

**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**

Maio 2012

O presente relatório torna-se possível graças ao generoso apoio do povo Americano através do apoio do Gabinete de Saúde, Doenças Infecciosas e Nutrição, Bureau para Saúde Global, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e USAID/Moçambique, ao abrigo dos termos do Acordo Cooperativo Nr. AID-OAA-A-12-00005, através do FANTA, gerido pela FHI 360.

Os conteúdos são da responsabilidade da FHI360 e não reflectem necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

Versão do esboço não publicada, Maio de 2012

Citação recomendada:

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.

Contacto para Informações:

Projecto III de Assistência Técnica em Alimentação e Nutrição (FANTA).
FHI 360
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington, DC 20009-5721
Tel: 202-884-8000
Fax: 202-884-8432
Email: fantamail@fhi360.org
Website: www.fantaproject.org

Agradecimentos

A equipa de Comunicação para Mudança Social e de Comportamento (CMSC) apresenta os seus agradecimentos às seguintes pessoas que providenciaram apoio técnico e logístico aos autores durante as suas visitas de campo aquando da sua estadia em Moçambique: Maria Pinto (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional [USAID]/Moçambique); Choi Lin Silva, Paulo DeFelice (Visão Mundial); Farai Muchiguel e Anselmo Lisboa (Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais); Agy Hermínio, Said Amur, Salva Baldizon e Milly Djevi (Save the Children); e Gino Regina e Enrique Maradiaga (Africare). A equipa também agradece ao pessoal das organizações dos Programas de Assistência Multi-Anual (MYAPs) de Título II com o qual manteve encontros em Maputo, bem como diverso pessoal de campo que deu o seu apoio na logística e na organização das visitas de campo, e partilhou informação valiosa com a equipa de CMSC. A equipa de CMSC agradece profundamente todo o apoio e assistência.

Adicionalmente, a equipa gostaria de estender os seus agradecimentos aos vários funcionários do Governo da República de Moçambique com os quais manteve encontros, incluindo o pessoal do Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde e os directores provinciais e distritais de Saúde nas províncias da Zambézia e de Nampula. A equipa agradece também às várias individualidades da USAID/Moçambique com as quais manteve encontros, bem como ao pessoal do UNICEF. Os agradecimentos são também extensivos ao pessoal do projecto de Fortalecimento Comunitário dos Serviços Clínicos de HIV/SIDA da FHI 360, pelo encontro com a equipa. A equipa apresenta muitos agradecimentos a todos os acima mencionados por terem providenciado informação extremamente valiosa para a avaliação.

A equipa está também muito grata aos vários membros da comunidade com os quais se encontrou e que de forma tão aberta partilharam as suas experiências e enriqueceram os conhecimentos e o entendimento da equipa sobre a programação da CMSC dentro das suas comunidades.

A equipa de CMSC também gostaria de agradecer à USAID/Moçambique por fornecer comentários de revisão aos esboços iniciais do presente relatório de avaliação.

Índice

Agradecimentos	i
Abreviaturas e Acrónimos	v
Sumário Executivo	1
1. Introdução	9
2. Antecedentes	10
3. Objectivos	12
4. Métodos	13
4.1 Equipa de Avaliação da CMSC	13
4.2 Amostra da População	13
4.3 Recolha de Dados	14
4.4 Sumário das Actividades de Campo de CMSC	15
5. Características da CMSC	18
5.1 O Modelo Sócio-Ecológico.....	18
5.2 Processo de CMSC	20
5.3 Componentes de uma Estratégia de CMSC.....	21
5.4 Abordagens Estratégicas e Canais	22
6. Sumário da CMSC Relacionada à Nutrição em Moçambique	24
6.1 CMSC nas Políticas, Estratégias, Planos e Protocolos de MPC	24
6.2 CMSC nas Estratégias, Planos e Programas do GEU	31
7. Resultados da Avaliação	32
7.1 Compreender a Situação	32
7.2 Focar e Delinear.....	33
7.2.1 Estratégia Global de CMSC	33
7.2.2 Mudanças Desejadas e Mensagens Chave	33
7.2.3 Audiências.....	35
7.2.4 Intervenções	36
7.2.5 Melhores Práticas de Intervenção	38
7.2.6 Outras Observações.....	40
7.3 Criar	40
7.3.1 Materiais	40
7.4 Implementar e Monitorar	44
7.4.1 Estrutura do Pessoal	44
7.4.2 Formação.....	46
7.4.3 Coordenação com a DPS, SDSMAS e Parceiros	47
7.4.4 Cobertura.....	48
7.4.5 Supervisão de Apoio	49
7.5 Avaliar e Re-planificar.....	49
7.6 Entrevistas Rápidas de Avaliação aos Beneficiários	53

8. Lições Aprendidas e Desafios	55
8.1 Lições Aprendidas	55
8.2 Desafios	55
9. Recomendações	57
9.1 Compreender a Situação	57
9.2 Focar e Delinear.....	57
9.2.1 Estratégia Global de CMSC.....	57
9.2.2 Mudanças Desejadas e Mensagens Chave	58
9.2.3 Audiências.....	61
9.2.4 Intervenções	63
9.3 Criar	64
9.3.1 Materiais	64
9.4 Implementar e Monitorar	65
9.5 Avaliar e Replanificar.....	68
Referências.....	70
Anexo 1. Mapa das Províncias e Distritos para as Visitas de Campo da Equipa de CMSC.....	73
Anexo 2. Agenda do Trabalho de Campo da Equipa de CMSC.....	74
Anexo 3. Instrumentos de Avaliação	76
Anexo 4. Materiais e Mensagens Chave da Visão Mundial	81
Anexo 5. Materiais e Mensagens Chave do MYPAP da Save the Children	85
Anexo 6. Instrumentos de Supervisão da Agência Adventista de Desenvolvimento e Recusos Assistenciais	91
Anexo 7. Instrumentos de Supervisão da Visão Mundial.....	95
Anexo 8. Fichas de Relatório de Nível Comunitário.....	97

Lista de Figuras

Figura 1. O Modelo Sócio-Ecológico	19
Figura 2. O Processo Planeamento-C.....	20
Figura 3. Três Estratégias Chave de CMSC.....	22
Figura 4. Cartaz dos Grupos Alimentares.....	42
Figura 5. Exemplo de um Cartaz com Desenhos Pequenos	42
Figura 6. Exemplo de um Cartaz com Desenhos Grandes	43

Lista de Tabelas

Tabela 1. Sumário das Visitas aos Locais de Campo.....	16
Tabela 2. Componentes de uma Estratégia de Comunicação	21
Tabela 3. Tipos de Canais	23
Tabela 4. Algumas Recomendações sobre Mensagens de CMSC e Modos de Comunicação para o Aleitamento Materno, a Alimentação Complementar e a Nutrição Materna na Província da Zambézia.....	29
Tabela 5. Canais de CMSC da ADRA.....	36
Tabela 6. Canais de CMSC da VM	37
Tabela 7. Canais de CMSC da SC	38
Tabela 8. A Estrutura do Pessoal da ADRA.....	44
Tabela 9. Estrutura do Pessoal da VM	45
Tabela 10. Estrutura do Pessoal da SC.....	46
Tabela 11. Estruturas de Formação do MYAP por Implementador	46
Tabela 12. Indicadores de Resultados de Comportamento Reportados pela ADRA, VM e SC no IPTT	52
Tabela 13. Resumo do Conhecimento e das Práticas Reportadas Abordadas nos MYAPs e Avaliadas nas Entrevistas	53
Tabela 14. Audiências para Intervenções de CMSC em Nutrição	62
Tabela 15. Comportamentos Chave Promovidos e os Indicadores de Monitoria Correspondentes.....	68

Abreviaturas e Acrónimos

ADRA	Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais
AEN	Acções Essenciais de Nutrição
AF	ano fiscal
AIDI-C	Atenção Integrada às Doenças da Infância na Comunidade
AIDNI	Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância
CIP	Comunicação Interpessoal
CLC	Conselho de Líderes Comunitários
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CMSC	comunicação para a mudança social e de comportamento
ComCHASS	Fortalecimento Comunitário dos Serviços Clínicos de HIV/SIDA
CPN	Consulta Pré-natal
CSC	Conselho de Saúde Comunitária
DAG	desnutrição aguda grave
DAM	desnutrição aguda moderada
DAP	Programa de Assistência para o Desenvolvimento
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DP	desvio positivo
DPS	Direcção Provincial de Saúde
FANTA-2	Projecto II de Assistência Técnica em Alimentação e Nutrição (FANTA-2 Bridge)
FFP	Food for Peace
FTF	Feed the Future
GEU	Governo dos Estados Unidos
GM	Governo da República de Moçambique
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IEC	informação, educação e comunicação
IPTT	Tabela de Controlo dos Indicadores de Desempenho
ISG	Iniciativa de Saúde Global
MPC	Monitoria e Promoção do Crescimento

LQAS	Amostragem de Lote de Garantia de Qualidade
M&A	monitoria e avaliação
MISAU	Ministério da Saúde
MYAP	Programa de Assistência Multi-Anual
NU	Nações Unidas
ODN	Oficial Distrital de Nutrição
OE	Objectivo Estratégico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPN	Oficial Provincial de Nutrição
PAMRDCM	Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011–2014
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PB	perímetro braquial
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA
PNB	Pacote Nutricional Básico
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do HIV
PVHIV	peças vivendo com o HIV
REMILD	rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração
SANA	Segurança Alimentar Através de Nutrição e Agricultura
SC	Save the Children
SCIP	Fortalecendo Comunidades através de Programação Integrada
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNMI	saúde e nutrição materno-infantil
SRO	sais de reidratação oral
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VM	Visão Mundial
VSC	Voluntário de Saúde Comunitária

Sumário Executivo

Introdução

Em Moçambique, os 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) implementados do ano fiscal (AF) 2008 ao presente, e os seus projectos predecessores, os Programas de Assistência para o Desenvolvimento (DAPs) implementados do AF 2001 a 2007, trabalharam para desenvolver e implementar actividades para melhorar o estado nutricional de crianças, mulheres grávidas e lactantes, e suas famílias. Estes programas nunca foram avaliados colectivamente usando uma metodologia padronizada para documentar por completo os seus sucessos, lições aprendidas e práticas promissoras, bem como lacunas e desafios, em relação a actividades de comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC). Dada esta preocupação, o Governo dos Estados Unidos (GEU) em Moçambique, solicitou ao Projecto II Bridge de Assistência Técnica em Alimentação e Nutrição (FANTA-2 Bridge) que analisasse as actuais estratégias, actividades, e materiais de CMSC do MYAP, relacionados com a prevenção da desnutrição em crianças abaixo dos 5 anos de idade, com um foco específico naquelas abaixo dos 2 anos de idade, como parte dos MYAPs nas Províncias da Zambézia e de Nampula.

Objectivos

O objectivo geral desta avaliação era documentar as lições aprendidas, as melhores práticas, e os desafios das actividades actuais de CMSC. Pretende-se que os resultados da avaliação sejam usados para fortalecer a programação actual e informar novos programas implementados pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e pelo Ministério da Saúde (MISAU) do Governo da República de Moçambique (GM).

Os objectivos específicos desta avaliação eram:

- Descrever a abordagem de CMSC relacionada com a prevenção da desnutrição usada por cada um dos parceiros do GEU que implementam um MYAP
- Descrever os materiais de CMSC (panfletos/posters, etc.) usados pelos parceiros do GEU que implementam os MYAPs
- Descrever a implementação das actividades de CMSC pelos parceiros do GEU que implementam os MYAPs
- Identificar abordagens, materiais e actividades (“melhores práticas”) específicos que estejam a ter um impacto na promoção de atitudes, práticas e comportamentos nutricionais positivos entre as populações alvo
- Identificar as lições aprendidas através da implementação de actividades de CMSC como parte dos MYAPs
- Identificar aspectos das abordagens, materiais e actividades de CMSC que precisam de melhoramento
- Recomendar como as abordagens, materiais e actividades de CMSC poderiam ser melhoradas
- Recomendar como ultrapassar as barreiras relacionadas com o género que resultam num estado nutricional pobre entre as mulheres e crianças abaixo dos 2 anos de idade

Métodos

A avaliação focalizou-se sobre as actividades de CMSC da Visão Mundial (VM) e da Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA) na província da Zambézia e da Save the Children (SC) e Africare na província de Nampula. Os locais foram seleccionados pelos

parceiros de MYAP, em colaboração com o Técnico de Nutrição na Direcção Provincial de Saúde (DPS). Dada a limitação de tempo, as visitas foram focadas em três distritos na Província da Zambézia e três distritos na Província de Nampula onde as actividades de CMSC tinham uma forte implementação e boa cobertura, conforme definido pelos parceiros de MYAP e pela DPS. Também foram feitas visitas à DPS e aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). A recolha de dados realizou-se através da revisão de documentos existentes, entrevistas com informantes chave, discussões em grupo com membros das comunidades e observações directas às actividades de CMSC. As actividades de CMSC examinadas como parte da avaliação incluíram aquelas relacionadas com a alimentação infantil, higiene e saneamento, produção agrícola e uso de alimentos nutritivos no agregado familiar, e a gestão de recursos do agregado familiar para garantir a presença de alimentos adequados e nutritivos.

A avaliação usa o processo de “Planeamento-C” como um modelo para analisar as actividades dos MYAPs e como uma estrutura conceptual para organizar os resultados e as recomendações da avaliação. O processo de Planeamento-C, desenvolvido pela FHI 360, foi adaptado de várias outras estruturas conceptuais usadas com sucesso durante as duas décadas passadas, incluindo o Ciclo de Programas de Comunicação de Saúde do Instituto Nacional de Cancro (1989); a Caixa de Ferramentas para o Desenvolvimento da Capacidade em Comunicação em Saúde da Academia para o Desenvolvimento Educacional (1995); e o Processo-P do Centro de Programas de Comunicação da Universidade John Hopkins (2003). Enquanto os processos de planeamento de CMSC comumente usados podem variar ligeiramente de programa para programa, os passos do Planeamento-C são hoje geralmente aceites como melhores práticas de CMSC.

Sumário da CMSC nas Políticas, Estratégias, Planos e Protocolos do GM

Existem várias políticas, estratégias, planos e protocolos do GM que directa ou indirectamente incluem a CMSC relacionada com nutrição. O GM tem uma Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil, uma Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde e uma estratégia separada para o envolvimento comunitário em saúde que incluem, todas elas, aspectos de CMSC tais como empoderamento das comunidades para melhorarem a sua saúde, e formação de trabalhadores e voluntários comunitários em métodos educacionais participativos, comunicação interpessoal (CIP), aconselhamento, e mobilização comunitária.^{1,2,3} Os planos do GM relacionados com a CMSC incluem o esboço do Plano Estratégico do Sector Saúde para 2007–2012, um documento do Departamento de Nutrição do MISAU de 2004 sobre a componente estratégica do Plano Nacional de Desenvolvimento Nutricional, o Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011–2014 (PAMRDCM), que é o plano chave do GM para reduzir o nanismo e inclui várias actividades de CMSC sob cada objectivo estratégico, e um Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção, e Apoio ao Aleitamento Materno.^{4,5,6,7}

O Pacote Nutricional Básico (PNB) do MISAU foi elaborado para servir como um recurso para o pessoal de saúde aprender durante a formação e como um recurso contínuo no seu trabalho, para que assim possam saber o quê, quando, e como educar as mães/cuidadores a melhorar o estado nutricional

¹ MISAU. 2006. *Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique*. Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade, Secção da Saúde Infantil. pp. 38, 41.

² GM. 2010. *Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública. pp. 20–30, 36.

³ GM. 2004. *Estratégia de Envolvimento Comunitário*. MISAU. pp. 11, 17.

⁴ GM. n.d. *Plano Estratégico do Sector de Saúde 2007–2012, 1º Rascunho (Não Citar)*. MISAU. pp. 43, 63.

⁵ GM. 2004. *Componente Estratégica do Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. pp. 51–52.

⁶ GM. 2010. PAMRDCM.

⁷ GM. 2009. *Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição.

de crianças, mulheres, e famílias.⁸ Em 2006, o MISAU desenvolveu um manual de orientação para o pessoal que fornece mensagens de educação nutricional, para apoiá-los a promover comportamentos positivos e mudar maus comportamentos relacionados com o consumo de alimentos.⁹ Os “Protocolos das Consultas da Criança Sadia e em Risco” definem uma das principais actividades do pessoal de saúde na consulta da criança sadia como a provisão de orientação aos cuidadores sobre a alimentação infantil.¹⁰

Resumo da CMSC nas Estratégias, Planos e Programas do GEU

A Estratégia Multi-Anual do Feed the Future (FTF) do AF 2011 a 2015 para Moçambique reconhece que o progresso em reduzir a desnutrição entre as crianças abaixo dos 5 anos de idade em Moçambique vem abrando desde 2003, em parte por causa de comportamentos nutricionais pobres.¹¹ A Estratégia de Assistência ao País do GEU para Moçambique 2009–2014, inclui, sob o seu terceiro objectivo para melhorar a saúde dos Moçambicanos, actividades para aumentar a participação comunitária através do estabelecimento de Conselhos de Líderes Comunitários (CLCs) sustentáveis e da formação de trabalhadores de saúde comunitários em comunicação para mudança do comportamento (CMC).

Resumo dos Principais Resultados

Um resumo dos resultados da avaliação inclui o seguinte.

Entendendo a Situação

Alguns parceiros de MYAP conduziram estudos e avaliações (investigações formativas) para melhor entender os determinantes de comportamentos e as barreiras para a mudança de comportamento. No entanto, outros não o fizeram.

Focalizando e Elaborando

Estratégia Geral de CMSC. A informação disponibilizada pelos parceiros de MYAP no que toca às suas estratégias de CMSC incluía apenas descrições das mudanças desejadas, audiências, e intervenções (incluindo canais e actividades). Os parceiros de MYAP não completaram um processo compreensivo de desenvolvimento de estratégias de CMSC, como o processo de Planeamento-C descrito na Secção 5. Portanto, não existem documentos detalhados contendo uma descrição completa das estratégias de CMSC dos MYAPs.

Mudanças desejadas e mensagens chave. As principais mudanças desejadas puderam ser colhidas das propostas dos MYAPs, e eram numerosas, cobrindo vários aspectos como alimentação infantil, nutrição materna, higiene da água e dos alimentos, processamento de alimentos, entre outros. Apesar de cada parceiro de MYAP ter uma lista extensiva de mensagens chave para os seus programas, não parece que as mensagens tenham sido desenvolvidas para responder à necessidade e motivação da audiência pretendida com a solução mais persuasiva, a qual deveria superar ou pelo menos abordar as barreiras que as audiências encontram.

⁸ GM. 2007. *Manual do Participante, Orientação para a Introdução do Pacote Nutricional Básico ao Nível das Unidades Sanitárias Urbanas e Rurais, 3a Versão*. Dirigido aos Trabalhadores de Saúde, MISAU, Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças, Departamento de Nutrição. p. i.

⁹ GM. 2006. *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*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição.

¹⁰ Ibrahim, N.A.; Fernandes N.; and Mikusova, S.M. 2011. Ficha Técnica, *Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco*, República de Moçambique, Ministério de Saúde. p. 14.

¹¹ USG. 2011. *Feed the Future FY 2011–2015 Multi-Year Strategy*. p. 5.

Audiências. Para os MYAPs, as audiências alvo para melhorar a nutrição incluíam crianças abaixo dos 5 anos, com um foco nas crianças abaixo dos 2 anos. As audiências primárias para actividades de CMSC em nutrição e saúde incluíam mães e pais de crianças abaixo dos 5 anos e, em alguns casos, mulheres grávidas e lactantes. As audiências secundárias incluíam as comunidades. No entanto, as actividades não eram diferenciadas em grupos etários (para crianças) e todas a gente recebia as mesmas mensagens e demonstrações.

Intervenções. Cada parceiro de MYAP usava uma mistura mutuamente fortalecedora de abordagens interpessoais, comunitárias, e de CMC. Muitas actividades decorriam através dos Conselhos de Saúde Comunitária (CSCs), Voluntários de Saúde Comunitária (VSCs), e grupos de mães/pais através de visitas domiciliárias; grupos comunitários, como associações de agricultores e grupos de mulheres; encontros comunitários; e alguns parceiros também usavam a comunicação de massas através de programas de rádio. Não obstante, a advocacia, uma componente chave para um programa abrangente de CMSC, não fazia parte de nenhum dos programas dos parceiros.

Melhores práticas de intervenção. Várias práticas de intervenção dos MYAPs são dignas de menção como práticas promissoras, incluindo o apoio para o desenvolvimento de liderança comunitária forte e altamente funcional, a integração da nutrição nas associações de agricultura, os instrumentos de planeamento comunitário, a formação de grupos de jovens agricultores, e o uso de rádio para a disseminação de mensagens.

Criando

Materiais. Os materiais de CMC usados nos MYAPs foram produzidos pelos parceiros de MYAP, individualmente ou em coordenação uns com os outros, adaptados de materiais do DAP, desenvolvidos com o Fortalecendo Comunidades através da Programação Integrada (SCIP), ou eram materiais do MISAU. Os materiais incluíam vários álbuns seriados, cartazes, receitas, e manuais. Os parceiros de MYAP afirmaram que os materiais eram baseados nos protocolos e materiais do MISAU, como o PNB. Alguns materiais foram pré-testados por alguns parceiros de MYAP, mas a pré-testagem não foi conduzida consistentemente para todos os materiais por todos os parceiros.

Alguns parceiros de MYAP providenciaram aos voluntários comunitários bicicletas ou outros materiais de apoio, como crachás de identificação, camisetas, bonés, mochilas, ou materiais para demonstrações culinárias, enquanto que outros não o fizeram. Durante a avaliação foi observado um fraco uso dos materiais de CMSC pelos voluntários nas comunidades, e os materiais observados estavam em Português. Os voluntários partilharam a necessidade de ter materiais de CMSC com imagens maiores, adequados para o uso com grupos de mães/pais. Um cartaz que incluía um guião escrito para engajar a audiência constituiu um bom exemplo de métodos interactivos que deviam ser ensinados aos voluntários e trabalhadores de campo.

Implementando e Monitorando

Estrutura do pessoal. A estrutura do pessoal e a capacidade técnica geral do pessoal dos MYAPs pareceu adequada.

Formação. Os parceiros de MYAP usavam o modelo de formação em cascata com sessões de capacitação regulares para o pessoal e voluntários. A maior parte dos materiais de formação foram extraídos directamente ou adaptados dos materiais do MISAU, incluindo os manuais do PNB e de Atenção Integrada às Doenças da Infância na Comunidade (AIDI-C). Os materiais para técnicos de saúde e nutrição eram mais detalhados e tecnicamente orientados, enquanto que para os voluntários os materiais eram mais simplificados e reduzidos, e usavam mais imagens. Os materiais estavam todos em Português, e eram traduzidos para as línguas locais pelos técnicos durante as formações conforme as necessidades. De um modo geral o pessoal de campo e voluntários receberam muito pouca, se alguma, formação em CIP especificamente, ou em métodos de CMSC no geral.

Coordenação com parceiros. Os parceiros de MYAP faziam a coordenação com a DPS e os SDSMAS através da partilha contínua de informação relativa às actividades do projecto por via de relatórios regulares, reuniões de coordenação, e visitas conjuntas de supervisão. O Técnico de Nutrição da DPS participava nas sessões de formação, e o pessoal dos MYAPs e VSCs também apoiavam as brigadas móveis nas comunidades. A coordenação com os parceiros de implementação do SCIP era forte para complementar e preencher as lacunas de cada programa e fazer formação cruzada do pessoal em diferentes tópicos cobertos por cada programa.

Cobertura. A cobertura no seio dos parceiros de MYAP diferia por parceiro, e a forma como a cobertura era expressa também diferia. Por exemplo, o pessoal da ADRA estimou que a cobertura era em média 4 por cento da população em cada distrito do projecto, com cerca de 40 a 60 por cento das comunidades cobertas, enquanto a SC estimou que eram cobertas 30 por cento das mães nas comunidades do projecto. As comunidades não pareciam ter uma visão de graduar das actividades do MYAP.

Supervisão de apoio. Os planos de supervisão variavam por parceiro de MYAP, indo desde uma visita por mês para uma visita a cada 3 meses para pessoal de campo mais sénior; visitas semanais ou trimestrais para técnicos; e 1-2 visitas por mês para voluntários comunitários. As visitas de supervisão eram ou registadas em livros ou as recomendações eram dadas verbalmente, e os supervisores tinham instrumentos de supervisão ou os instrumentos estavam a ser elaborados. Em alguns casos, os gestores eram especificamente formados em supervisão, enquanto que em outros MYAPs estes não eram formados. A recolha, apresentação e análise de dados de monitoria e avaliação (M&A) também eram supervisionadas. Um MYAP mencionou especificamente ter colaborado com os SDSMAS na supervisão. Geralmente, o número de supervisores parecia adequado. No entanto, as visitas de supervisão de apoio aos voluntários não eram feitas tão frequentemente quanto planeadas porque às vezes outras prioridades se conflictuavam.

Avaliando e Replanificando

Os parceiros de MYAP recolhiam rotineiramente informação sobre os insumos, processos, e produtos do programa, e conduziam inquéritos anuais entre os beneficiários para monitorar os resultados das suas actividades programáticas. Todos os parceiros de MYAP reportaram usar a informação da monitoria para avaliar as actividades, pontos fracos, lacunas, e impacto do programa a nível da comunidade, e tinham encontros de planificação para abordar assuntos aos níveis programático e comunitário. Muitos dos indicadores de monitoria dos MYAPs relacionavam-se com a prática ou não de um comportamento. No entanto, as atitudes e crenças mudam antes de as pessoas adoptarem novos comportamentos; portanto, é útil monitorar as atitudes e crenças para além dos comportamentos em si. Por exemplo, quando as crenças e atitudes estão a mudar mas o comportamento não, as barreiras para a mudança de comportamento podem não estar a ser suficientemente abordadas pelo programa de CMSC, ou pode não ter havido tempo suficiente para o comportamento se tornar num “hábito.”

Recomendações

Com base na análise dos resultados da avaliação da CMSC dos MYAPs, as seguintes são as recomendações para futuros programas financiados pela USAID/Washington e USAID/Moçambique em Moçambique, organizado por passos críticos de concepção, implementação, e M&A da CMSC.

Entendendo a Situação

- Usar um processo de planificação da CMSC como o Planeamento-C, que inclui pesquisa formativa ou análise de trabalho formativo secundário, para elaborar as estratégias e actividades de CMSC.

Focalizando e Elaborando

Estratégia Geral de CMSC

- Elaborar uma estratégia integrada de CMSC de saúde e nutrição para programas apoiados pelo GEU.
- Desenvolver uma marca para intervenções tais como os MYAPs, visando reduzir a desnutrição crónica.
- Assegurar que as estratégias de CMSC ao nível do programa tomem em consideração as componentes de CMSC de políticas, estratégias, planos e protocolos do GM.
- Assegurar que as estratégias de CMSC incluem uma forte componente de género e análise e incorporação de questões de género, incluindo facilitadores e barreiras para a melhoria da nutrição e saúde das mulheres e crianças.

Mudanças Desejadas e Mensagens Chave

- Concentrar esforços de CMSC na promoção de Acções Nutricionais Essenciais (ANE) baseadas em evidências, acções chave de higiene doméstica, e práticas preventivas e curativas cujo impacto na melhoria do estado nutricional tenha sido comprovado.
- Melhorar as mensagens para discutirem apenas um ou dois pontos chave, de acordo com os princípios dos “Sete Cs de Comunicação.”¹²
- Direcção das mensagens e actividades de CMSC de acordo com os grupos etários e estágios do ciclo de vida.
- Ligar o comportamento desejado a resultados que demonstram resultados bem sucedidos daquele comportamento.
- Assegurar que as mudanças desejadas e as mensagens abordam as barreiras relacionadas com o género para a nutrição melhorada de mulheres em idade reprodutiva e crianças abaixo dos 2 anos de idade.
- Assegurar que as mudanças desejadas e as mensagens promovam a responsabilidade partilhada pela nutrição aos níveis da família e da comunidade, e clarificar papéis e responsabilidades para os membros da família e da comunidade, para que estejam claros sobre as acções e comportamentos que eles podem ter ou adoptar para apoiar a nutrição das mães e crianças.

Audiências

- Focalizar sobre as crianças abaixo dos 2 anos de idade, mulheres grávidas, e mulheres em idade reprodutiva como as audiências primárias mais directamente afectadas pela desnutrição.
- Fazer consultas às audiências.
- Focalizar mais actividades e direccionar mensagens específicas para os pais, avós, e sogras como audiências-alvo chave.
- Incluir mensagens para os trabalhadores das unidades de saúde, dado que estes são também uma audiência chave influenciando indirectamente os comportamentos de nutrição e saúde a nível da comunidade, para assegurar que as mensagens de nutrição e saúde sejam consistentes entre as unidades sanitárias e as comunidades.

Intervenções

- Incluir advocacia, mobilização social e comunitária, e CMC em abordagens estratégicas de CMSC.

¹² Piotrow, P. et al. 1997. *Health Communication: Lessons from family planning and reproductive health*. Westport: Praeger.

- Incluir uma mistura de canais de comunicação mutuamente fortalecedores, incluindo canais interpessoais, canais baseados na comunidade, e canais de comunicação de massas.
- Continuar a apoiar as estruturas comunitárias, tais como os Grupos de Suporte e os CSCs, para mobilizar a liderança e membros da comunidade para apoiarem a mudança de comportamento e fazer face às barreiras para a mudança de comportamento.
- Integrar as actividades de nutrição e agricultura como forma de envolver pais e maridos no apoio à saúde e nutrição das suas famílias.
- Expandir e fortalecer o uso de instrumentos de planificação comunitária para juntar a nutrição e a agricultura, bem como para criar planos participativos para melhorar a cobertura e para obter graduação do apoio do programa.
- Expandir grupos de jovens agricultores e outras actividades que focam em crianças mais velhas que muitas vezes são os cuidadores de irmãos mais pequenos e mulheres jovens.
- Expandir e fortalecer o uso de educação de entretenimento, como a programação de rádio e grupos teatrais.
- Promover a participação de mulheres em cooperativas de comercialização agrária e outras actividades de geração de rendimentos.
- Analisar o impacto de intervenções em mulheres e homens e ajustar as intervenções conforme necessário para apoiar as mulheres e “não provocar danos” em relação à posição da mulher na família e na comunidade, carga de trabalho, e poder de tomada de decisão.

Criando

Materiais

- Desenvolver materiais usando um processo guiado como delineado no Planeamento-C, incluindo o desenvolvimento de resumos criativos e pré-testagem com audiências alvo.
- Pesquisar, identificar, e pré-testar os tipos de meios de auxílio ao trabalho e materiais de apoio mais eficazmente usados pelos trabalhadores comunitários para apoiar a CIP.
- Analisar os materiais em relação a considerações de género e testar materiais tanto com mulheres como com homens de diferentes idades e estágios de vida para assegurar que as mensagens e ilustrações apoiam as mulheres e “não causam danos,” e transmitem papeis e responsabilidades partilhados em relação à nutrição.
- Considerar a designação de um parceiro ou uma empresa de CMSC para empregar uma equipa de peritos em CMSC para conduzir a pesquisa necessária para elaborar materiais de CMC e um conjunto de ferramentas padrão para os voluntários, o qual eles podem receber depois de completarem a formação.

Implementando e Monitorando

- Formar pessoal em CMSC, particularmente em CIP ou técnicas de comunicação de CMSC.
- Futuros programas devem considerar:
 - ♦ A implementação de um plano para a formação básica e mentoriação de pessoal de gestão e pessoal técnico/de supervisão em CMSC e métodos de comunicação.
 - ♦ O desenvolvimento de um currículo em CMSC e métodos de comunicação para o pessoal de gestão, pessoal técnico/de supervisão e pessoal de campo.
 - ♦ A implementação de um plano para melhorar a capacidade dos trabalhadores de campo e voluntários em CMSC e métodos de comunicação.
 - ♦ Alocar instrutores profissionais em métodos de CMSC para ensinar a CMSC e métodos de comunicação a todos os níveis, em vez de depender do modelo de formação em cascata.

- ♦ O melhoramento da frequência da supervisão e a elaboração/adaptação de listas de verificação de supervisão, para assegurar que os aspectos chave da estratégia definida de CMSC sejam supervisionados/monitorados, incluindo a integração de componentes do projecto (nutrição, agricultura, saúde) e questões de género.
- ♦ A aplicação de técnicas sincronizadas de aprendizagem à distância “melhor-para-muitos,” como aquelas descritas em “Reinventando a Formação em Cuidados de Saúde no Mundo em Desenvolvimento: O Caso para Aplicações de Satélite em Ambientes Rurais.”¹³ Nas técnicas “melhor-para-muitos,” os participantes aprendem directamente dos melhores professores disponíveis no país. Isto contrasta com a aprendizagem em cascata, onde a qualidade do ensino e o sucesso de aprendizagem deteriora a cada cascata sucessiva.
- A USAID/Moçambique pode também considerar o desenvolvimento de uma ferramenta para apoiar o seu pessoal a avaliar se as propostas e programas estão a seguir as práticas de última geração na planificação e implementação de componentes de programas de CMSC, seguindo o modelo do processo de planeamento-C discutido neste relatório.

Avaliando e Replanificando

- Alinhar os indicadores de monitoria com os comportamentos chave a serem promovidos.
- Investigar as barreiras para usar Amostragem de Lote de Garantia de Qualidade (LQAS) e outros métodos de reunir indicadores de monitoria a níveis desagregados.

¹³ Haridasan, K.; Rangajaran, S.; and Pirio, G. 2009. “Re-Inventing Health Care Training in the Developing World: The Case for Satellite Applications in Rural Environments.” *Online Journal of Space Communications*.

