	Crianças pesadas N.°	%	Normal (verde) N.°	%	Subnut. ligeira (amarelo) N.°	%	Subnut. grave (vermelho) N.°	%	Total de crianças subnutridas N.°	%	Nascimentos*	Óbitos*	Migração dentro/ fora
TOTAIS														

**Incluir os nascimentos e óbitos que ocorreram desde a última sessão de PMC (últimos 2 meses)*

FORMULÁRIO 8.7 **Exemplo do formato da compilação de resultados de PMC durante um ano a nível da aldeia**

Sessão/ data de PMC	População <3	Crianças pesadas N.°	%	Normal (verde) N.°	%	Subnut. ligeira (amarelo) N.°	%	Subnut. grave (vermelho) N.°	%	Total de crianças subnutridas N.°	%	Nascimentos*	Óbitos*
PMC 1													
PMC 2													
PMC 3													
PMC 4													
PMC 5													
PMC 6													
PMC 7													

**Incluir os nascimentos e óbitos que ocorreram desde a última sessão de PMC (últimos 2 meses)*

FORMULÁRIO 8.7 **Exemplo do formato da compilação de resultados de PMC durante um ano a nível da aldeia**

FORMULÁRIO 8.8 **Exemplo do formato da monitorização mensal dos resultados compilados dos Atelieres Domésticos**

Datas da sessão do AD: de_____ a _____

Aldeia	N.° de crianças inscritas	Crianças graduadas N.°	%	Crianças que aumentaram de peso N.°	%	Crianças que não aumentaram de peso N.°	%	Crianças que perderam peso N.°	%	Crianças no vermelho ou amarelo N.°	%	N.° de crianças repetentes	Comentários (óbitos, doenças, etc.)

Use o formulário anterior OU o seguinte:

Datas da sessão do AD: de_____ a _____

Aldeia	N.° de crianças inscritas	Crianças graduadas N.°	%	Crianças que recuperaram crescimento N.°	%	Crianças com crescimento adequado N.°	%	Crianças que perderam peso N.°	%	N.° de crianças repetentes	Comentários (óbitos, doenças, etc.)

FORMULÁRIO 8.9 **Ferramenta de monitorização de conduta**

N.°	Nome	Idade (meses)	Amamentou exclusivamente a criança nas últimas 24 horas?		
			Sim	Não	Não sabe
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Instruções:

Numa sessão específica do Atelier Doméstico, identifique crianças com menos de 6 meses de idade que estejam acompanhadas por encarregados de educação familiarizados com o seu historial alimentar nas últimas 24 horas:

- ♥ Entreviste cada encarregado de educação em privado.
- ♥ Tome nota do nome e idade da criança para se certificar que a criança pode integrar o grupo etário alvo definido acima.
- ♥ Pergunte ao encarregado de educação se se lembra de tudo o que a criança comeu desde o dia anterior. Se o bebé foi APENAS alimentado a leite materno (e não água, leite artificial ou outro tipo de leite, sumo, outros líquidos, cereais, frutas, vegetais, grãos, carnes, etc.), assinale a coluna que diz "Sim". Se a criança tiver ingerido mais alguma coisa além de leite materno, assinale a coluna que diz "Não". Se o encarregado de educação não tem informações completas que lhe permitam responder com segurança, assinale a coluna que diz "Não sabe".
- ♥ Prossiga até reunir informações sobre dez crianças, excluindo aquelas que se enquadram na coluna que diz "Não sabe".
- ♥ Some o total de respostas "Sim" e "Não" e insira esse resultado na coluna correspondente no quadro de indicadores (veja a barra lateral).
- ♥ Some o total de respostas "Sim" e insira o total na coluna correspondente no quadro de indicadores.
- ♥ Divida o total de respostas "Sim" pelo total de respostas "Sim" e "Não" e multiplique por 100 para ficar a saber a percentagem de encarregados de educação que declararam terem amamentado exclusivamente nas últimas 24 horas.

Ferramenta de monitorização de conduta
Quadro de indicadores

N.° de encarregados de educação entrevistados que responderam SIM ou NÃO:	
N.° de encarregados de educação entrevistados que responderam sim:	
% de encarregados de educação que declararam terem amamentado exclusivamente nas últimas 24 horas:	

Ferramenta de monitorização de pesagem Quadro de indicadores

N.° de voluntários observados:	
N.° de voluntários que pesaram correctamente todas as crianças:	
% de voluntários que pesaram correctamente todas as crianças:	

FORMULÁRIO 8.10 **Ferramenta de monitorização de pesagem**

Voluntário	N.°	Peso registado pelo voluntário	Peso registado pelo supervisor	Não confere?
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Instruções:

