

# *Não chore mais, viva feliz!*

*Um programa para menores de 5 anos  
e os mais velhos*

## *Guia de Produção*

*Bert Sonnenschein*

*v5.4*



# Conteúdo

<b>Introdução</b> .....	<b>3</b>
<i>Atrair uma audiência</i> .....	3
<i>Informar e motivar</i> .....	3
<i>Monitorar, avaliar e melhorar</i> .....	3
<b>Influências no Comportamento</b> .....	<b>5</b>
<b>Motivar para a Mudança</b> .....	<b>7</b>
<b>Objectivos do programa</b> .....	<b>9</b>
<b>Audiência e Formato</b> .....	<b>11</b>
<b>Produção</b> .....	<b>15</b>
<b>Monitoria</b> .....	<b>17</b>
<i>Melhorar e dinamizar o programa</i> .....	17
<i>Ter uma sensação do impacto.</i> .....	17
<i>Abrangência:</i> .....	17
<i>Atraência</i> .....	17
<i>Informação:</i> .....	17
<i>Motivação:</i> .....	17
<i>Mudança:</i> .....	17
<b>Contactos</b> .....	<b>18</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>19</b>
<b>Edição Zero</b> .....	<b>20</b>
<b>Histórias Vida Real</b> .....	<b>29</b>
<b>Folhetos</b> .....	<b>33</b>
<b>WHO - Factos sobre Malária, Doenças diarréicas e Pneumonia</b> .....	<b>34</b>
<b>Malária</b> .....	<b>36</b>
<b>Doenças Diarréicas</b> .....	<b>42</b>
<b>Pneumonia</b> .....	<b>45</b>

# Introdução

**Não Chore Mais, Viva Feliz** é um programa radiofónico no âmbito do programa do Governo de redução da mortalidade infantil, apoiada pela Malária Consortium.

O MISAU procura atingir esta redução através da educação popular na gestão das doenças e na promoção da procura dos Assistentes Polivalentes Elementares, voluntários formados para fazerem a assistência elementar da primeira linha na comunidade.

O programa rádio-fónico **Não Chore Mais** é desenhado para aumentar os conhecimentos da população e motivar a audiência para uma mudança nos comportamentos e de práticas em relação às três doenças infantís mais perigosas: *malária, diarreia e pneumonia*.

Este guia, é uma ferramenta para os produtores de rádio, para produzirem um programa **atraente**, capaz de **informar e motivar** uma mudança, assim como **monitorar, avaliar e melhorar** o programa continuamente.

## Atrair uma audiência

A capacidade de *informar e motivar* do programa depende, em primeiro lugar, da capacidade de atrair uma audiência. Um programa radiofónico não é feito ao microfone do estúdio, mas nas mentes dos nossos ouvintes. No momento em que os nossos ouvintes deixam de sintonizar o nosso programa, o programa radiofónico deixa de existir.

Por isso o primeiro objectivo do programa e a primeira tarefa da equipa de produção é a de criar um programa **atraente e dinâmico** capaz de conquistar e assegurar a audiência. A rádio não tem valor pelos programas que emite, mas sim pelo impacto na audiência que atinge.

É também importante que o programa tenha uma hora de emissão nobre em que se sabe que a audiência-chave costuma escutar rádio.

## Informar e motivar

O Governo e a Malária Consortium têm objectivos específicos a atingir. Com o programa Não Chore Mais, Viva Feliz pretende-se fazer um programa radiofónico que não só **sensibiliza e informa** o seu público, mas que, através dos seus vários componentes, **motiva** a sua audiência para adoptar um comportamento desejável.

## Monitorar, avaliar e melhorar

A equipa de produtores de rádio não pode ficar satisfeita com apenas a produção de programa, mas deve activamente procurar aumentar a sua audiência e melhorar a sua capacidade de informar e motivar essa audiência. Essa deve ser a atitude de todos os elementos da equipa de produção.

Para o programa poder ter o impacto desejado é importante:

- ter objectivos específicos, relevantes e realísticos do impacto que 3x20 emissões de 15 minutos podem atingir, (SMART – specific, measurable, achievable, realistic, timable);

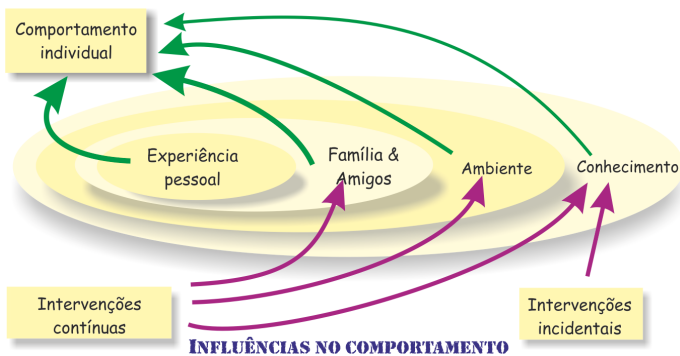
- ter instrumentos que podem medir o impacto ou parte do impacto;
- ter uma equipa de produção motivada e consciente da estratégia para a mudança na concepção e na produção dos programas de rádio.

Por isso é importante apresentar as bases da filosofia da mudança do programa ***Não Chore Mais, Viva Feliz.***

# Influências no Comportamento

Mudar o comportamento é a palavra-chave para *Não Chore Mais, Viva Feliz*. Mas antes de tentarmos mudar o comportamento dos outros, é bom compreendermos o que é que influencia o nosso próprio comportamento.

Existem vários modelos académicos que tentam explicar nos quando é que mudamos o nosso comportamento. Aqui vamos tentar trazer uma explicação, analisando o nosso comportamento quotidiano.



De todos os modelos, uma coisa é clara: ter conhecimento não é motivo suficiente. Se observarmos o desenvolvimento dos maços de cigarros nos últimos anos, podemos ver escrito em letras e palavras cada vez mais claras e maiores: FUMAR PREJUDICA A SAÚDE; hoje em dia a escrita já não deixa dúvida: FUMAR MATA! Mesmo assim as pessoas fumam. Informação é necessária, para poder ter escolha, mas não é suficiente para mudarmos. Muito menos quando o efeito se faz sentir apenas ao longo prazo.

Mas mesmo o fumador mais viciado esquece o cigarro ao entrar numa igreja, na sala de aulas, no campo de futebol ou na sala de cinema, onde fumar um cigarro não é permitido. O nosso fumador aguenta-se até muito bem nestes ambientes, mas basta sair da sala, a primeira coisa que lhe apetece é acender um cigarro. O ambiente físico-social muda o nosso ser, o nosso estado mental e o nosso comportamento.

Os nossos amigos, a nossa família e a nossa experiência pessoal são outros factores importantes que influenciam o nosso comportamento. A nossa família e os nossos amigos formam o nosso ambiente social mais perto. Eles aconselham-nos, condenam as nossas atitudes e encorajam-nos a mudar. A chamada 'pressão de pares' é uma realidade. Um programa de intervenções contínuas, como por exemplo através de um programa radiofónico popular e frequente, é capaz de influenciar não só o ouvinte singular, mas criar um ambiente favorável a mudança na comunidade.

O aspecto com maior influência no nosso comportamento individual é sem dúvida a nossa experiência pessoal. Se não usamos um cinto de segurança, passamos a usá-lo depois de ter sofrido um acidente de viação. A menina que apanhou uma gravidez inesperada, terá mais cuidado nas próximas ocasiões. E a mãe que já perdeu um filho com a malária, é capaz de preferir o 'incómodo' da rede mosquiteira no futuro.

A pesquisa qualitativa do N'weti, feita em vários distritos de Inhambane, confirma a importância da experiência individual e dos amigos e família no comportamento. As mulheres são as pessoas que fazem a gestão das doenças em casa. Primeiro tratam as doenças em casa aplicando os conhecimentos que acumularam ao longo da sua vida. Quando o tratamento não dar o resultado desejado, ou quando nunca tiveram um caso igual, procuram ajuda na família e nas amigas e vizinhas. Só quando

estes conselhos também não derão resultado, elas procuram informar-se junto ao Agente Polivalente Elementar, o Posto de Saúde ou o médico tradicional.

Embora a nossa experiência individual seja o que mais influencia a nossa atitude perante uma doença, a equipa de **Não Chore Mais** tem a tarefa de prevenir as pessoas destas mesmas experiências! Não podemos aceitar que em todas as famílias primeiro alguém terá que morrer de malária antes das pessoas se prevenirem.

Mas usar as experiências pessoais de uma parte da nossa audiência, para avisar outra parte da audiência pode ser um componente forte do programa. Diz-se: uma pessoa avisada vale por duas!

## Motivar para a Mudança



A palavra motivação é chave no processo de mudança de comportamento e significa literalmente **Motivo para Acção**. Para uma pessoa mudar o seu comportamento, este tem que ter um motivo para mudar e uma acção desejada e alcançável.

O processo de mudança inicia com um acontecimento na vida da pessoa que põe a pessoa a reflectir sobre uma coisa que, até aquela data, aceitou como normal na sua vida. Por exemplo:

*o bebé de uma jovem mãe está frequentemente com uma diarreia que, depois de uns dias, sempre passa. Na rádio ela ouve anúncios que chamam as pessoas de combater a diarreia, mas a mãe aceita a diarreia como um coisa normal na vida de crianças. Num belo dia, a diarreia não passa, e é tão forte que o filho enfraquece e a mãe ficou com medo e perder o seu filho. Com a assistência do APE e da Unidade Sanitária, o bebé foi salvo.*

Este acontecimento muda a percepção de risco da mãe e requer dela uma acção ou decisão: aceitar este novo risco como parte inevitável da vida, ou procurar diminuir este risco.

O medo de perder o seu filho é **o motivo** para que a mãe comece a reflectir e a procurar as causas da diarreia e as opções para diminuir o risco. As opções que ela encontra dependerão dos seus conhecimentos, das suas habilidades e capacidades, e do seu ambiente.

Tendo as opções a mãe começa um debate, ela com ela própria: *Vou adoptar um novo comportamento ou não vou?* A resposta não dependerá da vontade, o motivo para ela já existe. A acção dependerá em particular da sua auto-confiança de conseguir adoptar o novo comportamento.

