



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique

2015–2019

Ficha Técnica

Título: Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique 2015-2019

Coordenação: MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição

Redacção: FANTA/FHI 360, USAID/Moçambique

Edição e Lay-out: FANTA/FHI 360, USAID/Moçambique

Colaboradores: OMS, PMA, UNICEF

© Ministério da Saúde, Agosto de 2015

Prefácio

No âmbito da implementação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique (PAMRDC, 2011-2015/20) aprovado pelo Governo, em 2010, o Ministério da Saúde (MISAU) reconheceu a necessidade de harmonizar o conteúdo das mensagens de comunicação para a prevenção da desnutrição.

Os promotores de saúde têm, cada vez mais, a consciência de que a simples transmissão de mensagens e abordagens de comunicação para a mudança de comportamento individual e colectivo não permitirão o alcance dos resultados desejados. As pessoas interpretam as mensagens e agem com base em vários factores socio-culturais (normas, crenças, valores, tabus, etc.), nas suas necessidades, experiências anteriores, influência de outras pessoas, bem como a sua situação económica e financeira.

Ao mesmo tempo, as intervenções implementadas para promover as práticas-chave de nutrição não se têm reflectido no alcance das metas estabelecidas para o País, o que requer uma abordagem de mudança social destinada a influenciar factores socio-culturais existentes nas comunidades, de modo a melhorar os comportamentos de nutrição a níveis individual e colectivo.

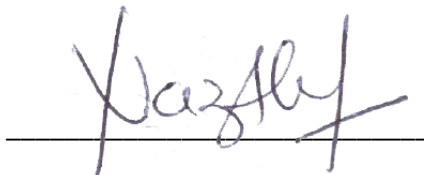
A presente Estratégia constitui uma ferramenta valiosa para orientar os implementadores de programas de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) para prevenir a desnutrição e promover as práticas-chave de nutrição prioritárias para o País, seguindo uma abordagem harmonizada e as melhores práticas de nutrição e de CMSC a nível global.

Após uma breve contextualização da situação do País, o documento explica os conceitos da abordagem de CMSC. De seguida ele oferece, em primeiro lugar, o conteúdo técnico-chave que serve de base para a elaboração de mensagens de comunicação e, em segundo lugar, orientações para a contextualização dessas mensagens, de forma a reflectir a realidade de cada programa, tendo em conta o contexto sociocultural específico de onde as intervenções de CMSC serão implementadas. Por fim, os anexos que oferecem alguns recursos para a consulta durante a planificação e implementação dos programas de CMSC em nutrição.

A presente Estratégia complementa o Plano de Comunicação e Advocacia do PAMRDC e destina-se aos implementadores de programas de CMSC para a prevenção da desnutrição. Estou confiante que, ao falarmos da nutrição numa só voz, melhoraremos a qualidade e o impacto dos programas destinados à prevenção da desnutrição em todo o Moçambique.

Maputo, aos 30 de Dezembro de 2015

A Ministra da Saúde



Dra. Nazira Karimo Vali Abdula

Índice

Prefácio	i
Índice	ii
Lista de Abreviaturas e Acrónimos	iv
Introdução.....	1
Contextualização da Desnutrição em Moçambique.....	1
Contextualização da CMSC em Moçambique.....	2
Quadro Conceptual de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento.....	3
Modelo Socio-Ecológico para a Mudança	4
Descrição do Problema.....	5
Objectivos da Estratégia.....	6
Objectivo Geral	6
Objectivos Específicos.....	6
Quadro de Mudança de Comportamento.....	7
Mudanças Que Abordam o Problema: Práticas de Nutrição Recomendadas para Prevenir a Desnutrição em Moçambique	7
Audiências.....	9
Mudanças Desejadas por Audiências Alvo	10
Barreiras para as Mudanças Desejadas	10
Objectivos de Comunicação.....	11
Conteúdo Técnico Chave	24
Mensagens Contextualizadas	34
Factores Promotores para as Mudanças Desejadas.....	35
Canais de Comunicação	38
Orientação da Implementação	45
Princípios Orientadores da CMSC.....	45
Processo para Desenvolver Planos de CMSC Específicos para os Programas	45
Pesquisa: Um Ingrediente Crucial para o Sucesso	46
Criatividade.....	48
Planificação.....	48
Operacionalização desta Estratégia	50
Formação e Assistência Técnica para o Fortalecimento das Capacidades.....	51

Referências.....	53
Anexo A: Recursos para Pesquisa, Planificação e Implementação da Comunicação para Mudança Social e de Comportamento.....	54
Recursos para a Planificação e Implementação da CMSC	54
Recursos para Guiar a Pesquisa Formativa.....	57
Exemplos de abordagens de pesquisa formativa com audiências específicas	58
Anexo B: Inventário dos documentos relacionados com a CMSC e nutrição em Moçambique.....	60

Figuras

Figura 1. Modelo Socio-Ecológico de Comportamento	3
Figura 2. Elementos Chave da CMSC	4
Figura 3. Objectivo de Comunicação: Ultrapassando Barreiras para Alcançar a Mudança Desejada..	11
Figura 4. O Processo C-Planificar	45

Tabelas

Tabela 1. Práticas Recomendadas para as Áreas de Intervenção Prioritárias em Moçambique.....	8
Tabela 2. Objectivos de Comunicação por Audiência Prioritária para Cada Prática Nutricional Recomendada para Prevenir a Desnutrição Nos Primeiros 1000 Dias de Vida	12
Tabela 3. Conteúdo Técnico Chave para Cada Audiência Alvo por Prática Recomendada	24
Tabela 4. Factores Promotores Sob a Perspectiva das Audiências Alvo por Práticas Recomendadas	36
Tabela 5. Categorias de Canais de Comunicação e Suas Características	38
Tabela 6. Canais, Materiais e Actividades de Comunicação para as Audiências Alvo	40
Tabela 7. Amostra de Matriz de Implementação.....	48

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

ANSA	Associação de Nutrição e Segurança Alimentar
APE	Agente Polivalente Elementar
C-Change	Projecto de Comunicação para a Mudança, do Inglês <i>Communication for Change Project</i>
CMSC	Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento
CPC	Centro de Promoção das Comunicações na Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health
DEPROS	Departamento para Promoção de Saúde
FANTA	Projecto III de Assistência Técnica em Alimentação e Nutrição, do Inglês <i>Food and Nutrition Technical Assistance III Project</i>
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde da República de Moçambique
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAHO	Organização Pan-Americana da Saúde, do Inglês <i>Pan-American Health Organization</i>
PAMRDC	Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica
PMA	Programa Mundial de Alimentação
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SMS	Serviço de Mensagem Curta, do Inglês <i>Short Message Service</i>
TIPs	Pesquisa de Práticas Melhoradas, do Inglês <i>Trials of Improved Practices</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Introdução

Contextualização da Desnutrição em Moçambique

Os elevados e persistentes níveis de desnutrição em Moçambique estão bem documentados. De acordo com o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS) 2011, a prevalência da desnutrição crónica entre crianças menores de cinco anos é de 43% e está estreitamente correlacionada ao estado nutricional das mães.¹ A prevalência de desnutrição aguda é estimada em 6% e a prevalência de baixo peso em 15%.² Estima-se, ainda, que a nível nacional, 69% de crianças entre os 6 e 59 meses de idade sofre de deficiência de Vitamina A e 75% de crianças na mesma faixa etária tem anemia.³ O baixo peso à nascença em crianças moçambicanas, estimado em 14%, indica que a desnutrição afecta as crianças ainda no útero das suas mães.⁴ As gravidezes precoces (38%), em muitos casos resultantes de casamentos prematuros (14% antes dos 15 e 48% antes dos 18 anos de idade), contribuem significativamente para o baixo peso à nascença.⁵

A base de evidências globais sobre a nutrição materno-infantil aponta para os 1000 dias entre a concepção e o segundo aniversário de uma criança como uma janela de oportunidade única para investir na nutrição, de modo a promover uma vida saudável e produtiva para as crianças.^{6,7,8,9} As intervenções focalizadas na melhoria do estado nutricional das mães, mesmo antes da concepção, e das crianças menores de dois anos têm sido o foco dos programas de nutrição implementados em Moçambique, no contexto do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique (PAMRDC, 2011-2015/20), aprovado pelo Governo de Moçambique, em 2010.¹⁰ O PAMRDC visa reduzir a prevalência da desnutrição crónica em crianças com menos de 5 anos de idade de 44% em 2008 para 30% em 2015 e 20% até 2020, através da implementação de medidas preventivas dentro dos vários sectores de desenvolvimento.

A situação nutricional de Moçambique e uma análise causal da mesma são apresentadas com mais detalhe noutros documentos.¹¹

¹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF Internacional (ICFI). 2013. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

² Ibid.

³ MISAU. 2006. Inquérito Nacional Sobre a Deficiência de Vitamina A, Anemia e Malária Nas Crianças dos 6 aos 59 Meses de Idade e Suas Mães (Dezembro 2001 a Fevereiro de 2002). Departamento de Saúde da Comunidade e Repartição de Nutrição. Maputo.

⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁵ Ibid.

⁶ Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Lancet; 371: 417–40.

⁷ Victora CG, Adair L, Fall C, et al. 2008. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet; 371: 340-57.

⁸ Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al, The Lancet Nutrition Interventions Review Group, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. *Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?* Lancet; published online June 6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).

⁹ World Health Organization. 2013. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva.

¹⁰ República de Moçambique. 2010. Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020). Ministério da Saúde, Maputo.

¹¹ EU. 2014. Nutrition situation and causal analysis - Mozambique. Final report. Maputo.

Contextualização da CMSC em Moçambique

Recentemente, os avanços globais nas teorias e métodos de CMSC criaram uma base de evidências em relação ao papel que os programas de comunicação estratégica podem desempenhar na promoção da adopção de práticas melhoradas de saúde e nutrição.^{12,13}

Os dados do IDS 2011 mostram que existe uma correlação entre o nível de escolaridade da mãe e os índices de desnutrição infantil, o que sugere um investimento em programas de CMSC.¹⁴

O Departamento de Nutrição do MISAU tem advogado para o aumento da atenção sobre a CMSC, através da colaboração com outros departamentos-chave do Ministério, como o Departamento de Promoção de Saúde (DEPROS) e o Instituto de Medicina Tradicional, e em particular através do enquadramento das suas actividades na Estratégia de Promoção de Saúde. O Plano Económico e Social do Departamento de Nutrição de 2012 incluía algumas actividades de CMSC tais como a educação nutricional através de grupos de apoio à amamentação; o desenvolvimento de campanhas de comunicação multimédia em ocasião da Semana Mundial do Aleitamento Materno e das Semanas Nacionais de Saúde; a elaboração de *kits* visuais para facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e activistas nas palestras; a ligação com programas de envolvimento comunitário do DEPROS e Agentes Polivalentes Elementares.¹⁵

Existe um compromisso adicional demonstrado pelo Plano de Comunicação e Mobilização Social do MISAU para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno, 2009 – 2013 (2015), que promove o aleitamento materno através de: (1) formação de jornalistas em aleitamento materno e disseminação de mensagens através dos órgãos de comunicação social, (2) mobilização comunitária usando materiais e actividades de comunicação sobre o aleitamento materno e por meio de membros influentes da comunidade, (3) formação do pessoal das unidades sanitárias no aconselhamento e uso dos meios de auxílio ao trabalho sobre aleitamento materno e (4) advocacia a nível dos tomadores de decisão para a elaboração, implementação, monitoria e avaliação de políticas relacionadas ao aleitamento materno.¹⁶

Para responder ao objectivo estratégico número 6 do PAMRDC, que determina o fortalecimento da capacidade nacional para a advocacia do próprio plano, o órgão responsável pela coordenação interministerial do PAMRDC – Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) – liderou a elaboração do Plano de Comunicação e Advocacia do PAMRDC. O referido plano tem como objectivo assegurar uma maior apropriação e responsabilização dos decisores políticos em relação aos compromissos assumidos no acto de assinatura do PAMRDC e encontra-se em estágio inicial de implementação.

¹² Um líder no desenvolvimento de CMSC e sua base de evidência, o Centro de Programas de Comunicação na Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health afirma que “As pesquisas mostram consistentemente que os programas de comunicação baseados em evidências podem aumentar os conhecimentos, mudar atitudes e normas culturais e produzir mudanças numa vasta variedade de comportamentos.” <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2013/10/Fact-Sheet-About-HC3.pdf>

¹³ Lamstein, S et al. 2014. Evidence of Effective Approaches to Social and Behavior Change Communication for Preventing and Reducing Stunting and Anemia: Report from a Systematic Literature Review. Arlington, VA: USAID/ Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project.

¹⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013

¹⁵ MISAU. 2011. PES Nutrição, 2012. Departamento de Nutrição. Pp 1-2.

¹⁶ MISAU. 2009. Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno 2009-2013 (2015). Maputo.

Quadro Conceptual de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento

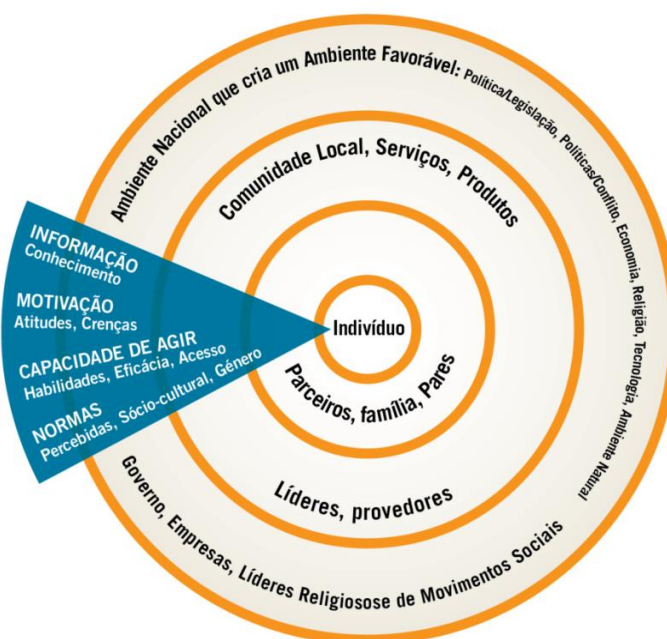
A CMSC é a aplicação sistemática de um processo de comunicação para a mudança que é iterativo, baseado em teoria e centrado na pesquisa.¹⁷

As evidências existentes comprovam que as campanhas de comunicação para a saúde pelo mundo são eficazes no aumento da adopção de novos comportamentos.^{18,19} No entanto, os promotores de saúde têm, cada vez mais, consciência de que a simples transmissão de mensagens e abordagens de comunicação para a mudança de comportamento individual não podem garantir o alcance dos resultados desejados. As pessoas interpretam as mensagens e agem mediante vários factores inerentes ao seu agregado familiar ou contexto da comunidade, incluindo a influência de outras pessoas, variáveis culturais e económicas.

Em Moçambique, o caso não é diferente. Existem múltiplos tabus socio-culturais, ligados em particular à alimentação da mulher grávida e da criança, que tornam necessária uma abordagem de mudança social que seja dirigida a influenciar as normas sociais existentes nas comunidades para melhorar a nutrição.

Está claro que nem sempre as pessoas podem controlar os factores que moldam o seu comportamento e que nem sempre as suas decisões se baseiam no que é melhor para a sua saúde e bem-estar. O modelo socio-ecológico de comportamento (Figura 1) apoia a teoria de que o comportamento individual é um produto de influências individuais, sociais e ambientais múltiplas e entrelaçadas, e combina a mudança individual com o objectivo de influenciar o contexto social no qual o indivíduo opera.

Figura 1. Modelo Socio-Ecológico de Comportamento



FONTE: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin e Carnegie (2000)

¹⁷ C-Change. 2012. C-Modules: A Learning Package for Social and Behavior Change Communication (SBCC). Washington, DC: C-Change/FHI 360

¹⁸ Snyder (2007) realizou meta-análises e revisões sistemáticas de 441 estudos sobre a eficácia das intervenções e campanhas de nutrição sobre outros temas de saúde pelo mundo, muitas das quais a partir dos E.U.A. e incluindo países em vias de desenvolvimento. Os resultados sobre os factores que aumentam a eficácia das intervenções de CMSC, conforme avaliado pelos resultados da mudança de comportamento são consistentes com as melhores práticas aqui recomendadas. L.B. Snyder, J Nutr Educ Behav. 2007 Mar-Apr;39 (2 Suppl):S32-40. *Campanhas de comunicação de saúde e o seu impacto sobre o comportamento.*

¹⁹ Uma revisão sistemática do Guia Comunitário do CDC constatou que as campanhas de comunicação sobre a saúde podem mudar comportamentos de saúde, em particular quando incluem os meios de comunicação social. A eficácia das Campanhas de Comunicação sobre a Saúde que incluem os Meios de Comunicação Social e Distribuição de Produtos Relacionados com a Saúde. <http://www.thecommunityguide.org/news/2012/HealthCommunicationCampaigns.html>

Modelo Socio-Ecológico para a Mudança

O modelo socio-ecológico de comportamento é aplicado para examinar múltiplos níveis de influência, analisando as barreiras e os factores promotores a cada nível, de modo a encontrar “pontos de viragem” eficazes para a mudança. Um ponto de viragem refere-se às dinâmicas da mudança social, onde as tendências evoluem rapidamente para mudanças permanentes. Isto pode acontecer como consequência de um evento natural ou de um factor determinante forte para a mudança, como por exemplo a vontade política, que dá o último empurrão às barreiras para a mudança. Os pontos de viragem descrevem como se cria *momentum* até um nível de tal forma alto que a mudança ganha força e se torna imparável.

Considerando os vários níveis de influência ilustrados no modelo socio-ecológico, a CMSC opera através dos seguintes elementos chave (Figura 2):

- Advocacia para aumentar os recursos e o comprometimento político/social para com os objectivos da mudança, criando assim um ambiente favorável para a mudança.
- Mobilização Social para mais ampla participação, acção colectiva e apropriação, incluindo mobilização comunitária.
- Comunicação para Mudança Social e de Comportamento (CMSC) para mudanças de conhecimentos, atitudes e práticas para audiências específicas.

Este modelo orienta os implementadores da CMSC a colocar perguntas tais como: O que é que motiva a actual prática? Por que é que as pessoas haveriam de querer mudar? Quem é que lhes influencia no seu quotidiano? Será que elas sentem que é possível mudar? Que outras consequências (não nutricionais) podem acontecer em resultado da nova prática? **O Modelo Socio-Ecológico proporciona uma base teórica para a análise, as recomendações e as ferramentas apresentadas nesta Estratégia.**

Figura 2. Elementos Chave da CMSC



FONTE: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin e Carnegie (2000)

Descrição do Problema

No âmbito do PAMRDC, os programas vêm implementando intervenções focalizadas na melhoria do estado nutricional nos primeiros 1000 dias de vida, que incluem uma componente crítica de CMSC. Os implementadores estão a empreender cada vez mais esforços para acrescentar ou melhorar esta componente para promover a mudança de comportamento, através da comunicação. No entanto, não existem actualmente normas orientadoras sobre as quais os implementadores possam promover a boa nutrição de forma harmonizada ou um mecanismo para a monitoria da implementação das actividades de comunicação em nutrição, o que leva a que a programação seja desenvolvida de forma irregular e deixa os potenciais benefícios da comunicação na área de nutrição por serem realizados.

Para fazer face a este desafio, o MISAU iniciou o desenvolvimento desta Estratégia em Junho de 2013 e solicitou a assistência do projecto FANTA, que trabalhou em estreita colaboração com o PMA e a UNICEF. Foi criado um grupo de trabalho multidisciplinar para providenciar liderança e fiscalização no desenvolvimento da estratégia. O Task Force era composto por representantes de organizações doadoras e parceiros²⁰ que se reuniam periodicamente para realizar as seguintes actividades:

- Identificação das necessidades em termos de dados e recolha de documentos de suporte;
- Revisão de pesquisas formativas, estratégias, materiais de comunicação e avaliações de programas relacionados com a nutrição e CMSC em Moçambique (o Anexo B apresenta um inventário dos documentos e materiais disponíveis sobre a CMSC);
- Oficina de trabalho de dois dias para identificar os problemas prioritários na área de nutrição, os grupos-alvo e as práticas desejadas e começar a identificar as barreiras relevantes, os benefícios das práticas desejadas, potenciais canais de comunicação e possíveis indicadores de monitoria e avaliação;
- Definição do principal conteúdo das mensagens e o enfoque da Estratégia.

Foram identificados cinco problemas prioritários de nutrição em Moçambique: (1) desnutrição crónica, (2) anemia em mulheres e crianças, (3) deficiência da Vitamina A em crianças, (4) deficiência de iodo, e (5) baixo peso à nascença. As orientações apresentadas na presente Estratégia têm em vista guiar a CMSC para minimizar estes problemas prioritários.

²⁰ ANSA, Banco Mundial, DEPROS, Faculdade de Agronomia, Faculdade de Medicina, Faculdade de Veterinária, FANTA, Global Alliance for Improved Nutrition, Hellen Keller International, Instituto de Medicina Tradicional, Instituto de Saúde, John Hopkins University, OMS, PMA, SETSAN, UNICEF, Universidade Politécnica.