- ♥ Peça aos supervisores/formadores para observarem os voluntários do Atelier Doméstico quando estes pesam as crianças.
- ♥ Tome nota do nome de cada voluntário.
- ♥ Explique ao encarregado de educação que a criança será pesada duas vezes.
- ♥ Observe o voluntário enquanto pesa a primeira criança e regista o peso assinalado.
- ♥ Volte a pesar a criança de forma correcta (de acordo com o protocolo) e registe o peso obtido.
- ♥ Verifique se os dois pesos registados conferem. Assinale a coluna que diz "Não confere?" se o peso registado por si for diferente em ____ gramas em relação ao peso registado pelo voluntário (determine o peso apropriado para o projecto).
- ♥ Repita o processo com três a cinco crianças por voluntário.
- ♥ Debata as suas observações com o voluntário.
- ♥ Repita o processo com os restantes voluntários.
- ♥ Preencha o quadro de indicadores no fim da página (veja a barra lateral).
- ♥ Discuta os resultados com os voluntários do Atelier Doméstico presentes.
- ♥ Finalmente, envie uma cópia do registo à equipa comunitária de saúde juntamente com o seu relatório de supervisão.

RECURSOS

Ensino para adultos

ENSINO ADULTOS

Charleston, R. and B. Kittle, *Adult Learning – Towards Behavior Change: A Training Curriculum;* CARE, 2001

Vella, Jane, *Learning to Teach: Training of Trainers for Community Development* Oef International, 1989
Disponível em: http://www.janevella.com/books.asp

Vella, Jane, *Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults, Revised Edition;* San Francisco: Jossey-Bass Publishing, 2002
Disponível em: http://www.janevella.com/books.asp

Vella, Jane, *Taking Learning to Task: Creative Strategies for Teaching Adults;* San Francisco: Jossey-Bass, 2002
Disponível em: http://www.janevella.com/books.asp

Vor der Bruegge, Ellen and Robb Davis, *Designing for Adults Course Packet;* Freedom From Hunger, 2002
Disponível em: http://www.coregroup.org/resources/Dialogue_Education_Course_ Packet.pdf

Participação da Comunidade

COMUNIDADE

Howard-Grabman, Lisa and G. Snetro, *How to Mobilize Communities for Health and Social Change;* Baltimore: Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Disponível em breve (2003)

McNulty, Judiann, S. Mason, and Judi Aubel, *Participation for Empowerment;* Atlanta: CARE, 200
Disponível em: www.coregroup.org

Schoonmaker-Freudenberger, Karen, *Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA): A Manual for CRS Field Workers and Partners;* Baltimore: Catholic Relief Services, 1999
Disponível em: www.catholicrelief.org/what/overseas/rra_manual.cfm

EDUCAÇÃO SAÚDE

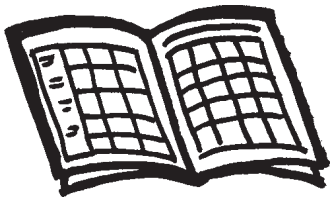
Educação sobre saúde

UNICEF, *Facts for Life, 3rd Edition;* New York: United Nations Children's Fund, 2002 (Saúde e Vida)
Disponível em: www.unicef.org/ffl

Werner, D. and Bill Bower, *Helping Health Workers Learn: A Book of Methods, Aids, and Ideas for Instructors at the Village Level, 2nd Edition;* 1995

Disponível em: http://www.hesperian.org/

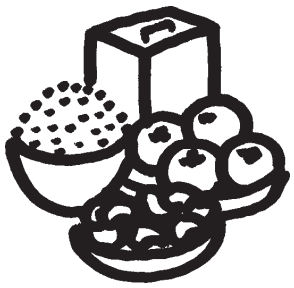
M e A



Ferramentas de monitorização e avaliação

Espeut, Donna, *Knowledge, Practices and Coverage Survey 2000+ Field Guide;* Calverton: The Child Survival Technical Support Project, 2001
Disponível em: http://www.childsurvival.com/kpc2000/kpc2000.cfm

Weiss, William and Paul Bolton, *Training in Qualitative Research Methods for PVOs & NGOs & Counterparts;* 2000
Disponível em: www.jhsph.edu/refugee/resources.html



Nutrição

Fourth Report on the World Nutrition Situation; Geneva, ACC/SCN em colaboração com IFPRI, 2000
Disponível em: http://acc.unsystem.org/scn/Publications/4RWNS/4rwns.pdf

Cameron, Margaret, Yngve Hofvander, and Rondo Cameron, *Manual on Feeding Infants and Young Children 3rd Edition;* Oxford UP, 1989

Cogill, Bruce, *Anthropometric Indicators Measurement Guide;* Washington, DC: Food & Nutrition Tech. Assistance Project, 2001
Disponível em: http://www.fantaproject.org/publications/anthropom.shtml

