



European Union



Food and Agriculture  
Organization of the  
United Nations



Investing in rural people



World Food  
Programme



## PROGRAMA ODM1c **REDUZIR A FOME EM MOÇAMBIQUE**



### ESTUDO DE CASO

## Educação nutricional e comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC)

*No âmbito do programa ODM1c, financiado pela UE, foram implementadas intervenções inovadoras e eficazes em educação nutricional baseadas na abordagem de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento e na prestação de serviços baseada na comunidade, tendo apresentado resultados promissores na melhoria das práticas de nutrição e de saúde assim como no aumento dos conhecimentos sobre saúde, o que pode servir de base para expandir os programas de Educação Nutricional/CMSC.*

### Fundamentação

Os altos níveis de desnutrição crónica continuam a afectar quase metade das crianças com idades inferiores a cinco anos em Moçambique (IDS 2011). Vários estudos demonstram que as causas imediatas dos elevados níveis de desnutrição em Moçambique são a quantidade e qualidade inadequadas da alimentação e as altas taxas de incidência de doenças infecciosas, especialmente nos primeiros 1.000 dias. Segundo o IDS de 2011, apenas 41% das crianças com idades inferiores a 6 meses beneficiam de amamentação exclusiva, enquanto a alimentação das crianças após os seis meses é fraca. Apenas 30% das crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 23 meses ingerem alimentos de quatro ou mais grupos alimentares. 41,2% das crianças consomem refeições com a frequência adequada.

As práticas inadequadas de alimentação e higiene infantis, por sua vez, estão estreitamente ligadas ao baixo nível de literacia das mães, especialmente no que respeita aos conhecimentos limitados sobre nutrição/saúde, às concepções erradas e às crenças socioculturais, assim como aos tabus e determinadas práticas, conforme realçado pela pesquisa formativa realizada em 2015 pelo PMA.

Com base nesta análise, a educação nutricional e a CMSC foram integradas no programa ODM1c financiado pela UE com o objectivo de “**promover comportamentos adequados de nutrição e saúde para contribuir para a melhoria do estado nutricional de crianças e mulheres**”. A educação nutricional

foi incorporada como questão transversal que requeria a implementação pelas três agências: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA) e Programa Mundial para a Alimentação (PMA).

### Implementação

A implementação das intervenções de educação nutricional e CMSC começou em 2016 e foi concluída em 2018, com 2 anos de implementação efectiva no campo. Foram adoptadas diferentes modalidades pelas três agências de implementação.

**FAO.** Adoptou a abordagem das mães cuidadoras. O grupo de mães cuidadoras era composto por 12 mulheres seleccionadas pelas comunidades com base em critérios como disponibilidade e capacidade para disseminar conhecimentos sobre nutrição e saúde e promover práticas adequadas aos níveis de agregado familiar e comunitário. Cada mãe de um grupo assumiu a responsabilidade de disseminar mensagens a 10-12 mães beneficiárias e outros membros influentes da família e da comunidade. A educação nutricional foi integrada na componente de hortas caseiras.

**FIDA.** A educação nutricional foi integrada nos investimentos produtivos e de apoio ao mercado através do Programa de Promoção de Mercados Rurais (PROMER), do Projecto de Promoção da Pesca Artesanal (ProPESCA) e do Programa de Apoio ao PRONEA (PSP). O PROMER e o ProPESCA seguiram a mesma abordagem de grupos de mães cuidadoras da FAO, mas os grupos foram seleccionados em associações de agricultores ou pescadores e incluíam alguns homens. Os grupos-alvo eram mulheres em idade reprodutiva, raparigas adolescentes, homens e líderes comunitários (mulheres e homens). No caso do PSP, os técnicos de extensão agrária receberam formação para disseminar mensagens sobre nutrição e saúde nas comunidades, incluindo a realização de demonstrações de culinária. Esta abordagem foi, em certa medida, inovadora por ser uma forma prática de integrar a agricultura e a nutrição.

<sup>1</sup> Os comités de saúde são grupos de cerca de 20 membros (mulheres e homens), reconhecidos nas suas comunidades e seleccionados por elas, com potencial para transmitir mensagens sobre nutrição e saúde e promover mudanças de comportamento.

# REDUZIR A FOME EM MOÇAMBIQUE

**PMA.** Adoptou por completo a abordagem de CMSC, que foi implementada em conjunto com o sector da saúde (ao nível distrital). Foram seleccionados comités de saúde para a disseminação de mensagens sobre nutrição e saúde nas comunidades. Os principais grupos-alvo foram mulheres grávidas e lactantes, mães de crianças com idades inferiores a 2 anos e influenciadores das decisões nos agregados familiares, como maridos, avós, sogras e líderes comunitários. Abordaram-se quatro tópicos: prevenção de malária, alimentação de lactentes e crianças, cuidados e nutrição durante a gravidez e prevenção de doenças (diarreia). A comunicação interpessoal foi reforçada pela transmissão de spots e programas com as mesmas mensagens através de rádios comunitárias.