1. Introdução

Em Moçambique, os 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) implementados do ano fiscal (AF) 2008 ao presente, e os seus projectos predecessores, os Programas de Assistência ao Desenvolvimento (DAPs) implementados nos AF 2001 a 2007, trabalharam para desenvolver e implementar actividades para melhorar o estado nutricional de crianças, mulheres grávidas e lactentes e suas famílias. Estes programas nunca foram avaliados colectivamente usando uma metodologia padronizada para documentar por completo os seus sucessos, lições aprendidas e práticas promissoras, bem como lacunas e desafios, em relação a actividades de comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC).

Dada esta preocupação, o Governo dos Estados Unidos (GEU) em Moçambique, solicitou ao Projecto II Bridge de Assistência Técnica em Alimentação e Nutrição (FANTA-2 Bridge) que analisasse as actuais estratégias, actividades, e materiais de CMSC do MYAP, relacionados com a prevenção da desnutrição em crianças abaixo dos 5 anos de idade, com um foco específico naquelas abaixo dos 2 anos de idade, como parte dos MYAPs nas Províncias da Zambézia e de Nampula. O propósito geral desta avaliação era documentar as lições aprendidas, as melhores práticas e os desafios das actuais actividades de CMSC. Pretende-se que os resultados da avaliação sejam usados para fortalecer a actual programação e informar os novos programas implementados pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o Ministério da Saúde (MISAU) do Governo da República de Moçambique (GM).

A avaliação usa o processo de “Planeamento-C” como um modelo para analisar as actividades dos MYAPs e como uma estrutura conceptual para organizar os resultados e as recomendações da avaliação. O processo de Planeamento-C, desenvolvido pela FHI 360, foi adaptado de várias outras estruturas conceptuais usadas com sucesso durante as duas décadas passadas, incluindo o Ciclo de Programas de Comunicação de Saúde do Instituto Nacional de Cancro (1989); a Caixa de Ferramentas para o Desenvolvimento da Capacidade em Comunicação em Saúde da Academia para o Desenvolvimento Educacional (1995); e o Processo-P do Centro de Programas de Comunicação da Universidade John Hopkins (2003). Enquanto os processos de planeamento de CMSC comumente usados podem variar ligeiramente de programa para programa, os passos do Planeamento-C são hoje geralmente aceites como melhores práticas de CMSC.

Este relatório de avaliação proporciona informação sobre os antecedentes relativos ao contexto para a avaliação da CMSC, os objectivos gerais e específicos da avaliação e os métodos usados para a recolha e análise de informação. O relatório de avaliação também resume as características de CMSC, incluindo o processo de CMSC, as componentes da estratégia, os modelos e as intervenções, e proporciona uma visão geral de CMSC relacionada com a nutrição nos documentos chave do GM e do GEU. Os resultados são apresentados em relação às abordagens e intervenções de CMSC usadas pelos parceiros de MYAP com base em entrevistas, visitas de campo e observações nas áreas temáticas da avaliação e uma revisão dos documentos chave. Finalmente, o relatório apresenta recomendações para fortalecer a CMSC na actual programação e para introduzir a CMSC nos novos programas de nutrição da USAID para prevenir a desnutrição.

2. Antecedentes

Apesar do GM ter registado grandes avanços económicos e políticos desde o fim da guerra civil de 16 anos de Moçambique em 1992, o país continua a ser um dos mais pobres do mundo, com a pobreza e a insegurança alimentar alastradas e elevados níveis de desnutrição no seio das crianças menores. Moçambique encontra-se em 172º lugar de entre 182 países no Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (NU); 55 por cento da população global vive na pobreza sem qualquer melhoria na pobreza em geral desde 2003; e 38 por cento da população tem níveis de consumo alimentar que se situam abaixo do limiar para satisfazer as necessidades energéticas.^{14,15,16} De acordo com os padrões de classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o nível de desnutrição crónica no seio de crianças abaixo dos 5 anos de idade é muito elevado, 44 por cento.^{17,18} A prevalência de casos de desnutrição crónica e baixo peso aumenta dramaticamente entre as idades de 6 e 23 meses.¹⁹ Para além disso, o elevado índice de prevalência de infecções do HIV continua a ser um problema sério em Moçambique. A nível nacional, a prevalência de infecções do HIV é de 11.5 por cento. Contudo, no seio das mulheres, a prevalência é ainda maior (13.1 por cento), comparada com os homens (9.2 por cento).²⁰

Em relação aos índices persistentemente elevados de desnutrição crónica em Moçambique, uma avaliação do Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) II do GM em 2009, recomendou acções para acelerar a prevenção e redução da desnutrição crónica, incluindo a elaboração de um plano de acção para reduzir a desnutrição crónica, o qual foi concluído em 2010 (Plano de Acção Multissetorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011–2014 [PAMRDCM]).²¹ O plano de acção identificou a prevalência de baixa altura-para-idade (nanismo) como medida alvo a ser reduzida de 44 por cento em 2008²² para 30 por cento até 2015 e para 20 por cento até 2020.²³ O plano enfatiza os seguintes grupos alvo: raparigas adolescentes, mulheres em idade reprodutiva antes e durante a gravidez e o aleitamento, e crianças abaixo de 2 anos de idade. O plano focaliza-se na melhoria do acesso e uso de alimentos nutritivos e na melhoria da coordenação, monitoria e avaliação (M&A), advocacia e mobilização social de actividades para a redução da subnutrição crónica. O plano de acção também incorpora uma coordenação interministerial e é liderado pelo MISAU.

O GEU está a implementar, em Moçambique, vários programas com componentes de nutrição que apoiam a prevenção da desnutrição. Os maiores programas focalizando sobre a prevenção da

¹⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano das NU fornece uma medida composta de três dimensões do desenvolvimento humano: viver uma vida longa e saudável (medida pela esperança de vida), ter educação académica (medida pela alfabetização adulta e taxa bruta de matrículas na educação) e ter um padrão de vida decente (medido pela paridade do poder de compra e rendimento). Acessado a 30 de Outubro, 2010.

http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs MOZ.html.

¹⁵ GM. 2010. *Pobreza e Bem-Estar em Moçambique: Terceira Avaliação Nacional da Pobreza*. Ministério de Planificação e Desenvolvimento, Direcção Nacional de Estudos e Análises Políticas. p. 26.

¹⁶ Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura. 2009. Acessado a 28 de Outubro, 2010. <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/en/>

¹⁷ OMS. 1995. De acordo com a OMS, uma prevalência de desnutrição crónica ≥ 40 por cento é muito alta, 30–39 por cento é alta, 20–29 por cento é média, e < 20 por cento é baixa. p. 208.

¹⁸ Instituto Nacional de Estatística. 2009. p. 7.

¹⁹ Instituto Nacional de Estatística. 2005. *Inquérito Demográfico e de Saúde 2003*, Instituto Nacional de Estatística. MISAU. Calverton, Maryland: Measure DHS+/ORC Macro. p. 181.

²⁰ MISAU, Instituto Nacional de Saúde. 2010. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique, INSIDA 2009, Relatório Preliminar Sobre a Prevalência da Infecção por HIV*. p. 7.

²¹ Note por favor que o Quadro Integrado de Investimento em Nutrição irá referir-se a este plano de acção do GM pela tradução em Inglês do documento em Português, a qual usa o termo “malnutrição” em vez de “desnutrição,” Desnutrição é o termo usado no FTF.

²² Inquérito de Indicadores Múltiplos. 2008.

²³ GM. 2010. PAMRDCM. p. 41.

desnutrição são, de longe, os MYAPs de Título de FFP/USAID que se encontram operacionais em Nampula, Zambézia e Cabo Delgado. Os MYAPs de Título II dedicam uma parte significativa de recursos aos programas de nutrição baseados na comunidade para prevenir a desnutrição, incluindo grupos de mães, brigadas móveis, educação nutricional ao nível comunitário e referência das crianças com desnutrição aguda grave (DAG) ou desnutrição aguda moderada (DAM) aos Centros de Saúde.

Os programas Title II estão agendados para terminarem em 2012. Para as intervenções baseadas na comunidade e as actividades de CMSC que requerem tempo para se tornarem estabelecidas e resultarem numa mudança positiva nas práticas, é importante identificar o que funciona e o que não funcionou. Em Moçambique, os MYAPs e os seus projectos predecessores, os DAPs, trabalharam durante os últimos 10 anos para preparar e implementar actividades a nível da comunidade para reforçar comportamentos positivos relacionados à nutrição no seio de mulheres grávidas e lactentes e de mães/provedores de cuidados para melhorarem o estado nutricional de crianças, mulheres grávidas e lactentes, e das suas famílias. Estes programas, nunca foram avaliados colectivamente usando uma metodologia padronizada para documentar por completo os seus sucessos, as lições aprendidas e as práticas promissoras, bem como as lacunas e os desafios relacionados com as actividades de CMSC para reduzir a desnutrição. Dada esta preocupação, o GEU em Moçambique solicitou esta avaliação para analisar as actuais estratégias de CMSC dos MYAPs, as suas actividades e os materiais relacionados com a prevenção da desnutrição no seio de crianças abaixo de 5 anos, com enfoque especial sobre as crianças abaixo de 2 anos de idade.

3. Objectivos

O objectivo geral desta avaliação era documentar as lições aprendidas, as melhores práticas e os desafios das actuais actividades de CMSC dos parceiros de MYAP em Moçambique relacionadas com a prevenção da desnutrição em crianças abaixo dos 5 anos de idade e mulheres grávidas e lactentes. Os resultados da avaliação são destinados a ser usados para fortalecer a actual programação e contribuir para os novos programas implementados pela USAID e pelo MISAU do GM.

As actividades de CMSC examinadas como parte da avaliação incluíam as actividades relacionadas com alimentação infantil, saneamento e higiene, produção agrícola e uso de alimentos nutritivos no agregado familiar, e gestão dos recursos do agregado familiar para garantir a presença de alimentos nutritivos adequados. Esta avaliação focalizou-se sobre as actividades de CMSC da Visão Mundial (VM) e da Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA) na província da Zambézia e da Save the Children (SC) e Africare na província de Nampula. Vide **Anexo 1** para o mapa das províncias e distritos do MYAP visitados pela equipa de campo de CMSC.

Os objectivos específicos da avaliação eram:

- Descrever a abordagem de CMSC relacionada com a prevenção da desnutrição usada para cada um dos parceiros do GEU que está a implementar um MYAP
- Descrever os materiais de CMSC (panfletos/cartazes, etc.) usados pelos parceiros do Governos dos Estados Unidos que estão a implementar os MYAPs
- Descrever a implementação das actividades de CMSC pelos parceiros do GEU que estão a implementar os MYAPs
- Identificar abordagens específicas, materiais e actividades (“melhores práticas”) que estão a ter um impacto na promoção de atitudes positivas, práticas e comportamentos de nutrição no seio das populações alvo
- Identificar as lições aprendidas através da implementação de actividades de CMSC como parte dos MYAPs
- Identificar os aspectos das abordagens, materiais e actividades de CMSC que precisam de melhorias
- Recomendar como poderiam ser melhoradas as abordagens, os materiais e as actividades de CMSC
- Recomendar como ultrapassar barreiras relacionadas com o género que resultam num estado nutricional fraco no seio das mulheres e crianças abaixo dos 2 anos de idade

4. Métodos

4.1 Equipa de Avaliação da CMSC

A equipa de avaliação da CMSC era composta por consultores do FANTA-2 Bridge, Gregory Pirio e Carolyn D'Alessio O'Donnell. Os membros da equipa trabalharam em colaboração para se prepararem para a avaliação e para recolherem e analisarem os dados de avaliação. A avaliação foi ainda apoiada pela Assessora de Saúde Materno-Infantil e Nutrição do FANTA-2 Bridge, Monica Woldt, pela Associada Sénior do Projecto em Nutrição e HIV do FANTA-2 Bridge, Melanie Remane, pela Especialista de Saúde Materno-Infantil e Nutrição do FANTA-2 Bridge, Tara Kovach, e pela Assessora de Nutrição do FANTA-2 Bridge, Alison Tumilowicz.

4.2 Amostra da População

Seleção dos Locais de Avaliação

Os locais de avaliação foram seleccionados a partir das áreas dos MYAPs nas províncias de Nampula e Zambézia. Há também um MYAP a operar na província de Cabo Delgado. Contudo, dadas as limitações de tempo, a USAID/Moçambique solicitou à equipa de CMSC que focalizasse a recolha de dados nas áreas dos MYAPs em Nampula e Zambézia, particularmente pelo facto destas serem províncias focais da Iniciativa de Saúde Global (ISG) da USAID/Moçambique, e programas financiados pelo FTF e pelo Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio do SIDA (PEPFAR), entre outros.

Os locais foram seleccionados de entre os locais da VM e da ADRA na Zambézia e de entre os locais de MYAP da SC em Nampula. A Africare é parceira no MYAP da SC e os locais da Africare também foram visitados. Os locais foram seleccionados pelos parceiros de MYAP, em colaboração com os Técnicos de Nutrição da Direcção Provincial de Saúde (DPS). A VM implementa o seu MYAP num total de 330 comunidades, enquanto que a ADRA opera em aproximadamente 271 comunidades e a SC implementa as suas actividades de nutrição em 2.124 comunidades, 77 das quais são comunidades da Africare. Os locais para as visitas de campo foram seleccionados de entre estas comunidades.

Dadas as limitações de tempo, as visitas foram focalizadas em três distritos na província da Zambézia e em três distritos na província de Nampula, onde as actividades de CMSC tinham uma forte implementação e boa cobertura, tal como definido pelos parceiros de MYAP e a DPS. As visitas também foram feitas à DPS e à Direcção Distrital de Saúde (DDS).

Seleção do Pessoal dos MYAPs e Participantes a Nível da Comunidade

O processo de selecção do pessoal dos MYAPs a entrevistar usou uma amostragem intencional e incluiu funcionários com funções de gestores; pessoal técnico de nutrição ou agricultura que gere, forma e/ou supervisa o pessoal; e voluntários de saúde comunitária (VSC) e promotores/voluntários de agricultura que implementam actividades de CMSC.

A selecção de participantes a nível da comunidade era baseada numa amostra de conveniência de membros da comunidade que concordaram em participar na altura em que a equipa de CMSC visitou a comunidade. Os participantes eram mobilizados antes da visita do pessoal do MYAP e eram reunidos tanto em grupos grandes como em pequenos grupos. Os participantes incluíam mães/provedores de cuidados de crianças abaixo dos 5 anos de idade, pais e avós, VSCs, grupos de apoio, grupos de mães e pais, promotores/voluntários de agricultura, membros dos grupos agrários, e líderes comunitários.

4.3 Recolha de Dados

A recolha de dados foi feita através da revisão de documentos existentes, entrevistas com informadores chave, discussões em grupos com membros da comunidade e observação directa das actividades de CMSC. A agenda das actividades de campo da equipa de CMSC encontra-se no **Anexo 2**. Os instrumentos de avaliação podem ser encontrados no **Anexo 3** e incluem cinco guiões de entrevistas:

- Guião de Entrevista para os Oficiais Provinciais e Distritais de Saúde Pública
- Guião de Entrevista para Voluntários de Saúde Comunitária
- Guião de Entrevista para os Beneficiários Alvo
- Guião de Entrevista para o Pessoal dos Parceiros
- Guião de Entrevista para Trabalhadores Agrários de Campo

As entrevistas do pessoal do MISAU, DPS, DDS e MYAP foram conduzidas em língua Portuguesa. As entrevistas com os grupos de nível comunitário foram conduzidas tanto em língua Portuguesa como em língua local com a ajuda de um intérprete local. Os inquiridores principais eram falantes nativos da língua Portuguesa ou falantes fluentes da língua Portuguesa.

A avaliação seguiu um padrão de directrizes éticas de confidencialidade. A USAID/Moçambique concedeu uma isenção do Concelho Interno de Revisão para a avaliação com base nos seguintes critérios:

1. A avaliação não é considerada como sendo uma pesquisa biomédica experimental que envolve sujeitos humanos;
2. A informação recolhida não é específica a sujeitos humanos como também não é altamente sensível ou confidencial;
3. Os dados do inquérito e/ou literatura que podem ser revistos já se encontram publicamente disponíveis;
4. A avaliação tem como objectivo melhorar os programas de CMSC em Moçambique, pelo que se enquadra na categoria de Pesquisa Operacional ou Operações (Ref. Política da USAID para Pesquisas com Sujeitos Humanos, Secção 5 (d) – “Pesquisa operacional/de operações ou pesquisa de provisão de serviços inclui a pesquisa sobre sistemas de provisão de serviços para efeitos de entendimento da forma como eles funcionam e como melhorar a eficácia e eficiência”²⁴).

Revisão Documental

A equipa da CMSC reviu propostas de projectos, relatórios de resultados, relatórios de M&A, Tabelas de Controlo do Desempenho dos Indicadores (IPTTs) e outros documentos a nível nacional, da USAID e dos parceiros de MYAP, incluindo:

- Relatórios de avaliação de base, intermédia e final dos MYAPs da USAID/Moçambique; relatórios anuais; relatórios de M&A; resultados de pesquisa formativa; estudos especiais; relatórios/resultados de supervisão/melhoria de qualidade, materiais de CMSC (meios de auxílio ao trabalho, materiais de CMC, materiais de formação, etc.)
- PAMRDCM
- Avaliação dos Conhecimentos e Práticas dos Profissionais de Saúde em Relação ao Pacote Nutricional Básico, 28 de Março de 2011

²⁴ USAID, n.d. *Directrizes da USAID para Pesquisas com Sujeitos Humanos, Procedimentos para a Protecção de Sujeitos Humanos Em Pesquisas Apoiadas pela USAID*. p. 5.

- Pacote Nutricional Básico (PNB), MISAU
- Quadro Integrado de Investimento em Nutrição do GEU, Secções 1 – 5
- Análise da Nutrição nos Programas da USAID/Mapeamento relativo às prioridades do GM, Iniciativa Global de Fome e Segurança Alimentar/FTF
- Estratégias e Quadros Nacionais da Missão da USAID
- Estratégia multi-anual do FTF do GEU
- SC. Revisão e Desenvolvimento da Estratégia de Mudança de Comportamento para os Objectivos Nutricionais. Setembro de 2009;
- Pathfinder International. Fortalecendo Comunidades através da Programação Integrada (SCIP) – Descrição do Programa. Nampula²⁵
- VM, SCIP – Descrição do Programa, Zambézia

A equipa da CMSC também reviu uma série de apresentações em PowerPoint do MISAU usadas como módulos na formação de trabalhadores de campo de nutrição com base no PNB do MISAU (2006).

4.4 Sumário das Actividades de Campo de CMSC

A agenda de campo da equipa de CMSC pode ser encontrada no **Anexo 2**. Um resumo das visitas de campo é apresentado na **Tabela 1**.

²⁵ O SCIP é um programa financiado pela USAID/Moçambique elaborado para integrar a programação para além de actividades sectoriais nas províncias da Zambézia e de Nampula. O programa centra-se na saúde materno-infantil, malária, nutrição e planeamento familiar/saúde reprodutiva; prevenção, cuidados e tratamento do HIV; fortalecimento das instituições do MISAU; crianças órfãs e vulneráveis; água, saneamento e higiene; e, além disso, na Zambézia, desenvolvimento de microempresas. Em Nampula, o foco começa ao nível da Unidade Sanitária e flui até à Comunidade, enquanto que na Zambézia, a ênfase está na comunidade e no desenvolvimento das suas ligações com a Unidade Sanitária. Os MYAPs e SCIPs colaboram e coordenam a sua implementação nas províncias da Zambézia e de Nampula.

Tabela 1. Sumário das Visitas aos Locais de Campo

Nome da Comunidade	Distrito	Província	Parceiro de MYAP
Chinde	Namacurra	Zambézia	VM
3 de Fevereiro	Lugela	Zambézia	ADRA
Nassabão	Lugela	Zambézia	ADRA
Nanzua	Gurúè	Zambézia	VM
Moripa	Gurúè	Zambézia	VM
Cresci	Gurúè	Zambézia	VM
Murrimo	Gurúè	Zambézia	VM
Napala	Monapo	Nampula	Africare
Sanhote	Monapo	Nampula	Africare
Namassica	Nacala-Porto	Nampula	SC
Murrupelele	Nacala-Porto	Nampula	SC
Pedreira	Mossuril	Nampula	SC
Ampivene	Mossuril	Nampula	SC

Reuniões Comunitárias

Em cada comunidade visitada, houve uma reunião comunitária organizada para a equipa de CMSC. As reuniões comunitárias incluíam a participação dos líderes comunitários, pessoal técnico de campo do MYAP, comités de saúde e de liderança, membros das associações agrárias, voluntários de saúde e nutrição e beneficiários do programa. As entrevistas eram realizadas num grupo com uma amostra de conveniência de pessoas que optaram por participar nas reuniões comunitárias. As entrevistas duravam entre 2 a 3 horas e a discussão e o âmbito das questões eram baseados nos guiões de entrevistas mas iam se desenvolvendo no decurso da conversa com base nas respostas da comunidade. A equipa do CMSC realizava entrevistas adicionais a pequenos grupos, com o pessoal técnico de campo e com voluntários comunitários, após cada reunião geral com toda a comunidade.

Era procurada e obtida informação sobre uma variedade de temas, incluindo a mobilização comunitária e liderança, práticas agrárias, segurança alimentar e escassez de alimentos, conhecimento e práticas de nutrição e higiene, estrutura do programa, formação e materiais, participação no programa e actividades, benefícios e impacto do programa e desafios comunitários e individuais na saúde, nutrição e agricultura.

Entrevistas de Avaliação Rápida com os Beneficiários

A seguir à grande reunião comunitária, a equipa da CMSC conduzia entrevistas individuais com as mães que participavam no programa como beneficiárias. Todas as mães entrevistadas participavam nas reuniões mensais de grupo com os voluntários do programa e/ou recebiam visitas domiciliárias individuais dos voluntários. As mães entrevistadas faziam parte de uma amostra de conveniência daquelas que participaram na reunião comunitária e se voluntariaram para falar com os membros da equipa de CMSC. Dependendo da disponibilidade dos beneficiários, eram entrevistadas três a cinco mães em cada comunidade. O propósito destas entrevistas era avaliar o conhecimento e a mudança de

comportamento no seio dos beneficiários do programa. As entrevistas eram conduzidas em língua local com o auxílio de um intérprete. O questionário das entrevistas abordava áreas relacionadas com a nutrição (amamentação, alimentação complementar e dieta diversificada), saneamento e higiene, prevenção da malária, práticas agrárias e segurança alimentar dos agregados familiares, bem como as opiniões sobre o programa e as percepções relacionadas com o impacto do programa.

Entrevistas com o Pessoal dos Parceiros de MYAP

Antes do início do trabalho de campo, a VM, a SC e o pessoal sénior e especialistas provinciais da Africare actualizavam a equipa de CMSC sobre os seus programas. Devido ao cancelamento de vôos, os planos de um encontro similar com o pessoal da ADRA antes das visitas de campo, tiveram que ser cancelados, mas a ADRA conseguiu actualizar a equipa no final dos encontros com as comunidades servidas pela ADRA. Ao longo de todo o período do trabalho de campo, a equipa de CMSC teve numerosas oportunidades para interagir e colocar perguntas ao pessoal do programa a nível distrital e aos trabalhadores de campo. No final do trabalho de campo na província de Nampula, a SC e a Africare organizaram um encontro de encerramento para a equipa de administração a nível provincial e o pessoal do programa, no qual a equipa teve a oportunidade de explicar os seus resultados preliminares e receber reacções adicionais.

Entrevistas com a DPS e DDS

A equipa de CMSC conduziu entrevistas com o pessoal da DPS em Quelimane e Nampula, as capitais provinciais das províncias da Zambézia e Nampula respectivamente. Em ambos os casos, a equipa falou com o Director. Na província da Zambézia, os membros da equipa também mantiveram encontros com dois directores das DDSs nos distritos de Lugela e Gurúè. Estes encontros visavam informar aos directores acerca das visitas pretendidas na província/distrito, responder a questões ou preocupações acerca da avaliação, e compreender a visão dos directores e o plano para as actividades de nutrição e CMSC na província/distrito. Uma carta formal descrevendo as actividades da equipa de CMSC foi entregue a cada director.

Visita à Estação de Rádio Comunitária de Gurúè

A equipa de CMSC visitou a Estação de Rádio Comunitária de Gurúè na província da Zambézia e manteve encontros com o Coordenador da rádio para se informar sobre a programação que era radiodifundida sobre a saúde, a situação financeira da rádio e os produtores dos programas radiofónicos de saúde.

5. Características da CMSC²⁶

5.1 O Modelo Sócio-Ecológico

Ao longo dos anos, tem estado a registar-se uma mudança na forma de pensar em relação ao comportamento humano. Por exemplo, há 20 anos, os praticantes de comunicação sobre a saúde acreditavam em grande medida que a mudança de comportamento resultaria directamente da provisão de informação correcta acerca da prevenção. Enquanto que a provisão de informação correcta é uma parte importante da mudança de comportamento, está provado que a informação por si só é insuficiente. Hoje em dia, reconhecem-se amplamente quatro factores chave acerca do comportamento humano:

1. As pessoas dão sentido à informação com base no contexto em que vivem;
2. A cultura e as redes sociais influenciam o comportamento das pessoas;
3. Nem sempre as pessoas podem controlar as questões que determinam os seus comportamentos;
4. Nem sempre as pessoas são racionais na decisão da melhor opção para a sua saúde e bem-estar.

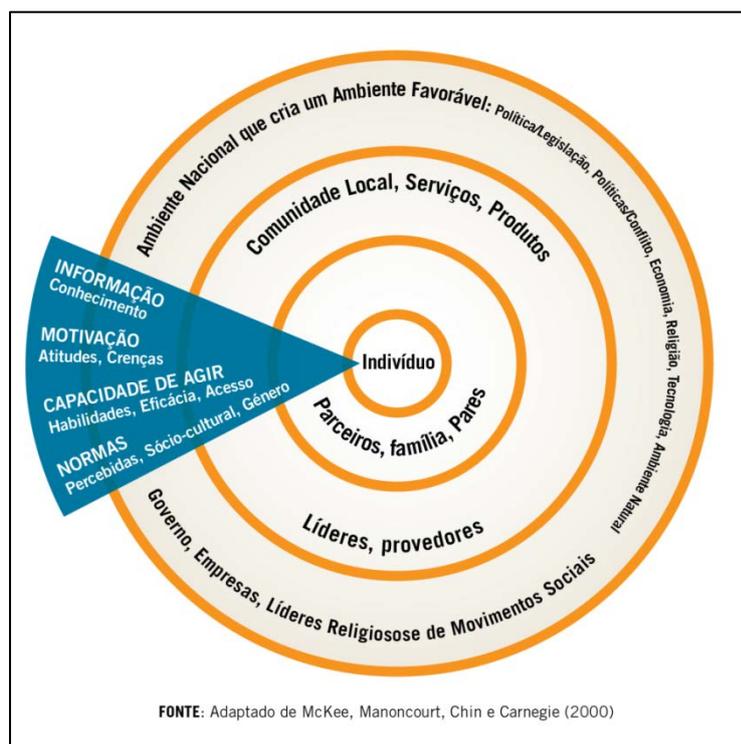
As teorias e os modelos são importantes para os planeadores de programas identificarem e fazerem presunções explícitas por detrás das intervenções e estratégias; elas ajudam a clarificar as razões pelas quais os programas têm sucesso ou fracassam.²⁷ Geralmente, um modelo é usado para descrever a aplicação de uma teoria para um caso particular. Tendo em conta que existem vários modelos, o Modelo Sócio-Ecológico, ilustrado na **Figura 1**, demonstra a evolução do pensamento a partir de abordagens focalizadas apenas na pessoa para as que consideram as condições sociais. Este modelo abrangente examina os vários níveis de influência para encontrar o ponto crítico para a mudança e examina o conhecimento e a motivação individual, bem como as normas sociais/de género, habilidades e ambiente favorável. Este modelo foi desenvolvido com base nas teorias, modelos e abordagens existentes em várias disciplinas, incluindo ciências políticas, sociologia, psicologia e comunicação. O Modelo Sócio-Ecológico olha para o comportamento individual como um produto de múltiplas influências individuais, sociais e ambientais, e combina a mudança individual com o objectivo de influenciar o contexto social no qual o indivíduo opera.

Neste modelo, os níveis de análise são representados por anéis, que mostram os domínios de influência bem como as pessoas que os representam em cada nível. O anel “indivíduo” representa as pessoas mais afectadas pela questão. Os dois anéis a seguir representam as pessoas que têm contacto directo com as pessoas mais afectadas e influenciam as suas atitudes, crenças e acções. Eles podem moldar a comunidade e as normas de género e/ou o acesso a, e a procura de, recursos comunitários e serviços existentes. O anel mais largo inclui aqueles que indirectamente influenciam os mais afectados pela questão e representa o ambiente favorável. As componentes deste anel podem facilitar ou impedir a mudança e incluir políticas e regulamentos governamentais, forças políticas, condições económicas prevalentes, o sector privado, religião, tecnologia e o meio ambiente natural.

²⁶ O conteúdo desta secção foi adaptado de: C-Change. 2011. *Módulos-C: Um Pacote de Aprendizagem para Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento*. Washington, DC: FHI 360/C-Change.

²⁷ McKee, N. et al. 2000. *Involving People Evolving Behavior*. Penang: Southbound.

Figura 1. O Modelo Sócio-Ecológico



Cada nível é influenciado por quatro principais factores transversais que as intervenções de CMSC podem ser capazes de alterar para gerar mudança. Estes factores podem actuar isoladamente ou em combinação e os mesmos são debatidos abaixo.

Informação. As pessoas precisam de informação que seja oportuna, acessível e relevante. Com informação, algumas pessoas, grupos ou comunidades podem ser empoderadas para agir. Contudo, para a maioria das pessoas, a informação não é suficiente para originar a mudança.

Motivação. A motivação, representada por atitudes e crenças acerca das questões, é necessária. A motivação pode ser afectada pela CMSC através de um aconselhamento efectivo, educação de pares ou programas de rádio. Caso seja bem feita, tal comunicação pode encorajar a mudança individual em termos de atitude e comportamento, bem como a mudança das normas sociais. Contudo, mesmo a motivação pode não ser suficiente.

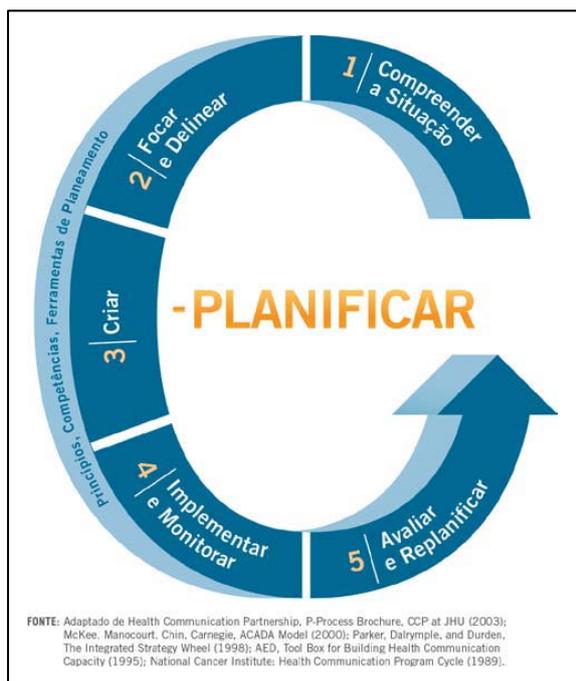
Capacidade de Agir. Em determinadas circunstâncias, em especial as que podem constituir ameaça ou as que envolvem fortes normas sociais ou de género contra o comportamento, as pessoas precisam de ter a capacidade de agir. As habilidades necessárias para a capacidade de agir incluem a resolução de problemas, a tomada de decisão, a negociação, o pensamento crítico e criativo e a comunicação interpessoal (CIP). A eficácia, a confiança das pessoas e dos grupos em relação às suas próprias habilidades de afectar a mudança, ter acesso aos serviços e transporte, e a capacidade de comprar uma diversidade de alimentos, por exemplo, são elementos importantes na capacidade de agir.

Normas. Finalmente, as normas, tal como as normas existentes, sócio-culturais e de género, possuem uma influência considerável. As normas reflectem os valores do grupo e especificam as acções que se esperam de cada pessoa por parte da sociedade à sua volta. As normas existentes são as que um indivíduo acredita que as outras pessoas têm e por isso devem ser seguidas por si. As normas sócio-culturais são aquelas que a comunidade no seu todo está a seguir por causa do estatuto social ou das convenções culturais. As normas de género moldam os pontos de vista da sociedade acerca daquilo que se espera dos homens e das mulheres.

5.2 Processo de CMSC

CMSC é um processo interactivo, pesquisado e planificado que visa mudar as condições sociais e os comportamentos individuais. Esta avaliação usa o processo “Planeamento-C” como modelo para analisar as actividades dos MYAPs e como uma estrutura para organizar os resultados e as recomendações da avaliação. A **Figura 2** ilustra os passos de Planeamento-C na elaboração sistemática de um programa de CMSC. Enquanto os processos de planeamento de CMSC comumente usados podem variar ligeiramente de programa para programa, os passos do Planeamento-C são hoje geralmente aceites como melhores práticas de CMSC.

Figura 2. O Processo Planeamento-C



O primeiro passo, em qualquer esforço de comunicação, reside na compreensão da situação. Isto requer olhar para os efeitos e as causas directas e indirectas do problema; definir as pessoas afectadas e as que influenciam; e examinar o seu contexto, incluindo determinar as mudanças desejadas por audiência e barreiras para essa mudança. Neste passo, é feita uma pesquisa formativa para compreender o contexto local e analisar dados secundários quantitativos e/ou qualitativos.

No passo seguinte, “Focar & Delinear,” são criados objectivos de comunicação apropriados, que abordam de uma forma directa as barreiras sociais e de comportamento chave para garantir que os esforços sejam relevantes para determinadas audiências. Decide-se sobre a abordagem estratégica e o posicionamento para uma campanha abrangente, tal como uma mistura de canais que se reforçam de uma forma mútua e

apropriada.