Objectivos da Estratégia

Objectivo Geral

A presente Estratégia tem como objectivo proporcionar uma base comum que orienta a implementação harmonizada de programas de CMSC para prevenir a desnutrição a nível dos agregados familiares e da comunidade, com base nas evidências mais actualizadas de nutrição e nas melhores práticas de CMSC.

Objectivos Específicos

1. Determinar as práticas baseadas em evidências recomendadas para prevenir a desnutrição, que devem ser promovidas de forma harmonizada;
2. Providenciar o conteúdo técnico chave, de acordo com as directrizes nutricionais nacionais e globais, que servirá de base para elaborar mensagens de comunicação contextualizadas para o local de implementação dos programas de CMSC;
3. Identificar os determinantes comportamentais e os canais de comunicação documentados na literatura existente, para apoiar na contextualização das mensagens de comunicação;
4. Estabelecer os princípios de CMSC que devem ser atendidos para promover as práticas recomendadas para prevenir a desnutrição;
5. Providenciar orientações para a elaboração de mensagens de comunicação contextualizadas seguindo um processo sistemático de CMSC.

Quadro de Mudança de Comportamento

Esta secção apresenta as várias componentes de um quadro de mudança de comportamento que em última análise permitem determinar o conteúdo técnico chave que deve ser usado nos programas de CMSC para elaborar mensagens de CMSC contextualizadas para a prevenção da desnutrição em Moçambique. Tais componentes incluem:

- As mudanças que abordam o problema;
- As audiências prioritárias que devem ser abordadas para que estas mudanças aconteçam;
- As mudanças desejadas por audiência prioritária;
- Os determinantes comportamentais (barreiras e factores promotores) das mudanças desejadas sob a perspectiva das audiências prioritárias;
- Os objectivos de comunicação;
- O conteúdo técnico chave que deve ser utilizado para atingir os objectivos de comunicação.

Esta secção apresenta também as bases para que os implementadores possam desenhar as mensagens de comunicação contextualizadas a partir do conteúdo técnico chave, usando os factores promotores para as mudanças desejadas sob a perspectiva das audiências alvo e as sugestões de canais de comunicação e os respectivos materiais e actividades de comunicação que devem ser usados para transmitir o conteúdo chave para as audiências prioritárias, com base em evidências e experiências locais.

Mudanças Que Abordam o Problema: Práticas de Nutrição Recomendadas para Prevenir a Desnutrição em Moçambique

Esta Estratégia focaliza-se sobre as áreas de intervenção recomendadas para a prevenção da desnutrição crónica, anemia, deficiência de vitamina A, deficiência de iodo e baixo peso à nascença, que foram considerados pelos intervenientes actuando na área de nutrição em Moçambique como os problemas prioritários do país. As intervenções estão alinhadas com o PAMRDC e as Acções Nutricionais Essenciais endossadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²¹, reflectindo as melhores práticas a nível global na provisão de um pacote integrado de acções preventivas de nutrição para mulheres e crianças.

²¹ WHO. 2013. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva.

Tabela 1. Práticas Recomendadas para as Áreas de Intervenção Prioritárias em Moçambique

Áreas de Intervenção	Práticas Recomendadas
Nutrição para mulheres grávidas e lactantes	1. As mulheres grávidas e lactantes consomem uma dieta adequada (MISAU 2013a).
Início atempado do aleitamento materno	2. Os bebés são amamentados dentro de uma hora após o nascimento (MISAU 2013a).
Aleitamento materno exclusivo	3. Os bebés com menos de 6 meses de idade são amamentados exclusivamente até aos 6 meses (MISAU 2013a).
Aleitamento materno continuado	4. As crianças são amamentadas frequentemente e quando querem (i.e., sob livre demanda) até atingirem os 2 anos de idade ou mais (UNICEF 2013, PAHO, OMS 2003).
Alimentação complementar adequada	5. As crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses são alimentadas de forma adequada com alimentos complementares (MISAU 2013a).
Alimentação adequada durante e após a doença	6. As crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses e que estão doentes são alimentadas de forma adequada (MISAU 2013a).
Uso de sal iodado	7. Toda a família usa sal iodado com regularidade, incluindo mulheres grávidas e lactantes (MISAU 2007).
Suplementação com a Vitamina A	8. As crianças e as mulheres no período pós-parto recebem suplementação com Vitamina A de acordo com os protocolos do MISAU (MISAU 2013a; MISAU 2007).
Suplementação com Ferro e Ácido Fólico	9. As mulheres grávidas e no período pós-parto recebem suplementos de Ferro e Ácido Fólico de acordo com os protocolos do MISAU (MISAU 2007).
Prevenção e tratamento de doenças, incluindo a Anemia	10. As mulheres grávidas e as crianças recebem meios de prevenção adequada, testagem e tratamento da malária de acordo com os protocolos do MISAU (MISAU 2013a; MISAU 2007).
	11. As mulheres grávidas e as crianças com mais de 1 ano recebem medicação para desparasitar conforme recomendado pelos protocolos do MISAU (MISAU 2007).
	12. Todos os membros da família praticam as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes (MISAU 2014).
	13. As mulheres grávidas e lactantes tomam medidas para prevenir a infecção do HIV nelas e nas suas crianças, fazem o teste e recebem o tratamento para elas e para os seus bebés para as infecções de HIV e TB (MISAU 2013a, MISAU 2007).
Planeamento Familiar	14. Os casais fazem o planeamento familiar usando métodos adequados (MISAU 2013a).
Volume de trabalho das mulheres durante a gravidez e lactação	15. As mulheres grávidas e lactantes recebem ajuda nas actividades domésticas e no trabalho de campo (MISAU 2007).

Audiências

Em CMSC, a “audiência” refere-se ao grupo de pessoas para quem a mensagem se destina. É importante identificar os diferentes grupos para quem as intervenções de comunicação serão direccionadas e moldar as mensagens e os canais de comunicação para esses grupos particulares.

Segundo as evidências existentes e experiências partilhadas, ao longo de Moçambique, as audiências a quem concerne a nutrição materno-infantil nos vários níveis do modelo socio-ecológico estão claramente identificadas. No entanto, considerando a diversidade socio-cultural de Moçambique, é essencial que os implementadores verifiquem a relevância das audiências aqui identificadas e que identifiquem quaisquer outras audiências relevantes para o contexto específico onde implementam os seus programas.

Audiências Primárias

As audiências primárias englobam tanto aqueles que são mais afectados pelo problema – os “fazedores” primários da prática recomendada – bem como as pessoas que directamente as influenciam a nível do agregado familiar e das suas redes sociais. Estes representam, respectivamente, o centro e o primeiro anel a partir do centro no modelo socio-ecológico (Figura 1).

No âmbito da CMSC para a prevenção da desnutrição durante os primeiros 1000 dias de vida em Moçambique, as audiências primárias incluem:

Os mais afectados pelo problema

- Adolescentes
- Mulheres em idade reprodutiva;
- Mulheres grávidas e lactantes;
- Mães de crianças com menos de dois anos;
- Outros provedores de cuidados das crianças, ex: tias, irmãs da criança, avós e outros familiares em casa;

Os que influenciam directamente ao nível do agregado familiar e das redes sociais

- Mulheres mais velhas e com poder de influenciar, ex: avós, tias, madrinhas, e vizinhas;
- Maridos;
- Pares, ex: irmãs, primas, amigas, vizinhas, colegas, membros dos grupos de apoio de pares, etc.

É importante notar que, enquanto os bebés e as crianças pequenas são os principais beneficiários da maioria das intervenções nutricionais prioritárias, eles não constituem uma “audiência.” A sua alimentação geralmente é gerida pelas mães ou outras pessoas a nível do agregado familiar que são responsáveis por prestar cuidados às crianças, e estas sim constituem a audiência.

Audiências Secundárias

As audiências secundárias são constituídas pelas pessoas que influenciam directamente os membros da audiência primária a nível da comunidade; são as pessoas que fazem parte da “rede de referência” de um indivíduo, com quem ele está em contacto directo e cujas opiniões são importantes para ele. Estes representam o anel intermédio a partir do centro no modelo socio-ecológico.

No contexto desta Estratégia, as audiências secundárias incluem:

- Trabalhadores de saúde, ex: provedores dos centros de saúde, voluntários comunitários;
- Praticantes de medicina tradicional, ex: parteiras, curandeiras e ervanários;
- Líderes, ex: régulos das aldeias, membros dos conselhos, líderes religiosos;
- Professores.

Audiências Terciárias

As audiências terciárias são compostas pelos líderes a nível nacional, provincial ou distrital; os medias comunitários, provincial e nacional; intervenientes e outras forças no ambiente mais amplo. Estes representam o último anel a partir do centro no modelo socio-ecológico. Uma vez que o Plano de Comunicação e Advocacia do PAMRDC aborda os mesmos problemas que são abordados na presente Estratégia e focaliza especificamente nas audiências terciárias, esta Estratégia apenas aborda as audiências primárias e secundárias, de modo a complementá-lo.

Mudanças Desejadas por Audiências Alvo

As mudanças desejadas descrevem o que se espera que as audiências mudem para que a prática recomendada se realize. Na Tabela 2 as mudanças desejadas são apresentadas por audiência-alvo para cada prática recomendada.

Barreiras para as Mudanças Desejadas

As barreiras referem-se aos factores que impedem as audiências de praticar as mudanças desejadas. Estes factores geralmente são negligenciados nas actividades de CMSC em nutrição implementadas em Moçambique, o que faz com que os objectivos não sejam alcançados. Em termos simples: por muita informação sobre as práticas de nutrição recomendadas que uma pessoa receba, isto não significa que ela irá mudar de comportamento. É necessário considerar factores psico-sociais tais como as percepções que as pessoas têm sobre:

- O problema e a sua gravidade (Será que elas sentem a necessidade de uma mudança? Será que elas percebem o risco que correm se não mudarem?)
- Auto-eficácia (Será que elas acreditam que têm o poder de fazer mudanças?)
- Consequências (tanto positivas e negativas) da mudança (O que é que elas pensam que vai acontecer como resultado?)
- Normas sociais e tradições culturais (Que formas de pressão social é que elas sentem? Que hábitos profundos é que elas mantêm? Que significado simbólico ou estatuto estão ligados às práticas?)
- Papéis ligados ao género e às relações sociais (O que é que a sociedade espera que os homens e as mulheres façam? Quem é que detém o poder de influenciar os outros?)

Na presente Estratégia, as barreiras apresentadas são baseadas nas pesquisas e na experiência documentada em locais específicos de Moçambique, sob a perspectiva das audiências alvo (refira à Tabela 1). **Considerando a riqueza cultural existente em Moçambique, as barreiras aqui apresentadas não podem ser generalizadas. É essencial que os implementadores realizem pesquisas de audiências para identificar os motivos pelo quais as pessoas ignoram ou resistem as recomendações para mudar as suas práticas no contexto socio-cultural específico em que se encontram, de modo a estabelecerem objectivos de comunicação que visam circunscrever estas barreiras e promover a mudança desejada através da comunicação estratégica.**

Algumas barreiras para as práticas nutricionais em Moçambique são de natureza estrutural, relacionadas com factores económicos e geográficos. A título de exemplo, muitas pessoas enfrentam carência de recursos para comprarem produtos de origem animal ou deslocarem-se para os mercados. Este nível de barreiras é o enfoque do Plano de Comunicação e Advocacia do PAMRDC, enquanto esta Estratégia focaliza nas barreiras que podem ser ultrapassadas a nível dos agregados familiares e da comunidade.

Objectivos de Comunicação

Um objectivo de comunicação indica o que se espera que a audiência mude de modo a que se possa ultrapassar as barreiras identificadas para alcançar a mudança desejada.

Para elaborar objectivos de comunicação fortes, é necessário responder às seguintes perguntas essenciais:

- O que quer que as suas audiências mudem (atitudes, comportamentos, percepções, valores, habilidades, normas sociais, ou outros)?
- Porque é que isto não está a acontecer ainda (i.é., quais são as barreiras)?
- Quais destas barreiras se vai abordar através da comunicação?
- Que teoria, modelo ou abordagem de CMSC pode ajudar a abordar as barreiras?

As respostas para estas perguntas tornam-se os objectivos de comunicação finais. Os objectivos de comunicação devem ser formulados de forma a demonstrar claramente resultados realísticos; para tal, é útil o uso de verbos que referem uma acção (ex., conhecer, ter uma atitude positiva em relação a, estar disposto a debater, falar sobre, reconhecer o benefício de, experimentar, praticar, e aprender habilidades). Estes objectivos são específicos para cada audiência.

A presente estratégia apresenta objectivos de comunicação baseados nas evidências e experiências documentadas em alguns locais de Moçambique sobre as audiências relevantes e as barreiras identificadas por mudança desejada (refira à Tabela 2). Contudo, **antes de qualquer programa adoptar estes objectivos de comunicação como seus, é essencial que seja verificada a relevância das audiências e das barreiras aqui apresentadas para o contexto socio-cultural específico onde as actividades de CMSC forem implementadas, e com base nessa informação ajustar os objectivos de comunicação aqui apresentados ou desenhar objectivos de comunicação específicos para o programa, conforme necessário.** Os objectivos de comunicação apoiam os objectivos do programa e contribuem para eles.

Figura 3. Objectivo de Comunicação: Ultrapassando Barreiras para Alcançar a Mudança Desejada



Tabela 2. Objectivos de Comunicação por Audiência Prioritária para Cada Prática Nutricional Recomendada para Prevenir a Desnutrição Nos Primeiros 1000 Dias de Vida

# ²²	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas ²³	Objectivos de Comunicação
1	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mulheres grávidas e lactantes consomem uma dieta adequada para as suas necessidades nutricionais.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conhecimento sobre o que constitui uma dieta adequada para as mulheres grávidas e lactantes.²⁴ Crença de que as mulheres grávidas devem evitar determinados alimentos durante a gravidez, ex., ovos e outros alimentos de origem animal, por causa das várias associações negativas identificadas em todas as regiões de Moçambique^{25,26} Crença de que as mulheres devem reduzir o nível de consumo de alimentos para limitar o tamanho da barriga para que a mulher se sinta confortável durante a gravidez.²⁷ 	Um maior número de mulheres grávidas e lactantes conhece o que constitui uma dieta adequada durante a gravidez e lactação e os riscos de limitar o seu consumo alimentar.
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães apoiam as mulheres grávidas e lactantes a consumir uma dieta adequada para as suas necessidades nutricionais.		Um maior número de mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães fala sobre a necessidade das mulheres grávidas e lactantes não limitarem a sua dieta nem em variedade e nem em quantidade, para manter a sua saúde e permitir o bom crescimento e desenvolvimento do bebé.
		Maridos Pares			
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	Os trabalhadores de saúde aconselham e apoiam as mulheres grávidas e lactantes a consumir uma dieta adequada para as suas necessidades nutricionais.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelos trabalhadores de saúde.

²² Os números são correspondentes às práticas recomendadas enumeradas na Tabela 1.

²³ As barreiras listadas são as barreiras percebidas sob a perspectiva das audiências prioritárias, de acordo com as evidências locais referenciadas. As barreiras listadas que não incluem referências, são barreiras sugeridas de acordo com a experiência dos profissionais da CMSC relacionada com a nutrição e para as quais a pesquisa formativa é uma prioridade.

²⁴ Kodish, comunicação pessoal.

²⁵ Michaud Letourneau (2011). Perfis dos Agregados Familiares no Projecto STRIVE em Moçambique: Análise dos Dados Qualitativos Recolhidos a partir de Novembro de 2009 até Maio de 2011.

²⁶ República de Moçambique. 2004. Manual de Instrução para a Mudança de Hábitos Negativos e Práticas Alimentares, Com base das principais constatações nas zonas Sul, Centro e Norte de Moçambique. Para provedores de saúde nutricional. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição.

²⁷ Korkaloet. al. 2010. Selecção alimentar, métodos de preparação de alimentos e crenças alimentares em dois distritos da província da Zambézia.

# ²²	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas ²³	Objectivos de Comunicação
		Líderes	Os régulos e os líderes religiosos educam os membros da comunidade sobre a importância do consumo de uma dieta adequada pelas mulheres grávidas.	Sem evidências	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelos líderes.
2	Primárias	Mulheres grávidas	As mães amamentam os seus filhos recém-nascidos dentro de uma hora após o parto.	<ul style="list-style-type: none"> • A crença segundo a qual o colostro é sujo ou leite mau para a criança.²⁸ 	Um maior número de mulheres tem uma actitude positiva em relação ao oferecimento do colostro.
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães, sogras ou outras pessoas envolvidas no parto e nos cuidados ao recém-nascido apoiam as mães a amamentar os seus filhos recém-nascidos dentro de uma hora após o parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Crença de que a “garganta” de um bebé recém-nascido deve ser testada com água.²⁹ • Crença de que as mulheres precisam de tomar banho e repousar imediatamente após o parto.³⁰ 	Um maior número de mães ou sogras tem uma actitude positiva em relação ao aleitamento materno na primeira hora após o parto e sabe que o bebé não precisa de nada além do leite materno.
	Secundárias	Trabalhadores de saúde Praticantes de medicina tradicional	As enfermeiras/ parteiras tradicionais aconselham e apoiam as mães a amamentar os seus filhos recém-nascidos dentro de uma hora após o parto.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelos trabalhadores de saúde e praticantes de medicina tradicional.

²⁸ República de Moçambique. 2009. Suprimindo as Barreiras à Amamentação Exclusiva. Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. p 12-13

²⁹ República de Moçambique. 2004. Manual de Instrução para a Mudança de Hábitos Negativos e Práticas Alimentares, Com base das principais constatações nas zonas Sul, Centro e Norte de Moçambique. Para provedores de saúde nutricional. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição. p 27 e 42

³⁰ República de Moçambique. 2009. Levantamento das Barreiras para o Aleitamento Materno Exclusivo. Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. p 12-13

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas ³¹	Objectivos de Comunicação
3	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mães alimentam os seus filhos somente com o leite materno até os 6 meses de idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento inadequado acerca dos benefícios da amamentação exclusiva durante 6 meses. • Crença de que a criança precisa de água. • Feridas nos mamilos ou mastite. • Crença de que o leite se estraga se o aleitamento materno é interrompido devido ao retorno à escola/ trabalho, ou se mantiver relações sexuais com o marido/ engravidar. • Percepção de impossibilidade de amamentar devido ao estado de saúde da mãe (incluindo infecção por HIV/ TB).³² 	Um maior número de mulheres grávidas e lactantes/ mães de crianças com menos de 2 anos conhece os benefícios do aleitamento materno exclusivo e aprende as habilidades de amamentação.
		Mães de crianças com menos de 2 anos			Um maior número de mulheres grávidas e lactantes/ mães de crianças com menos de 2 anos sabe que o leite materno não se estraga mediante as suas acções e reconhece o benefício de praticar o aleitamento materno exclusivo mesmo quando a mãe está doente.
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães apoiam as mães a alimentar os seus filhos somente com o leite materno até os 6 meses de idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento sobre a recomendação do aleitamento materno exclusivo. • Falta de conhecimento sobre as habilidades de amamentação. • Crença no valor de determinados medicamentos tradicionais que são administrados de forma contínua e diariamente (ex. remédio da panelinha). • Crença de que a mãe não é capaz de produzir leite suficiente para saciar a fome da criança se tiver uma alimentação inadequada.³³ 	Um maior número de mães ou sogras sabe que o leite materno é tudo o que o bebé precisa nos seus primeiros 6 meses de vida e fala sobre os riscos de oferecer qualquer outra coisa que não o leite materno. Um maior número de mães ou sogras aprende as habilidades de amamentação e sabe que quanto mais a mãe amamentar mais leite ela produz.
Maridos		<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de que é sua responsabilidade comprar leite artificial. • Falta de conhecimento sobre a recomendação do aleitamento materno exclusivo. 	Um maior número de maridos sabe que o leite materno é tudo o que o bebé precisa nos seus primeiros 6 meses de vida e está comprometido em não oferecer leite artificial ou medicamentos		

³¹ As barreiras listadas são as barreiras percebidas sob a perspectiva das audiências prioritárias, de acordo com as evidências locais referenciadas. As barreiras listadas que não incluem referências, são barreiras sugeridas de acordo com a experiência dos profissionais da CMSC relacionada com a nutrição e para as quais a pesquisa formativa é uma prioridade.

