

SALVAR
VIDAS
MUDAR
VIDAS



Estudo de Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP)

Sobre nutrição materna, alimentação infantil, saneamento e higiene, e saúde sexual e reprodutiva, incluindo a Fístula Obstétrica, no distrito de Chemba, Sofala

*Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS)
Projecto de Prevenção da Desnutrição Crónica em Moçambique, 2019-2021*

 **Cooperação
Austriaca para o
Desenvolvimento**

Este projecto é generosamente financiado pela Cooperação Austríaca para o Desenvolvimento (ADC).

País Moçambique

Título do Projecto Priorizar os mais marginalizados – Projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à nutrição para aumentar a segurança alimentar e nutricional de mulheres, raparigas adolescentes e crianças em Chemba, província de Sofala

Data Dezembro 2020

Área Geográfica Distrito de Chemba, Província de Sofala

Pessoa(s) que Analisaram PMA Moçambique: Nilda Lima, Allyson Vertti and Arghanoon Farhikhtah
PMA RBJ: Rufaro Muvaire

DISTRITO
DE
CHEMBA

ÍNDICE

Agradecimentos	6
Lista de Acrónimos	7
I. Sumário Executivo	8
II. Antecedentes	13
Contexto Nutricional	14
Contexto do Projecto	15
Visão Geral do Distrito de Chemba	17
III. Finalidade e Objectivo	19
IV. Metodologia	21
Domínio	24
Recolha de Dados	26
1. Amostra qualitativa e ferramentas	26
2. Amostra quantitativa e ferramentas para o questionário destinado ao agregado familiar	27
Pré-teste	29
Consentimento Informado	29
Limitações	30
V. Resultados	31
Os primeiros 1,000 dias de vida e cuidados das crianças	32
Nutrição Materna e Cuidados das MGL e bebés	35
Energia e proteína e qualidade da alimentação durante a gravidez e lactação	36
Cuidados pré-natais (CPN)	39
Descanso e trabalho físico durante a gravidez	40
Práticas de amamentação	41
Alimentação Infantil	44
Introdução atempada de alimentos complementares e continuação da amamentação	44
Diversidade da dieta (DD)	44
Alimentos fortificados	46
Conservação de alimentos	47

Frequência da alimentação das crianças	48
Quantidade de alimentos para as crianças em cada refeição	48
Consistência e variedade alimentar	48
Adição de gorduras ou óleos aos alimentos das crianças	49
Alimentação responsiva/activa	49
Alimentação durante e após a doença	50
Saneamento e Higiene	51
Momentos cruciais da lavagem das mãos	51
Água potável	53
Saneamento e feccalismo a céu aberto	55
Saúde Sexual e Reprodutiva	56
Obtenção de Informação sobre SSR	56
Frequência escolar durante a menstruação	56
Casamento prematuro e educação	57
Poligamia versus casamento monogâmico	59
Gravidez	60
Métodos contraceptivos	61
Segurança nos abortos	63
Fístula Obstétrica	63
Tabus em torno do assunto	63
Ideias pré-concebidas sobre este tema	64
Procura de Comportamentos Saudáveis na Unidade Sanitária	64
VI. Conclusões e Recomendações	66
Referências	76
Anexos	78
Anexo1: Ferramenta de Recolha Qualitativa de Dados:	
Discussões com os Grupos Focais	79
Anexo 2: Ferramenta de Recolha de Dados Qualitativos:	
Entrevistas dos Informantes chave	84
Anexo 3: Ferramenta de Recolha de Dados Qualitativos:	
Observação Directa	85
Anexo 4: Ferramenta de Recolha de Dados Quantitativos:	
Entrevistas ao Agregado Familiar	86

AGRADECIMENTOS

O Estudo CAP foi levado a cabo pelo Programa Mundial para a Alimentação (PMA) em Moçambique, sob a liderança da Unidade de Nutrição e HIV. A equipa do estudo gostaria de agradecer a todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para este estudo.

O PMA gostaria de agradecer ao Director dos Serviços Provinciais de Saúde de Sofala e ao Coordenador do Comité Provincial de Bioética por terem facilitado e aprovado o estudo a ser realizado na sua província.

O PMA gostaria também de agradecer à Administração Distrital do Distrito de Chemba por ter permitido prosseguir com este estudo. O PMA expressa a sua gratidão tanto à Pathfinder International como aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) pela facilitação da comunicação de campo e organização dos grupos focais.

O PMA Moçambique gostaria também de agradecer ao Gabinete Regional do PMA em Joanesburgo pelas suas contribuições ao relatório.

Um agradecimento especial à ADC - Cooperação Austríaca para o Desenvolvimento, cujo financiamento generoso e forte confiança na missão do projecto permitiu ao PMA Moçambique realizar este estudo.

Finalmente, a Equipa de Estudo gostaria de expressar a sua profunda gratidão àqueles que participaram no estudo, às comunidades que receberam a Equipa nas suas casas, partilhando experiências e conhecimentos.

LISTA DE ACRÓNIMOS

AAA	Assistência Alimentar por Activos
ACS	Activista Comunitário de Saúde
ADC	Cooperação Austríaca para o Desenvolvimento
AI	Alimentação Infantil
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CDG	Clube de Diálogo de Género
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres
CMSC	Comunicação para Mudança Social e de Comportamento
CPN	Cuidados Pré-natais
CU2	Crianças com menos de dois anos de idade
DN	Diversidade Nutricional
DPS	Direcções Provinciais de Saúde
EBF	Amamentação Exclusiva
FEWS Net	Rede de Sistemas de Aviso Prévio contra a Fome
FO	Fístula Obstétrica
GFD	Grupos Focais de Discussão
GTNS	Programa de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição
IFPRI	Instituto Internacional de Pesquisa em Políticas Alimentares
KII	Entrevistas com Informantes-Chaves
MAD	Dieta Mínima Aceitável
MG	Mulheres Grávidas
MGL	Mulheres Grávidas e Lactantes
MISAU	Ministério da Saúde (MISAU)
MODA	Plataforma para Aquisição de dados por dispositivos móveis
MSE	Modelo Sócio-Ecológico
NM	Nutrição Materna
OD	Observação Directa
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
PCS	Procura de Comportamentos Saudáveis
PMA	Programa Mundial para a Alimentação
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Perdas Pós-Colheitas
PQG	Programa Quinquenal do Governo
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulheres e Acção Social
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
S&H	Saneamento e Higiene
UNDAF	Quadro de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas
US	Unidade Sanitária



*Legenda da Foto: Uma pessoa da comunidade
Foto de: Nilda Lima*

I. SUMÁRIO EXECUTIVO

O Estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) é um dos três estudos-chave no âmbito do projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS), no seguimento do recente Estudo de base e da Análise de género. Conjuntamente, estes estudos fundamentarão a implementação do projecto GTNS e a estratégia de campo da CMSC. Recorrendo a uma abordagem de métodos mistos quantitativos e qualitativos, o estudo CAP procurou complementar a informação relativa às componentes do projecto não abrangidas pelo Estudo de base.

O objectivo do Estudo CAP consiste em explorar aspectos-chave relacionados com a nutrição com vista a compreender melhor os conhecimentos, as atitudes e as práticas da comunidade em torno da nutrição materna, alimentação infantil, saneamento e higiene, e saúde sexual e reprodutiva, incluindo a Fístula Obstétrica.

Conclusões-chave e Recomendações

1. Os primeiros 1.000 dias de vida

Os primeiros 1.000 dias de vida constituem uma oportunidade para assegurar a saúde e nutrição de uma criança. Os participantes do Estudo CAP não conseguiram especificar o tipo de cuidados e dieta apropriados e necessários para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança.

1.1 Reforçar as parcerias com as principais Unidades Sanitárias mais próximas dos locais do projecto, a fim de alavancar o apoio à implementação bem sucedida do mesmo.

1.2 Desenvolver e transmitir programas de rádio semi-regulares destinados aos cuidadores sobre a importância dos primeiros 1.000 dias de vida utilizando mensagens-chave de CMSC para este período crítico.

2. Saúde de Mulheres Grávidas e Lactantes (MGL) e Crianças com Menores de dois anos de idade (CU2)

Os dados do Estudo CAP revelaram que a malária e a diarreia são consideradas as doenças que mais afectam as crianças. A prevenção destas doenças é indispensável e o seu impacto no estado nutricional não deve ser subestimado. As crenças relativas ao tratamento destas doenças colocam obstáculos ao acesso a cuidados adequados, onde uma quantidade não elevada de pessoas referiu a necessidade de recorrer a curandeiros tradicionais.

Os resultados também revelaram que as mulheres não estão a descansar tanto quanto deveriam durante a gravidez. O esforço físico e uma elevada carga de trabalho doméstico têm efeitos negativos na gravidez e na saúde da mulher durante este período. Enquanto a maioria dos homens indicou a sua intenção em apoiar as esposas durante a gravidez, muitas esposas indicaram a necessidade do apoio dos maridos durante a gravidez e a lactação. Tal inclui, mas não se limita apenas ao apoio com as tarefas domésticas como transportar objectos pesados, como também acompanha-las às consultas pré-natais (CPN) e consultas das crianças.

2.1 Envolver os praticantes de medicina tradicional nas mensagens de CMSC de modo a alavancar a sua influência comunitária na melhoria da saúde e dos resultados nutricionais das crianças e das MGL.

2.2 Melhorar a sensibilização do pessoal-chave da Unidade Sanitária mais próxima dos locais do projecto na relação entre o género e a nutrição de modo a assegurar um maior envolvimento dos homens nos cuidados de saúde das mulheres.

3. Nutrição Materna e Cuidados das MGL e bebês dos 0 - 6 meses

A esmagadora maioria dos participantes do Estudo CAP não tem conhecimentos sobre nutrição materna durante a gravidez, conseguindo apenas um pequeno número de participantes do Estudo CAP identificar os quatro grupos de alimentos para uma dieta nutritiva necessária para as MGL. Convém notar que as MGL declararam comer entre 2-3 refeições por dia, porém a dieta tende a ser pobre em micronutrientes. Tal indica atitudes e práticas inadequadas em torno da nutrição e dieta durante a gravidez no seio da população-alvo. A situação é mais preocupante em áreas recônditas, onde as pessoas têm menos acesso à informação.

Os resultados revelaram que uma dieta deficiente não estava apenas relacionada com a escassez de alimentos, mas com a falta de informação sobre como utilizar melhor os recursos locais em prol de uma dieta mais nutritiva e equilibrada para as MGL. É de referir, que nas comunidades, um investimento na nutrição é um investimento com rendimentos futuros.

A amamentação é largamente praticada; no entanto, a amamentação exclusiva continua exígua entre as mulheres lactantes. Apesar do facto de terem conhecimento da importância da amamentação exclusiva, acreditam que o leite materno por si só não é suficiente. A principal barreira à adopção da amamentação exclusiva não reside no conhecimento, mas sim nas atitudes - as ideias pré-concebidas da comunidade em relação a esta questão.

3.1 Apoiar as brigadas móveis na priorização da divulgação de informação nas comunidades remotas sobre dieta e cuidados apropriados para as MGL, fornecendo serviços básicos de saúde às mulheres que enfrentam obstáculos no que diz respeito à gestão de uma dieta nutritiva e equilibrada.

3.2 Sensibilizar os membros da comunidade através das actividades CMSC existentes e de uma componente adicional de criação de gado, no sentido de utilizar os recursos alimentares disponíveis localmente com vista a melhorar a nutrição materna.

3.3. A estratégia CMSC deve mudar de uma campanha de sensibilização para uma campanha de mudança de comportamento, centrada na percepção dos benefícios, riscos e seriedade das questões em torno da amamentação exclusiva.

4. Alimentação infantil (AI)

Devido à escassez de alimentos, os dados revelaram que a alimentação adequada de bebês e crianças pequenas é um problema grave. A dieta diária típica para uma criança com menos de dois anos tem um aporte nutricional deficiente, faltando a diversidade de um regime alimentar recomendado, não constituindo uma dieta mínima aceitável. Para a maioria dos cuidadores, é difícil alimentar diariamente os filhos com uma variedade de alimentos. Os participantes do Estudo CAP relataram que não conseguem alimentar as crianças pequenas para além de 2-3 grupos de alimentos por dia. É evidente que a frequência recomendada da alimentação das crianças é insatisfatória. Além disso, o conhecimento da consistência e da quantidade de alimentos para as crianças em cada refeição é muito limitado, levando os cuidadores a adoptar uma prática intuitiva, sem seguir quaisquer recomendações. O regime alimentar diário de uma criança pequena torna-se mais preocupante, uma vez que, os pais e os cuidadores das crianças carecem de informações de produtos fortificados e, por conseguinte, da forma de os escolher no mercado local. Do mesmo modo, não estão habituados a adicionar óleo, manteiga, ou outras gorduras à dieta das crianças.

4.1 Redefinir a estratégia das sessões culinárias de forma a serem mais centradas na comunidade, incluindo mensagens relacionadas com a quantidade e a consistência dos alimentos, adicionando gorduras com o objectivo de melhorar a dieta das crianças.

5. Saneamento e Higiene (S&H).

A água potável é a questão mais desafiante em todas as comunidades onde o projecto está a ser implementado. O Estudo CAP revela que as principais fontes de água potável são as bombas de água públicas, lagoas, riachos e rios. Os participantes do CAP conseguem diferenciar água potável da água não potável, observando a sua turvação (o quão turva parece estar). Embora se reconheça que a água turva não é potável e deva ser tratada, a maioria dos participantes do CAP indicou que tencionava ou poderia tratar a água antes de a beber, sendo extremamente difícil ferver a água porque não têm recursos nem tempo para o fazer. Como resultado, a água que consomem não é potável. A mesma água é utilizada para o banho, a limpeza e a lavagem da roupa.

5.1 Criar sinergias e alinhamento sempre que seja possível através de abordagens multisectoriais de modo a aumentar o número de bombas de água locais.

6. Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)

Os resultados do Estudo CAP revelaram os sonhos de jovens – meninas e meninos adolescentes - que pretendem terminar a escola, ganhar dinheiro, arranjar um emprego e ter uma profissão. Algumas profissões mencionadas foram professor, enfermeiro, polícia, director de uma unidade sanitária e empresário. O “Sonho” foi utilizado porque não se sabe se será concretizado, pois enfrentam muitos obstáculos. O casamento prematuro e/ou a gravidez precoce não é compatível com a conclusão dos estudos escolares. O Estudo CAP revelou que embora os casamentos poligâmicos continuem a ser largamente praticados e fortemente valorizados culturalmente no distrito de Chemba, os jovens não tencionam manter esta tradição, estando muito inclinados para o casamento monogâmico. A lógica referida pelos adolescentes é que o casamento poligâmico cria instabilidade na família e aumenta as despesas domésticas. Os adolescentes não só questionam as atitudes e comportamentos dos pais, como também as normas sociais existentes, pondo termo ao *status quo* existente, promovendo comportamentos desviantes positivos. Os adolescentes enfatizaram que os casamentos poligâmicos têm representado um obstáculo aos cuidados das MGL e das criança, uma vez que, os homens não conseguem apoiar devidamente todas as respectivas esposas e filhos.

Dado o excelente potencial para se comportarem como desviantes positivos, o envolvimento dos adolescentes nas sessões comunitárias existentes em matéria de SSR e género é determinante para reunir diferentes perspectivas e encorajar uma discussão intergeracional produtiva.

As unidades sanitárias prestam serviços de planeamento familiar a nível comunitário através de brigadas móveis e campanhas de saúde. Por esta razão, os resultados do Estudo CAP indicam que as pessoas na comunidade estão familiarizadas com os métodos contraceptivos, tendo acesso aos mesmos. De acordo com as entrevistas, um casal deve decidir conjuntamente no uso de contraceptivos; no entanto, depreendeu-se que, na realidade os homens têm a última palavra a dizer em relação ao uso dos mesmos. Embora um número considerável de mulheres tenha indicado que continuariam a usar contraceptivos mesmo que os maridos não concordassem em fazer planeamento familiar. É de referir que os homens se recusam a usar preservativos porque alegam que tal diminui o prazer sexual.

6.1 Colaborar com as autoridades de educação do Governo distrital oferecendo assistência às meninas adolescentes na conclusão dos estudos, proporcionando apoio técnico e financeiro.

6.2 Alargar o público-alvo das sessões comunitárias interpessoais da CMSC, incluindo adolescentes dos agregados familiares do projecto, como também os cuidadores das crianças menores de dois anos e dos seus parceiros.

6.3 Criar uma actividade complementar de natureza exclusivamente artística de modo a assegurar que os adolescentes possam transformar num trabalho artístico o que aprenderam nas sessões da comunidade e que possa ser exibido na mesma.

6.4 Elaborar um plano de acção de género, específico ao contexto para reforçar a articulação entre o género e a nutrição em todas as actividades

7. Fístula Obstétrica (FO)

Medo, tabu, vergonha, desconhecimento, informação deturpada e valores culturais são as palavras-chave que surgem quando se discute a fístula obstétrica. As mulheres que padecem de FO limitam-se ao isolamento social porque a sua participação na vida quotidiana foi considerada causadora de constrangimento devido aos sintomas e tabus que rodeiam esta doença. Dito isto, as mulheres que padecem de fístula obstétrica não se sentem à vontade para comentarem os sintomas ou esta questão em geral. Além disso, a FO está fortemente associada à bruxaria, causas externas, e “maus espíritos”, levando as pessoas que padecem de FO a procurar soluções junto dos praticantes de medicina tradicional.

Existe a oportunidade de reforçar as parcerias do Governo local com as autoridades de saúde em relação à FO. Os resultados revelaram que o tratamento está apenas disponível fora do distrito de Chemba em hospitais a nível provincial, onde muitos beneficiários do projecto não se podem deslocar sem o apoio necessário.

7.1 Desenvolver uma campanha de sensibilização em torno da fístula obstétrica e mensagens relacionadas, utilizando os meios de comunicação social.

7.2 Apoiar as autoridades sanitárias locais e provinciais nas campanhas da fístula obstétrica, alinhando as brigadas móveis e mensagens de rádio apoiadas pelo projecto com o plano nacional de Moçambique.



*Legenda da Foto: Uma mãe com o filho
Foto de: Nilda Lima*

II. ANTECEDENTES

Contexto Nutricional

A desnutrição crónica (retardamento do crescimento) em Moçambique tem permanecido relativamente inalterada nos últimos 15 anos. O Inquérito Demográfico e de Saúde realizado em 2011 revelou uma prevalência de 43% de desnutrição crónica em crianças com menos de 5 anos e que 6% das crianças com menos de 5 anos são classificadas como extremamente desnutridas (Instituto Nacional de Estatística (INE); Ministério da Saúde (MISAU), 2012). A percentagem de crianças que sofrem de desnutrição crónica é mais elevada entre as crianças que vivem nas zonas rurais (46%) do que entre as que vivem nas zonas urbanas (35%). Além disso, Sofala está entre as províncias com as taxas mais elevadas de desnutrição aguda em Moçambique (7%), onde apenas 13,7% das crianças entre os 6-23 meses recebem uma dieta mínima aceitável (Instituto Nacional de Estatística (INE); Ministério da Saúde (MISAU), 2012).

Além disso, um estudo de 2015 que investigou a relação entre as taxas de mortalidade infantil e a desigualdade de género constatou que a desigualdade de género prejudica as crianças durante os períodos pré-natais, perinatais, pós-natais e durante as fases posteriores de desenvolvimento (Brinda, Rajkumar, & Enemark, 2015). O estudo também referiu que a “falta de autonomia impede as mulheres de aceder equitativamente à saúde, educação e serviços de saúde preventivos e curativos para prevenir a transmissão de doenças aos filhos”. Além disso, o *International Food Policy Research Institute (IFPRI)* publicou um estudo que revelou que metade da redução mundial da fome entre 1970 e 1995 é provavelmente atribuída a melhoramentos no estatuto social da mulher (Smith, Ramakrishnan, Ndiaye, Haddad, & Martorell, 2003). O progresso ao acesso das mulheres à educação (que explicou 45% do aumento da segurança alimentar) foi quase tão significativo como o aumento da disponibilidade alimentar (26%) e os avanços na saúde (19%) conjuntamente. Acredita-se que colocar as mulheres no centro da tomada de decisões nos sistemas alimentares, nas práticas alimentares, e na própria nutrição pode melhorar a saúde do agregado familiar em geral, revelando as evidências internacionais claramente que a capacitação das mulheres é fundamental no combate à desnutrição (Comissão Europeia, ISS FANSSA & *Nutrition Advisory Service*, 2019).

As normas socioculturais e tradicionais resultam geralmente nas mulheres consumirem quantidades menores de alimentos ou alimentos com menor diversidade nutricional, priorizando alimentos mais nutritivos para os homens. A compreensão eficaz das estruturas socioculturais e das dinâmicas de género tem contribuído para reforçar os resultados das intervenções no melhoramento das práticas nutricionais ou no cumprimento dos programas de nutrição em matéria de direitos e competências de advocacia (Root, 2019).

Se bem que Moçambique seja signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), do Protocolo de Maputo e da Plataforma de Acção de Pequim em 1995, continua com resultados relativamente estagnados em matéria de nutrição no país, e na necessidade de melhorar a igualdade de género. Em 2009, após alguns anos de *lobbies* e debates, foi aprovada a Lei sobre a Violência Doméstica Contra as Mulheres (Lei nº 29/2009) (Romão, et al., 2012) e em 22 de Outubro de 2019, o Governo de Moçambique aprovou por unanimidade a Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras (Lei nº 19/2019) (Governo de Moçambique, 2019). Dos últimos dados em 2013 do estudo DHS de 2011, 14,3% das jovens moçambicanas entre os 20 e 24 anos de idade casaram-se antes dos quinze anos de idade e pelo menos 48,2% das jovens deste grupo etário casaram-se antes dos dezoito anos de idade (UNICEF, 2015). As províncias de Nampula, Zambézia e Niassa apresentam as taxas mais elevadas de casamento prematuro do país, seguida da província de Sofala a chegar ao sexto lugar, de acordo com

os dados mais recentes. Existe uma forte correlação entre a gravidez precoce e o casamento prematuro, uma vez que, a maioria das mães adolescentes casam muito cedo. Além disso, as taxas de alfabetização em Moçambique situam-se nos 71% num universo populacional entre os 15-24 anos de idade, sendo as mulheres significativamente menos alfabetizadas que os seus pares masculinos, destacando-se as disparidades da participação de meninas e meninos na escola (Instituto de Estatística da UNESCO, 2020).

Contexto do Projecto

O Programa de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS) título do projecto “*Priorizando os mais Marginalizados*”: *O Programa de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição visando o aumento da segurança alimentar e nutricional das mulheres, meninas adolescentes e crianças no distrito de Chemba, província de Sofala*” está a ser implementado pelo PMA com financiamento plurianual da Cooperação Austríaca para o Desenvolvimento (ADC) e implementado sob a liderança do Governo de Moçambique e em estreita coordenação com três parceiros de implementação¹. A área abrangida está limitada à localidade de Mulima-sede do Posto Administrativo de Mulima do distrito de Chemba. O objectivo deste projecto, num contexto de mudança climática, consiste em melhorar a equidade de género e o empoderamento das mulheres e adolescentes, a diversidade alimentar e a redução da desnutrição crónica entre crianças com menos de cinco anos.

Este projecto é implementado através de três actividades principais: (i) *Assistência Alimentar para Criação de Activos (AAA)* (ii) *Gestão de Perda Pós-Colheita (PPC)* e (iii) *Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC)*. A componente CMSC aborda a desigualdade de género com enfoque no casamento prematuro, saúde sexual e reprodutiva, e procura de comportamentos saudáveis. Para o Projecto GTNS, estes tópicos são agrupados em três temas: Nutrição (alimentação infantil, nutrição materna, prevenção da malária e saneamento e higiene), Género, e Saúde Sexual e Reprodutiva.

Prevê-se que o projecto tenha o seguinte impacto: *Que o empoderamento das mulheres e adolescentes permita melhorar a diversidade alimentar e reduzir a desnutrição crónica de crianças com idade inferior a cinco anos, no contexto de mudança climática*. Os dois principais resultados do projecto incluem (i) disponibilidade, diversidade e consumo de alimentos nutritivos melhorados por parte das mulheres, jovens adolescentes e crianças com menos de dois anos através da criação de bens familiares e comunitários sensíveis ao género e à nutrição e de formações em gestão de perdas pós-colheita no distrito de Chemba que contribuem para a gestão dos riscos climáticos, e (ii) aumento do empoderamento das mulheres e das jovens adolescentes no que respeita ao casamento prematuro, saúde sexual e reprodutiva, e procura de comportamentos saudáveis face as doenças comuns que afectam as crianças através de uma Comunicação Social e de Mudança de Comportamento forte visando os homens, mulheres, rapazes e raparigas.

Este projecto apoia o Programa Quinquenal do Governo (PQG), Prioridade 2: Desenvolver o capital humano e social, e o alinhamento com os princípios fundamentais de programação do Quadro de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF), que integram os direitos humanos, a igualdade de género e o empoderamento das mulheres, a resiliência,

¹ Na altura da elaboração do presente relatório, os três parceiros não governamentais de implementação eram a Pathfinder International, PCI Media e Comissão Europeia para a Formação e Agricultura (CEFA).

a responsabilização, não deixando ninguém nem nada para trás. Devido à sua abordagem integrada, multisectorial, e inovadora, este projecto pode ser considerado como uma referência expansível de um programa sensível à nutrição que contribui simultaneamente para a concretização dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que visam a segurança alimentar e nutricional, o empoderamento das mulheres, a agricultura sustentável e as alterações climáticas (por exemplo, ODS 2, 3, 5, 12,13, e 17).

Existe um potencial considerável no sentido de contribuir para a redução da desnutrição e para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) através de uma programação sensível à nutrição. A programação sensível à nutrição decorre em sectores e campos complementares à nutrição, tais como a agricultura, educação, água, saneamento e higiene (*WASH*) e protecção social, reflectindo a mudança global para políticas e programas de nutrição multisectoriais de modo a acabar com todas as formas de malnutrição. Embora se tenha colocado um forte enfoque nas mulheres através das várias actividades do projecto, o aspecto do empoderamento do género é mais explorado através do envolvimento dos homens nos clubes de diálogo de género, abordando o programa os desafios socioculturais e intersectoriais relacionados com a igualdade e o empoderamento das mulheres e raparigas.

O Projecto GTNS destacou a partilha de uma boa compreensão entre homens e mulheres - os beneficiários do projecto - relativamente à igualdade do acesso aos recursos, oportunidades e tomada de decisões em geral. Através desta abordagem, e da compreensão da correlação inerente à igualdade de género e da nutrição materna e infantil, e espera-se que o projecto tenha um impacto positivo em matéria da saúde sexual e reprodutiva (SSR), nutrição e ambiente social das mulheres e raparigas. O reforço à voz e a escolha das mulheres e raparigas pressupõe desafiar as desigualdades de género e outros poderes que se entrecruzam com as relações de género. A idade é um factor crítico que molda a forma como as mulheres e as raparigas experimentam as desigualdades de género. Aplicando uma abordagem de factores do ciclo de vida, influencia a forma de como a interligação da idade com o género determina a dimensão da escolha e o fortalecimento da voz das mulheres e raparigas, e deste modo, os resultados nutricionais.

A mudança de comportamentos relacionados com a nutrição, assentes nas práticas tradicionais e normas sociais, requer uma intervenção estratégica e metodológica. Guiada pelo Modelo Sócio-Ecológico (MSE), a componente CMSC desempenha um papel fundamental na abordagem de potenciais obstáculos à mudança de comportamentos, com vista a melhorar os resultados nutricionais.

No âmbito do Projecto GTNS, a CMSC está a ser implementada com o objectivo de aumentar e melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com:

- Igualdade de género e empoderamento das mulheres;
- Casamento prematuro, saúde sexual e reprodutiva e planeamento familiar;
- Alimentação materna, alimentação infantil ; prevenção da malária e saneamento e higiene;
- Procura de comportamentos saudáveis em relação às doenças comuns da infância.

A componente CMSC está a utilizar uma combinação de três abordagens, nomeadamente comunicação interpessoal, mobilização comunitária, e difusão radiofónica.