No terceiro passo, “Criar,” o enfoque é sobre a elaboração de materiais de comunicação e a moldagem das actividades necessárias. São elaborados resumos criativos destacando as mensagens chave, incluindo a promessa da mensagem (i.é., o benefício mais envolvente que a audiência alvo irá receber, na sua perspectiva, ao tomar a acção desejada) e o “apelo para acção” (i.é., o que a audiência deve fazer ou para onde se devem dirigir quando precisam de produtos ou serviços). Estas mensagens tomam em conta a informação recolhida em cada um dos passos anteriores e abordam barreiras identificadas. Também nesta fase, realiza-se a pesquisa da audiência e a testagem dos conceitos/pré-testagem para garantir que os materiais em elaboração são apropriados e relevantes para as audiências desejadas e evocam as respostas requeridas).

No quarto passo, os programas passam para a implementação e abordam questões relacionadas com a planificação de orçamentos, capacidade e controlo de qualidade.

Finalmente, para efeitos de resultados e sustentabilidade, no passo “Avaliar & Replanificar,” é importante aprender a partir da experiência do programa e garantir que a experiência guie a próxima ronda de trabalhos. Contudo, a pesquisa, monitoria e avaliação não acontecem apenas no final do processo. É relevante que seja ao longo de todo o processo, na recolha de informação de base, no estabelecimento dos objectivos mensuráveis de comunicação e na monitoria dos planos de implementação.

5.3. Componentes de uma Estratégia de CMSC

Uma estratégia de CMSC, elaborada no segundo passo do Planeamento-C, é uma ferramenta que possibilita que os praticantes da comunicação façam uma ponte entre a análise da situação e a criação de materiais e actividades. Proporciona direcção e garante que os diferentes materiais e actividades funcionem, em última análise, em conjunto e se apoiem entre si rumo a uma visão clara de mudança. A **Tabela 2** destaca as componentes de uma estratégia de comunicação.

Tabela 2. Componentes de uma Estratégia de Comunicação

Componente	Descrição
Declaração do problema	Deve resumir o problema com base na vossa audiência e análise do contexto.
As mudanças às quais o problema exige	<ul style="list-style-type: none"> • Que mudanças (na política, serviços, produtos, normas sociais, ou comportamentos individuais) haveriam de reduzir o problema? • Considere a forma como estes problemas podem surgir através da comunicação. • Uma Declaração de Mudança identifica a direcção que vocês tomaram e faz mais sentido responder de forma eficaz ao actual problema da forma como vocês compreendem.
Segmentação da audiência final	<ul style="list-style-type: none"> • Que audiências (pessoas mais afectadas, que influenciam directamente, ou que influenciam indirectamente, se tornam nas vossas audiências primária, secundária ou terciária) haveriam de precisar de ser abordadas para que estas mudanças ocorram? • Que segmentos da audiência são uma prioridade e porquê?
Mudanças desejadas	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que vocês querem que as vossas audiências mudem: atitude, comportamento, valor, percepção, habilidades, normas sociais, políticas ou outra coisa?
Barreiras	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que atravessa o caminho das mudanças que vocês descreveram acima? A partir da vossa análise, apresentem as principais razões pelas quais as audiências actualmente não fazem isto.
Objectivos da comunicação	Estabeleçam objectivos de comunicação que sejam dinâmicos para cada segmento da audiência. Abordem as barreiras principais ora mencionadas. Por exemplo: Até ao final do projecto haverá um aumento na proporção de _____ (segmento da audiência)...1. <u>que sabem</u> ; 2. <u>que sentem confiança</u> que; 3. <u>que começam</u> um diálogo sobre; 4. <u>que fazem</u> ou <u>dão passos para fazer</u> ; 5. <u>que aprendem habilidades</u> para...
Abordagem estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que juntamos todos os nossos objectivos de comunicação numa única abordagem para trabalharmos rumo à mudança? • Como é que os vossos materiais e actividades se irão juntar e apoiar entre si com mensagens que se reforçam?
Posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que vocês querem que as pessoas se recordem do vosso programa ou campanha? Trabalhem para apresentarem a vossa abordagem de uma forma que se destaque diante de outras questões comparáveis ou concorrentes. • Qual é o logotipo distintivo ou imagem que vocês querem que as pessoas associem com o vosso programa?

Componente	Descrição
Conteúdo chave	<ul style="list-style-type: none"> Quais são pontos do conteúdo chave a serem comunicados através de cada canal para cada segmento da audiência? Nota: Aqui não se trata de mensagens; essas serão desenvolvidas mais tarde.
Canais, actividades e materiais	Seleccionem os canais, actividades e materiais para cada audiência com base na forma como vocês julgam ser mais eficaz para alcançar a maioria da vossa audiência. Considerem a forma como os canais se reforçam para criar um “ambiente de mudança.” Por exemplo, um programa pode usar CIP a nível da comunidade, o que depois se liga aos cartazes publicitários ou programas radiofónicos.
Esboço do Plano de implementação	Desenvolvam um breve plano que contém os detalhes de cada actividade e os materiais com os prazos correspondentes e o plano de M&A.

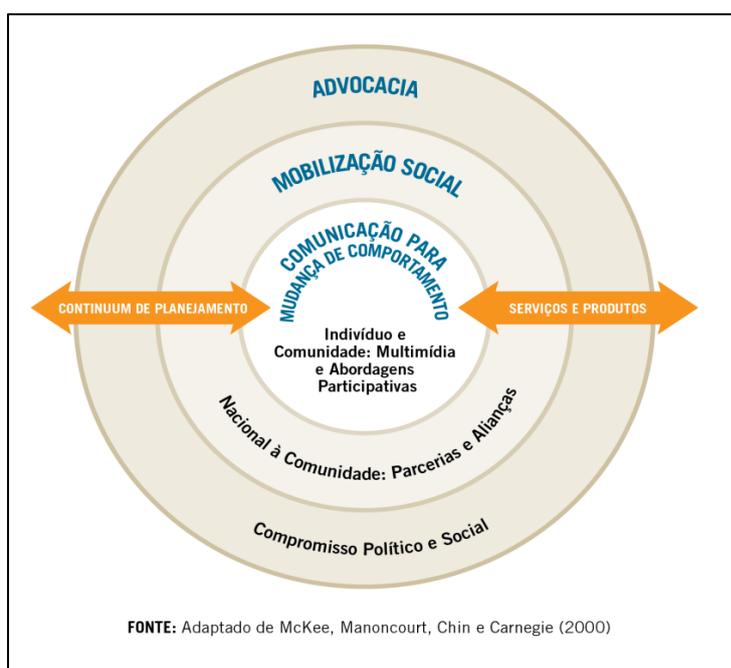
5.4 Abordagens Estratégicas e Canais

Abordagens Estratégicas

A abordagem estratégica é um dos elementos mais importantes numa estratégia de comunicação porque conduz o programa – diz-vos *como* é que os objectivos da comunicação serão alcançados. Sendo que os objectivos são específicos (estes descrevem o que é que precisa de ser alcançado), as abordagens são descritivas. A **Figura 3** mostra as três estratégias chave de CMSC, sendo que todas se reforçam mutuamente:

- A advocacia para elevar os recursos e o compromisso político e de liderança social para acções e metas de desenvolvimento;
- Mobilização social e comunitária para uma participação mais ampla, desenvolvimento de uma coligação e posse;
- CMC para mudanças a nível do comportamento, atitudes e práticas de participantes/audiências específicas em programas.

Figura 3. Três Estratégias Chave de CMSC



Canais

Os canais de comunicação podem ser categorizados em três tipos básicos: canais interpessoais, canais baseados na comunidade, e canais dos meios de comunicação social (**Tabela 3**). O maior impacto será alcançado através da combinação estratégica dos canais de comunicação entre si. Dentro de cada categoria, podem ser aplicadas actividades múltiplas. Do ponto de vista ideal, os diferentes canais enviam mutuamente mensagens de reforço.

Tabela 3. Tipos de Canais

Tipo de Canal	Exemplos de Materiais, Produtos e Actividades
Interpessoal	<ul style="list-style-type: none">• Comunicação de um para um, tal como de provedor para cliente, par para par, e parceiro para parceiro, intercâmbio e aconselhamento;• Formação e actividades de desenvolvimento de habilidades em pequenos grupos;• Visitas com líderes e políticos;• Educação de pares;• Visitas domiciliárias/alcance aos agregados familiares.
Baseado na comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Reuniões comunitárias;• Reuniões entre pai-professor;• Boletins informativos de Igrejas, cartazes, grupos de teatro, eventos culturais, etc.;• Diálogos comunitários;• Teatros comunitários.
Comunicação social	<ul style="list-style-type: none">• Anúncios de publicidade na rádio e na TV;• Testemunhos de celebridades;• Seriados;• Jogos;• Artigos de jornais;• Cartazes, brochuras, etc.

6. Sumário da CMSC Relacionada à Nutrição em Moçambique

6.1 CMSC nas Políticas, Estratégias, Planos e Protocolos de MPC

Existem várias políticas, estratégias, planos e protocolos de MPC que de uma forma directa ou indirecta incluem CMSC relacionada à nutrição.

Políticas e Estratégias Nacionais

A política nacional do GM sobre a saúde neonatal e infantil inclui um objectivo de empoderar as comunidades para melhorarem a saúde e inclui acções de prioridade relacionadas com o uso dos métodos locais de comunicação e materiais de CMC para disseminar informação. A política também faz menção à importância da educação para melhorar as práticas na saúde e nutrição da criança.²⁸ A estratégia de segurança alimentar e nutricional do GM não faz menção à CMSC em si, mas faz menção à educação para promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis e o plano de acção correspondente faz menção ao uso de campanhas para a promoção do consumo de uma dieta equilibrada e alimentos ricos em nutrientes e a promoção da amamentação.^{29,30}

O GM tem uma Estratégia Nacional de Promoção da Saúde com o objectivo global de envolver as comunidades em acções visando promover e proteger a sua própria saúde e adoptar estilos de vida saudáveis.³¹ Os objectivos específicos da estratégia incluem a criação de mudanças a nível das percepções e acções nos níveis comunitário e individual em prol de um bem-estar físico e mental da sociedade, incluindo o bem-estar das crianças, dos jovens, das mulheres, dos homens, dos idosos e dos grupos populacionais vulneráveis; aumentar a percepção dos riscos de saúde em relação ao meio ambiente circundante; providenciar às comunidades o conhecimento para que estas tenham a capacidade de promover a saúde individual e colectiva; encorajar comportamentos de procura de cuidados de saúde nas unidades sanitárias; e encorajar o cumprimento com concelhos/receitas recebidos dos profissionais de saúde. As três componentes da estratégia incluem **educação em saúde** do nível profissional para o nível comunitário; **comunicação em saúde** (incluindo campanhas de comunicação de massas; uso de rádio, televisão e tecnologias de telefonia móvel; feiras de saúde e debates sobre saúde; CIP através dos profissionais de saúde e vários indivíduos a nível da comunidade; elaboração e distribuição de materiais de comunicação [panfletos, cartazes, etc.]; e formação de profissionais nesta área); e **envolvimento comunitário** (incluindo a formação de profissionais de saúde e vários indivíduos e grupos a nível comunitário para apoiarem a mobilização, promoção e monitoria das actividades de saúde a nível da comunidade). A nutrição é uma das 17 áreas de acção destacadas na estratégia e inclui a promoção do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, boas práticas de alimentação para crianças após o fim do aleitamento materno, boas práticas de alimentação para crianças abaixo dos 5 anos, boas práticas de consumo alimentar durante a gravidez e uma dieta adequada para as pessoas vivendo com HIV (PVH).

O GM também tem uma estratégia separada para o envolvimento comunitário na saúde que inclui actividades para formar o pessoal da saúde em métodos participativos, CIP, e aconselhamento e para formar o pessoal da saúde e voluntários para realizarem sessões educacionais nas unidades sanitárias e nas comunidades e para mobilizarem as comunidades e realizarem visitas domiciliárias.³² A estratégia

²⁸ MISAU. 2006. *Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique*. Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade, Secção da Saúde Infantil. pp. 38, 41.

²⁹ GM. 1998. *Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional*. Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional. p. 17.

³⁰ GM. 2007. *Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional 2008-2015*. Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional. pp. 44–45.

³¹ GM. 2010. *Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública. pp. 20–30, 36.

³² GM. 2004. *Estratégia de Envolvimento Comunitário*. MISAU. pp. 11, 17.

também descreve o papel do Conselho de Líderes Comunitários (CLC) em mobilizar as comunidades e apoiar os trabalhadores e voluntários comunitários.

Planos Nacionais

Em relação aos planos do GM, um esboço do plano estratégico do sector da saúde do GM para 2007–2012 inclui uma linguagem geral acerca do uso da educação para a mudança de comportamento e a necessidade de desenvolver uma estratégia de comunicação para o sector da saúde e mobilizar as comunidades para adoptarem práticas saudáveis.³³ O Departamento de Nutrição do MISAU possui um documento datado de 2004 sobre a componente estratégica do plano de desenvolvimento nutricional que recomenda a melhoria da capacidade do pessoal de saúde e dos membros da comunidade para promoverem práticas de nutrição e educarem sobre nutrição, mas não inclui outras recomendações específicas relacionadas com a CMSC.³⁴ O documento declara que, apesar de o Departamento de Nutrição ter desenvolvido vários panfletos, cartazes e álbuns seriados sobre temas tais como amamentação, vitamina A, sal iodado e processamento da mandioca amarga, não parece que hajam estudos sobre o impacto destes materiais sobre o conhecimento e prática no seio da população alvo, e na altura em que o documento foi produzido, havia pouca actividade em termos de educação nutricional nas unidades sanitárias.³⁵

O PAMRDCM, que é o plano chave do GM para reduzir a desnutrição crónica, inclui várias actividades de CMSC sob cada objectivo estratégico para planificar e gerir as actividades de advocacia e a mobilização social para o plano multisectorial.³⁶ A título de exemplo:

- Para a **nutrição do adolescente**, aconselhamento para adolescentes, campanhas de educação de massas para elevar a sensibilização das comunidades sobre a nutrição do adolescente, mobilização dos líderes comunitários e prática no terreno (ex.: hortas escolares)
- Para **mulheres grávidas**, busca activa de mulheres grávidas pelos VSCs para referi-las aos serviços de saúde e aconselhamento
- Para **crianças abaixo de 2 anos**, distribuição de materiais de CMC, aconselhamento e assistência por parte dos VSCs, formação de grupos de mães e demonstração de preparação de alimentos
- Para as **famílias**, educação sobre a produção de alimentos, educação nutricional e demonstrações de armazenagem e processamento de alimentos através da extensão agrária e educação de higiene através de grupos teatrais e mobilização comunitária
- Para a **advocacia, coordenação e gestão nacional**, criação de grupos a nível nacional, provincial e distrital

A Caixa 1 apresenta sete “boas práticas existentes” descritas no PAMRDCM. Para cada boa prática, o plano inclui uma descrição do grupo alvo, os objectivos, os métodos, o impacto, as lições aprendidas, a fonte de informação, e como é que as boas práticas poderiam contribuir para o plano de acção multisectorial. O plano estratégico do Departamento de Nutrição do MISAU para o ano de 2012, que é baseado no plano de acção multisectorial, inclui actividades de CMSC, nomeadamente, a formação dos grupos de apoio para a amamentação; a reprodução e a distribuição de panfletos e cartões de aconselhamento sobre a alimentação infantil para os grupos de apoio, voluntários comunitários e pessoal das unidades sanitárias; a disseminação de anúncios de publicidade na televisão sobre o aleitamento materno; a distribuição de calendários de parede com mensagens sobre o aleitamento materno; a implementação de actividades para a Semana Mundial do Aleitamento Materno; o apoio

³³ GM. n.d. *Plano Estratégico do Sector Saúde 2007–2012, 1º Rascunho (Não Citar)*. MISAU. pp. 43, 63.

³⁴ GM. 2004. *Componente Estratégica do Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. pp. 51–52.

³⁵ Ibid. p. 27.

³⁶ GM. 2010. PAMRDCM. pp. 46–63.

para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em cada província; a actualização do PNB (para mais informações, vide abaixo); e a supervisão das actividades de nutrição a nível provincial, que podem incluir actividades de CMSC.³⁷

Caixa 1. Boas Práticas Existentes no PAMRDCM

1. Educação nutricional através de grupos de cuidados e mães líderes a nível comunitário
2. Uso de teatro comunitário para promover a boa nutrição, higiene e práticas de saneamento, e prevenir a malária e o HIV
3. Implementação do programa de reabilitação nutricional
4. Implementação do programa de alimentação escolar
5. Prevenção da gravidez na adolescência e infecção pelo HIV
6. Integração da promoção da segurança alimentar, comercialização agrícola e água e saneamento
7. Mobilização comunitária para a construção de latrinas e furos de água para mudar as práticas de higiene e saneamento

Fonte: GM. 2010. PAMRDCM. pp. 109–115.

O MISAU desenvolveu um plano de comunicação e mobilização social para a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno com base em parte nos resultados de um estudo qualitativo sobre as barreiras ao aleitamento materno exclusivo em Moçambique.³⁸ O estudo constatou que, onde as mães conhecem as recomendações sobre o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses, elas geralmente não põem em prática esses conhecimentos devido à falta de apoio dos membros influentes da família e dos membros da comunidade que não compreendem a importância do aleitamento materno exclusivo. Os membros da comunidade e mesmo os enfermeiros de saúde materno-infantil disseram que eles sabem muito pouco sobre como podem apoiar as mães com problemas de amamentação. As sogras e os maridos disseram que estariam disponíveis para ajudar se tivessem a informação necessária.

O plano de comunicação e mobilização social do MISAU tem objectivos gerais à volta da saúde materno-infantil e redução da transmissão vertical do HIV; objectivos comportamentais sobre o início do aleitamento materno dentro de uma hora após o nascimento, aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, e continuação do aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais; e objectivos de mobilização social sobre informar às mães, sogras e a outros membros da família e à comunidade sobre os benefícios destes objectivos comportamentais. O plano inclui as quatro principais estratégias que se seguem e os correspondentes exemplos de actividades:

- **Promoção através da comunicação social.** Formar jornalistas e comunicadores, disseminar comunicados de imprensa, produzir e disseminar anúncios na rádio e na televisão;
- **Mobilização comunitária.** Produzir e disseminar cartazes, panfletos e calendários com mensagens; celebrar a Semana Mundial da Amamentação; promover actividades teatrais seguidas de debate; criar e formar grupos de apoio, formar VSCs e parteiras tradicionais;
- **Fortalecimento da capacidade do pessoal da saúde.** Desenvolver materiais de formação e meios de auxílio ao trabalho e formar pessoal na área do aleitamento materno e

³⁷ MISAU. 2011. *PES Nutrição, 2012*. Departamento de Nutrição. pp. 1–2.

³⁸ GM. 2009. *Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição.

aconselhamento, criar/reactivar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e educar e monitorar o código de comercialização dos substitutos do leite materno;

- **Promoção da advocacia.** Criar parcerias com os líderes locais, grupos de debate para sensibilizar os homens a apoiarem as suas esposas, e reuniões de advocacia com grupos de mulheres; promover o aleitamento materno através do sector da educação e promover os direitos de amamentação no local de trabalho.

O plano é liderado pelo Departamento de Nutrição do MISAU. A **Caixa 2** apresenta um resumo das mensagens chave sobre a amamentação incluídas no plano.

Caixa 2. Mensagens Chave no Plano de Comunicação e Mobilização Social para o Aleitamento Materno

- Iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento para acelerar a produção de leite. O bebé sabe como chupar e alimenta-se imediatamente após o nascimento;
- O colostro, o leite amarelo que é produzido nos primeiros dias, protege o bebé contra doenças tais como a diarreia e a pneumonia;
- Dar ao bebé apenas leite materno durante os primeiros 6 meses de vida. Durante este período o leite materno possui tudo o que a criança precisa, incluindo água;
- Amamente sempre o bebé quando este precisar, durante o dia e em especial durante a noite. Quanto mais mamadas o bebé fizer, maior será a produção de leite;
- Continue a amamentar quando o bebé estiver doente ou tiver diarreia;
- Uma mulher grávida ou doente pode continuar a amamentar;
- Introduza alimentos complementares após 6 meses de vida e continue o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais;
- A mãe precisa de apoio de toda a sociedade (família, comunidade, pessoal da saúde e do trabalho, caso seja aplicável), para iniciar e continuar o aleitamento materno;
- As mães seropositivas devem dirigir-se ao centro de saúde para receberem orientações sobre a melhor forma alimentar os seus bebés;
- Se uma mãe seropositiva decidir praticar o aleitamento materno durante os primeiros 6 meses de vida da criança, ela não deve dar outros alimentos ou líquidos para além do leite materno.

Fonte: GM. 2009. *Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. pp. 8–9.

Protocolos Nacionais

O PNB do MISAU foi desenhado para servir como um recurso para o pessoal da saúde para efeitos de aprendizagem durante a formação e como um recurso contínuo no seu trabalho para que eles possam saber o quê, quando e como educar as mães/provedores de cuidados para melhorarem o estado nutricional das crianças, mulheres e famílias.³⁹ O PNB também recomenda que o pessoal da saúde mobilize e sensibilize os membros da família, incluindo pais, avós e tias, e membros influentes da comunidade através de vários meios de comunicação social.

O PNB reconhece a importância da educação nutricional a nível da comunidade e do CMSC implementado a nível central e nas comunidades. Contudo, o enfoque do PNB está sobre a

³⁹ GM. 2007. *Manual do Participante, Orientação para Introdução do Pacote Nutricional Básico ao Nível das Unidades Sanitárias Urbanas e Rurais, 3a Versão*. Dirigido aos Trabalhadores de Saúde, MISAU, Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças, Departamento de Nutrição. p. i.

implementação das actividades a nível da unidade sanitária. Os principais pontos de contacto para integrar a nutrição nos serviços de saúde incluem consultas pré-, peri- e pós-natal; consultas da criança sadia e da criança em risco; triagem pediátrica; reabilitação nutricional para crianças com desnutrição aguda; brigadas móveis; e dias mensais de saúde. As principais acções e as áreas de acção destacadas no PNB vêm identificadas na **Caixa 3**. O PNB possui listas extensas de mensagens chave, estratégias, e acções para cada acção/área chave.^{40,41}

Caixa 3. Acções/Áreas Chave destacadas no PNB

- Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses;
- Alimentação complementar adequada aos 6 meses e aleitamento materno continuado durante 2 anos;
- Cuidados nutricionais adequados para crianças doentes e desnutridas;
- Dieta equilibrada para a família, com enfoque para as mulheres grávidas;
- Suplementação com vitamina A para crianças e mulheres após o parto;
- Suplementação adequada com ferro/ácido fólico para mulheres grávidas;
- Suplementação adequada com iodo e consumo regular de sal iodado;
- Vigilância nutricional.

Fonte: GM. 2007. PNB. p. 6.

Em 2006, o MISAU desenvolveu um manual de orientação para o pessoal que transmite mensagens de educação nutricional para lhes ajudar a apoiar comportamentos positivos e para mudar os comportamentos inadequados relacionados com o consumo de alimentos.⁴² O manual é baseado nos resultados dos estudos qualitativos nas regiões norte, centro e sul de Moçambique. Apesar de o documento indicar que os resultados não podem ser generalizados à escala nacional ou por região ou província, estes resultados são vistos como uma fonte de informação relevante em relação a algumas práticas de consumo de alimentos no seio das mulheres grávidas e lactantes, crianças pequenas e famílias nas áreas onde os dados foram recolhidos, incluindo áreas urbanas, peri-urbanas e rurais. O documento contém estratégias e recomendações para mudar práticas negativas e promover comportamentos positivos, tomando em consideração os canais e os meios de comunicação localmente disponíveis e potenciais intervenções chave para promover a mudança de comportamento. A Tabela 4 apresenta um exemplo dos resultados da zona centro de Moçambique com base em dados recolhidos na província da Zambézia. O documento também é mencionado como sendo um recurso valioso no PNB.

⁴⁰ Ibid. pp. 11, 25–26, 29–33, 35, 46–47, 51–52, 55–56, 59–60, 61, 64–66, 78–79.

⁴¹ Em 2010, o MISAU realizou uma avaliação sobre o conhecimento e a prática dos provedores de serviços de saúde e práticas em relação ao PNB. Dos 122 enfermeiros, parteiras e técnicos de nutrição que tinham sido treinados no PNB entrevistados, apenas 3 por cento conseguia nomear os oito componentes do PNB. Embora aleitamento materno e dieta equilibrada tivessem sido mencionados pela maioria dos entrevistados como tópicos de aconselhamento prioritários, menos de 30 por cento mencionou outros tópicos de nutrição que devem ser prioridades para o aconselhamento, tais como a ingestão recomendada de alimentos para mulheres grávidas ou crianças doentes. Observações nas consultas da criança sadia, da criança em risco, e triagem pediátrica, mostraram que o diálogo entre o pessoal de saúde e as mães era quase inexistente e havia uma falta de "empatia" do pessoal de saúde para os clientes. Os autores do relatório recomendaram que o documento do PNB seja colocado à disposição do pessoal no local de trabalho, dada a sua importância; que sejam fornecidos meios de auxílio ao trabalho além do manual para facilitar o seu uso; que seja feita formação contínua, formação de refrescamento, e formação em trabalho sobre o PNB, com ênfase nas habilidades de CIP; que os indicadores relacionados com o aconselhamento sejam incluídos no sistema de M&A para promover as actividades de aconselhamento; e que o PNB seja actualizado. O Departamento de Nutrição do MISAU tem planos de rever o PNB num futuro próximo. MISAU. 2011. *Relatório Final, Avaliação do Conhecimento e Práticas dos Profissionais de Saúde em relação ao Pacto Nutricional Básico*. Departamento de Nutrição, Ernst & Young. pp. 19, 20, 31, 42–43.

⁴² GM. 2006. *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*. MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição.

Tabela 4. Algumas Recomendações sobre Mensagens de CMSC e Modos de Comunicação para o Aleitamento Materno, a Alimentação Complementar e a Nutrição Materna na Província da Zambézia

	Aleitamento materno	Alimentação infantil e alimentação complementar	Nutrição durante a gravidez e o aleitamento materno
Recomendações para os trabalhadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Congratular as mães com boas práticas e encorajá-las a serem mães modelo, partilhando as suas práticas nas consultas pré-natal, pós-parto e da criança sadia; • Explicar a importância do colostro e porque é que é amarelo às mulheres mais velhas e às jovens; • Sensibilizar as avós, sogras e tias sobre a alimentação infantil, pois elas aconselham as jovens; • Sensibilizar os homens a apoiarem as suas mulheres no aleitamento materno; • Educar sobre os perigos de dar outros líquidos para além do colostro nos primeiros dias de vida; • Explicar às mães como estimular a produção de leite; • Recomendar sexo seguro para evitar gravidez e infecções com o HIV ou infecções de transmissão sexual. 	<p>Até aos 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentar sempre que o bebé quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes por dia; • Não dar quaisquer líquidos ou alimentos para além do leite materno. <p>6–12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentar sempre que o bebé quiser; • Introduzir papas enriquecidas usando alimentos localmente disponíveis; • Dar fruta da época e localmente disponível entre as refeições; • Aos 7–9 meses, introduzir gradualmente a comida da família, bem cozida e esmagada. <p>12–24 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuar a amamentar conforme o desejo da criança; • Continuar a dar alimentos da família e aumentar gradualmente as quantidades; • Explicar às mães que introduzir alimentos complementares aos 9 meses é muito tarde por causa das elevadas necessidades nutricionais do bebé; • Os tabus apenas impedem que as crianças obtenham os nutrientes necessários para um bom desenvolvimento físico e mental; • Não dar alimentos do dia anterior porque podem estar contaminados; • Promover as papas enriquecidas com diversos alimentos; • Explicar às mães que apenas duas refeições/dia para uma criança é muito pouco e que as crianças precisam de comer com mais frequência e em poucas quantidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar que as mulheres obtenham vários alimentos da machamba, não só mandioca e batata-doce; • Recomendar que as mulheres tomem o pequeno-almoço e lanches para além de outras refeições por causa das necessidades de nutrientes durante a gravidez e o aleitamento materno; • Encorajar o consumo de carne de animais domésticos para satisfazer as necessidades em termos de nutrientes.

	Aleitamento materno	Alimentação infantil e alimentação complementar	Nutrição durante a gravidez e o aleitamento materno
Todas as mães devem saber que:	<ul style="list-style-type: none"> • O leite materno ajuda a defender contra infecções; • O colostro é rico em nutrientes e por essa razão é amarelo; ajuda a defender contra infecções e alergias e ajuda no processo de maturação dos intestinos; • O leite materno pode ser dado numa colher ou chávena; deve se usar práticas de boa higiene em relação aos utensílios e às mãos; • Se uma a mama tiver feridas, amamente com a outra mama que não tem feridas e exprima o leite na mama com feridas para evitar a congestão. 	<ul style="list-style-type: none"> • A alimentação complementar não deve ser baseada em papas leves; a papa deve ser enriquecida com vários alimentos; • A papa de mandioca é de valor nutricional fraco e precisa de ser enriquecida com feijão, gergelim, amendoim, castanha, etc; • Aos 9 meses, os bebés podem consumir alimentos da família, mas estes devem estar bem cozidos e esmagados; • As crianças devem ter os seus próprios pratos; • A comida do dia anterior pode estar contaminada e pode causar diarreia, vómitos e dores de estômago; • Os adultos devem ajudar e estimular as crianças a comer. 	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres grávidas e lactantes não se alimentam apenas em função das suas necessidades mas também em função das necessidades da criança; • O consumo de ovos por parte das mulheres grávidas ajuda o desenvolvimento saudável da criança; • O consumo de animais selvagens tais como salamandras é muito importante para as mulheres grávidas e não afecta o nascimento.
Métodos de transmissão da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento sobre o posicionamento; • Grupos de debate com mulheres mais velhas e membros da família que apoiam o aleitamento materno; • Teatro, canções e conversas, celebração da Semana Mundial da Alimentação, destacando as vantagens do aleitamento materno; • Uso de quadros para ilustrar aspectos chave; • Uso de “mães modelo.” 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar de forma verbal na língua local; • Uso de meios visuais tais como cartazes, quadros, cartões de aconselhamento, etc; • Pacotes de informação podem ser transmitidos via rádio em língua local; • Uso de líderes religiosos e famílias modelo para transmitir informação/mensagens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nas zonas remotas, as brigadas móveis devem providenciar informação educacional e demonstrações práticas; • Transmitir mensagens via rádio, canções, e teatro em línguas locais; • Criar grupos comunitários para servirem de animadores ou promotores de boas práticas; • Tirar vantagem do entusiasmo dos idosos e educá-los e formá-los para colaborarem.

Os protocolos das consultas da criança sadia e da criança em risco definem como uma das principais actividades do pessoal da saúde nas consultas da criança sadia a provisão de orientações aos provedores de cuidados sobre a alimentação infantil.⁴³ Os Capítulos 5 e 9 dos protocolos das consultas da criança sadia instruem o pessoal da saúde a promover o aleitamento materno exclusivo e a alimentação adequada da criança através de materiais de informação, educação e comunicação (IEC); apoio psicossocial para fortalecer a confiança dos provedores de cuidados; apoio prático (por exemplo, demonstrar a boa posição para o aleitamento materno); e a educação de grupo. As mensagens chave descritas nos protocolos estão resumidas na **Caixa 4**.

Caixa 4. Acções/Áreas Chave Descritas nos Protocolos das Consultas da Criança Sadia e Criança em Risco

- Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses;
- Alimentação complementar adequada aos 6 meses e continuação da aleitamento materno até aos 24 meses;
- Cuidados nutricionais adequados para crianças doentes e desnutridas;
- Práticas de higiene apropriadas, incluindo a lavagem das mãos, conservação segura dos alimentos, e consumo de água potável;
- Alimentação infantil no contexto do HIV;
- Tratamento da DAG com alimentos terapêuticos prontos para uso.

Fonte: Ibrahimio. 2011.

6.2 CMSC nas Estratégias, Planos e Programas do GEU

A Estratégia Multi-Anual de FTF/USAID para o AF 2011–2015 reconhece que o progresso na redução da desnutrição no seio de crianças a baixo dos 5 anos de idade em Moçambique abrandou desde 2003 devido, em parte, aos fracos comportamentos de nutrição.⁴⁴ A estratégia de FTF/USAID inclui uma área programática para melhorar a nutrição no seio das crianças abaixo dos 5 anos de idade e mulheres grávidas através da CMSC.⁴⁵ O aspecto central da Estratégia Multi-Anual de FTF/USAID são actividades de nutrição baseadas na comunidade que estejam em conformidade com o PAMRDCM do GM e que complementem as actividades de nutrição baseadas na comunidade existentes, financiadas pelo GEU, em particular as actividades dos MYAPs e SCIPs. O pessoal dos MYAPs e dos SCIPs trabalha através dos grupos de mães e pais, voluntários de saúde e higiene comunitária, associações agrárias e clubes de jovens agricultores para fortalecer as ligações entre os serviços de nutrição e saúde baseados na comunidade e nas unidades sanitárias. A estratégia de FTF/USAID inclui um enfoque sobre a documentação e reforço dos comportamentos melhorados de nutrição, tais como práticas melhoradas de alimentação infantil e diversificação da dieta através de actividades de nutrição baseadas no distrito e na comunidade e ligando às actividades para melhorar a higiene e o acesso à água potável e à produção de mais culturas nutritivas.⁴⁶

A Estratégia de Assistência Nacional do GEU para Moçambique no período 2009–2014, ao abrigo do seu terceiro objectivo de melhorar a saúde dos Moçambicanos, inclui actividades para melhorar a participação da comunidade através do estabelecimento de CLCs sustentáveis e formação de trabalhadores comunitários de saúde em CMC. O objectivo é prevenir doenças comuns; providenciar cuidados para problemas comuns de saúde; aumentar a procura dos serviços de saúde através de mobilização comunitária; e providenciar educação, incluindo educação nutricional.⁴⁷

⁴³ Ibrahimio, N.A.; Fernandes, N.; and Mikusova, S.M. 2011. Ficha Técnica, *Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco*. GM, MISAU. p. 14.