*Não obstante as diferentes modalidades, houve elementos-chave inovadores em comum que ajudaram a melhorar a eficiência e a eficácia da componente, nomeadamente:*

## A adopção de CMSC como abordagem principal

A CMSC é considerada um processo interactivo, orientado para a pesquisa, planeado e estratégico, que visa mudar comportamentos individuais e as condições sociais que determinam tais comportamentos. Aborda “pontos críticos” para mudar o comportamento individual, comunitário e social. Estes pontos críticos referem-se à dinâmica das mudanças sociais, em que as tendências evoluem rapidamente para mudanças permanentes. No caso da melhoria dos resultados nutricionais, esta mudança costuma materializar-se ao nível comunitário através de mobilização social para a melhoria de práticas e serviços nutricionais assim como para a criação de um ambiente geral propício à melhoria da nutrição. Na experiência do ODM1c, a adopção da abordagem CMSC resultou numa maior mobilização comunitária através do envolvimento não



apenas de mães, mas também de pessoas influentes aos níveis familiar e comunitário que se tornaram disseminadores activos do conhecimento nutricional e promotores das mudanças de comportamento, aumentando, assim, a eficácia da intervenção.

## Vários níveis de público-alvo

As mensagens sobre nutrição e saúde foram dirigidas não só às mães ou cuidadoras principais de crianças, mas também estrategicamente aos membros das famílias e das comunidades com poder para influenciar as escolhas e as decisões das mães. O envolvimento destes membros influentes permitiu que as mesmas mensagens e os conhecimentos-chave fossem disseminados pelas comunidades, contrariando, de alguma forma, o efeito das concepções erradas e dos tabus, o que aumentou a eficácia. O envolvimento de diferentes tipos de público-alvo também foi fundamental para sustentar as mudanças de comportamento.

## Canais de comunicação diferentes, mas mensagens iguais:

Foram disseminadas as mesmas mensagens através da comunicação interpessoal e dos meios de comunicação social, o que intensificou os efeitos pretendidos e evitou contradições e confusão. Os tópicos e as mensagens foram alinhados com as prioridades do sector da saúde para garantir a sua apropriação.

## Materiais e métodos educativos adaptados ao contexto

Foram desenvolvidos diferentes tipos de materiais educativos em papel para apoiar a comunicação interpessoal. Um elemento crucial do desenvolvimento dos materiais educativos foi a sua capacidade de adaptação às condições de baixa alfabetização e à cultura do grupo-alvo final.

Os materiais educativos para a intervenção de CMSC (PMA) foram desenvolvidos em conjunto com as comunidades e incluíram principalmente imagens, fotografias e desenhos, em vez de texto. A FAO também produziu materiais gráficos para as OCBs e o pessoal dos distritos. A FAO e o FIDA deram mais ênfase à aprendizagem prática, utilizando demonstrações (culinária e lavagem das mãos, hortas caseiras). A aprendizagem prática e os materiais gráficos foram considerados adequados ao contexto das comunidades, de acordo com as percepções do pessoal dos sectores entrevistado durante a avaliação.

## Realizações e contribuição para os resultados

Nos três casos, constata-se que as intervenções tiveram resultados significativos em termos de criação de capacidades ao nível comunitário e melhoria dos conhecimentos e práticas de nutrição e saúde.

## Principais resultados

*As capacidades para promover a educação nutricional e/ou CMSC foram desenvolvidas aos níveis distrital e comunitário.*

# REDUZIR A FOME EM MOÇAMBIQUE

Durante os dois anos de implementação da componente de educação nutricional, alcançou-se o seguinte:

- CMSC (PMA): 91 comités de saúde (CS) foram revitalizados ou estabelecidos em 5 distritos<sup>2</sup> na Província de Manica, com um total de 1.512 membros formados em tópicos de nutrição e saúde. Os CS alcançaram cerca de 15.000 pessoas (mães, mulheres grávidas e lactantes, homens, etc.).
- Educação nutricional e hortas caseiras (FAO): foram criados e formados 280 grupos de mães cuidadoras com 2.800 mães em 7 distritos. Os grupos alcançaram cerca de 31.226 mães beneficiárias e as respectivas comunidades. Além disso, 144 funcionários de sete Organizações Comunitárias de Base (OCBs) e 60 funcionários distritais e provinciais dos sectores de agricultura, educação e saúde receberam formação em nutrição. No total, foram criadas 33.396 hortas caseiras pelas mães beneficiárias, que incluíram vegetais biofortificados e de alto valor nutricional.
- PSP (FIDA): 307 técnicos de extensão agrária dos níveis central, provincial e distrital receberam formação em nutrição básica. Estes alcançaram cerca de 4.800 mulheres e homens nas comunidades.
- PROMER (FIDA): mais de 50 técnicos de instituições governamentais (DNDR, SDAE, SDMAS e SDJECT), prestadores de serviços locais e PROMER receberam formação em educação nutricional e programação sensível a questões de nutrição. 60 grupos voluntários de mães também receberam formação em nutrição. Estes alcançaram 5.631 mulheres, adolescentes e homens com sessões de educação nutricional e demonstrações de culinária.
- ProPESCA: 522 grupos de mães em 6 províncias costeiras receberam formação em nutrição e realizaram sessões de educação nutricional para 11.062 mulheres e homens e 1.950 adolescentes.
- Em todos os casos, as metas do programa foram alcançadas ou ultrapassadas.

## Resultados

*Existem evidências qualitativas e quantitativas de que houve um aumento significativo do conhecimento sobre nutrição e saúde entre os beneficiários. Destacam-se efeitos importantes na melhoria das práticas de higiene e saneamento e na diversidade alimentar das famílias. Por seu lado, os efeitos na alimentação de lactentes e crianças foram mais baixos. Factores como o curto período de implementação e outras barreiras sociais e económicas dificultaram a adopção de práticas adequadas de alimentação infantil.*

### CMSC (PMA):

- Melhorias (aumento de 20% a 40% em relação aos valores

de base) em termos de conhecimento de tópicos como: sintomas de malária e métodos de prevenção, causas de diarreia, momentos críticos para lavagem das mãos, emergências na gravidez e cuidados a ter<sup>3</sup>

- Aumento em cerca de 20% na utilização de latrinas melhoradas e lavagem das mãos (crianças e adultos) após a defecação.
- O aumento dos conhecimentos e mudanças de comportamento em termos de alimentação de lactentes e crianças não foi significativo, principalmente devido ao menor tempo de implementação (menos de 1 ano)<sup>4</sup>.

### Educação nutricional (FAO):

- As observações qualitativas da equipa de avaliação durante as visitas de campo indicam uma melhoria do conhecimento das mães sobre tópicos importantes relativos à nutrição, como amamentação materna exclusiva e preparação de papas enriquecidas para as crianças.
- A frequência de consumo (número de dias de consumo nos últimos 7 dias) de vegetais ricos em vitamina A (vegetais de folhas verdes ou cor de laranja) aumentou significativamente entre as famílias beneficiárias. A pontuação de consumo de alimentos foi de mais 10,5 pontos entre os beneficiários de educação nutricional e hortas caseiras da FAO do que no grupo de controlo. Não houve diferença significativa nas práticas de alimentação infantil (diversidade alimentar e frequência mínima)<sup>5</sup>.

### PROMER:

- A avaliação final da intervenção mostrou um aumento em cerca de 12% da proporção de mulheres e raparigas adolescentes que alcançaram a diversidade alimentar mínima e 21% na percentagem de crianças entre os 6 e os 23 meses que consomem uma diversidade adequada de alimentos<sup>6</sup>.

## Boas práticas e lições aprendidas

### 1. A disseminação das mesmas mensagens por diferentes fontes e canais reforça o efeito do aumento dos conhecimentos e melhoria das práticas.

Todos os agentes institucionais e comunitários assim como os programas de rádio transmitiram as mesmas mensagens sobre alguns tópicos prioritários (nutrição infantil, nutrição materna, higiene e saneamento, prevenção de doenças, alimentação familiar).

### 2. A abordagem de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) facilita a sensibilização para questões de nutrição/saúde.

Comprovou-se que esta abordagem é eficaz para aumentar a

<sup>3</sup> PMA (2018). Projecto de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento na Província de Manica. Relatório de implementação.

<sup>4</sup> PMA (2017). Avaliação de impacto de CMSC.

<sup>5</sup> SETSAN (2018). Avaliação de impacto a nível comunitário.

<sup>6</sup> PROMER (2018). Relatório da Avaliação Final do Projecto. Sub-componente de Educação Nutricional.