Visão Geral do Distrito de Chemba

Chemba é um distrito a norte da Província de Sofala. Encontra-se na zona central semiárida com solos argiloarenosos e de fertilidade moderada. Existem três Postos administrativos geográficos: Chemba, Mulima e Chiramba. No Posto administrativo de Mulima, existem duas localidades: Goe e Mulima-sede. O distrito tem 17.730 agregados familiares e um universo populacional total de 87.925 (41.077 homens e 46.848 mulheres). A produção agrícola é insuficiente, afectada pelo clima semiárido e precipitação escassa. Todas as comunidades participantes dependem da agricultura como o principal meio de subsistência. Geralmente, as comunidades tendem a cultivar milho, mapira, mexoeira e feijão-frade para a sua subsistência. Muito embora algumas comunidades cultivem algodão e gergelim como colheitas para fins comerciais, referiram a produção limitada e os preços baixos como fonte de rendimento limitado (PMA Moçambique, 2020). Todas as comunidades declararam que se perdeu toda a produção devido ao ciclone tropical Idai, em 2019, como resultado de ventos fortes e, em muitos locais, inundações posteriores (PMA Moçambique, 2020). As poucas famílias que tinham conseguido preservar alimentos e sementes da colheita anterior já tinham consumido tudo quando o estudo de Análise de Género foi levado a cabo durante a primeira semana de Novembro de 2019, sublinhando a importância da calendarização das intervenções do projecto.

Chemba é propenso a inundações, secas, e conflitos entre o homem e a fauna bravia. Com um grande segmento da população a depender da sua própria produção apenas durante quatro a cinco meses por ano e com fontes de rendimento limitadas (mão-de-obra agrícola e venda de produtos naturais como o carvão), as famílias contam com o consumo de alimentos provenientes de animais selvagens. Durante a elaboração do projecto, a *FEWS NET Country Outlook* de Dezembro de 2018 a Maio de 2019 tinha constatado que muitas zonas de Sofala, incluindo Chemba, iriam passar por níveis de crise (IPC 3) de insegurança alimentar, mas o nível projectado é destacado (IPC 2) para Outubro de 2020 - Março de 2021 (FEWS Net, 2020). Outro indicador desta situação precária é o estatuto da campanha agrícola. Em média, 28,5% das colheitas perdem-se após a colheita (PMA; ICRAF, 2020).²

À semelhança da conjuntura nacional, os resultados nutricionais em Chemba são particularmente insatisfatórios. A desnutrição crónica é predominante em crianças com menos de dois anos (CU2) e com menos de cinco anos (CU5), 33% e 38% respectivamente (PMA; ICRAF, 2020).³ Além disso, nenhuma criança dos 6 - 23 meses de idade consegue uma dieta mínima aceitável (MAD) e a prevalência de doenças infantis situa-se nos 71% em Chemba, sendo a febre e a malária as mais comuns (PMA; ICRAF, 2020).⁴

Chemba tem infra-estruturas de redes rodoviárias precárias e um sistema de saúde fraco incapaz de fornecer uma resposta adequada às necessidades existentes. Existem 12 unidades sanitárias abrangendo uma população por unidade de 6.083 pessoas, uma cama de hospital disponível por 1.140 pessoas e um profissional técnico para 1.057 pessoas. Existem problemas frequentes como as longas distâncias até às unidades sanitárias, a falta de infra-estruturas e o fornecimento inadequado de medicamentos.

² Centro Internacional de Investigação em Agro florestação (ICRAF) realizou a análise de dados e a ELIM Serviços, Lda (ELIM) realizou a recolha de dados.

³ Estes números são médias dos grupos de intervenção e controlo do estudo.

⁴ Uma média relativa aos grupos de intervenção e controlo do estudo.

A poligamia foi proibida pelo Direito de Família em (2004), porém é uma prática comum no distrito de Chemba, tendo a maioria dos homens três a quatro esposas (PMA Moçambique, 2020). Os homens alegaram ter mais do que uma esposa, devido às normas culturais e também porque tal aumentava a capacidade da produção agrícola, pois podiam cultivar mais terra e assim produzir em maior quantidade. No entanto, durante as discussões com os grupos focais (GFDs), a maioria das comunidades declarou que os efeitos das alterações climáticas nos últimos anos têm, até certo ponto, resultado numa mudança da dinâmica, tendo os homens mais jovens optado por ter apenas uma esposa de modo a limitar o desgaste provocado pelas colheitas fracassadas; não se podendo generalizar esta situação a todo o distrito.

III. FINALIDADE E OBJECTIVO

O objectivo do Estudo de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) consiste em recolher informações a fim de assegurar um contexto e um projecto culturalmente adequado. O Estudo CAP acessível ao meio em que as actividades do programa estão a ser implementadas, centrou-se nos tópicos do programa relativos ao **Conhecimento** - *o que as pessoas conhecem e a sua compreensão*; **Atitude** - *como se sentem, as suas ideias preconcebidas em relação a determinados assuntos*; e **Prática** - *como se comportam, como demonstram o seu conhecimento e atitude através das suas acções* (Kaliyaperumal 2004). As conclusões do Estudo CAP permitirão, por conseguinte, que o projecto avance de uma forma mais eficaz e garanta que as actividades, mensagens, abordagens, e orientação de campo sejam mais estratégicas.

O Estudo CAP visa fornecer informações para o melhoramento da abordagem CMSC, como por exemplo:

- (i) Fornecer informações em termos de conhecimentos, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças com menos de dois anos (CU2) em matéria de nutrição materna e saúde infantil e questões relacionadas com a nutrição, concentrando-se nos primeiros 1.000 dias de vida (o período entre a gravidez e o 2º aniversário de uma criança) considerado uma janela de oportunidade única no apoio ao desenvolvimento infantil, bem como ao apoio à saúde a longo prazo;
- (ii) Identificar lacunas de conhecimento, crenças culturais ou padrões e práticas de comportamento que constituam obstáculos à alimentação infantil, nutrição materna, saúde sexual e reprodutiva, boas práticas de higiene e procura de comportamentos saudáveis em relação às doenças comuns da infância; e
- (iii) Obter uma excelente compreensão dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas à saúde sexual e reprodutiva e às dinâmicas de género relacionadas com o casamento prematuro e com a educação das meninas adolescentes, focando os jovens (10 - 19 anos de idade).

IV. METODOLOGIA

O Estudo CAP é um dos três estudos-chave no âmbito do projecto GTNS, na sequência do recente Estudo de base e Análise de género. Em conjunto, estes estudos informarão a estratégia e a implementação do projecto. O estudo CAP explorou aspectos-chave relacionados com a nutrição para uma melhor compreensão dos conhecimentos, das atitudes e das práticas da comunidade relativamente à nutrição materna (NM), Alimentação infantil (AI), bem como informação complementar relativa a componentes do projecto que não foram abrangidas pelo estudo de base, nomeadamente saúde sexual e reprodutiva (SSR), incluindo a Fístula Obstétrica (FO), e Saneamento e Higiene (S&H). O Estudo CAP também abordou questões específicas associadas com o género identificadas no relatório de análise de género, a fim de obter um enquadramento mais abrangente das dinâmicas de género relacionadas com o casamento prematuro e a educação das meninas adolescentes.

O Estudo CAP aplicou uma abordagem de métodos mistos que consiste na recolha de dados qualitativos através de discussões com os grupos focais (GFDs), entrevistas com informantes-chave (KII), e observações directas (OD); e recolha de dados quantitativos através de questionários estruturados. O estudo foi realizado num período de duas semanas (3 dias de formação, 1 dia para ferramentas de recolha de dados pré-testes, e 9 dias de efectiva recolha de dados) na localidade de Mulima-sede, distrito de Chemba, a área geográfica onde o Projecto GTNS está a ser implementado. A Equipa de Estudo CAP reconhece as diferenças potenciais entre conhecimentos, atitudes e práticas entre as comunidades em locais mais remotos quando comparadas com comunidades mais próximas dos recursos, tais como uma unidade sanitária. A fim de detectar estas diferenças, as comunidades participantes foram seleccionadas tanto em áreas remotas como em áreas mais centrais da localidade de Mulima-sede. A equipa do estudo decidiu envolver uma comunidade por dia na recolha de dados. As nove comunidades participantes foram escolhidas por selecção aleatória segundo dois critérios de estratificação:

- Comunidades periféricas (localizadas a mais de 5 km de distância da unidade sanitária de Mulima)
- Comunidades centrais (localizadas a menos de 5 km da unidade sanitária de Mulima)

Existem 49 comunidades (localmente referidas como povoados) na área do projecto. Segundo a equipa da unidade sanitária de Mulima, as nove comunidades localizadas no *saphanda*⁵ Mulima-sede estão a menos de 5 quilómetros da unidade sanitária de Mulima. As restantes 40 comunidades dos *saphandas* Bangwe, Bucha, Cassume, Dzunga, Melo, Nhamaliwe e Xavier distam mais de 5 quilómetros da unidade sanitária de Mulima. Para assegurar uma representação ponderada dos dados, planeou-se considerar a percentagem de comunidades centrais e periféricas das 49 comunidades do projecto de modo a calcular o número de comunidades da amostra a serem seleccionadas aleatoriamente. Foi determinado que 18% das 49 comunidades do projecto estão localizadas centralmente, resultando numa inclusão de 2 comunidades seleccionadas aleatoriamente a partir da lista de comunidades localizadas centralmente para a recolha de dados (ver a Tabela 1). Além disso, 82% das comunidades do projecto estão classificadas como periféricamente localizadas, resultando numa inclusão de 7 comunidades seleccionadas aleatoriamente para a recolha de dados (ver Tabela 1).

⁵ Não existe tradução directa para "*saphanda*" ou "*sede*". A localidade Mulima é segmentada em dois reinos, que se dividem ainda em 8 *saphandas*. Existem 49 povoados (comunidade de aldeia) na localidade de Mulima localizado no perímetro das 8 *saphandas*. Sede traduz-se vagamente para a área central de um território reconhecido administrativamente (uma área menor que uma cidade mas maior que uma aldeia) onde os serviços governamentais estão localizados para essa jurisdição. No caso de Mulima-sede, é tanto o nome de uma *saphanda* como de um povoado. O Posto Administrativo de Mulima e a unidade sanitária de Mulima estão sediados em Mulima-sede povoado localizado em Mulima-sede *saphanda*.

Tabela 1: Informação da Comunidade

Comunidades		Total abrangidas pelo projecto	Amostra do Estudo CAP
		49	9
Central	9	18%	2
Periférica	40	82%	7

Usando a ferramenta Microsoft Excel, a cada uma das 49 comunidades foi atribuído um número aleatório em duas listas separadas, comunidades centrais e periféricas (função RAND). A equipa do estudo seleccionou então aleatoriamente 2 comunidades centrais e 7 comunidades periféricas (função INDEX Rank). Cada comunidade tinha a mesma hipótese de ser seleccionada em cada lista, respectivamente. Esta é uma amostra-alvo de um total de 9 comunidades (ver Figura 1 e Tabela 2).

Contudo, ao chegar à comunidade de Tsera, a equipa de campo dos GFDs foi impossibilitada de envolver membros da comunidade e, em vez disso, os GFDs foram rapidamente organizados em Mulima-sede. É importante referir aqui que a comunidade de Tsera é classificada como uma comunidade “periférica” e Mulima-sede é classificada como uma comunidade “central”. Ao contrário do que tinha sido planeado na metodologia através da selecção aleatória, temos uma representação ligeiramente mais elevada de comunidades localizadas centralmente do que a percentagem encontrada na área de influência do projecto. Contudo, foi possível para a equipa de pesquisa quantitativa realizar entrevistas aos agregados familiares em todas as comunidades seleccionadas aleatoriamente, incluindo a comunidade Tsera.

Tabela 2: Lista de Comunidades Seleccionadas Aleatoriamente para Recolha de Dados

Saphanda	Comunidades Centrais	Saphanda	Comunidades Periféricas
Mulima-sede	Francalino	Bangwe	Zenguerere
	Niquisse	Bucha	Bucha
	Mulima-sede*		
		Cassume	Nhakuiyoyo
			Tsera*
		Melo	Melo 1
		Nhamaliwe	Candima
		Xavier	Tomucene 1

*Como acima referido, não foi possível levar a cabo os GFDs na comunidade de Tsera, tendo a equipa de pesquisa qualitativa organizado os GFDs na comunidade substituta de Mulima-sede.

Nota: alguns dos nomes da comunidade estão escritos de forma diferente entre o mapa e a tabela devido a diferenças de tradução por diferentes intervenientes.



Nota: As comunidades com quadrados vermelhos contínuos são as comunidades seleccionadas aleatoriamente na metodologia. Uma comunidade é destacada num quadrado tracejado a vermelho para indicar uma alteração ao nível do campo na recolha de dados das GFDs. As GFDs não foram realizadas em Tsera e foram substituídas pelas GFDs em Mulima-sede.

Figura 1: Mapa da Localidade de Mulima

Domínio

As questões do Estudo CAP centram-se em cinco tópicos, nomeadamente *Nutrição, incluindo os primeiros 1.000 dias de vida e cuidados às crianças; Saneamento e Higiene ; SSR e educação para meninas adolescentes; Saúde Sexual e Reprodutiva; e Fístula Obstétrica* descritas, segundo os relatórios de estudo de base e de análise de género, como áreas sobre as quais o projecto precisava de obter mais informações. A seguir encontram-se os principais tópicos e subtópicos abrangidos pelo estudo (ver Tabela 3).