³² Todas as barreiras mencionadas têm como fonte: República de Moçambique. 2009. Levantamento das Barreiras para o Aleitamento Materno Exclusivo. Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. p 14-17; e República de Moçambique. 2004. Manual de Orientação para a Mudança de Hábitos e Práticas Alimentares Negativas, com Base nas Principais Constatações nas Regiões Sul, Centro e Norte de Moçambique. Dirigido aos Provedores de Educação Nutricional. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. p 9, 27 e 43

³³ Ibid

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas ³¹	Objectivos de Comunicação
(3) Continuação				<ul style="list-style-type: none"> • A crença segundo a qual o leite se estraga se a mulher mantiver relações sexuais ou engravidar. • Percepção de que não é possível cumprir a recomendação devido ao retorno da mãe à escola/ trabalho. • Crença no valor dos medicamentos tradicionais.³⁴ 	<p>tradicionais.</p> <p>Um maior número de maridos sabe que a qualidade do leite materno não é afectado pela actividade sexual da mulher ou por uma nova gravidez e reconhece o benefício de praticar o aleitamento materno exclusivo mesmo quando a mãe retorna à escola/ trabalho.</p>
		Pares		Sem evidências	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelos pares.
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	O pessoal da unidade sanitária e os voluntários comunitários/ praticantes de medicina tradicional aconselham e apoiam as mães a alimentar os seus filhos somente com o leite materno até os 6 meses de idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do leite artificial quando as mães procuram ajuda por problemas relacionados com a amamentação. • Falta de conhecimento sobre como ultrapassar os desafios associados à amamentação. • Falta de tempo para realizar o aconselhamento. • Falta de materiais de apoio para aconselhar sobre o aleitamento materno exclusivo.³⁵ 	<p>Um maior número de trabalhadores de saúde conhece os riscos de oferecer qualquer outra substância que não o leite materno às crianças menores de 6 meses e aprende habilidades para ultrapassar os desafios associados ao aleitamento materno.</p> <p>Um maior número de trabalhadores de saúde aprende habilidades de aconselhamento e é formado para usar os materiais de comunicação que lhe são disponibilizados para poupar tempo e fazer um aconselhamento eficaz.</p>
		Praticantes de medicina tradicional		Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelos praticantes de medicina tradicional.
		Líderes		Os régulos e os líderes religiosos educam os membros da comunidade sobre a importância do	Sem evidências.

³⁴ Todas as barreiras mencionadas têm como fonte: República de Moçambique. 2009. Levantamento das Barreiras para o Aleitamento Materno Exclusivo. Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. p 14-17; e República de Moçambique. 2004. Manual de Orientação para a Mudança de Hábitos e Práticas Alimentares Negativas, com Base nas Principais Constatações nas Regiões Sul, Centro e Norte de Moçambique. Dirigido aos Provedores de Educação Nutricional. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. p 9, 27 e 43

³⁵ Ibid

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas ³¹	Objectivos de Comunicação
			aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida da criança.		
4	O mesmo que acima, sendo referente à prática de aleitamento materno continuado e sob livre demanda até os 2 anos ou mais.			Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
5	Primárias	Mães/ outros cuidadores de crianças com menos de 2 anos de idade	As mães/ cuidadores alimentam as crianças de forma adequada com alimentos complementares.	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de loiça entre crianças mais pequenas e mais velhas para que aprendem a partilhar e para que sejam espertas e compitam pela comida.³⁶ • Proibição de alguns alimentos para as crianças, incluindo ovos (regiões do sul e centro), fígado (região centro), peixe (região sul, em especial o peixe preto que é pescado na região centro), feijão nhemba (região sul), farinha de mandioca (regiões sul e centro), batata-doce, banana macaco e abóbora (norte) porque se acredita que causam dores de estômago.³⁷ • Falta de conhecimento sobre a importância da qualidade dos alimentos e não apenas quantidade.³⁸ • Falta de reconhecimento da desnutrição como um problema de saúde.³⁹ 	Um maior número de mães/ outros cuidadores de crianças com menos de 2 anos sabe o que é a alimentação complementar adequada e reconhece o benefício de cada criança comer no seu próprio prato para assegurar que come a quantidade necessária para o bom crescimento e desenvolvimento.
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães		Um maior número de mães/ outros cuidadores de crianças com menos de 2 anos sabe que as crianças precisam de comer uma variedade de alimentos e não muita quantidade de um só alimento para um bom crescimento e desenvolvimento e conhece a importância de uma dieta variada para a saúde das crianças.

³⁶ República de Moçambique. 2004. Manual de Instrução para a Mudança de Hábitos Negativos e Práticas Alimentares, Com base das principais constatações nas zonas Sul, Centro e Norte de Moçambique. Para provedores de saúde nutricional. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição. p 13, 30 e 47.

³⁷ Ibid

³⁸ Kodish, comunicação pessoal.

³⁹ Ibid

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas ³¹	Objectivos de Comunicação
(5) Continuação		Maridos	apoiam as mães a alimentar as crianças de forma adequada com alimentos complementares.	<ul style="list-style-type: none"> • Questões de género no domínio do poder de compra pelos homens, favorecimento dos homens durante as refeições.⁴⁰ 	Um maior número de maridos sabe o que é a alimentação complementar adequada e entende o seu papel em assegurar que a criança tenha prioridade no que concerne à alimentação no agregado familiar.
		Pares		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de materiais com ilustrações claras para comunicar as mensagens chave.⁴¹ 	Um maior número de amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães tem materiais de ilustrativos para apoiar as suas actividades de comunicação.
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	Os trabalhadores de saúde aconselham e apoiam as mães a alimentar as crianças de forma adequada com alimentos complementares.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tempo para aconselhar as mães/cuidadores.⁴² • Falta de habilidades de aconselhamento.⁴³ 	Um maior número de trabalhadores de saúde aprende habilidades de aconselhamento e é formado para usar os materiais de comunicação que lhe são disponibilizados para poupar tempo e fazer um aconselhamento eficaz.
6	O mesmo que acima, sendo refere à prática de alimentação adequada para crianças dos 6 aos 23 meses durante e depois da doença.			Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.

⁴⁰ Low J et al. 2005. Rumo a melhoria da nutrição nas zonas rurais de Moçambique: abordando a desnutrição macro e micro nutriente através de novas culturas e novos comportamentos: principais constatações.

⁴¹ Michaud-Létorneau, I and Remane, M. 2011. Avaliação Preliminar dos Serviços de Nutrição Providenciados a Crianças Infectadas pelo HIV e/ou a Tuberculose em Moçambique. Relatório não publicado. Maputo.

⁴² Ibid

⁴³ Ibid

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas	Objectivos de Comunicação
7	Primárias	Mulheres em idade reprodutiva, incluindo mulheres grávidas e lactantes	As mulheres em idade reprodutiva, incluindo as mulheres grávidas e lactantes, consomem o sal iodado.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Maridos	Os maridos consomem o sal iodado e apoiam as mulheres grávidas e lactantes e crianças a consumir o sal iodado.	Sem evidências.	
		Membros do agregado familiar responsáveis por comprar e/ou confeccionar os alimentos	O(s) membro(s) do agregado familiar responsável(is) compram e usam o sal iodado na confecção dos alimentos da família.	Sem evidências.	
		Pares	Os amigos, vizinhos ou membros dos grupos de apoio apoiam os seus pares a usar o sal iodado na dieta da família.	Sem evidências.	
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	Os voluntários comunitários aconselham e apoiam os membros do agregado familiar a usar o sal iodado na dieta da família.	Sem evidências.	
		Líderes	Os régulos e líderes comunitários educam os membros da comunidade sobre a importância de usar o sal iodado na dieta da família.	Sem evidências.	
8	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mulheres na fase pós-parto procuram os serviços de saúde para receber suplementos de vitamina A nas primeiras 6 semanas após o parto.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Mães de crianças com menos de 2 anos de idade/ outros cuidadores	A partir dos 6 meses de idade, as mães levam os seus filhos à unidade sanitária para receber suplementos de vitamina A de 6 em 6 meses.	Sem evidências.	
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães apoiam as mulheres grávidas e lactantes e as mães de crianças menores de 2 anos a procurarem os serviços de saúde para receber suplementação com vitamina A.	Sem evidências.	
		Maridos		Sem evidências.	
		Pares		Sem evidências.	
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	O pessoal das unidades sanitárias e os voluntários comunitários/ régulos e líderes religiosos mobilizam a comunidade para procurar os serviços de saúde e	Sem evidências.	
Líderes		Sem evidências.			

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas	Objectivos de Comunicação
9	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mulheres grávidas e lactantes procuram os serviços de saúde para receber os suplementos de ferro e ácido fólico atempadamente.	<ul style="list-style-type: none"> As mulheres procuram o atendimento pré-natal tardiamente.⁴⁴ A crença de que a suplementação com ferro aumenta a susceptibilidade em relação a algumas doenças infecciosas incluindo a malária.⁴⁵ 	Um maior número de mulheres grávidas e lactantes conhece a importância do ferro e do ácido fólico desde o início da gravidez para a saúde das mães e o bom desenvolvimento dos seus filhos e reconhece as consequências negativas da deficiência desses dois micronutrientes na sua saúde e na saúde dos seus filhos.
		Pares	As amigas, vizinhas, colegas ou membros dos grupos de mães apoiam as mulheres grávidas e lactantes a procurarem os serviços de saúde para receber os suplementos de ferro e ácido fólico atempadamente.	Sem evidências.	
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	Os voluntários comunitários/ régulos ou líderes religiosos mobilizam as mulheres grávidas e lactantes para procurarem os serviços de saúde e receber os suplementos de ferro e ácido fólico atempadamente.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Líderes		Sem evidências.	

⁴⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁴⁵ Desafios no diagnóstico da deficiência de ferro em crianças expostas a elevados níveis de prevalência. Aguilar, R., C. Moraleda, et al. *PLoS ONE* 2012 7(11): 1-7 Online at: https://auth.lib.unc.edu/ezproxy_auth.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=84717073&site=ehost-live&scope=site

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas	Objectivos de Comunicação	
10	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mulheres grávidas e lactantes/ mães ou cuidadores fazem uso dos meios para prevenir, testar e tratar adequadamente a malária nelas e nas suas crianças.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.	
		Mães de crianças com menos de 2 anos/ outros cuidadores		Sem evidências.		
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar		As mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães apoiam as mulheres grávidas e lactantes/ mães ou cuidadores a fazerem uso dos meios para prevenir, testar e tratar a malária adequadamente nelas e nas suas crianças.		Sem evidências.
		Maridos		Sem evidências.		
		Pares		Sem evidências.		
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	O pessoal da unidade sanitária e os voluntários comunitários aconselham e apoiam as mulheres grávidas e lactantes/ mães ou cuidadores a fazerem uso dos meios para prevenir, testar e tratar a malária adequadamente nelas e nas suas crianças.	Sem evidências.		
Líderes	Os régulos ou líderes religiosos educam os membros das comunidades sobre a importância do uso dos meios de prevenção, testagem e tratamento adequado da malária para mulheres grávidas e lactantes e crianças menores de 2 anos.	Sem evidências.				
11	O mesmo que acima, sendo referente à prática da desparasitação como meio de prevenção da anemia.			Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.	

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas	Objectivos de Comunicação	
12	Primárias	Adolescentes	Os membros do agregado familiar praticam as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes na sua casa.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.	
		Mulheres em idade reprodutiva, incluindo mulheres grávidas e lactantes		Sem evidências.		
		Mães de crianças com menos de 2 anos/ outros cuidadores		Sem evidências.		
		Maridos		Sem evidências.		
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar		As mães ou sogras/ amigos, vizinhos ou membros dos grupos de apoio apoiam as mulheres grávidas e lactantes/ mães ou outros cuidadores de crianças com menos de 2 anos ou outros cuidadores a praticar as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes na sua alimentação/ na alimentação dos seus filhos.		Sem evidências.
		Pares		Sem evidências.		
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	O pessoal da unidade sanitária e os voluntários comunitários aconselham, apoiam a comunidade a praticar as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes.	Sem evidências.		
		Líderes	Os régulos ou os líderes religiosos mobilizam a comunidade para praticarem as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes	Sem evidências.		
		Professores	Os professores educam os alunos sobre a importância da prática das regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes na sua alimentação/ na alimentação dos seus filhos.	Sem evidências.		

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas	Objectivos de Comunicação
13	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mulheres grávidas e lactantes tomam medidas para prevenir, testar e tratar a infecção do HIV e/ou TB nelas e nas suas crianças.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães ou sogras/ maridos/ amigas, vizinhas ou membros dos grupos de mães apoiam as mulheres grávidas e lactantes a tomar medidas para prevenir, testar e tratar a infecção do HIV e/ou TB nelas e nas suas crianças.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Maridos		Sem evidências.	
		Pares		Muita confusão em relação às recomendações de alimentação infantil para crianças expostas ao HIV. ⁴⁶	
	Secundárias	Trabalhadores de saúde	O pessoal da unidade sanitária e os voluntários comunitários/ parteiras tradicionais, curandeiros ou ervanários aconselham e apoiam as mulheres grávidas e lactantes a tomar medidas para prevenir, testar e tratar a infecção do HIV e/ou TB nelas e nas suas crianças.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelos praticantes de medicina tradicional.
Praticantes de medicina tradicional					

⁴⁶ Michaud-Létorneau, I and Remane, M. 2011. Avaliação Preliminar dos Serviços de Nutrição Providenciados a Crianças Infectadas pelo HIV e/ou a Tuberculose em Moçambique. Relatório não publicado. Maputo.

#	Nível de Audiências	Audiências Prioritárias	Mudanças Desejadas	Barreiras para as Mudanças Desejadas	Objectivos de Comunicação
14	Primárias	Mulheres em idade reprodutiva, incluindo adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e mães de crianças menores de 2 anos	As mulheres em idade reprodutiva e os seus maridos praticam medidas de planeamento familiar adequadas.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Maridos		Sem evidências.	
		Pares	Os amigos, vizinhos ou membros dos grupos de apoio apoiam as mulheres em idade reprodutiva a praticar medidas de planeamento familiar adequadas.	Sem evidências.	
	Secundárias	Líderes	Os régulos ou líderes religiosos mobilizam a comunidade a aderirem às medidas de planeamento familiar adequadas.	Sem evidências.	
		Professores	Os professores educam os adolescentes sobre a importância das medidas de planeamento familiar adequadas.	Sem evidências.	
15	Primárias	Mulheres grávidas e lactantes	As mulheres grávidas e lactantes reduzem a sua carga de trabalho.	Sem evidências.	A determinar quando existirem evidências sobre as barreiras percebidas pelas audiências prioritárias.
		Mulheres mais velhas com poder de influenciar	As mães ou sogras/ maridos/ irmãs, vizinhas, amigas, etc. apoiam as mulheres grávidas e lactantes a reduzir a sua carga de trabalho.	Sem evidências.	
		Maridos		Sem evidências.	
		Pares	Sem evidências.		
	Secundárias	Líderes	Os régulos ou líderes religiosos educam a comunidade sobre a importância de apoiar as mulheres grávidas e lactantes a reduzir a sua carga de trabalho.	Sem evidências.	

Conteúdo Técnico Chave

O conteúdo técnico chave é a informação técnica necessária para responder ao objectivo de comunicação. O conteúdo técnico chave, tal como as práticas recomendadas, é baseado em evidências de nutrição, e faz referência à Estratégia de Alimentação Infantil⁴⁷ do MISAU e às Acções Nutricionais Essenciais. É o conteúdo técnico chave que constitui a base para as mensagens contextualizadas que serão usadas nos programas de CMSC.

O conteúdo técnico chave é distinto das mensagens contextualizadas usadas nos programas de comunicação. As palavras e as imagens que aparecem nos materiais impressos, meios de comunicação social e outras actividades de comunicação têm como base a informação técnica mas resultam de um processo analítico e criativo que será descrito a seguir.

Dada a abundância de informação técnica detalhada que é a base para cada prática recomendada, **os implementadores devem priorizar o conteúdo técnico chave de modo a desenvolver mensagens eficazes** que podem ser absorvidas pela audiência alvo nas diferentes fases da sua vida. Para efeitos de impacto, menos pode ser mais! Uma pesquisa formativa, como por exemplo uma Pesquisa de Práticas Melhoradas [Trials of Improved Practices (TIPs), descrita em mais detalhe no Anexo A] pode ajudar a identificar quais as mudanças comportamentais que podem ter o maior impacto nutricional, tendo em conta um contexto particular, e permitir um enfoque mais específico.⁴⁸



Tabela 3. Conteúdo Técnico Chave para Cada Audiência Alvo por Prática Recomendada

1. As mulheres grávidas e lactantes consomem uma dieta adequada.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- As mulheres grávidas e lactantes possuem necessidades nutricionais acrescidas. As mulheres grávidas devem consumir uma refeição ou lanche adicional (para além das 3 refeições principais) diariamente e as mulheres lactantes devem consumir duas refeições ou lanches adicionais diariamente.
- As mulheres grávidas e lactantes precisam de consumir uma variedade de alimentos ricos em nutrientes essenciais e localmente disponíveis para manter a sua saúde e para o bebé crescer forte, inteligente e saudável. (MISAU 2013a; MISAU 2014). Os exemplos incluem leite, fruta e vegetais frescos e variados, carne, peixe, ovos, cereais, ervilha, feijões e oleaginosas (UNICEF, 2012).
- As mulheres grávidas e lactantes devem evitar consumir chá ou café em excesso; carne, peixe ou ovos mal passados; mandioca não processada; e álcool. Todos os outros alimentos são seguros e necessários para a saúde e o desenvolvimento da mãe e do bebé.

2. Os bebés são amamentados dentro de uma hora após o nascimento.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- O primeiro leite, o colostro, é uma substância viscosa e espessa que pode ser meio transparente

⁴⁷ MISAU. 2014. Estratégia Nacional de Alimentação Infantil. (rascunho).

⁴⁸ O projecto *Alive and Thrive* (Vivo e Próspero) é um bom exemplo de experiências de campo com resultados. Veja o exemplo de Bangladesh na sua revista electrónica *Less Guess*, "Getting Strategic with Interpersonal Communication: Improving feeding practices in Bangladesh." 2014. <http://aliveandthrive.org/resource/bangladesh-interpersonal-communication-e-magazine>.

ou amarelada. O colostro é rico em anticorpos que protegem o bebé contra doenças; é como a sua primeira vacina, que o protege contra a maior parte das bactérias, parasitas e vírus (MISAU 2013a).

- O colostro pode não ser visível durante as primeiras horas após o nascimento e para algumas mulheres o primeiro leite branco pode levar um ou dois dias a sair, mas é importante continuar a colocar o bebé ao peito para estimular a produção de leite e a sua saída através da sucção (MISAU 2013a).
- O contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto é importante porque ajuda na saída mais rápida do colostro/leite (MISAU 2013a).
- Um contacto pele-a-pele frequente entre a mãe e o bebé ajuda a mãe e ao bebé a se sentirem perto um do outro. A ligação entre a mãe e o bebé começa nas primeiras horas após o nascimento. O contacto pele-a-pele estimula o desenvolvimento cerebral do bebé, mantém o bebé quente e a respirar bem, e ajuda o bebé a alcançar facilmente os seios (UNICEF, 2013).

Conteúdo Técnico Chave para Mulheres mais Velhas com Poder de Influenciar

- Ao bebé não se deve dar nada para comer ou beber para além do leite materno - nem água, nem fórmula infantil, nem outros alimentos ou líquidos. Nos primeiros dias após o nascimento o bebé deve ser amamentado sob livre demanda, quer dizer, sempre que quiser, de dia e de noite. Caso o bebé esteja sonolento, a mãe pode extrair algum colostro e dar ao bebé a partir de um copo. O recém-nascido tem um estômago do tamanho de um berlinde. Poucas gotas de colostro enchem perfeitamente o seu estômago. Caso a água ou outras substâncias sejam dadas ao recém-nascido, o estômago ficará cheio e não haverá espaço para o colostro (MISAU 2013a).

3. Os bebés com menos de 6 meses de idade são amamentados exclusivamente até aos 6 meses.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- O leite materno é tudo o que o bebé precisa durante os primeiros 6 meses de vida. Nenhum outro alimento deve ser dado a um bebé com menos de 6 meses de idade, nem mesmo água. O leite materno contém toda a água que o bebé precisa, mesmo em climas quentes (MISAU 2013a).
- Os bebés amamentados exclusivamente com o leite materno nos primeiros 6 meses de vida ficam menos doentes que os bebés que recebem outros alimentos ou líquidos para além do leite materno. Dar água ou outros líquidos e alimentos a bebés com menos de seis meses pode causar diarreia (MISAU 2013a).
- Dar água irá encher o estômago do bebé sem prover nutrição, reduzindo assim o ganho de peso do bebé (MISAU 2013a).

Conteúdo Técnico Chave para Mulheres grávidas e lactantes/ Mães de crianças com menos de 2 anos/ Maridos

- Uma mãe pode continuar a amamentar o seu filho sem problemas mesmo se a mãe tiver relações sexuais ou ficar sem amamentar durante algum tempo. Enquanto a mãe estiver a produzir leite, este leite deve ser oferecido ao bebé pois é o melhor alimento que ele pode ter.
 - Uma mulher grávida pode amamentar o seu bebé mais velho com segurança, mas ela deve alimentar-se bem de modo a proteger a sua saúde, pois estará a comer por 3: para ela, para o novo bebé e para o bebé mais velho. Devido ao facto de ela estar grávida, o seu leite irá nesta fase conter pequenas porções de colostro, que podem causar episódios de diarreia ao seu filho mais velho durante alguns dias. Tal se deve ao facto de o colostro ter um efeito laxativo. Depois de alguns dias, a criança mais velha não será mais afectada pela diarreia. As vezes, os mamilos da mãe ficam sensíveis quando ela está grávida. Contudo, se não há história de aborto espontâneo, é
-

perfeitamente seguro continuar a amamentar durante a gravidez (MISAU 2013a).

