

**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**Cuidados Domiciliários
Para Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA**

**Guião de Operacionalização
Ligação Serviço Nacional de Saúde - Comunidade**

Maputo, Dezembro, 2003

Conteúdo

1. Introdução	3
2. Objectivos	4
2.1. Geral	4
2.2. Específicos	4
3. Princípios e Características	4
4. População Alvo	5
5. Principais Intervenções e Ligações do Programa de CD	5
6. Relações Intersectoriais e Comunidade	6
6.1. Relações com a Comunidade e outros organismos	6
6.2. Relação entre as Instituições	6
6.3. As responsabilidades a nível Nacional	6
6.4. Província e Distrito	7
7. A Estratégia de Implementação	8
7.1. Organização	8
7.2. Estatutos e Princípios de Voluntários - Cuidado Domiciliário	8
A) O papel dos voluntários	8
B) Número de voluntários por doente	8
C) Incentivos e estímulos	9
D) A Selecção de voluntários	9
E) Os Medicamentos	9
F) A Identificação de clientes	10
G) O Apoio Social	10
H) Confidencialidade	11
I) Protocolo de referência	11
7.3. Treinamento e Formação contínua	11
7.4. Supervisão	12
7.5. Monitorização	14
7.6. Indicadores	15
7.7. Mobilização Social	16
8. Custos do Programa	17
8.1. Recursos Financeiros	17
Annexo 1	18

1. Introdução

Os Cuidados Domiciliários (CD) são uma estratégia de atendimento a nível domiciliário para as Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA (PVHS). As PVHS na maioria das vezes não precisam de hospitalização. O domicílio é o lugar mais adequado para se recuperarem das doenças com maior rapidez e comodidade, já que eles têm o apoio das pessoas queridas que podem prover cuidados, carinho e dedicação. Além do mais, os cuidados no domicílio podem reduzir o esforço do doente e da sua família em relação a deslocação casa de US, os gastos com a hospitalização e o exposição as infecções intra-hospitalares.

As PVHS são particularmente susceptíveis, a adquirir Infecções Oportunistas (IOs) tais como TB, pneumonia, diarreia, candidíase e outras infecções da boca, pele e garganta.

A tomada de consciência, por parte do pessoal de saúde e de outras instituições, na prestação de cuidados e apoio às PVHS, é essencial para o desenvolvimento de estratégias que se adaptem às condições locais. Além do tratamento medicamentoso e cuidados clínicos, as PVHS necessitam de educação em saúde nas áreas de nutrição, higiene pessoal e ambiental. Precisam também apoio psicológico e emocional que reduzam as tensões e stress, protecção contra a discriminação e estigma, cuidados na área social para aliviar o impacto sócio-económico como consequência do SIDA (alimentação, água limpa, falta de rendimento, etc.), e apoio aos órfãos. As PVHS também necessitam de apoio na área legal para a protecção no emprego, na herança e contra abuso em casa.

Com o desenvolvimento da epidemia do SIDA, os serviços de saúde vêm-se sobrecarregados não estando preparados para dar uma resposta adequada. Dentro dos diversos problemas que dificultam o acesso às PVHS, estão:

- A falta de treinamento e o preconceito do pessoal de saúde;
- O limitado número de técnicos nos serviços de saúde;
- A falta de recurso materiais tais como camas, roupa hospitalar, material de biosegurança;
- A falta de medicamento;
- A falta de serviços especializados tais como o Hospital de Dia.

Com a estratégia de Redes Integradas, o MISAU pretende gradualmente resolver esses problemas de acesso aos cuidados e tratamento das PVHS.

Existem várias experiências nos CD no país, com a participação da comunidade, pelas associações das PVHS, igrejas, grupos de mulheres, viúvas e outras, que têm demonstrado que é possível fazer um trabalho efectivo. A participação comunitária ajuda na redução de estigma, a discriminação e na mitigação dos efeitos do SIDA.

2. Objectivos

2.1. Geral

Prover assistência no domicílio às pessoas vivendo com o HIV/SIDA (PVHS) e seus familiares, nas áreas de saúde, nutrição, higiene e psicossocial.