⁴⁴ USG. 2011. *Feed the Future Mozambique FY 2011–2015 Multi-Year Strategy*. p. 5.

⁴⁵ *Ibid.* p. 11.

⁴⁶ *Ibid.* pp. 28–29.

⁴⁷ GEU. 2009. *Estratégia de Assistência Nacional do GEU para Moçambique 2009–2014*. p. 12.

7. Resultados da Avaliação

7.1 Compreender a Situação

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

O nome do MYAP da ADRA era “Osanzaya Zambézia” (“Fazer a Zambézia Feliz”). A ADRA elaborou uma estratégia geral do programa, incluindo actividades de nutrição, baseada nos resultados de uma avaliação das necessidades, mas não elaborou uma estratégia detalhada de CMSC. A avaliação das necessidades foi realizada após a conclusão do DAP para se basear nas experiências do DAP para a proposta do MYAP. A avaliação das necessidades identificou problemas de saúde e de nutrição e prioridades para a mudança de comportamento (ex.: baixa percentagem de mulheres a amamentarem exclusivamente os seus bebés abaixo de 6 meses de idade), mas não incluiu informação relacionada com as determinantes dos comportamentos, barreiras para a mudança de comportamento, canais de comunicação ou outras componentes de uma estratégia de CMSC.

Visão Mundial

O nome do MYAP da VM era “Ocluvela” (“Esperança”). A VM definiu as actividades de mudança de comportamento que seriam implementadas como parte do Ocluvela na sua proposta de MYAP. Contudo, não havia qualquer documentação de uma pesquisa formativa usada para sustentar a concepção das actividades. A VM não planificou nem implementou um processo para conceber ou refinar as suas actividades de CMSC durante a vigência do projecto, porém foram feitos pequenos ajustes na prática para abordar as barreiras verificadas através da experiência no terreno. Por exemplo, os VSCs e os grupos de mães e pais passaram a explicar os motivos por detrás das mensagens transmitidas aos beneficiários, de modo a que os beneficiários pudessem balançar os benefícios e os riscos de adopção de novos comportamentos. Além disso, para abordar a resistência à adopção de novos comportamentos, exemplos de histórias de sucesso de mães cujas crianças tiveram uma melhoria na sua saúde e nutrição após a adopção dos comportamentos promovidos pelo MYAP, eram partilhados com a comunidade.

Save the Children

O nome do MYAP da SC era “Segurança Alimentar Através de Nutrição e Agricultura” (SANA). A estratégia de mudança de comportamento do SANA era baseada no DAP. Durante o DAP, a SC realizou um estudo de desvio positivo (DP) para identificar as determinantes dos comportamentos e as barreiras para a mudança de comportamento. No início do MYAP em meados de 2009, a SC contratou um consultor para avaliar os métodos e as ferramentas propostos ao abrigo da estratégia de mudança de comportamento nutricional do SANA, recomendar como fortalecer a estratégia e trabalhar com a equipa de nutrição para elaborar um plano de trabalho para incorporar novos métodos e ferramentas.⁴⁸ O consultor usou uma variedade de métodos para trabalhar de forma colaborativa com o pessoal da SC, incluindo um workshop com os gestores seniores do SANA e pessoal de nutrição, usando o quadro BAHAVE, desenvolvido pela Academia para o Desenvolvimento Educacional e o Grupo CORE.⁴⁹ Como resultado da consultoria, foram feitos planos e recomendações para melhorar a estratégia de mudança de comportamento do SANA.

⁴⁸ Michaud-Létourneau, Isabelle. 2009. *Revision and Development of the Behavior Change Strategy for Nutritional Objectives, Report of Technical Assistance to the SANA MYAP Program.*

⁴⁹ Para mais informação sobre o Quadro BEHAVE, ver <http://www.coregroup.org/our-technical-work/working-groups/social-and-behavior-change/111>.

7.2 Focar e Delinear

7.2.1 Estratégia Global de CMSC

Esta secção descreve o que vinha documentado nas propostas dos MYAPs e nos materiais de formação e de CMC, e o que foi aprendido pela equipa de avaliação durante as entrevistas e observações. Os parceiros de MYAP não usaram um processo amplo de elaboração de estratégias de CMSC tal como o Planeamento-C descrito na Secção 5. Por isso, não havia documentos amplos contendo uma descrição completa das estratégias de CMSC dos MYAPs que incluíssem informação sobre audiência(s), mudanças desejadas, barreiras, objectivos de comunicação, abordagens estratégicas, posicionamento e canais. A informação estava disponível apenas para as mudanças desejadas, audiências e intervenções (incluindo canais e actividades).

7.2.2 Mudanças Desejadas e Mensagens Chave

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

O Objectivo Estratégico (OE) do Osanzaya Zambézia relacionado com a prevenção da desnutrição em crianças abaixo de 5 anos de idade e mulheres grávidas e lactantes é o OE2: “Saúde e Nutrição de 61.875 pessoas vulneráveis melhorada nas áreas alvo.” As principais mudanças desejadas rebuscadas da proposta de MYAP e dos materiais de formação e CMC da ADRA incluem:

- Aleitamento materno exclusivo de bebés até aos 6 meses de idade;
- Alimentação complementar óptima;
- Óptima higiene e práticas ambientais saudáveis;
- Óptimos cuidados nutricionais de crianças doentes e gravemente desnutridas;
- Consumo de uma dieta equilibrada;
- Óptima ingestão de nutrientes provenientes dos alimentos durante a gravidez;
- Óptimas práticas de prevenção e tratamento da malária;
- Óptimas práticas de prevenção e tratamento da diarreia;
- Óptimos cuidados nutricionais para PVHIV e para os que sofrem de doenças prolongadas;
- Consumo de alimentos ricos em vitamina A;
- Fornecimento de suplementos de vitamina A às crianças a cada 6 meses;
- Fornecimento de suplementos de vitamina A às mulheres no pós-parto;
- Reconhecimento dos sinais de perigo para crianças doentes;
- Reconhecimento da importância da monitoria do crescimento.

Durante as entrevistas, o pessoal da ADRA identificou barreiras para a mudança de comportamento, incluindo a divisão do trabalho no seio da família, o que afectava os cuidados fornecidos à criança; os papéis do marido e da mulher na tomada de decisões tais como o uso dos recursos da família; e níveis de conhecimento/educação e a capacidade de compreender e analisar mensagens complexas. Estas barreiras foram identificadas pela ADRA através da experiência pessoal no campo, avaliação das necessidades e experiência com o DAP.

Visão Mundial

O OE do Ocluvela relacionado com a prevenção da desnutrição em crianças abaixo dos 5 anos de idade e mulheres grávidas e lactantes é o OE2: “Capacidades Humanas Protegidas e Fortalecidas .” As actividades ao abrigo do OE2 visavam fortalecer as capacidades das comunidades para abordarem as preocupações de nutrição e saúde e promover óptimas práticas de alimentação infantil, práticas de

cuidados à criança, cuidados pré-natais e planeamento familiar. As principais mudanças desejadas rebuscadas da proposta de MYAP e dos materiais de formação e CMC da VM incluem:

- Aleitamento materno exclusivo de bebés até aos 6 meses de idade;
- Alimentação complementar óptima;
- Óptima higiene e práticas ambientais saudáveis;
- Óptimos cuidados nutricionais de crianças doentes e gravemente desnutridas;
- Consumo de uma dieta equilibrada;
- Óptima ingestão de nutrientes provenientes dos alimentos durante a gravidez;
- Consumo diário de comprimidos de ferro e ácido fólico pelas mulheres grávidas durante pelo menos 6 meses de gestação, e 3 meses após o parto;
- Óptimas práticas de prevenção e tratamento da malária;
- Óptimas práticas de prevenção e tratamento da diarreia;
- Óptimos cuidados nutricionais para as PVHIV e para os que sofrem de doenças prolongadas;
- Consumo de alimentos ricos em vitamina A;
- Fornecimento de suplementos de vitamina A às crianças a cada 6 meses.

Uma lista de mensagens chave da VM, compiladas a partir dos materiais de formação, pode ser encontrada no **Anexo 4**.

Save the Children

O OE do SANA relacionado com a prevenção da desnutrição em crianças abaixo dos 5 anos de idade e mulheres grávidas e lactantes é o OE3: “Adopção acrescida das práticas chave de SNMI e o uso dos serviços de SNMI, direccionados para 94.520 crianças abaixo de 2 anos de idade e 31.905 mulheres grávidas e lactantes.” As principais mudanças desejadas rebuscadas da proposta de MYAP e dos materiais de formação e CMC da SC incluem:

- Aleitamento materno exclusivo de bebés até aos 6 meses de idade;
- Alimentação complementar óptima;
- Óptima higiene e práticas ambientais saudáveis;
- Óptimos cuidados nutricionais de crianças doentes e gravemente desnutridas;
- Consumo de uma dieta equilibrada;
- Óptima ingestão de nutrientes provenientes dos durante a gravidez;
- Óptimas práticas de prevenção da malária;
- Óptimas práticas de prevenção e tratamento da diarreia;
- Óptima procura de cuidados para crianças com infecções no sistema respiratório;
- Processamento correcto da mandioca amarga;
- Óptimos cuidados nutricionais para as PVHIV e para os que sofrem de doenças prolongadas;
- Armazenamento e conservação de sementes e alimentos;
- Consumo de alimentos ricos em vitamina A;
- Secagem e conservação de frutos e vegetais de folhas verdes.

Uma lista das mensagens chave da SC compiladas a partir dos materiais de formação pode ser encontrada no **Anexo 5**.

Durante as entrevistas, o pessoal da SC identificou barreiras para mudança de comportamento, incluindo crenças culturais sobre a comida, nível de educação e falta de recursos. O pessoal da SC

afirmou que promotoras de nutrição da comunidade e VSCs, chamadas de “animadoras” foram formadas para ultrapassar as barreiras através da resolução de problemas e debates com as mães. A SC envolveu homens e avós nas suas actividades, porque estes poderiam influenciar o comportamento dos provedores de cuidados. A SC também colaborou com programas que poderiam apoiar as famílias no acesso aos recursos necessários, tais como redes mosquiteiras e produtos de purificação da água em casa.

7.2.3 Audiências

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

O grupo alvo para a melhoria da nutrição eram crianças abaixo dos 5 anos de idade, com prioridade focalizada para as crianças abaixo dos 2 anos. A audiência primária para as actividades de CMSC da ADRA em nutrição e saúde incluía mães e pais de crianças abaixo dos 5 anos de idade. Os VSCs eram instruídos a recrutar mães com crianças menores. Contudo, as actividades não eram diferenciadas por grupos etários e todas as pessoas recebiam as mesmas mensagens e demonstrações. As mulheres grávidas também eram incluídas nos grupos de mães/pais,⁵⁰ mas elas não recebiam recrutamento direccionado e não haviam actividades específicas que focalizassem nelas. As mulheres grávidas eram identificadas para a participação nos grupos de mães/pais quando ficasse evidente que estavam grávidas, e nessa altura elas também eram encorajadas a participar nas consultas pré-natais no Centro de Saúde. De notar que a ADRA tentou promover a participação dos pais nos grupos de mães/pais. Porém, muitas vezes os pais não participavam nestes grupos.

A audiência secundária das actividades de CMSC da ADRA em nutrição e saúde incluía toda a comunidade. Em programas anteriores, incluindo o DAP, a audiência estava limitada às mães. Contudo, a ADRA apercebeu-se que direccionar-se apenas às mulheres não era efectivo, por isso, a ADRA começou a incluir toda a comunidade, especialmente os pais, as avós, os líderes comunitários e outros membros influentes da comunidade. A comunidade era envolvida através do Concelho de Saúde Comunitária (CSC) pelo técnico de saúde e nutrição.

O objectivo de trabalhar com o CSC era de promover a mobilização comunitária para assumir a responsabilidade pela saúde da comunidade e criar uma ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. A participação do CSC parecia criar um sentimento de posse do projecto e aumentar a sustentabilidade das actividades. O presidente do CSC era responsável pela garantia da manutenção desta estrutura e compromisso, bem como a continuidade das actividades.

Visão Mundial

O grupo alvo para a melhoria da nutrição eram crianças abaixo dos 5 anos de idade, com atenção focalizada em crianças abaixo dos 2 anos. A audiência primária para as actividades de CMSC da VM em nutrição e saúde incluía mães e pais de crianças abaixo dos 5 anos. A audiência secundária das actividades de CMSC da VM em nutrição e saúde incluía toda a comunidade, especialmente os pais, as avós, os líderes comunitários e outros membros influentes da comunidade.

Save the Children

O grupo alvo para a melhoria da nutrição eram crianças abaixo dos 5 anos de idade, com prioridade focalizada em crianças abaixo dos 2 anos, e mulheres grávidas. A audiência primária para as actividades de CMSC da SC em nutrição e saúde incluía mães e pais de crianças abaixo dos 5 anos. A audiência secundária das actividades de CMSC da SC em nutrição e saúde incluía toda a comunidade, especialmente os pais, as avós, os líderes comunitários e outros membros influentes da comunidade.

⁵⁰ Os grupos de mães/pais incluem tanto mães como pais.

7.2.4 Intervenções

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

A ADRA usava abordagens de CMSC interpessoais e baseadas na comunidade. A implementação das actividades teve lugar, predominantemente, através dos CSCs, VSCs e grupos de mães/pais. O CSC era composto por 1 chefe do concelho, 1 voluntário de Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância (AIDNI), 1 grupo de mães/pais (com oito membros), 15 VSCs e outros membros influentes na comunidade. A ADRA usava a abordagem da mobilização comunitária para catalisar e facilitar a acção colectiva através do CSC. Um dos objectivos do CSC era possibilitar que as comunidades pudessem identificar, priorizar e abordar as suas próprias necessidades de saúde e se tornarem advogadas das suas próprias necessidades de mudanças. O papel do CSC focalizava sobre a identificação e abordagem das questões cruciais de saúde materno-infantil na comunidade e a promoção da mudança de comportamento e o uso dos serviços de saúde pela comunidade. Os VSCs e os grupos de mães/pais usavam as abordagens interpessoais para promover mensagens chave e facilitar os grupos de mães/pais. Os CSCs desenvolviam o capital social e o apoio social para os participantes.

Tabela 5. Canais de CMSC da ADRA

Canal	Exemplos
Interpessoal	VSCs, grupos de mães/pais
Baseado na comunidade	CSCs

Visão Mundial

A VM usava canais interpessoais, baseados na comunidade e de comunicação de massas. À semelhança da ADRA, a VM usava a abordagem de mobilização comunitária para catalisar e facilitar a acção colectiva através dos CSCs. Os técnicos de saúde formavam e supervisavam os VSCs e trabalhavam com os CSCs para monitorar a situação geral de saúde e nutrição na comunidade. Os CSCs recebiam formação sobre as melhores práticas de alimentação e saúde. Os VSCs e os grupos de mães/pais usavam uma abordagem interpessoal, através de visitas domiciliárias e reuniões comunitárias, transmitindo mensagens de nutrição e providenciando instruções para as mães abordarem e prevenirem a desnutrição no seio das suas crianças. Os CSCs desenvolviam o capital social e o apoio social para os participantes. A VM também integrava a nutrição e a agricultura através da provisão de formação em saúde e nutrição às associações de camponeses e apoiando os CSCs a criarem hortas comunitárias. Devido à forte ligação entre as actividades de saúde e os membros das associações agrárias, as mensagens de saúde e nutrição pareciam bem sucedidas no alcance aos pais e a outras pessoas influentes na comunidade, tais como líderes comunitários e religiosos e médicos tradicionais.

O MYAP da VM, em colaboração com o SCIP e o Centro para Programas de Comunicação da Johns Hopkins University, também usavam programas de rádio comunitária tanto em Português como em língua local através da série “Vozes da Vida.” Os programas de rádio reforçavam as mensagens transmitidas durante as visitas domiciliárias e reuniões comunitárias. Os VSCs afirmaram que os programas de rádio lhes ajudavam porque os beneficiários alvo ouviam na rádio as mesmas mensagens que eles davam, dando credibilidade aos VSCs. Os VSCs notaram que quando fossem a uma casa para recrutar novos membros para um grupo de mães, as mães geralmente já tinham ouvido as mensagens no “Vozes da Vida.”

Tabela 6. Canais de CMSC da VM

Canal	Exemplos
Interpessoal	VSCs, grupos de mães/pais
Baseado na comunidade	CSCs, associações agrárias
Meios de comunicação de massas	Rádio comunitária

Save the Children

A SC utilizava canais interpessoais, baseados na comunidade e de comunicação social de massas. A implementação era realizada através de um grande quadro de animadoras que eram supervisionadas e apoiadas por voluntários comunitários promotores de nutrição para alcançar a população alvo. As animadoras usavam uma abordagem interpessoal, através de sessões mensais de aprendizagem com 2 grupos de 15 mães cada. As sessões de aprendizagem incluíam demonstrações de práticas de cozinha e higiene e eram complementadas por visitas domiciliárias para monitorar a adopção de práticas de nutrição e saúde. As animadoras também trabalhavam com os grupos de suporte para mobilizarem as comunidades a participarem nas brigadas móveis das unidades sanitárias e nos dias de saúde semestrais, e apoiavam nas referências das animadoras para crianças doentes e desnutridas às unidades sanitárias. Os grupos de suporte criavam o capital social e o apoio social para os provedores de cuidados melhorarem as práticas de nutrição e de saúde. Durante os dias de saúde, o SANA usava uma abordagem de DP para apresentar publicamente os beneficiários do programa cujas crianças eram bem nutridas como resultado da adopção das práticas melhoradas de nutrição e saúde. O SANA também usava a estação de rádio provincial de Nampula e estações de rádios comunitárias seleccionadas para disseminar mensagens sobre nutrição. Para além disso, a Pathfinder, como parte do SCIP e em colaboração com a SC, patrocinou um concurso de canções que abordam mensagens chave sobre a saúde. As melhores canções em Emakwua foram posteriormente gravadas e difundidas em duas estações diferentes de rádios comunitárias. Estes programas afiguravam-se ser populares e os voluntários afirmaram que os programas motivavam as mães a prestar mais atenção às suas mensagens.

Os Grupos de Suporte pareciam ser uma forma efectiva de mobilização das comunidades para adoptarem a mudança de comportamento desejada. Estes grupos eram compostos por membros respeitados e influentes da comunidade que apoiavam os voluntários comunitários nos seus esforços para levar os membros da comunidade a adoptarem novos comportamentos e práticas. Os membros dos Grupos de Suporte eram tipicamente compostos por régulos, cabos, líderes religiosos tais como pastores e cabos, curandeiros, parteiras tradicionais e outros líderes comunitários influentes. Quando um voluntário comunitário se deparasse com um desafio, tal como um agregado familiar que não estivesse a adoptar as práticas nutricionais recomendadas, ou uma família que não levasse uma criança desnutrida à unidade sanitária, o voluntário solicitava a ajuda dos Grupos de Suporte. Os Grupos de Suporte também ajudavam a resolver problemas tais como transporte para uma unidade sanitária. De acordo com os voluntários e outros líderes comunitários, os Grupos de Suporte constituíam um método bastante efectivo de obter uma adopção comunitária das mudanças em grande escala e aceleravam a velocidade das mudanças e o aumento da cobertura. Os membros dos Grupos de Suporte também eram membros de outros grupos comunitários tais como os grupos de agricultores e os concelhos de saúde. O projecto da SC deu-lhes crachás de identificação, que eles usaram orgulhosamente durante a visita da equipa.

Tabela 7. Canais de CMSC da SC

Canal	Exemplos
Interpessoal	Animadoras, grupos de mães
Baseado na comunidade	Grupos de Suporte
Meios de comunicação de massas	Rádio provincial de Nampula, rádios comunitárias

7.2.5 Melhores Práticas de Intervenção

Liderança Comunitária

As comunidades que aparentavam ter alto funcionamento dos CSCs tendiam a ter níveis mais elevados de conhecimento das mensagens chave sobre nutrição do que as comunidades que aparentavam ter uma liderança menos dinâmica. Os membros da equipa de CMSC notaram que a participação de determinadas figuras comunitárias nos CSCs aparentava fortalecer o conhecimento da comunidade sobre, e a resposta às, mensagens de nutrição, higiene e saneamento. O envolvimento dos régulos, cabos e líderes religiosos, curandeiros e parteiras parecia revigorar a actividade da comunidade, incluindo a planificação agrária e nutricional e a influência positiva sobre os membros da comunidade resistentes a adoptar a mudança de comportamento desejada.

O pessoal de campo da SC e da VM referiu-se à criação de fóruns onde as comunidades poderiam partilhar as suas experiências, melhores práticas e lições aprendidas. Tal foi aparentemente feito de uma forma limitada, mas parece provável que tenha sido útil para as comunidades onde a liderança era relativamente fraca de modo a que os líderes menos efectivos pudessem aprender das suas contrapartes mais efectivas.

Integração da Nutrição e Agricultura

A integração das actividades de nutrição nas associações agrárias era vista como um método para garantir que os maridos recebessem as mesmas mensagens chave que as suas mulheres. A incorporação das actividades de nutrição nestas associações parecia aumentar o sentido de responsabilidade dos camponeses do sexo masculino na nutrição e saúde dos seus agregados familiares e da comunidade.

Ferramentas de Planificação da Comunidade

A maior parte das comunidades tinha materiais de planificação que elas usavam como um grupo para apresentarem as actividades da sua associação agrária, comité de saúde e voluntários. Estas ferramentas eram úteis para planificar as actividades e o tempo necessário para realizar tais actividades, bem como para a prestação de contas através da documentação das responsabilidades e realizações. As ferramentas observadas pela equipa de CMSC incluíam um mapa comunitário, um diagrama organizacional da estrutura do comité de saúde, dois planos relacionados com a agricultura, dois planos ligando a agricultura com a nutrição, e planos de trabalho para os voluntários de saúde e comités de saúde. O mapa comunitário e o diagrama da estrutura do comité serviam para unificar o grupo rumo a metas e objectivos comuns. Os planos das associações de agricultura detalhavam a produção pretendida de cada cultura básica para a época, as colheitas esperadas, as fontes das sementes e as áreas de cultivo. Isto permitia à comunidade saber aproximadamente quanta comida poderia esperar produzir para o consumo e venda. A maior parte das associações também possuía um plano de comercialização que abordava os preços e os ganhos esperados da venda de cada cultura.

O plano de estoque e o calendário sazonal eram particularmente úteis na ligação da agricultura com a nutrição, tornando-as parte do mesmo plano. O plano de estoque apresentava estimativas de quantos

sacos de cereais e legumes precisavam de ser armazenados para alimentar uma família durante um ano inteiro com base no tamanho da família. A equipa de CMSC notou que as comunidades, com esta planificação detalhada de produção e armazenagem de culturas, aparentavam ter menos insegurança alimentar, enquanto que as comunidades que não tinham estas ferramentas já estavam a enfrentar carências alimentares. As comunidades também criaram um calendário sazonal que apresentava o clima, as culturas, as doenças comuns e a sua prevenção, frutos disponíveis, e os alimentos comumente consumidos em cada época. Este plano apresentava uma visão holística do clima, da saúde, da agricultura e da nutrição a nível da comunidade.

Muitas comunidades tinham planos de trabalho para os seus voluntários de saúde ou vários comités de saúde. Geralmente, estes planos de trabalho, indicavam o número de dias por mês e as actividades planificadas por voluntário ou comité. Uma comunidade, a de Murrimo, no distrito de Gurúè, tinha também desenvolvido uma tabela detalhada das actividades realizadas pelo comité de saúde por mês. A tabela incorporava várias estatísticas, incluindo o número de latrinas construídas; o número de casos de diarreia, desnutrição e malária identificados; a distribuição de preservativos e o controlo da natalidade; o número de referências para a consulta pré-natal (CPN); o atendimento ao parto; e o número de demonstrações feitas. Esta ideia veio da comunidade e reafirmou as suas realizações e a importância do seu trabalho.

A organização de actividades pelas comunidades, o estabelecimento de metas e a documentação das realizações através de ferramentas comunitárias de planificação pareciam co-relacionadas com a motivação da comunidade e a capacidade de trabalhar em conjunto de uma forma efectiva. Os exercícios de planificação comunitária serviram a um propósito prático em termos de produção agrícola e gestão do tempo, mas também serviram a uma função importante na validação da importância do trabalho e na unificação da comunidade como participantes activos e não receptores passivos.

Grupos de Jovens Agricultores

Muitas comunidades tinham grupos de jovens agricultores. Estes grupos tinham uma liderança, presidente e secretário estabelecidos e reuniam-se semanalmente com um extensionista para aprenderem lições sobre agricultura de conservação, saúde e nutrição. Eles cultivavam juntos uma pequena machamba colectiva e eram responsáveis pela produção, venda e consumo das culturas. A componente de jovens agricultores do programa não só envolvia os jovens no empoderamento comunitário dos MYAPs, como também promovia a mudança de comportamento na fase tenra da vida, quando é teoricamente mais fácil mudar as práticas. Esta componente também fornecia mensagens chave sobre saúde e nutrição às crianças mais crescidas, que são geralmente as provedoras de cuidados dos irmãos mais novos enquanto os pais estão no serviço.

Rádio

Tanto na Zambézia como em Nampula, a rádio parecia ser um canal de comunicação bastante efectivo. O entretenimento educacional tem sido um elemento integrante de muitas campanhas de CMSC relacionadas com a saúde nos países em desenvolvimento durante as últimas décadas.⁵¹ Um rol de evidências mostra que as intervenções de entretenimento educacional podem ter efeitos mensuráveis sobre a mudança de comportamento no que diz respeito a temas que variam desde a nutrição, HIV/SIDA e planeamento familiar até ao desenvolvimento de importantes habilidades da vida através de demonstração dos problemas que as pessoas enfrentam, encenação de soluções e providenciamento de incentivos e técnicas para resultados positivos.^{52,53}

⁵¹ Noar, S. 2006. "A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here?" *Journal of Health Communication*.

⁵² Bandura, A. 2004. "Health promotion by social cognitive means." *Health Education & Behavior*.

7.2.6 Outras Observações

Género

A equipa de CMSC observou a equidade de género nas discussões comunitárias e o exercício de liderança nos CSCs. As curandeiras e as parteiras eram particularmente faladoras e eram porta-vozes fortes. Os grupos de agricultores, os comités de água e saneamento e os concelhos de liderança pareciam ter uma representação razoavelmente equilibrada tanto de homens como de mulheres. As mulheres dominavam esmagadoramente os grupos de VSCs e de animadoras, como seria de esperar uma vez que os seus problemas lidavam com a esfera doméstica. Nas poucas comunidades em que havia cooperativas de comercialização agrícola, a equipa observou um rácio baixo de mulheres para homens entre os membros, em comparação com outros grupos baseados na comunidade. Isto pode ser importante para o estatuto das mulheres a longo prazo, uma vez que pode afectar negativamente a sua capacidade de geração de rendimentos.

Insegurança Alimentar

A equipa de CMSC identificou duas comunidades que estavam a enfrentar carência alimentar. Os residentes reportaram uma redução na quantidades de comida consumida a cada dia. Na comunidade, Bairro de Murrupelane, no distrito nampulense de Nacala-Porto, os líderes comunitários reportaram casos de carência alimentar porque os agricultores do distrito não tinham terra suficiente para o cultivo. Eles explicaram que há 12 anos as suas machambas colectivas tinham sido atribuídas a outro “dono” para a criação de gado. A comunidade não foi capaz de ultrapassar, por si só, os efeitos da perda destas terras. Em Sanhote, no distrito nampulense de Monapo, a comunidade reportou uma carência alimentar devido às baixas colheitas causadas por chuvas inadequadas. Para determinadas comunidades terem sucesso, a CMSC não é suficiente. Poderão ser necessárias soluções mais amplas para apoiar tais comunidades a saírem da pobreza, e os programas deveriam ter mecanismos para apoiar tais comunidades.

7.3 Criar

7.3.1 Materiais

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

Os materiais de CMC da ADRA foram elaborados pela ADRA ou em coordenação com outros parceiros de MYAP ou foram elaborados pelo MISAU. A ADRA reportou que o conteúdo dos materiais era baseado nos protocolos do MISAU ou na literatura científica. Alguns materiais foram adaptados do DAP e de outras experiências do programa após uma revisão interna feita pelo pessoal de nutrição da ADRA. A ADRA reportou que o MISAU procedeu à revisão dos materiais. Não foi realizado qualquer pré-teste dos materiais de CMC.

Os materiais de CMC da ADRA incluíam:

- Manual do PNB (MISAU);
- Manual de AIDNI (MISAU);
- Panfleto baseado no PNB (ADRA);
- Álbum Seriado: A história da pequena Adelina (MISAU);
- Cartaz: “A Nossa Alimentação” (MISAU);
- Álbum Seriado: Formação de agricultores nas áreas de saúde e nutrição (ADRA);

⁵³ Vaughan, P.W. et al. 2000. “Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: A field experiment in Tanzania.” *Journal of Health Communication*.

- Álbum Seriado: Higiene e prevenção da diarreia e da cólera (MISAU);
- Receitas adaptadas para o uso de alimentos locais (ADRA);

A ADRA não fornecia materiais de apoio aos VSCs (ex.: camisetas, pastas, bonés) porque estes eram vistos como incentivos e havia uma preocupação de que os materiais de apoio poderiam mudar o enfoque e a motivação por detrás da participação no programa. Os CSCs recebiam uma bicicleta.

Visão Mundial

Os materiais de CMC usados pela VM incluíam cartazes que foram desenvolvidos pelo MISAU bem como álbuns seriados criados pelo SCIP e o MYAP da VM, baseados no PNB. A VM reportou que os materiais do MISAU e dos DAPs anteriores foram actualizados de modo a reflectirem a literatura científica mais actualizada. O MYAP e o SCIP também criaram álbuns seriados com o apoio da Universidade Johns Hopkins, contendo mensagens derivadas dos documentos de referência do MISAU, incluindo o PNB, a Orientação Nutricional para PVHIV, Manual de Saúde Materno-Infantil, Manual de Educação para Saúde, Manual de Nutrição Comunitária, Manual sobre Alimentação Infantil e o Manual sobre a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV). Os álbuns seriados foram revistos pelo pessoal técnico da VM a nível central, DPS/Zambézia e MISAU. Os materiais foram distribuídos apenas para o uso dos implementadores do MYAP quando receberam a aprovação do MISAU. Um dos álbuns seriados criados pelo SCIP intitulado “Ciclo da Vida” foi pré-testado na comunidade, em colaboração com a DPS/Zambézia, tendo resultado em revisões adicionais à linguagem e às imagens, de modo a melhor responder às necessidades das comunidades. A VM também forneceu camisetas estampadas, pastas plásticas de arquivo com cadernos, canetas, lápis, afiadores e borrachas a todos os membros do CSC e, aos auxiliares de saúde apenas, bicicletas.

Save the Children

Os materiais de CMC usados pela SC incluíam cartazes que foram desenvolvidos pelo MISAU bem como álbuns seriados criados pelo DAP e MYAP da SC, com base em experiências e no estudo de DP concluído durante do DAP. O pessoal da SC afirmou que a maior parte do material de CMC foi testado na comunidade durante o DAP. A SC também forneceu camisetas estampadas, cartões de identificação, pastas de costas e bonés aos promotores e animadoras de nutrição. A SC também forneceu materiais para demonstrações tais como panelas, baldes, pratos, copos e alimentos produzidos na comunidade. As promotores de nutrição foram dadas bicicletas.

Observações Gerais

A equipa da avaliação de CMSC encontrou poucos materiais de CMC que estavam a ser usados pelos voluntários comunitários ou pessoal de campo nas suas reuniões de grupo e visitas domiciliárias. Quando estivessem disponíveis materiais impressos, muitas comunidades visitadas no âmbito desta avaliação não tinham quantidades suficientes. Os materiais de CMC que foram encontrados estavam em língua Portuguesa.

Uma das mensagens chave em que os voluntários de saúde e nutrição focalizavam eram os quatro grupos alimentares básicos e o seu funcionamento no organismo. O material de CMC usado por todos os parceiros de MYAP é o cartaz “A Nossa Alimentação,” originalmente elaborado pelo MISAU, para demonstrar os vários alimentos em cada grupo alimentar (vide **Figura 4**).

Figura 4. Cartaz dos Grupos Alimentares



Os voluntários indicaram de forma consistente a necessidade de materiais de CMC, em particular desenhos grandes que eles pudessem usar nas sessões de educação com as mães. O pessoal de campo e os voluntários afirmaram que os materiais do tamanho de cartazes com desenhos mais pequenos (vide **Figura 5**) não eram práticos para uso nas apresentações. Eles eram de difícil manipulação diante de um grupo, dado que os voluntários tentavam falar, ler o texto e mostrar os desenhos ao mesmo tempo. Normalmente, as mães sentavam-se em esteiras no chão, geralmente com bebês ou crianças sobre si, por isso era pouco provável que elas se pudessem movimentar para olhar para os pequenos desenhos.

Figura 5. Exemplo de um Cartaz com Desenhos Pequenos



Os voluntários e pessoal de campo disseram que era preferível o material com desenhos maiores de modo a que os desenhos pudessem ser vistos com mais facilidade (vide **Figura 6**).

Figura 6. Exemplo de um Cartaz com Desenhos Grandes



O outro lado do cartaz na Figura 6 tinha um guião escrito para o envolvimento da audiência. Embora muitos voluntários que não eram letrados em Português não pudessem usar o guião, a metodologia interactiva do guião é um bom exemplo dos métodos de CMC que os voluntários e o pessoal de campo deveriam aprender como parte da sua formação.