Tabela 3: Tópicos CAP em Detalhe

Tópicos	Subtópicos
<i>Primeiros 1.000 dias de vida e cuidado à crianças</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Importância dos primeiros 1.000 dias e Cuidado à Crianças
<i>Nutrição materna e cuidados de mulheres grávidas, lactantes e bebês</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Energia, proteínas e qualidade da ingestão alimentar durante a gravidez e a lactação • Descanso e trabalho físico durante a gravidez • Práticas de amamentação: Início atempado da amamentação e amamentação exclusiva.
<i>Alimentação Infantil</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação da amamentação e introdução de alimentos complementares • Diversidade alimentar • Alimentos fortificados • Conservação de alimentos • Frequência da alimentação das crianças • A quantidade de alimentação das crianças em cada refeição • Consistência e variedade alimentar • Adição de gorduras ou óleos aos alimentos das crianças • Alimentação responsiva/activa • Alimentação durante a doença e durante a fase de recuperação
<i>Saneamento e Higiene</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Períodos cruciais para a lavagem das mãos • Água potável • Saneamento e fecalismo ao céu aberto
<i>Saúde e Educação Sexual e Reprodutiva para meninas adolescentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenção de informação sobre SSR • Assiduidade às aulas durante a menstruação • Casamento prematuro e educação • Gravidez • Métodos contraceptivos • Abortos feitos com segurança • Fístula Obstétrica <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de sintomas • Procura de comportamentos saudáveis • Tabu e estigma

Recolha de Dados

1. Amostra qualitativa e ferramentas

(i) Grupos Focais de Discussão (GFDs)

Foram elaborados guiões e perguntas detalhadas para os GFDs em estreita coordenação com a equipa da pesquisa quantitativa (ver Anexo 1). As discussões foram realizadas em língua local, Sena, e traduzidas para português por um tradutor local. Utilizaram-se ilustrações relacionadas com os tópicos para promover a discussão e envolver os participantes. Os GFDs foram facilitados pelo pesquisador principal e as notas da discussão com o grupo focal foram tomadas pelo mesmo e pelo assistente de pesquisa. Os GFDs foram constituídos de 8 a 12 participantes cada. Apenas um membro de cada família foi seleccionado de modo a evitar a influência mútua nas respostas, exceptuando o grupo composto pelos cuidadores das crianças menores de dois anos de idade em que ambos os pais foram convidados a participar. A participação dos beneficiários do projecto não foi um critério de inclusão, entretanto durante as discussões verificou-se que alguns participantes eram beneficiários. A equipa de pesquisa qualitativa tomou em consideração este facto e reformulou as perguntas para evitar respostas socialmente desejáveis. Os GFDs ocorreram nas comunidades de residência dos participantes a fim de os deixar mais confortáveis. Foram abrangidos globalmente, e separadamente para permitir que os participantes falassem livremente, um total de 37 grupos, totalizando 353 participantes de acordo com a idade, sexo e características. Os GFDs foram levados a cabo com membros da comunidade com os seguintes perfis (ver Tabela 4):

Tabela 4: Amostra Qualitativa

Tópicos	Perfil das GFDs	Número médio de participantes por sexo		Número de GFDs	Número médio de participantes por grupo	Número total de participantes da pesquisa
		M	F			
<i>Alimentação infantil (AI) nos primeiros 1.000 dias de vida</i> <i>Cuidado de Crianças</i> <i>Nutrição Materna e Cuidados das MGL</i>	Mulheres grávidas e lactantes (MGL)	1	9	10	10	100
<i>Alimentação nos primeiros 1.000 dias de vida, Cuidados de saúde infantis</i>	Cuidadores de menores de dois anos	6	7	6	13	78
<i>SSR e educação para meninas adolescentes</i>	Jovens (meninos adolescentes e meninas adolescentes)	3	6	8	9	72
<i>Fístula Obstétrica Saneamento e Higiene</i>	Influenciadores comunitários	7	3	10	10	100
	Total			34	10.5	350

(ii) Entrevistas a Informantes-Chave (KII)

Para além dos GFDs, foi cuidadosamente desenvolvido no terreno um guião de Entrevistas a informantes-chave (KII) baseado em linhas mais abrangentes de pesquisa para explorar aprofundadamente o tópico da Fístula Obstétrica. A semiestrutura do KII permitiu uma relativa flexibilidade na recolha de dados baseada em questões sensíveis (ver Anexo 2). As entrevistas individuais foram compostas por três mulheres que padecem de Fístula Obstétrica e membros das suas famílias. Estas 3 inquiridas foram convidadas a falar com a equipa da pesquisa qualitativa a fim de fornecer informações mais detalhadas sobre a Fístula Obstétrica e partilhar as suas experiências. As entrevistas ocorreram, separadamente, nas suas casas, a fim de criar um ambiente confortável que lhes permitisse falar sobre este tópico delicado. Foi obtido consentimento prévio para entrevistar cada pessoa e os dados destas entrevistas contendo informação sensível em matéria de saúde são mantidas na mais estrita confidencialidade. Os informantes-chave facultaram informações sobre sintomas, estigma, desafios enfrentados e procura de comportamentos saudáveis (PCS).

(iii) Observação Directa (OD)⁶

A técnica observacional foi utilizada para recolher informações especificamente relacionadas com a questão de Saneamento e Higiene, a fim de se conseguir obter uma melhor compreensão do contexto local e complementar a informação dos GFDs (ver Anexo 3). Neste contexto, foi utilizada uma máquina fotográfica para fotografar aspectos relevantes.

2. Amostra quantitativa e ferramentas para o questionário destinado ao agregado familiar

A equipa da pesquisa quantitativa foi composta por quatro enumeradores locais e um supervisor de pesquisa especializado em nutrição. A recolha de dados envolveu um total de 258 inquiridos: 125 homens, 133 mulheres.⁷ Os membros masculinos e femininos do agregado familiar foram entrevistados separadamente para evitar influência nos resultados de um pelo outro e assegurar respostas independentes. Estimou-se, na metodologia original, 144 inquiridos (72 homens e 72 mulheres) para serem incluídos na amostra quantitativa com base no tempo disponível para a recolha de dados, capacidade de enumeração e duração do inquérito. Cada enumerador deveria realizar duas entrevistas em cada sessão, totalizando 16 entrevistas por dia; no entanto, no terreno, a ferramenta foi testada e verificou-se que levava menos tempo a entrevistar membros do agregado familiar após terem sido estabelecidas terminologias locais para determinaods conceitos complexos. Com este ajustamento, cada enumerador podia conduzir aproximadamente 7 entrevistas por comunidade, num total de 28 entrevistas por dia. Cada entrevista foi inicialmente programada para 1 hora e 30 minutos, enquanto que na realidade, demorou menos de uma hora por pessoa.⁸ Os agregados familiares foram escolhidos pela equipa de campo do projecto baseando-se nos seguintes critérios:

⁶ De acordo com este método, os dados são recolhidos através de um método observacional ou sujeitos num ambiente natural. Neste método, o comportamento ou resultado da situação não é influenciado de forma alguma pelo pesquisador. A vantagem da observação directa é que disponibiliza dados contextuais sobre pessoas, situações, interações e o meio circundante. Obtido a partir de: <https://www.questionpro.com/blog/field-research/>

⁷ A metodologia original indicava que um homem e uma mulher de cada agregado familiar seriam entrevistados. Durante a recolha de dados na primeira comunidade de Zenguerere, sem que tenha sido solicitado, o líder da comunidade posicionou os membros da sua comunidade na comunidade vizinha de Bangwe por receio de que os carros do PMA não conseguissem chegar à vasta e remota localização de Zenguerere. Os enumeradores consideraram um desafio garantir que tanto homens como mulheres fossem entrevistados a partir do mesmo agregado familiar, pois não se encontravam todos no mesmo local e, quando necessário, entrevistaram membros da comunidade que se enquadravam nos critérios do estudo. Por esse motivo existe um número diferente de homens e mulheres. Foi implementado um melhor sistema de comunicação para o resto da recolha de dados.

⁸ É importante referir que este é o tempo total de entrevista, mas algumas entrevistas não foram realizadas durante uma sessão. Muitos dos inquiridos são pequenos agricultores e precisavam de parar as entrevistas a meio para cuidarem dos campos, porque tinham de se preparar para a época das chuvas.

- Agregados familiares com crianças com menos de dois anos de idade (incluindo o parceiro)
- Agregados familiares com uma mulher grávida e/ou lactante (incluindo o parceiro)

O questionário quantitativo foi desenvolvido em estreita coordenação com a equipa da pesquisa qualitativa para assegurar o alinhamento dos tópicos. A maioria das perguntas foi dirigida tanto a homens quanto a mulheres e algumas delas foram seleccionadas no âmbito da Nutrição Materna, sendo algumas apenas dirigidas a homens ou apenas dirigidas a mulheres (ver Tabela 5).

Tabela 5: Tópicos da Ferramenta Quantitativa por Género

Nutrição Materna
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – duas perguntas relativas à dieta durante a gravidez e durante a lactação • Apenas para homens – uma pergunta respeitante aos homens encorajando as suas esposas a praticarem refeições equilibradas
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – uma pergunta acerca do descanso e do trabalho durante a gravidez • Apenas para homens – uma pergunta referente à intenção de apoiar as esposas no trabalho doméstico, encorajamento às MGL/ apoio às mulheres / apoio do marido
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – duas perguntas a respeito do colostro e práticas exclusivas de amamentação
Alimentação infantil (AI)
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – duas perguntas sobre a diversidade alimentar, em particular sobre a dieta equilibrada para crianças e alimentos fortificados
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – uma pergunta sobre a alimentação reactiva e activa
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – uma pergunta sobre a alimentação da criança durante a doença e após a fase de recuperação
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – duas perguntas sobre a importância dos primeiros 1000 dias de vida
Saneamento e Higiene (S&H)
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres - cinco perguntas acerca da lavagem das mãos, saneamento, água potável, associação de práticas sanitárias perigosas com as quais se pode contrair doenças e procura de comportamentos saudáveis
Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e Fístula Obstétrica (FO)
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – duas perguntas relativas às percepções sobre as meninas que frequentam a escola e os casamentos prematuros face à escola • Para homens e mulheres – uma pergunta para se apurar de onde os membros da comunidade obtêm informações respeitantes à SSR
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – três perguntas referentes ao casamento prematuro, especificamente a tomada de decisões, intenção dos pais⁹ relativamente à idade ideal para casar, a gravidez precoce e a relação entre casamento prematuro e a desnutrição
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – cinco perguntas sobre o planeamento familiar e aborto, especificamente o conhecimento e tomada de decisões em matéria de contraceptivos, conceitos de segurança com os contraceptivos e abortos, e espaçamento de gravidezes • Apenas para mulheres – uma pergunta sobre o desentendimento com o marido face ao uso de contraceptivos
<ul style="list-style-type: none"> • Para homens e mulheres – três perguntas sobre a Fístula Obstétrica, especificamente em relação às fontes de informações fiáveis, tratamento e estigma

⁹ Mãe e pai.

As entrevistas às famílias foram realizadas na língua local (Sena), mas o questionário estruturado na plataforma de recolha de dados *ODK* estava em Português. Este procedimento exigia que os enumeradores estivessem bem familiarizados com o questionário e se sentissem à vontade para traduzir sem problemas entre o Português e o Sena (ver a secção abaixo sobre formação para mais detalhes).

As entrevistas foram conduzidas utilizando uma aplicação de *smartphone* chamada *ODK Collect*. Esta aplicação de recolha de dados está electronicamente ligada à plataforma de recolha de dados do PMA denominada *Mobile Operational Data Acquisition (MODA)*, onde os dados são compilados para análise.

A amostra quantitativa não é uma amostra representativa e, portanto, não podem ser feitas generalizações abrangentes a partir dos resultados. As seguintes constatações são restritas à área em questão.

Formação

A formação dos enumeradores durou 3 dias, em que 2,5 dias ocorreram numa sala de aula, e 0,5 dias numa comunidade seleccionada para pré-testes. O programa de formação incluiu as bases de um Estudo CAP geral, metodologia de entrevista pelos enumeradores, revisão dos questionários, tradução (oral) para a língua local a partir do português, e pré-teste dos questionários no terreno, tal como descrito abaixo.

Pré-teste

O pré-teste envolveu a revisão dos métodos qualitativos e quantitativos com vista a assegurar que as perguntas fossem claras, compreensíveis, relevantes para os tópicos pretendidos, eficazes no fornecimento de informação útil e, muito importante, evitar perguntas que parecessem redundantes ou desnecessárias. Os pré-testes foram realizados imediatamente antes da recolha de dados na área de Chemba-sede. O pré-teste também permitiu aos enumeradores e pesquisadores da metodologia qualitativa verificar as palavras e frases locais correctas para alguns conceitos complexos em torno dos quais a Equipa de Estudo pretendia obter informações. Após o pré-teste, a equipa da pesquisa quantitativa de campo enviou a informação actualizada para o escritório do PMA para a revisão do questionário de modo a adequá-lo face às constatações do pré-teste, tais como adicionar palavras locais e remover linguagem pouco clara. Convém notar que as ferramentas de recolha de dados foram elaboradas em Inglês e traduzidas para Português – o formato utilizado pelas equipas de campo.

Consentimento Informado

A participação na pesquisa de todos os indivíduos no Estudo CAP foi voluntária e oralmente informada. Os participantes foram informados antes da entrevista ou discussão sobre o objectivo e foi-lhes dada a oportunidade de recusar após a compreensão do objectivo. Não foi permitido ou aceite qualquer exercício de indução indevida ou qualquer outra forma de constrangimento ou coerção para participar no estudo.

Utilizou-se uma câmara fotográfica para fotografar imagens-chave durante a recolha de dados. Todas as fotografias publicadas têm autorização dos participantes e foram tiradas de acordo com as orientações do PMA e com os procedimentos de cooperação.

Limitações

A equipa do Estudo CAP tentou evitar que os beneficiários do projecto participassem no Estudo, a fim de evitar “respostas socialmente desejáveis” em vez de reportarem o que realmente pensam ou acreditam, resultando em preconceitos por parte dos inquiridos. No entanto, durante a recolha de dados, verificou-se que alguns participantes eram beneficiários. Tendo em consideração que existe uma tendência para os inquiridos darem respostas que consideram ser as respostas “correctas” aos entrevistadores, a equipa da pesquisa qualitativa reformulou as perguntas para obter respostas mais fiáveis.