Se a mãe estiver convencida de que a diarreia foi provocada por um espírito na família e que ela terá que viajar de Inhambane para Zombo, juntar lá toda a família e fazer uma cerimónia, ela pode não ser capaz de pagar a viagem e a cerimónia. Logo a opção não é alcançável e ela aceita o risco como parte inevitável da vida, (pelo menos por enquanto).

Se a mãe for instruída para levar a criança para a Unidade Sanitária sempre que tiver diarreia, enquanto a Unidade Sanitária está a um dia de viagem, ela pode igualmente não ser capaz de fazer a mudança.

Se a mãe chegar à conclusão que a diarreia poderia ser provocado porque ela não costumava lavar as mãos depois de mudar a fralda, ela pode sentir-se capaz de adoptar uma mudança e passar a lavar as mãos logo após de mudar a fralda.

Portanto, só depois da mãe se ter convencida que a mudança está ao seu alcance, ela começa a adoptar a mudança e por a em prática, (em acção). Mesmo assim, a mãe pode não lavar as mãos sempre: *Velhos costumes morrem devagar*. Mas cada vez que a criança dela ou de uma amiga está com uma diarreia, ela renova a sua promessa.

Por fim, quando o novo comportamento dá o resultado desejado, a mãe sentir-se-á capaz de aconselhar e influenciar a amiga ou a vizinha que está perante o mesmo problema.

Duas coisas no processo de mudança são importantes destacar para os produtores de rádio.

- A mãe não muda o seu comportamento por um motivo colectivo: vamos todos combater a diarreia!, mas por um motivo pessoal: Não quero mais estar com medo e quero proteger o meu filho.
- A mãe só consegue adoptar comportamentos (acções), que estão ao seu alcance.

Por isso, em toda comunicação: os motivos divulgadas devem ser pessoais das pessoas; as acções promovidas devem ser alcançáveis!



# Objectivos do programa

Objectivo geral do programa radiofónico ***Não Chore Mais*** é:

- capacitar e motivar* as mães e cuidadores de crianças para uma melhor gestão das doenças da criança e assim contribuir para a diminuição da mortalidade infantil.
- promover a procura dos Agentes Polivalentes Elementares* como primeira linha de prevenção e tratamento de doenças.
- Informar a audiência o sobre o papel e as limitações do APE.*

Estes objectivos geral espera-se atingir através dos objectivos específicos seguintes:

Em caso de gravidez:

- promover para que os futuros pais desenvolvem uma visão sobre o futuro da criança e como fazer crescer a criança de uma forma saudável.
- sensibilizar os pais para que aderirem à consulta pré-natal onde receberão aconselhamento sobre a gravidez e como cuidar da criança, assim como um kit elementar de ajuda.

No caso da malária, sensibilizar as pessoas para que:

- durmam por baixo de uma rede mosquiteira;
- protegam-se da malária através de uma variedade de outras acções, como por exemplo a eliminação de poças de água estagnada, o uso de roupa de mangas compridas, a serpentina, o repelente e o 'spray';
- para que procurem o APE e/ou a Unidade Sanitária no primeiro dia de febre.

No caso de diarreia, sensibilizar as pessoas para que :

- lavem as mãos em cinco (5) momentos-chave:
  - 1 - antes de preparar alimentos;
  - 2 - antes de comer;
  - 3 – antes de dar de comer ao bebé;
  - 4 – depois de usar a latrina;
  - 5 – após mudar a fralda ao bebé.
- fervam ou tratem a água que usam para beber com lixívia ou certeza e que guardem a água em bidons fechados.
- saibam que devem dar um (1) copo de água tratada, depois de cada evacuação, de preferência preparada com sais de rehidratação, ou com sal e açúcar;
- procurem o APE e/ou a Unidade Sanitária no primeiro dia da criança estiver com diarreia.

No caso da *pneumonia*, sensibilizar as pessoas para que:

- saibam que uma respiração rápida e difícil é sinal de uma possível pneumonia;
- procurem o APE e/ou a Unidade Sanitária no primeiro dia em que constatem sinais de pneumonia.

## Audiência e Formato

**Não Chore Mais** é um programa semanal de apenas 15 minutos que deve ser inserido num horário de maior audiência da emissora. Os horários preferidos são: entre as 5h30 e 7h30 de manhã, entre as 18h00 e 20h00 a noite e nos Domingos entre os jogos do Moçambola. O cliente pode optar por emitir mais programas durante uma semana.

O programa terá 3 blocos de 5 minutos. Eventualmente a emissão pode ser dividida em 3 partes e emitida em intervalos de 30 em 30 minutos. Por exemplo: item 1 às 05:15, item 2 às 05:45 e item 3 às 06:15.

Os itens do programa são desenhados para atingir o seguinte:

- atrair a audiência-chave de 'gestores de doenças' - constituída maioritariamente por mães jovens rurais;
- atrair uma audiência diversa, constituída por adultos e jovens, homens e mulheres e manter as audiências ligadas durante o programa;
- explorar o drama das experiências pessoais dos ouvintes para motivar a audiência adoptar mudanças alcançáveis sugeridas.
- dar informação correcta e opções alcançáveis sobre a gestão de doenças;
- corrigir informação incorrecta e mitos existentes entre ouvintes;
- explorar o concurso como elemento atrativo para manter as audiências ligadas e atentas à informação.

O programa explora por um lado o drama ligado as doenças, enquanto por outro lado transpirará um ar positivo de que *somos capaz de vencer as doenças e evitar o drama*.

Os spots e djingles são pré-produzidos em Maputo, outros são pré-gravados em Inhambane. A parte ao vivo é para permitir uma interacção com a audiência daquele momento.

Para atrair audiência para o programa, a RM responsabiliza-se por promover a escuta através da emissão de um 'promo' do programa.

<b><u>Início</u></b>	<b><u>Duração</u></b>	<b><u>Prod</u></b>	<b><u>Item</u></b>
<b>00:00:00</b>	<b>00:15</b>	<b>Djingle</b>	<b>Abertura</b>
<b>00:00:15</b>	<b>01:30</b>	<b>Vivo</b>	<b>Bem-vindos / Conteúdo</b>
<b>00:01:45</b>	<b>01:00</b>	<b>Vivo</b>	<b>Anúncio concurso 'Não chore mais'</b>
<b>00:02:45</b>	<b>02:00</b>	<b>Pré-gravado</b>	<b>Vida Real – parte I</b>
<b>00:04:45</b>	<b>00:15</b>	<b>Djingle</b>	<b>Estamos-Escutando</b>
<b>00:05:00</b>			
<b>00:05:00</b>	<b>00:30</b>	<b>Vivo</b>	<b>Intro II</b>
<b>00:05:30</b>	<b>01:00</b>	<b>Vivo</b>	<b>Anúncio concurso 'Não chore mais'</b>
<b>00:06:30</b>	<b>02:00</b>	<b>Pré-gravado</b>	<b>Vida Real – parte II</b>
<b>00:08:30</b>	<b>01:15</b>	<b>Spot</b>	<b>Spot</b>
<b>00:09:45</b>	<b>00:15</b>	<b>Djingle</b>	<b>Estamos-Escutando</b>
<b>00:10:00</b>			
<b>00:10:00</b>	<b>00:30</b>	<b>Vivo</b>	<b>Intro III</b>
<b>00:10:30</b>	<b>02:00</b>	<b>Pré-gravado</b>	<b>Vida Real - parte III</b>
<b>00:12:30</b>	<b>00:15</b>	<b>Djingle</b>	<b>Concurso 'Não chore mais'</b>
<b>00:12:45</b>	<b>01:45</b>	<b>Vivo</b>	<b>Concurso 'Não chore mais'</b>
<b>00:14:30</b>	<b>00:30</b>	<b>Vivo/Djingle</b>	<b>Fecho</b>
<b>00:15:00</b>		<b>Fim</b>	

## **Djingles Não Chore Mais, Viva Feliz – 15+15+15+30s**

### **Objectivo**

- chamar a audiência para ficar atenta ao programa;

### **Descrição**

O djingle do programa serve como 'campanha', quando as pessoas ouvem o djingle devem ficar mais interessadas e atentas ao conteúdo.

## **Concurso Não chore mais - 60+60+120s**

### **Objectivos:**

- Manter o público atentamente ligado ao programa;
- Ter um meio para controlar se a mensagem chegou à audiência;
- Ter um meio de interagir com a audiência;
- Ter uma ferramenta para medir audiência.

### **Descrição:**

Logo no início do programa o produtor lança o concurso **Não chore mais** com a pergunta do dia. Os ouvintes devem encontrar a resposta certa à pergunta durante a emissão daquele dia. Assim espera-se manter a audiência atenta e ligada ao programa. As pessoas mandam a resposta por SMS para o estúdio, indicando o nome, o lugar de onde escuta e a resposta. No fim do programa o vencedor é selecionado. O produtor liga para a pessoa: a pessoa dá a resposta e é entrevistada sobre o seu comportamento em relação às doenças.

## **Vida Real – 120+120+180s**

### **Objectivos**

- Transmitir para os ouvintes uma experiência pessoal de um dos ouvintes;
- Transmitir para os ouvintes a intervenção valiosa do APE e/ou Unidade Sanitária;
- Servir de veículo para dar informação sobre comportamentos perigosos e desejados;
- Servir de veículo para dar evidências de aprendizagem e mudança de comportamento;
- Dar uma oportunidade à Direção Provincial de Saúde de dar contribuições no item.

### **Descrição**

Vida Real é uma colecção de histórias pessoais verdadeiras em relação a gestão de doenças nas comunidades e o papel dos APEs e/ou Unidade Sanitária. Uma pessoa e um APE contam a história de uma criança doente. A história é contada em 3 blocos com início, meio e fim.

*Na parte I* a mãe ou cuidador da criança conta como é que começou a doença. Quais é que foram os sinais que constatou. Se foi uma criança normal que de repente caiu doente ou se foram sinais que se foram agravando ao longo de mais tempo. Ela conta como é que fez a gestão inicial da doença.

*Na parte II* o APE conta quando é que ele ou ela foi envolvido. Como é que encontrou a criança e o que fez para gerir a situação. Conseguiu aconselhar a mãe? Dar medicamentos? Levou a criança à Unidade Sanitária?

Na parte III os intervenientes contam o fim da história. A criança melhorou? Ficou com problemas crónicos? Faleceu? E o que eles aprenderam desta experiência e o que aconselham os outros ouvintes.