# REDUZIR A FOME EM MOÇAMBIQUE

sensibilização para questões de nutrição, conforme demonstrado nas avaliações de impacto das componentes de resultados do programa. No entanto, para produzir um impacto maior nos comportamentos, a intervenção deve ser implementada continuamente durante mais tempo (as componentes de educação nutricional do ODM1c foram implementadas apenas durante 1-2 anos)

### 3. Alguns elementos de qualidade do design e da implementação dos programas de educação nutricional são:

- Pesquisa formativa que identifica factores facilitadores e agravantes da melhoria das práticas e ajuda a garantir a sensibilidade cultural e a viabilidade das práticas recomendadas;
- Desenvolvimento participativo de materiais para criar materiais educativos mais adequados e aceites pelas comunidades;
- No contexto de baixa alfabetização, a aprendizagem prática (aprender fazendo) (demonstrações de culinária e de lavagem das mãos, sessões práticas de hortas caseiras), os materiais visuais de aprendizagem e a utilização de rádios comunitárias são mais adequados;
- A existência de um sólido sistema de monitoria e avaliação é importante para reunir e analisar informações que podem ser utilizadas para adaptar o programa ou criar evidências sobre as abordagens mais ou menos eficazes.

### 4. O envolvimento dos principais intervenientes e o alinhamento com as prioridades e estratégias garantem a apropriação.

Os intervenientes nacionais, mas, mais importante ainda, os intervenientes provinciais e distritais de sectores como a saúde, a educação e a agricultura, juntamente com ONGs e OCBs, estiveram envolvidos desde o início. Este envolvimento aumentou significativamente o sentido de apropriação, melhorando, conseqüentemente, a implementação e abrindo janelas para a continuidade das intervenções.

**5. A harmonização, a coordenação e a abordagem comum entre os implementadores são fundamentais** para criar sinergias e garantir a complementaridade, mas, mais importante ainda, para evitar a transmissão de mensagens contraditórias à população.

### 6. A mobilização das comunidades por intervenientes comunitários aumenta rapidamente a cobertura.

A experiência do ODM1c no trabalho com intervenientes comunitários, como os comités de saúde e os grupos de mães cuidadoras, demonstrou que estes podem ser mais eficientes na transmissão de mensagens sobre nutrição e na promoção de mudanças de comportamento, uma vez que as comunidades confiam neles. Trata-se de uma transição interessante da prestação de serviços por agências para a prestação de serviços centrada na comunidade.

### 7. A educação nutricional enquanto intervenção autónoma é necessária, mas não suficiente para garantir a adopção de boas práticas e a contribuição final para a melhoria da nutrição.

A experiência do ODM1c provou que, apesar de as mulheres (e os homens) terem aumentado a sua sensibilização para questões de nutrição, a adopção de boas práticas ainda é baixa devido aos obstáculos que limitam a adopção de tais práticas. Estes obstáculos estão relacionados com o acesso limitado a alimentos nutritivos ao longo do ano, a falta de rendimentos para comprar produtos de higiene essenciais (sabão), a carga de trabalho das mulheres, o maior número de crianças, entre outros. Isto aponta para a necessidade de integrar a educação nutricional noutras intervenções (produção de alimentos, geração de rendimentos, planeamento familiar, creches comunitárias, etc.) a fim de obter o máximo impacto possível. A integração da educação nutricional com hortas caseiras é um exemplo de como o acesso a alimentos nutritivos pode ser melhorado, facilitando a adopção de boas práticas nutricionais.

## Oportunidades e desafios para a sustentabilidade

- Várias iniciativas novas, como a nova fase do PROMER para 2019 e o novo projecto da FAO, consideram a educação nutricional uma componente-chave. No caso da FAO, a incorporação da educação nutricional como parte da abordagem da Escola na Machamba do Camponês está a ser considerada para implementação subsequente.
- A nível nacional, o quadro de programas, como o PAMRDC e a Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento, representa uma oportunidade para continuar a implementação e ampliar e adaptar as experiências, boas práticas e lições aprendidas do Programa ODM1c.
- Um dos desafios para sustentar o trabalho voluntário dos agentes comunitários é a questão da oferta de incentivos. A adequação dos incentivos monetários ou não monetários para sustentar a motivação ainda está em discussão e depende do contexto. No caso do ODM1c, os agentes comunitários sentiram-se motivados pelo estatuto alcançado nas suas comunidades através da realização de trabalho voluntário. No entanto, apreciavam qualquer tipo de incentivo adicional. Os incentivos como identificação (camisolas, capulanas, bonés) e bicicletas e rádios (no caso do PMA) foram fornecidos para facilitar o seu trabalho e foram muito apreciados.
- A sustentabilidade do trabalho dos agentes comunitários depende também do apoio institucional contínuo em termos de cursos de reciclagem, monitoria, supervisão, fornecimento de materiais, etc. Os sectores da saúde, educação e agricultura poderiam fornecer este apoio, mas os recursos limitados constituem uma das restrições.