*Legenda da Foto: A placa oficial de boas-vindas ao entrar no Posto Administrativo de Mulima em Mulima, distrito de Chemba, Província de Sofala.
Foto de: Nilda Lima*

V. RESULTADOS

Os primeiros 1,000 dias de vida¹⁰ e cuidados das crianças

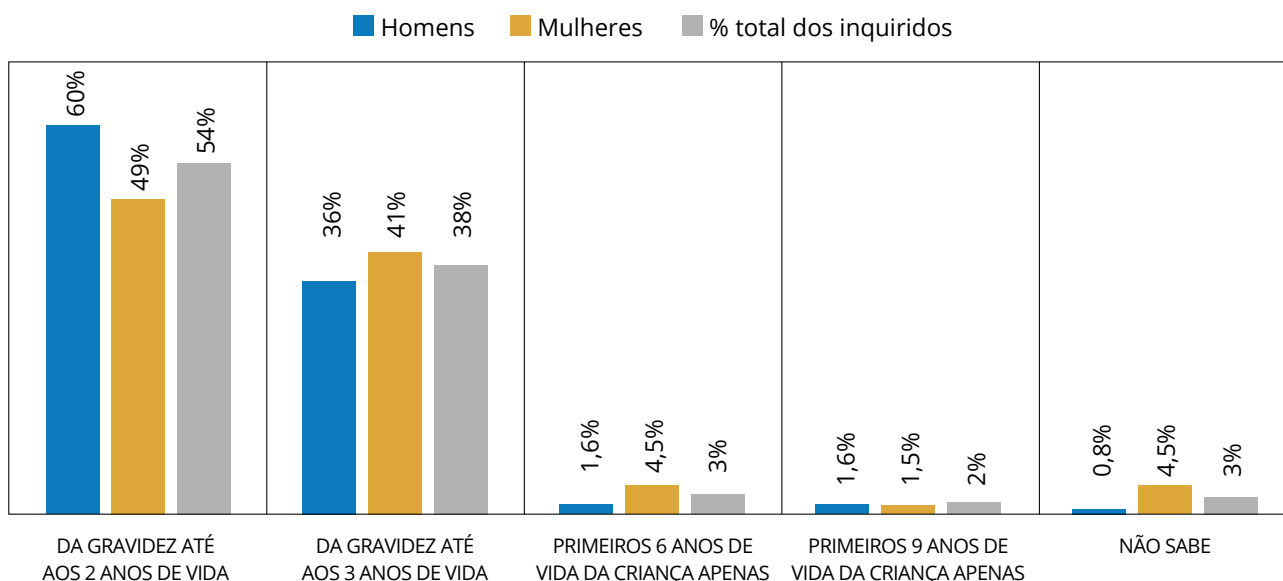


*Legenda da Foto: Uma mãe com o bebé recém-nascido com 1 mês na localidade de Mulima
Foto de: Nilda Lima*

Os resultados apresentados nesta secção do relatório incluem tanto os dados qualitativos como os quantitativos avaliados no Estudo CAP. As ferramentas de recolha de dados foram desenvolvidas em coordenação e alinhadas de modo a serem complementares entre si. Após análise dos dados, certas secções mostraram resultados contraditórios, dependendo se o tópico tinha sido avaliado como quantitativo ou qualitativo. Estas diferenças serão abordadas ao longo do relatório.

Em geral, uma pequena maioria (54%) dos inquiridos (60% dos homens e 49% das mulheres) sabe que os primeiros 1.000 dias de vida são os mais importantes na vida de uma criança que inicia na gravidez até aos primeiros 2 anos, reunindo as condições para que a criança cresça até à idade adulta saudável, inteligente e produtiva (ver Figura 2). Por outro lado, não houve consenso entre adolescentes e adultos nos GFDs. Alguns dos participantes dos FDGS indicaram que os primeiros 1.000 dias de vida começam quando o bebé nasce, enquanto outros pensavam que começassem aos 6 meses. Além disso, esforçaram-se para especificar o tipo de cuidados e dieta são mais adequados para o crescimento e desenvolvimento da criança.

¹⁰ Os 1.000 dias que separam a gravidez de uma mulher do segundo aniversário do seu filho oferecem uma breve, mas crítica janela de oportunidade para determinar o desenvolvimento de uma criança. É “um período de enorme potencial e enorme vulnerabilidade” (Thousand Days; Think Babies).



Nota: as percentagens de homens e mulheres representam proporções pelo total por sexo (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 2: Conhecimento de homens e mulheres sobre o período dos primeiros 1000 dias de vida

Relativamente à saúde das crianças, os participantes dos GFDs referiram que a malária, pneumonia, diarreia e tuberculose são doenças que afectam as crianças nas comunidades, sendo a diarreia e a malária consideradas as mais preocupantes, dado que matam crianças em grande número. Convulsões, febre, malária, diarreia e falta de apetite são consideradas pelos cuidadores os sinais mais preocupantes, levando-os a procurar tratamento com urgência. Para os problemas relacionados com a malária, com a convulsão e com a diarreia, os participantes procuram tratamento nas unidades sanitárias e nos curandeiros tradicionais. Acredita-se que estas doenças são o resultado de fenómenos sobrenaturais que requerem orações ou outras intervenções espirituais que contrariam a suposta influência negativa de forças poderosas. Durante os GFDs com curandeiros tradicionais, confirmaram que estas doenças são, na sua maioria, tratadas por eles.



Legenda da Foto: Pais de uma criança menor de dois anos num GFD

Foto de: Nilda Lima

“ Ficamos tão assustados quando os nossos filhos têm diarreia ou malária porque sabemos que quando isso acontece podemos perdê-los. Acreditamos que podem ser tratados no hospital e também pelo curandeiro porque há algumas coisas que no hospital eles não compreendem. Por exemplo, para casos de convulsão, levamos as crianças ao curandeiro porque conhecem as ervas específicas para o referido tratamento; para a diarreia é a mesma coisa. Por vezes, quando vemos que as crianças não estão a melhorar, levamo-las para o hospital.” (Cuidadores de CM2, comunidade de Bucha).

Pelo contrário, de acordo com os dados quantitativos, a esmagadora maioria, 98% dos inquiridos, prefere que o seu filho, que sofre de diarreia, seja tratado numa unidade sanitária ou hospital; apenas uma mulher indicou preferência por um curandeiro tradicional. Os pesquisadores também perguntaram aos inquiridos sobre a disponibilidade de opções para o tratamento da diarreia infantil, para além da preferência. Contudo, apenas 2% dos inquiridos mencionaram os curandeiros como opção. Dos inquiridos, 87% indicaram que podem levar a criança ao hospital ou unidade sanitária (embora alguns tenham indicado que a unidade sanitária mais próxima fica fora de Mulima) e 10% dos inquiridos indicaram os *Agentes Polivalentes Elementares* (APEs)¹¹ através das brigadas móveis. Tal coloca em contradição significativa entre os métodos quantitativos e qualitativos de recolha de dados. Pode ser explicado pelo facto de alguns dos participantes no estudo serem também beneficiários do projecto e se sentirem obrigados a fornecer respostas socialmente desejáveis, resultando em preconceito por parte dos inquiridos; no entanto, é impossível verificar, uma vez que, o estatuto de beneficiário não foi registado na entrevista. As diferenças nos resultados mostram um bom exemplo de como os dados qualitativos e quantitativos se podem complementar, uma vez que, a natureza das técnicas de entrevista permite obter informações diferentes. Neste caso, a recolha de dados qualitativos permitiu que as perguntas fossem mais complexas para, deste modo, se compreenderem detalhes mais concretos sobre o tipo de cuidados de saúde procurados pelos membros da comunidade.

Nutrição Materna e Cuidados das MGL e bebés

A desnutrição durante a gravidez e a lactação é um factor fundamental para os resultados da saúde materna, neonatal, e infantil. Esta está também associada a um risco acrescido de mortalidade materna (Lamstein, et al. 2014).



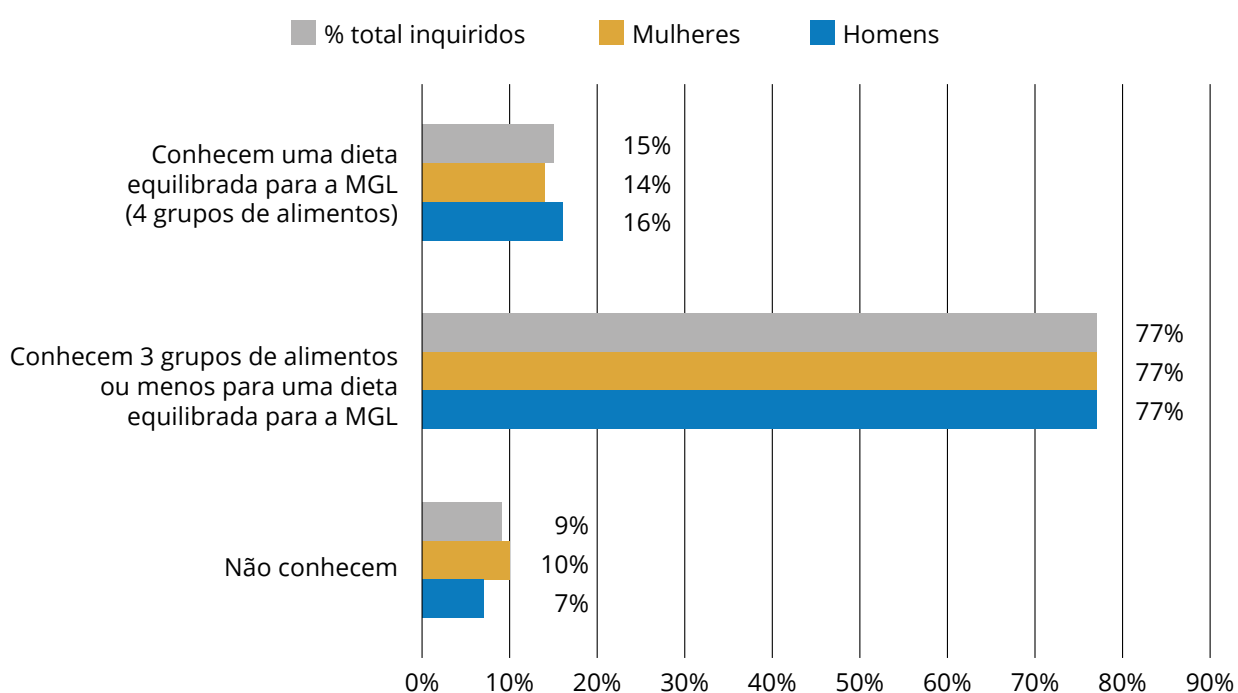
Legenda da Foto: Mulheres lactantes das GFDs

Foto de: Nilda Lima

¹¹ Termo local para um trabalhador de saúde da comunidade recrutado e formado pelo Ministério da Saúde Moçambique (MISAU) para promover a saúde na comunidade.

Energia e proteína e qualidade da alimentação durante a gravidez e lactação

Pelo menos 85% dos inquiridos consideram que a dieta e os cuidados com as mães garantem a saúde do bebé. Do mesmo modo, a maioria dos participantes dos GFDs relatou que tinha informação que as MGL deveriam comer regularmente pois associavam a dieta a uma gravidez saudável. Contudo, quando lhes foi pedido uma descrição de uma dieta equilibrada para as MGL, apenas um pequeno número (15% dos inquiridos) de inquiridos conseguiu identificar os 4 grupos de alimentos para uma dieta adequada (ver Figura 3). Além disso, os participantes dos GFDs acreditavam que todos os alimentos são benéficos, sem diferenciarem uma dieta apropriada para as MGL.



Nota: as percentagens de homens e mulheres representam proporções pelo total por sexo (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 3: Percentagem de inquiridos conhecedores de uma dieta equilibrada para mulheres grávidas e/ou lactantes

Na realidade dos resultados, as MGL não ingerem nutrientes suficientes durante a gravidez e não seguem uma dieta específica para esta fase. Estes apresentavam um aporte inadequado de energia, proteínas e alimentos ricos em ferro. Quando lhes foi pedido para indicarem a sua dieta diária, as participantes dos GFDs relataram que comiam principalmente o que é produzido na machamba.¹² O estudo revela que os participantes carecem de alimentos nutritivos disponíveis durante todo o ano e não estão familiarizados com a nutrição materna durante a gravidez, sugerindo claramente a carência de atitudes e práticas adequadas em relação à nutrição e dieta durante a gravidez entre a população-alvo. Os participantes dos GFDs declararam que faziam entre 2-3 refeições por dia (ver Tabela 6).

¹² Pequeno lote de terra reclamado por pequenos agricultores, geralmente perto de suas casas, onde plantam e cultivam. Não há escritura da terra, uma vez que não é propriedade legal.

Tabela 6: Refeição Típica de uma Grávida e/ou Mulher Lactante¹³

Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Lanches	Cultivado ¹⁴ na machamba
<p>Batata doce, mandioca, e chá</p>	<p>Xima¹⁵ e o caril é preparado com quiabo ou folhas (folhas de abóbora, couve, feijão- nhemba, e batata doce). O caril é preparado com amendoins quando é época de amendoins. Quando os amendoins não estão disponíveis, o caril é preparado com água e sal.</p>  <p>Legenda da Foto: Xima Foto de: Nilda Lima</p>	<p>Xima e o caril é preparado com folhas de abóbora couve, ou quiabo</p>  <p>Legenda da Foto: Caril de quiabo Foto de: Ernesto Almeida</p>  <p>Legenda da Foto: Folhas para fazer caril Foto de: Ernesto Almeida</p>	<p>Banana, batata doce, e pão (quando disponível)</p>	<p>Proteínas de origem animal e vegetal: feijão-frade, amendoins e sementes de sésamo</p> <p>Cereais e tubérculos: milho, batata-doce, mandioca, mexoeira, mapira, cana de açúcar</p> <p>Frutas e vegetais: banana, papaia, alface, quiabo, tomate, couve, cebola, alho, abóbora, pepino, legumes de folha verde escura (por exemplo, folhas de mandioca)</p> <p>Gorduras: compradas no mercado local</p>