Conteúdo Técnico Chave para Mulheres grávidas e lactantes/ Mães de crianças com menos de 2 anos/ Mulheres mais Velhas com Poder de Influenciar/ Trabalhadores de saúde

- Para amamentar com sucesso, o bebé deve ser bem posicionado no colo da mãe e fazer uma boa pega da mama. Os sinais de um bom posicionamento são: a cabeça e o corpo do bebé estão alinhados, com a barriga virada para a barriga da mãe; todo o corpo do bebé (e não apenas o pescoço e os ombros) estão apoiados no braço e no antebraço da mãe. Os sinais de uma boa pega são: 1) a boca do bebé está bem aberta, 2) o lábio inferior do bebé está virado para fora, 3) o queixo do bebé toca no seio e 4) a aréola é mais visível na parte de cima da mama do que na parte de baixo (MISAU 2013a).
- A amamentação frequente e prática das boas técnicas de amamentação (posicionamento e boa pega) desde o nascimento, ajudam a prevenir o ingurgitamento mamário, fissuras no mamilo e outras complicações (MISAU 2013a).
- O bebé deve terminar o leite de uma mama antes de se oferecer a outra mama. Em cada mama, o leite que sai no fim da mamada contém mais gordura, satisfaz a fome do bebé e permite ganhar peso; enquanto o leite que sai no início da mamada contém mais água e elimina a sede do bebé (MISAU 2013a).
- Os bebés de mães infectadas pelo HIV e que recebem líquidos e alimentos para além do leite materno nos primeiros 6 meses de vida têm mais possibilidades de ser infectados pelo HIV do que os bebés amamentados exclusivamente, porque o intestino é danificado por outros líquidos e alimentos e deixa-o mais exposto à entrada do vírus (MISAU 2013a).
- Quando uma mãe está a padecer de doenças comuns ela deve continuar a amamentar o seu bebé, e para o caso de doenças graves e prolongadas, ela deve procurar cuidados médicos. A mãe precisa de repousar e ingerir muitos líquidos para ajudarem a recuperar da doença (MISAU 2013a).

Conteúdo Técnico Chave para Mulheres mais Velhas com Poder de Influenciar

- Uma mãe que seja magra e desnutrida irá produzir uma quantidade suficiente de leite materno se a criança mamar frequentemente. Mamadas frequentes e extracção do leite materno dos seios conduzem a produção de mais leite materno. O leite da mãe é de melhor qualidade em relação à maior parte dos outros alimentos que uma criança com menos de 6 meses pode obter. Comer mais não irá ajudar a um maior produção de leite materno. Uma mãe precisa de comer mais alimentos para a sua própria saúde (“alimente a mãe e deixe que ela amamente o seu bebé”). Se a mãe estiver gravemente desnutrida, ela deve ser transferida para uma unidade sanitária (MISAU 2013a).

Conteúdo Técnico Chave para Trabalhadores de Saúde

- Durante o aconselhamento, os trabalhadores de saúde devem fazer uso das técnicas de escuta e aprendizagem, nomeadamente, usar comunicação não-verbal útil; fazer perguntas abertas; usar respostas e gestos para mostrar interesse; parafrasear o que o utente diz; mostrar empatia; e evitar usar palavras que soam como um julgamento (MISAU 2013c).
 - Durante o aconselhamento, os trabalhadores de saúde devem empregar as técnicas que ajudam a criar confiança e dar apoio, nomeadamente, aceitar o que o utente pensa e sente; reconhecer e premiar o que o utente faz bem; dar ajuda prática; dar apenas um pouco de informação relevante que possa ser usada de imediato; usar uma linguagem simples; e dar sugestões em vez de ordens (MISAU 2013c).
-

4. As crianças são amamentadas frequentemente e quando querem (i.e., sob livre demanda) até atingirem os 2 anos de idade ou mais.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- O leite materno contribui com uma proporção significativa de energia e nutrientes durante o período de alimentação complementar, desde os 6 meses até aos 2 anos ou mais, e ajuda a proteger os bebés contra doenças (MISAU 2013a).

5. As crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses são alimentadas de forma adequada com alimentos complementares.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- Depois do bebé completar seis meses de idade, o bebé deve receber alimentos complementares. “Alimentos complementares” referem-se aos alimentos semi-sólidos/sólidos que são dados para além do leite materno (MISAU 2013a).
- Os bebés e as crianças pequenas devem ser alimentados com uma variedade, frequência e consistência adequadas e em quantidades adequadas para o seu estado de desenvolvimento, todos os dias (MISAU 2013a).
- A partir dos 6 meses de idade, os bebés e as crianças pequenas devem receber 2 a 3 diferentes tipos de alimentos entre alimentos básicos, legumes, vegetais, fruta e alimentos de origem animal em cada refeição. Os alimentos básicos incluem milho, trigo, arroz, mexoeira e mapira, bem como raízes e tubérculos tais como batata-doce e batata-reno. Os legumes incluem o feijão, lentilha, ervilha, amendoim e sementes tais como sésamo. Os frutos e vegetais ricos em vitamina A incluem manga, papaia, maracujá, folhas verdes, cenoura, batata-doce de polpa alaranjada e abóbora. Outros frutos e vegetais incluem banana, ananás, melão, tomate, pêra abacate, beringela e couve. Os alimentos de origem animal incluem alimentos frescos como frango, peixe, fígado, ovos, leite e derivados de leite.
- Os primeiros 2 anos da vida de uma criança são o período em que a alimentação mais contribui para a pessoa que ela será pelo resto da sua vida. Cada alimento tem uma função no corpo da criança, e todos eles são importantes para que ela cresça bem, veja bem, seja resistente às doenças, seja inteligente e tenha força para brincar, estudar e, mais tarde, trabalhar ao máximo das suas capacidades.
- Bebés com 6 a 9 meses de idade devem ser amamentados e devem receber 2 a 3 refeições e 1 a 2 lanches por dia. Os bebés com 6 a 9 meses de idade devem receber alimentos tais como papas espessas feitas com cereais locais, leite materno e pasta de amendoim moído. Uma pequena quantidade de óleo pode também ser adicionada para enriquecer a papa, caso haja necessidade. A quantidade de comida para os bebés nesta faixa etária deve ser entre 2 a 3 colheres de sopa em cada refeição (MISAU 2013a).
- Os bebés com 9 a 12 meses de idade devem ser amamentados e devem receber 3 a 4 refeições e 1 a 2 lanches por dia. Este grupo etário deve ser alimentado com comidas bem cortadas e alimentos esmagados. Para esta faixa etária, a quantidade de comida que o bebé recebe deve ser gradualmente aumentada para $\frac{1}{2}$ da chávena (chávena de 250 ml) em cada refeição. Estes bebés devem receber alimentos de origem animal bem cozinhados e cortados em pequenos pedaços porque estes são muito importantes para o crescimento da criança, para a sua saúde e para o seu desenvolvimento.
- Crianças com 12 a 23 meses de idade devem ser amamentadas e devem receber 3 a 4 refeições e 1 a 2 lanches por dia. Este grupo etário deve ser alimentado com a comida normal da família. Estas crianças devem receber entre três quartos ($\frac{3}{4}$) e uma chávena de comida (chávena de 250 ml/ tigela) (MISAU 2013a).

- Uma mãe/ cuidador deve responder aos sinais que a criança dá de que está pronta para comer e deve encorajar activamente e ajudar a criança a comer, mas a criança não deve ser forçada a comer. As crianças devem ser alimentadas assim que mostrarem sinais de fome. Uma mãe/ cuidador deve sentar com a criança, ser paciente e encorajar de forma activa a criança para comer mais alimentos. As crianças mais velhas também devem ser ajudadas a comer. Quando uma criança come sozinha, ela pode não comer quantidades suficientes de alimentos. As crianças se distraem com muita facilidade. As mães/ cuidadores devem interagir com as crianças e minimizarem as distrações durante as refeições. Quando uma criança não come o suficiente pode ficar desnutrida (MISAU 2013a).
- Os bebés e as crianças pequenas devem ser autorizados a participar na alimentação complementar: elas devem ser encorajadas a pegar a comida e a usar uma colher, mas a mãe/cuidador deve assegurar que a maior parte da comida chegue à boca da criança. Os cuidadores também podem usar as suas próprias mãos para alimentar a criança, depois de as lavar. As crianças podem ser envolvidas a brincar e tentar tornar a sessão da refeição mais agradável e numa experiência de aprendizagem – não apenas uma experiência alimentar. Os momentos das refeições são períodos de aprendizagem e amor (MISAU 2013a).
- Os bebés e as crianças pequenas devem ser alimentados no seu ambiente habitual. Tanto quanto seja possível, a criança deve comer com a família de modo a que se possa criar uma atmosfera que promova o seu desenvolvimento social e afectivo (MISAU 2013a).
- Se uma criança pequena se recusa a comer, a mãe/ cuidador deve encorajar a criança repetidamente e deve tentar segurar a criança ao colo durante a refeição, ou manter contacto visual com a criança enquanto estiver ao colo de outra pessoa (MISAU 2013a).
- Deve-se oferecer novos alimentos aos bebés e às crianças pequenas várias vezes porque as crianças podem não gostar ou não aceitar novos alimentos nas primeiras tentativas. Os bebés precisam de tempo para se habituarem a comer alimentos para além do leite materno. Não se deve dar muitos líquidos às crianças antes ou durante as refeições (MISAU 2013a).
- As crianças devem ser servidas imediatamente após a confecção dos alimentos. Os restos devem ser cuidadosamente conservados para evitar doenças (MISAU 2013b).
- Toda a água que seja oferecida à criança deve ser cuidadosamente tratada e conservada, tanto no acto da preparação dos alimentos como para beber, para evitar a propagação de doenças (MISAU 2013a). Dê à criança água fervida (e arrefecida) ou tratada com javel ou certeza. A água deve ser conservada em bidons ou bilhas limpas e com tampa, para evitar o contacto com as moscas e poeiras.
- Os alimentos e as bebidas das crianças devem ser sempre servidos em utensílios, chávenas e pratos limpos para evitar a propagação de doenças.

Conteúdo Técnico Chave para Mães/ Outros Cuidadores de Crianças com Menos de 2 Anos

- A falta de um ou mais alimentos na dieta da criança não pode ser compensada por uma maior quantidade de um outro alimento. Poucas quantidades de vários alimentos, várias vezes ao dia, são mais valiosas que muita quantidade de poucos alimentos uma ou duas vezes por dia.
 - As crianças devem comer no seu próprio prato para que a mãe/cuidador possa conhecer a quantidade de comida que a criança consome e possa assegurar que a criança coma toda a comida servida (MISAU 2013a).
-

Conteúdo Técnico Chave para Maridos

- Na família, as crianças são especiais – elas são a esperança de um futuro melhor. Investir na boa alimentação das crianças, principalmente nos seus primeiros 2 anos de vida, é investir num futuro melhor para a família.
- Durante as refeições, os pais devem dar prioridade às crianças. Ser pai também é dar às crianças o que a família tem de melhor para comer.

Conteúdo Técnico Chave para Trabalhadores de Saúde

- Os alimentos que estão disponíveis localmente e no agregado familiar podem ser oferecidos aos bebés e às crianças pequenas devem ser debatidos com a mãe/cuidador e outros membros do agregado familiar (MISAU, 2013a).
- É mais fácil aprender fazendo, por isso, é importante fazer demonstrações. Usar os alimentos e utensílios disponíveis localmente e no agregado familiar põe em perspectiva aquilo que se diz à mãe/cuidador (por exemplo, usar as colheres de sopa ou chávenas do agregado familiar para demonstrar a quantidade de comida que os bebés e as crianças pequenas devem receber em cada fase da sua vida) (MISAU 2013a).
- As técnicas de aconselhamento podem ser encontradas no *Conteúdo Técnico Chave para Trabalhadores de Saúde* da prática #3.

6. As crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses e que estão doentes são alimentadas de forma adequada.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- Durante um episódio de doença, o corpo gasta mais energia e nutrientes do que o normal para poder activar os seus sistemas de defesa para lutar contra a doença. Para poder compensar esse gasto acrescido de energia e nutrientes, é necessário aumentar o consumo de alimentos, senão o corpo entra num estado de perda – a desnutrição. Como consequência, a criança pode perder peso e ficar fraca para lutar contra a doença, ficando cada vez mais doente e também cada vez mais desnutrida, criando um risco de vida.
 - As crianças devem ser amamentadas com mais frequência durante e após uma doença, incluindo diarreia, para ajuda-las a combater a doença e a não perder peso. Os nutrientes e a protecção imunológica do leite materno são importantes para o bebé quando a mãe ou o bebé estão doentes. O leite materno proporciona conforto à criança doente. Se o bebé estiver muito fraco para ser amamentado, o leite materno pode ser exprimido e dado ao bebé através de uma chávena ou colocado directamente na boca do bebé. Isto pode ajudar a mãe a manter um suprimento de leite materno e evitar o ingurgitamento mamário (MISAU 2013a).
 - As crianças que estão doentes devem continuar a comer e, para encorajá-las a comer, deve-se oferecer as comidas de que mais gostam e em pequenas quantidades. Deve-se dar alimentos simples tais como papas mesmo se a criança não mostrar qualquer interesse em comer. Deve-se evitar dar alimentos gordurosos ou cheios de temperos (MISAU 2013a).
 - Depois de um episódio de doença, durante a fase de recuperação, as crianças devem ser amamentadas com mais frequência e devem receber uma refeição adicional por dia durante 2 semanas, para que possam recuperar a energia e os nutrientes gastos durante a doença (MISAU 2013a).
 - O leite materno e outros líquidos podem fazer com que as fezes fiquem mais líquidas, pois o conteúdo de água das fezes aumenta, mas isso não quer dizer que o leite materno provoca a diarreia. O leite materno protege contra a diarreia (MISAU 2013a).
-

7. Toda a família usa sal iodado com regularidade, incluindo mulheres grávidas e lactantes.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- O sal iodado deve ser usado durante a confecção dos alimentos para a família, para bebés e crianças pequenas e para mulheres grávidas e lactantes (MISAU 2013a).
- O bebé em fase de crescimento no útero da mãe precisa de iodo para o desenvolvimento do seu organismo e cérebro.
- O consumo regular de sal iodado com alimentos pode prevenir as consequências da deficiência de iodo (MISAU 2007). A deficiência de iodo durante a gravidez pode causar o nascimento prematuro, aborto ou nado-morto, deficiência mental grave e irreversível ou cretinismo na criança (MISAU 2007). Uma criança com deficiência de iodo pode sofrer de bócio, problemas de aprendizagem e fraco desempenho escolar.
- Uma pitada de sal iodado nos cozinhados faz uma grande diferença; não é necessário e nem é bom para a saúde consumir sal em excesso.
- O iodo pode ser encontrado no sal iodado e em alimentos do mar (MISAU 2007).

8. As crianças e as mulheres na fase pós-parto recebem suplementação com Vitamina A de acordo com os protocolos do MISAU.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- As crianças devem receber suplementos de vitamina A a partir dos 6 meses de idade, a cada seis meses, até atingirem os 5 anos de idade (MISAU 2013a).
- A vitamina A promove o crescimento e a boa visão e fortalece o sistema imune. A deficiência de vitamina A afecta negativamente o crescimento da criança, a visão e a resistência contra infecções tais como o sarampo, diarreia e infecções respiratórias agudas, o que resulta no aumento da mortalidade infantil (MISAU 2007).
- A suplementação da vitamina A para mulheres dentro 6 semanas após o parto aumenta a concentração da vitamina A no leite materno e fornece ao bebé os níveis de vitamina A que ele precisa. Quanto mais cedo após o nascimento do bebé a mulher receber o suplemento da vitamina A, mais cedo os níveis de vitamina A no leite materno aumentarão (MISAU 2007).

9. As mulheres grávidas e na fase pós-parto recebem suplementos de Ferro e Ácido Fólico de acordo com os protocolos do MISAU.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- As mulheres grávidas devem procurar os serviços de saúde para receber os cuidados pré-natais assim que saibam que estão grávidas. Na consulta pré-natal elas irão receber suplementos de Ferro e Ácido Fólico que devem tomar diariamente até pelo menos 3 meses após o parto (MISAU 2013a).
- A suplementação com Ferro reduz a deficiência de Ferro e o risco de anemia numa mulher grávida, o que reduz o risco de dar a luz a um bebé com baixo peso e reduz o risco de mortalidade materna (MISAU 2007).
- A suplementação com Ácido Fólico reduz a deficiência de Ácido Fólico, que é essencial para a formação do cérebro do bebé. A formação do cérebro ocorre no primeiro trimestre de gravidez, por isso é muito importante obter os suplementos de Ferro/Ácido Fólico o mais cedo possível assim que a mulher saiba que está grávida. A deficiência de Ácido Fólico resulta na mal-formação do cérebro do bebé, o que limita o seu desenvolvimento por toda a vida.

10. As mulheres grávidas e as crianças recebem meios de prevenção adequada, testagem e tratamento da malária de acordo com os protocolos do MISAU.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- A malária contribui para a anemia e aumenta o risco de mortalidade no seio das crianças e mulheres grávidas, e também para o baixo peso ao nascer (MISAU 2007).
- Para prevenir a malária, as mulheres grávidas e os bebés e crianças pequenas devem dormir protegidas por uma rede mosquiteira tratada com insecticida todas as noites; O TIPp-SP deve iniciar o mais cedo possível no segundo trimestre da gravidez em todas as mulheres grávidas e administrado/oferecido em cada consulta PN até a altura do parto (MISAU 2013a).
- As mulheres grávidas e lactantes e as crianças pequenas com sinais e sintomas de malária devem consultar uma unidade sanitária para testagem e tratamento (MISAU 2007).

11. As mulheres grávidas e as crianças recebem medicação para desparasitar conforme recomendado pelos protocolos do MISAU.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- Os parasitas intestinais estão associados com uma perda significativa de nutrientes e com a fraca absorção da vitamina A, ferro e outros micronutrientes essenciais, que podem aumentar os níveis de deficiência de vitamina A e ferro. Os parasitas intestinais contribuem para a anemia nas crianças e nas mulheres grávidas e para a desnutrição crónica nas crianças.
- As crianças pequenas devem receber medicamentos desparasitantes a partir dos 12 meses de idade, a cada seis meses, até os 5 anos de idade. As mulheres grávidas devem receber uma dose de medicamentos desparasitantes ou no segundo ou no terceiro trimestre da gravidez (MISAU 2007).

12. Todos os membros da família praticam as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- As mães/cuidadores e pessoas que preparam os alimentos devem lavar bem as mãos antes de confeccionar os alimentos; antes de comer ou alimentar as crianças; depois de defecar; e depois de trocar a fralda ao bebé.
- As mãos das crianças devem ser lavadas com regularidade ao longo do dia porque elas levam sempre a mão à boca (MISAU 2014).
- É importante lavar as mãos com sabão ou cinza usando água corrente ou água deitada de uma caneca (MISAU 2013a) ou ainda água proveniente do tip-tap. O sabão ou cinza ajudam a eliminar os micróbios e a sujidade (WASHplus, 2013). Uma bacia na qual muitas pessoas lavam as suas mãos com a mesma água não serve para prevenir infecções.
- A criança deve ser alimentada imediatamente após os alimentos terem sido confeccionados e estes devem ser conservados cuidadosamente (MISAU 2014). Para conservar os alimentos cuidadosamente 1) não deixe alimentos cozinhados à temperatura ambiente durante mais de 2 horas; 2) congele os alimentos cozinhados, conservando os alimentos perecíveis a uma temperatura abaixo de 5 graus Célsius; 3) mantenha os alimentos cozinhados quentes, a uma temperatura superior a 60 graus Célsius com algum vapor a sair da comida; 4) não conserve alimentos durante muito tempo, mesmo na geleira; 5) descongele os alimentos congelados na geleira; e 6) cubra os alimentos cozinhados e lave e tape os alimentos crus para protegê-los das moscas e do sujo (MISAU, 2014).

- A água usada para confeccionar os alimentos e para beber deve ser tratada e conservada num recipiente limpo com um gargalo estreito, de preferência com uma torneira (MISAU 2014). A água que é usada para confeccionar alimentos e para beber deve ser tirada de uma fonte segura tal como um sistema mantido com regularidade de água canalizada e tratada com cloro, torneira pública, furo de água, poço protegido, fonte protegida ou água das chuvas colhida num recipiente limpo. Para estar limpa e segura para o consumo a água pode ser fervida, filtrada ou tratada com cloro, ou também pode-se usar a desinfecção solar em conformidade com as recomendações dos profissionais de saúde ou extensionistas qualificados. A água tratada deve ser conservada num recipiente tapado e limpo por dentro e por fora. Se o recipiente não tiver uma torneira, a água pode ser transferida para um cântaro para servir ou pode ser usada uma concha para retirar a água, mantendo a concha limpa e pendurando-a na parede longe do chão (MISAU, 2014).
- Devem ser usados utensílios limpos tais como chávenas, pratos e outros para confeccionar e servir os alimentos (MISAU 2013a). Os bebés e as crianças pequenas devem ser alimentados usando uma chávena/prato, colher e/ou outros utensílios limpos; não se deve usar o biberão porque é difícil de lavar e pode causar diarreia ao bebé (MISAU 2013a).
- As mães/cuidadores devem assegurar que as crianças lavam as mãos após fazerem necessidades maiores e devem descartar as fezes da criança em local seguro com regularidade ao longo de todo o dia.
- As comunidades devem ser envolvidas de uma forma activa em assegurar condições de saneamento básico tais como a instalação e manutenção regular de latrinas para reduzir o risco de doenças e por isso contribuir para o óptimo crescimento da criança (MISAU, 2014). Deve-se sempre usar a latrina para defecar e deve-se mantê-la tapada para evitar o contacto com as moscas. Quando se deixam as fezes ao ar livre ou a latrina destapada, as moscas pousam nas fezes e carregam com elas os micróbios que lá se encontram e transportam-nos para tudo em que poisam, incluído a comida e a água. A contaminação da comida e da água com os micróbios das fezes provoca doenças como cólera e diarreias.