2.2. Específicos

- Assegurar cuidados mínimos aos doentes de HIV/SIDA e outras doenças crónicas, a fim de evitar a hospitalização desnecessária.
- Garantir aderência aos medicamentos a incluir: TARV, tratamento e profilaxia das IOs incluindo TB e as ITS
- Providenciar aconselhamento e informações necessárias às PVHS e seus familiares.
- Estabelecer uma rede de assistência e referência entre os diferentes sectores, tais como a saúde, educação e acção social, para garantir o atendimento mínimo integral às PVHS, em especial à população vulnerável, órfão, viúvas, mulheres grávidas e crianças.

3. Princípios e Características

- O Respeito pelos Direitos Humanos é o principio geral do programa de Cuidados Domiciliários das PVHS e suas famílias.
- O cumprimento dos aspectos éticos de confidencialidade, consentimento informado, privacidade, individualidade e dignidade humana.
- Equidade: os cuidados devem ser providenciados a todas as pessoas, independentemente de sua idade, raça, etnia, identificação sexual, religião, condição económica, lugar de residência, e seu estatuto social, em relação ao HIV. Especial atenção deverá ser dada às pessoas em situação de vulnerabilidade (viúvas, órfãos, mulheres grávidas e crianças).
- Qualidade: para que os serviços atinjam o máximo de benefícios, devem ser oferecidos mantendo-se sempre um padrão de qualidade. São normas básicas estabelecidas que vão ser monitoradas e avaliadas.
- Acessibilidade e viabilidade: os programas de Cuidados Domiciliários (CD) vão expandir juntos com as Redes Integradas, de modo garantir a qualidade com base nas fontes de referência (GATV, HD/Consultas de Medicina) com pessoal formado e sensibilizado para dar apoio técnico aos Programas de CD.

4. População Alvo

- ❖ PVHS na fase III¹ e IV de doença, e em TARV. Também pessoas com outras doenças crónicas, que necessitem atenção, priorizando as que se encontram em situação de vulnerabilidade (viúvas, órfãos, mulheres grávidas e crianças).
- ❖ Outros membros das famílias das PVHS e outras doenças crónicas.

5. Principais Intervenções e Ligações com o Programa de Cuidados Domiciliários

Os Cuidados Domiciliários são multidisciplinares por definição. As intervenções deverão estar dentro de um conjunto mínimo de intervenções complementares e de apoio, que são oferecidas pelos diferentes serviços de saúde, acção social e de outras instituições, organizações não governamentais (ONGs), igreja etc., que estão trabalhando na comunidade.

Intervenções	Provedores
- Gerir Programas Cuidados a Domicílio	ONGs, OBCs implementadores
- Aconselhamento e Teste Voluntário	SNS / ONGs
-TARV, Tratamento e profilaxia das Infecções Oportunistas incluindo TB, tratamento as ITS	HdD/US/ONGs
- PTV	SMI/ONGs
- Fornecimento de medicamentos essenciais	SNS/ONGs
- Provisão de preservativos	CD, SNS, ONGs
- Grupos de auto apoio para as PVHS	GATV, Comunidade, ONGs
- Mobilização e sensibilização comunitária	RESP, Comunidade, ONGs
- Apoio Nutricional	Acção Social / PMA,Agricultura, ONGs, Comunidade
- Acesso a água limpa	Água e Saneamento, Governo Local/Comunidade, ONGs
- Cuidados aos órfãos	Acção Social, comunidade, CLCs
- Acesso das crianças vulneráveis de idade escolar, a escola	Educação, ONGs, comunidade
- Assistência de carácter legislativo	Justiça/Direcção Provincial do

¹ Classificação da OMS

<p>- Apoio sócio-económico (Certificação de Probreza, Projectos de Geração de recursos etc)</p> <p>- Medicina Tradicional (melhorar, fortalecer ligações entre o SNS e as PMTs)</p>	<p>Trabalho/Organizações sindicais</p> <p>Acção Social, Governo local, ONGs</p> <p>Programas de CD, Programa de Medicina Tradicional</p>
---	--

6. Relações Intersectoriais e Comunidade

6.1. Relações com a Comunidade e outros organismos

A base do programa é a relação de trabalho com a comunidade. A participação organizada dos supervisores e voluntários da comunidade, com o apoio das organizações e com mais capacidade técnica e organizacional será fundamental para o desenvolvimento do programa de cuidados domiciliários. A comunidade deve ser envolvida na organização, planeamento, execução e avaliação do programa.