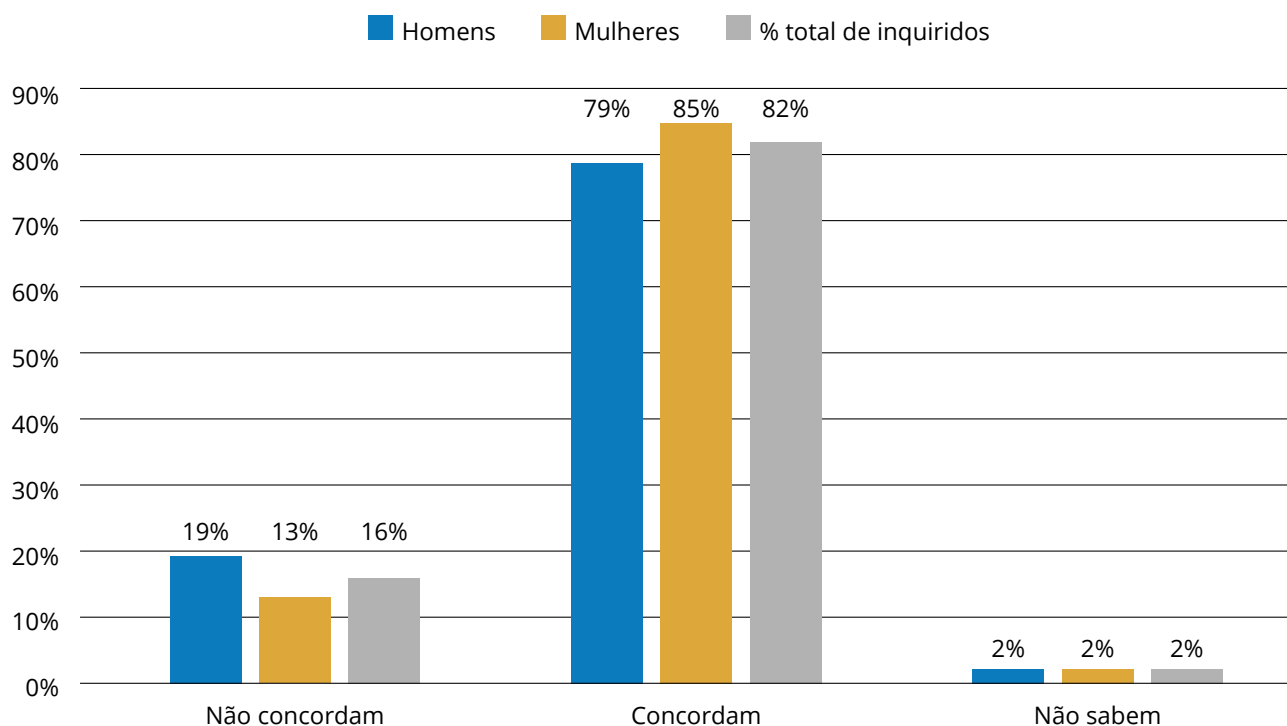
Embora 84% dos inquiridos estivessem familiarizados que as MGL devem consumir proteínas de origem animal e vegetal, este grupo não as ingere com frequência. Embora existam alguns agregados familiares criadores de gado, este é utilizado como fonte de rendimento e não para consumo; e apenas alguns agregados familiares cultivam proteínas à base de plantas. A diversidade da produção na machamba representa um grande problema nas comunidades, levando a um estado de nutrição deficiente. A principal razão não é apenas a indisponibilidade de fontes alimentares e limitações financeiras quando se trata de obter alimentos, mas também a falta de conhecimento, quer no que toca a uma dieta mais abrangente e equilibrada para as MGL quer como utilizar correctamente os recursos locais. Mais, é importante salientar que a frequência de ingestão de alimentos nutritivos é inadequada durante a gravidez.

Aproximadamente 82% dos inquiridos (75% homens e 85% mulheres) consideram que os ovos não são prejudiciais para a saúde das MGL, tendo a maioria dos participantes das GFDs mencionado que come ovos quando têm oportunidade. No entanto, algumas pessoas quer dos GFDs quer das respostas aos inquéritos (16% dos inquiridos) continuam a acreditar que comer ovos pode ser prejudicial para a sua saúde (ver Figura 4).

¹³ Embora a equipa de estudo tenha assumido que o arroz é normalmente consumido no distrito do projecto, os resultados mostraram que isto só ocorre em raras ocasiões

¹⁴ Há duas estações ao longo de 11 meses: Dezembro - Setembro. A primeira estação começa com a plantação em Dezembro - Fevereiro e termina com a colheita em Março - Julho. As principais culturas são milho, painço, sorgo, amendoim, feijão-frade e gergelim. A segunda época de plantação começa concomitantemente com a primeira época de colheita. A segunda época de plantação é de Março - Junho e a colheita é de Julho a Setembro. O milho é incluído num segundo ciclo na segunda época, e a batata doce, feijão, tomate, cebola e alho são também cultivados.

¹⁵ Xima é uma papa espessa feita de farinha de milho/painço/sorgo com uma consistência gelatinosa. É uma refeição comum, uma vez que o milho é uma cultura básica na comunidade, e portanto, largamente disponível após uma boa colheita.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 4: Percentagem de homens e mulheres que concordam que os ovos são apropriados para as mulheres grávidas e/ou lactantes

Em relação ao apoio dos homens, quando se trata de dieta das MGL, 89% dos homens tencionavam apoiar as suas esposas na prática de refeições diversas e equilibradas quando estão grávidas e a amamentar (ver Figura 5). Na prática, os homens, nos GFDs, explicaram que, quando houver apenas uma pequena quantidade de alimentos em casa, darão prioridade às suas mulheres grávidas e lactantes para que estas comam em vez deles.

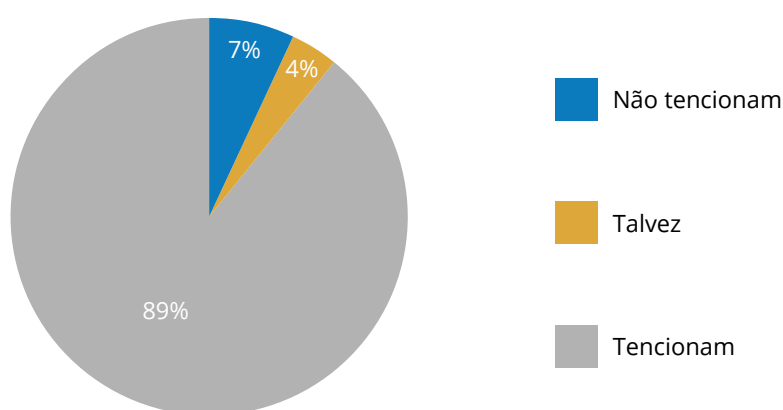


Figura 5: Percentagem de homens que tencionam apoiar as suas esposas na ingestão de uma refeição diversificada e equilibrada quando grávidas e/ou lactantes

Cuidados pré-natais (CPN)



Legenda da Foto: Um GFD composto por pessoas influentes da comunidade

Foto de: Nilda Lima

Os participantes dos GFDs declararam que vão às consultas de Cuidados Pré-Natais (CPN) com regularidade durante a gravidez pois acreditavam ser esta uma forma eficaz de monitorar o feto e a saúde da mãe, tendo tido 72%¹⁶ indicando pelo menos quatro consultas de CPN. Apesar de considerarem que a longa distância entre a casa e a unidade sanitária era um desafio, muitos inquiridos manifestaram o desejo de criar a sua própria solução de modo a garantir o atendimento às consultas porque associam os cuidados durante a gravidez com a saúde do bebé.

“Juntámo-nos porque sabemos que isso é importante para a nossa saúde. Como temos de caminhar durante muito tempo até à unidade sanitária, associámo-nos a um grupo de mulheres grávidas da comunidade para todas juntas irmos à consulta como forma de nos apoiarmos mutuamente.” (MGL, comunidade de Francalino [Bizua]).

Contudo, as mulheres salientaram que os maridos não as acompanham, e consideram isto como um obstáculo no cumprimento das recomendações da unidade sanitária relativas aos cuidados necessários durante a gravidez. As mesmas argumentam com o facto de os maridos não ouvirem directamente dos profissionais de saúde a respeito do tipo de apoio que devem oferecer em casa. Como resultado, as mulheres têm a percepção de que os maridos são menos sensíveis ao seu pedido de ajuda, particularmente quando se trata de trabalho físico.

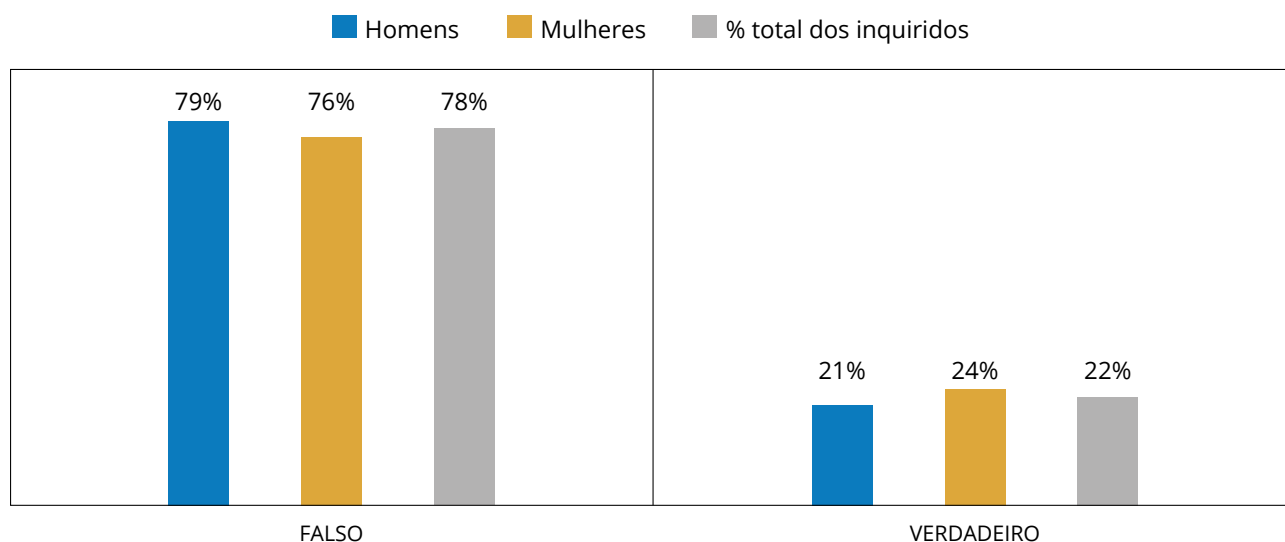
¹⁶ Esta é a média na área de intervenção (73%) e de controlo (71%) referida no relatório de base do projecto GTNS (2020) do PMA Moçambique.

“ Os maridos devem estar presentes na consulta para serem aconselhados sobre o que fazer e como nos apoiar. Se receberem aconselhamento directamente da unidade sanitária, é mais provável que nos apoiem. Porém, se formos nós a falar com eles, não seremos ouvidas.” (MGL, comunidade de Bangwe).

“ O marido é também o dono das barrigas - estas barrigas não são apenas nossas. Os nossos maridos devem estar na consulta connosco para nos encorajar, para nos apoiar.” (MGL, comunidade de Bangwe).

Descanso e trabalho físico durante a gravidez

Embora considerado um aspecto fundamental para uma gravidez saudável, 78% dos inquiridos (79% homens e 76% mulheres) não consideraram que as mulheres grávidas devessem fazer menos trabalho físico durante a gravidez ou lactação (ver Figura 6). Contudo, 76% dos homens pretendiam apoiar as esposas durante a gravidez e a lactação com o trabalho doméstico, seja a trabalhar no campo, seja a buscar água.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 6: Percentagem de homens e mulheres que pensam que as mulheres grávidas devem fazer menos trabalho físico enquanto estão grávidas e/ou a amamentar

A maioria das MGL não têm tempo para descansar e acaba por fazer muito trabalho físico, especialmente ir buscar água e lenha. Alguns homens dos GFDs afirmaram que ajudam as esposas com o trabalho pesado durante a gravidez, mas apenas após o sétimo mês de gravidez. Outros afirmaram que ajudam as esposas grávidas em qualquer altura, desde que estejam doentes. Em geral, homens e mulheres consideram que a gravidez numa fase avançada é mais preocupante. No entanto, não é comum que os homens ajudem as esposas grávidas com o trabalho físico, porém pode ocorrer:

“ Eu ajudo a minha esposa porque sei que ela não deve levantar objectos pesados. Por isso, da última vez que ela esteve grávida, ajudei-a a ir buscar água, para que não precisasse de ir buscar toda a água sozinha.” (Marido, Comunidade de Zenguerere).

Práticas de amamentação



Legenda da Foto: Uma mãe de um GFD a amamentar a seu filho CM2.

Foto de: Nilda Lima

a. Início atempado da amamentação

i) *Colostro*¹⁷

A maioria dos inquiridos, 81% (74% homens e 88% mulheres) estava ciente da importância de amamentar com colostro um recém-nascido, também conhecido como “o primeiro leite”. Quase todos os participantes dos GFDs relataram que normalmente davam o primeiro leite aos bebês. As mães garantem a amamentação desde o dia em que os bebês nascem, tendo 93% das mães entrevistadas afirmado que amamentaram ou planeiam amamentar com o colostro os recém-nascidos após o parto (ver Figura 7).

¹⁶ O colostro (o primeiro leite quando as mães começam a amamentar) está “carregado de nutrientes e compostos que reforçam a imunidade, alimentando e ajudando o bebê nos primeiros dias de vida”. Retirado de <https://www.verywellfamily.com/colostrum- the-first-breast-milk-431990>.

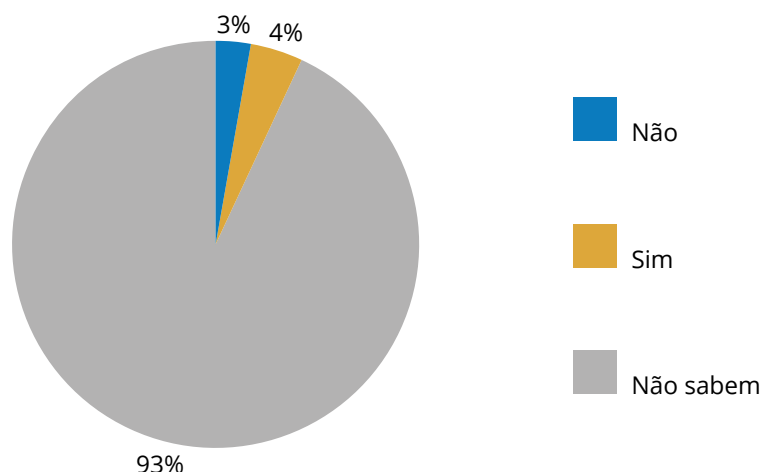


Figura 7: Percentagem de mulheres que amamentaram com colostro os bebês nos primeiros 3-5 dias após o parto

Além disso, a amamentação é largamente praticada nas comunidades. Sem exceção, todas as participantes do sexo feminino nos GFDs alegaram que amamentam os filhos desde que nascem até terem pelo menos dois anos de idade. No entanto, algumas indicaram que a frequência não era constante durante o dia. As mães destacaram a falta de tempo como uma barreira à amamentação frequente, dado que vão às machambas todas as manhãs. Para lidar com esta situação, as mães levam geralmente os bebês consigo e interrompem o trabalho sempre que os bebês choram para serem amamentados. garantir o afecto e o contacto pele com pele durante a amamentação é, por vezes, um desafio. No que diz respeito às crianças pequenas, as mães dos GFDs mencionaram que frequentemente têm de combinar a amamentação com outra tarefa doméstica devido à falta de tempo durante o dia.