Uma vez ou outra, pode convidar-se um elemento do DPS ou de Malária Consortium para estar no estúdio e comentar ainda sobre a história.

A maioria das histórias será com uma mãe ou pai e um APE, outras podem envolver enfermeiros ou médicos da Unidade Sanitária. Importante é que se sempre ouve as duas partes e que se procura os momentos de aprendizagem e de mudança.

Para as histórias serem todas diferentes e interessantes devem ser contadas na primeira pessoa e o entrevistador deve fazer perguntas de tal forma que são contadas pormenores que permitem a audiência visualizar os antecimentos, entender a situação, perceber os dilemas e as escolhas, e que fazem sentir o sofrimento. Por exemplo:

*“O meu filho estava quente. Nunca tinha visto o meu filho assim. Estava com medo que morria. Era noite. corri para o hospital enquanto estava a chover torrencialmente, cheguei toda molhada”.*

É igualmente importante procurar em cada história elementos diferentes para focar. Por exemplo: numa história foca-se as perguntas mais na prevenção: Você não foi a consulta pré-natal? Não tem uma rede mosquiteira? A mãe diz que a criança sempre dormiu na rede, mas mesmo assim apanhou malária. Quando é que pode ter apanhado? O que pode fazer para o filho não apanhar a malária?

Numa outra história focará-se mais nos sintomas, na gestão da doença, na abrangência ou no drama: É o primeiro filho que faleceu?

É importante antes de gravar a história desenvolver uma conversa com o APE e o cuidador da criança para perceber o que esta história tem de especial e interessante para o ouvinte e onde deverá estar o foco de cada uma das 3 partes do item Vida Real. Só depois de definir o foco das três partes deste item deve-se começar a gravar a história.

### **Língua**

A maioria da audiência, embora falantes de línguas diferentes, Bitonga, Xichope e Xitswa, entendem a outra língua sem precisar de tradução. Apenas os falantes de Ndau, uma pequena minoria em Inhambane podem ter dificuldades. Durante a pré-produção foi decidida que o programa pode usar uma mistura de línguas, como é normal na vida quotidiano e já costume na RM Inhambane. O repórter usa a língua que lhe mais convém, o entrevistado responde na língua materna.

### **Logística e produção**

As histórias são gravadas em saídas de campo coordenadas com Malária Consortium Inhambane.

### **Spots 60s**

#### **Objectivos**

- Dar uma informação-chave acerca dos sintomas das 3 doenças e apelar a audiência de procurar o APE imediatamente.

# Produção

A produção consiste das seguintes actividades:

1. Gravação dos Djingles e Spots
2. Pré-produção com os produtores da RM e staff do MC
3. Gravação e edição das histórias do item Vida Real
4. Publicitar a programação
5. Emissão dos programas
6. Monitoria e dinamização dos programas e da audiência dos programas

## ***Gravação de Djingles e Spots***

A gravação dos Djingles e Spots está no cargo da Íris Imaginações e serão feitos antes de iniciar a emissão.

## ***Pré-produção comos produtores da RM e staff do MC***

Dois produtores da RM, um homem e uma mulher, receberão uma formação de 1 a 2 dias, em que receberão explicações sobre o programa, os seus objectivos, carácter, conteúdo, produção e monitoria.

## ***Gravação e edição do item Vida Real***

As histórias do item Vida Real serão pré-gravadas no campo. As viagens serão programados em coordenação com o escritório da MC em Inhambane.

Num dia deve-se gravar 6 a 7 histórias, que cobrem uma semana de emissão. (Seis mais uma história de reserva). Para o total de 60 emissões estima-se necessários 10 dias de gravação no campo para a recolha das histórias. No total serão gravados 60 a 70 histórias.

Para reduzir o tempo de viagem e facilitar a logística deve-se gravar 6 a 7 histórias num só local, envolvendo o mesmo APE ou Unidade Sanitária, focando as três doenças diferentes.

Antes de iniciar a emissão deve-se produzir pelo menos 12-14 histórias, mas de preferência 18-21.

É importante coordenar a produção de campo com a DPS e DDS e ter as “guias de marcha”.

É igualmente importante obter os números de telefone dos APes, enfermeiros, médicos e dos entrevistados.

## ***Publicitar a programação***

Para garantir uma audiência, a RM responsabiliza-se a emitir um promo para publicitar o programa, iniciando 10 dias antes da primeira emissão. O promo será produzido pela RM em coordenação com a Íris Imaginações.

### ***Emissão dos programas***

A emissão dos programas arranque numa data e frequência acordado mutuamente. Pode ser um programa por semana ou mais.

### ***Monitoria dos programas e da audiência dos programas***

É pertinente a necessidade de monitorar as mensagens, a audiência e o impacto do programa. A forma de monitoria e dinamização é descrita no capítulo Monitoria e Dinamização.



# Monitoria

Os objectivos da monitoria são:

1. Melhorar e dinamização do programa;
2. Ter uma sensação do impacto do programa

## *Melhorar e dinamizar o programa*

Uma vez por semana, os produtor do programa, a Íris Imaginações e de preferência um elemento do MC (Inhambane), avaliam as emissões da semana com objectivo de manter a equipa de produção 'afiada', melhorar o programa, corrigir as mensagens e aumentar a audiência e o impacto esperado.

Para este efeito a RM enviará para o dropbox da Íris Imaginações uma gravação do programa e os dados de audiência logo após de cada emissão. A logística desta operação será discutida junto com MC Inhambane.

## *Ter uma sensação do impacto.*

O impacto do programa é medida pela Malária Consortium mediante um 'feed back' recolhido nos Grupos Focais programados.

Para se considerar o programa ter um impacto positivo definiu os seguintes critérios:

### *Abrangência:*

- as pessoas que dizem escutar rádio regularmente, conhecem o nome do programa;

### *Atraência*

- das pessoas que conhecem o nome do programa, pelo menos 50% diz escutar o programa regularmente, mais do que 2 vezes por semana.

### *Informação:*

- as pessoas que dizem escutar o programa avaliam o programa informativo.

### *Motivação:*

- as pessoas que dizem escutar o programa, são de opinião que o programa motiva as pessoas (em geral) para uma a mudança.

### *Mudança:*

- uma parte das pessoas que escutam o programa regularmente, confirmam que o programa mudou alguma coisa na sua maneira de gerir as doenças em casa, ou os conselhos que dão a outros.

# Contactos

## **Rádio Moçambique Emissor Provincial de Inhambane**

Nelson Francisco – Locutor Jornalista

82 75 02 90 7

nelsonguilossa@gmail.com

Febo Artiel – Locutor /produtor

82 42 80 68 0 / 84 63 60 34 0

feboartiel@yahoo.br

## **Malária Consortium**

Helder Amaral – Oficial de Comunicação

84 30 14 16 1

h.amaral@malariaconsortium.org

Eder Ismael – Oficial de Projecto

Delegação da Malária Consortium em Inhambane

84 30 07 8 58

## **Iris Imaginações**

Bert Sonnenschein – Director Criativo

+31 6 29 54 00 50

bert.sonnenschein@gmail.com

Orlando Mesquita – Editor criativo

82 87 84 74 0

orlandomesquita1000@gmail.com

# ANEXOS

Edição Zero

Fichas de monitoria

por acrescentar

Trivia

por acrescentar

Spots

por acrescentar

Histórias Vida Real (por Hélder Amaral)

Folhetos

Informação do OMS sobre malária, doenças diarréicas e pneumonia

## Edição Zero

A Edição Zero é um exemplo imaginário daquilo que podia ser uma emissão do programa. O exemplo serve para sentir a dinâmica e balanço do programa, e demonstrar o tipo informação que se pretende recolher e divulgar.

	Item / texto	SoundFX	Duração	Tempo
	Djingle <i>NÃO CHORE MAIS, VIVA FELIZ O ÚNICO PROGRAMA PARA MENORES DE 5 ANOS E OS MAIS VELHOS!</i>		15s	15s
LOC	<p>Muito bom dia queridos ouvintes, bem vindos a mais uma emissão do nosso programa Não Chore Mais, Viva Feliz. Desejamos-vos um dia cheio de saúde e com muita força para trabalhar e ganhar a vida! Porque trabalhando vamos desenvolver as nossas vidas e o nosso país.</p> <p>Para quem tem crianças em casa, fique escutando para ouvir os conselhos das outras mães e pais e ter uma criança saudável e feliz.</p> <p>Para quem ainda não tem filhos?... Fique escutando também, porque um dia você terá!</p> <p>E para quem já não tem filhos pequenos? Prepara-se para ser um avo sábio!</p> <p>Hoje vamos a Mabote para ouvir a história da Ana Madrugada e seu filho Castigo.</p> <p>Mas antes disso, vamos ouvir o nosso concurso ...</p>	Fundo	60s	1:15
Djingle	<p><i>NÃO CHORE MAIS! GANHE A VIDA!</i></p> <p><i>HOJE VOCÊ VAI PODER GANHAR TREZENTOS METICAIS DE CREDITO PARA FALAR COM TODOS OS SEUS AMIGOS E AMIGAS ATÉ ...!</i></p> <p>Pare de chorar, e mande um SMS para o número: 82-RM RM RM M ou 82 76 76 76 7 com o formato NOME – LUGAR DE ONDE NOS ESCUTA – e A RESPOSTA À PERGUNTA DE HOJE.</p>	<p>Bebés Chorando</p> <p>Diversos sons</p> <p>Bebés rindo</p>	25s	1:40
LOC	<i>E a pergunta é: Qual é o nome do Agente Polivalente em 3 de Fevereiro que tratou Castigo?</i>		15s	1:55