13. As mulheres grávidas e lactantes tomam medidas para prevenir a infecção do HIV nelas e nas suas crianças, fazem o teste e recebem o tratamento para elas e para os seus bebés para as infecções de HIV e TB.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- A infecção pelo HIV e as infecções oportunistas relacionadas com o HIV aumentam as necessidades do corpo por energia. As infecções relacionadas com o HIV também podem causar a falta do apetite, a má absorção dos nutrientes e outros sintomas, como náuseas, vómitos ou feridas na boca, que resultam na redução da ingestão dos alimentos e, conseqüentemente, na desnutrição (MISAU 2013b).
- À semelhança da infecção pelo HIV, a Tuberculose (TB) também aumenta as necessidades de energia e reduz o apetite, resultando em desnutrição (Papthakis et al. 2008).
- A co-infecção pelo HIV e a TB cria um problema duplo de desnutrição, onde o gasto de energia, a má absorção dos nutrientes e a deficiência de micronutrientes ficam altamente aumentadas (Papthakis et al. 2008).
- A desnutrição reduz a capacidade do corpo de lutar contra a infecção pelo HIV e TB, criando um ciclo vicioso onde as pessoas ficam cada vez mais doentes e cada vez mais desnutridas.
- As mulheres grávidas e lactantes devem fazer o teste do HIV logo que saibam que estão grávidas e devem tomar as medidas necessárias para prevenir novas infecções, e, no caso das mulheres grávidas e lactantes infectadas, devem procurar os serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV) e receber tratamento e apoio de HIV e/ou TB para elas e para os seus filhos (MISAU

2013a).

Conteúdo Técnico Chave para Pares/ Trabalhadores de Saúde

- As mães infectadas pelo HIV e/ou os seus filhos devem beneficiar de profilaxia anti-retroviral para reduzir o risco de transmissão através do leite materno (MISAU, 2014).
- Todas as crianças expostas ao HIV devem receber aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e receber alimentos complementares adequados a partir dos 6 meses (MISAU, 2014).
- As crianças expostas com um estado de HIV negativo ou desconhecido devem continuar o aleitamento materno durante os primeiros 12 meses, em vigência de profilaxia. A partir dos 12 meses, o aleitamento materno deve cessar gradualmente, se uma dieta adequada e segura sem o leite materno puder ser oferecida. Após o desmame, as mães devem ser aconselhadas e apoiadas a dar às suas crianças uma alimentação adequada e segura, para permitir um óptimo crescimento (MISAU, 2014).
- As crianças expostas com um estado de HIV positivo devem continuar o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais (MISAU, 2014).

14. Os casais praticam medidas de planeamento familiar adequadas.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- O planeamento familiar é importante para atrasar a gravidez até que a mulher tenha pelo menos 20 anos de idade e para fazer o espaçamento adequado de gravidezes. Atrasar a gravidez até que a mulher tenha pelo menos 20 anos de idade é importante para lhe permitir completar a sua fase de crescimento e estar forte e saudável para suportar a gravidez. O espaçamento adequado de nascimentos é importante para que as mulheres possam recuperar a sua força e saúde no período entre as gravidezes, para que nem ela e nem os seus filhos sofram as consequências da desnutrição (MISAU 2013a).
- O método contraceptivo de amenorreia da lactação durante os primeiros seis meses após o parto tem uma eficácia de mais de 99%, como um outro método contraceptivo, desde que a mãe esteja a amamentar exclusivamente, de dia e de noite, e que o seu período não tenha retomado (MISAU 2013a).
- As mulheres e os homens, individualmente ou em conjunto, devem ser encorajados a visitar a unidade sanitária para debater quais os métodos de planeamento familiar que estão disponíveis e quais os mais adequados para a sua situação em particular (MISAU 2013a).

15. As mulheres grávidas e lactantes recebem ajuda nas actividades domésticas e no trabalho de campo.

Conteúdo Técnico Chave para Todas as Audiências

- As mulheres precisam de repousar mais e reduzir o trabalho pesado durante a gravidez e lactação, em especial durante os últimos 3 meses de gravidez e primeiros meses após o parto, por causa das elevadas necessidades energéticas e de nutrientes do seu organismo durante a gravidez e lactação (UNICEF, 2012, 2012). Manter um nível pesado de actividade pode levar à desnutrição da mãe e do bebé e complicações durante a gravidez, o parto e o pós-parto.
 - As mulheres grávidas e lactantes carregam e nutrem vidas, por isso devem ser poupadas. Elas dependem daqueles que lhes são mais próximos para as ajudar nas tarefas domésticas tais como cartar água, recolher lenha, trabalhar na machamba, cozinhar, lavar a roupa, cuidar das crianças e limpar dentro e fora da casa durante a gravidez e lactação (MISAU 2007, MISAU 2013a).
-

Mensagens Contextualizadas

As mensagens contextualizadas constituem o ponto onde a inspiração criativa se encontra com a base de evidências. Dada a complexidade da mudança de comportamento e a diversidade do mosaico da população Moçambicana, as mensagens devem ser cuidadosamente contextualizadas para cada local e grupo-alvo. Moçambique estende-se ao longo de cerca de 2.700 quilómetros do sul ao norte e a sua população, de cerca de 24 milhões de habitantes, representa dez principais grupos étnicos, cada um com os seus subgrupos e as suas línguas distintas. A diversidade religiosa e cultural espelha os vários grupos tribais e os sistemas de crenças existentes. As diferentes regiões geográficas representam a variedade nas condições agrícolas e nos meios de subsistência, bem como os diferentes medicamentos de origem vegetal usados pelos médicos tradicionais.

Cabe aos implementadores criar mensagens sob medida para cada audiência que o programa pretende alcançar, no contexto socio-cultural onde essas audiências se encontram. O conteúdo técnico chave das mensagens, que se baseia nas evidências técnicas em torno das práticas recomendadas, já foi apresentado na sub-secção acima, mas, para transformar as mensagens em algo mais que simplesmente informações técnicas, é necessário estudar junto das audiências alvo o que de facto as motivaria a praticar as mudanças desejadas, que canais melhor as alcançariam, e que linguagem melhor seria percebida.

Nas sub-secções que se seguem, são apresentados os factores promotores (a motivação) para as mudanças desejadas e os canais sugeridos para as diferentes audiências, com base nas limitadas evidências que existem em Moçambique. **Importa sublinhar que estes factores promotores e canais não são prescritivos, isto é, não se aplicam a qualquer contexto; a sua relevância e eficácia devem ser pesquisadas junto às audiências-alvo dos programas.**

Uma vez tendo as respostas necessárias sobre os factores que permitem fazer as mensagens sob a medida das audiências alvo, deve-se usar os seguintes princípios chave para desenhar as mensagens contextualizadas:

- Mantê-las curtas e simples;
- Fazer referência a evidências socio-culturais colhidas localmente;
- Referir-se aos factos de forma simples, correcta, e com referência às fontes localmente respeitadas;
- Apelar para a acção, com práticas recomendadas específicas;
- Comunicar um benefício para a mudança (a “promessa” ou bom motivo para mudar);
- Fazer o uso de um *slogan* ou tema que se assemelha às ideias/ imagens populares;
- Usar o humor (sem ser ofensivo);
- Usar imagens positivas;
- Usar meios visuais apelativos; e
- Repeti-las em vários canais, actividades e materiais de comunicação que se reforçam.

A título de exemplo, para promover a Prática Recomendada nº 2, “Os bebés são amamentados dentro de uma hora após o nascimento”, se a pesquisa da audiência mais afectada, as mulheres grávidas e lactantes, revelar que elas são eficazmente alcançadas pelo aconselhamento durante as consultas pré-natais e que o que as motiva para a mudança (o factor promotor) é, por exemplo, o amor que têm pelos seus filhos, a mensagem dada pelos profissionais de saúde durante o aconselhamento poderia ser: ‘Oferecer o primeiro leite que sai após o parto, o colostro, imediatamente depois do bebé nascer é dizer “eu te amo” pela primeira vez ao seu filho’. Se o factor promotor for, por exemplo, o valor que as mães dão às vacinas na protecção da saúde das crianças, a mensagem poderia ser: ‘Oferecer o colostro imediatamente após o parto é oferecer uma vacina da natureza para o seu filho’.

A alfabetização pode ser um factor chave para determinar a eficácia da comunicação. As mensagens que serão apresentadas em forma escrita devem ser baseadas nos níveis de alfabetização das audiências alvo.⁴⁹ A capacidade da audiência alvo de compreender plenamente qualquer que seja a língua escolhida deve ser verificada através de uma pesquisa. Sempre que possível, a comunicação deve ser feita em línguas locais.

Factores Promotores para as Mudanças Desejadas

Uma vez que o comportamento humano é primariamente guiado por incentivos, é importante pesquisar, para além das barreiras, o que as audiências alvo consideram que seja de valor ou que podem ganhar da mudança desejada, uma vez que estes factores promotores podem actuar como o “catalisador” para a mudança num contexto específico.

Os factores promotores representam a ‘promessa’ da mensagem chave, isto é, o benefício que a mudança desejada pode trazer para a vida dos membros da audiência alvo, e não necessariamente para a vida do beneficiário directo da mudança (i.é., “O que é que eu ganho com isso?”). Por exemplo, para a prática recomendada do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida de uma criança, um marido pode até perceber a importância do seu papel em apoiar a mãe a alimentar o bebé somente com o leite materno até aos 6 meses de idade e os benefícios que isto traz para o bebé, mas são os benefícios que isto pode trazer para si próprio que o incentivarão a praticar a mudança desejada.

Os factores promotores são sempre estudados simultaneamente com as barreiras para as mudanças desejadas. Uma pesquisa formativa deve incluir questões para identificar tanto as barreiras como os factores promotores, como parte da mesma investigação.

Na presente Estratégia, os factores promotores apresentados são baseados nas evidências locais sobre o que as audiências percebem como benefícios das mudanças desejadas. Devido à escassez de evidências, os factores promotores identificados são limitados a algumas práticas recomendadas (vide Tabela 4). **Existe uma necessidade de realizar pesquisas de audiências para, à semelhança das barreiras para as mudanças desejadas, verificar a relevância dos factores promotores aqui apresentados e preencher as lacunas onde não se conhece os motivos pelos quais as pessoas estão dispostas a praticar as recomendações nutricionais prioritárias no contexto socio-cultural específico em que se encontram.**

⁴⁹ Um excelente recurso para comunicação dos praticantes que desenvolvem e adoptam materiais e actividades de CMSC para audiências com fracas habilidades de literacia foi desenvolvido pelo projecto C-Change. 10 guiões de *C-Bulletins* oferecem recursos práticos, como apoiar e recursos adicionais. <http://www.c-hubonline.org/resources/c-bulletins>

Tabela 4. Factores Promotores Sob a Perspectiva das Audiências Alvo por Práticas Recomendadas

Práticas recomendadas	Factores promotores
1. As mulheres grávidas e lactantes consomem uma dieta adequada.	<ul style="list-style-type: none"> • Crença de que alguns alimentos aumentam a produção do leite materno (ex: cacana).⁵⁰ • Alimentos ricos em proteína vegetal e animal são associados ao “aumento de sangue”.⁵¹ • A cana-de-açúcar e alguns frutos estão associados às “vitaminas” e à “força”.⁵² • Alimentos/bebidas semi-líquidas à base de cereais fermentados associados ao estímulo do apetite, força, bom desenvolvimento da mãe e do bebé, e estímulo da produção do leite.⁵³
2. Os bebés são amamentados dentro de uma hora após o nascimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção entre as mães de que o leite materno deve ser dado logo após o parto pois possui vitaminas, faz com que a criança tenha força, tenha o corpo saudável e cresça bem.⁵⁴ • Percepção entre as sogras de que se a criança mama logo após o parto significa que está saudável.⁵⁵
3. Os bebés com menos de 6 meses de idade são amamentados exclusivamente até aos 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • O aumento do peso é um desejo de todas as mães em relação aos seus filhos.⁵⁶
4. As crianças são amamentadas frequentemente e quando querem (i.e., sob livre demanda) até atingirem os 2 anos de idade ou mais.	Sem evidências.
5. As crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses são alimentadas de forma adequada com alimentos complementares.	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns dados mostram crianças com menos de 18 meses a serem favorecidas durante a hora da refeição, sendo as primeiras a ser alimentadas e a terem a sua comida protegida para que não seja roubada pelos irmãos mais velhos.⁵⁷ • Em alguns casos, o marido dá algum dinheiro para a compra de alimentos, mas não interfere na alimentação da criança.⁵⁸

⁵⁰ Ministério da Saúde. 2004. Manual de Instruções para a Mudança de Hábitos Negativos e Práticas Alimentares, Com Base nas Principais Constatações nas regiões Sul, Centro e Norte de Moçambique. Para Provedores de Educação sobre Nutrição. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. p 19, 34 & 51.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ República de Moçambique. 2009. Levantamento das Barreiras para o Aleitamento Materno Exclusivo. Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. p 12

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Kodish, comunicação pessoal.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

Práticas recomendadas	Factores promotores
6. As crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses e que estão doentes são alimentadas de forma adequada.	Sem evidências.
7. Toda a família usa sal iodado com regularidade, incluindo mulheres grávidas e lactantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Uma mãe que prepara comida com sal iodado terá filhos com excelente desempenho na escola.⁵⁹ • Consumir sal iodado durante a gravidez é importante para o desenvolvimento do feto.⁶⁰
8. As crianças e as mulheres na fase pós-parto recebem suplementação com Vitamina A de acordo com os protocolos do MISAU.	Sem evidências.
9. As mulheres grávidas e na fase pós-parto recebem suplementos de Ferro e Ácido Fólico de acordo com os protocolos do MISAU.	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes gerais favoráveis visando o uso dos serviços de CPN podem facilitar uma introdução efectiva da suplementação.⁶¹
10. As mulheres grávidas e as crianças recebem meios de prevenção adequada, testagem e tratamento da malária de acordo com os protocolos do MISAU.	Sem evidências.
11. As mulheres grávidas e as crianças recebem medicação para desparasitar conforme recomendado pelos protocolos do MISAU.	Sem evidências.
12. Todos os membros da família praticam as regras de alimentação segura, tratamento e conservação da água, higiene das mãos e gestão segura das fezes.	Sem evidências.
13. As mulheres grávidas e lactantes tomam medidas para prevenir a infecção do HIV nelas e nas suas crianças, fazem o teste e recebem o tratamento para elas e para os seus bebés para as infecções de HIV e TB.	Sem evidências.
14. Os casais praticam medidas de planeamento familiar adequadas.	Sem evidências.
15. As mulheres grávidas e lactantes recebem ajuda nas actividades domésticas e no trabalho de campo.	Sem evidências.

⁵⁹ Equipa de Pesquisa PSI. 2010. Moçambique (2009) – Estudo TRaC de Saúde Materna e Infantil: Avaliação do Uso de Sal Iodado entre Mulheres com idade entre 15-65 na Província de Nampula. Ronda 2. Série de Pesquisa de Marketing Social da PSI. p 5. http://www.psi.org/research/cat_socialresearch_smr.asp

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF Internacional (ICFI). 2013. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

Canais de Comunicação

Existem categorias gerais de canais de comunicação: comunicação interpessoal, comunicação baseada na comunidade e meios de comunicação social. A tabela 5, abaixo, descreve cada uma destas categorias e apresenta as suas características.

Tabela 5. Categorias de Canais de Comunicação e Suas Características

Categoria de canais de comunicação	Descrição	Vantagens	Desvantagens	Exemplos
Comunicação interpessoal	Conversa cara-a-cara, geralmente de um-para-um. Os principais elementos de uma comunicação interpessoal eficaz são: 1) escuta activa, 2) colocar perguntas e investigar, 3) falar de forma simples e 4) usar materiais de apoio para ajudar a dar a informação.	<ul style="list-style-type: none"> • Moldada para a situação individual de cada cliente. • Interactiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiva do ponto de vista de recursos. • Não permite alcançar grandes audiências; deve ser complementada por outros canais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento nutricional ao nível da unidade sanitária, comunidade e agregado familiar.
Comunicação baseada na comunidade	Actividades em grupo, tais como grupos de pares; redes institucionais; e actividades e eventos comunitários.	<ul style="list-style-type: none"> • Interactiva. • Permite alcançar grandes números de pessoas através de actividades de diversão e educação através do entretenimento. • Eficaz na mobilização social e difusão de novas normas e práticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não toma em conta a situação de cada indivíduo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clubes de mães. • Cooperativas de agricultores. • Eventos escolares. • Eventos religiosos. • Multimédia (teatro/cinema comunitário, festivais, concursos).
Meios de comunicação social	Os meios de comunicação social incluem canais tais como rádio, televisão, jornais e artigos de revistas, cartazes e media digital.	<ul style="list-style-type: none"> • Alcançam vastos números de pessoas com mensagens consistentes. • Particularmente eficazes quando envolvem celebridades nacionais ou pessoas localmente admiradas para veicularem as mensagens chave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não toma em conta a situação de cada indivíduo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de rádio • Tele-/Rádio-novelas • Seriados • Internet

Para criar um ambiente favorável à mudança, é necessário usar um conjunto de canais de comunicação interpessoal, baseada na comunidade e social que se reforçam mutuamente, de modo a aumentar a frequência e a intensidade da exposição das audiências alvo ao conteúdo técnico chave da comunicação. Esta mistura de canais deve ser seleccionada pelos implementadores com base em evidências das preferências das suas audiências alvo e da eficácia dos diferentes formatos no seio dessas audiências, bem como em factores tais como a complexidade e sensibilidade do assunto, custo e viabilidade. Um exemplo excelente de sinergia entre a comunicação em grupo, a multimédia e a programação da rádio vem do projecto Tchova Tchova, implementado nas províncias de Zambézia, Nampula e Sofala. Com enfoque sobre “desvios positivos” e uma combinação de canais de comunicação, o projecto demonstrou que a participação dos membros das audiências alvo nas sessões tinha um efeito significativo e positivo nas mudanças de comportamento.⁶²

A tabela 6 apresenta sugestões de canais, materiais e actividades de comunicação que podem ser usados para alcançar as audiências-alvo identificadas nesta estratégia, fazendo referência a evidências e experiências locais, onde existem, ou globais.

⁶² Este projecto de prevenção do HIV criou um conjunto de vídeos descrevendo os perfis das pessoas que tinham acatado as práticas recomendadas. Os grupos comunitários visualizavam os vídeos e debatiam as questões levantadas, criando apoio social para que os membros dos grupos seguissem mudanças semelhantes. Este envolvimento comunitário era complementado por uma componente de rádio. A transmissão em línguas locais de programas de rádio reforçava as memas mensagens para uma audiência mais ampla e encorajava a interacção através das opções de participação por telefone e SMS. (Communication Impact April 2012, Number 27
https://www.jhuccp.org/resource_center/publications/communication_impact_briefs?page=1)

Tabela 6. Canais, Materiais e Actividades de Comunicação para as Audiências Alvo

Audiências	Canais de comunicação	Materiais/ actividades	Evidências/ experiências
Primárias			
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com professores nas salas de aulas ou eventos escolares • Aconselhamento individual por pessoal de saúde nos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) • Educação de pares nos SAAJ • Programas de rádio e televisão de criança para criança • Teatro comunitário • Projecção de filmes para a comunidade nas unidades móveis multimédia • Aconselhamento individual por activistas comunitários nas tendas das unidades móveis • Debates comunitários nas unidades móveis multimédia • Mobilização para participação nos eventos comunitários por via dos líderes comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhetos informativos • Álbum seriado • Cartões de aconselhamento • Cartazes • Roteiros radiofónicos/ televisivos • Ferramentas para teatro • Filmes de curta-metragem • Actividades de mobilização • Ferramentas para concursos 	<p>Mais de 160 SAAJ já estabelecidos em todo o país, em unidades sanitárias e escolas, onde adolescentes e jovens usam diferentes meios de comunicação para sensibilizar outros adolescentes e jovens em matérias de saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Mais de 34 mil crianças participam activamente em programas ao vivo de rádio e televisão de criança para criança nos distritos em todo o país.</p> <p>Grupo de Teatro do Oprimido usa o teatro comunitário para a promoção da mudança de comportamento particularmente na área da educação da rapariga, género e prevenção do HIV/SIDA, em todo o país.</p> <p>Unidades móveis multimédia levadas a comunidades remotas para aconselhamento individual, sensibilização e debates comunitários sobre a educação da rapariga, HIV e SIDA e saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Toda a informação acima disponível em http://www.unicef.org/mozambique/pt/hiv_aids_4044.html</p>
Mulheres grávidas e lactantes	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento individual (unidades sanitárias, brigadas móveis, unidades móveis multimédia, visitas domiciliárias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Álbum seriado • Cartões de aconselhamento • Cartazes 	<p>O PAMRDC lista a educação de pares e o teatro comunitário para a promoção da boa nutrição, alimentação e cuidados infantis adequados, higiene e saneamento do meio, e para a prevenção da malária e do HIV como boas práticas baseadas em evidências.⁶³</p>
Mães ou outros cuidadores de crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Debates comunitários • Educação de pares nos grupos de apoio 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhetos informativos • Ferramentas de teatro 	<p>19% dos agregados familiares possui um televisor (49% em áreas urbanas e 6% em áreas rurais).⁶⁴ A televisão foi o canal de</p>

⁶³ República de Moçambique. 2010. Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020). Ministério da Saúde, Maputo. Pp 103-4.