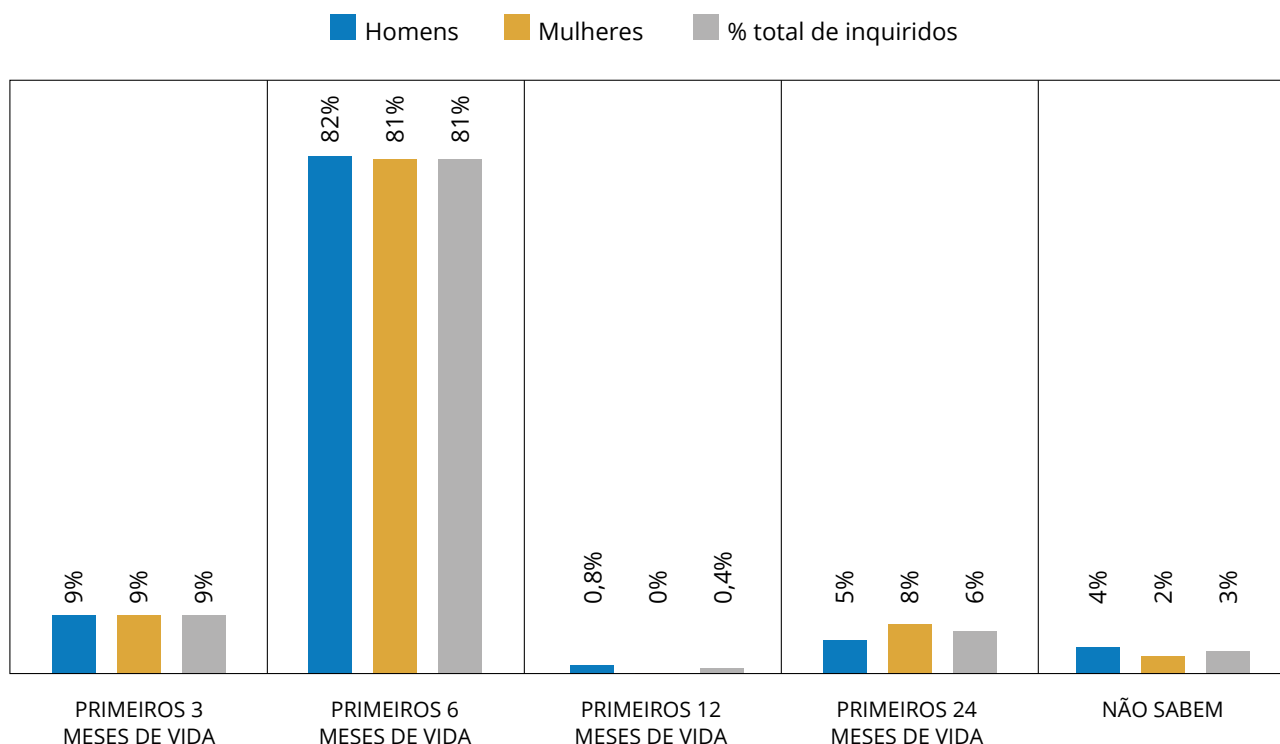
Em contrapartida, o inquérito mostra que existe uma esmagadora maioria de inquiridos que reservam tempo especificamente para alimentar os filhos pequenos e bebês, aproximadamente 87% (77% homens e 97% mulheres).

Esta discrepância pode ser devida à natureza das perguntas fechadas. Quando a equipa da pesquisa qualitativa fez a mesma pergunta, os participantes dos GFDs responderam que reservavam tempo para a amamentação, mas verificou-se que a mesma não era consistente. Descreveram que, por vezes, não conseguem dar atenção exclusiva aos bebês e crianças pequenas quando estão a amamentar e, é por isso que, por vezes, a amamentação é combinada com as tarefas domésticas, particularmente com a preparação de alimentos.

b. Amamentação exclusiva¹⁸

Os participantes dos GFDs alegaram que os profissionais de saúde da unidade sanitária (US) enfatizam o aleitamento exclusivo para que as mães evitem dar líquidos e comida aos bebês até aos seis meses de idade, assegurando-se apenas o leite materno. Tal reflecte o reconhecimento de 81% dos inquiridos indicarem estar familiarizados com o período correcto da amamentação dos bebês nos primeiros 6 meses após parto (ver Figura 8).

¹⁸ Segundo a OMS, amamentar significa exclusivamente dar apenas leite materno ao bebé nos primeiros seis meses de vida, sem misturar água, outros líquidos, chá, preparações à base de ervas ou alimentos, com excepção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (Frequência e Demografia da Amamentação Exclusiva em Mulheres Turcas em CPNara).



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 8: Homens e mulheres conhecedores da amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses após o nascimento do bebé

No entanto, poucos cuidadores cumprem com esta recomendação. A razão é que consideram que o leite materno não satisfaz os bebés e este choram por fome. Sem excepção, os inquiridos nos GFDs declararam que após três meses começam a dar papas, água e, por vezes, chá ao bebé.¹⁹ No entanto, poucos cuidadores cumprem com esta recomendação. Por outro lado, os mesmos podem também dar ao bebé medicamentos tradicionais durante a doença.

“Disseram-me para dar apenas leite materno ao meu bebé até aos seis meses de idade. Mas após três meses, ele começou a chorar muito. Por isso, comecei a adicionar papas e vejo que ele fica mais calmo depois de comer. Eu não sou a única. A maioria das mulheres lactantes da minha comunidade dão o seu bebé com menos de seis meses de idade papas, água e chá. Além disso, por vezes, quando os nossos bebés estão doentes, precisamos de os levar ao curandeiro, por isso os damos o medicamento prescrito para o tratamento.” (Mãe, comunidade de Nhakuiyoyo).

¹⁸ Chá, neste contexto, refere-se ao medicamento tradicional à base de ervas.

Alimentação Infantil



Legenda da Foto: Duas crianças pequenas a comer um lanche na comunidade
Foto de: Nilda Lima

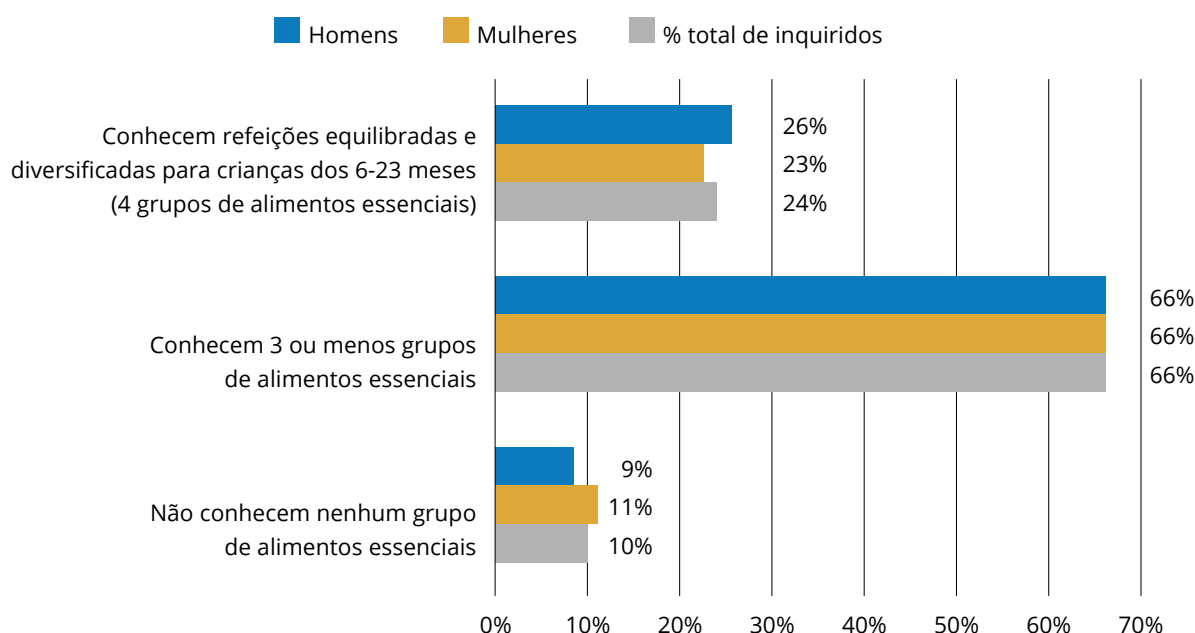
Introdução atempada de alimentos complementares e continuação da amamentação

Os participantes dos GFDs estão familiarizados com a introdução pontual de alimentos complementares. No entanto, como mencionado acima, parte dos cuidadores disseram que começaram a introduzir alimentos complementares aos três meses de idade; outros começaram aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumentam gradualmente à medida que a criança cresce. Em relação à *continuação da amamentação*, todos os participantes dos GFDs acrescentaram que são conhecedores da importância da amamentação de crianças até pelo menos os 24 meses. Mencionaram igualmente ausência de dificuldade em garantir a continuação da mesma.

Diversidade Nutricional (DN)

Se bem que apenas 15% dos inquiridos puderam identificar os quatro grupos de alimentos essenciais (fonte proteínas, tubérculos, frutas e vegetais, e fonte gorduras) para um regime alimentar equilibrado e diversificado para as MGL, aproximadamente 24% dos inquiridos indicaram que sabiam em que consistia uma refeição equilibrada e diversificada para uma criança entre os 6-23 meses de idade (ver Figura 9). Pelo menos 77% dos inquiridos sabiam que

as proteínas, de origem animal e vegetal, são um grupo alimentar essencial para uma refeição equilibrada e diversificada para estas crianças.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 9: Percentagem de homens e mulheres conhecedores dos 4 grupos de alimentos essenciais que constituem uma refeição equilibrada e diversificada para crianças dos 6 aos 23 meses de idade

Ao contrário da informação das entrevistas de onde os inquiridos indicaram ter conhecimento sobre a dieta de uma criança, os cuidadores informaram nos GFDs que na realidade não conseguem alimentar as suas crianças pequenas mais de 2-3 grupos de alimentos por dia. Além disso, afirmaram que não conseguem alimentar as crianças vezes suficientes durante o dia. Como resultado, as crianças não recebem a diversidade alimentar²⁰ recomendada, nem uma dieta mínima aceitável (MAD),²¹ algo que indica insegurança alimentar familiar.²² Ver a Tabela 7 abaixo que descreve a dieta diária típica de uma criança.

²⁰ A diversidade alimentar recomendada refere-se ao número de grupos de alimentos consumidos durante um determinado período, indicando a variedade.

²¹ MAD é um conjunto de diversificação alimentar e frequência de refeições reportado pelo GTNS como não alcançável (WFP; ICRAF, 2020).

²² Encontra-se igualmente no relatório do Estudo de base encomendado pelo Projecto.

Tabela 7: Dieta Diária Típica para uma Criança com menos de Dois anos²³

Idade	Pequeno almoço	Almoço	Jantar	Lanches
6-8 meses de idade	Papas de milho com açúcar		Papas de milho com açúcar	Banana, e batata-doce (quando disponível)
9-23 meses de idade	Xima (mexoeira, sorgo, milho) e caril preparado de folhas verdes, caril de quiabo, feijão- nhemba	Xima (mexoeira, sorgo, milho) e caril preparado de folhas verdes, caril de quiabo, e feijão-nhemba	Xima (mexoeira, sorgo, milho) e caril preparado de folhas verdes, quiabo e feijão- nhemba	

Neste âmbito, é importante referir que alimentar as crianças com alimentos de origem animal é um grande desafio para muitos agregados familiares, pois alguns deles não criam animais; outros têm uma produção muito limitada (essencialmente apenas galinhas e cabritos), dificultando uma dieta adequada para as crianças, bem como para o agregado familiar em geral.

“ Tem sido difícil para nós alimentar todas estas crianças. Há tantas, e a comida é muito pouca porque o que produzimos não é suficiente para o ano inteiro. Há uma certa altura do ano em que as nossas crianças só podem comer uma vez por dia.” (Pais de CM2, comunidade de Bucha).

Alimentos fortificados²⁴

Todos os participantes dos GFDs declararam que não conseguem identificar alimentos fortificados, pois não conseguem distinguir alimentos fortificados dos não fortificados no mercado, e não podem fazer uma escolha informada quando se trata de comprar suplementos de micronutrientes ou produtos fortificados. Consequentemente, o consumo de produtos fortificados por crianças é algo sobre o qual os cuidadores pouco sabem. Indicaram nunca terem sido informados sobre a existência destes produtos por quaisquer canais de comunicação nas comunidades. No entanto, apenas 30% dos inquiridos indicaram que não sabem o que são alimentos fortificados. Além disso, 64% dos inquiridos (66% homens e 62% mulheres), indicaram que compram alimentos fortificados no mercado para os seus filhos e apenas 3% indicaram que não o fazem. Este desalinhamento entre os participantes dos GFDs e os inquiridos pode ser atribuído à má compreensão do que são alimentos fortificados quando questionados no inquérito e a natureza fechada de um questionário que não permite aos enumeradores verificar as perguntas de seguimento.²⁵

²³ De acordo com os princípios orientadores para uma alimentação complementar adequada ao aumento do número de vezes em que a criança é alimentada: 2-3 refeições por dia para bebés de 6-8 meses de idade e 3-4 refeições por dia para bebés de 9-23 meses de idade, com 1-2 lanches adicionais conforme necessário (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2011).

²⁴ A fortificação alimentar é geralmente considerada como a adição deliberada de um ou mais micronutrientes a determinados alimentos, de modo a aumentar a ingestão destes micronutrientes, a fim de corrigir ou prevenir uma deficiência demonstrada e proporcionar um benefício para a saúde. (Biblioteca da OMS. Directrizes sobre fortificação alimentar com micronutrientes/editado por Lindsay Allen [et al.]).

²⁵ Contudo, a equipa de pesquisa quantitativa de campo observou que é difícil para as famílias inquiridas saber se os alimentos que consomem são fortificados ou não. Os vendedores locais re-embalam os alimentos para se adaptarem ao poder de compra das famílias. Por exemplo, o óleo vendido no mercado local é re-embalado em recipientes mais pequenos, tais como garrafas de água mineral ou garrafas de refrigerantes. Isto porque as famílias não podem comprar uma garrafa de 1 litro de óleo de uma só vez. Assim, muitas dessas famílias não têm acesso ou contacto com a embalagem original, onde poderiam ver o rótulo da fortificação alimentar.