Devemos continuar a identificar as Associações das PVHS, ONGs Nacionais e Internacionais, congregações religiosas, Grupos Comunitários para que juntos integrem as forças e se organizem na comunidade, para a implementação do programa.

6.2. Relação entre as Instituições

As instituições do Governo têm um papel importante a desenvolver, eficientemente, mesmo com os escassos recursos que cada uma das instituições possui. Para que as acções de saúde atinjam maiores benefícios, deverão estar integradas a outras actividades na área de acção social, educação etc., por isso torna-se necessária a abordagem inter-sectorial.

A Saúde, Educação, Acção social, Agricultura, Água e Saneamento, e os demais sectores estão unidos na luta contra o HIV/SIDA. Esta união deverá ser concretizada em acções conjuntas, tais como o desenvolvimento do programa de cuidados domiciliários das PVHS.

6.3. As responsabilidades a nível Nacional

- Coordenar o programa a nível nacional e definir políticas e critérios de funcionamento do programa;
- Estabelecer Sistema de Referência e contra-referência entre o SNS e a comunidade;

- Estabelecer relações de coordenação e parceria entre as instituições, organizações nacionais e internacionais;
- Elaboração de um plano de implementação a nível nacional;
- Mobilizar recursos entre os parceiros e usar outras fontes de financiamento;
- Definir os currículos mínimos para o treinamento do pessoal dos serviços e de voluntários que participarão dentro do programa;
- Treinamento e formação de pessoal a nível provincial, que deverá impulsionar o trabalho nos Distritos;
- Supervisionar as actividades para garantir um funcionamento adequado do programa;
- Monitoria e Avaliação – recolher os indicadores mensalmente;
- Consolidar os relatórios provinciais e produzir um informe anual que sirva para retroalimentar os trabalhos a nível provincial, distrital e de comunidade;
- Monitorizar a utilização dos recursos externos aplicáveis aos diferentes programas nas províncias e distritos;
- Promover intercâmbios de experiências entre as províncias, a fim de estimular a criatividade, por meio de reuniões, transmissão de informações, avaliações de experiências específicas bem sucedidas, etc.

6.4. Província e Distrito

- Estabelecer uma coordenação do programa a nível provincial e distrital a incluir a distribuição geográfica dos programas de CD, evitar a sobreposição dos Programas em algumas áreas, e nenhum noutras;
- Definir um plano conjunto entre as instituições para a implementação do programa na província e distrito;
- Elaborar projectos para a consecução de recursos financeiros para o apoio das actividades do programa nos distritos;
- Identificar as possíveis parcerias e mobilizá-las para a implementação do programa;
- Gerir os recursos financeiros para manter o programa em funcionamento;
- Aplicar as normas na formação dos supervisores e voluntários;
- Garantir a distribuição de recursos e materiais;
- Supervisionar as actividades para garantir um funcionamento adequado do programa;
- Monitoria e Avaliação – recolher os indicadores mensalmente;
- Consolidar os relatórios dos distritos e produzir um informe anual, que sirva para retroalimentar os trabalhos a nível distrital e de comunidade;
- Monitorizar a utilização dos recursos externos aplicados nos diferentes programas nos distritos e comunidade;
- Promover intercâmbios de experiências entre os distritos e comunidades.

7. A estratégia de implementação

7.1. Organização

Foi constituído, a nível nacional, um Grupo de Trabalho Intersectorial, que tem como principal tarefa a elaboração nacional da proposta e funcionar como assessor para as províncias e distritos na implementação do programa. O Ministério da Saúde, como parte do CNCS, terá a liderança e a responsabilidade dessa coordenação.