⁶⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013.

Audiências	Canais de comunicação	Materiais/ actividades	Evidências/ experiências
menores de 2 anos	<p>comunitários (grupos de mães, grupos de apoio à amamentação, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teatro comunitário • Rádio comunitária • Televisão • Projecção de filmes nas unidades móveis multimédia • SMS • Mobilização comunitária por via dos líderes comunitários e religiosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Canções • Spots de rádio/ televisão • Programas de rádio/ televisão ao vivo • Roteiros de radionovelas/ telenovelas • Filmes de curta-metragem • Mensagens em SMS • Actividades de mobilização • Ferramentas para concursos 	<p>comunicação mais eficaz na campanha de sensibilização sobre a saúde da criança durante a Semana Nacional de Saúde em 2013.⁶⁵</p> <p>Metade dos agregados familiares possui um rádio⁶⁶ e este é também ouvido em muitos outros locais públicos. 43% das mulheres Moçambicanas ouvem a rádio pelo menos uma vez por semana, com variações significativas por província, faixa etária e nível de escolaridade.⁶⁷</p> <p>Para a rádio, programas singulares não são tão envolventes como os seriados na forma de “novela” onde as pessoas sintonizam para ver o que vai acontecer a seguir. A co-produção da radionovela de longa duração Ouro Negro entre a Rádio Moçambique e UNICEF em Moçambique, com o início das emissões previsto para o último trimestre de 2014, é exemplar.⁶⁸</p> <p>MISAU e UNICEF produziram o álbum musical “Musica é Vida” em 2014, com canções temáticas da autoria da Neyma e da Sizaquel visando a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar. Não existem actualmente dados sobre a eficácia desta actividade.</p> <p>34% dos agregados familiares Moçambicanos são portadores de telemóveis (67% em áreas urbanas e 20% em áreas rurais). Serviços de SMS usados com sucesso para a sensibilização sobre a saúde da criança durante a campanha da Semana Nacional de Saúde em 2013⁶⁹ e para a promoção do aleitamento materno durante a Semana Nacional do Aleitamento Materno em 2013 e</p>

⁶⁵ MISAU, UNICEF e GfK. 2013. *Análise da Campanha “Semana Nacional de Saúde”* – apresentação em PPT. Maputo.

⁶⁶ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ Os primeiros episódios da radionovela de longa duração, Ouro Negro, foram testados com o grupo alvo em três províncias (Maputo, Tete e Zambezia). No momento da redacção desta Estratégia os resultados do piloto ainda não estavam disponíveis. A Rádio Moçambique é parceira no projecto disponibilizando o espaço de antena gratuito no canal nacional.

⁶⁹ MISAU, UNICEF e GfK. 2013. *Análise da Campanha “Semana Nacional de Saúde”* – apresentação em PPT. Maputo.

Audiências	Canais de comunicação	Materiais/ actividades	Evidências/ experiências
			<p>2014.</p> <p>O PAMRDC lista também a mobilização comunitária como uma boa prática para a mudança de comportamento com base em evidências.⁷⁰</p>
<p>Mulheres mais velhas com poder de influenciar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento individual (visitas domiciliárias, unidades sanitárias quando acompanham as mulheres grávidas e lactantes ou mães de crianças com menos de 2 anos aos serviços de saúde, etc.) • Debates comunitários • Educação de pares nos grupos de apoio comunitários • Teatro comunitário • Rádio Comunitária • Mobilização comunitária por via dos líderes comunitários e religiosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhetos informativos • Cartazes • Ferramentas de Teatro • Canções • Spots de rádio • Programas de rádio ao vivo • Roteiros de radionovelas • Actividades de mobilização • Ferramentas para concursos 	<p>43% das mulheres Moçambicanas ouvem a rádio pelo menos uma vez por semana, com variações significativas por província, faixa etária e nível de escolaridade.⁷¹</p>
<p>Maridos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento individual (unidades sanitárias, brigadas móveis, unidades móveis multimédia, visitas domiciliárias) • Debates comunitários • Educação de pares nos grupos de apoio comunitários (grupos de pais, cooperativas de agricultura, etc.) • Teatro comunitário • Rádio comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Álbum seriado • Cartões de aconselhamento • Cartazes • Folhetos informativos • Ferramentas de teatro • Spots de rádio/ televisão • Programas de rádio/ televisão ao vivo • Roteiros radiofónicos/ televisivos 	<p>66% dos homens Moçambicanos ouvem a rádio pelo menos uma vez por semana, com variações significativas por província, faixa etária e nível de escolaridade.⁷²</p> <p>A difusão de mensagens de alerta e encorajamento por DJs populares com humor e estilo é uma estratégia do Centro de Promoção das Comunicações da Universidade Johns Hopkins (CPC) e tem um alto potencial de impacto.⁷³</p> <p>19% dos agregados familiares possui um televisor (49% em áreas urbanas e 6% em áreas rurais).⁷⁴</p> <p>17% dos homens lê o jornal pelo menos uma vez por semana,</p>

⁷⁰ República de Moçambique. 2010. Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020). Ministério da Saúde, Maputo. Pp 109.

⁷¹ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁷² Ibid

⁷³ O projecto Tchova Tchova organizou workshops de formação para jornalistas e comunicadores sociais e criou uma Rede de Jornalistas da Mídia. Detalhes em: https://www.jhuccp.org/resource_center.

⁷⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013.

Audiências	Canais de comunicação	Materiais/ actividades	Evidências/ experiências
	<ul style="list-style-type: none"> • Televisão • Projecção de filmes nas unidades móveis multimédia • Jornais • SMS • Mobilização comunitária por via dos líderes comunitários e religiosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos de destaque no jornal, anúncios de publicidade de uma página • Filmes de curta-metragem • Mensagens em SMS • Actividades de mobilização • Ferramentas para concursos 	<p>com variações significativas por área de residência, nível de escolaridade e faixa etária.⁷⁵</p> <p>34% dos agregados familiares Moçambicanos são portadores de telemóveis (67% em áreas urbanas e 20% em áreas rurais).⁷⁶</p>
Pares	<ul style="list-style-type: none"> • Formação sobre mobilização • Debates comunitários • Teatro comunitário 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião de mobilização • Folhetos informativos • Ferramentas de teatro 	Sem evidências.
Secundárias			
Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de sensibilização • Formação em habilidades de comunicação • Formação sobre o uso de materiais de apoio para o aconselhamento sobre nutrição 	<ul style="list-style-type: none"> • Vídeos ou demonstrações de habilidades de comunicação interpessoal • Guiões de formação • Álbum seriado para uso nas unidades sanitárias • Cartões de aconselhamento para uso nas comunidades • Outras ferramentas para aconselhamento e apoio sobre as práticas nutricionais recomendadas 	Sem evidências.
Praticantes de medicina tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de sensibilização • Actividades de mobilização 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas informativas • Guião de facilitação para actividades com os praticantes de medicina tradicional 	Sem evidências.

⁷⁵ Ibid.⁷⁶ Ibid.

Audiências	Canais de comunicação	Materiais/ actividades	Evidências/ experiências
Líderes	<ul style="list-style-type: none"> • Formação sobre educação nutricional • Formação sobre mobilização comunitária • Actividades de sensibilização 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas informativas • Guiões de facilitação para actividades com os líderes 	Sem evidências.
Professores	<ul style="list-style-type: none"> • Formação sobre educação nutricional • Actividades de sensibilização 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas informativas • Guiões de facilitação para actividades com os professores 	Sem evidências.

Orientação da Implementação

A presente estratégia fornece as bases para uma abordagem harmonizada de CMSC para a prevenção da desnutrição em Moçambique, incluindo as práticas recomendadas que os intervenientes em CMSC e nutrição consideram que são actualmente uma prioridade em Moçambique e nas quais os implementadores devem focalizar os seus esforços, e as mudanças desejadas para audiências primárias e secundárias. Contudo, as restantes componentes do quadro de mudança de comportamento têm de ser ajustadas para reflectir a realidade de cada programa, tendo em conta o contexto socio-cultural específico onde a implementação das intervenções de CMSC decorrerá.

Esta secção apresenta orientações para os implementadores poderem fazer esse ajuste com sucesso.

Princípios Orientadores da CMSC

Os princípios chave para orientar a CMSC com sucesso incluem:⁷⁷

1. Seguir uma abordagem sistemática;
2. Usar a pesquisa (não presunções) para orientar o programa;
3. Considerar o contexto social;
4. Manter o enfoque sobre a audiência alvo;
5. Usar teorias e modelos para orientar as decisões tomadas;
6. Envolver parceiros e comunidades ao longo de todo o processo;
7. Definir objectivos realísticos e considerar o seu custo-eficácia;
8. Usar canais, actividades e materiais de comunicação que se reforçam mutuamente a vários níveis;
9. Escolher estratégias que sejam motivacionais e que estão orientadas para a acção;
10. Garantir a qualidade em todos os passos.

Figura 4. O Processo C-Planificar



Processo para Desenvolver Planos de CMSC Específicos para os Programas

A passagem das mudanças desejadas para as intervenções e mensagens de comunicação que irão impulsionar as pessoas a mudar de comportamento requer um processo sistemático. Um exemplo é o processo C-Planificar – uma abordagem iterativa que orienta o desenvolvimento de intervenções e mensagens de comunicação para grupos alvo chave em contextos particulares (vide Figura 4).⁷⁸ O processo C-Planificar inclui cinco passos cruciais:

1. Compreender a situação através da pesquisa;

⁷⁷ Tirado do Projecto C-Change e C-Modules. Disponível em: <https://www.c-changeprogram.org/focus-areas/capacity-strengthening/sbcc-modules#0>

⁷⁸ Este arcabouço particular provém do projecto Comunicação para a Mudança (C-Change), mas evoluiu de arcabouços elaborados ao longo das últimas duas décadas pela Universidade Johns Hopkins, Academia para o Desenvolvimento Educacional, e Instituto Nacional de Cancro do Estados Unidos da América.

2. Focalizar e planificar o programa de CMSC;
3. Criar materiais e intervenções de CMSC;
4. Implementar e monitorizar o programa de CMSC;
5. Avaliar e replanificar o programa de CMSC.

A presente estratégia utiliza o processo C-Planificar como arcabouço para apresentar as orientações para os implementadores. O Anexo A apresenta as ferramentas que os implementadores podem utilizar para seguir, passo-a-passo, o processo C-planificar na elaboração dos planos de CMSC específicos para os programas. Outros recursos úteis são também apresentados no Anexo A.

Pesquisa: Um Ingrediente Crucial para o Sucesso

O primeiro passo do processo C-Planificar consiste em **compreender a situação**. Isto envolve o estudo das causas do problema, as pessoas afectadas e os contextos nos quais elas vivem, bem como a revisão da pesquisa existente sobre o assunto. Conforme anotamos anteriormente, uma CMSC eficaz requer que as mensagens sejam moldadas sob medida para as audiências-alvo dentro do seu contexto particular. Por isso, a pesquisa visando identificar os pormenores do contexto socio-cultural que poderão afectar a forma como as pessoas irão responder às recomendações para uma nutrição melhorada torna-se um ingrediente crucial para o sucesso.

As pesquisas e experiências de programas implementados anteriormente em algumas partes do país permitiram a criação de uma base de evidências para a contextualização das mensagens. No entanto, e como ilustrado nas células em branco nas tabelas 2, 4 e 6, existem ainda muitas lacunas de evidências no que toca às barreiras para as mudanças desejadas, os factores promotores para as mudanças desejadas e os canais mais eficazes para alcançar as audiências-alvo. O desenho das mensagens de um programa de CMSC para a prevenção da desnutrição depende desta informação, por isso, em áreas de implementação onde não existem dados documentados sobre estes aspectos, existe a necessidade de se realizar pesquisas formativas para identifica-los. Mesmo onde existem tais dados documentados, é de crucial importância realizar pesquisas para verificar a relevância da informação aqui apresentada para o local específico de implementação, desde as audiências aos canais de comunicação. Os implementadores precisam de fazer questões como: “Quem é que as mulheres grávidas e lactantes e mães de crianças com menos de 2 anos ouvem nesta comunidade?”, “Quem decide o que as mulheres grávidas e lactantes e crianças com menos de 2 anos comem nesta comunidade?”, “Que grupos de apoio existem nesta comunidade?”, “Na ausência da mãe, quem geralmente cuida das crianças com menos de 2 anos nesta comunidade?”, “Que barreiras para as mudanças desejadas enfrentam as audiências identificadas?”, “Quais são os factores promotores para as mudanças desejadas no ponto de vista das audiências identificadas?”, “Que canais melhor alcançam as audiências identificadas?”.

É necessário elaborar uma agenda de pesquisa para equilibrar as necessidades em termos de dados contextuais e os dados disponíveis. O primeiro passo deve sempre ser uma análise cuidadosa dos conhecimentos existentes sobre o contexto socio-cultural e as experiências dos programas anteriores, de modo a que se possa desenvolver a partir daquilo que é conhecido e identificar as lacunas a serem preenchidas pela pesquisa local.

Os implementadores de programas já manifestaram a necessidade de saber mais acerca daquilo que está disponível mas que não é consumido em diferentes regiões do país e o que orienta as escolhas alimentares nos agregados familiares. Uma revisão recente feita em Nampula constatou que apesar da informação acerca do *acesso* dos agregados familiares aos alimentos, existe uma falta de informação sobre o *uso dos alimentos*, e apelou para a apresentação de dados mais específicos

sobre a qualidade e a frequência do consumo de alimentos.⁷⁹ Existe também uma grande necessidade de melhor compreender as motivações por detrás dos padrões de consumo. A pobreza e as dietas simples não significam necessariamente que as práticas dietéticas são ditadas pelas condições materiais. Uma pesquisa etnográfica sobre os contornos gastronómicos em Metangula, Niassa, revelou como os factores psico-sociais, tais como a procura do prazer e conceitos de bem-estar, moldam as práticas dietéticas.⁸⁰ Uma pesquisa qualitativa pode revelar uma grande variedade de detalhes surpreendentes que, se forem tomados em conta, podem fortalecer de forma significativa o sucesso da comunicação.

Um recurso que está a ser subestimado é a pesquisa realizada por antropólogos. Em Moçambique, existe uma base de dados valiosa que continua a crescer, com base em pesquisas etnográficas de longo prazo que tendem a produzir dados de validade superior em relação aos que são recolhidos através de entrevistas conduzidas por pessoas de fora, cujas visitas de curta duração não permitem derrubar as barreiras sociais que podem inibir uma comunicação clara. É necessário consultar a literatura antropológica e/ou consultar os pesquisadores por trás da mesma para uma rápida identificação das constatações relevantes.

Para a realização de pesquisas formativas, existem várias ferramentas que já provaram ser valiosas para programas de CMSC devido a sua capacidade de revelar determinantes comportamentais. As fontes recomendadas para guiar uma pesquisa formativa para CMSC vêm apresentadas no Anexo A. Mesmo sem um grande orçamento, as consultas das audiências podem ser desenhadas de modo a identificar as principais características da comunidade local e a sua cultura que poderão ajudar na contextualização das mensagens. O Anexo A apresenta também exemplos de abordagens que podem ser empregues para realizar pesquisa formativa com audiências específicas.

Um exemplo excelente de uma pesquisa formativa de CMSC que conseguiu obter detalhes contextuais valiosos de forma eficiente através do uso de métodos etnográficos e procedimentos de avaliação rápida foi feito por Stephen Kodish e a sua equipa na província de Cabo Delgado. Eles formaram “agentes culturais internos”, ou seja, pessoas internas das comunidades com conhecimento da cultura local, para recolherem dados usando as línguas locais e usaram uma combinação de técnicas incluindo entrevistas aprofundadas, listagem livre e selecção dos acervos, observações dos agregados familiares e oficina de trabalho comunitário.⁸¹

De um modo particular, em caso de escassez de recursos, o melhor valor para o investimento pode ser alcançado através da identificação dos determinantes das histórias de *sucesso*. Este é o enfoque de um estudo de “desvio positivo”. Sempre que há um exemplo de uma família que é semelhante a outras famílias em todos os sentidos excepto em relação à aparência robusta dos seus filhos, o inquérito deve focalizar-se sobre o que eles estão a fazer de diferente. Como e com o quê é que eles alimentam os seus filhos? Porque é que fazem dessa maneira? As respostas a estas perguntas irão orientar o desenvolvimento de estratégias de CMSC focalizadas para o resto da comunidade. Uma programação focalizada em “mães modelo” tem como base este tipo de pesquisa e está provada a sua eficácia.

⁷⁹ Michaud-Letourneau, Isabelle (2011). Perfis dos Agregados Familiares no Projecto STRIVE em Moçambique: Análise dos Dados Qualitativos Recolhidos a partir de Novembro de 2009 até Maio de 2011, para a Save the Children, Nampula.

⁸⁰ A língua apenas funciona sem preocupações: sentimento e sustento numa vila Moçambicana. Huhn, A. Food and Foodways 2013 21(3): 186-210.

⁸¹ Kodish, Stephen, and Joel Gittelsohn. 2013. Pesquisa Formativa para Informar uma Intervenção Culturalmente Adequada em Cabo Delgado, Moçambique. Centro para Nutrição Humana. Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg. 23 de Julho de 2013. PPT.

Criatividade

Após responder às perguntas necessárias para compreender a situação, os implementadores têm a matéria-prima para **formular os objectivos da comunicação** e seguir o processo C-Planificar para **focalizar e elaborar as intervenções e mensagens de comunicação**. No segundo e terceiro passos do processo C-Planificar, os implementadores irão usar a informação resultante da pesquisa contextual para complementar as orientações fornecidas na Estratégia e:

- Determinar as audiências prioritárias;
- Ajustar os objectivos de comunicação para abordar as barreiras para as mudanças desejadas específicas do local de implementação;
- Seleccionar a mistura de canais apropriada para alcançar os objectivos de comunicação numa única abordagem estratégica;
- Criar as mensagens contextualizadas (com base no conteúdo chave apresentado na Estratégia) que respondem aos objectivos de comunicação, que transmitem os factores promotores para as mudanças desejadas, e que são apropriadas para cada canal de comunicação;
- Criar materiais e actividades para transmitir as mensagens nos canais de comunicação seleccionados.

Planificação

Para além da pesquisa, a planificação, a monitoria e a avaliação da implementação são as partes mais negligenciadas no processo de CMSC.

Um plano de implementação de CMSC completo desenvolve-se a partir das principais componentes de mudança de comportamento identificadas e especifica os papéis e as responsabilidades, os elementos de monitoria e avaliação e os detalhes do plano de trabalho. O plano de **implementação** irá orientar todo o processo desde a recolha de dados até às relações de colaboração. A seguir se apresenta uma amostra de uma matriz de implementação.

Tabela 7. Amostra de Matriz de Implementação

<i>Audiências</i>	<i>Práticas Desejadas</i>	<i>Objectivos de Comunicação</i>	<i>Canais de Comunicação</i>	<i>Materiais/ Actividades</i>	<i>Mensagens Chave</i>	<i>Doador</i>	<i>Implementador</i>	<i>Cobertura Geográfica</i>	<i>Cronograma</i>	<i>Orçamento Estimado</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Metas</i>

O processo de **monitoria e avaliação** acontece ao longo de todo o processo de CMSC, começando com a definição dos indicadores e a realização da pesquisa de base de forma atempada. Um quadro de monitoria e avaliação deve apresentar respostas para as perguntas: “Como é que vamos julgar o sucesso das nossas actividades e materiais?” e “Que meios de verificação iremos usar?” Os indicadores devem ser formulados de forma a mensurar o progresso rumo ao alcance dos objectivos

de comunicação. Por exemplo, uma campanha visando a promoção do aleitamento materno exclusivo poderia identificar:

- Indicadores de produto (*output*), como o número de trabalhadores comunitários de saúde formados em comunicação interpessoal e no uso de materiais de comunicação;
- Indicadores de resultado (*outcome*), como o número de avós que reportam terem um conhecimento aumentado acerca dos benefícios do aleitamento materno exclusivo;
- Indicadores comportamentais, como o número de mulheres que reportam terem amamentado exclusivamente durante 6 meses.