Alguns voluntários tinham materiais de CMC, por exemplo sobre o aleitamento materno, em tamanho de brochura. Os informantes explicaram que eles podiam usá-los em apresentações individuais personalizadas. Os voluntários pareciam valorizá-los, pois possuí-los dava a impressão de aumentar a sua credibilidade e autoridade perante as suas audiências.

De acordo com os voluntários, camisetas, crachás e bonés do programa também ajudavam a estabelecer a sua autoridade e credibilidade perante os membros do grupo alvo. Nas comunidades servidas pela SC na província de Nampula, com muita frequência e muito orgulhosamente, os voluntários vestiam as camisetas e os crachás. Nas comunidades onde os voluntários não tinham acesso a tais itens, eles lamentavam o facto de os programas não os terem fornecido. O fornecimento destes itens aos voluntários também parecia incentivar a sua moral e, dada a importância destes apoiantes do programa não pagos para o sucesso dos programas, a provisão destes itens é um investimento prudente e relativamente modesto.

Os informantes também revelaram que eles não tinham pastas para carregar os materiais de CMC. Os voluntários tinham que percorrer, frequentemente, longas distâncias, geralmente carregando uma criança às suas costas. A equipa observou voluntários numa comunidade da VM no distrito Zambeziano do Gurúè que tinham sido contemplados com grandes envelopes de plástico de baixo custo para proteger e transportar materiais impressos de CMC em tamanho A4. Estes voluntários afirmaram que os envelopes de plástico não eram práticos e pediram mochilas de costas que lhes pudessem permitir carregar consigo estes materiais e, ao mesmo tempo, transportar as suas crianças e outros objectos, tais como painéis de demonstração.

7.4 Implementar e Monitorar

7.4.1 Estrutura do Pessoal

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

A ADRA empregava um quadro de 12 técnicos de saúde e nutrição (2 a 3 por distrito), supervisionados por 3 supervisores distritais de saúde que eram, por sua vez, geridos por um coordenador de saúde e nutrição. Os técnicos de saúde e nutrição formavam, apoiavam e supervisavam os grupos comunitários e de provedores de cuidados, CSCs e VSCs. A **Tabela 8** resume o número, a capacidade, o papel e a estrutura do pessoal de campo do programa.

Tabela 8. A Estrutura do Pessoal da ADRA

Tipo de Pessoal	Total	Papel	Cobertura
Coordenador de Saúde e Nutrição	1	Planificar, implementar, supervisionar e monitorar todas as actividades de saúde/nutrição.	Cobertura de todos os 5 distritos, supervisa 3 supervisores distritais e 12 técnicos.
Supervisores Distritais de Saúde	3	Supervisar e monitorar as actividades de saúde do programa, planificar mensalmente as actividades do CSC em colaboração com os membros do CSC.	Cobertura de 1 – 2 distritos
Técnicos de Saúde e Nutrição	12	Implementar as actividades planificadas do programa, dar formação técnica e supervisionar os CSCs e VSCs; recolher e elaborar relatórios de dados de nível comunitário para a M&A.	Cobertura de aproximadamente 16 CSCs (1 CSC por comunidade)
CSC	192	Implementar todas as actividades do programa, resolver conflitos com a comunidade, acompanhar as visitas domiciliárias, apoiar na mobilização comunitária.	1 CSC por comunidade com 25 membros
VSCs	2,880	Dar aulas de saúde sobre higiene e prevenção de doenças, construir latrinas e efectuar visitas domiciliárias.	10 – 15 famílias
Membros dos grupos de pais/mães	1,536	Dar aulas sobre mensagens chave de nutrição, fazer demonstrações de preparação de papas enriquecidas, efectuar visitas domiciliárias.	Toda a comunidade

Visão Mundial

A implementação era feita principalmente através dos membros de 330 CSCs, 6.960 VSCs e 330 grupos de mães/pais.

Tabela 9. Estrutura do Pessoal da VM

Tipo de pessoal	Total	Papel	Cobertura
Coordenador para Saúde e Nutrição	1	Coordenar todas as actividades do programa sobre saúde e nutrição com as actividades de agricultura, a nível distrital e com os parceiros.	8 Coordenadores Distritais
Coordenador Distrital	8	Coordenar as actividades de saúde e nutrição com as autoridades locais, i.e., Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) e os parceiros locais; e supervisionar os técnicos de nutrição e saúde.	4 técnicos (2 da agricultura e 2 da nutrição)
Técnico de Saúde e Nutrição	16	Implementar as actividades de saúde e nutrição do programa na comunidade, formar e supervisionar os auxiliares e voluntários de saúde, e apresentar relatórios sobre os dados mensais de monitoria aos SDSMAS.	3 a 5 auxiliares, 600 a 800 voluntários por técnico
Auxiliares de Saúde	36	Auxiliar os técnicos na formação e supervisão dos VSCs.	5 a 6 CSCs, 100 a 150 voluntários por auxiliar de saúde
CSC	330	Fazer mobilização comunitária, resolver conflitos com a comunidade, planificar e calendarizar as actividades mensais para VSCs ou membros dos grupos de mães/pais	1 a 2 por comunidade dependendo da dimensão da comunidade
VSC	6,960	Fazer visitas aos agregados familiares e sessões de educação de grupos nas igrejas/feiras sobre higiene e saneamento, prevenção de doenças (malária e diarreia), prevenção do HIV, cuidados às PVHIV, planeamento familiar e nutrição.	15 agregados familiares por voluntário
Membros dos grupos de mães/pais	2,640	Fazer demonstrações culinárias, visitas aos agregados familiares, sessões de educação de grupos nas igrejas/feiras sobre nutrição; reabilitação nutricional; cuidados infantis; planeamento familiar; detecção, aconselhamento e referência de mulheres grávidas; nutrição para mulheres grávidas e lactentes; PTV.	15 agregados familiares por membro

Save the Children

A implementação era feita através de um grande quadro de 2.800 trabalhadoras voluntárias da comunidade designadas por “animadoras” que eram supervisionadas e apoiadas por 280 promotores voluntários de nutrição da comunidade para alcançar a população alvo. Catorze supervisores distritais de nutrição da SC eram responsáveis pela mobilização das comunidades para elegerem 280 promotores de nutrição que constituíam o primeiro nível de voluntários comunitários.

Tabela 10. Estrutura do Pessoal da SC

Tipo de Pessoal	Total	Papel	Cobertura
Coordenador Provincial de Nutrição	2	Fiscalizar o MYAP em 7 distritos	7 oficiais distritais
Oficial Distrital	9	Fiscalizar o MYAP a nível distrital, formar e supervisionar os promotores, recolher informação de monitoria e sintetizar a nível do distrito.	16 a 20 promotores (dependendo da dimensão do distrito)
Promotores Voluntários Comunitários de Nutrição	280	Formar e supervisionar as animadoras, recolher e sintetizar os dados mensais de monitoria para reportar ao Oficial Distrital.	10 <i>animadoras</i>
<i>Animadoras</i>	2,800	Dar aulas mensais sobre saúde/nutrição e demonstrações culinárias, identificar e referir crianças doentes ou desnutridas ao Centro de Saúde, reportar as actividades mensais ao promotor.	30 mães (2 grupos de 15 mães)

7.4.2 Formação

Observações Gerais

Os parceiros de MYAP usaram um modelo de formação em cascata com sessões regulares de re-capacitação do pessoal e dos voluntários. A maior parte dos materiais de formação foi tirada directamente ou adaptada dos materiais do MISAU, incluindo o PNB e os manuais de AIDNI. Os materiais para os técnicos de saúde e nutrição eram mais detalhados e tecnicamente orientados, enquanto que os materiais para os voluntários eram simplificados e encurtados e usavam mais imagens. Os materiais estavam todos em Português e eram traduzidos para as línguas locais pelos técnicos, de acordo com as necessidades, durante as formações.

Tabela 11. Estruturas de Formação do MYAP por Implementador

Tipo de pessoal	Formadores	Abordagens de formação	Materiais de formação	Número de participantes	Frequências das formações
Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais					
Técnico de Saúde e Nutrição	Técnico de nutrição da DPS	Apresentação em PowerPoint, debate em grupo, manuais, demonstrações	Materiais do MISAU, incluindo manual do PNB e manual de AIDNI	12 técnicos	Aproximadamente a cada 18 a 24 meses dependendo do desempenho e experiência dos técnicos
CSCs (incluindo VSCs e grupos de mães/pais)	Técnico da ADRA	Palestra com perguntas e respostas, demonstrações	Manuais ilustrativos, álbuns seriados, demonstrações	Aproximadamente 30 (membros do CSC e VSC)	2–4 vezes por ano

Tipo de pessoal	Formadores	Abordagens de formação	Materiais de formação	Número de participantes	Frequências das formações
Visão Mundial					
Técnicos de Saúde e Auxiliares	Coordenadores provinciais do MYAP/SCIP	Apresentação em PowerPoint e debate em grupo	Apresentação em PowerPoint	Aproximadamente 20	1 formação por ano
CSCs (incluindo VSCs e grupos de mães/pais)	Técnicos de saúde	Palestra, debate em grupo	Manual do PNB, álbum seriado, cartazes	Aproximadamente 30 (membros do CSC e VSC)	4 vezes por ano
Save the Children					
Voluntários Comunitários Promotores de Nutrição	Oficial distrital	Apresentação em PowerPoint e debate em grupo	Manual de formação	Todos os promotores no distrito	3 vezes por ano, 4 a 5 dias de formação, cada sessão de formação cobre um pacote de informação diferente de temas
<i>Animadoras</i>	Promotores	Palestra, debate em grupo	Manual de formação e cartazes	10 <i>animadoras</i>	Mensalmente

Da revisão do currículo de formação e das entrevistas com o pessoal do projecto, incluindo o pessoal de campo, a equipa de CMSC constatou pouca evidência de formação para o pessoal de campo e para os voluntários especificamente sobre CIP ou sobre métodos de CMSC em geral. A SC reportou que os promotores de nutrição e as animadoras foram formados em como organizar os grupos de mães bem como em habilidades básicas de aconselhamento, incluindo o diálogo, respeito, como colocar perguntas abertas, como mostrar interesse em relação ao que está sendo dito e como evitar usar palavras que soem como juízos de valor.

O PowerPoint do currículo do PNB que foi fornecido à equipa de pesquisa era, em grande medida, clínico na sua orientação, e tinha pouco debate sobre as técnicas de CIP e CMSC. A equipa de CMSC observou voluntários a palestrarem para grupos de mães e, à medida que o tempo ia passando, as mães iam perdendo interesse no que estava a ser dito.

7.4.3 Coordenação com a DPS, SDSMAS e Parceiros

Os parceiros de MYAP coordenavam com a DPS e a DDS através de uma troca contínua de informação sobre as actividades do programa. A título de exemplo, a ADRA submetia relatórios trimestrais à DPS e à DDS, incluindo dados sobre a monitoria do crescimento, planeamento familiar e actividades dos voluntários. A ADRA também tinha reuniões mensais de coordenação com o pessoal dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) para planificar as brigadas móveis e outras actividades sobrepostas. Os parceiros do MYAP realizavam visitas de campo conjuntas com os SDSMAS e a DPS. Os parceiros do MYAP também convidavam regularmente o Técnico de Nutrição da DPS para participar nas sessões de formação. Geralmente, o pessoal do MYAP e os VSCs também assistiam as brigadas móveis na comunidade. A coordenação com parceiros de implementação do SCIP era forte, uma vez que eram feitos esforços para realizar

actividades que complementavam e preenchiam as lacunas em cada programa, e também para formar o pessoal de uma forma transversal sobre os diferentes tópicos abrangidos por cada programa.

7.4.4 Cobertura

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

Na sua proposta original do MYAP, a ADRA planeou cobrir 11 por cento do total da população de cinco distritos. Contudo, devido aos cortes de financiamento, a cobertura esperada foi reduzida a 6–7 por cento do total da população dos cinco distritos. O pessoal da ADRA estimou que a cobertura era em média de 4 por cento por distrito: Lugela – 5 por cento; Mocuba – 3 por cento; Maganja – 7 por cento; Pebane – 3 por cento e Ile – 1 por cento. O plano inicial era de cobrir 60 por cento das comunidades por distrito. Três distritos alcançaram esta meta, mas nos outros dois distritos, apenas 40 por cento das comunidades eram cobertas. Os beneficiários eram seleccionados com base na vizinhança aos VSCs ou às casas dos membros dos grupos de mães/pais.

Visão Mundial

No início do programa, a VM esperava cobrir 495.000 beneficiários nos seus distritos do projecto: Alto Molócuè, Gilé, Gurúè, Mopeia, Morrumbala, Namacurra, Namarroi e Nicoadala. A cobertura real era de menos de um terço da cobertura esperada (155.598) devido a factores que incluíam as desistências de VSCs e longas distâncias entre as casas dos VSCs e as casas dos beneficiários, o que tornava difícil o acesso aos beneficiários.

Save the Children

Inicialmente, a SC planeou que cada animadora trabalhasse com dois grupos de 15 mães, estimando que 60 por cento das mães com crianças abaixo de 5 anos de idade seriam abrangidas em todas as comunidades. Contudo, a SC constatou que as animadoras precisavam de aumentar o número de mães que elas estavam a alcançar de modo a cobrirem pelo menos 60 por cento das mães com crianças abaixo de 5 anos de idade. Em Outubro de 2011, a SC estimou a cobertura de mães nos distritos do SANA como sendo, em média, 30 por cento.

Observações Gerais

De um modo geral, os parceiros de MYAP estavam espalhados de forma justa e abrangente ao longo de vários distritos e em grupos de comunidades ao longo desses distritos.

A equipa de CMSC não observou qualquer estratégia de graduação, nem alguma comunidade ofereceu uma visão de se graduar das actividades do MYAP. A equipa de avaliação de CMSC também não observou sistemas para priorizar comunidades por forma a melhor direccionar os recursos e o tempo àquelas com grandes necessidades. Nas comunidades da SC, os voluntários declararam que eles receberam bicicletas para lhes apoiarem no seu trabalho, e disseram que tal lhes permitia alcançar agregados familiares mais distantes. Em algumas comunidades, particularmente no distrito do Gurúè, na província da Zambézia, os voluntários e os líderes comunitários apontaram a dificuldade que tinham para alcançar os membros da comunidade em áreas remotas. Eles afirmaram que isto limitava a sua capacidade de alargar a cobertura do projecto. Sugere-se que os parceiros considerem o fornecimento de bicicletas para garantir uma maior cobertura nas comunidades que estão espalhadas por uma vasta área.

7.4.5 Supervisão de Apoio

Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

De acordo com os planos da ADRA, o Coordenador de Saúde e Nutrição deveria visitar os Supervisores Distritais de Saúde duas vezes por semana, de modo a que cada Supervisor Distrital de Saúde fosse visitado 2 a 3 vezes por mês. Contudo, o número de visitas dependia do tempo necessário para outras tarefas e, na prática, cada Supervisor Distrital de Saúde era visitado pelo Coordenador de Saúde e Nutrição uma vez por mês. O Supervisor Distrital de Saúde reunia-se com cada Técnico de Saúde e Nutrição uma vez por semana; o Técnico de Saúde e Nutrição reunia-se com um CSC pelo menos uma vez por semana, ou geralmente cerca de duas visitas por mês com cada um dos 16 CSCs. Em todas as visitas de supervisão a todos os níveis eram feitas recomendações e estas eram registadas num livro de supervisão. Cópias destas recomendações ficavam tanto com o supervisor como com o supervisionado. As recomendações eram feitas oralmente no final da visita e de preferência registadas no livro para acompanhamento no futuro. Era incluída formação informal em gestão na formação em serviço dos gestores mas não na formação de pessoal inferior. As fichas de supervisão estavam disponíveis para os supervisores distritais de saúde e técnicos de saúde e podem ser vistas no **Anexo 6**.

Visão Mundial

A supervisão dos Coordenadores Distritais ocorria a cada três meses e era feita pelo Coordenador de Nutrição, o Coordenador de Agricultura e/ou o Coordenador de M&A. A supervisão ocorria através de visitas de campo, usando uma ficha de supervisão quando necessário, ou comunicação regular via correio electrónico e telefone. O Coordenador Distrital, por sua vez, supervisava os técnicos de saúde a cada três meses, também usando a ficha de supervisão. As recomendações eram dadas via conversas quando determinada actividade não estivesse a decorrer de acordo com o plano. Os técnicos de saúde e nutrição realizavam visitas mensais de supervisão aos auxiliares de saúde, VSC e grupos de mães e pais. As recomendações eram dadas a todo o CSC via conversas. Também estava disponível uma ficha de supervisão (vide **Anexo 7**), mas nem sempre era usada, alegadamente porque os técnicos pensavam que os voluntários podiam entender a supervisão como sendo uma avaliação do seu desempenho e não uma actividade de apoio. A supervisão da recolha, apresentação de relatórios e análise dos dados de M&A era feita pelo Coordenador de M&A. Os coordenadores e técnicos de nutrição e saúde do MYAP não tinham recebido qualquer formação sobre técnicas de supervisão.

Save the Children

Os Coordenadores Provinciais de Nutrição supervisavam os Oficiais Distritais numa base mensal. O pessoal da SC reportou que as ferramentas usadas para as visitas de supervisão incluíam fichas de verificação e um relatório de visita de campo. Contudo, estes não foram postos à disposição da equipa de avaliação. As recomendações eram dadas após a observação das actividades. As visitas de supervisão eram geralmente feitas em colaboração com o pessoal dos SDSMAS. Os voluntários comunitários promotores de nutrição também faziam supervisão das animadoras.

7.5 Avaliar e Re-planificar

O objectivo da monitoria é avaliar o progresso na implementação do plano de trabalho do programa e o progresso rumo ao alcance dos resultados esperados. Os aspectos da implementação do programa incluídos na monitoria são insumos, processos, produtos e resultados (vide **Caixa 5** para definições). A monitoria deve informar aos gestores do programa onde existem problemas de desempenho, de modo a que possam ser feitas correcções para melhorar a implementação das actividades.

Caixa 5. Temos Chave de Monitoria e Avaliação

Insumos: O conjunto de recursos (pessoal, recursos financeiros, espaço, beneficiários do projecto) que se juntam para alcançar os objectivos do projecto.

Processos: O conjunto de actividades (ex.: formação, provisão de serviços) através dos quais os recursos são usados em busca dos resultados esperados.

Produtos: Os produtos (número de formandos; de crianças imunizadas, de reuniões realizadas) que resultam da combinação dos insumos e dos processos.

Resultados: O conjunto de resultados a nível dos beneficiários e da população (tais como as mudanças nas práticas ou conhecimento) que se espera que mudem a partir da intervenção.

Impactos: O conjunto de resultados a longo prazo a nível dos beneficiários e da população (melhoria na segurança alimentar; melhoria nas colheitas; melhoria no estágio nutricional) alcançados através da mudanças de práticas, conhecimento e atitudes.

Fonte: Bergeron, Gilles; Deitchler, Megan; Bilinsky, Paula; and Swindale, Anne. 2006. "Monitoring and Evaluation Framework for Title II Development-oriented Projects." http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN10_MEFramework.pdf.

Os parceiros de MYAP recolhiam informação de forma rotineira sobre os insumos, processos e produtos do programa. Os produtos do programa eram monitorados através de fichas preenchidas pelos VSCs (VM e ADRA), animadoras (SC), supervisores a nível da comunidade e supervisores distritais. Um exemplo de um indicador de produtos recolhido através das fichas é o número de lições ou demonstrações dadas pelos VSCs aos grupos de mães. As fichas de nível comunitário usavam imagens para além do texto para tornar as fichas mais fáceis de compreender para as populações com fraco nível de alfabetização. O **Anexo 8** apresenta um exemplo de uma ficha usada pela VM.

Os parceiros de MYAP também realizavam inquéritos anuais no seio dos beneficiários para monitorarem os resultados das actividades dos seus programas. Os indicadores de resultado de comportamentos incluídos nos inquéritos eram escolhidos de modo a reflectirem os resultados esperados das actividades do programa bem como os requisitos para os relatórios do FFP/USAID. Como parte do Relatórios dos Resultados Anuais, o FFP/USAID requer que os parceiros de MYAP elaborem relatórios sobre indicadores de resultados de comportamentos seleccionados. Os dados eram reportados no Questionário Anual Padronizado de Desempenho do FFP/USAID e em IPTTs e tinham como requisito ser representativos dos beneficiários do programa. Para os MYAPs concedidos antes de 2011,⁵⁴ os indicadores de resultado de comportamentos que se seguem devem ser reportados anualmente, se o programa incluir actividades relevantes para o indicador.⁵⁵

Para reduzir a prevalência da desnutrição crónica no seio das crianças pequenas:

- Percentagem de crianças dos 0 aos 5 meses de idade exclusivamente amamentadas;
- Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses de idade com três práticas adequadas de alimentação infantil (aleitamento materno continuado, diversidade da dieta adequada à idade, frequência da alimentação adequada à idade).

Para fortalecer o estado nutricional das mulheres:

- Percentagem de mulheres que consomem alimentos ricos em ferro;

⁵⁴ The FFP reporting requirements for MYAPs awarded after 2011 is different than those previously awarded. See DCHA/FFP. 2011. Information Bulletin (FFPIB) 11-03, Memorandum for all Food for Peace Officers and Cooperating Sponsors.

⁵⁵ DCHA/FFP. 2007. Information Bulletin (FFPIB) 07-02, Memorandum for all Food for Peace Officers and Cooperating Sponsors.

- Percentagem de mulheres que consomem alimentos ricos em vitamina A;
- Percentagem de mulheres que consomem alimentos ricos em cálcio;
- Percentagem de mulheres que tenham tomado ferro ou suplemento de ferro e folato nos últimos 7 dias.

Para melhorar o estado de saúde e contribuir para a melhoria da nutrição dos agregados familiares através da melhoria das infra-estruturas e práticas de água e saneamento:

- Percentagem de provedores de cuidados que demonstram comportamentos adequados de higiene pessoal;
- Percentagem de provedores de cuidados que demonstram comportamentos adequados de higiene alimentar.
- Percentagem de provedores de cuidados que demonstram comportamentos adequados de higiene da água.
- Percentagem de provedores de cuidados que demonstram comportamentos adequados de higiene ambiental.

Os parceiros de MYAP realizaram inquéritos de base entre Novembro de 2008 e Fevereiro de 2009. Devido ao início atrasado das actividades do MYAP em 2009 e o limitado tempo entre a conclusão dos inquéritos de base e a altura em que os dados de monitoria anual de 2009 tinham de ser recolhidos, os parceiros do MYAP não realizaram inquéritos de monitoria em 2009. Os inquéritos de monitoria no seio dos beneficiários foram realizados em 2010 e em 2011. A **Tabela 12** mostra os resultados disponíveis dos indicadores de resultados de comportamento, incluindo os indicadores de resultados de padrões comportamentais do FFP/USAID, reportados pela ADRA, VM e SC para o inquérito de base em 2008 e os inquéritos de monitoria em 2010 e 2011.

Tabela 12. Indicadores de Resultados de Comportamento Reportados pela ADRA, VM e SC no IPTT

Indicador	ADRA			VM			SC		
	2008	2010	2011	2008	2010	2011	2008	2010	2011
Indicadores Padrão para FFP									
Percentagem de crianças dos 0 aos 5 meses de idade que são exclusivamente amamentadas.	65.2	70.8	83.0				38.4	77.0	
Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses de idade com três práticas adequadas de AI.				43.96	60.32		5.1	48.3	
Percentagem de provedores de cuidados demonstrando comportamentos adequados de higiene pessoal (SC: percentagem de provedores de cuidados de crianças dos 0 aos 23 meses que conhecem pelo menos dois momentos cruciais para lavar as suas mãos).							27.4	98.3	
Percentagem de provedores de cuidados demonstrando comportamentos adequados de higiene da água (VM: pelo menos 1 comportamento adequado).				29.0	69.94				
Percentagem de provedores de cuidados demonstrando comportamentos adequados de higiene alimentar.				11.0	69.64				
Percentagem de mulheres que consomem alimentos ricos em vitamina A.				22.76	70.70				
Indicadores Adicionais de Resultados de Comportamento									
Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses com aleitamento materno continuado.	55.0	81.2	77.6						
Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses alimentadas com alimentos sólidos/semi-sólidos ao número mínimo de vezes por dia.	65.0	85.3	73.0						
Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses alimentadas com o número mínimo de grupos alimentares por dia.	20.0	26.67	27.05						
Percentagem de provedores de cuidados que podem citar pelo menos duas formas conhecidas de prevenção da malária.	46.8	87.87	99.2						
Percentagem de provedores de cuidados que podem citar pelo menos duas formas conhecidas de prevenção do HIV.	55.2	95.8	98.8						
Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses que receberam suplementação de vitamina A nos últimos 6 meses.							21.7	57.7	
Percentagem de crianças que são exclusivamente amamentadas até os 6 meses.				11.0	83.91				
Percentagem de crianças com idade compreendida dos 0 aos 59 meses que tiveram diarreia durante as 2 semanas anteriores e que foram levadas a uma unidade sanitária.				39.0	11.11				
Percentagem de crianças dos 0 aos 59 meses que tiveram febre e/ou infecções respiratórias durante as 2 semanas anteriores e que foram levadas a uma unidade sanitária.				58.0	13.36				
Percentagem de crianças dos 6 aos 59 meses que tiveram diarreia durante as 2 semanas anteriores.				42.0	11.11				
Percentagem de crianças dos 6 aos 59 meses a quem tenham sido dados líquidos adicionais durante os episódios de diarreia.				30.6	88.46				
Percentagem de crianças dos 0 aos 23 meses que continuaram a amamentação durante os episódios de diarreia.				40.0	73.46				

Em Setembro de 2009, o FANTA-2 formou o pessoal de M&A do MYAP no uso da Amostragem de Lote de Garantia de Qualidade (LQAS) para monitoria anual. A LQAS é um método de amostragem e análise que permite a identificação de áreas geográficas ou de supervisão que estão a ter um desempenho adequado com base numa comparação com um marco ou alvo. Contudo, os parceiros do MYAP não estão actualmente a usar a LQAS. A ADRA usou a LQAS para a monitoria do DAP, mas mudou para a amostragem por conglomerados para o MYAP. A LQAS foi usada em grande medida para comparar dados de um distrito com os do outro, mas a ADRA reportou que a amostragem por conglomerados era melhor para a análise da totalidade da área do programa. A VM não usava a LQAS porque o pessoal de gestão provincial afirmou que todos os técnicos de agricultura e saúde precisariam de ser formados para implementarem-na de forma adequada e que o uso da LQAS para a monitoria mensal seria bastante morosa para o pessoal de campo. Não obstante, o pessoal de gestão provincial do MYAP da VM reconhecia a importância do uso da LQAS e estava a discutir a possibilidade de usar a LQAS para a monitoria pelo menos duas vezes por ano para medir os resultados das actividades de saúde e nutrição. A SC pretendia usar a LQAS para a monitoria anual. Contudo, a SC reportou que a LQAS era logisticamente bastante difícil e optou por uma amostragem por conglomerados.

Todos os parceiros de MYAP reportaram o uso de informação de monitoria para avaliar as actividades, fraquezas, lacunas e o impacto dos programas a nível da comunidade, e tinham reuniões de planificação para abordar questões a nível dos programas e da comunidade. A título de exemplo, a nível provincial, a ADRA usou os dados para medir o sucesso e o impacto das actividades do programa e também para reportar aos parceiros e à DPS. A nível da comunidade, os técnicos da ADRA usaram os dados para ajudar o CSC a elaborar tabelas e gráficos que mostravam as tendências e os impactos das intervenções. Isto serviu para motivar a comunidade relativamente aos sucessos ou áreas que precisavam de melhoramentos. A VM fornecia informação de monitoria às comunidades através de um relatório produzido pelos CSCs. A SC também declarou o uso de informação de monitoria para identificar áreas que deveriam ser incluídas nos cursos de capacitação.

7.6 Entrevistas Rápidas de Avaliação aos Beneficiários

As entrevistas rápidas de avaliação com os beneficiários foram realizadas em 9 das 13 comunidades visitadas. No total, foram entrevistados 25 beneficiários: 15 na Província da Zambézia e 10 na Província de Nampula. Todos os indivíduos entrevistados eram participantes no MYAP, quer através da participação nas reuniões de grupo, quer recebendo visitas domiciliárias individuais dos voluntários formados no programa. Todos os entrevistados eram mães, excepto três avós. Os resultados da entrevista eram qualitativos e não eram representativos da população beneficiária. Contudo, as respostas foram úteis para compreender as práticas de saúde e nutrição das mulheres que foram entrevistadas. A **Tabela 13** apresenta um resumo do conhecimento e das práticas reportadas abordadas nos MYAPs e avaliadas nas entrevistas.

Tabela 13. Resumo do Conhecimento e das Práticas Reportadas Abordadas nos MYAPs e Avaliadas nas Entrevistas

Tema	Sim	Não	n/a*
Reportou ter mudado de comportamento como resultado da participação no programa	25	0	0
Reportou melhoria da saúde das crianças após a participação no programa	25	0	0
Praticou o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses	20	0	5
As crianças pequenas comiam pelo menos três refeições por dia e lanches adicionais	11	24	0

Usava papas enriquecidas na alimentação complementar	21	0	4
Melhorou a diversidade da dieta**	15	10	0
Aumentou a comida e os líquidos durante ou depois da doença	6	11	9
Lavava as mãos com sabão ou cinza	21	4	0
Conhecimento sobre quando lavar as mãos com sabão ou cinza	23	2	0
Conhecimento de pelo menos dois ou mais alimentos ricos em vitamina A	14	11	0
Usava redes mosquiteiras em casa	12	13	0
Reportou reservas insuficientes de comida	13	12	0

* n/a: a entrevistada não tinha uma criança pequena, ou a criança ainda não tinha adoecido.

** As respostas que indicavam melhorias na diversidade dietética incluem: consumo de fruta e vegetais na dieta, produção individual de vegetais na machamba da família, compreensão dos quatro grupos alimentares, diversidade das culturas produzidas para a alimentação.

Entre as entrevistadas, todss reportaram melhorias na saúde das suas crianças e mudanças nas suas próprias práticas. Exemplos de mudanças de comportamento reportadas incluem:

- Preparação e uso de papas enriquecidas
- Higiene melhorada
- Aleitamento materno exclusivo
- Aumento da procura de cuidados de saúde nos hospitais e centros de saúde
- Vacinação das crianças
- Participação na monitoria do crescimento

As entrevistadss reportaram o aumento de conhecimentos e a mudança positiva de comportamento particularmente nas áreas de aleitamento materno exclusivo, uso de papas enriquecidas, saneamento e higiene, e lavagem das mãos. As entrevistadas também reportaram levar as suas crianças ao hospital/centro de saúde em caso de doença, mas que as suas crianças estavam a enfrentar menos doenças, particularmente a diarreia. Todas as entrevistadas tinham pequenas machambas familiares nas quais produziam a maior parte, senão todos, os alimentos consumidos em casa. O conhecimento e as práticas de alimentação complementar referidos pelas entrevistadas eram fracos. A maior parte das entrevistadas não mencionou a importância da frequência da alimentação e da diversidade da dieta, e muitas reportaram que apenas davam 2 a 3 refeições por dia e poucos ou nenhuns frutos e vegetais às crianças. Embora os quatro grupos alimentares estivessem incluídos numa das mensagens chave dos MYAPs, poucas mães pareciam compreender de facto o conceito ou como usá-lo na preparação dos alimentos para a família. Provavelmente, a área nutricional mais fraca era a alimentação recuperativa durante ou depois da doença, com apenas seis entrevistados que reportaram o aumento de alimentos e líquidos em caso de doença da criança.

8. Lições Aprendidas e Desafios

8.1 Lições Aprendidas

Uma análise dos resultados da avaliação acima apresentados conduziu à identificação das seguintes lições aprendidas na implementação da CMSC pelos parceiros de MYAP.

1. Os programas podem efectuar pequenos ajustes com base na experiência no terreno para fortalecer as abordagens de CMSC. A título de exemplo, nas áreas da VM, com base numa análise das experiências de campo, os VSCs e os grupos de pais e mães passaram a explicar os motivos por detrás das mensagens transmitidas aos beneficiários, de modo a que os beneficiários possam contrabalançar os benefícios e os riscos da adopção de novos comportamentos. Para abordar a resistência à adopção de novos comportamentos, exemplos de histórias de sucesso de mães cuja saúde e nutrição das crianças melhorou depois da adopção dos comportamentos promovidos pelo MYAP eram partilhadas com a comunidade.
2. Concentrar-se apenas nas mães não era eficaz para o alcance da mudança de comportamento desejada, daí que a comunidade inteira, especialmente os pais, as avós, os líderes comunitários e outros membros influentes da comunidade, estavam envolvidos através do concelho comunitário de saúde e dos grupos de suporte. O envolvimento dos homens e das avós nas actividades é importante porque eles podem influenciar positivamente o comportamento dos provedores de cuidados.
3. A colaboração com programas que possam apoiar as famílias a acederem aos recursos necessários, tais como redes mosquiteiras e produtos para purificar a água no local de uso, é importante para facilitar a mudança de comportamento.
4. A participação nos grupos comunitários como mecanismos de suporte, tais como CSCs e grupos de suporte, parece criar um sentimento de posse do projecto e aumentar a sustentabilidade das actividades. Os CSCs e os grupos de suporte desenvolvem um capital social e um suporte social para a adopção de práticas melhoradas de saúde e nutrição e são eficazes na obtenção de adopção de mudanças em larga escala pela comunidade, acelerando o passo da mudança e aumentando a cobertura. As comunidades que pareciam ter um elevado nível de funcionamento dos CSCs tinham uma tendência de ter níveis superiores de conhecimento sobre mensagens chave de nutrição em relação às comunidades que pareciam ter uma liderança menos dinâmica.
5. Meios de auxílio ao trabalho e materiais de apoio tais como camisetas, bonés e crachás de identificação, fortalecem a credibilidade dos voluntários e elevam a sua moral. Materiais em tamanho de cartazes com figuras pequenas não são práticos para o uso em apresentações e são difíceis de manipular diante de um grupo; é preferível material com figuras grandes para que as figuras possam ser vistas com mais facilidade.
6. É importante formar voluntários comunitários em habilidades de CIP e técnicas de aprendizagem para adultos para manter as mães engajadas durante o aconselhamento individualizado e sessões de educação de grupos.
7. As comunidades são motivadas por gráficos e tabelas preparados pelos CSCs que mostram as tendências, impactos das intervenções, sucessos e áreas para melhoramento.