	Não sabe a resposta? Fique escutando! 82 76 76 76 7.			
LOC	E nós vamos para o distrito de Mabote onde encontramos Ana Madrugada, 27 anos de idade e mãe de Castigo e mais dois filhos.		10s	2:05
Djingle	VIDA REAL	VR	5s	2:10
LOC ANA	<p>PRE-GRAVADO e EDITADO</p> <p><b>Estamos aqui em casa da Ana Madrugada, na povoação de Três de Fevereiro no distrito de Mabote.</b></p> <p><b>Um quintal bonita com coqueiros e uma casa tradicional típica desta zona de Inhambane. São aproximadamente 9 horas de manhã e a temperatura está bém baixa.</b></p> <p><b>Bom dia Ana. Como está?</b></p> <p><i>Estou bem obrigada.</i></p> <p><b>O que trouxe da machamba hoje?</b></p> <p><i>Ah, não trouxe nada. Hoje não foi. O meu filho está doente e tive que ficar em casa.</i></p> <p><b>Ana podes nos contar um pouco da sua vida? (Com quem está a viver? Quando é que casou? Quantos filhos tem?)</b></p> <p><i>Casei me com 17 anos, com João, o meu marido até hoje. Tive o meu primeiro filho com 17 anos mesmo. Tive mais uma menina e um rapaz. Castigo, a última sorte, está com três anos agora.</i></p> <p><b>É ele que está doente? (O que tem?; Quando é que começou? Sabia o que era? Pode contar-nos?).</b></p> <p><i>Há três semanas ele começou a ter problemas de respiração. Não sabia o que era. Os outros nunca tiveram este problema. Pensei que ia passar sozinha. Mas não passava. Pergentei o meu marido João. Mas ele também não sabia.</i></p> <p><b>Quais foram os problemas na respiração? (sintomas)</b></p> <p>Ele começou a respirar rápida. No início nem reparei. Oiça bem. (Criança a respirar rápida)</p> <p><b>Só respirar rápida? Mais nada?</b></p> <p><i>Só! As vezes a respiração era difícil também.</i></p> <p><b>Quem mais consultaste? (procurar informação e ajuda)</b></p>	Sons do campo	150s	4:40
		Respira- ção rá- pida		

	<p><i>Foi ter com a minha vizinha aqui mesmo. Dizia que era uma doença assim, da criança, mas que podia não passar sozinha. Mas também não sabia explicar bem bem .</i></p> <p><b>Aqui tem um hospital? (opções)</b></p> <p><i>Não temos hospital aqui. O o hospital está na vila, longe daqui. São pelo menos 3 horas a andar a pé. O chapa não passa toda a hora. Mas temos enfermeiro aqui.</i></p> <p><b>Enfermeiro ou Agente Polivalente?</b></p> <p><i>Acho que é um enfermeiro, chamamos de socorista. Não sei.</i></p> <p><b>OK . Havemos de perguntar a pessoa mais logo. Um enfermeiro é um funcionário de saúde. Um socorista ou um agente polivalente elementar é uma pessoa da comunidade, um voluntário.</b></p> <p><i>Então deve ser este.</i></p> <p><b>Foste procurar o APE, o Agente Polivalente Elementar.</b></p> <p><i>Sim. Mas no início não encontrei. A pessoa tinha viajada para a cidade. Só voltou dois dias depois.</i></p> <p><b>Quanto tempo o Castigo já estava com a respiração rápida, antes de ser visto pelo APE?</b></p> <p><i>Talves duas semanas. O Castigo já estava mal.</i></p> <p><b>(Não estava com medo que ia para de respirar?)</b></p> <p><i>Já estava com muito medo mesmo. Até pensei que podia parar de respirar.</i></p>			
LOC	<p>...</p> <p>Pff, não gostaria de estar nos teus pés. Obrigado Ana. Fique conosco, vamos querer saber como é que acaba a história do Castigo. Voltaremos em breve.</p>		5s	4:45
Djingle	<p><b>ESTAMOS TRANSMITINDO NÃO CHORE MAIS - VIVA FELIZ O ÚNICO PROGRAMA PARA MENORES DE 5 ANOS E OS MAIS VELHOS.</b></p>		15s	5:00
	<p><b><i>Se o programa for inserida num outro programa, pode-se aqui ter um intervalo maior para mais tarde voltar.</i></b></p> <p><b><i>Se o programa for emitido 15 minutos seguidos, elimina-se um Djingle</i></b></p>			

Djingle	<i>ESTAMOS TRANSMITINDO NÃO CHORE MAIS VIVA FELIZ O ÚNICO PROGRAMA PARA MENORES DE 5 ANOS E OS MAIS VELHOS.</i>		15s	5:15
LOC	<p>Estamos a ouvir a história de Ana Madrugada do distrito de Mabote. O seu filho Castigo tem apenas 3 anos e está com uma respiração rápida.</p> <p>Em África há milhões de crianças, como Castigo. Felizmente muitos recebem a assistência médica adequada. Mas mesmo assim, por dia, quase 4mil crianças morrem de pneumonia. A pneumonia mata mais crianças do que a Malária e o SIDA junto.</p> <p>Por isso, quando a sua criança está com problemas de respiração. Não espera duas semanas <del>como a Ana</del>, mas procura o APE ainda o mesmo dia, ou vai logo a para a Unidade Sanitária.</p> <p>A melhor forma de prevenir a pneumonia é através da alimentação. Para bebés até seis meses, a melhor alimentação é o aleitamento exclusivo.</p> <p>Para os filhos mais crescidos, tente manter uma dieta variada, com verduras e fruta suficientes. As verduras ajudam a proteger o corpo contra doenças.</p> <p>Daqui há pouco voltaremos a nossa história da Ana e Castigo, mas primeiro vamos ao nosso concurso:</p>		60s	6:15
Djingle	<p><i>NÃO CHORE MAIS! GANHE A VIDA!</i></p> <p><i>HOJE VOCÊ VAI PODER GANHAR TREZENTOS METICAIS DE CREDITO PARA FALAR COM TODOS OS SEUS AMIGOS E AMIGAS ATÉ ...!</i></p> <p>Pare de chorar, mande um SMS para o número: 82-RM RM RM M ou 82 76 76 76 7 com o formato NOME – LUGAR DE ONDE NOS ESCUTA – e A RESPOSTA À PERGUNTA DE HOJE.</p>	<p>Bebés Chorando</p> <p>Diversos sons</p> <p>Bebés rindo</p>	25s	6:40
LOC	<p><i>E a pergunta é: Qual é o nome do Agente Polivalente em 3 de Fevereiro que tratou o Castigo?</i></p> <p>Não sabe a resposta? Fique escutando! Número 82 76 76 76 7.</p>		10s	6:50
LOC ALFREDO ANA	<p><b>Bom dia queridos ouvintes, estou no pequeno mercado de Três de Fevereiro, no distrito de Mabote. As galinhas daqui, sim senhor! São todas gigantes!</b></p> <p>(Alfredo): Sim, as galinhas aqui são gigantes. Não são como aquelas da cidade.</p>	Fundo	160s	9:30

	<p><b>Estou aqui com Alfredo Maria, Agente Polivalente de 3 de Fevereiro, que tratou o caso de Castigo. Bom dia Alfredo, podes nos contar em que estado encontrou o Castigo.</b></p> <p>Bom dia. Acabei de voltar da cidade, já era noite. Quando cheguei em casa, estava lá a Ana. O Castigo estava mal mesmo. Tinha calafrios e já estava muito fraco, magrinho mesmo.</p> <p><b>Como é que ficou magrinho?</b></p> <p>Bom, o que acontece com os doentes, é que perdem o apetite, e assim ficam mais fracos.</p> <p>Eu vi logo. Mmm, essa respiração rápida assim? Isto só pode ser pneumonia.</p> <p><b>E você conseguiu dar o tratamento?</b></p> <p>Não, pneumonia não sei tratar. Quando suspeito pneumonia, tenho que mandar a pessoa para o hospital. É preciso ver um enfermeiro ou médico.</p> <p><b>E como é que chegou ao hospital?</b></p> <p>No início nem queria ir, porque o hospital está longe e custa levar um filho para lá. <del>Pensou em ir ao médico tradicional.</del> Mas chamei o marido e convenci a eles que era mesmo preciso. Não foi assim Ana?</p> <p>(Ana:) Foi, no início achei que podíamos procurar tratamento aqui na zona. Mas depois vi que não dava.</p> <p><b>O que disse para lhes convencer?</b></p> <p>Falei-lhes de três casos recentes aqui na povoação, em que o filho faleceu. Um até era filho de uma prima do marido. Acho que foi isto que lhes convenceu.</p> <p>(Ana:) Foi.</p> <p><b>Como que foi no hospital? (Foi atendido logo?)</b></p> <p>Quando chegamos lá, já estava cheio. Tinha que esperar todo o dia. Quando foi atendido já não era possível voltar para casa.</p> <p><b>(No hospital disseram o que?)</b></p> <p>Disseram que era pneumonia mesmo. Deram um medicamento para tomar e disseram para continuar até acabar todos os comprimidos.</p>			
--	---	--	--	--



	<p><b>(Disseram mais alguma coisa?)</b></p> <p>Disseram também para ele tentar comer bém e ganhar força.</p> <p><b>Quando acabou já era tarde, onde que é dormiu? (No hospital? Numa pousada? Quando é que conseguiu voltar para casa?)</b></p> <p>Não podia dormir no hospital. Tinha que dormir na vila, em casa de um familiar. Só o dia seguinte consegui voltar para casa.</p> <p><b>(Como é que o Castigo aguentou com a viagem? Naquele momento achou que o Castigo ia melhorar?)</b></p> <p>Viajar com uma criança doente não anima. Cansa. Quando chegamos em casa ele estava pior.</p> <p><b>Então não valeu, ter ido a hospital?</b></p> <p>Valeu, só demorou recuperar.</p>			
LOC	Isto é uma verdade em muitas doenças. O hospital e o medicamento não fazem milagres. A pessoa não recupera logo. Leva algum tempo até um medicamento se fazer sentir. Por isso é mesmo necessário procurar o APE ou ir para o hospital, logo no início da doença. Fiquem connosco.		20s	9:50
Djingle	<i>ESTAMOS TRANSMITINDO NÃO CHORE MAIS - VIVA FELIZ O ÚNICO PROGRAMA PARA MENORES DE 5 ANOS E OS MAIS VELHOS.</i>		10s	10:00
	<p><b><i>Se o programa for inserido num outro programa, pode-se aqui ter um intervalo maior para mais tarde voltar.</i></b></p> <p><b><i>Se o programa for emitido 15 minutos seguidos, elimina-se um Djingle</i></b></p>			
Djingle	<i>ESTAMOS TRANSMITINDO NÃO CHORE MAIS VIVA FELIZ O ÚNICO PROGRAMA PARA MENORES DE 5 ANOS E OS MAIS VELHOS.</i>		15s	10:15
LOC	<p>Estamos a ouvir a história de Ana Madrugada e Alfredo Maria Agente polivalente na povoação de 3 de Fevereiro no distrito de Mabote.</p> <p>O filho de Castigo tem apenas 3 anos e está com uma pneumonia grave. Pneumonia não é uma doença perigosa que pode ser tratada pelo Agente Polivalente na comunidade. Por isso, a Ana tinha que fazer uma viagem de dois dias para ter o tratamento adequado. Uma viagem que talvés podia ser evitado. Voltamos a ouvir a Ana e o Alfredo, mas mas primeiro vamos ao nosso concurso:</p>		30s	10:45