Na fase final do processo “C-Planificar”, **avaliar e replanificar**, os dados que forem recolhidos serão analisados e usados para modificar canais de comunicação, actividades/ materiais ou mensagens para melhorar o programa.

Operacionalização desta Estratégia

A operacionalização desta estratégia requer o comprometimento do MISAU e dos seus parceiros para com a fiscalização das intervenções de CMSC para a prevenção da desnutrição em Moçambique. O grupo de trabalho criado para a elaboração da presente estratégia poderá rever os seus termos de referência para manter-se activo como organismo fiscalizador, liderado pelo Departamento de Nutrição do MISAU, ou um novo organismo poderá ser criado ou integrado dentro de organismos existentes, tais como o grupo de trabalho de comunicação do PAMRDC/ SETSAN, e deverá estar em coordenação com o Instituto de Medicina Tradicional e o Departamento de Promoção de Saúde.

Este organismo fiscalizador deverá trabalhar com os implementadores de programas de CMSC para a prevenção da desnutrição, de modo a assegurar a prestação de contas e a facilitar o apoio técnico para a implementação das orientações desta estratégia. As seguintes actividades serão chave para a operacionalização desta estratégia:

1. Disseminação da estratégia para os intervenientes de CMSC em nutrição;
2. Estabelecimento de um mecanismo de planificação conjunta e de coordenação entre implementadores aos níveis provincial e central;
3. Fortalecimento das capacidades dos implementadores da CMSC para a prevenção da desnutrição;
4. Fornecimento de apoio técnico para rever e certificar as mensagens e os produtos de comunicação submetidos pelos implementadores para garantir a compatibilidade com o conteúdo chave e o cumprimento dos princípios orientadores de CMSC apresentados nesta estratégia;
5. Elaboração da marca e estratégia de posicionamento da estratégia, incluindo um logo e um *slogan* que deverão estar alinhados com o logo ou slogan do Plano de Comunicação e Advocacia do PAMRDC, que servirá como símbolo da harmonia dos programas de CMSC para a prevenção da desnutrição e como selo de qualidade para os produtos de comunicação certificados;
6. Criação de um quadro comum de monitoria e avaliação a ser usado por todos os programas de CMSC para a prevenção da desnutrição, de modo a melhorar a qualidade da programação e permitir o controlo do progresso;
7. Criação de um sistema de gestão de conhecimentos, ex.: um repositório e um sistema de fácil partilha de dados, documentos e materiais relacionados com a CMSC;
8. Elaboração de uma agenda de pesquisa para preencher as lacunas de pesquisa formativa;
9. Advocacia em prol de financiamento para a realização de pesquisas formativas;
10. Advocacia em prol do comprometimento dos doadores e dos parceiros do governo com as orientações da presente estratégia sempre que uma nova iniciativa de nutrição seja lançada, incluindo a alocação de tempo e recursos para a pesquisa e actividades de fortalecimento das capacidades, tais como formações.
11. Criação de um plano de monitoria e avaliação para a fiscalização da operacionalização desta Estratégia. Os indicadores propostos incluem (mas não são limitados a):
 - A proporção dos intervenientes de CMSC em nutrição que reportam ter lido a estratégia;
 - A proporção de províncias com um plano de implementação de CMSC para a prevenção da desnutrição;
 - O número de trabalhadores do sistema nacional de saúde formados em CMSC;
 - O número de organizações implementadoras com pelo menos um trabalhador formado em CMSC;

- Marca elaborada;
- Estratégia de posicionamento elaborada;
- A proporção de programas de CMSC para a prevenção da desnutrição cujas mensagens e produtos de comunicação são certificados;
- O número de programas de CMSC para a prevenção da desnutrição que seguem um processo de planificação de CMSC (ex.: C-Planificar);
- Sistema de gestão de conhecimentos criado;
- Proporção de utentes satisfeitos com o funcionamento do sistema de gestão de conhecimentos;
- Proporção de pesquisas formativas agendadas realizadas.

Formação e Assistência Técnica para o Fortalecimento das Capacidades

Capacidade é provavelmente o mais crucial "determinante comportamental" na adopção de melhores práticas de CMSC. Em Moçambique, os baixos níveis de habilidades de comunicação interpessoal e da capacidade de recolha de dados apresentam desafios significativos. Para operacionalizar as recomendações desta estratégia, os seguintes investimentos no desenvolvimento de capacidades são recomendados:

- O pessoal de saúde deve ser sensibilizado para o contexto social da comunicação para a mudança de comportamento. Embora o pessoal possa não ganhar perícia sobre a comunicação interpessoal, eles podem ser sensibilizados em relação à forma como as suas recomendações técnicas podem ser interpretadas pelos seus pacientes, e como os factores dos agregados familiares podem limitar a capacidade dos pacientes em seguir as instruções. Com uma maior sensibilização acerca das determinantes socio-culturais das práticas de nutrição, o pessoal de saúde pode passar a dar valor ao papel dos trabalhadores de saúde baseados na comunidade, que podem ajudar as mães a negociar novas práticas dada a realidade a nível desses agregados familiares. A sensibilização dos profissionais de saúde pode ser alcançada através da integração de módulos de CMSC na pré-formação e na formação em trabalho e do acréscimo de elementos de CMSC às actividades de supervisão contínua.
- A nível da comunidade, a formação de CMSC para os trabalhadores de saúde baseados na comunidade deve estar assente nas suas perspectivas como pessoas com informações privilegiadas de dentro das comunidades e deve enfatizar as habilidades que complementam (em vez de tentar duplicar) as habilidades do pessoal da saúde. A sua formação técnica deve abranger um conjunto focalizado de tópicos de nutrição e focalizar sobre o desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal (incluindo 'questionar' e 'ouvir'), uso de materiais impressos, facilitação de grupos, demonstrações, referências, observação e tomada de notas. As evidências mostram que até mesmo a comunicação interpessoal breve e simples é eficaz na mudança de comportamentos de saúde, mesmo quando os trabalhadores têm uma formação mínima sobre o conteúdo técnico.⁸² O Modelo de Grupos de Cuidados é um grande exemplo da forma como os pares líderes com capacidades muito baixas podem desempenhar um papel

⁸² From Babor T, Ahmed K, McRee B. Screening, Breve Intervenção e Referência ao Tratamento (SBIRT): Rumo a uma Abordagem de Saúde Pública para a Gestão do Abuso de Substâncias. Manuscrito. Citado em: Snyder 2007: Campanhas de Comunicação de Saúde e o seu Impacto sobre o Comportamento. Leslie B. Snyder, PhD *J Nutr Educ Behav.* 2007;39:S32-S40.

importante na redução da desnutrição. A sua eficácia foi provada nas províncias de Sofala e Gaza e tem potencial para se desenvolver mais ao longo do país.⁸³

- Para a formação em CMSC, as recomendações feitas na avaliação de CMSC do FANTA em 2012⁸⁴ foram: usar apenas formadores comprovados como sendo eficazes para todos os níveis de formação, para evitar a deterioração da qualidade que acontece quando é seguida a abordagem de formação em cascata; e focalizar sobre o sistema de mentoriação para alargar a base de formadores excelentes.
- Para permitir a execução da pesquisa formativa, deve ser desenvolvida a capacidade no seio dos “agentes culturais internos”, uma vez o conhecimento da língua e cultura do local de implementação irão fortalecer a validade dos dados recolhidos. Deve ser dada formação em habilidades básicas para conduzir entrevistas, debates de grupos focais, observações e conservação de registos. A níveis mais elevados, o fortalecimento das capacidades deve focalizar-se sobre a planificação da pesquisa, análise e supervisão da recolha de dados.
- Por fim, deve ser fortalecida a capacidade no seio das empresas de comunicação em Moçambique para aplicarem dados de pesquisa formativa na produção de produtos de comunicação de alta qualidade, moldados e estratégicos, que usam vários canais. A curto prazo, os doadores precisam de investir na capacidade para criar campanhas de comunicação eficazes e com uma marca, que ofereçam um modelo a partir do qual outros intervenientes possam aprender de uma forma activa. Um bom exemplo é o trabalho feito em Moçambique e em outras partes do mundo pelo CPP, com uma capacidade de desenvolvimento integrado nos seus trabalhos. Eventualmente, a motivação para gerar lucro deve guiar as empresas de comunicação locais a adquirirem habilidades analíticas e criativas, uma vez que as que podem produzir um trabalho de alta qualidade irão ganhar mais negócios.

⁸³ Davis, et. al. 2013. “Reduzindo a desnutrição global da criança em escala na Província de Sofala, Moçambique, usando Voluntários de Grupos de Cuidados para comunicar mensagens de saúde para as mães.” *Saúde Global: Ciência e Prática* 21 de Março de 2013 vol. 1 no. 1 p. 35-51. Thomas P Davis Jr, Emma Hernandez Avilan, Cecilia De Mendoza Lopes, Rachel P Chase, Peter J Winch, Henry B Perry. Disponível em: <http://www.ghspjournal.org/content/1/1/35.full.pdf+html>.

⁸⁴ FANTA. 2012. Avaliação da Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) nos Programas de Assistência Multi-Anual (MYAPs) de Título II do Escritório de Food for Peace da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (FFP/USAID) em Moçambique. Washington, DC: FHI 360/FANTA.

Referências

- MISAU. 2007. *Manual do Participante, Orientação para Introdução do Pacote Nutricional Básico ao Nível das Unidades Sanitárias Urbanas e Rurais, 3a Versão*. Maputo: MISAU, Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças, Departamento de Nutrição.
- MISAU. 2013a. *Manual do Participante, Pacote de Aconselhamento Comunitário sobre Alimentação Infantil (AI)*. Maputo: MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.
- MISAU. 2013b. *Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional – Volume II: Adolescentes e Adultos 15 anos*. Maputo: MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição, Fevereiro 2013.
- MISAU. 2013c. *Cuidados Nutricionais para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Formação para Provedores de Cuidados de Base Comunitária. Textos de Apoio para os Participantes*. Maputo: MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Versão por aprovar.
- MISAU. 2014. *Estratégia Nacional de Alimentação Infantil*. Maputo: MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. *Esboço, aguardando aprovação final do MISAU*.
- PAHO e OMS. 2004. *Princípios Orientadores para a Alimentação Complementar da Criança Amamentada*. Acedido no dia 13 de Agosto de 2013, no portal <http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/a85622.pdf>.
- Papathakis, P and Piwoz, E. 2008. *Nutrição e Tuberculoses: Uma revisão da literatura e considerações para programas de controlo da TB*, Washington: DC, África 2010/ Academia para o Desenvolvimento Educacional (AED), Abril 2008.
- UNICEF, 2010. *Nutrição Durante a Gravidez e Amamentação (brochura), Pacote Comunitário de Aconselhamento e Alimentação para Bebés e Crianças Pequenas*, Fevereiro de 2010. Descarregado no dia 5 de Julho de 2014 no portal http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html.
- UNICEF. 2012. *Folheto de Mensagens Chave, Pacote Comunitário de Aconselhamento e Alimentação para Bebés e Crianças Pequenas*, Setembro de 2012. Descarregado no dia 5 de Julho de 2014 no portal http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html.
- UNICEF. 2013. *Materiais do Participante, Pacote Comunitário de Aconselhamento e Alimentação para Bebés e Crianças Pequenas*, Setembro de 2013. Descarregado no dia 5 de Julho de 2014 no portal http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html.
- WASHplus. 2013. *Integrando a Água, Saneamento e Higiene na Programação da Nutrição*, Washington: DC, WASHplus/ FHI 360, Maio de 2013.

Anexo A: Recursos para Pesquisa, Planificação e Implementação da Comunicação para Mudança Social e de Comportamento

As ferramentas relacionadas com a Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) aqui apresentadas devem proporcionar uma orientação valiosa para os implementadores da pesquisa, planificação e implementação da CMSC. Enquanto se revê as ferramentas, recomenda-se que se foque sobre a replicação dos principais passos do processo de CMSC, tirando inspiração dos casos de sucesso, sem copiar o conteúdo da actual comunicação, uma vez que os projectos exemplares foram baseados numa pesquisa cuidadosa e numa adaptação da comunicação para contextos particulares. Por isso, as marcas, mensagens e actividades específicas usadas num determinado local podem não ser adequadas num outro local.

Os materiais disponíveis *online* foram oferecidos dentro de um espírito de partilha e aprendizagem, e devem ser citados de forma adequada. Estes materiais podem ser reproduzidos, traduzidos e adaptados conforme as necessidades. Alguns já estão disponíveis em língua Portuguesa.

Recursos para a Planificação e Implementação da CMSC

1. Projecto C-Change (www.c-changeprogram.org/)

Financiado pela Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, o projecto C-Change da FHI360 forneceu aos governos, organizações e comunidades ferramentas, formação e mentorização para lhes ajudar a desenvolver programas de CMSC moldados para situações específicas.

Os Módulos-C constituem um pacote de aprendizagem dos seis módulos do projecto C-Change para seminários facilitados cara-a-cara em CMSC. Os Módulos-C foram desenhados para praticantes de comunicação em organizações de pequena e média dimensão e contêm os seguintes documentos disponíveis para descarregar:

- Manual do praticante para cada módulo
- Guião do facilitador para cada módulo bem como um Guião de Preparação do Facilitador
- Recursos adicionais

O conjunto completo dos módulos está disponível em língua Portuguesa em www.c-hubonline.org/resources/c-modules-portuguese-learning-package-social-and-behavior-change-communication-um-pacote, e em língua Inglesa em www.c-changeprogram.org/focus-areas/capacity-strengthening/sbcc-modules.

Os Buletins-C foram desenvolvidos pelo C-Change para comunicação dos praticantes que elaboram e adaptam materiais e actividades de CMSC para audiências com baixos níveis de alfabetização. Cada boletim oferece apoio prático sobre como executar e uma lista de recursos adicionais para trabalhar com audiências com baixo nível de alfabetização. Os 10 Buletins-C complementam os Módulos-C que podem ser descarregados em www.c-hubonline.org/resources/c-bulletins.

Para os esforços de desenvolvimento de capacidades de CMSC, a ferramenta de avaliação das capacidades do C-Change é um guião para determinar como os esforços de CMSC existentes conjugam com as melhores práticas e para identificar áreas que precisam de apoio. A ferramenta e os recursos relacionados podem ser encontrados em língua Portuguesa em www.c-hubonline.org/resources/sbcc-capacity-assessment-tools-portuguese, e em língua Inglesa em www.c-hubonline.org/resources/sbcc-capacity-assessment-tools.

O C-Hub (www.c-hubonline.org/) é o repositório geral do projecto para estratégias, materiais e ferramentas de CMSC.

2. Projecto Alive & Thrive (Vivo & Próspero) (www.aliveandthrive.org/)

Alive & Thrive é uma iniciativa de 6 anos (2009 – 2014) financiada pela Fundação Bill & Melinda Gates para melhorar a nutrição dos bebés e das crianças pequenas aumentando as taxas de aleitamento materno exclusivo e melhorando as práticas de alimentação complementar. O projecto visa alcançar mais de 16 milhões de crianças com menos de 2 anos de idade em Bangladesh, na Etiópia e no Vietname, trabalhado através dos agregados familiares, comunidades e unidades sanitárias, e intervenções nos meios de comunicação social.

Existem muitos recursos valiosos disponíveis em <http://aliveandthrive.org/resources>, incluindo relatórios técnicos, conjuntos de estudos de caso para a mudança de comportamento, vídeos, relatórios destacando as ferramentas, os métodos e os resultados alcançados; exemplos de produtos de comunicação e uma grande variedade de materiais de projectos da Etiópia, do Vietname e do Bangladesh. Os vários exemplos recomendados incluem:

- Um pacote de um programa de mobilização comunitária da Etiópia promovendo “Famílias Inteligentes e Fortes” através de sete acções principais de alimentação. O pacote inclui uma visão geral, um guião de formação, um guião de seis conversas para grupos comunitários, lições de Escolas Inteligentes e Fortes, cartaz sobre alimentação durante a doença, perguntas e respostas sobre acções de alimentação, e o cartão do pai. Os materiais encontram-se disponíveis em <http://aliveandthrive.org/resource/community-mobilization-ethiopia#sthash.cZmjTSuu.dpuf>.
- Um perfil de um programa de sucesso no Vietname (http://aliveandthrive.org/sites/default/files/eMag-VN-Mass_Media-04-14-14.pdf). A campanha “bebés que falam” mostra como a promoção do aleitamento materno através dos órgãos de comunicação social mudou os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as normas sociais e os comportamentos para salvar vidas.
- Uma descrição da iniciativa de criação de demanda para a alimentação infantil usando um variedade de eventos, actividades e materiais para gerar a procura pelos serviços (<http://aliveandthrive.org/sites/default/files/Demand%20generation%20plan%20for%20IYCF%20counseling%20services.pdf>).
- Directrizes para a elaboração da marca na campanha de nutrição do projecto Alive & Thrive (<http://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/Franchise%20Brand%20Guidelines%20-Eng.pdf>).

3. Escola Johns Hopkins Bloomberg do Centro de Saúde Pública para Programas de Comunicação (CCP) (www.jhuccp.org/)

O CCP tem sido um líder nas comunicações de mudança de comportamento desde a sua criação há mais de 20 anos. Encontra-se baseado em Baltimore, MD, EUA na Universidade de Johns Hopkins e opera projectos em 30 países em todo o mundo. A perícia técnica do CCP e a experiência no programa tem o seu enfoque sobre a planificação e implementação de programas de comunicação estratégica. O CCP trabalha dentro de um âmbito alargado de sub-áreas da saúde, incluindo a nutrição. O grande investimento do CCP no desenvolvimento de capacidades para CMSC está reflectido na vasta selecção de recursos que eles têm disponíveis em www.jhuccp.org/resource_center.

O HC3 é um dos actuais projectos do CCP. Este projecto global de cinco anos financiado pela USAID foi designado para fortalecer a capacidade nos países em vias de desenvolvimento para implementarem programas de comunicação de saúde modernos. O HC3 apoia uma aprendizagem colaborativa, intercâmbio e fortalecimento de capacidades através de:

- Health COMPass (www.TheHealthCOMPpass.org), uma colecção interactiva dos melhores recursos, ferramentas e exemplos de programas de CMSC. Também oferece uma procura guiada para aprender a CMSC e permite que os utilizadores publiquem os seus próprios materiais.
- Springboard for Health Communication (www.healthcomspringboard.org/), uma rede para a partilha de conhecimentos, experiências e recursos de comunicação na área da saúde, através de eventos de ligação cara-a-cara e comunidades *online* sobre práticas, fóruns de debate e webinars.

As Reuniões sobre o Impacto da Comunicação são estudos de caso de projectos que destacam programas de CMSC eficazes implementados pelo CCP. Um de Moçambique, *No. 27: Community-Based & Mass Media Communication Change HIV/AIDS-Related Social Norms & Sexual Behaviors in Mozambique*) está disponível em www.jhuccp.org/sites/default/files/Communication%20Impact%20TTHV_FINAL2.pdf.

O modelo de assinatura do CCP para guiar o processo de CMSC, designado por Processo-P (bastante semelhante ao processo “C-Planificar” usado pelo C-Change) pode ser encontrado em www.jhuccp.org/sites/default/files/P_Process_5_Steps.pdf.

4. O grupo CORE (www.coregroup.org/)

O grupo CORE apoia governos e organizações não-governamentais para alcançarem o nível comunitário, integrarem estratégias comunitárias nos planos nacionais de saúde e responderem às novas e emergentes questões de saúde. Em colaboração com vários parceiros e organizações, o grupo CORE já produziu várias ferramentas modernas e recursos técnicos que estão disponíveis em www.coregroup.org/resources/core-tools.

O Grupo de Trabalho de Mudança Social e de Comportamento do Grupo CORE possui uma variedade de recursos especialmente para os implementadores de programas de CMSC disponível em www.coregroup.org/our-technical-work/working-groups/social-and-behavior-change.

5. Guia Metodológico de Comunicação Social em Nutrição (www.fao.org/docrep/003/T0807P/T0807P00.HTM)

Este guia da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura está disponível em língua Portuguesa. O mesmo apresenta uma metodologia para intervenção com orientação sobre como seleccionar audiências e canais de comunicação, como elaborar mensagens, etc.

6. Recursos para Grupos de Cuidados

Um grupo de Cuidados é um grupo composto por 10 – 15 educadores de saúde baseados na comunidade que se reúne regularmente com o pessoal do projecto para efeitos de formação e supervisão. Cada educador é responsável por uma visita regular a 10 – 15 vizinhos para partilhar o que aprendeu e facilitar a mudança de comportamento a nível do agregado familiar. Os recursos para Grupos de Cuidados incluem:

- Estabelecendo Critérios para Grupos de Cuidados (www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/care_group_criteria_083009.pdf)
- Informação dos Grupos de Cuidados (www.caregroupinfo.org/blog/) e uma apresentação em PowerPoint descrevendo os Grupos de Cuidados (<http://caregroupinfo.org/vids/cgvid/player.html>)
- Relatório de Grupo de Aconselhamento Técnico do Grupo de Cuidados (www.coregroup.org/storage/Social_Behavior_Change/Program_Design/Care_Group_TAG_final_report_12_8_2010.pdf) e anexos (www.coregroup.org/storage/Social_Behavior_Change/Program_Design/Care_Group_TAG_final_report_appendices.pdf)

- Manual dos Grupos de Cuidados (<http://www.fsnnetwork.org/resource-library/social-and-behavioral-change/care-groups-training-manual-program-design-and-impleme>)

7. Material de Referência para a Mudança Social e de Comportamento da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional para o Programa de Subvenções de Sobrevivência das Crianças e Saúde

(www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_cross)

Este material de referência actualizado está desenhado para servir de referência de campo para as pessoas que planificam programas e os que executam programas de mudança social e de comportamento para a sobrevivência da criança. Este material oferece uma abordagem compreensiva à mudança social e de comportamento com uma orientação particularmente útil sobre as questões de género.