8.2 Desafios

Uma análise dos resultados da avaliação acima apresentados conduziu à identificação dos seguintes desafios na implementação da CMSC pelos parceiros de MYAP.

1. Do ponto de vista ideal, deve haver um processo sistemático e amplo para a compreensão da situação, de modo a que se possa desenvolver uma estratégia de CMSC informada. Contudo, no contexto dos MYAPs, as actividades devem ser implementadas logo após a atribuição do

programa ao parceiro. Por isso, há muito pouco tempo antes das actividades iniciarem para realizar uma pesquisa formativa e planificar sistematicamente as estratégias de CMSC.

2. As barreiras para a mudança de comportamento no contexto do MYAP são formidáveis e requerem uma planificação estratégica cuidadosa das estratégias de CMSC para obter impacto positivo. Por exemplo, a ADRA detectou que as barreiras para a mudança de comportamento incluíam a divisão de trabalho na família, que afectava a provisão de cuidados à criança; os papéis do marido e da mulher na tomada de decisão, como por exemplo o uso dos recursos da família; e os níveis de conhecimento/educação e a capacidade de compreender e analisar mensagens complexas. Estas barreiras foram identificadas pela ADRA através da experiência pessoal no campo, uma avaliação das necessidades e experiência com o DAP.
3. Embora os pais sejam encorajados a participar nos grupos de mães/pais, os pais geralmente não participam e mais informação é necessária para compreender por que é que eles não participam (projecto ADRA).
4. Para que determinadas comunidades tenham sucesso, tais como as que enfrentam graves crises alimentares e falta de acesso à terra e aos recursos, a CMSC não é suficiente. Poderão ser necessárias soluções mais amplas para ajudar tais comunidades a saírem da pobreza, e os MYAPs deviam ter mecanismos para apoiar tais comunidades.
5. Em algumas áreas, a cobertura do projecto é limitada pelas longas distâncias que os voluntários e os líderes comunitários têm de percorrer para alcanças as casas. Foi sugerido que os parceiros considerem o fornecimento de bicicletas para garantir uma maior cobertura nas comunidades que estão espalhadas ao longo de uma vasta área.
6. Os voluntários entendem a supervisão como sendo uma avaliação do seu desempenho e não como uma actividade de apoio, o que resulta em medo e ansiedade, e pode reduzir o impacto positivo das visitas de supervisão.
7. Os parceiros de MYAP foram formados no uso da Amostragem de Lote de Garantia de Qualidade (LQAS) para a monitoria. Contudo, por vários motivos, todos os parceiros enfrentavam dificuldades no uso da LQAS. Não está claro se não havia preparação suficiente ou se era necessário apoio técnico adicional para os parceiros usarem a LQAS para a monitoria.

9. Recomendações

9.1 Compreender a Situação

Os parceiros de MYAP reportaram que as suas estratégias e actividades de CMSC eram baseadas em experiências anteriores nos DAPs. Não há documentação de pesquisa formativa ou análise de trabalho formativo secundário para sustentar as estratégias e actividades de CMSC adaptadas dos DAPs nos MYAPs. Do ponto de vista ideal, deveria haver um processo sistemático e amplo para compreender a situação, de modo a desenvolver uma estratégia informada de CMSC. A compreensão da situação inclui a recolha de informação sobre o contexto no qual os grupos alvo e as audiências operam, as mudanças desejadas, as barreiras para a mudança, e aqueles que são afectados e que influenciam os comportamentos. Em particular, isto também deveria integrar uma análise de género para fornecer ao pessoal do programa uma boa compreensão sobre os facilitadores e as barreiras baseadas no género que existem e que precisam de ser abordadas através das actividades de CMSC para permitir que o programa alcance os seus objectivos.

No contexto do MYAP, as actividades devem ser implementadas logo após a atribuição do programa ao parceiro. Há muito pouco tempo antes das actividades iniciarem para realizar uma pesquisa formativa e planificar sistematicamente as estratégias de CMSC. Os parceiros de MYAP tentavam melhorar as suas actividades de CMSC como parte do processo de implementação. No início do MYAP, a SC trabalhou com um consultor para melhorar a sua estratégia original de actividades de CMC. Os parceiros de MYAP também reportaram a modificação das suas actividades com base na informação de monitoria e reacções do pessoal. Contudo, os esforços eram mais reactivos a um problema que submergia do que planificados proactivamente para garantir que todas as audiências estavam a ser alcançadas com mensagens adequadas através de canais de comunicação eficazes.

Recomendações Chave

- Usar um processo de planificação de CMSC como o Planeamento-C, que inclui pesquisa formativa ou análise de trabalho formativo secundário, para sustentar as estratégias e actividades de CMSC.

9.2 Focar e Delinear

9.2.1 Estratégia Global de CMSC

Tal como anteriormente discutido, há muito pouco tempo entre o período em que a atribuição do MYAP é feita e o período em que a implementação deve começar. Uma estratégia de CMSC global para os parceiros de implementação apoiados pelo GEU poderia ser desenvolvida, alinhada com o PAMRDCM do GM e a Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde. A estratégia de CMSC poderia operacionalizar a visão delineada em ambos documentos e poderia servir de um plano de implementação para melhor coordenar os esforços de cada parceiro apoiado pelo GEU. Com a realização de uma pesquisa formativa e a elaboração de uma estratégia de CMSC abrangente através de um processo consultivo com os parceiros do GEU, assegurar-se-ia uma planificação sistemática de actividades e materiais de CMSC que estejam ligados e que se suportem entre si, conduzindo a maior eficácia das intervenções.

O GM já incluiu a CMSC relacionada com a nutrição em algumas políticas e várias estratégias, planos e protocolos. É muito importante que os planificadores de programas estejam familiarizados com os aspectos da CMSC destes documentos do GM e que os tomem em consideração aquando da planificação de programas de nutrição com componentes de CMSC. Os programas financiados pela USAID/Moçambique deveriam trabalhar para apoiar os planos de CMSC do GM, tanto quanto possível, para ajudar no alcance das metas de nutrição do GM.

Definição de Marca

A definição da marca de intervenções tais como os MYAPs tem o potencial de reforçar e ligar a CIP, comunicações a nível da comunidade e intervenções de rádio, e posicionar a “marca” como uma fonte confiada de informação sobre a nutrição. A definição da marca é uma parte crucial de uma estratégia abrangente de CMSC elaborada para mudar o enfoque da intervenção e a sua alavanca (o estímulo real para a mudança) a partir de conhecimentos, crenças ou antecedentes cognitivos (por exemplo, sobre auto-eficácia) para acção.

O GEU poderia colaborar com o MISAU para produzir uma marca para os programas do MISAU visando melhorar a nutrição. Os programas apoiados pelo GEU poderiam então apoiar o programa com a marca do MISAU. Isto haveria de permitir a definição de uma marca comum para as actividades, que chega a todas as comunidades servidas pelos vários parceiros de implementação e proporciona uma continuidade das percepções dos programas à medida que as próprias intervenções vão passando por mudanças contratuais ou de outra natureza. Desta forma, o esforço de desenvolvimento torna-se associado ao conceito de desenvolvimento ao qual foi atribuído uma marca e não às variações dos parceiros de implementação e às mudanças contratuais da USAID. Um exercício de definição de marca pode conduzir à adopção de um nome, slogans, cores e música para reforçar o tema comum. (Este exercício de definição de marca não deve ser confundido com os requisitos de definição de marca da USAID, que é um processo completamente paralelo e inteiramente compatível).

Um apelo à mudança de comportamento com base no senso de pertença a um grupo maior também parece ressoar com o público Moçambicano. Pesquisas publicadas indicam que um sentido de cidadania (pertença a) num grupo já serviu para compelir a aceitação da fumigação residual intra-domiciliária para a prevenção da malária em Moçambique. Esta constatação sugere que um apelo às pessoas com base na sua identidade como membros de um grupo maior poderá constituir parte de uma estratégia eficaz de CMSC. Para este efeito, pode ser importante enfatizar os benefícios para além da família individual para a comunidade e possivelmente até a nação, e é de se considerar a perspectiva de reforçar a ideia de que ser “Moçambicano” significa adoptar comportamentos proactivos que em última análise irão beneficiar a si próprios, aos seus vizinhos e de facto a todos os Moçambicanos.

Recomendações Chave

- Elaborar uma estratégia integrada de CMSC em saúde e nutrição para os programas apoiados pelo GEU.
- Definir uma marca para as intervenções tais como os MYAPs visando a redução da desnutrição crónica.
- Garantir que as estratégias de CMSC a nível do programa tomem em consideração as componentes de CMSC das políticas, estratégias, planos e protocolos do GM.
- Garantir que as estratégias de CMSC incluam uma forte componente de género e uma análise e incorporação de assuntos de género, incluindo facilitadores e barreiras para a melhoria da nutrição e da saúde das crianças.

9.2.2 Mudanças Desejadas e Mensagens Chave

Os parceiros de MYAP não tinham estratégias de CMSC completas documentadas contendo informação sobre audiência(s), mudanças desejadas, barreiras, objectivos de comunicação, abordagens estratégicas, posicionamento e canais. Por não se elaborar sistematicamente uma estratégia e edificar-se sobre cada fase, não havia ligação de um passo para o outro no processo. Por exemplo, não parecia que tivessem sido elaborados objectivos de comunicação para abordar as barreiras chave para as mudanças desejadas. Devido a isso, os programas podiam não estar tão focalizados ou não ser tão eficazes na criação de mudança como poderiam ser.

Dado que a desnutrição está associada à doença, quantidade e qualidade inadequadas de consumo alimentar, fracas práticas de cuidados para mulheres e crianças e o curto espaçamento de nascimentos, os parceiros de MYAP deveriam concentrar os seus esforços de CMSC na promoção de Acções Essenciais de Nutrição (AEN)⁵⁶; acções chave de higiene doméstica; e práticas preventivas e curativas, tais como imunização atempada, cuidados adequados de saúde ao domicílio, reconhecimentos dos sinais de desnutrição e doença, comportamento de procura de cuidados, e calendarização e espaçamento saudáveis das gravidezes (vide a **Caixa 6** para comportamentos chave).

Caixa 6. Comportamentos Chave de Nutrição e Saúde

AEN

- Aleitamento materno óptimo durante os primeiros 6 meses de vida;
- Alimentação complementar óptima a partir dos 6 meses, com o aleitamento materno continuado até aos 2 anos ou mais;
- Óptimos cuidados de nutrição fornecidos às crianças doentes e gravemente desnutridas;
- Prevenção da deficiência de vitamina A em mulheres e crianças;
- Consumo adequado de ferro/ácido fólico e prevenção e controlo da anemia em mulheres e crianças;
- Consumo adequado de iodo por todos os membros do agregado familiar;
- Óptima nutrição para as mulheres.

Acções Chave de Higiene do Agregado Familiar

- Tratamento e armazenagem seguros de água potável;
- Lavagem das mãos com sabão ou cinza em momentos críticos (i.é., depois de defecar, depois de manusear fezes das crianças, antes de preparar os alimentos, antes de alimentar as crianças, antes de comer);
- Descartamento das fezes de uma forma segura;
- Armazenagem e tratamento adequados dos alimentos para evitar a contaminação.

Outras práticas chave

- Participação nas CPN (pelo menos quatro consultas), vacina contra o tétano, suplementação com ferro/ácido fólico;
- Dose completa de imunizações para todas as crianças antes do seu primeiro aniversário;
- Crianças e mulheres dormindo sob redes mosquiteiras tratadas com insecticidas;
- Reconhecer quando uma criança doente precisa de tratamento fora de casa e procurar cuidados junto dos provedores adequados;
- Reconhecer os sinais de perigo durante uma gravidez;
- Calendarização e espaçamento saudáveis das gravidezes.

Embora os programas dos parceiros de MYAP incluíssem a maior parte dos comportamentos chave alistados na Caixa 6, as mudanças desejadas que os parceiros de MYAP buscavam poderiam estar melhor alinhadas com comportamentos cujo benefício sobre o estado nutricional tenha sido comprovado. Por exemplo, aspectos das AEN que não estavam a ser promovidos de forma clara por todos os parceiros do MYAP incluíam:

⁵⁶ Guyon, A.B. and Quinn, V.J. 2011. *Booklet on Key Essential Nutrition Actions Messages, Essential Nutrition Actions Framework Training Guide for Health Workers, Essential Nutrition Actions Framework Training Guide for Community Volunteers Workers*. Washington, DC: Core Group.

- Aleitamento materno continuado até aos 2 anos ou mais;
- Suplementação de vitamina A para crianças a cada 6 meses;
- Suplementação de ferro e ácido fólico durante a gravidez;
- Consumo adequado de iodo por todos os membros do agregado familiar;
- Nutrição óptima para mulheres (todas as mulheres, não só mulheres grávidas).

A falta de actividades para promover um consumo adequado de iodo é especialmente preocupante. Nenhum dos parceiros de MYAP estava a promover o consumo do sal iodado embora se estimasse que em Moçambique 68 por cento das crianças dos 6 aos 12 anos tinham deficiência de iodo e apenas 58 por cento dos agregados familiares consumia sal iodado.^{57,58}

Constou-se que o direccionamento de mensagens de acordo com os grupos etários e as fases do ciclo de vida é mais eficaz na promoção da mudança de comportamento do que mensagens gerais apresentadas a um grupo heterogéneo.⁵⁹ Quando as mensagens são direccionadas para as circunstâncias específicas da audiência (ex.: promoção das práticas de alimentação complementar óptima no seio das mães de bebés dos 0 aos 12 meses), a informação é mais relevante para o que está a acontecer actualmente. A possibilidade de antecipar como ultrapassar barreiras para um comportamento é também maior quando a informação é dada bem antes do momento necessário para a adopção de uma nova prática (ex.: promoção do aleitamento materno exclusivo entre as mulheres grávidas). As actividades de CMC dos MYAPs não eram diferenciadas entre grupos etários ou ciclos de vida. Consequentemente, todas as audiências estavam a receber as mesmas mensagens. Seria mais eficaz direccionar as mensagens de acordo com os grupos etários e as fases do ciclo de vida. As mensagens devem também ser elaboradas de forma a tomarem em consideração questões de género para garantir que efetivamente abordam barreiras para a nutrição melhorada para mulheres e crianças e que são direccionadas de uma forma culturalmente adequada para as audiências secundárias, tais como maridos e líderes comunitários e líderes religiosos masculinos. Isto é decisivo para assegurar que as mulheres recebam o apoio que precisam dos seus maridos e de outros homens na comunidade.

Para além disso, fazer a ligação das fases do desenvolvimento da criança com a calendarização das actividades e resultados ajudará a demonstrar o sucesso da mudança de comportamento. Todas as mensagens devem ser testadas com a audiência alvo para determinar a aceitação e a eficácia.

Exemplos ilustrativos incluem:

- Nascimento: Boa nutrição e redução da carga de trabalho durante a gravidez conduz a bebés saudáveis à nascença.
- Infância: Aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses conduz a menos diarreia no bebé.
- 6–12 meses: Preparar papas enriquecidas ajuda o bebé a crescer mais rápido e a andar mais cedo.
- 12–24 meses: Praticar boa higiene ajuda a criança a evitar doenças e a crescer forte.

As mensagens devem ser atraentes e devem debater apenas um ou dois pontos-chave. Os “Sete Cs da comunicação”⁶⁰ podem ser usados como um guião para a elaboração de mensagens:

- Cativar a atenção: A mensagem sobressai? A audiência pensa assim?
- Clarificar a mudança desejada: Será que a mensagem é simples e directa?

⁵⁷ MISAU. 2004. *Estudo Nacional sobre a Deficiência em Iodo nas Crianças dos 6 aos 12 Anos de Idade*.

⁵⁸ National Statistics Institute, 2009. *Preliminary Report on the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2008*. National Statistics Institute Directorate of Demographic, Vital and Social Statistics, Maputo, Mozambique.

⁵⁹ Ruel, Marie T. et al. 2008. “Age-based preventative targeting of food assistance and behavior change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomized trial.” *Lancet*, Volume 371, Issue 9612, 588–595.

⁶⁰ Piotrow, P. et al. 1997. *Health Communication: Lessons from family planning and reproductive health*. Westport: Praeger.

- Comunicar um benefício: O que é que a audiência irá ganhar ao tomar acção?
- Consistência conta: Os materiais e as actividades transmitem a mesma mensagem e reforçam-se entre si?
- Cuidar da cabeça e do coração: A mensagem apela às emoções da audiência ao mesmo tempo que retrata os factos?
- Criar confiança: A informação vem de uma fonte credível de acordo com a vossa audiência?
- Chamada para acção: Que acção concreta e realística é que querem que a audiência tome?

Recomendações Chave

- Concentrar os esforços de CMSC na promoção de AEN baseadas em evidências, acções chave de higiene nos agregados familiares, e práticas preventivas e curativas comprovadas como sendo as que melhoram o estado nutricional.
- Melhorar as mensagens para apenas discutirem um ou dois pontos chave de acordo com os princípios dos “Sete Cs da Comunicação.”⁶¹
- Direcção das mensagens e as actividades de CMSC de acordo com grupos etários e fases do ciclo de vida.
- Ligar o comportamento desejado a resultados que demonstram os sucessos desse comportamento.
- Garantir que as mudanças desejadas e as mensagens abordem as barreiras relacionadas com o género para melhorar a nutrição das mulheres em idade reprodutiva e crianças abaixo dos 2 anos.
- Assegurar que as mudanças desejadas e as mensagens promovam a responsabilidade partilhada sobre a nutrição a nível da família e da comunidade e clarificar papéis e responsabilidades para os membros da família e da comunidade de modo a que eles estejam claros sobre as acções e comportamentos que podem tomar ou adoptar para apoiar a nutrição das mães e das crianças.

9.2.3 Audiências

O período entre a concepção e os primeiros dois anos de idade é o período no qual se regista o mais rápido crescimento físico e é um momento crucial no desenvolvimento cognitivo. O período que vai desde o nascimento até aos 2 anos é também crucial porque as crianças nesta faixa etária têm necessidades nutricionais relativamente elevadas para suportar o crescimento e o desenvolvimento. Práticas alimentares sub-óptimas e elevados riscos de doenças e infecções nos primeiros 2 anos de vida tornam as crianças mais vulneráveis ao crescimento insuficiente e à desnutrição do que em qualquer outro momento no ciclo de vida.⁶² Estas crianças são também as que melhores respondem às intervenções de nutrição.⁶³ O enfoque sobre este grupo etário vulnerável maximiza os esforços visando promover o crescimento linear e previne as consequências físicas e cognitivas a longo prazo da desnutrição. Os parceiros de MYAP indicaram os grupos alvo para a melhoria do estado nutricional como sendo as crianças abaixo dos 5 anos de idade, com priorização das crianças abaixo dos 2 anos de idade, e mulheres grávidas e lactantes. Para estar mais alinhadas com a janela de oportunidade desde a concepção até os 2 anos de idade, as actividades dos MYAPs deveriam estar direccionadas para crianças abaixo dos 2 anos de idade, mulheres grávidas e mulheres em idade reprodutiva.

⁶¹ Piotrow, P. et al. 1997. *Health Communication: Lessons from family planning and reproductive health*. Westport: Praeger.

⁶² Shrimpton, R. et al. 2001. “Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions.” *Pediatrics* 107 (5): E75.

⁶³ Ibid.

A **Tabela 14** mostra as possíveis audiências das intervenções de CMSC visando a melhoria da nutrição de bebés e crianças pequenas. Os parceiros de MYAP estavam a focalizar as suas atenções na maior parte das audiências contidas na **Tabela 14** com as suas actividades de CMC.

Tabela 14. Audiências para Intervenções de CMSC em Nutrição

Audiência	Papel
Crianças abaixo dos 2 anos	<i>Directamente afectadas</i> uma vez que a saúde das crianças é a mais afectada.
Mulheres grávidas	<i>Directamente afectadas</i> uma vez que a saúde da mãe e da criança é a mais afectada.
Mulheres em idade reprodutiva	<i>Directamente afectadas</i> uma vez que a saúde da mãe e da criança é a mais afectada.
Homens: pais de crianças abaixo dos 2 anos e esposos de mulheres grávidas	<i>Influência directa.</i> Tomam as decisões em relação aos recursos da família.
Avós/sogras	<i>Influência directa.</i> Afectam as decisões sobre os cuidados da criança e a alimentação.
Irmãos mais velhos que tomam conta dos irmãos mais novos.	<i>Influência directa.</i> Afectam os cuidados dados aos irmãos mais novos.
Parteiras tradicionais	<i>Influência directa.</i> Fazem os partos dos recém-nascidos e providenciam cuidados à mãe e às crianças como conselheiras e influenciadoras directas.
Médicos tradicionais	<i>Influência directa.</i> Papéis activos na promoção da nutrição saudável, higiene e práticas de saúde.
Enfermeiros	<i>Influência directa.</i> Centrais no apoio à mãe do pré-natal ao pós-natal; consultas pré-natal; monitoria do crescimento e aconselhamento nutricional.
Trabalhadores Comunitários de Saúde	<i>Influência directa.</i> Papéis activos na promoção da nutrição saudável, higiene e práticas de saúde.
Médicos	<i>Influência directa.</i> Centrais no apoio à mãe do pré-natal ao pós-natal; consultas pré-natal; consultas de saúde da criança
Líderes cunitários e religiosos	<i>Influência directa.</i> Mobilizam recursos da comunidade e advogam pela água potável, higiene, apoio em transporte de emergência, apoio do governo ou parceiro.

Embora as audiências estivessem claramente identificadas nas entrevistas com os parceiros de MYAP, não havia muito debate ou documentação analisando o contexto de cada uma das audiências. Por exemplo, enquanto que uma barreira identificada pela ADRA incluía homens (como decisores em relação aos recursos da família) opondo-se a alguns comportamentos de nutrição, foi reportado que geralmente os homens não participavam nos grupos de pais/mães. Não foram feitas consultas adicionais de audiências para determinar a barreira ao envolvimento dos homens ou os locais mais eficazes para os alcançar.

Enquanto que cada um dos parceiros de MYAP possuíam uma lista extensiva de mensagens chave para o seu programa, não parecia que as mensagens tivessem sido elaboradas para combinar a necessidade e motivação da audiência pretendida com a solução mais convincente, que deveria sobrepor-se às, ou pelo menos abordar as, barreiras que as audiências enfrentavam. Deveriam ser feitas consultas adicionais às audiências para se investigar as barreiras para a mudança desejada por cada audiência. Por exemplo, em futuros projectos desta natureza, seria importante saber porque que é que os homens não se envolvem nos grupos de pais, apesar dos esforços de recrutamento. Também seria útil determinar os locais mais efectivos para os alcançar com formatos mais eficazes e mensagens mais envolventes.

Recomendações Chave

- Focalizar sobre as crianças abaixo dos 2 anos de idade, mulheres grávidas e mulheres em idade reprodutiva como audiência primária mais directamente afectada pela desnutrição.
- Realizar consultas às audiências.
- Focalizar mais actividades e direccionar mensagens específicas para pais, avós e sogras como audiências chave.
- Incluir mensagens para os trabalhadores das unidades sanitárias, uma vez que estes são também uma audiência chave influenciando directamente os comportamentos de nutrição e saúde a nível da comunidade, para garantir que as mensagens de nutrição e saúde sejam consistentes entre as unidades sanitárias e as comunidades.

9.2.4 Intervenções

Era usada uma mistura mutuamente fortalecedora de abordagens interpessoais, abordagens baseadas na comunidade e abordagens de CMC por cada parceiro de MYAP. Por exemplo, as mensagens dadas durante os grupos de mães/pais eram alargadas e mais adaptadas durante as visitas domiciliárias, que depois eram suportadas e fortalecidas por programas de rádio comunitária. Contudo, a advocacia, uma componente chave para um programa completo de CMSC, não fazia parte de nenhum dos programas dos parceiros. O PAMRDCM do GM inclui no seu objectivo estratégico sobre advocacia, a coordenação e gestão da criação de grupos provinciais e distritais para planificar e gerir as actividades de advocacia e mobilização social do plano multisectorial. Parceiros de MYAP poderiam ser envolvidos em tais actividades. Campanhas de advocacia a nível provincial e distrital poderiam, por exemplo, focalizar-se sobre mecanismos mais fortes de coordenação para programas de CMSC e elaboração de materiais, serviços de aconselhamento melhorados e/ou questões de género que afectam o estado nutricional das mulheres e das crianças. Os pormenores sobre as actividades de advocacia e mobilização social nos níveis provincial e distrital dependeriam do MYAP específico, estratégia de CMSC e debates/coordenação com o MISAU e outros parceiros. No que diz respeito às intervenções de um modo geral, as melhores práticas identificadas através da avaliação incluem os grupos de suporte, o envolvimento da liderança comunitária nos CSCs, a integração das actividades de nutrição e agricultura, o uso de ferramentas de planificação comunitária, os grupos de jovens agricultores e programação de rádio.

Recomendações Chave

- Incluir a advocacia, a mobilização social e comunitária e a CMC nas abordagens estratégicas de CMSC.
- Incluir uma mistura mutuamente fortalecedora de canais de comunicação, incluindo canais interpessoais, canais baseados na comunidade e canais de comunicação de massas.
- Continuar a apoiar as estruturas comunitárias, tais como, os grupos de suporte e CSCs para mobilizarem a liderança e os membros comunitários para apoiarem a mudança de comportamento e abordarem as barreiras para a mudança de comportamento.

- Integrar as actividades de nutrição e agricultura como um meio que envolva os pais e maridos no apoio à saúde e nutrição das suas famílias.
- Alargar e fortalecer o uso de ferramentas de planificação comunitária para interligar a nutrição e a agricultura, bem como para criar planos participativos para aumentar a cobertura e para a graduação do apoio do programa.
- Expandir os grupos de jovens agricultores e outras actividades que têm o seu enfoque sobre crianças mais velhas que geralmente são provedores de cuidados dos irmãos mais novos e de mulheres jovens.
- Expandir e fortalecer o uso de educação de entretenimento como programas de rádio e grupos teatrais.
- Promover a participação das mulheres nas cooperativas de comercialização agrária e noutras actividades de geração de rendimentos.
- Analisar o impacto das intervenções sobre as mulheres e os homens e ajustar as intervenções conforme necessário para apoiar as mulheres e “não causar danos” no que diz respeito à posição das mulheres na família e na comunidade, sobrecarga de trabalho e poder de tomada de decisão.

9.3 Criar

9.3.1 Materiais

Os materiais não eram elaborados usando uma abordagem sistemática, por exemplo, sumarizados num resumo criativo, como descrito na Secção 5.2. O uso deste processo teria ajudado os criadores dos materiais a clarificarem a promessa do conteúdo (i.é., o benefício mais envolvente que a audiência alvo, na sua perspectiva, irá receber ao tomar a acção desejada), o apoio para o efeito, o “apelo para a acção” (i.é., o que a audiência deve fazer ou para onde é que se precisa de dirigir para obter produtos ou serviços), e a impressão duradoura que os criadores gostariam que fosse transmitida. A maioria dos materiais aparentava ter sido adaptado dos DAPs, mas nenhuma pré-testagem foi reportada como tendo sido feita com os membros da audiência alvo. Como resultado, a equipa de avaliação constatou que os VSCs tinham muitas recomendações sobre como é que os materiais podiam ser melhorados, incluindo o tamanho das figuras, como são transportados e questões de alfabetização. Para além disso, enquanto muitos dos materiais incluíam muito texto (tornando-os mais difíceis de ler e compreender), as mensagens dentro dos materiais tinham lacunas em termos de informação completa. A pré-testagem dos materiais deveria também tomar em consideração questões de género e como os facilitadores e as barreiras relacionadas com o género para melhorar a nutrição de mulheres e crianças estão representados nos materiais, e como as mensagens e as ilustrações são compreendidas por mulheres e homens na audiência alvo para assegurar que elas “não causam danos.” É particularmente importante que os materiais transmitam um sentido de partilha de responsabilidades pela nutrição materna e infantil a nível da família e da comunidade, de modo a não sobrecarregar ainda mais as mães com as responsabilidades de cuidar da criança e não culpá-las pelas práticas inadequadas de cuidados mas, pelo contrário, apoiar de forma activa através de acções e comportamentos de/por outros membros da família que reflectam a partilha de responsabilidades pela nutrição.

Cartaz sobre os Grupos Alimentares

O material de CMC mais comumente usado por todos os parceiros de MYAP era o cartaz sobre os grupos alimentares (A Nossa Alimentação), originalmente criados pelo MISAU. O efeito do cartaz sobre os grupos alimentares é limitado por vários motivos. Para além da categoria dos alimentos básicos (milho, mandioca, arroz), os outros grupos alimentares são legendados como “acompanhantes.” Os voluntários eram formados para discutir as diferentes funções de cada grupo alimentar (por exemplo, frutos e vegetais fornecem vitaminas que ajudam a proteger contra doenças),

mas estas mensagens não vinham incluídas no cartaz. Para além disso, cada acompanhante era apresentado numa proporção igual aos grandes alimentos básicos, sem se fazer distinção alguma sobre a importância, quantidade ou frequência do consumo entre estes três grupos. Em nenhuma parte do cartaz se indicava em que quantidade ou com que frequência cada grupo deve ser consumido. Mais ainda, os quatro grupos alimentares eram apresentados como sendo grupos distintos em círculos separados, em vez de uma combinação, por exemplo, num prato tal como actualmente é usado pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. A apresentação dos grupos alimentares em conjunto, tal como no modelo do prato, ajuda a reforçar a combinação dos alimentos, as proporções relevantes necessárias e o conceito de uma dieta equilibrada. Embora esta forma de apresentação tenha tido sucesso para audiências dos Estados Unidos, ela precisaria de ser pré-testada em Moçambique.

Enquanto que a equipa de avaliação observou uma ausência de materiais de CMC no campo, tal pode não representar necessariamente uma falha nas campanhas de CMSC mas sim que os materiais impressos de CMC podem não ser práticos para uso no campo devido a problemas de armazenagem e transporte, baixa alfabetização, fraco nível de conhecimento de Português no seio dos voluntários e/ou fraca capacidade visual (e a associada falta de disponibilidade de óculos de vista). Eram comuns outras formas de comunicação, incluindo canções criadas pelas mulheres locais para ensinar mensagens chave às audiências alvo. Típico de culturas fortemente orais, como é a situação nestas comunidades rurais, canções, actuações teatrais e rádio podem ser ferramentas de comunicação mais eficazes do que materiais impressos. As culturas orais são ricas em nuances das suas oportunidades de comunicação. Por exemplo, há uma variedade de ocasiões em que se canta que podem ser usadas para ensinar, reforçar comportamentos e alargar a adopção de normas sociais específicas. Estas ocasiões incluem encontros na igreja, embalar as crianças para dormirem e cânticos para trabalho na machamba. A riqueza da cultura oral Africana pode ser usada como parte de uma campanha de CMSC, e poderia ser muito eficaz incorporar propositadamente as formas de comunicação oral tradicionais nos métodos de CMSC.

Recomendações Chave

- Elaborar materiais usando um processo guiado de acordo com as especificações no Planeamento-C, incluindo a elaboração de resumos criativos e a pré-testagem com audiências alvo.
- Pesquisar, identificar e pré-testar os tipos de meios de auxílio ao trabalho e materiais de apoio usados com maior eficácia pelos trabalhadores comunitários para apoiar a CIP.
- Analisar os materiais em relação a considerações de género tanto com mulheres como com homens de diferentes idades e fases da vida para garantir que as mensagens e ilustrações apoiam as mulheres e “não causam danos,” e transmitem a partilha de papéis e responsabilidades pela nutrição.
- Considerar o destacamento de um parceiro ou um fornecedor de CMSC para contratar uma equipa de peritos em CMSC para realizar a pesquisa necessária para elaborar materiais de CMC e um pacote de ferramentas padrão para os voluntários, o qual eles poderão receber depois da conclusão da formação.

9.4 Implementar e Monitorar

A estrutura do pessoal e a capacidade técnica em geral do pessoal dos MYAPs parecia adequada. Contudo, a equipa de avaliação constatou que as visitas de supervisão e de apoio aos voluntários não eram feitas tão regularmente como planificado, uma vez que às vezes outras prioridades se mostravam conflituantes. Para além disso, as fichas padronizadas de supervisão não eram usadas regularmente porque o pessoal dos MYAPs achava que os voluntários poderiam entender a supervisão como uma avaliação do seu desempenho. Poucos funcionários eram especificamente formados em CMSC, o que

conduz a poucas oportunidades de tutoria para ajudar os voluntários em técnicas de CIP ou CMSC. Os materiais de formação fornecidos à equipa de avaliação pareciam ser bastante clínicos, com pouco conteúdo relacionado com CMSC de nível comunitário.