<p><b>LOC</b></p> <p>ALFREDO</p> <p>ANA</p>	<p><b>Ana o Castigo está melhor agora? ( Começou a melhorar quando?)</b></p> <p>Hoje é o quinto dia. Ele começou a melhorar no terceiro dia. Graças a Deus.</p> <p><b>Ana, você teve que fazer uma viagem de dois dias ida e volta para o hospital. Quanto dinheiro é que gastou? (no chapa, hospital, medicamentos, dormida?)</b></p> <p>O chapa custou 100 meticais, ida e volta. Agora a consulta, não paguei, mas o medicamento tive que pagar mais 150 meticais. No total gastei 250 Meticais. (Preços inventados!)</p> <p><b>Alfredo, 250 meticais é muito dinheiro para uma pessoa daqui?</b></p> <p>É bastante dinheiro Especialmente agora que a colheita ainda não começou.</p> <p><b>O que as famílias podem fazer para prevenir esta doença e estas despesas.</b></p> <p>Primeiro, uma criança bem alimentada não apanha esta doença facilmente. Nos primeiros seis meses, o bebé deve ter um aleitamento exclusivo. Depois a criança deve ter uma alimentação com bastante verduras e fruta.</p> <p>Também as pessoas devem ter cuidado com a cozinha. Especialmente quando cozinham dentro da casa, o fumo faz mal e provoca esta doença.</p> <p><b>Mas como é que as mães devem fazer. Elas não podem deixar de cozinhar.</b></p> <p>Bom, não devem deixar o bebé perto da fogueira e existem fogões que produzem menos fumo. Talvez assim.</p> <p><b>Ana, já tens um fogão que produz menos fumo?</b></p> <p>Não, não conheço este fogão. Mas hei de perguntar o meu marido.</p> <p><b>OK, procura saber e talvez na próxima emissão nos vamos procurar algo sobre isso. Mas diga-me, já que tiveste esta experiência. Como é que ias fazer no futuro?</b></p> <p>No futuro, não vou demorar muito. Vou procurar o Alfredo logo. E quando ele não estiver, não ia perder tempo de chegar ao hospital.</p>	<p>Fundo</p>	<p>120s</p>	<p>12:45</p>
---	---	--------------	-------------	--------------

	<p><b>Alfredo, um último conselho para os pais ou futuros pais?</b></p> <p>Dizia aos pais, a criança tem muitas doenças. E muitos pais não estão preparados. Por isso, quando a mulher estiver grávida, os casais já deviam procurar informar-se para o bebé poder crescer sem problemas.</p>			
LOC	Obrigado Ana, obrigado Alfredo e obrigado Castigo. Nos chegamos ao fim da vossa história, é tempo para o nosso concurso:		10s	12:55
Djingle	<i>NÃO CHORE MAIS! GANHE A VIDA!</i>		5s	13:00
LOC	<p>Bom dia temos em linha a Cristina Madeira de Vilankulos. Muito bom dia Cristina.</p> <p><i>Bom dia</i></p> <p>Como está a Cristina?</p> <p><i>Estou bém, obrigado.</i></p> <p>Nos também estamos bem, graças a Deus. A Cristina tem quantos anos?</p> <p>Tenho 16.</p> <p>E já tem filhos.</p> <p><i>Não, não tenho ainda. Mas estou grávida.</i></p> <p>Oh la la Cristina. Foi planeada ou foi inesperadamente?</p> <p><i>Apanhei assim.</i></p> <p>E já foste a consulta pré-natal?</p> <p><i>Sim já foi.</i></p> <p>E recebeste uma rede mosquiteira?</p> <p><i>Sim já.</i></p> <p>E já estás a usar?</p> <p><i>Não, ainda não pendurei.</i></p> <p>Oh Cristina. Estás a espera do que. O bebé nascer? Tens que pendurar a rede já, porque durante a gravidez cores mais risco e se apanhares malária o teu bebé pode ser afectado ainda antes de nascer. Vamos combinar logo depois desta conversa vais pendurar. Combinado?</p>		105s	14:45

	<p><i>Combinado.</i></p> <p>O que achas da nossa história de hoje, Cristina?</p> <p>Gostei.</p> <p>Gostaste o que precisamente?</p> <p><i>Gostei de ouvir do fogueiro, que o bebé não deve estar perto do fogueiro. Não sabia disso.</i></p> <p>OK, gostou de ouvir do fogueiro. E o fogão que produz menos fumo? Vais procurar?</p> <p><i>Não sei. Não conhece essa fogão.</i></p> <p>Então fique atento as nossas programas. Nos vamos procurar saber mais sobre isso.</p> <p>Cristina, sabes o que é o APE?</p> <p><i>Sei, é o Agente Polivalente Elementar.</i></p> <p>É. E este faz o que?</p> <p><i>O APE é um voluntário da comunidade que dá uma assistência aos doentes.</i></p> <p>Boa Cristina, como é que sabes tudo isto?</p> <p><i>Escuto o programa e a minha tia é APE.</i></p> <p>Ah, muito bom. Estamos a chegar ao fim do programa. Vamos ao nosso concurso de hoje. Podes nos dizer o nome completo do APE da povoação de Três de Fevereiro no distrito de Mabote?</p> <p><i>É o Alfredo.</i></p> <p>Alfredo quem?</p> <p><i>Alfredo Maria.</i></p>			
Djingle	<i>PARABÉNS.</i>		5s	14:50
	Parabéns Cristina, fique na linha. Nos vamos sair. Obrigado ouvintes e voltamos na próxima quinta-feira as 7:05 de manha com mais uma emmsão de		10s	15:00
Djingle	<i>NÃO CHORE MAIS, VIVA FELIZ</i>		5s	5:00

## *Histórias Vida Real*

Seguem umas histórias, recolhidas pelo Hélder Amaral do Malária Consortium,.

Estas histórias reflectem a intenção do item Vida Real.

Encontramos Milton Alfredo numa frondosa sombra do centro da localidade de Tiane, a norte do distrito de Massinga, província de Inhambane. Milton Alfredo estava naquele local indicado pelo líder daquela localidade, como uma das pessoas que se tinha beneficiado dos serviços do APE. Depois da saudação feita de acordo com ritual mátwasa, onde cada um dos presentes saúda o outro individualmente e não ao grupo, passamos a escutar o depoimento de Milton Alfredo, de 32 anos de idade, conforme se segue:

*Por volta das quatro horas de uma manhã de Abril de 2011, Eu estava nos seus afazeres habituais, na minha machamba (n.d.r. campo onde produz alimentos), quando tive um acidente: cortei-me na perna, com uma catana. (mostrou uma cicatriz, um pouco abaixo do joelho). A ferida inspirava cuidados de saúde urgentes. O ferimento sangrava de forma abundante e, durante os minutos seguintes, tentei estancar o sangramento com folhas de vegetais mas eis que nada resultava.*

*Diante desta dificuldade, caminhei até ao posto onde o APE Alberto Sebastião atende os doentes e porque ainda fossem cinco horas da manhã, o APE Alberto Sebastião ainda não estava no local. Vi que não convinha esperar até as sete horas da manhã e resolvi ir até à casa dele e voltamos juntos para o posto.*

Milton Alfredo recebeu os cuidados de saúde e, já com o curativo feito, seguiu para sua casa, onde descansou por dois dias. Voltou ao segundo dia para fazer o curativo e reparou que o ferimento estava a sarar de forma rápida. Em menos de uma semana retomou os seus afazeres com normalidade. Disse ainda:

*Sou uma pessoa com muita sorte. Imagine se isto tivesse acontecido antes de termos o APE Alberto Sebastião na comunidade, corria sério risco de vida, por causa da perda de sangue que, provavelmente não me deixaria com forças para chegar ao povoado de CTT / Kangela ou à vila de Massinga, que distam cerca de quatro e cinco horas de bicicleta, respectivamente.*

*Naquele dia senti qual era a importância de termos um APE na comunidade! Digo que senti porque aqui na comunidade as pessoas, por não ter hospital, já tinha o hábito de tentar encontrar soluções nas plantas e nos curandeiros, soluções que nem sempre respondiam aos problemas. Hoje em dia, as pessoas já sabem que podem procurar o APE que, mesmo que não consiga resolver o problema, vai minimizar e mandar para o hospital.*

De acordo com Milton Alfredo, o APE Alberto Sebastião faz muita diferença na vida da comunidade, porque providencia pronto-socorro e tratamento, poupando as comunidades das viagens que teriam de empreender para obter tratamento e cura. Ademais, segundo ele, tem vários casos de pessoas que não tinham dinheiro para pagar o transporte que lhes levaria para os locais onde tem unidade sanitária e nem outra pessoa que pudesse levar-lhes de bicicleta para estes locais.

Olga João é uma jovem mãe de 34 anos de idade da comunidade de Marrucua que, tal como outras mães, dedica-se à agricultura como meio de subsistência. Olga já tinha ouvido que na comunidade existia uma pessoa em quem se podia recorrer em caso de necessidade de cuidados de saúde mas não tinha dado a devida atenção a esta informação.

Durante a madrugada de um certo dia de Novembro de 2011, Olga João despertou debaixo de choro da sua filha mais nova, na altura com apenas 10 meses de idade. A menor estava com o corpo quente e não queria sequer chupar o leite da mãe. Olga não sabia mais o que fazer e, enquanto esperava pelo raiar da aurora, não só equacionava o que teria de fazer para conseguir cerca de oitenta meticais (80 Mt) para pagar o transporte para a vila de Massinga, como também se preparava para a penosa e desgastante deslocação à vila.