Griffiths, Marcia, Kate Dickin, and Michael Favin, *Promoting the Growth of Children: What Works: Rationale and Guidance for Programs;* The World Bank, 1996
Disponível em: http://wbln0018.worldbank.org/hdnet/hddocs.nsf/

Marchione, Thomas J, ed., *Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries;* Gordon and Breach Publishers, 1999

Murray, J., et al., *BASICS Technical Report: Emphasis Behaviors in Maternal/Child Health Focusing on Caretaker Behaviors to Develop Maternal/Child Health Programs in Communities;* 1997
Disponível em: http://www.basics.org/publications/abs/abs_emphasis.html

Sanghvi, Tina, *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers;* World Health Organization, 1999
Disponível em: http://www.basics.org/publications/abs/abs_nutrition.html

Wagman, J., and Peter Winch, eds., *Implementing and Evaluating Nutrition Interventions for Managers of PVO Child Survival Projects: A Guide to Manuals, Guidebooks, and Reports;* Child Survival Technical Support Project, 2000
Disponível em: http://www.childsurvival.com/documents/NutritionManual3.pdf

Zeitlin, Marian, Hossein Ghassemi, and Mohamed Mansour, *Positive Deviance in Child Nutrition: With Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*; United Nations University, 1990
Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/80697e/80697E00.htm

SÍTIOS WEB

Sítios da web

BASICS II – Projecto global para fomentar uma abordagem compreensiva destinado a melhorar condutas relacionadas com nutrição e respectivos resultados.
www.basics.org/technical/nutrition.html

O Grupo CORE – Organização sem fins lucrativos formada por membros sediados nos EUA que trabalham em conjunto com vista a melhorar a saúde materno-infantil.
www.coregroup.org

FANTA – Projecto de Assistência Técnica Alimentar e Nutricional integrado de programação nutricional e segurança alimentar.
www.fantaproject.org

Projecto LINKAGES – Projecto mundial de apoio à amamentação, alimentação complementar associada e nutrição materna e Método da amenorreia na lactação.
www.linkagesproject.org

UNICEF – Página do Fundo das Nações Unidas para a Infância com informação sobre nutrição, estratégias, áreas de interesse e programas de acção, que inclui documentação, recursos e ligações de apoio.
www.unicef.org/programme/nutrition/mainmenu.htm

Banco Mundial – Abordagem multissectorial do Banco Mundial para a nutrição, que inclui ligações relevantes, informação sobre o projecto, indicadores chave e mapas de trabalho. www1.worldbank.org/hnp

Organização Mundial de Saúde – Página da OMS com informação sobre nutrição, abordagem de questões recorrentes, investigação e tópicos como a insuficiência de micronutrientes e práticas alimentares de crianças e bebés. www.who.int/nut/index.htm

REFERÊNCIAS

Agradecimentos:

AGRADECIMENTOS

1. Sternin, M., J. Sternin, and D. Marsh, *Field Guide: Designing a Community-Based Nutrition Education and Rehabilitation Program Using the Hearth Model and "Positive Deviance" Approach;* Westport: Save the Children and BASICS, Dezembro 1998

2. Cribbin, M., *Application of a Positive Deviance Inquiry in the Oruro Altiplano;* Emory University, Abril 2000

3. Conrad, V., *Positive Deviance and Nutrition Education and Rehabilitation Programs: A Field Manual For Use in West Africa;* Save the Children, 2001

Resumo:

RESUMO

1. *Report of The International Workshop on Improving Children's Health and Nutrition in Communities;* 20-23 de Junho de 2000, Durban, África do Sul, 2000

2. Berggren, W., *Personal interviews*

3. Sternin, M, J. Sternin, and D. Marsh. '*Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam', Scaling Up, Scaling Down: Capacities for Overcoming Malnutrition in Developing Countries;* Gordon and Breach Publishers, 1999

4. Wollinka, O, K. E. Burkhalter, and N. Bahir (Eds), *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh;* Arlington, VA: BASICS, 1997

5. *WHO Global Strategy on Infant and Young Child Feeding, Report of the Secretariat;* 55th World Health Assembly, Abril 2002

6. *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries;* Programme Division, Nutrition Section, UNICEF, Junho 1990, New York: Monografia, 1990

7. Pelletier, D.L., et al., *The Effects of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries;* Bulletin World Health Organization 73(4): 443-448, 1995

8. *Evidence and Information for Policy;* WHO Child and Adolescent Health and Development, 2001

9. Sanghvi, T. *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers;* BASICS/UNICEF/WHO, 1999

CAPÍTULO 1

Capítulo 1:

1. Berggren, G, and M. Moreaux, *HEARTH/Positive Deviance Approach to Combating Malnutrition in Haiti: "Ti Foyers" in Haiti; Report on Field Visit and Workshop at Deschapelles, Haiti;* 10-19 de Setembro de 2002

CAPÍTULO 3

Capítulo 3:

1. *Reference Data for the Weight & Height of Children in Measuring Change in Nutritional Status;* WHO, 1993

2. *How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children in Household Surveys;* UN Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office, 1996

3. Cogill, B., *Anthrometric Indicators Measurement Guide;* Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2001

CAPÍTULO 4

Capítulo 4:

1. Allen, H., et al., *New Policies for Using Anthelmintics in High Risk Groups; WHO Informal Consultation on the Use of Praziquantel during Pregnancy/Lactation, and Albendazole/Mebendazole in Children under 24 Months;* Abril 2002

2. Marsh, D. and K. Lapping, *Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1;* 31 de Dezembro de 2001

Capítulo 5:

1. *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers;* Geneva: WHO, 1999

2. *Dietary Reference Intakes;* Food and Nutrition Board of the National Academy of Sciences, em publicação

3. *Facts for Life;* UNICEF, 2002

4. *Facts for Feeding, Guidelines for Appropriate Complementary Feeding of Breastfed Children 6-24 Months of Age;* LINKAGES, 2001.

5. Sanghvi, T., *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers;* WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 22

6. Marsh, D. and K. Lapping, *Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1;* 31 de Dezembro de 2001

7. Griffiths, M. and V. De Alvarado, *Honduras: The AIN Community Experience;* The Manoff Group, 1999

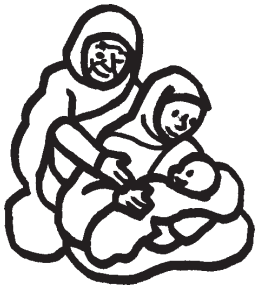
8. Sternin, M, J. Sternin, and D. Marsh, *'Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam', Scaling Up, Scaling Down: Capacities for Overcoming Malnutrition in Developing Countries;* Gordon and Breach Publishers, 1999

9. Berggren, W. and J. Grant, *Community Health Report to the Grant Foundation;* 1995

10. Sanghvi, T., *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers;* WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 232

11. Sanghvi, T., *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers;* WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 228

CAPÍTULO 7



Capítulo 7:

1. Pyle, D. and T. Tibbetts, *An Assessment of the Living University as a Mechanism for Expansion;* Em preparação, 2002

2. Wollinka, O, K. E. Burkhalter, and N. Bahir, eds., *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh;* Arlington, VA: BASICS, 1997

3. Diene, S. and M. Sternin, *On the Use of the Positive Deviance Approach and Hearth Model to Combat Malnutrition in West Africa;* Arlington, VA: BASICS, Novembro 2000

CAPÍTULO 8

Capítulo 8:

1. Marsh, D. and K. Lappi, *Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1;* 31 de Dezembro de 2001

2. Wollinka, O, K. E. Burkhalter, and N. Bahir, eds., *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh*; Arlington, VA: BASICS, 1997

3. Meyers, J. *Maternal and Child Health Initiative program in Dabola, Guinea;*. Apresentação em PowerPoint na USAID, Africare, Maio 2000

4. Grobler Tanner, C., *Comments on manuscript review;* Novembro 2001

Desvio Positivo/Atelier Doméstico: Guia de Recursos para a Reabilitação Sustentável de Crianças Subnutridas

O Desvio Positivo/Atelier Doméstico é um programa de nutrição, com base no lar e na comunidade, para as crianças dos países em vias de desenvolvimento que estão em risco de subnutrição. Este programa tem permitido a centenas de comunidades reduzir os níveis existentes de subnutrição infantil, assim como prevenir a subnutrição nos anos seguintes à conclusão do programa.

A abordagem *"Desvio Positivo"* é utilizada para identificar práticas pouco comuns e benéficas seguidas pelas mães e pelos encarregados de educação de crianças bem nutridas provenientes de famílias pobres. Uma vez identificadas, são procuradas formas para transmitir essas práticas e condutas positivas a outras famílias da comunidade com crianças subnutridas.

O *"atelier doméstico"* ou lar/lareira é o cenário das sessões de reabilitação e de educação nutricional do programa. Sugerindo uma família em torno da lareira ou da cozinha, o Atelier Doméstico é realizado no lar, onde os encarregados de educação e os voluntários preparam os alimentos de Desvio Positivo, alimentam as crianças subnutridas com refeições complementares ricas em calorias e proteínas extra e praticam condutas eficazes de cuidados gerais.

Dotado de úteis exemplos específicos recolhidos durante o trabalho de campo, ferramentas e ideias, este guia de recursos explica passo a passo como:

- identificar crianças em risco
- conduzir uma Investigação de Desvio Positivo
- conduzir sessões do "Atelier Doméstico"
- estabelecer um sistema de monitorização e avaliação

CORE Incorporated
220 I Street, NE Suite 270
Washington DC 20002 (EUA)
Telefone: (202) 608-1830 / Fax: (202) 543-0121
Internet: www.coregroup.org