A proporção estimada de mães ou provedores de cuidados elegíveis a participar nas actividades dos programas que era alcançados pelos VSCs ou animadoras variava entre 5 por cento e 30 por cento. Existiam vários motivos para o baixo nível de cobertura. O motivo primário era que o número de beneficiários dependia do nível de alocação do pessoal, provavelmente devido ao financiamento do projecto. Por exemplo, a ADRA tinha capacidade para apoiar 2.880 VSCs que, por sua vez, eram responsáveis por um máximo de 15 famílias cada um. Por isso, a ADRA poderia, teoricamente, alcançar aproximadamente 43.200 famílias beneficiárias através dos VSCs. O número de beneficiários alcançados pela ADRA em saúde e nutrição em 2010 foi de 38.750, enquanto que o número de beneficiários em saúde e nutrição proposto, de acordo com a proposta do projecto, era mais de 56.000 dentro de uma população total de 100.000.⁶⁴ Por isso, a cobertura global de beneficiários era relativamente baixa. A VM apresentou outros motivos para a fraca cobertura, incluindo desistências de VSCs e longas distâncias entre as casas dos VSCs e as casas dos beneficiários, que tornavam difícil o acesso aos beneficiários.

Uma estratégia para aumentar a cobertura é graduar os beneficiários do programa e permitir que novos beneficiários participem nas actividades do programa. Alguns dos grupos de mães que foram encontrados poderiam ser candidatos à graduação, permitindo que os voluntários passassem para outros grupos que ainda não tivessem alcançado tais níveis elevados de mudança de comportamento. Os grupos a graduar poderiam ser convertidos em grupos de escuta colectiva de rádio, desde que as estações locais de rádio comunitária transmitissem programas que pudessem manter estes grupos “graduados” engajados e a aprender práticas adicionais. Um modelo de clube de produção e escuta de rádio que merece réplica e adaptação é o que estava a ser implementado pelo Fundo de Comunicação para o Desenvolvimento no Distrito de Chiadzulu no Malawi. Para além da organização dos grupos de escuta dos VSCs, este projecto mandava técnicos de som para gravarem alguns dos seus encontros e depois editava as gravações dessas reuniões em programação efectiva que era difundida numa estação de rádio comercial líder a nível nacional.

Embora não haja um alvo de cobertura específico documentado na literatura com o qual se possa prever um “ponto de viragem” da mudança de comportamento, a avaliação deixa claro que os parceiros de MYAP estavam espalhados de forma razoavelmente ampla em vários distritos e em aglomerados de comunidades ao longo desses distritos. Na literatura de CMSC, um factor nas intervenções bem sucedidas de mudança de comportamento é a exposição a mensagens a vários níveis. Tal como evidenciado pelo modelo sócio-ecológico, as pessoas são directa ou indirectamente influenciadas pelos seus parceiros, pares, família, líderes comunitários e outros que moldam a comunidade e as normas de género, e o acesso aos, e a procura pelos, serviços existentes. Todos estes aspectos estão encapsulados por um ambiente favorável que inclui políticas e regulamentos, religião e condições económicas. Para acontecer uma óptima mudança de comportamento a nível individual ou do agregado familiar, também devem ocorrer mudanças em cada um desses níveis influenciadores. É, consequentemente, mais provável que a mudança efectiva aconteça se os recursos forem direccionados para se focalizar nestes vários níveis dentro das comunidades, contrariamente a apenas um nível em muitas comunidades diferentes.

Para garantir que as comunidades mais vulneráveis sejam abrangidas pelas actividades do programa, os parceiros de MYAP poderiam priorizar as comunidades com base na segurança alimentar, produção e geração de rendimentos, bem como práticas de nutrição e saúde. A priorização poderia ajudar os parceiros de MYAP a melhor usarem os seus recursos e focalizarem sobre audiências aos

⁶⁴ ADRA International/Mozambique, 2008. Osanzaya Zambezia (Make Zambezia Happy), ADRA’s Income Generation Program (IGP) Multi-Year Assistance Program (MYAP) Proposal Application, July 2008, p. 6; ADRA International/Mozambique, 2010. Fiscal Year 2010 Annual Results Report, October, 2010, p. 10.

vários níveis para criar um ambiente favorável para apoiar e originar a mudança. Por exemplo, os esforços de CMSC podem ser maximizados através da identificação e focalização dos influenciadores chave nas comunidades e nos adoptantes iniciais dos comportamentos. O modelo de Difusão de Inovações, que foi testado nas intervenções de saúde pública desde 1960, afirma que, geralmente, três factores chave determinam se uma tendência particular irá “entrar” em popularidade em grande escala: 1) a ideia ou inovação precisa de alguns adoptantes iniciais ou campeões influentes; 2) a inovação precisa de ter uma qualidade ou atributos que as pessoas julguem atraentes; e 3) o ambiente físico e social mais amplo tem de apoiar a inovação. Isto pode ser usado em conjunto com a Teoria Cognitiva Social que declara que as pessoas são capazes de aprender novos comportamentos através da observação e imitação dos outros, e que a aprendizagem tem mais possibilidades de acontecer se a pessoa tem um elevado nível de auto-eficácia (i.é., confiança na sua capacidade de realizar uma acção) e eficácia da resposta (i.é., confiança de que o comportamento irá produzir o resultado desejado). Contudo, para usar estes modelos/teorias, os esforços precisam de ser concentrados de modo a usar os influenciadores chave.

O fornecimento de apoio às comunidades para planificar estratégias de cobertura e a calendarização das graduações também poderia abordar a questão da cobertura e em última análise estabelecer os critérios para a graduação de uma comunidade do apoio do programa. Muitas comunidades tinham criado mapas comunitários como parte dos seus exercícios de planificação. O exercício de mapeamento poderia estar ligado às estratégias de cobertura, permitindo que os planificadores comunitários determinassem onde começar os seus projectos e como olhar para a meta de cobertura em 100 por cento num quadro cronológico.

Não se pode dizer que os parceiros de MYAP consideraram de forma adequada as questões de género em relação ao impacto das intervenções do projecto sobre as mulheres beneficiárias, em especial as mulheres grávidas ou com crianças abaixo dos 2 anos de idade. Como parte do processo de intervenção, o pessoal deveria analisar o impacto das actividades do projecto sobre as mulheres e ajustar as intervenções conforme necessário para apoiar as mulheres e “não causar danos” em relação à posição das mulheres na família e na comunidade, à sobrecarga de trabalho, e à tomada de decisão.

Recomendações Chave

- Formar o pessoal em CMSC, em particular em comunicação interpessoal ou técnicas de comunicação de CMSC.
- Os programas futuros deveriam considerar:
 - O enfoque sobre a cobertura de modo a maximizar os recursos e usar os vários níveis de influência nas comunidades, o que irá facilitar que os programas apliquem as teorias e modelos psicossociais aprovados.
 - A implementação de um plano para a formação básica e tutoria do pessoal de gestão e técnico/de supervisão em CMSC e métodos de comunicação.
 - A elaboração de um currículo de CMSC e métodos de comunicação para o pessoal de gestão e técnico/de supervisão e trabalhadores de campo.
 - A implementação de um plano para o desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores de campo e voluntários em CMSC e métodos de comunicação.
 - O envio de instrutores peritos em métodos de CMSC para ensinarem os métodos de CMSC e de comunicação a todos os níveis, em vez de depender da abordagem em cascata para a formação.
 - A melhoria da frequência da supervisão e a elaboração/adaptação de fichas de verificação para a supervisão, para garantir que os aspectos chave da estratégia de CMSC definida sejam supervisionados/monitorados, incluindo a integração de componentes do projecto (nutrição, agricultura, saúde) e questões de género.

- A aplicação das técnicas sincronizadas de aprendizagem à distância “melhor para muitos,”⁶⁵ tais como as que vêm descritas em “Reinventando a Formação em Cuidados de Saúde nos Países em Vias de Desenvolvimento: O Caso das Aplicações Satélite em Ambientes Rurais,” Nas técnicas de “melhor para muitos,” os participantes aprendem directamente a partir dos melhores professores disponíveis no país. Isso contrasta com a aprendizagem em cascata, onde a qualidade do ensino e o sucesso da aprendizagem se deterioram a cada cascata sucessiva.
- A USAID/Moçambique também pode considerar a elaboração de uma ferramenta para apoiar o seu pessoal a avaliar se as propostas e os programas estão a seguir as práticas mais modernas de planificação e implementação das componentes de programas de CMSC, modeladas de acordo com o processo de Planeamento-C debatido no presente relatório.

9.5 Avaliar e Replanificar

De acordo com a documentação colocada à disposição da equipa de avaliação de CMSC, os parceiros de MYAP não estavam a monitorar o progresso de muitos comportamentos chave que promoviam através das actividades de CMC. A **Tabela 15** compara os comportamentos chave promovidos e se o parceiro de MYAP tinham indicadores de monitoria correspondentes.

Tabela 15. Comportamentos Chave Promovidos e os Indicadores de Monitoria Correspondentes

	Comportamento chave promovido pelo MYAP			Possui indicadores de monitoria relacionados com o comportamento chave		
	ADRA	VM	SC	ADRA	VM	SC
Aleitamento materno exclusivo para bebés até aos 6 meses de idade	S	S	S	S	S	S
Alimentação complementar óptima	S	S	S	S	S	S
Óptimas práticas de higiene e meio ambiente saudável	S	S	S	N	S	S
Consumo de uma dieta equilibrada	S	S	S	N	N	N
Óptimos cuidados nutricionais para crianças doentes e gravemente desnutridas	S	S	S	N	N	N
Óptimo consumo nutricional através dos alimentos durante a gravidez	S	S	S	N	N	N
Óptimas práticas para prevenir e tratar a malária	S	S	S	S	N	N
Óptimas práticas para prevenir e tratar a diarreia	S	S	S	S	S	N
Óptimos cuidados nutricionais para pessoas com HIV ou doenças prolongadas	S	S	S	N	N	N
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	S	S	S	N	N	N
Suplementação com vitamina A para crianças a cada 6 meses	S	S	S	N	N	S
Suplementação com vitamina A para as mulheres após o parto	S	S	S	N	N	N
Reconhecimento da importância da monitoria do crescimento	S	S	S	N	N	N

⁶⁵ Haridasan, K.; Rangajaran, S.; and Piro, G. 2009. “Re-Inventing Health Care Training in the Developing World: The Case for Satellite Applications in Rural Environments.” *Online Journal of Space Communications*.

Reconhecimento dos sinais de perigo em crianças doentes	S	S	S	N	N	N
As mulheres grávidas consomem comprimidos de ferro e ácido fólico todos os dias durante pelo menos 6 meses da gestação, e 3 meses após o parto.	N	S	S	N	N	N
Óptima procura de cuidados para crianças com infecções do sistema respiratório	N	?	S	N	S	N
Processamento correcto da mandioca amarga	N	S	S	N	N	N
Armazenagem e conservação das sementes e dos alimentos	N	S	S	N	N	N
Secagem e conservação de frutas e vegetais de folhas verdes	N	S	S	N	N	N

Nota: As respostas “não” estão sombreadas a cinzento claro. “?” representa informação que não foi obtida do parceiro de MYAP.

A maior parte dos indicadores de monitoria dos MYAPs estava relacionada com o facto de se avaliar se um determinado comportamento estava a ser praticado. Contudo, as atitudes e crenças mudam antes das pessoas adoptarem novos comportamentos. Por isso, é útil monitorar a mudança de atitudes e crenças para além dos comportamentos em si. Por exemplo, quando as crenças e atitudes estão a mudar mas o comportamento não, as barreiras para a mudança podem não estar a ser suficientemente abordadas pelo programa de CMSC ou pode não ter havido tempo suficiente para que o comportamento se torne num “hábito.” Os resultados da monitoria precisam de ser suficientemente desagregados para informarem decisões programáticas. A monitoria deve fornecer informações sobre áreas geográficas ou de supervisão (ex.: comunidades, distritos) com baixo e elevado desempenho, com base na conclusão das actividades planificadas e o progresso da mudança de comportamento no seio dos beneficiários. Por exemplo, saber que a estimativa do aleitamento materno exclusivo no distrito X é de 20 por cento e a do distrito Y é 90 por cento é mais informativo do que apenas conhecer a área global do programa para os dois distritos (55 por cento). Neste caso, o gestor do programa saberia concentrar-se sobre a melhoria das actividades no distrito X.

A informação recolhida de forma rotineira sobre os produtos do programa proporciona informação sobre se as actividades estão a ser implementadas a nível comunitário e distrital. Contudo, os inquéritos de monitoria dos parceiros de MYAP no seio dos beneficiários precisam de ser cuidadosamente elaborados para fornecer informação sobre os produtos a níveis práticos de supervisão de modo a que possam ser feitas melhorias às actividades do programa. Os formatos comumente usados de amostragem por conglomerados são geralmente apenas representativos da população global do programa e não podem fornecer informação desagregada. Um inquérito usando um formato de LQAS geralmente pode fornecer mais informação desagregada do que formatos de grupos mais comumente usados, por exemplo, a nível distrital em vez de apenas a nível de toda a área do programa. Por isso, os resultados de um inquérito usando LQAS podem ser mais úteis para os gestores tomarem decisões programáticas. Os parceiros de MYAP foram formados para usar LQAS na monitoria. Contudo, por motivos diferentes, todos os parceiros enfrentavam dificuldades para usar LQAS. Não está claro se não havia preparação suficiente ou se era necessário apoio técnico adicional para os parceiros usarem LQAS para a monitoria.

Recomendações Chave

- Alinhar os indicadores de monitoria com os comportamentos chave que estão a ser promovidos.
- Investigar as barreiras para o uso de LQAS e outros métodos de recolha de indicadores de monitoria a níveis desagregados.

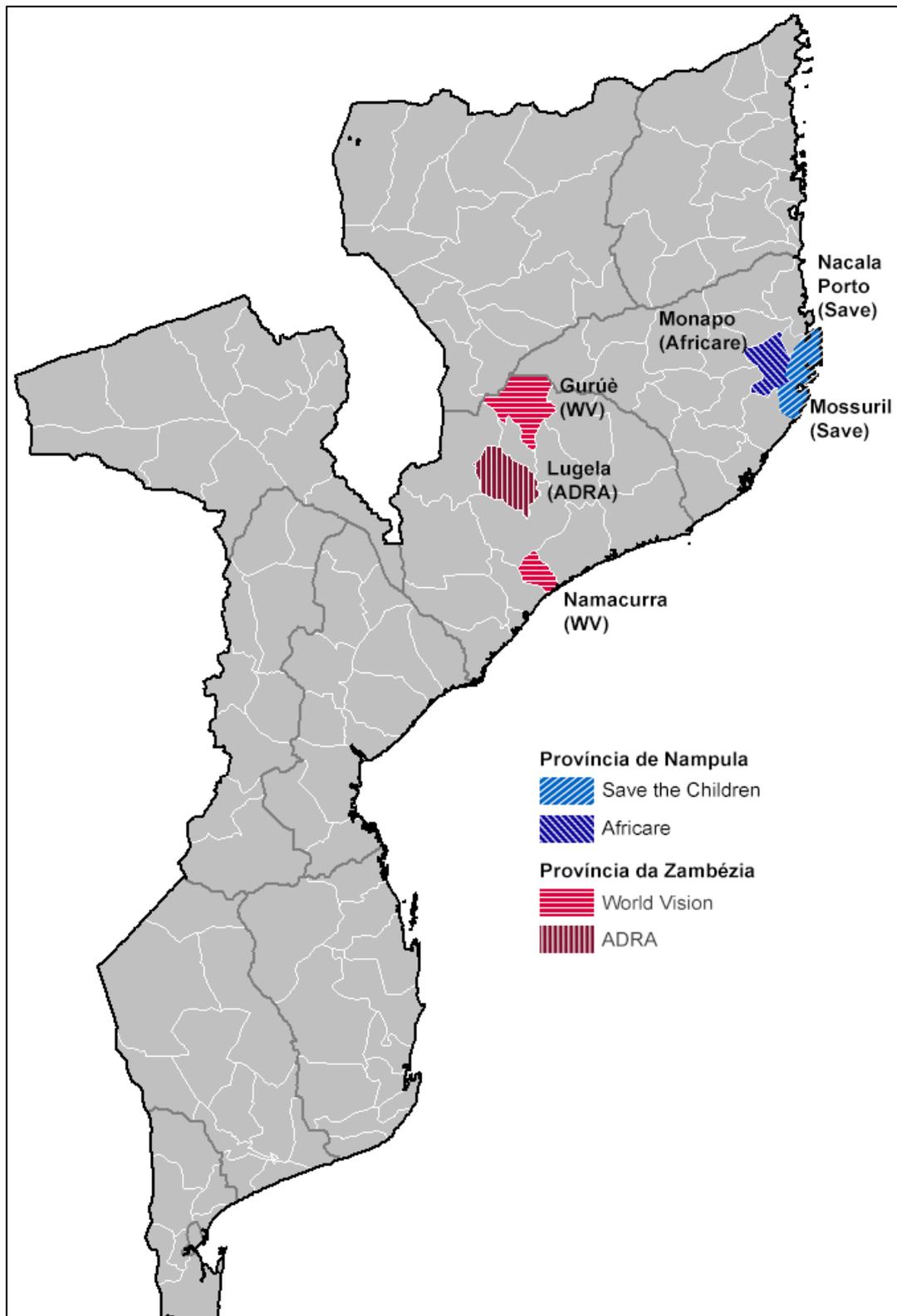
Referências

- ADRA International/Mozambique, 2008. Osanzaya Zambezia (Make Zambezia Happy), ADRA's Income Generation Program (IGP) Multi-Year Assistance Program (MYAP) Proposal Application, July 2008.
- ADRA International/Mozambique, 2010. Fiscal Year 2010 Annual Results Report, October, 2010.
- Bandura, A. 2004. "Health promotion by social cognitive means." *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164.
- Bergeron, Gilles; Deitchler, Megan; Bilinsky, Paula; and Anne Swindale. 2006. "Monitoring and Evaluation Framework for Title II Development-oriented Projects." http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN10_MEFramework.pdf.
- Bhandari, N. et al. 2004. "An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and youth in rural Haryana, India." *Journal of Nutrition* 134: 2342–2348.
- Burkhatler, B. and Bashir, N. 1997. *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh*. Arlington, VA: BASICS.
- Communication for Change (C-Change). 2011. *C-Modules: A Learning Package for Social and Behavior Change Communication*. Washington, DC: FHI 360/C-Change.
- Dewey, Kathryn G. and Adu-Afarwuah, Seth. 2008. "Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries." *Maternal and Child Nutrition* 4: 24–85.
- DCHA/FFP. 2011. Information Bulletin (FFPIB) 11-03, Memorandum for all Food for Peace Officers and Cooperating Sponsors.
- . 2007. Information Bulletin (FFPIB) 07-02, Memorandum for all Food for Peace Officers and Cooperating Sponsors.
- Glanz, K.; Rimer, B.K.; and Viswanath, K. 1997. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. Wiley.
- GM. 1998. Food and Nutrition Security Strategy, National Executive Secretariat of Food Security and Nutrition.
- . 2004a. *Componente Estratégica do Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição*. Maputo.
- . 2004b. *Estratégia de Envolvimento Comunitário*.
- . 2006. *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*. Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. Maputo.
- . 2007a. *Manual do Participante, Orientação para Introdução do Pacote Nutricional Básico ao Nível das Unidades Sanitárias Urbanas e Rurais, 3a Versão, Dirigido aos Trabalhadores de Saúde*. Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças, Departamento de Nutrição. Maputo.

- . 2007b. *Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional 2008-2015*. Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional.
- . 2009. *Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Direcção Nacional de Saúde, Repartição de Nutrição. Maputo.
- . 2010. *Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2014*. Maputo.
- . 2010. *Poverty and Wellbeing in Mozambique: Third National Poverty Assessment*. Ministry of Planning and Development, National Directorate of Studies and Policy Analysis.
- . n.d. *Plano Estratégico do Sector Saúde 2007–2012, 1º Rascunho (Não Citar)*.
- Guyon, A.B. and Quinn, V.J. 2011. *Booklet on Key Essential Nutrition Actions Messages, Essential Nutrition Actions Framework Training Guide for Health Workers, Essential Nutrition Actions Framework Training Guide for Community Volunteers Workers*. Core Group: Washington, DC.
- Haridasan, K.; Rangajaran, S.; and Pirio, G. 2009. “Re-Inventing Health Care Training in the Developing World: The Case for Satellite Applications in Rural Environments.” *Online Journal of Space Communications*.
- Ibrahim, N.A.; Fernandes, N.; and Mikusova, S.M. 2011. Ficha Técnica, *Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco*. GM/MISAU: Maputo. p. 14.
- Johns Hopkins University Center for Communication Programs. 2008. *Summary of Follow-up Training in the Production of HIV/AIDS Programs*.
- Lutter et al. 1990. “Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation.” *American Journal of Clinical Nutrition* 51: 359–364.
- McKee, N.; Manoncourt, E.; Yoon, C.; and Carnegie, R. 2000. *Involving People Evolving Behavior*. Penang: Southbound.
- Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. “Special focus on undernutrition.” *Lancet* 371(9612).
- Michaud-Létourneau, Isabelle. 2009. *Revision and Development of the Behavior Change Strategy for Nutritional Objectives*. Report of Technical Assistance to the SANA MYAP Program.
- Ministério da Saúde. 2006. *Pólítica Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique*. Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade, Secção da Saúde Infantil.
- . 2011a. *Relatório Final, Avaliação do Conhecimento e Práticas dos Profissionais de Saúde em relação ao Pacto Nutricional Básico*, Departamento de Nutrição. Ernst & Young.
- . 2011b. *PES Nutrição*. Departamento de Nutrição.
- . 2004. *Estudo Nacional sobre a Deficiência em Iodo nas Crianças dos 6 aos 12 Anos de Idade. Preliminar do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos*.
- National Statistics Institute, 2009. *Preliminary Report on the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2008*. National Statistics Institute Directorate of Demographic, Vital and Social Statistics, Maputo, Mozambique.

- Noar, S. 2006. "A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here?" *Journal of Health Communication*, 11, 21–42.
- Pascal, R. and Stemin, M. 2005. "Your Companies Change Secret." *Harvard Business Review*. pp. 1–11.
- Piotrow, P.; Kincaid, D.; Rimon, J.; and Rinehart, W. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Praeger: Westport.
- Roy, S.K. et al. 2005. "Intensive Nutrition Education with or without Supplementary Feeding Improves the Nutritional Status of Moderately Malnourished Children in Bangladesh." *Journal of Health, Population and Nutrition* 23(4): 320–330 (January 1).
- Ruel, Marie T. et al. 2008. "Age-based preventative targeting of food assistance and behavior change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomized trial." *Lancet*, Volume 371, Issue 9612, pp. 588–595.
- Schroeder, D.G. et al. 1995. "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation on Growth. *Journal of Nutrition Supplement: The INCAP Follow-Up Study*." *Journal of Nutrition* 125 (April) (4Suppl): 1051S–1059S
- Shrimpton, R. et al. 2001. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions." *Pediatrics* 107 (5): E75.
- Stemin, J. and Choo, R. 2000. "The power of positive deviancy." *Harvard Business Review*, 2–3.
- Sternin, M.; Sternin, J.; and Marsh, D. 1996. *Designing a Community-Based Nutrition Program Using the Hearth Model and the Positive Deviance Approach - A Field Guide*. Save the Children.
- Storey, Douglas et al. 2011. *Social & Behavior Change Interventions Landscaping Study: A Global Review*. Department of Health, Behavior & Society at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- USAID. n.d. *USAID Human Subjects Research Guidelines: Procedures for Protection of Human Subjects in Research Supported by USAID*.
- . 2007. Information Bulletin, Memorandum for II Food for Peace Officers and Cooperating Sponsors, FFPIB 07-02, New Reporting Requirements for Food for Peace.
- USG. 2009. *U.S. Government Country Assistance Strategy for Mozambique 2009–2014*.
- . 2011. *Feed the Future Mozambique FY 2011–2015 Multi-Year Strategy*.
- Vaughan, P.W.; Rogers, E.M.; Singhal, A.; and Swalehe, R.M. 2000. "Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: A field experiment in Tanzania." *Journal of Health Communication*, 5(3), 81–101.
- WHO, 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Technical Report Series 854. Geneva: WHO.
- WHO/UNICEF. 2008. "Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6–23 months of age in nutrition and child health programmes: Geneva, 6–9 October 2008: Report of Proceedings." http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597890_eng.pdf.

Anexo 1. Mapa das Províncias e Distritos para as Visitas de Campo da Equipa de CMSC



Anexo 2. Agenda do Trabalho de Campo da Equipa de CMSC

Domingo, 30 de Outubro	Segunda-feira, 31 de Outubro	Terça-feira, 1 de Novembro	Quarta-feira, 2 de Novembro	Quinta-feira, 3 de Novembro	Sexta-feira, 4 de Novembro	Sábado, 5 de Novembro
<p>13:30 Chegada do consultor de CMSC, Gregory Pirio a Maputo</p>	<p>19:15 Vôo para Quelimane atrasado para 21:15</p> <p>11:00 – 17:30 Reunião da equipa, escritório do FANTA-2</p> <p>21:15 Partida para Quelimane</p>	<p>8:30 Reunião com a equipa da VM, Quelimane</p> <p>10:30 Reunião com o Director, DPS</p> <p>14:00 Visita ao CSC de Chinde, Namacurra</p>	<p>8:00 Reunião com a equipa da ADRA, Mocuba</p> <p>9:00 Reunião com o Director, SDSMAS Lugela</p> <p>10:30 Visita ao CSC 3 de Fevereiro, Lugela</p> <p>14:00 CSC de Nassabao, Lugela</p>	<p>8:00 Reunião com a Equipa da VM, Gurúè</p> <p>9:30 Reunião com o representante do Director, SDSMAS Gurúè</p> <p>12:00 CSC de Nanzua, Gurúè</p> <p>15:00 CSC de Moripa, Gurúè</p>	<p>8:00 CSC de Cresci, Gurúè</p> <p>13:00 CSC de Murrimo, Gurúè</p>	<p>9:00 Partida para Nampula</p> <p>15:00 Chegada a Nampula</p>

Domingo, 6 de Novembro	Segunda-feira, 7 de Novembro	Terça-feira, 8 de Novembro	Quarta-feira, 9 de Novembro	Quinta-feira, 10 de Novembro	Sexta-feira, 11 de Novembro	Saturday, Nov 12
	<p>8:30 Reunião com a equipa da Save the Children, Nampula</p> <p>11:00 Reunião com a equipa da Africare, Nampula</p> <p>14:00 Reunião com o Director, DPS Nampula</p> <p>15:00 Reunião com os coordenadores de M&A e Agricultura da Save the Children, Nampula</p>	<p>10:00 Comunidade de Napala, Monapo</p> <p>14:00 Comunidade de Sanhote, Monapo</p>	<p>9:30 Comunidade de Namassica, Nacala Porto</p> <p>13:30 Comunidade de Murrupelane, Nacala Porto</p>	<p>9:00 Comunidade de Pedreira, Mussoril</p> <p>13:30 Comunidade de Munda, Mossuril</p>	<p>8:00 Reunião da equipa de CMSC, Ilha de Moçambique</p> <p>13:00 Breve encontro com a equipa do MYAP (Save the Children e Africare), Nampula</p> <p>15:30 Breve encontro com o Director, DPS Nampula</p>	<p>15:30 Partida de Nampula para Maputo</p> <p>18:20 Chegada a Maputo</p>

Anexo 3. Instrumentos de Avaliação

Guião de Entrevista: Funcionários de Saúde Pública a nível Provincial e Distrital

1. Qual é a relação entre o sector de saúde pública e os parceiros de MYAP?
Investigue: Como é que se pode melhorar a cooperação?
2. Descreva a formação, incluindo a formação de aconselhamento que é proporcionada ao pessoal clínico sobre nutrição.
Investigue: Há alguma formação em nutrição relacionada com os cuidados pré-natais? Por favor descreva.
Investigue: Há alguma formação em nutrição relacionada com os cuidados pós-parto? Por favor descreva.
Investigue: Há alguma formação em nutrição para casos de desnutrição? Por favor descreva.
3. Existem materiais de apoio que os clínicos usam nas sessões de aconselhamento sobre nutrição?
Se sim, por favor descreva.
Investigue: Que materiais adicionais seriam úteis?
4. Que outros apoios é que os parceiros providenciam ao sector de saúde pública?
Investigue: Trabalhadores comunitários de saúde que acompanham as mulheres grávidas às consultas pré-natais.
 - a. Será que estas são áreas que precisam de ser melhoradas?
5. Descreva a relação entre os parceiros no que diz respeito ao envio de brigadas móveis.
Investigue: Como é que a cooperação pode ser melhorada?
6. Qual é a sua opinião sobre os feitos dos parceiros de MYAP? Já se registaram alguns sucessos?
Se sim, quais foram os motivos do sucesso?
7. Quais é que podem ser as principais barreiras, caso haja, para o alcance das metas nutricionais?
Sugestões: mulheres grávidas e lactantes, provedores de cuidados de crianças abaixo de 2 ou 5 anos, PVHIV

Guião de Entrevista: Voluntários Comunitários de Saúde

1. Pode descrever os tipos de formação que já recebeu na área de nutrição, saneamento e higiene adequados?
2. Será que recebeu um certificado? Tem um documento de identificação?
3. Pode descrever como e quando é que se aproxima das mães para explicar boas práticas de nutrição?
Sugestões: Visitas aos agregados familiares, reuniões de grupo, mobilização de brigadas móveis, dias de mercado, actuações teatrais.
4. Tem cartazes ou folhetos que usa para explicar as boas práticas às mães?
5. Que outros materiais (objectos) é que podia usar nas suas actividades?
Sugestões: Redes Mosquiteiras Tratadas con Insecticida de Longa Duração (REMILDS), bacia para lavar, panela para cozinhar.
6. Como é que sabe se uma criança está em risco de desnutrição?
7. Como é que decide se vai ou não referir uma criança para reabilitação nutricional?
8. Com que membros da família é que fala sobre a boa nutrição e higiene?

9. O que é que diz às mães grávidas?
10. O que é que diz às mães que amamentam?
11. Quais são os sinais de desnutrição numa criança?
12. Quando é que uma mãe deve levar uma criança a uma unidade sanitária?
13. Como é que é organizada a confecção de alimentos numa família?
Será que as famílias têm acesso aos tipos de alimentos que precisam?
14. Onde é que eles obtêm os alimentos?
 - a. Se não, porquê? Quem toma a decisão sobre a compra dos alimentos?
15. Que tipo de alimentos é que encoraja as mulheres grávidas e lactantes a comer para melhorar a sua nutrição?
16. Que tipo de alimentos é que diz às mães para prepararem para crianças pequenas? Com que idade?
17. Existem mulheres que não cumprem com os seus conselhos? Quais serão os motivos para tal?
18. Existem pessoas seropositivas na sua comunidade? O que é que vocês lhes têm estado a dizer? A comunidade providencia algum tipo de apoio aos agregados familiares nos quais essas pessoas estão inseridas?

Guião de Entrevista: Beneficiários Alvo

1. O que é que fazem de diferente como resultado de fazerem parte do grupo de mães/pais (ou mães)?
2. Com que frequência é que se reúnem? Com que frequência é que têm contacto com os VSC (trabalhadores comunitários de saúde ou animadoras)? Será que os encontros têm sido úteis para vocês?

Questionário de Avaliação Rápida sobre Conhecimento em CMSC

Nutrição, aleitamento materno e alimentação complementar

1. Amamentou a sua criança? Quanto tempo depois do nascimento é que pôs o seu bebé a mamar?
2. Continua a dar de mamar ao seu bebé? Durante quantos meses é que deu de mamar ao seu bebé? Alimentou o seu bebé com algo mais para além do leite materno?
3. Com que idade (meses) é que começou a dar outros alimentos, para além do leite materno, ao bebé?
4. Da última vez que a criança teve diarreia, deu-lhe a mesma, mais ou menos quantidade de comida ou líquidos?
5. Pode me dizer quaisquer alimentos ricos em vitamina A?
6. Quantas vezes é que a sua criança comeu ontem? O que é que a criança comeu ontem?

Saneamento e higiene

7. O que é que usa para lavar as mãos?
8. Quando é que lava as mãos? Depois ou antes de que actividades?

Prevenção da malária

9. Tem alguma rede mosquiteira tratada com um insecticida em sua casa? Quantas? Quem é que dormiu debaixo de uma rede mosquiteira ontem a noite?
10. Tem algum recipiente de água aberto fora da sua casa?

Práticas agrícolas

11. Usou alguma técnica de conservação agrícola na sua machamba no ano passado (cobrir com mistura de palha húmida, lavra mínima, rotação de culturas)? Se sim, nos campos com técnicas de conservação agrícola a colheita foi maior ou menor que nos campos onde usa os métodos tradicionais?
12. Que culturas é que produziu para a sua alimentação? (milho, mandioca, vegetais)?
13. Que culturas produziu para vender? O que é que comprou com o dinheiro resultante dessas vendas?
14. Terão havido meses ou semanas durante o ano passado em que a sua família não teve algo para comer?
15. Se sim, o que é que fez nessa situação?

Guião de Entrevista: Pessoal do Parceiro

Actividades até a presente data, incluindo sessões de formação, actividades comunitárias

1. Pode dar uma visão geral das vossas actividades de CMSC?

Estrutura do pessoal e capacidade técnica do pessoal responsável pelas actividades de CMSC

2. Dentro da sua organização, quem é responsável pelas actividades de CMSC?

Sugestão: Pergunte aos funcionários sobre a formação em CMSC.

Supervisão dos trabalhadores de campo

3. Que tipos de medidas é que já implementaram para supervisionar as actividades dos trabalhadores comunitários?

Actividades de Monitoria e Avaliação

4. Pode descrever o vosso sistema para M&A?
5. Identifique as abordagens, materiais e actividades específicas (“práticas promissoras”) que têm ou aparentam ter um impacto sobre a promoção de práticas positivas e comportamentos de nutrição no seio das populações alvo.
6. Será que aplicaram a abordagem de Desvio Positivo HEARTH nas vossas actividades de CMSC? Será que pode descrever como é que funciona? Que critérios é que usam para a selecção de uma comunidade para participar?