*Passei o resto da noite tentando encontrar soluções para me deslocar a Massinga. A distância para o hospital é muito grande e se tiveres de ir de chapa (n.d.r Transporte público), tens de ter oitenta meticais. Grande parte das pessoas nesta comunidade vivem da agricultura e não tem dinheiro, pelo que, geralmente, a solução é ir a pé.*

Ao amanhecer, lembrou-se de que, antes de seguir na viagem para a vila da Massinga, que dista cerca de 40km de Marrucua, podia visitar a APE Ilda Alberto. No meio das suas dúvidas, e porque ainda era cedo, resolveu ir esperar pela APE Ilda Alberto no posto onde habitualmente atende aos doentes. Esperou por cerca de 30 minutos até que chegasse a APE.

A APE Ilda Alberto observou a criança enquanto fazia uma série de perguntas à mãe. Fez o teste rápido e o diagnóstico acusou malária. A APE Ilda Alberto prescreveu o tratamento para a malária e Olga João seguiu de regresso à casa para providenciar algum alimento para a criança, para poder administrar o tratamento da malária.



No dia seguinte a menor já apresentava significativas melhorias e já brincava no pátio de sua casa. No final deste dia, a APE Ilda Alberto passou para ver a criança e reiterou os conselhos que tinha dado à mãe, no que diz respeito à toma dos medicamentos e às medidas de prevenção da malária.

*Só posso dizer que as coisas estão melhores aqui na comunidade porque temos uma pessoa que atende às pessoas doentes e diminui o sofrimento de termos de fazer grandes distâncias a pé para sermos tratados.*

*A APE Ilda Alberto para além de tratar as doenças, ela nos ensina muitas coisas e a cuidarmos dos nossos quintais. O trabalho que ela está a fazer é muito importante porque trás a saúde para a nossa comunidade.*

Olga João vê que a presença da APE na comunidade vem resolver uma lacuna que existia na comunidade. As pessoas agora vão para a consulta médica na vila de Massinga ou na comunidade de Sitila, que dista 35km de Marrucua, apenas depois de consultar a APE e sob indicação desta, como é nos casos de enfermidades complicadas e que, segundo a APE Ilda Alberto, não tem competência para trata-las.

Benúria Salomão é uma menina de apenas 1 ano de idade, a mais nova de um total de quatro filhos. Ela esteve entre as primeiras crianças a serem atendidas pelo APE Manuel Armando na localidade de Licunha, a sul do distrito de Massinga, província de Inhambane. Na ocasião, Benúria Salomão estava com muita febre e a mãe lembrou-se de que havia alguém que tinha sido formado para tratar as enfermidades na comunidade.

E porque a criança começou a ter febres durante a madrugada, Rita Francisco levou a sua filha Benúria para o APE, que iniciou, logo à chegada deles, os exames de diagnóstico e fez o teste rápido de malária. O teste deu resultado positivo.

O APE Manuel Fernando receitou a medicação e explicou o horário para a toma dos medicamentos e os cuidados a ter com a criança, nomeadamente não deixar a criança dormir fora da rede mosquiteira. Durante os dois dias seguintes o APE Manuel Armando encontrava sempre tempo para passar visitar a família em geral, ainda que com particular atenção à pequena Benúria Salomão, que, ao terceiro dia já mostrava sinais de total recuperação.

*A localidade de Licunha dista pouco mais de 20 quilómetros da vila sede de Massinga e a cerca de 12 quilómetros de CTT / Kangela, onde tem centros de saúde. Para Massinga ainda se pode ir de chapa (transporte colectivo de passageiros), mediante o pagamento de quinze meticais; mas para CTT apenas se pode ir à pé ou de bicicleta, numa viagem que não leva menos de 2 horas de tempo. É para um destes dois locais para onde Eu levava os meus filhos mais velhos em casos de doença, para obterem tratamento médico ou cuidados de saúde.*

De acordo com Rita Francisco, muitos habitantes daquela localidade tem dificuldades muito grandes para conseguir dinheiro para custear o transporte para a vila sede do distrito de Massinga, onde poderiam obter atendimento médico, pelo que acabavam morrendo. “Ainda bem que isto pertence ao passado porque desde que a localidade tem um APE, este sofrimento acabou” – rematou Rita Francisco.

A pequena Benúria teve tratamento gratuito, tal como muitos concidadãos seus porque o APE Manuel Armando não cobra nada pelo serviço que presta. Ademais, ele atende muito bem a todos os pacientes e, nalguns casos, nem olha a hora nem o local, isto é, atende aos doentes a qualquer hora e em qualquer lugar. Rita Francisco diz ainda que, por causa do seu carácter de pessoa simples e humilha, aliado à sua disponibilidade para ajudar, Manuel Armando é muito querido e acarinhado pela comunidade.



## *Folhetos*

Seguem os folhetos produzidos pela Malária Consortium no âmbito do programa.

## *WHO - Factos sobre Malária, Doenças diarréicas e Pneumonia*

Seguem os “Fact sheets” com dados e factos sobre as três doenças,  
publicadas pela Organização Mundial de Saúde.



## Dados e números

- A malária, é uma doença potencialmente fatal causada por parasitas que são transmitidas aos seres humanos pela mordida de mosquitos infectados.
- Em 2010, a malária causada sobre 655,000 mortes, especialmente em crianças africanas.
- Malária é prevenível e curável.
- Graças ao aumento nas medidas de prevenção e controle da carga da doença é bastante reduzido em muitos lugares.
- Em países que têm altos índices de malária, a doença pode reduzir o produto interno bruto cresceu para 1,3 %.
- Não-imunológica viajantes provenientes de áreas sem a malária que contraem a infecção são muito vulneráveis à doença.

Segundo o Relatório mundial contra a malária 2011, em 2010 eram 216 milhões de casos e estima-se 655,000 óbitos, o que representa um decréscimo de 25% em todo o mundo desde 2000, e 33% em África.

A maioria dessas mortes foram de crianças residentes em África, onde a cada minuto uma criança morre de malária e a doença é responsável por 22% das mortes infantis.

A malária é causada por protozoários parasitas do gênero Plasmodium que são transmitidas aos seres humanos pela mordida de mosquitos infectados do gênero anófele, chamado vetores da malária, que mordem especialmente entre o anoitecer e amanhecer. Existem quatro tipos de malária humana:

- Plasmodium falciparum;
- Plasmodium vivax;
- Plasmodium malariae;
- Plasmodium ovale.

As mais frequentes são a malária por P. falciparum e P. vivax e a mais mortífera malária por P. falciparum. Nos últimos anos, há também alguns casos de contaminação humana por P. knowlesi, parasita do macaco que aparece em áreas florestais do sudeste asiático.

## Causas

A malária é transmitida por mordidas de mosquitos Anopheles. A intensidade da transmissão depende de fatores relacionados aos parasitas, o vetor, o hospedeiro humano e o ambiente.

Cerca de 20 diferentes espécies de Anopheles são conhecidos localmente ao redor do

mundo. Todas as espécies mordem durante a noite. Mosquitos Anopheles procriam-se na água e cada espécie tem sua preferência; por exemplo: alguns preferem poças de água não profundas como nos campos de arroz, ou impressões de casco. A transmissão é mais intensa em locais onde o parasita tem tempo para completar o seu desenvolvimento até o mosquito e onde prefere morder seres humanos em vez de outros animais. Por exemplo, o tempo de vida longa e a preferência forte para morder humanos dos mosquitos africanos é a principal razão pela qual mais de 85% das mortes por malária do mundo estão em África.

A transmissão depende também das condições climáticas que podem afetar o número de mosquitos e a sua sobrevivência, como padrões de precipitação, temperatura e umidade. Em muitos lugares, a transmissão é sazonal, com o pico durante e logo após a estação chuvosa. Epidemias de paludismo podem ocorrer quando o clima e outras condições de repente mudam a favor da transmissão em áreas onde as pessoas têm pouca ou nenhuma imunidade à malária. Eles também podem ocorrer quando as pessoas com baixa imunidade mover-se para áreas com intensa transmissão de malária, por exemplo, para encontrar trabalho, ou como refugiados.

Imunidade humana é outro fator importante, especialmente entre os adultos em áreas de transmissão moderada ou intensa. Imunidade é desenvolvido ao longo de vários anos de exposição, e enquanto ela nunca dá protecção completa, reduz o risco da malária causar uma doença grave. Por esta razão, a maioria das mortes por malária na África ocorrem em crianças pequenas, enquanto em áreas com menor transmissão e baixa imunidade, todos os grupos etários estão em risco.

## **Transmissão**

A malária é uma doença febril aguda. Os sintomas surgem de 7 dias ou mais (geralmente entre 10 e 15 dias) do mosquito infectante. Pode ser difícil reconhecer a malária origem dos primeiros sintomas (febre, cefaléia, calafrios e vômitos).

Se não for tratado dentro das primeiras 24 horas, malária falciparum pode se tornar pior, levando muitas vezes à morte. Crianças de áreas endêmicas com doença grave geralmente expressam uma ou mais das seguintes apresentações sindrômico: anemia severa, desconforto respiratório relacionado à acidose metabólica ou malária cerebral. No adulto também é frequente múltiplos órgãos ficarem afectados.

Em áreas onde a malária é endêmica, os indivíduos podem adquirir uma imunidade parcial, o que torna a ocorrência de infecções assintomáticas.

Nos casos de malária por *Plasmodium vivax* ou *P. ovale* clínica recaídas podem ocorrer várias semanas ou meses após a infecção inicial, embora o paciente tenha deixado a zona de paludismo.

Estes novos episódios são devido à presença de formas hepáticas "dormentes" do parasito (inexistentes no caso do *P. falciparum* e *P. malariae*), e para conseguir uma cura completa é necessário um tratamento especial contra estas formas hepáticas.

## Sintomas

Aproximadamente metade da população mundial vive em zonas de risco para a malária. A maioria dos casos e óbitos são registrados na África subsariana. No entanto, eles também são afetados na Ásia, na América Latina e, em menor medida, do Médio Oriente e algumas regiões da Europa. Em 2010 a malária estava presente em 106 países e territórios.