Deverá ser constituído, a nível provincial, um Grupo de Coordenação Provincial com membros dos sectores, grupos e organizações nacionais e internacionais relevantes presentes na província. O ponto focal do CNCS com a DPS convocará e terá a liderança do processo de implementação.

7.2. Estatutos e Princípios de Voluntários - Cuidado Domiciliário

A. O papel dos voluntários

- Apoiar as famílias e as PVHS e outras doentes crónicas, em cuidados de saúde incluindo paliativos. Assegurar a aderência aos medicamentos a incluir TARV e tratamento e profilaxia dos IOs incluindo TB e referir a US de acordo com os critérios de referência;
- Educação em saúde as PVHS e as famílias para a prevenção primária e secundária de modo a reduzir a taxa das IOs nas pessoas com baixa imunidade;
- Avaliação e referência a outros serviços, os problemas socio-económicos, tais como: problemas nutricionais, legais, económicos, de educação, a incluir as crianças vulneráveis. Colaborar com a estrutura do bairro e a comunidade em geral para fazer parte activa na promoção dos direitos das PVHS;
- Aconselhamento as PVHS e suas famílias para diminuir a estigmatização e a carga emocional.

B) Número de doentes por voluntário

Para a sustentabilidade dos Programas de Cuidados Domiciliários, e para os voluntários terem capacidade de continuar com as suas actividades de rendimento, é sugerida a seguinte maneira de organizar os programas:

- Para que possa acomodar melhor o seu horário e actividades pessoais, o voluntário deve viver, idealmente, a não mais de 10 minutos da casa do doente;
- Cada voluntário deverá acompanhar um número igual ou inferior a 5 doentes;
- Cada voluntário deverá trabalhar em tempo parcial;

- Os voluntários devem trabalhar individualmente com o doente a sua família. Nalguns casos deverão trabalhar em pares ou em grupos, principalmente os voluntários que estão iniciando o trabalho ou que sejam analfabetos.

C) Incentivos, estímulos

Os voluntários devem receber alguns estímulos para assegurar a prestação de contas, como por exemplo:

- 200.000 mts mínimo ate 500.000 mts em produtos ou em dinheiro, (Uniformes, camisas, chapéus, guarda-chuvas, sapatos, comida pelo trabalho, bicicletas, redes mosquiteiros, filtros de água etc).

Tambem é aconselhável:

- Participação nos seminários sempre que possível;
- Troca de experiências com outros grupos;
- Apresentação dos voluntários mais dedicadas nas grandes reuniões.

D) A Selecção de voluntários

A selecção de voluntários depende da disponibilidade de organizações e recursos a nível da comunidade ou região, que serão a principal fonte de fornecimento de recursos humanos voluntários para a realização do acompanhamento domiciliário. As pessoas ou organizações mais adequadas para realizar este tipo de trabalho são as igrejas, PVHS, CVM e grupos de mulheres. Também podem ser contactadas algumas organizações comunitárias já estabelecidas, para que incorporem a componente de CD nas actividades regulares dessas organizações. Um esforço deve ser feito para incentivar os homens no trabalho.

Qualidades: devem ter o desejo de contribuir na comunidade e também compaixão. Se fôr analfabeto, idealmente terá que ter um/a colega que sabe ler e escrever para ajudar quando for necessário. Os voluntários com mais capacidade devem ser escolhidos para assegurar a aderência aos medicamentos incluindo TARV. A aderência é chave do exito do TARV e outros tratamentos de longa duração.

Outras qualidades que serão enfatizadas: honestidade, integridade, atitude de respeito para como outros.

E) Os Medicamentos

- Será permitido aos voluntários administrar paracetamol e nistatina (ou miconazole) aos doentes, e instruí-los no uso de permanganato de potássio,

violeta genciana e sais de rehidratação oral. Os voluntários bem integrados aos Programas de CD podem transportar medicamentos em coordenação com a US.