SC: Vocês aplicaram uma abordagem de Desvio Positivo “modificada” nas vossas actividades de CMSC. Será que pode descrever como é que isto funciona?

7. Descreva a formação que tanto as redes de saúde comunitária como os voluntários comunitários de saúde/animadoras frequentam. A duração, frequência e o conteúdo.
8. Em que tipos de actividades de comunicação é que os CSCs e VSCs/animadoras se envolvem?

Estime a cobertura usando os dados de monitoria do programa disponíveis como possível.

9. Em termos de questões de CMSC relacionadas com nutrição, higiene, saneamento, procura de cuidados e prevenção de doenças, o que é que nos pode dizer sobre a cobertura da população?
10. Onde é que se podem encontrar relatórios sobre a cobertura das actividades? Vocês têm mapas que ilustram as comunidades alcançadas?

11. Vocês têm medidas da mudança de comportamento? Existem algumas áreas onde a mudança é mais robusta? Se sim, como é que se explica a diferença?

Actividades até ao presente momento, incluindo formações, actividades comunitárias

12. Qual é o rácio de VSCs/animadoras para agregados familiares?
13. Os VSCs/animadoras ou membros dos CSCs recebem algum tipo de compensação?
14. Os CSCs/CSCs recebem formação?

Sugestão: Os CSCs têm a responsabilidade de representar as suas jurisdições tal como as entidades do governo. A formação em empoderamento ou liderança para melhorar as habilidades e aumentar os conhecimentos sobre como lidar com as entidades governamentais.

15. Como é que os membros das organizações de agricultores estão a receber a formação em saúde e nutrição? Quais são as mensagens técnicas chave?
16. Qual é a vossa abordagem para os agricultores? Como é que os agricultores têm estado a responder?
Sugestões: plantio, armazenagem e práticas de comercialização?
17. Como é que o pessoal da unidade sanitária foi incorporado nas actividades de CMSC? Que tipos de formação é que receberam? Em CIP? Foram distribuídos quaisquer meios de auxílio ao trabalho?

SC: Como é que o projecto participa no tratamento da desnutrição na comunidade? Quais são as oportunidades de CMSC nestes pontos de contracto?

18. Para onde é que as crianças identificadas como sendo desnutridas se dirigem para efeitos de reabilitação?
19. Por favor descreva as brigadas móveis. Como é que trabalham, isto é, que tipos de actividades é que executam? Quem participa nessas actividades? Como é que foram formados os membros das brigadas?
20. Quais são as actividades dos grupos de mães/pais?
21. Houve alguma pesquisa formativa para determinar as audiências alvo adequadas, influenciadores, barreiras para a mudança de comportamento e impulsionadores para a mudança pessoais e de grupo?
22. Quem é que considera ser a pessoa influente/fazedores de opiniões na comunidade?
23. Como é que o pessoal da unidade sanitária foi incorporado na formação em CMSC? Como é que estão a ser formados no tratamento da desnutrição?

ADRA: Descrevam a formação frequentada tanto pelos CSCs como pelos VSCs. Duração, frequência e conteúdo.

Em que tipos de actividades de comunicação é que os CSCs e VSCs se envolvem? Em termos de questões de CMSC relacionadas com nutrição, higiene, saneamento, procura de cuidados e prevenção de doenças, o que é que nos pode dizer sobre a cobertura da população?

24. Mostre por favor exemplos de materiais de CMC, camisetas, bonés, pastas, cartões de identidade e certificados que são usados com os CSCs e VSCs. Como é que são usados?
25. Como é que determinaram a adequação dos materiais de CMC? Foi efectuado um pré-teste? Foram feitas consultas junto do MISAU?
26. Qual é o estágio da passagem dos VSCs para a DDS?

27. Descreva por favor os programas de rádio ou anúncios de publicidade que estão a transmitir. Que estações de rádio é que estão a fazer a transmissão? Em que línguas? Como é que planificam a formação? Houve alguma formação para o pessoal de programação da rádio? Quais são os temas? Quais têm sido as mensagens chave? A comunidade participa na programação?
28. Como é que estão a fazer o uso das actuações teatrais? Que tipo de formação é que os actores receberam?
29. Têm actividades para alcançar os líderes comunitários, incluindo médicos tradicionais, líderes religiosos e líderes de mesquitas? Haverá grupos de mulheres e pais associados às igrejas ou mesquitas?
30. O que é que dizem às pessoas quando não há excedentes de alimentos devido à seca?

Guião de entrevista: Trabalhadores de Campos Agrícolas

1. Podem descrever os conselhos que estão a dar às famílias (agricultores) sobre:
 - a. Tipos de culturas que devem plantar e porquê
 - b. Métodos de armazenagem melhorados
 - c. Técnicas de comercialização
2. Como é que a comunidade está a responder a estes conselhos?
Sugestão: Barreiras
3. Têm algum segredo para motivar as famílias (agricultores) a adoptarem uma mudança?
4. Que tipo de apoio é que estão a receber para aconselhar as famílias?
5. Que outro apoio ou materiais seriam úteis para vocês?
6. Quem é importante no processo de tomada de decisão? Mãe, pai, membro da família alargada?
7. Quando é que vocês têm oportunidades para transmitir esta informação?
8. Está a decorrer alguma programação na rádio? Que tipo de programação é essa? Será que as pessoas na comunidade escutam a programação?
9. Que tipo de formação é que vocês receberam para a comunicação com agricultores e suas famílias?

Anexo 4. Materiais e Mensagens Chave da Visão Mundial

Tópico	Mensagem	Fonte
Aleitamento materno exclusivo	O leite materno é o melhor para o seu bebé	Cartaz “O Leite Materno é o Melhor para o seu Bebê,” MISAU/Nutrição, AusAID e VM
	<ul style="list-style-type: none"> • Tem tudo o que o bebé precisa incluindo água • Protege contra infecções 	
	Dê somente leite do peito nos primeiros 6 meses	Pacote de formação da VM, pp. 18–19
	Não há horário para se amamentar; quanto mais o bebé mamar, mais leite a mãe produzirá	
	O leite de peito nunca se estraga e nunca é impróprio para o bebé	
	O leite continua a ser importante para o crescimento do bebé, até aos 2 anos	
	Crianças exclusivamente amamentadas até aos 6 meses, tornam-se saudáveis e inteligentes na vida adulta	
	O leite que sai nos primeiros dias, é um líquido amarelado que contém substâncias que ajudam a proteger o bebé contra infecções; por isso é importante dar de mamar logo após o parto	
Em cada mamada, a criança deve ser amamentada durante tempo suficiente (até que ela largue o peito sozinha)	Cartaz “O Leite Materno é o Melhor para o seu Bebê,” MISAU/Nutrição, AusAID e VM	
Alimentação complementar	Apartir dos 6 meses a criança precisa de outros tipos de alimentos para além do leite materno	Pacote de formação da VM, p. 11
	As papas devem ser enriquecidas e espessas, pois assim a concentração de energia e nutrientes é mais	
	A crianças precisa de comer no seu próprio prato para garantir que ela como uma quantidade suficiente	

Tópico	Mensagem	Fonte
Dieta equilibrada	<p>Composta por uma maior quantidade de Alimentos de Base e, enriquecida com os seguintes alimentos acompanhantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos construtores • Alimentos protectores • Alimentos altamente energéticos <p>Para ter boa saúde, coma diariamente um alimento de cada grupo !</p> <p>Alimentacao Equilibrada</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chima de milho com caril de couves com amendoim • Arroz com caril de peixe • Chima de mapira com caril de feijão • Xiguinha: mandioca, amendoim, folhas verdes e coco • Mucapata: arroz, feijão jugo e leite de coco 	Pacote de formação da VM, pp. 2–3
Dieta e a mulher grávida e lactante	<p>A mulher deve ter uma alimentação equilibrada (quantidade e qualidade)</p> <p>Devido ao seu estado ela tem necessidades nutricionais aumentadas</p> <p>A mulher deve comer pelos menos 3 refeições/dia, ter pequenos lanches entre refeições (ex: banana, mandioca, batata-doce, pão, papaia, farinha de mandioca torrada c/amendoim torrado e açúcar, maçaroca, etc.)</p> <p>Toda a mulher precisa de receber diariamente comprimidos de ferro e ácido fólico durante pelo menos 6 meses na gravidez, mais 3 meses após o parto</p> <p>Diminuir o trabalho pesado nos últimos 3 meses da gravidez, para poupar energia; pedir ajuda ao marido, as amigas ou outros familiares</p> <p>Sempre que possível usar rede mosquiteira tratada com insecticida, para evitar picada de mosquito, causador da malária</p> <p>A mãe que amamenta deve-se alimentar bem para ela própria e para produzir leite para o seu bebé</p> <p>Beber muitos líquidos na amamentação por ex. água, sumos de frutas, sopas, leite conforme as possibilidades</p> <p>A mulher grávida não deve beber bebidas alcoólicas nem fumar, isto pode prejudicar o crescimento do bebé</p>	Pacote de formação da VM, p. 5 “Alimentação Equilibrada da Família, com Destaque para a Mulher Grávida,” Sessão 5, Pacote Nutricional Básico, MISAU/Nutrição, Setembro de 2006

Tópico	Mensagem	Fonte
Dieta e a criança doente	A criança doente deve continuar a ser alimentado.	Pacote de formação da VM, p. 2
	Deve se dar pequenas quantidades de comida varias vezes ao dia	
	Para criança com diarreia, aumentar o número de o consumo de liquidos, para evitar a desidratação	
	Após a doença e necessário a recuperação rápida do peso e a energia perdida; por isso, e necessário aumentar o número de refeições (mais uma refeição extra por dia) durante 1 a 2 semanas após a doença	
	E importante levar a criança doente a US para controle e avaliação do seu estado de saúde	
	Após doença continuar a levar crianças ao controle de peso	
	E importante lavar sempre as mãos e utensilos antes de preparar ou servir os alimentos, assim como usar sempre água limpa, para prevenir a diarreia	
Vitamina A	Vitamina A é essencial para bom crescimento, boa visão, previne contra doenças infecciosas, é importante para a saúde	“Suplementação Adequada com Vitamina A às Crianças e Mulheres no Pós-Parto.” Session 6, Basic Nutrition Package. MISAU/Nutrition Department, September 2006
	Leve a sua criança à U.S, de 6 em 6 meses, para receber vitamina A	
	Dê a sua criança diariamente um alimento rico em vitamina A, como a papaia, manga, abóbora, batata doce de polpa alaranjada, cenoura, folhas verdes, peixinho, ovo e fígado	WV Training package, p. 14
	Alimentos vegetais ricos em vitamina A, devem ser cozinhados com óleo, amendoim ou coco	
	Suplemente a mãe no pós-parto com vitamina A, aumentando assim concentração de vitamina A no leite materno e consequente/te os níveis no bebé	
	Quanto mais cedo a dose de vitamina A for administrada à mãe, mais cedo os níveis de vitamina A da mãe e do bebé melhoram	
Higiene dos alimentos	Lave sempre as mãos com água e sabão: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de preparar os alimentos • Depois de usar a casa de banho/latrina • Depois de pegar alimentos crus ou mudar a fralda do bebé • Depois de tocar em animais 	“Cinco Mensagens Chave para Higiene dos Alimentos,” Ministério de Saúde da Angola/OMS (Cartaz)
	Lave com água limpa e sabão todas as superfícies e equipamentos usados na preparação dos alimentos	
	Lave com água limpa e sabão todos os espaços e utensílios usados na preparação dos alimentos	
	Separe sempre os alimentos crus dos cozidos e prontos para consumo	
	Use diferentes equipamentos e utensílios, como facas ou tábuas de cortar, para manipular carne, frango, peixe e outros alimentos	

Tópico	Mensagem	Fonte
	Conserve os alimentos em recipientes separados para evitar o contacto entre os alimentos crus e cozidos	
	Coza bem os alimentos, como carne, frango, ovos e peixe ou outros mariscos	
	Ferva os alimentos como sopas e refogados/caril a uma temperatura de 70°C	
	Coza as carnes vermelhas e o frango até que o molho fique claro e não rosado	
	Aqueça sempre e muito bem os alimentos cozidos	
	Não deixe alimentos á temperatura ambiente por mais de 2 horas	
	Coloque na geleira o mais rápido possível os alimentos cozidos e os alimentos que estragam facilmente	
	Mantenha a comida cozida sempre quente	
	Não guarde comida por muito tempo, mesmo que seja na geleira	
	Prepare sempre os alimentos das crianças quando estas vão comer e as sobras não devem ser guardadas	
	Não descongele os alimentos à temperatura ambiente	
	Consuma sempre água fervida ou tratada	
	Seleccione alimentos frescos	
	Para sua segurança, consuma alimentos já processados e limpos, como leite pasteurizado	
	Lave as frutas e as hortaliças, especialmente quando estas forem consumidas cruas	
	Não utilize alimentos depois da data de validade	

Anexo 5. Materiais e Mensagens Chave do MYPAP da Save the Children

Tópico	Mensagem	Fonte
Aleitamento materno exclusivo	Leite do peito é o melhor alimento para o bebé	“Mensagens Chaves de Nutrição,” SANA, versão 2, Agosto de 2009
	Dê colostro (leite amarelo) porque protege o bebé das doenças; e como a primeira vacina e contém tudo que o bebé precisa	
	Leite do peito sózinho é o melhor alimento até a Criança tiver 6 meses; não precisa outras comidas ou líquidos como água para satisfazer a sede	
	Mulheres grávidas podem amamentar; o leite do peito da mulher grávida está limpo	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição,” SANA, Junho de 2009
	Aleitamento materno exclusivo pode ajudar a retardar a próxima gravidez	
	Crianças com menos de 6 meses que tomam água e outras comidas ficam doentes; assim tem que ir mais vezes ao posto de saúde	
	Dar só e só leite do peito sem outros líquidos incluindo água antes 6 meses	
	“Mensagens Chaves para Animadoras de Nutrição,” SANA, Setembro de 2009	
Alimentação complementar	<i>Até aos 6 meses:</i>	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição,” SANA, Junho de 2009
	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes por dia • Não dar nenhuma outra comida ou líquido (sumo, papa, água) 	
	<i>Dos 6 aos 12 meses:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar ao peito tantas vezes, quanto a criança quiser • Introduzir papas enriquecidas, utilizando alimentos disponíveis • No intervalo das refeições, dar frutas frescas, batata doce • A partir dos 7- 9 meses de idade, introduzir gradualmente a comida da família, 3 vezes 	
	<i>Dos 12 meses aos 2 anos:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar ao peito quantas vezes a criança quiser • Manter o esquema dos 6–12 meses e aumentar gradualmente a quantidade • Se a criança mama o peito, dar outra comida 3 vezes ao dia • A primeira refeição do dia deve ser umas papas enriquecidas 	
	Medidas da comida por dia para diferentes idades da criança	
	Depois dos 6 meses a criança deve comer frutas no intervalo ou com as papas cada dia, e dar sempre o leite do peito	“Mensagens Chaves para Animadoras de Nutrição,” SANA, Setembro de 2009
Papas enriquecidas	Logo após 6 meses, põe 2 colheres de amendoim ou gergelim torrado e pilado nas papas	“Mensagens Chaves de Nutrição,” SANA, versão 2, Agosto de 2009
	Dê de comer 5 vezes por dia porque a criança tem barriga pequena	

Tópico	Mensagem	Fonte
	Crianças devem comer frutas ou batata doce alaranjada cozida durante os intervalos	"Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição," SANA, Junho de 2009
	Aos 7 meses pode comer a comida da família; deve comer no seu próprio prato, porque se comer junto no prato da família, não há de comer suficiente	
	A partir dos 6 meses a criança deve comer papas e fruta esmagada	
	As papas devem ser enriquecidas com óleo, amendoim torrado, coco, verduras, ovo, feijão, etc.	
	A partir dos 7 meses a criança deveria comer uma refeição da família, além de papas, frutas e leite do peito	
	As papas fermentadas são boas, agradáveis e atenuam a diarreia	
Prevenção da diarreia	É importante lavar as mãos antes de comer, preparar comida, depois de fazer necessidades, e depois de voltar da machamba	"Mensagens Chaves de Nutrição," SANA, versão 2, Agosto de 2009
	Os pais devem ajudar a construir uma lavaloiça e uma latrina	
	As moscas transmitem as doenças; para evitar moscas e doenças, sempre deve tapar a comida e os recipientes de água	
	Lavar as mãos: Deve-se esfregar bem as mãos com água corrente e secar ao ar livre ou com um pano limpo	"Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição," SANA, Junho de 2009
	Quando lavar as mãos: <ul style="list-style-type: none"> • Depois de fazer necessidades • Antes de cozinhar e comer. • Depois de ter contacto com pessoas doentes • Depois de voltar da machamba. • Antes de preparar comida 	
	Usar uma latrina <ul style="list-style-type: none"> • A melhor maneira de prevenir a doença é de usar uma latrina; se a família não pode construir uma latrina, deve enterrar as fezes numa cova, mas não muito perto da casa 	
	Usar uma lava-loiça	
	Tapar a comida; se não tapam, as moscas podem pousar e causar doenças	
Tratamento da diarreia	Crianças bem nutridas podem lutar contra infecções, melhor que as crianças malnutridas	"Mensagens Chaves de Nutrição," SANA, versão 2, Agosto de 2009
	Crianças com diarreia podem morrer porque não bebem suficientes líquidos; assim, deve dar muitos líquidos, comidas e continue a dar leite do peito	
	Se uma criança com menos de 6 meses ficar com diarreia, deve aumentar o número de vezes cada dia que dá o leite do peito; pode dar SORO, mas com água fervida	"Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição," SANA, Junho de 2009

Tópico	Mensagem	Fonte
	Quando a criança começa a recuperar-se da diarreia, dê uma refeição extra por dia, para ela recuperar rapidamente.	2009
	Dar mais líquidos	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição,” SANA, Junho de 2009
	Continuar a dar leite do peito	
	Dar SORO caseiro na base de cereal	
	Durante a diarreia, continuar a dar de comer como normalmente	
	Depois da diarreia severa (mais de 3 vezes por dia), precisa uma refeição extra por uma semana inteira	
	Depois da diarreia prolongada, precisa uma refeição extra por um mês ou dar a refeição extra até pesar mais que antes da diarreia	
Higiene e meio ambiente saudável	Higiene são os cuidados de limpeza que devemos ter com o nosso corpo, a nossa casa e com a nossa alimentação	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição,” SANA, Junho de 2009
	Devemos ter cuidados com higiene e limpeza para evitar doenças	
	Devemos sempre lavar as mãos antes de preparar alimentos, e depois de usar a latrina ou casa de banho	
	Usar água limpa e proteger alimentos	
	Construir, usar correctamente, e limpa a latrina	
	Fazer buracos de lixo para deitar o lixo	
	Esta família não tem boa higiene e saneamento; assim as crianças ficam mal-nutridas e com muitas doenças	“Mensagens Chaves para Animadoras de Nutrição,” SANA, Setembro de 2009
	Esta família tem boa higiene e bom saneamento; assim toda a família fica feliz, bem nutrida e saudável	
Desnutrição infantil	A falta de crescimento é o primeiro sinal de malnutrição	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição,” SANA, Junho de 2009
	A malnutrição acontece quando: <ul style="list-style-type: none"> • A criança foi desmamada bruscamente • As papas e a comida da família são introduzidas tardiamente • A alimentação é insuficiente em quantidade e qualidade • A criança tem doenças que podem causar malnutrição, por exemplo: diarreia, malária, sarampo 	
	Quando uma criança não come papas enriquecidas com outros alimentos, não tem bom crescimento	
		“Mensagens Chaves para Animadoras de Nutrição,” SANA, Setembro de 2009
Dieta equilibrada	Principalmente mulheres grávidas, mães e crianças devem comer mais hortaliças ou caril	“Mensagens Chaves de Nutrição,

Tópico	Mensagem	Fonte
	Escolher cereais como mexoeira, milho, e mapira para semear, colher, e depois comer	2ºpacote,” SANA.
	Durante o intervalo das principais refeições, as frutas são os melhores alimentos para as crianças	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 2ºtreino,” SANA
	Comer mais alimentos com gorduras como amendoim, gergelim e óleo	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 2ºtreino,” SANA
Nutrição durante a gravidez	Uma mulher grávida deve ganhar mais ou menos 10 kg durante a sua gravidez; para fazer isso, ela precisa de comer mais do que o habitual	“Mensagens Chaves de Nutrição, 2ºpacote,” SANA
	Mais comida e refeições equilibradas durante a gravidez podem acertar que a mulher tenha um bebé saudável; menos problemas durante o parto e que ela também fica saudável	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 2ºtreino,” SANA
	A mulher grávida deve comer 3 vezes por dia; é importante comer peixe, ovos, feijão, amendoim, folhas verdes e frutas	
	Se a mulher descansa 2 à 3 anos entre gravidez, ela tem tempo para cuidar do seu bebé e pode recuperar totalmente do parto	
	Ir a unidade sanitária aos 3 meses para a consulta pré-natal, depois cada mês	“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 2ºtreino,” SANA
	Deve ter tempo para descansar, para poupar energia/força/ekuro	
	Deve alimentar se bem em qualidade e quantidade suficiente (3 refeições principais e lanches aos intervalos)	
	A partir dos 6 meses de gravidez deve reduzir o volume ou carga de trabalho	
	Deve ter uma boa higiene	
Todo estado anormal da mulher grávida deve ir a unidade sanitária, e deve dar parto na unidade sanitária		
Malária	Sempre usar rede mosquiteira, principalmente mulheres grávidas, lactantes e crianças	“Mensagens Chaves de Nutrição, 2ºpacote,” SANA
	Cortar o capim em volta da casa	
	Usar aterro sanitário, ou enterrar o lixo	
	Tapar recipientes de água	
	Tapar charcos de água perto da casa, manter o ambiente seco	
	Levar a criança a US sempre que tiver sintomas de malária	

Tópico	Mensagem	Fonte
Infecção do tracto respiratório	<p>Deve levar a criança à unidade sanitária se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança respira mais rápido do que o normal • A criança tem tosse e dificuldades de respirar ou as asas do nariz estão a movimentar-se • A criança não consegue beber ou mamar • A criança está inconsciente 	<p>“Mensagens Chaves de Nutrição, 2ºpacote,” SANA</p> <p>“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 2ºtreino,” SANA</p>
Processamento correcto da mandioca	<p>Nunca come mandioca amarga não correctamente processada</p> <p>Processamento de mandioca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Método de ralagem • Método de fermentação amontoa • Mandioca seca ao sol • Método de embebição 	<p>“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 2ºtreino,” SANA</p>
Dieta e doença prolongada	Deve-se comer mais peixe, feijão, gergelim, amendoim, castanha e carne	<p>“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 3ºpacote,” SANA</p>
	Deve-se comer as 3 principais refeições por dia e ainda comer pequenas refeições durante o intervalo das principais refeições	
	Beber muita água, chá, maheu, sumos, e leite de côco durante o intervalo e depois de comer	
	Comer ou preparar as refeições com sementes de abóbora e comer alho cru	
Armazenamento e conservação de sementes e alimentos	As famílias que conservam e consomem frutas e folhas verdes hão de ficar mais fortes e saudáveis que as que não conservam	<p>“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 3ºpacote,” SANA</p>
	Conserve e guarde as sementes com cinza para ter suficiente na próxima campanha	
Alimentos ricos em vitamin A	<p>Alimentos ricos em vitamina A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leite • Gema de ovo • Fígado • Peixe pequeno • Folhas verdes escuras • Cenoura • Papaia • Manga • Abóbora • Algumas frutas silvestres 	<p>“Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 3ºpacote,” SANA</p>
	As frutas e verduras tem nutrientes que protegem o corpo; são necessárias para prevenir doenças	
	As crianças devem comer uma fruta todos os dias durante o intervalo	

Tópico	Mensagem	Fonte
	As verduras e frutas de cores mais escuros tem mais vitaminas que as de cores claros	
	Se cozinhar as verduras muito tempo, hão de perder os nutrientes e vitaminas	
	É bom comer as verduras cruas; tem mais vitaminas quando são cruas	
Secagem e conservação de frutas e vegetais de folhas verdes	É importante conservar as frutas e folhas, para servir no tempo que é difícil encontrar	"Guião de Nutrição Comunitária para Promotores de Nutrição, 3ºpacote," SANA
	Temos que comer mais frutas e folhas (matapa) para ficarmos mais forte e saudável	
	As folhas e frutas de cores mais escuras, têm mais vitaminas	

Anexo 6. Instrumentos de Supervisão da Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

FICHA DE SUPERVISÃO PARA USO PELOS SUPERVISORES DISTRITAIS DE SAÚDE

GUÍA DE SUPERVISÃO - FACILITADOR										
Distrito:				Nome do Supervisor:						
Datas de Supervisão				1	2	3	4	5	6	Comentários/Recomendações
Sessões de Treinamento										
1	FAC tem um plano de treinamento.									
2	FAC usa metodologias participativas.									
3	FAC usa materiais educativos adequados.									
4	FAC prepara materiais necessários com antecipação.									
5	FAC apresenta as mensagens chaves claramente.									
6	FAC cobre e enfoca no tópico.									
7	FAC promove a participação de todos os participantes.									
8	FAC responde as perguntas levantadas pelos participantes.									
9	FAC se faz entender.									
10	FAC avalia compreensão dos participantes.									
11	Participantes são colocados de forma a ver uns aos outros.									
12	FAC fala com voz audível.									
13	O local de treinamento tem um ambiente apropriado.									
14	FAC controla a presença de participantes.									
15	Participantes demonstram compreensão das lições compartilhadas.									
Controle de Crescimento Infantil/Promoção										
16	FAC sabe como medir o peso das crianças.									
17	FAC sabe como preencher o CSI.									
18	FAC sabe como identificar o estado nutricional das crianças.									
19	FAC dá aconselhamento apropriado para as mães/responsáveis.									
Supervisão										

20	FAC supervisiona VSC pelo menos 1 vez ao mês.							
21	FAC usa a Guia de Supervisão.							
22	FAC visita o CSC pelo menos 1 vez por mês.							
23	DP/AD são implementados adequadamente.							

Coordenação com Autoridades Locais e Pessoal de Saúde

24	FAC apresenta seu trabalho junto à liderança comunitária.							
25	FAC coordena atividades com as estruturas de saúde locais.							

Sustentabilidade

26	VSC são apoiados pela comunidade.							
27	CSC ativos e funcionando adequadamente.							
28	Famílias participam ativamente das atividades do programa.							
29	Há integração com outros componentes do programa							

Sistema de Monitoramento

30	FAC conhece sua área de ação, apresentando mapas, população, estruturas de saúde, distribuição dos RH de saúde e cobertura do programa.							
31	FAC tem informação atualizada e documentada.							
32	FAC apresenta informação consistente.							
33	FAC trabalha de acordo ao Plano de Trabalho Mensal.							
34	FAC conhece os indicadores do programa e seus respectivos indicadores.							
35	FAC dá seguimento aos formatos do VSC e valida a informação.							
36	FAC apresenta informação com documentos que a comprovam.							
37	FAC utiliza adequadamente os formatos oficiais do programa.							
38	FAC usa informação para a tomada de decisões.							
39	FAC participa ativamente das reuniões trimestrais de planejamento.							

Legenda: 0: Não 1: Sim 2: Parcialmente 3: Não supervisionado 4: Não aplicável

Data								
Tempo de Supervisão								
Avaliação do Desempenho								
Assinatura do VSC								
Assinatura do Facilitador								

FICHA DE SUPERVISÃO PARA USO PELOS TÉCNICOS DE SAÚDE

GUÍA DE SUPERVISÃO - VSC										
Distrito:				Comunidade:						
Nome do VSC:				Nome do Facilitador:						
Datas de Supervisão				1	2	3	4	5	6	Recomendações
Sessões de Treinamento										
1	VSC usa metodologias participativas.									
2	VSC apresenta as mensagens chaves claramente.									
3	VSC cobre o tópico.									
4	VSC enfoca no tópico.									
5	VSC promove a participação de todos os participantes.									
6	VSC responde as perguntas levantadas.									
7	VSC se faz entender.									
8	VSC usa recursos visuais quando possível.									
9	VSC avalia compreensão dos participantes.									
10	Participantes são colocados de forma a ver uns aos outros.									
11	VSC fala com voz audível.									
12	VSC busca participantes ausentes.									
13	Participantes perguntam, dão opiniões e sugestões.									
	No. de participantes na reunião.									
14	Participantes prestam atenção apresentando interesse.									
15	O local de treinamento tem um ambiente apropriado.									
Controle de Crescimento Infantil/Promoção										
16	VSC faz visitas domiciliarias.									
17	VSC faz seguimento das mães que necessitam apoio.									
18	A comunidade tem um local apropriado para o CCI/P									
	VSC participa das sessões de CCI/P.									

19	VSC cuida apropriadamente dos materiais educativos e de CCI/P.							
20	As crianças tem o CSI.							
21	VSC sabe como medir o peso das crianças.							
22	VSC sabe como preencher o CSI.							
23	VSC sabe como identificar o estado nutricional das crianças.							
24	VSC dá aconselhamento apropriado para as mães/responsáveis.							
25	VSC comparte a situação nutricional com a comunidade.							
26	VSC apoia efetivamente nas sessões DP/AD.							

Coordenação com Autoridades Locais e Pessoal de Saúde

27	No. de casos referidos para os Estruturas de Saúde.							
28	VSC apresenta seu trabalho para a liderança comunitária.							
29	VSC participa ativamente do CSC.							

Seguimento dos Formatos

30	VSC escreve com letra legível.							
31	VSC tem os formatos em dia.							
32	VSC preenche os formatos corretamente.							
33	VSC apresenta consistência nas informação.							

Legenda: 0: Não 1: Sim 2: Parcialmente 3: Não supervisionado 4: Não aplicável

Data								
Tempo de Supervisão								
Avaliação do Desempenho								
Assinatura do VSC								
Assinatura do Facilitador								

Anexo 7. Instrumentos de Supervisão da Visão Mundial

FICHA DE SUPERVISÃO PARA USO PELOS TÉCNICOS DE SAÚDE

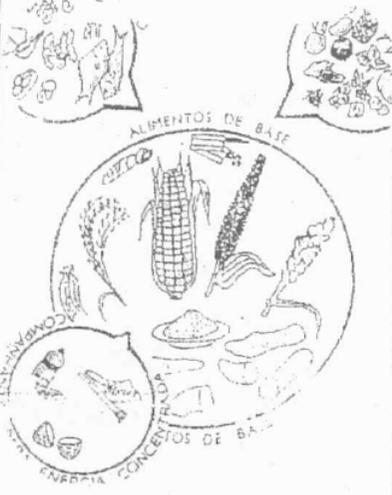
GUIÃO DE SUPERVISÃO - TREINADOR						
Distrito:			Nome do Supervisor:			
Datas de Supervisão		1	2	3	4	Comentários/Recomendações
1	Tem um plano de treinamento.					
2	Usa metodologias participativas.					
3	Usa materiais educativos adequados.					
4	Prepara materiais necessários com antecipação.					
5	Apresenta as mensagens chaves claramente.					
6	Cobre e enfoca no tópico.					
7	Promove a participação de todos os participantes.					
8	Responde as perguntas levantadas pelos participantes.					
9	Faz-se entender.					
10	Avalia a compreensão dos participantes.					
11	Os participantes são colocados de forma a ver uns aos outros.					
12	Fala com voz audível.					
13	O local de treinamento tem um ambiente apropriado.					
14	Controla a presença de participantes.					
15	Os participantes demonstram compreensão das lições compartilhadas.					
16	Sabe como medir o peso das crianças.					
17	Sabe como preencher o caderno de peso.					
18	Sabe como identificar o estado nutricional das crianças.					
19	Dá aconselhamento apropriado para as mães/responsáveis.					
20	Supervisiona os voluntarios e auxiliares pelo menos 1 vez ao mês.					

22	Visita o CLC pelo menos 1 vez por mês.					
Coordenação com Autoridades Locais e Pessoal de Saúde						
23	Apresenta seu trabalho junto à liderança comunitária.					
24	Coordena as actividades com as estruturas de saúde locais.					
Sustentabilidade						
25	VSC são apoiados pela comunidade.					
26	CLC são activos e funcionam adequadamente.					
27	As famílias participam activamente das actividades do programa.					
28	Há integração com outros componentes do programa					
Sistema de Monitoramento						
29	Conhece sua área de acção, apresentando mapas, população, estruturas de saúde, distribuição dos RH de saúde e cobertura do programa.					
30	Tem informação actualizada e documentada.					
31	Apresenta informação consistente.					
32	Trabalha de acordo ao Plano de Trabalho Mensal.					
33	Conhece os indicadores do programa e seus respectivos indicadores.					
34	Dá seguimento as formações do VSC e valida a informação.					
35	Apresenta informação com documentos que a comprovam.					
36	Utiliza adequadamente os formatos oficiais do programa.					
37	Usa informação para a tomada de decisões.					
38	Participa activamente das reuniões mensais de planeamento.					
Legenda: 0: Não 1: Sim 2: Parcialmente 3: Não supervisionado 4: Não aplicável						
Data						
Tempo de Supervisão						
Avaliação do Desempenho						
Assinatura do Treinador						

Anexo 8. Fichas de Relatório de Nível Comunitário

World Vision

FICHA DE RESUMO MENSAL DE DADOS COMUNITÁRIOS
 Mês de----- Conselho de----- Ano-----
Projecto Ocluvela/saúde

<p>4 grupo de alimentos</p> 	<p>Batata doce de polpa alaranjada</p>  <p>Folhas de Batata-doce</p>	<p>Diarreia na criança</p> 	<p>Malária</p> 								
Total de sessões-----	Total de sessões-----	Total de sessões-----	Total de sessões-----								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">M</td> </tr> </table>	H	M	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">M</td> </tr> </table>	H	M	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">M</td> </tr> </table>	H	M	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">M</td> </tr> </table>	H	M
H	M										
H	M										
H	M										
H	M										