Grupos de maior risco incluem:

- *Crianças menores de 5 anos.* Particularmente em risco estão crianças menores de 5 anos em áreas com transmissão estável que ainda não tenham desenvolvido imunidade protetora contra as formas mais graves da doença. As crianças são o grupo que mais contribui para a mortalidade global devido à malária.
- *Mulheres grávidas não-imunes.* Malária produz altas taxas de aborto (até 60% no caso do *P. falciparum*) e taxas de mortalidade materna entre 10% - 50 %.
- *Mulheres grávidas semi-imunes.* A grávida semi-imunes de áreas com alta transmissão. A malária pode causar abortos espontâneos e baixo peso ao nascimento, especialmente durante as duas primeiras gestações. Estima-se que anualmente 200,000 crianças morrem como resultado da malária adquirida durante a gravidez.
- *Mulheres grávidas semi-imunes infectadas pelo HIV* de áreas com transmissão estável, maior risco de malária em todas as gestações. Mulheres com infecção da malária placentária também correm maior risco de transmissão da infecção para seus recém-nascidos.
- *Pacientes com HIV/AIDS.*
- *Viajantes internacionais não-imunes.* Viajantes de áreas não-endêmicas correm um maior risco de malária e suas conseqüências, por falta de imunidade.
- *Os emigrantes de áreas endêmicas* e seus filhos que vivem em áreas não-endêmicas também correm maior risco quando voltarem para visitar seu país, devido à ausência ou atenuação da imunidade.

## Tratamento

Diagnóstico e tratamento precoce da malária reduz a gravidade da doença e a mortalidade. Também contribui para a redução da transmissão e número de doenças.

A melhor opção terapêutica disponível, especialmente no caso da malária *falciparum*, o tratamento combinado com base na artemisinina.

A OMS recomenda que, antes de se administrar o tratamento o diagnóstico é confirmado com métodos parasitológicos (provas de microscopia eletrônica ou diagnóstico rápido), cujos resultados podem ser obtidos em poucos minutos.

Tratamento baseado apenas na sintomatologia deve ser reservada para aqueles casos em que não seja possível o diagnóstico parasitológico. Pode ver mais recomendações detalhadas em diretrizes para o tratamento da malária.

## **Resistência à medicação**

Resistência aos antimaláricos vem se difundindo com grande rapidez e minavam os esforços para controlar a doença.

Quando são tratados com monoterapia de artemisinina-baseado, os pacientes podem deixar o tratamento precoce após o rápido desaparecimento dos sintomas, mas este tratamento parcial permite-lhe continuar tomando parasitos no sangue.

Se eles não são co-administrada uma segunda droga (coisa que se é dada no tratamento combinado com base na artemisinina), parasitas resistentes sobrevivem e podem ser transmitidos a outros mosquitos, e estes para outras pessoas.

Por conseguinte, as monoterapias estão a principal força motriz por trás da propagação da resistência à artemisinina.

O aparecimento da resistência à artemisinina e sua dispersão para outras grandes zonas geográficas, tal como já aconteceu antes com cloroquina e sulfadoxina-pirimetamina, pode ter consequências desastrosas para a saúde pública, uma vez que não nos restará alternativa antimaláricos em pelo menos cinco anos.

A OMS recomenda um acompanhamento sistemático da resistência a drogas antimaláricas e está oferecendo apoio aos países nos seus esforços para reforçar esta importante área de trabalho. No plano global de contenção da resistência à artemisinina continua recomendações mais abrangente.

## **Prevenção**

Controle de Vetores é o meio principal de reduzir transmissão de malária na comunidade. É a única intervenção que pode reduzir a transmissão de níveis muito elevados para níveis próximos de zero.

A nível individual, proteção pessoal de picadas de mosquito é a primeira linha de defesa na prevenção malária. Existem duas formas de controle dos vetores que são eficazes em condições muito diferentes:

- △ a mosquiteiros tratados com insecticidas. Redes tratadas com insecticida de ação prolongada são os preferidos nos programas de distribuição de saúde pública.

A OMS recomenda a cobertura de todas as pessoas em risco; e na maioria dos lugares, a forma mais rentável de alcançar esse objectivo é fornecer redes tratadas com insecticida de ação prolongada, a fim de que todos os residentes em áreas com alta transmissão dormem todas as noites por baixo da rede mosquiteiro.

- △ A fumigação de espaços interiores com insecticidas de acção residual. A fumigação dos espaços interiores com estes inseticidas é a mais poderosa forma de reduzir rapidamente transmissão da malária. Os melhores resultados são alcançados quando após terem sido aspergidos pelo menos 80% das casas na área em questão.

A fumigação interior é eficaz durante três a seis meses, dependendo o inseticida utilizado e o tipo de superfície sobre a qual se aplica. Em alguns casos, o DDT possa ser efetiva para nove a 12 meses. Os insecticidas são de ação residual com um tempo mais prolongado para a fumigação dos interiores.

Na prevenção da malária também podem ser utilizadas drogas. No caso dos viajantes, a

doença pode ser prevenida com quimioprofilaxia.

A OMS recomenda um tratamento preventivo intermitente com sulphadoxine-pirimetamina para mulheres grávidas que vivem em zonas de alta transmissão durante o segundo e o terceiro trimestre.

Além disso, para as crianças que vivem nas zonas de alta transmissão de África, recomenda-se o mesmo tratamento em três doses, que são administrados no decurso da vacinação de rotina.

### **Resistência a inseticidas**

Grande parte dos êxitos alcançados até à data na luta contra a malária é devido ao controle do vetor. Esta depende, em grande medida, da utilização de piretróides (utilizado em inseticidas), que são a única classe de inseticidas utilizados em redes tratadas com insecticida, incluindo o longa ação, atualmente recomendados. Já foi observada uma resistência a piretróides, especialmente em África, embora até agora têm sido apenas um ou dois casos de evidente falha do controle.

Por agora existe uma falta de alternativa de insecticidas que são seguras e rentáveis. O desenvolvimento de novas inseticidas alternativas é uma tarefa altamente prioritária, mas também longo e dispendioso.

A escolha da inseticida de ação residual utilizada na fumigação deve ser sempre baseada em dados locais e recentes sobre a suscetibilidade dos vetores que é dirigida.

### **Custos económicos**

A malária representa grandes perdas económicas e pode reduzir o produto interno bruto (PIB) em até 1,3 % em países com altos níveis de transmissão. A longo prazo, a soma destes prejuízos anuais criou diferenças consideráveis entre os PIB dos países com e sem malária, especialmente em África.

Os custos de saúde de malária incluem tanto as despesas pessoais e públicas na prevenção e no tratamento. Em alguns países com elevada carga de malária doença é responsável por:

- até 40% das despesas do Estado em matéria de saúde;

- 30% a 50% dos rendimentos em hospitais,

- até 60% do atendimento ambulatorial.

A malária afecta, de forma desproporcional os pobres que não podem pagar o tratamento ou têm um menor acesso aos cuidados de saúde e armadilhas para famílias e comunidades em espiral de pobreza.

### **Eliminação**

Muitos países, particularmente em zonas temperadas e subtropicais, têm tido sucesso na eliminação da malária. A campanha global de erradicação da malária, lançado pela OMS em 1955, foi um sucesso em eliminar a doença em alguns países, mas em última análise não conseguiu alcançar seu objetivo geral, foi abandonada menos de duas décadas após a



favor do objetivo menos ambicioso de controlar a doença. No entanto, nos últimos anos é um ressurgimento de interesse para a erradicação da malária como objetivo de longo prazo.

A utilização em larga escala de estratégias recomendadas pela OMS, os instrumentos disponíveis, a garantia firme dos países e os esforços coordenados de todos os parceiros aumenta o número de países a tender para a eliminação da malária, especialmente naqueles em que a transmissão é baixa e instável.

### **Vacinas contra a malária**

Não existe presentemente aprovada vacina contra a malária ou qualquer outro parasitahumano. Esta muito avançada a investigação sobre uma vacina contra a malária por *P. falciparum*, conhecida como RTS,S/AS01. Neste momento está sujeita à avaliação por um grande ensaio clínico que é realizado em sete países africanos.

Os resultados serão obtidos em três fases, e cada conjunto de resultados serão revistos pelo comité consultivo externo da OMS. A formulação de uma recomendação pela OMS em sua utilização dependerá do resultado final deste ensaio, o que é esperado para 2014. Existem outras vacinas contra a malária nos estágios iniciais da pesquisa.

# Doenças Diarréicas

nota descritiva N° agosto de 330 2009

## Dados principais

- ▲ Doenças diarréicas são a segunda maior causa de morte entre crianças menores de cinco anos.
- ▲ As doenças são evitáveis e tratáveis.
- ▲ As doenças diarréicas matam 1,5 milhões de crianças por ano.
- ▲ Em todo o mundo, há aproximadamente dois bilhões de casos de diarreia por ano.
- ▲ As doenças diarréicas acometendo principalmente crianças menores de dois anos.
- ▲ Diarreia é uma das principais causas da desnutrição em crianças menores de cinco anos.

Doenças diarréicas são a segunda principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos, e a causa da morte de 1,5 milhões de crianças por ano. A diarreia pode durar vários dias e pode privar o corpo de água e sais necessários à sobrevivência. A maioria das pessoas que morrem de doenças diarréicas na verdade morrem de desidratação grave e perda de fluidos. Crianças desnutridas estão imunodeprimidas ou têm o maior risco de doenças diarréicas ameaçadoras da vida.

Diarreia é definida como a deposição, três ou mais vezes por dia (ou com uma frequência superior à normal para a pessoa) de evacuações de fezes ou líquido. Deposição frequentes de fezes firmes (sólido) não é diarreia, nem fezes "pastosas" por bebês amamentados. A infecção é transmitida através de alimentos ou água contaminados, ou de consumo de uma pessoa para outra em virtude de uma má higiene. As doenças diarréicas podem ser tratadas com uma solução de água potável, à açúcar e sal, e comprimidos com zinco.

Existem três tipos clínicos de doenças diarréicas:

- diarreia aguda, que dura de várias horas ou dias, e inclui a cólera;
- diarreia aguda com sangue, também chamada disenteria; e
- diarreia persistente, que pode durar 15 dias ou mais.

## Abrangência das doenças diarréicas

Cada ano, existem cerca de dois bilhões de casos de diarreia em todo o mundo.