- Os voluntários alfabetizados receberão formação na interpretação de receitas, podendo dessa forma ajudar o doente e a sua família a compreender melhor a administração dos medicamentos e a importância de se completar o esquema da receita, reconhecer reacções aos medicamentos e como referi-los, em caso de suspeita a uma reacção ao medicamento.
- Os voluntários responsabilizados com a aderência a TARV e outros tratamentos de longa duração devem ser os que tem mais capacidade. A aderência é chave ao exito deste componente.
- Os voluntários poderão tomar um papel mais activo para assegurar que os medicamentos não sejam mal utilizados, como por exemplo, nas casas onde menores têm o papel de adultos.

F) A Identificação dos doentes

Referência de US e referência comunitária:

- Os doentes poderão ser referenciados a partir de Hospitais de Dia a outras Unidades Sanitárias de referência para os Programas de CD.
- As proprias comunidades tambem vão referir doentes aos programas de CD. Neste caso o voluntário vai encorajar o doente a ir a US de referência ou ao GATV de referência logo que for possível. Para ser efectivo, o trabalho deve ser estruturado tendo em conta o respeito pelos líderes da comunidade, hierarquias e estruturas políticas locais.

G) O Apoio Social

Referência social, aos serviços formais e informais existentes:

- Deve trabalhar em colaboração com serviços formais (governamentais e não-governamentais), no que respeita os problemas de caracter sócio-económico tais como a prevenção, apoio às crianças/órfãos, redução da pobreza, grupos de auto-ajuda, apoio em alimentos e reparação das casas, etc. Deve advogar os direitos das PVHS.
- Se não forem desenvolvidos serviços formais, os voluntários e os supervisores comunitários devem advogar os direitos das PVHS e

trabalhar em conjunto com os serviços informais de comunidade (Conselhos de Líderes Comunitárias (CLCs) ou outras estruturas nos bairros, como PMTs, igrejas e outros). Devem participar nas reuniões comunitárias para resolver problemas e mobilizar recursos (humanos e materiais) para cuidar das necessidades das PVHS. Devem continuar a visitar as casas dos órfãos, após a morte da mãe ou pai, se não houver programas específicos para órfãos.

H) Confidencialidade

Embora o diálogo aberto seja sempre encorajado, e o apoio comunitário cultivado para as PVHS, o sigilo será rigorosamente observado, para que a comunidade possa confiar nos serviços dos voluntários.

I) Protocolo de referência:

- Os Voluntários ou os Supervisores Comunitários vão referir o doente directamente aos serviços de saúde de referência a incluir o Hospital de Dia e outros serviços de Rede Integrada, utilizando a ficha de referência;
- O Voluntário poderá referir o doente aos serviços de carácter social, sempre e quando a comunidade possuir esses serviços.

7.3. Treinamento e Formação Contínua

Os formadores/supervisores das ONGs devem receber uma formação padronizada pelo MISAU. Depois, devem ser acompanhados e aprovados antes de terem o direito de treinar independentemente. Para ser considerado “Cuidados” Domiciliários, o treinamento deve incluir as seguintes componentes:

- Papel e tarefas do voluntário
- Ligação com o SNS a incluir visitas as componentes de Rede Integrada relevante tais como: HDD, GATV, PTV, TB etc.
- Factos básicos sobre o HIV/SIDA
- ITS e HIV
- Testagem do sangue
- Vivendo Positivamente
- Prevenção do HIV
- Aspectos Culturais relacionados com HIV/SIDA
- HIV e TB
- Transmissão de infecção, higiene do meio ambiente, higiene pessoal
- Avaliação físico e cuidados básicos
- Manejar sintomas frequentes, cuidados paliativos
- Referência ao sistema de saúde

- Prevenção Transmissão Vertical
- Crianças com HIV/SIDA
- Nutrição
- Medicamentos – Aderência, referência
- Aderência ao TARV
- Ensinar as famílias e as PVHS
- Aconselhamento básico (apoio emocional, discriminação, abandono, e estigmatização, encorajar revelação,), assuntos sobre a morte, o periodo de luto, comunicação com as crianças, cuidar dos que cuidam
- Avaliação e referência social
- Plano de Cuidados
- Registo.