8. Curso *online*: Bases Sociais e Fundamentos Comportamentais dos Cuidados de Saúde Primária (Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg)

(<http://ocw.jhsph.edu/index.cfm/go/viewCourse/course/SocialBehavioralFoundations/coursePage/index/>)

Este curso proporciona os conhecimentos e as habilidades necessárias para compreender os comportamentos comunitários, individuais e organizacionais e os processos de mudança como uma base para a planificação de programas culturalmente adequados no contexto de um modelo ecológico de comportamento de saúde. Todas as 20 palestras, materiais de leitura do curso e recursos afins estão disponíveis.

9. Entrevista Motivacional para Mudança de Comportamento (<http://mi.fhi.net/>)

A entrevista motivacional é um método para os conselheiros ajudarem os clientes a resolverem a ambivalência acerca das mudanças de comportamentos difíceis. A Food for the Hungry adaptou o modelo de entrevistas motivacionais para usar nos países em vias de desenvolvimento em questões ligadas à prevenção do HIV. Os materiais publicados neste portal devem ser usados por qualquer pessoa que deseja formar outras pessoas em Entrevistas Motivacionais para a Mudança de Comportamento.

Recursos para Guiar a Pesquisa Formativa

Vários métodos podem ser usados para realizar pesquisas em locais de implementação visando identificar as determinantes comportamentais e contextuais que se deve tomar em consideração na planificação de actividades, materiais e mensagens de comunicação. A seguir vêm apresentados os métodos e as ferramentas de pesquisa recomendados.

1. Módulo-C 1, Manual do Praticante

Do conjunto de Módulos-C, o Módulo-C 1 apresenta orientações para “entender a situação”, o primeiro passo do processo C-Planificar. As páginas 16 a 26 apresentam recursos práticos para identificar as lacunas de evidências; seleccionar o método de pesquisa mais adequado, entre métodos quantitativos e qualitativos; fazer um plano de pesquisa, e considerar como os dados resultantes podem ser usados. O Módulo-C 1 pode ser encontrado em Língua Portuguesa em http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/M%C3%B3dulo%201%20Praticante_0.pdf e em língua Inglesua em <http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/Module1-Practitioner.pdf>.

2. Identificando e Priorizando as Necessidades de Mudança de Comportamento

A série “Directo ao Ponto” da Pathfinder International proporciona uma excelente **ferramenta para Identificação e Priorização das Necessidades de Mudança de Comportamento** em língua Portuguesa (www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Straight-to-Point_Identifying-and-

[Prioritizing-BC-Needs_Portuguese_28Aug13.pdf?x=67&y=21](#)) e em língua Inglesa ([www.pathfinder.org/publications-tools/straight-to-the-point-identifying-and-prioritizing-behavior-change-needs.html](#)). Esta ferramenta mostra como: (a) realizar uma pesquisa formativa menos extensiva para identificar as barreiras e os factores promotores para a mudança, e (b) priorizar os aspectos que merecem enfoque, mesmo com recursos limitados. A ferramenta também explica como realizar avaliações informais com os membros da comunidade. Esta série também proporciona uma ferramenta de avaliação da programação de CMSC ([www.pathfinder.org/publications-tools/Straight-to-the-Point-Evaluation-of-Behavior-Change-Activities.html](#)).

3. Pesquisa das Práticas Melhoradas [Trials of Improved Practices (TIPs)]

TIPs é uma técnica de pesquisa formativa desenvolvida pelo Grupo Manoff que permite que os planificadores de programas façam um pré-teste das actuais práticas que o programa irá promover e usem as experiências e opiniões dos participantes para informar a planificação de um plano de comunicação. O uso das TIPs revela as preferências e a capacidades da audiência alvo, bem como os obstáculos que eles enfrentam ao tentar implementar novos comportamentos ([www.manoffgroup.com/approach_developing.html](#)).

Um exemplo das TIPs para panificação de programas. Na região sudeste da Nigéria, nenhuma das crianças pequenas que foram objecto de estudo tinha um consumo adequado de calorias no primeiro registo alimentar. As TIPs constataram que enquanto a maior parte das mães rejeitava o conselho para fazer alimentos complementares mais espessos, quase todas aceitaram a ideia de adicionar um pouco de óleo de palma, amendoim e outros alimentos ricos em calorias e nutrientes, que tinham o mesmo benefício nutricional. Depois de ajustar o plano do programa em conformidade, nas experiências finais, 21 das 28 crianças com idade entre 6 e 23 meses tinham um consumo adequado de calorias. As directrizes sobre como realizar TIPs podem ser encontradas em [www.manoffgroup.com/resources/summarytips.pdf](#).

4. Abordagens de Desvio Positivo

O conceito de “Desvio Positivo” reconhece que em todas as comunidades existem determinados indivíduos ou grupos (os desviantes positivos) cujos comportamentos não comuns mas de sucesso permitem que eles encontrem melhores soluções para um determinado problema em relação aos seus pares. Estas pessoas ou grupos têm acesso a exactamente os mesmos recursos e enfrentam os mesmos desafios e obstáculos que os seus pares. A abordagem sobre o desvio positivo tem o seu enfoque sobre a identificação de factores promotores e resolução de problemas dentro da comunidade e a mobilização destas abordagens para a mudança social e de comportamento. O portal [www.positivedeviance.org/](#) apresenta mais informação acerca da abordagem e uma variedade de recursos. Existem vários manuais que focalizam sobre a nutrição, incluindo um guia em língua Portuguesa do Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade ([www.positivedeviance.org/pdf/manuals/guiaemporuguese.pdf](#)).

Exemplos de abordagens de pesquisa formativa com audiências específicas

A pesquisa formativa não precisa de ser uma actividade que consome muito tempo ou recursos. Abaixo vêm apresentados exemplos de metodologia de pesquisa que podem ser empregues para identificar os determinantes comportamentais num determinado contexto particular.

Para audiências alcançadas através da comunicação para mudança de comportamento (audiências mais afectadas e audiências que influenciam directamente ao nível dos agregados familiares e das redes sociais): pode incluir a realização de entrevistas aprofundadas com 5 a 10 membros da audiência alvo (por exemplo, mães de crianças com menos de 2 anos) na zona ou distrito específico onde se estará a implementar as actividades de CMSC, para identificar as barreiras específicas para a mudança desejada que o implementador seleccionou (por exemplo, porque é que sentem que não podem amamentar exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida da criança?) e os

benefícios que percebem que poderão obter ao praticar a mudança desejada (por exemplo, como é que pensam que iriam beneficiar, se iriam beneficiar de todo, de amamentar exclusivamente a sua criança nos primeiros 6 meses de vida?).

Para audiências alcançadas através da mobilização social (audiências que influenciam directamente ao nível da comunidade): pode incluir a realização de 5 a 10 entrevistas aprofundadas com a audiência-alvo (por exemplo, líderes comunitários e religiosos) na zona ou distrito específico onde se estará a implementar as actividades de CMSC, para identificar as barreiras específicas para a mudança desejada que o implementador seleccionou (por exemplo, porque é que sentem que não podem apoiar as mães e os pais a praticar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida dos seus filhos e praticar a alimentação complementar adequada para crianças dos 6 aos 24 meses?) e os benefícios que percebem que poderão obter ao praticar a mudança desejada (por exemplo, como é que pensam que iriam beneficiar, se iriam beneficiar de todo, de apoiar as mães e os pais a praticarem o aleitamento materno exclusivo e a alimentação complementar adequada?).

Os resultados da pesquisa formativa seriam depois usados para elaborar ou ajustar os objectivos de comunicação específicos para o programa, e para escrever o resumo criativo para elaborar materiais para a audiência alvo, que depois teriam de passar por uma testagem de conceito e um pré-teste.

Anexo B: Inventário dos documentos relacionados com a CMSC e nutrição em Moçambique

Actualizado no dia 25 de Setembro de 2014

Tipo de documento	Título	Autores	Data	Áreas Geográficas Abrangidas	Breve descrição
Pesquisa formativa	Perfis dos agregados familiares no projecto STRIVE em Moçambique: análise dos dados qualitativos	Michaud-Letourneau I. Save the Children	2009–2011	Nampula	Neste projecto, o programa STRIVE Moçambique visava fortalecer a estabilidade económica dos agregados familiares através de grupos de poupança e empréstimo e sistemas de mão-de-obra partilhada; e examinar os efeitos da participação nessas actividades sobre a segurança alimentar dos agregados familiares e a nutrição infantil. Este documento descreve a informação sobre os perfis dos agregados familiares, os desafios mencionados pelas famílias, as práticas de saúde, as práticas de nutrição e as estratégias para lidar positivamente com problemas situacionais.
Pesquisa formativa	Resultados de um inquérito para priorizar mensagens de aconselhamento para pessoas vivendo com HIV e/ ou TB em Moçambique http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Relat%C3%B3rio-resultados-question%C3%A1rio-Oct2013-ENG-2013.pdf	Remane M. FANTA/ FHI 360	2013	Nacional	O inquérito foi feito na base de entrevistas com provedores de cuidados de saúde e profissionais de nutrição para determinar as mensagens de aconselhamento nutricional mais relevantes para, e eficazes na prevenção da deterioração do estágio nutricional das PVH e/ou TB. As mensagens foram classificadas de acordo com as respostas dos inquiridos.
Pesquisa formativa	Avaliação preliminar dos serviços de nutrição providenciados às crianças infectadas com o HIV e/ou TB em Moçambique	Michaud-Letourneau I.	2011	Cidade de Maputo	O estudo avaliou os serviços de nutrição prestados às crianças em serviço ambulatorio infectadas com o HIV e/ou TB. Eles constataram que havia pouco material sobre esta matéria e que não havia material sobre avaliação nutricional. Foram sugeridos materiais e temas recomendados.
Pesquisa formativa	Diversidade dietética como uma medida de adequação de micro nutrientes da dieta da mulher:	Weismann D, Arimond M, Loechl C.	2009	Província da Zambézia	Este estudo era parte de uma iniciativa visando avaliar o potencial dos indicadores de diversidade dietética para avaliar a adequação dos micronutrientes em zonas com

Tipo de documento	Título	Autores	Data	Áreas Geográficas Abrangidas	Breve descrição
	resultados de uma zona rural de Moçambique http://www.fantaproject.org/research/womens-dietary-diversity-project	FANTA II/ FHI 360			poucos recursos. Eles constataram que as dietas tinham um baixo teor de micronutrientes nos alimentos em comparação com as zonas abrangidas pelo programa de suplementação de micro nutrientes. Eles recomendaram que os indicadores de diversidade dos grupos alimentares têm o potencial de ser usados na avaliação do consumo de nutrientes a nível da população.
Pesquisa formativa	Motivações dos voluntários comunitários na zona norte de Moçambique: Programa de segurança alimentar	Michaud-Letourneau I. Save the Children	2007	Distritos costeiros da província de Nampula	Foram descritas as motivações dos voluntários comunitários em participar no projecto e sustentar as suas actividades. Os autores sugeriram que os organizadores do programa devem desenhar intervenções que abordam os factores a nível pessoal e comunitário para garantir a sustentabilidade.
Pesquisa formativa	Inquérito da avaliação das necessidades para Zambézia. Relatório das constatações	Langworthy M. Tango International	2007	Província da Zambézia, 5 distritos	O inquérito foi realizado para prestar informação acerca das condições de segurança alimentar numa área onde estava planeado um novo projecto. Foi obtida a informação sobre o meio ambiente, as condições de saúde, conhecimentos sobre as práticas de saúde e agricultura e os alimentos típicos consumidos na região.
Pesquisa formativa	Avaliação do conhecimento e práticas dos profissionais de saúde em relação ao pacote nutricional básico (PNB)	MISAU UNICEF	2011		O estudo avaliou a dimensão na qual o PNB tinha fortalecido os conhecimentos e as práticas dos trabalhadores da saúde na área da nutrição. Foram feitas recomendações, incluindo a necessidade de uma formação contínua e frequente, melhoria dos materiais, orientação para os beneficiários da formação e a necessidade de inclusão de mensagens nas instituições de formação no sector da saúde.
Pesquisa formativa	Seleção dos alimentos, métodos de preparação dos alimentos e crenças alimentares em dois distritos da província da Zambézia	Karkalo L, Hauta-alus H, Freese R, Mutanen M.	2010	Província da Zambézia, 5 aldeias	O estudo recolheu informação sobre a seleção dos alimentos, métodos de preparação de alimentos e crenças alimentares. Foi feita uma descrição da dieta típica e os alimentos mais comuns. Foram descritas recomendações alimentares durante a gravidez e foram descritas as crenças alimentares e informações alimentares.

Tipo de documento	Título	Autores	Data	Áreas Geográficas Abrangidas	Breve descrição
Pesquisa formativa	O seu filho já apanhou a vacina? Relatório de estudo de avaliação rápida CAP sobre adesão a vacinação e introdução de novas vacinas	MISAU UNICEF Redigido per De Maria F.		Nacional	Foi efectuada uma rápida avaliação sobre os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às práticas de imunização de rotina. Constatou-se que os conhecimentos são limitados mas existe uma atitude favorável. Foi descrita a fraqueza relacionada com a comunicação acerca da vacinação.
Pesquisa formativa	Conhecimento, crenças e práticas (CCP) em relação a amamentação exclusiva de bebés com menos de 6 meses de idade em Moçambique: um estudo qualitativo jhl.sagepub.com/content/early/2010/10/07/0890334410390039 Jnl Hum Lact 27(1): 25-32	Arts M, Geelhoed D, de Schacht C, Prosser W, Alons C, Pedro A.	2011	Tete, Gaza, Zambézia, Cidade de Maputo	O estudo contribuiu com informação para o desenvolvimento de uma estratégia nacional de comunicação sobre a amamentação. Foi debatida a informação sobre CCP e foram apresentadas recomendações.
Materiais de CMSC	Dieta equilibrada para a família (incluindo informação para mulheres grávidas)	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Breve informação sobre os alimentos, a nutrição e as necessidades nutricionais durante o ciclo de vida.
Materiais de CMSC	Pacote de materiais de nutrição comunitária para promotores	Save the Children	2009	Sem informação	Inclui secções de texto e imagens sobre tópicos chave de nutrição, alimentação e saúde.
Materiais de CMSC	Aprender sobre os alimentos	Ministério da Educação do Governo de Moçambique	Sem informação	Sem informação	Uma publicação de 36 páginas em formato de jornal contém informação extensiva sobre uma variedade de tópicos relacionados com os alimentos, a nutrição e a saúde.
Materiais de CMSC	Álbum seriado para APEs: saúde materna e infantil	MISAU, UNICEF	2011	Sem informação	Este álbum seriado encoraja o uso de discussão participativa, discussão das barreiras para a mudança de comportamentos relacionados com a saúde, por forma a ajudar as famílias a receberem informação precisa e para adoptarem as práticas. Tópicos nutricionais incluem a nutrição durante a gravidez, aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar.

Tipo de documento	Título	Autores	Data	Áreas Geográficas Abrangidas	Breve descrição
Materiais de CMSC	Orientação do pacote nutricional básico. Manuais do facilitador e dos participantes	Ministério da Mulher e Acção Social, Instituto Nacional de Acção Social.	Sem informação	Sem informação	Este pacote inclui práticas básicas de nutrição, alimentação, saúde e higiene, nutrição durante a gravidez, aleitamento materno e alimentação complementar, e HIV.
Materiais de CMSC	Pacote do Quadro das Acções Nutricionais Essenciais	USAID, JSI, HKI, AED, Core Group	2011	Sem informação	Informação sobre cada intervenção das Acções Nutricionais Essenciais, como um recurso para formação e para a promoção de mudança de comportamento a nível do domicílio.
Materiais de CMSC	Pacote de formação sobre alimentação infantil para grupos de suporte	MISAU	Sem informação	Sem informação	Este pacote consiste de uma série de elementos, incluindo um livro de orientação, manual do facilitador, manual do participante e um álbum seriado. Aborda o aleitamento materno e a alimentação complementar, habilidades de aconselhamento, nutrição materna, alimentação de crianças doentes, e HIV.
Materiais de CMSC	Álbuns seriados sobre nutrição comunitária para profissionais de saúde e trabalhadores comunitários	MISAU, USAID, Ogumaniha	Sem informação	Sem informação	Este pacote de dois álbuns seriados aborda a alimentação da família, nutrição materna, alimentação infantil, alimentação dos adolescentes, alimentação de crianças doentes, nutrição durante as doenças crónicas, e higiene na preparação dos alimentos.
Materiais de CMSC	Formação sobre nutrição para escolas de agricultura do campo (versões do facilitador e dos participantes)	FAO	2012	Sem informação	Os materiais oferecem informação nutricional sobre a alimentação da família e a alimentação infantil para uso pelos profissionais de extensão agrária, para apoiar na selecção das culturas e para melhorar o estado nutricional.

Tipo de documento	Título	Autores	Data	Áreas Geográficas Abrangidas	Breve descrição
Avaliações de programas de CMSC	Revisão e desenvolvimento de uma estratégia de mudança de comportamento para os objectivos nutricionais	Michaud-Letourneau I.	2009	Nampula	Este projecto tem como base a formação progressiva dos funcionários a vários níveis e voluntários comunitários para promoverem comportamentos óptimos na Saúde Materno Infantil e Nutrição e serviços. Este projecto é suportado com materiais de formação. Foram recomendados melhorias nos assuntos operacionais e no conteúdo.
Avaliações de programas de CMSC	Estudo TRaC de Saúde Materno/ Infantil avaliando o uso de sal iodado entre mulheres com idade entre 15 – 65 anos na Província de Nampula	Serie de Pesquisa de marketing social da PSI	2010	Nampula	O estudo avaliou as mudanças ao longo do tempo em termos do uso de sal iodado e as determinantes relacionadas com o uso. Os canais de comunicação foram classificados como sendo os mais eficazes para alcançar a população alvo.
Avaliações de programas de CMSC	Avaliação da Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) da Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional de Comida para a Paz (USAID/FFP) Programas Bienais de Assistência do Título II (MYAPs) em Moçambique http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JPQF.pdf	FANTA/FHI 360	2008–2012	Nampula Zambézia	O programa foi implementado a nível da comunidade através de uma miscelânea de abordagens interpessoais e comunitárias e de BCC. O relatório descreve os canais de comunicação considerados eficazes e os formatos de media usados.
Avaliações de programas de CMSC	Reduzindo a desnutrição infantil global em escala na província de Sofala usando Voluntários de Grupos de Cuidados para comunicar mensagens de saúde para as mães Glob Health Sci Pract 2013;1(1):35-51.http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-12-00045	Davis TP, Wetzel C, Hernandez Avilan E, de Mondoza Lopes C, Chase RP, Winch PJ, Perry HB	2006–2010	Província de Sofala, 7 distritos	O projecto usava voluntários de grupos de cuidados num modelo de promoção de saúde em cascata, para transmitir mensagens sobre a diarreia e a nutrição. Os voluntários eram apoiados e supervisionados por promotores pagos. Foram obtidas melhorias substanciais em comportamentos domiciliários relacionados com a nutrição. A distribuição directa de alimentos não fazia parte da estratégia do projecto.

Tipo de documento	Título	Autores	Data	Áreas Geográficas Abrangidas	Breve descrição
Avaliações de programas de CMSC	Rumo à melhoria da nutrição sustentável nas zonas rurais em Moçambique: abordando a desnutrição em micronutrientes através de novas culturas e hábitos: principais constatações http://fsg.afre.msu.edu/tsni/TSNI_FINDINGS1_TEXT_DONOR_REPORT.pdf	Low J, Arimond M, Osman N, Osei AK, e Zano F, Cunguara B, de Lurdes Selemane M, Abdullah D, Tschirley D.	2005	Província da Zambézia, 2 distritos	O projecto visava contribuir para o alívio da desnutrição através da integração da agricultura e actividades de nutrição; o projecto tinha o seu enfoque especial sobre a introdução e promoção da batata-doce de polpa alaranjada. O produto foi aceite, foram introduzidas ideias sobre o processamento e foi reduzida a deficiência em termos de vitamina A.
Estratégias de CMSC	Plano de comunicação e mobilização social para a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno 2009–2013 (2015)	RDM MISAU UNICEF OMS IBFAN	2009		A estratégia constatou que as taxas de amamentação exclusiva são baixas, apesar de muitas crianças continuarem a ser amamentadas até aos 12 – 15 meses de idade. As actuais práticas e crenças incorrectas foram abordadas e as mensagens foram anotadas.