As doenças diarréicas são uma das principais causas de mortalidade e morbidade em crianças no mundo, e são usualmente causados pela exposição à água ou alimento contaminado. Mundialmente, cerca de um bilhão de pessoas carecem de acesso a fontes de água melhoradas e aproximadamente 2500 milhões não têm acesso a saneamento básico. Diarreia causada por infecções é comum nos países em desenvolvimento.

Em 2004, a doenças diarréicas foi a terceira maior causa de morte nos países de baixos rendimentos, onde causaram 6,9 % das mortes. São a segunda principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos, após a pneumonia. Das 1,5 milhões de crianças que

morreram por doenças diarréicas em 2004, 80% tinham menos de dois anos.

Nos países em desenvolvimento, as crianças com menos de três anos de idade sofrem, em média, três vezes por ano de diarreia. Cada vez a doença priva a criança de nutrientes necessários para o seu crescimento. Por conseguinte, a diarreia é uma das principais causas da desnutrição e crianças desnutridas são mais propensas a adoecer como resultado de doenças diarréicas.

### **Desidratação**

A mais séria ameaça das doenças diarréicas é desidratação. Durante a diarreia, o doente perde água e eletrólitos (sódio, cloreto, potássio e bicarbonato) no estado líquido nas fezes, vômitos, sudorese, respiração e urina. Quando essas perdas não foram restauradas, a desidratação ocorre.

O grau de desidratação é medida numa escala de três:

- Desidratação incipiente: sem sinais ou sintomas.
- Desidratação moderada:
  - sede
  - inquieto ou comportamento inconstante e irritável
  - redução da elasticidade da pele
  - olhos encovados
- Desidratação grave:
  - sintomas piorar
  - estado de choque, com perda parcial da consciência, ausência de urina, extremidades frias e húmidas, pulso rápido e fraco, pressão arterial baixa ou não-detectável, e palidez.

Desidratação grave pode levar ao óbito se não houver reconduzi-la ao corpo água e eletrólitos perdidos, quer através de uma solução de reidratação oral (SRO), ou por infusão endovenosa.

### **Causas**

Infecção: diarreia é um sintoma de infecções causadas por muito diferentes bacterianas, virais e parasitárias, a maioria dos quais são transmitidos pela água com contaminação fecal. A infecção é mais comum quando há escassez de água potável para beber, cozinhar e lavar. As duas causas mais comuns das doenças diarréicas nos países em desenvolvimento estão a rotavírus e Escherichia coli.

Desnutrição: crianças que morrem de diarreia geralmente sofrem de subnutrição subjacente, o que os torna mais vulneráveis à doenças diarréicas. Por sua vez, cada diarreia piora seu estado nutricional.

Diarreia é a segunda maior causa de desnutrição em crianças menores de cinco anos.

Fonte de água: água contaminada com fezes humanas, por exemplo, saneamento, latrinas, fossas sépticas e é particularmente perigosa. As fezes dos animais também contêm microrganismos capazes de causar doenças diarréicas.

Outras causas: doenças diarréicas também podem ser transmitidas de pessoa para pessoa, especialmente em condições de higiene precária. Alimentos processados ou armazenados em condições anti-higiênicas são outra grande causa de diarreia. O alimento pode ficar contaminado por água de irrigação, e também podem causar doenças diarréicas peixe e mariscos de águas contaminadas.

### **Prevenção e tratamento**

As principais medidas para evitar doenças diarréicas incluem o seguinte:

- ▲ acesso a fontes seguras de água potável
- ▲ melhoria de saneamento básico
- ▲ higiene pessoal e alimentar correta
- ▲ educação para a saúde e sobre os modos de transmissão de infecções
- ▲ vacinação contra rotavírus.

As principais medidas para tratar doenças diarréicas incluem o seguinte:

Reidratação: com líquidos intervenosas em caso de deitração severa o em estado de choque; com uma mistura de água fervida com e Sais de Reidratação Oral (SROs). A mistura de água fervida com sal e açúcar que pode ser feita sem perigo no lar. Cada tratamento custa apenas uns centavos. SROs são absorvidos no intestino delgado e reabastece a água e os eletrólitos perdidos nas fezes.

Zinco suplementos: suplementos de zinco reduzem a duração de diarreia em 25%, e estão associados com uma redução de 30% do volume de fezes.

Alimentos ricos em nutrientes: para quebrar o círculo vicioso da desnutrição e doenças diarréicas deve-se continuar a tomar alimentos nutritivos - incluindo leite materno - durante o período da diarreia, e, oferecer uma alimentação nutritiva para os filhos quando eles são saudáveis - incluindo o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida.

Consultar um profissional de saúde se forem detectados sinais de desidratação.

# Pneumonia

Nota descritiva N° 3 31 de Outubro de 2011

## dados e números

- Pneumonia é a principal causa de morte de crianças de todo o mundo.
- Estima-se que a pneumonia mata um nível estimado em 1,4 milhões de crianças com menos de cinco anos todos os anos, mais do que o SIDA, a malária e o sarampo juntos.
- A pneumonia pode ser causada por vírus, bactérias ou fungos.
- A pneumonia pode ser prevenida através da vacinação, alimentação adequada e através do controle dos fatores ambientais.
- A pneumonia pode ser tratada com antibióticos, mas cerca de 30% das crianças com pneumonia recebem antibióticos que necessitam.

O Pneumonia é um tipo de infecção respiratória aguda que acomete os pulmões. Os pulmões são constituídos por pequenas sacolas, chamados alvéolos, que - em pessoas saudáveis - se enchem de ar para respirar. Os alvéolos dos doentes de pneumonia são preenchidos com pus e fluido, o que torna doloroso respirar e limita a absorção de oxigênio.

Pneumonia é a maior causa de mortalidade infantil em todo o mundo. Estima-se que em cada ano mata cerca de 1,4 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos, o que representa 18% de todos os óbitos de crianças menores de cinco anos em todo o mundo.

A pneumonia afeta crianças - e suas famílias - de todas as partes do mundo, mas sua prevalência é mais elevada na África subsariana e na Ásia do Sul. Podem ser protegidas através de simples intervenções e tratados com medicamentos e cuidados de baixo custo e tecnologia simples.

## **Causas**

Vários agentes infecciosos - vírus, bactérias e fungos - causam pneumonia, sendo os mais comuns os seguintes:

- Streptococcus pneumoniae*: bacterianas mais comuns causas de pneumonia em crianças;
- Haemophilus influenzae* tipo b (Hib): a segunda causa mais comum de pneumonia bacteriana;
- O vírus sincicial respiratório é a causa mais freqüente de pneumonia viral.
- Pneumocystis jiroveci* é uma das principais causas de pneumonia em crianças menores de seis meses com o VIH/SIDA, responsáveis por pelo menos um em cada quatro mortes infantis HIV seropositivos.

## Transmissão

A pneumonia pode propagar-se de diversas formas. Vírus e bactérias normalmente presentes no nariz ou garganta dos cabritos, podem infectar os pulmões quando inalado. Eles podem também se espalham por via aérea, pelas gotículas produzidas em tossidos ou espirros.

## Sintomas

Os sintomas de pneumonia viral e bacteriana são semelhantes, enquanto que os de pneumonia viral pode ser mais numerosas do que as da bacteriana.

São sintomas de pneumonia o seguinte:

- respiração rápida ou difícil
- tosse clássica
- calafrios
- perda de apetite
- sibilância (mais comum nas infecções virais).

Em casos de pneumonia grave, as crianças podem apresentar retrações subdiafragmáticas; i.e. , depressão ou retração da parte inferior do tórax durante a inspiração (em uma pessoa saudável, o tórax se expande durante a inspiração). Na amamentação a pneumonia pode causar incapacidade de consumir alimentos ou líquidos, bem como perda da consciência, hipotermia e convulsões. Fatores de Risco a maioria das crianças saudáveis pode combater a infecção através das suas defesas naturais, mas imunodeprimidos crianças têm maior risco de desenvolver pneumonia.

O sistema imunológico da criança pode ser enfraquecida pela desnutrição ou subnutrição, especialmente nos bebés não amamentadas exclusivamente. A presença prévia de doenças como o sarampo ou assintomática infecção pelo HIV também aumentam o risco de uma criança ter pneumonia.

Os fatores ambientais também aumentam a susceptibilidade da criança à pneumonia:

- ⤴ poluição do ar interior causado pelo uso da biomassa (tais como lenha ou esterco) como combustível para cozinhar ou aquecer a casa
- ⤴ viver em lares sobrelotados
- ⤴ o uso de tabaco pelos pais.

## Tratamento

Pneumonia pode ser tratada com antibióticos, que são frequentemente prescritos nos centros de saúde ou hospitais, mas a grande maioria dos casos de pneumonia infantil podem ser tratados de forma eficaz em casa. Hospitalização é recomendado para bebés de dois meses ou inferior, bem como a casos muito graves.

## **Prevenção**

Prevenção da pneumonia infantil é um componente essencial de qualquer estratégia para reduzir a mortalidade infantil. Imunização contra Hib, pneumococo, sarampo e coqueluche é a forma mais eficaz de prevenir pneumonia.

Nutrição adequada é essencial para melhorar as defesas naturais da criança, começando com o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida; que, para além de ajudar a prevenir pneumonia, diminui a duração da moléstia.

Você também pode reduzir o número de crianças que desenvolvem pneumonia corrigindo fatores ambientais como poluição do ar em recintos fechados (por exemplo, promover o uso de fogões interiores sem fumo) e promover uma boa higiene das habitações superlotadas.

Crianças infectadas pelo HIV são dadas o antibiótico cotrimoxazole diariamente para reduzir o risco de contrair pneumonia.

## **Custos económicos**

Há investigações que determinaram que a prevenção e o tratamento da pneumonia pode evitar um milhão de mortes de crianças por ano. Somente mediante tratamento adequado podem ser evitados 600,000 mortes por ano.

Estima-se que o custo do tratamento com antibióticos para todas as crianças doentes de pneumonia nos 42 países mais pobres do mundo é de aproximadamente US\$ 600 milhões.

Tratar a pneumonia na África subsariana e Ásia do Sul - onde ocorrem 85% de todos os óbitos - teria custado um terço deste montante, cerca de US\$ 200 milhões.

Este valor inclui o custo dos próprios antibióticos e o treinamento para profissionais de saúde, o que reforça os sistemas de saúde como um todo.