A Formação Contínua deverá:

Estar baseado nas necessidades identificadas pelos supervisores comunitários e voluntários e nas avaliações feitas; Deverá englobar discussões sobre os pontos fracos, problemas e soluções; Motivar o intercâmbio de experiências entre as diferentes equipas.

7.4. Supervisão (Recomendações)

São varios niveis de supervisão:

- Existe Supervisão Comunitária;
- Supervisão na parte de ONG/OBC implementador;
- Supervisão Técnico dos HDD e US;
- Supervisão de DPS/DDS.

Supervisores Comunitários:

A nível da comunidade os voluntários serão organizados em equipas com cerca de 10 e cada equipa contará com um orientador chamado "Supervisor Comunitário". Esta pessoa poderá ser um dos voluntários com maior capacidade e formado para este papel, e essa componente pode ser desenvolvida com o tempo e experiência. Os Supervisores Comunitários têm a função de coordenar a equipa, supervisionar o trabalho e discutir os casos e problemas.

Deverá ser designado um Supervisor Técnico, por parte dos serviços de saúde, treinado para o efeito, que terá uma ligação entre o trabalho comunitário e o serviço de saúde. Este supervisor comunicará directamente com os Supervisores Comunitários, para a revisão do trabalho, participará no treinamento de voluntários, revisão do sistema de referência e avaliação das actividades.

Alguns OBCs tem uma boa capacidade técnica para efectivamente supervisionar as actividades e garantir a qualidade mínima. Nos grupos que não tem boa capacidade técnica o apoio técnico de SNS (seja HDD ou outra US de referência)

é um aspecto crucial para que se mantenha a prestação de serviços eficazes. Para isso, o papel do Supervisor Comunitário e do Supervisor Técnico são fundamentais.

O Supervisor Técnico levará a cabo várias tarefas para assegurar um desempenho óptimo do trabalho dos Supervisores Comunitários e voluntários.

Cada província terá plano de formação e reciclagem para os Supervisores Técnicos para assegurar que eles minimalmente possam tratar as IOs de acordo com o nível de US e categoria de pessoal de saúde. Também precisam ter domínio nos cuidados das PVHS e habilidades na comunicação e aconselhamento aos voluntários, doentes e suas famílias.

É fundamental que eles mantenham uma comunicação aberta com o pessoal que, por seu turno, deverá ter a liberdade para expressar as suas preocupações e partilhar as dificuldades que encontram no decorrer do seu trabalho.

O Supervisor Técnico tem a responsabilidade de garantir que os Supervisores Comunitários e os Voluntários tenham a informação e apoio necessário para desempenhar o seu papel.

Os Supervisores Técnicos nos Hospitais de Dia vão:

- a) Ter reuniões mensais com os Supervisores Comunitários;
- b) Fazer visitas de supervisão a alguns doentes na comunidade;
- c) Participar na formação inicial e contínua.

O Supervisor Técnico na US, em geral, não terá disponibilidade deslocar fazer visitas na comunidade, dependendo da sua carga, e as condições locais. Mas é aconselhável tomar um papel o mais activo possível (por ex: as reuniões mensais embaixo mencionadas), com a ajuda dos ONGs locais, para fortalecer a ligação entre o SNS e a comunidade.

Reuniões Mensais com os Supervisores Comunitários

Uma reunião destinada as questões técnicas e organizativas: a programação, a revisão de tarefas, a recolha de dados, problemas encontrados, relações com outros serviços, formas de solução dos problemas. Também é importante o aspecto de cuidar dos que cuidam para a sustentabilidade do trabalho, para todos envolvidos. Um meio ambiente informal onde os participantes sentem-se valorizados e com oportunidades para a troca de experiências e sentimentos livremente, ajuda aliviar a carga do trabalho.

Visita domiciliária

Os Supervisores Técnicos nos HDD visitam alguns casos, seja por necessidade de apoio técnico (existência de problemas que o voluntário não pode resolver) ou

para a verificação do trabalho que está sendo efectuado. A visita dá ao supervisor uma percepção completa das questões que o voluntário enfrenta, e permite ainda uma avaliação contínua das capacidades dos Supervisores Comunitários e dos Voluntários. Esta visita dá aos Supervisores Comunitários e Voluntários a oportunidade de discutir questões específicas e concretas e receber apoio por parte do supervisor. Existe uma lista de controle para cada visita que ajuda no desempenho duma supervisão abrangente.

7.5. Monitoria e Avaliação

Na fase inicial os Fichas Mensais com os indicadores serão a responsabilidade dos ONGs/OBCs. Existe um serie de fichas:

- 1) Nivel Central
- 2) Nivel de Programa
 - ficha mensal que alimenta a ficha nível Central
 - novos casos
 - óbitos/perdidos
- 3) Nível de voluntário.

As fichas #2 and #3 vão ajudar na preenchimento da ficha de Nível Central.

O Supervisor na ONG/OBC tem a responsabilidade de:

- a) Garantir uma recolha cuidadosa de dados;
- b) Segurança de dados;
- c) Recolha de dados;

a) Garantir uma cuidadosa recolha de dados

O Supervisor no ONG/OBC revê a recolha de dados feita pelos voluntários e consolidada pelos Supervisores Comunitários identificando as omissões e inconsistências. Dever-se-á evitar manter registos duplicados, uma vez que isto aumenta o potencial para erros e consome tempo precioso do pessoal. O Supervisor no ONG/OBC vai preencher a Resumo Mensal do Programa de CD.

O Supervisor Técnico na HDD/US de referência recolhe as fichas mensais na sua área de acção identificando as omissões e inconsistências.

b) Segurança dos dados

Só se poderá fornecer informação concernente a um doente com o consentimento dele. Todas as informações que contenham elementos de identificação pessoal do doente deverão ser mantidas em ficheiros protegidos.

Serão desenvolvidos e distribuídos por todo o pessoal procedimentos e políticas claras relativas à segurança dos dados.

c) Recolha dos dados

As fichas serão enviadas conforme embaixo descrito:

CD —————> a US de referência do Distrito
(HDD se existir) ou
—————> CS/Hospital Rural/Hospital Distrital (Responsável clínico)
—————> DDS —————> DPS

- Também serão enviadas directamente ao Nível Central nesta fase por fax:
(01) 314267 ou (01) 430970

Depois de estabelecer os mecanismos para a rotina de recolher dados o envio directamente ao Nível Central não será necessário. Mas entretanto, na fase inicial, é importante assegurar o acesso aos dados desta maneira.

Os resultados de análise permitirão obter um panorama do trabalho que está sendo realizado na comunidade e a sua ligação com o SNS. Serão utilizados na planificação, justificação de recursos e a medir a qualidade, cobertura e custos dos programas.

7.6 Indicadores do Programa de Cuidados Domiciliários

Número de doentes ao início do mês

Número de casos novos este mês

Número de obitos este mês

Número de doentes perdidos (sem seguimento) por dois meses

Número total de doentes ao fim desta mês (0-9 anos, 10-19 anos, 20-49 anos)

Número de famílias dentro do Programa

Número total de orfãos²

Total de voluntários activos este mês³

Total de novos voluntários treinados este mês

Número total de visitas aos doentes

Número de doentes referidos do SNS⁴ para a CD

Número de doentes referidos da CD ao SNS

Número de doentes seguidos em TARV

Número de doentes seguidos em tratamento para Tuberculose

² Orfãos = Os que ficam depois de falecimento dum doente no Programa de CD. Pode ser pai ou mãe

³ “Activos” significa: dão relatório de trabalho no fim de mês

Número de doentes seguidos em profilaxia com Cotrimoxazole

Número de voluntários que atendam uma reunião de supervisão

Referências sociais:

Alimentação, Educação, Problemas legais/sociais, Problemas de rendimento

Custos estimados este mês para o programa de Cuidados Domiciliários

7.7. Mobilização Social

A mobilização comunitária é um processo através do qual se envolve a comunidade para acção. Com base nas experiências de trabalho em outros países da região o programa de CD para as PVHS só têm sido possível quando os membros da comunidade tomam a responsabilidade nos cuidados de sua saúde. Isto implica propiciar as condições necessárias para utilizar os recursos disponíveis a esse nível, envolvendo os líderes da comunidade no processo de planeamento, organização, implementação, monitorização e avaliação.

O propósito da participação da comunidade é o de sensibilizar a população sobre o problema de estigmatização das PVHS, identificar os problemas e propôr soluções em conjunto com os serviços de saúde. Envolver as organizações e pessoas chaves no processo tais como: conselhos locais, líderes religiosos, organizações de grupo (mulheres, jovens, religiosos etc.), praticantes de medicina tradicional, professores e outros.

Esta sendo desenvolvido material sobre a mobilização comunitária baseada nas experiências no terreno, mas existem alguns materiais regionais disponíveis na Secção de Cuidados Domiciliários que são distribuídos nas Formações de Formadores. Também existe material de formação dos praticantes de medicina Tradicional (PMTs). É aconselhável formar os três componentes em paralelo:

1. Formação dos Supervisores/Formadores em Cuidados Domiciliários nas ONGs/OBCs
2. Formação de pessoal de saúde na Supervisão Técnica (HDD e US na área de operação dos programas de CD) a incluir TIO e aconselhamento
3. Formação dos PMTs para melhorar a prática e fortalecer a ligação com a US

8. Custos do Programa

8.1. Recursos Financeiros

⁴ Serviço Nacional de Saúde

Ao nível nacional em conjunto instituições e organismos nacionais e internacionais, mobilizarão recursos para as seguintes actividades:

- Incentivos voluntários;
- Material educativo;
- Formação dos formadores dos voluntários;
- Formação dos voluntários;
- Formação dos enfermeiros e técnicos de saúde;
- Medicamentos essenciais;
- Material de biosegurança e outros materiais;
- Alimentação para PVHS e familiares (PMA junto com Acção Social).

Neste momento os Programas de Cuidados Domiciliários estão sendo financiados pelas: ONGs que auto-financiam, ONGs que financiam os OBCs e o CNCS (coordenada pelo Acordo Tripartido). Esta sendo desenvolvido mecanismos para o MISAU financiar as organizações implementadoras directamente. Em todo caso, o MISAU desempenha o mesmo papel, de regulação, supervisão e monitorização.

Annexo 1

NORMAS PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DAS DTS/SIDA SECÇÃO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

1. A Formação de Formadores de Cuidados Domiciliários e a sua aprovação para o treino de Voluntários é da responsabilidade do Ministério da Saúde. Cada formação deve ter um formador certificado e aprovado.
2. Para consolidação das metodologias, habilidades, os formadores deverão ter um acompanhamento da equipe do MISAU em Cuidados Domiciliários no seu primeiro treino aos voluntários, ou em mais treinos se for necessário.
3. Para os formadores sem componente técnica de cuidados de saúde, deverão formar na presença de um formador certificado com habilidades técnicas (enfermeiro, técnico de saúde, medico etc).
4. A formação de voluntários é de 2 semanas e deverá ser feita com conhecimento da Direção Provincial ou Distrital.
5. Os certificados de participação dos voluntários deverão ter uma assinatura conjunta com a instituição de Saúde e a organização.
6. Gostariamos de louvar os esforços das organizações que fazem “visitas domiciliárias” para apoio moral, espiritual ou socio-economico. Outras organizações optarão por treinar os voluntários com menos tempo de formação. Mas, as Instituições de Saúde só irão certificar os voluntários que prestam “cuidados domiciliários” dentro das orientações traçadas pelo Guia de Operacionalização de Cuidados Domiciliários.
7. Por cada formação, agradecemos o envio de um relatório, constando;
 - a. Número de voluntários formados, as suas organizações, e onde irão servir
 - b. Anexar a lista nominal dos participantes
 - c. Anexar a lista de facilitadores
 - d. Anexar o programa
8. Recomendamos que cada formação tenha no máximo 20 participantes.
9. Recomendamos também que haja pelo menos 2 facilitadores presentes.