Conservação de alimentos



Legenda: (esquerda) Tigela de maçanicas secas ao sol; (direita) Tigela de folhas de thobve secas ao sol.

Foto de: Nilda Lima

Os participantes dos GFDs conhecem a importância da conservação dos alimentos. Conservam os alimentos como forma de lidar com a escassez dos mesmos. Declararam que conservam alho, maçanica, folhas de *thobve*, batata-doce, feijão-nhemba, sementes de pepino, quiabo e tomate. O tomate pode ser armazenado no máximo dois meses. Vale a pena notar que a conservação do tomate não é largamente praticada porque em certas comunidades remotas, as pessoas acreditam que as crianças podem ficar com lepra quando descobrem (tiram tampa de) uma tigela contendo tomate seco.

“Aqui preservamos muitos produtos alimentares, tanto quanto podemos, para lidar com a falta de alimentos. Mas não secamos o tomate porque nos foi dito que as crianças podem apanhar lepra quando descobrem uma tigela contendo tomate seco. Isto é algo que foi deixado claro pelos velhos e ouvimos dizer que acontece na nossa comunidade.” (participantes dos GFDs, comunidade de Melo 1).

Os participantes indicaram que não preservam outros produtos porque não conhecem as técnicas necessárias para o fazer e continuam a repetir o que é normalmente praticado nas comunidades.

Frequência da alimentação das crianças

Os participantes dos GFDs não sabiam com que frequência as crianças dos 6 aos 12 meses devem ser alimentadas. Mencionaram que depois de começarem a alimentar as crianças com alimentos sólidos, aumentam gradualmente a frequência das refeições de forma intuitiva. Quando questionados sobre a frequência recomendada às crianças de diferentes grupos etários, responderam “muitas vezes”, sem poderem especificar quantas vezes por dia. A falta de informação pode ter um efeito sobre a frequência das refeições. Na prática, muitas delas indicaram que alimentam os bebês duas vezes por dia; e crianças dos 6 - 23 meses, 2-3 vezes por dia. Acreditam que as crianças pequenas devem ser alimentadas 3 vezes por dia e devem ter direito a lanches.



Legenda da foto: Preparação do Milho pilado para a moagem e produção de farinha

Foto de: Nilda Lima

Quantidade de alimentos para as crianças em cada refeição

Os participantes dos GFDs estão conscientes da necessidade de aumentar a quantidade de alimentos consumidos pelas crianças pequenas (6 - 23 meses) em cada refeição à medida que estas crescem, mas desconhecem a proporção de alimentos que deve ser dada às crianças. As crianças são alimentadas de forma intuitiva por cada cuidador. Consequentemente, não se sabe se as crianças recebem a quantidade diária recomendada de alimentos.

Consistência e variedade alimentar

Os participantes dos GFDs revelaram ser conhecedores do aumento da consistência alimentar à medida que a criança cresce. Entretanto acrescentaram que não conheciam a consistência exacta da papa para a criança de acordo com a faixa etária. Na prática, as mães preparam o alimento com uma certa consistência e modificam-no em função da reacção da criança ao alimento. Geralmente, acreditam que as crianças não conseguem digerir alimentos com uma certa consistência, e podem engasgar-se com papas espessas.

“Preparo as papas e dou-as ao meu filho e verifico a sua reacção. Tento que a refeição fique espessa, mas não muito, porque os meus filhos não conseguem lidar com isto.” (Mulher Lactante, Comunidade de Francalino).

No que diz respeito à variedade, lutam por garantir uma alimentação variada, dado o facto de os produtos alimentares serem muito limitados. Como mencionado acima, as crianças comem as mesmas refeições, tais como papas e xima, todos os dias porque as mães mencionaram que não conhecem outras receitas (por exemplo, receitas de sopa e variações de papas nutritivas) e continuam a repetir o que aprendem com as pessoas mais velhas da comunidade. Mais ainda, é importante referir que este cenário é ligeiramente diferente naqueles que vivem próximo da unidade sanitária porque estas pessoas tiveram a oportunidade de assistir a algumas sessões culinária organizadas pelos profissionais de saúde, e assim puderam aprender novas receitas.

Adição de gorduras ou óleos aos alimentos das crianças

Em geral, houve muito pouco conhecimento sobre a importância de adicionar óleo, manteiga, ou outras gorduras à dieta das crianças, de modo a aumentar a densidade energética. Na prática, os cuidadores indicaram que adicionavam amendoins às refeições familiares porque é um ingrediente da cozinha tradicional, e não porque conhecem a importância nutricional deste produto para a alimentação das crianças. Além disso, utilizam óleo, mas dizem que ambos os produtos não estão disponíveis durante todo o ano. Também não conhecem as fontes de gordura, especificamente as que se encontram naturalmente nos alimentos como frutos secos, sementes, plantas, peixe, o que constitui um obstáculo adicional na implementação de comportamentos saudáveis recomendados para o benefício das crianças.

Alimentação responsiva/activa²⁶

A esmagadora maioria dos inquiridos (87%) reservou tempo especificamente para alimentar as crianças pequenas e bebés (77% homens e 97% mulheres).

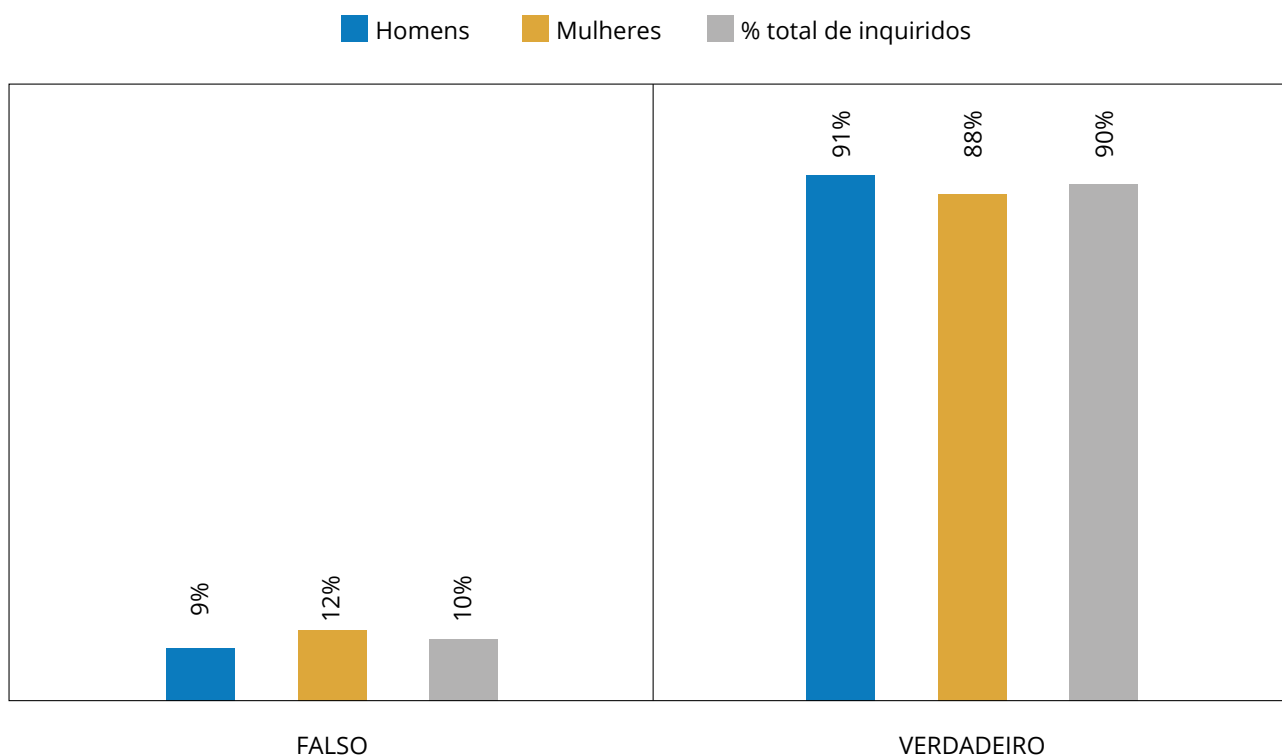
Quando questionados sobre o significado de uma alimentação responsiva/activa, os participantes dos GFDs enfatizaram a importância de ser afectuoso ao alimentar as crianças. Além disso, as mães que participaram dos GFDs indicaram que, por vezes, nem todos os membros da família comem juntos porque têm estado ocupados com as tarefas domésticas, e as crianças (com mais de 12 meses) comem sozinhas sem serem cuidadosamente observadas pelos cuidadores.

“Por vezes tenho tempo para me sentar no chão e alimentar os meus filhos. Mas há dias em que não posso dar-lhes atenção e as crianças comem com as mais velhas. Tentei dedicar mais tempo ao meu pequeno que tem 9 meses, mas mesmo assim, muitas vezes, tenho de dar de comer/amamentar enquanto faço outra coisa em casa.” (Mãe, comunidade de Candima).

²⁶ De acordo com o conceito de alimentação responsável, a amamentação não é apenas para nutrir a criança, mas também serve de troca de amor, conforto e tranquilidade entre o bebé e a mãe (UNICEF UK, 2016).

Alimentação durante e após a doença

O estudo revela que aproximadamente 90% dos participantes do inquérito sabiam que as crianças doentes devem comer com mais frequência, ou seja, diferente duma criança saudável, tais como comer pelo menos 5 vezes por dia, beber mais líquidos e comer alimentos mais nutritivos (ver Figura 10). Além disso, os cuidadores que participaram dos GFDs relataram que alimentam as crianças com leite materno como também preparam alimentos fáceis de digerir quando aquelas sofrem de diarreia.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 10: Percentagem de homens e mulheres que pensam que as crianças devem comer de forma diferente quando estão doentes

Saneamento e Higiene

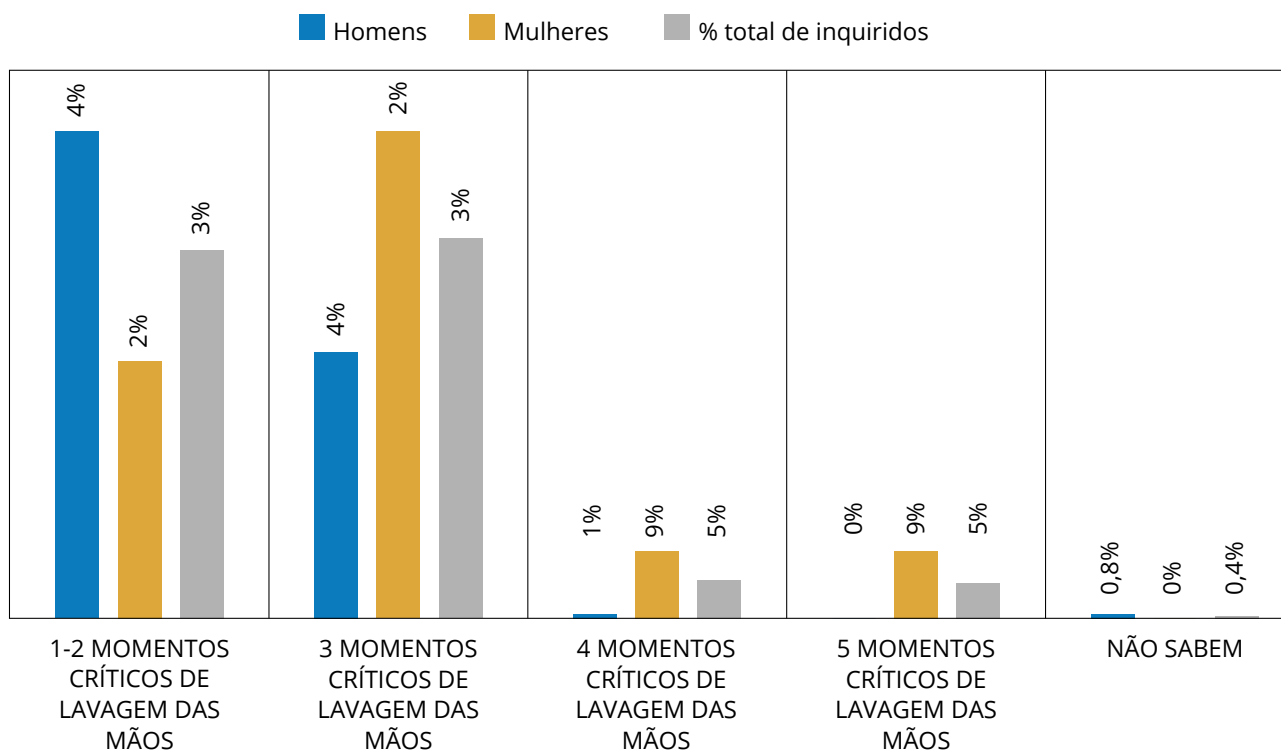
Momentos cruciais da lavagem das mãos



Legenda da Foto: Pessoas que recolhem a água de uma bomba de água pública

Foto de: Nilda Lima

Há 5 momentos cruciais a considerar para lavar as mãos: antes de preparar os alimentos e cozinhar; antes de comer; antes de amamentar; depois de usar a casa de banho; e depois de limpar o rabinho do bebé/mudar a fralda. A maioria dos participantes dos GFDs conheceu pelo menos dois momentos críticos para lavar as mãos. Esta informação está bem harmonizada com os dados quantitativos, segundo os quais metade dos inquiridos (35% homens e 64% mulheres) lembraram-se de pelo menos três momentos de higiene, enquanto 48% lembraram-se de pelo menos um ou dois (64% homens e 34% mulheres) (ver Figura 11). Apenas as mulheres entrevistadas (9%) conseguiram lembrar-se dos 5 momentos cruciais para lavar as mãos.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 11: Percentagem de homens e mulheres que se lembram dos momentos da lavagem das mãos

Os três momentos cruciais mais frequentemente indicados foram lavar as mãos após a utilização da casa de banho, antes da preparação dos alimentos e antes de comer/alimentar. Alguns dos inquiridos indicaram ainda que é crucial lavar as mãos após o regresso da *machamba*. Os restantes dois momentos cruciais para lavar as mãos são após o manuseamento das fezes das crianças e antes de amamentar, e, muito embora mencionado por alguns inquiridos, a lembrança destes dois momentos foi limitado (ver Figura 12).

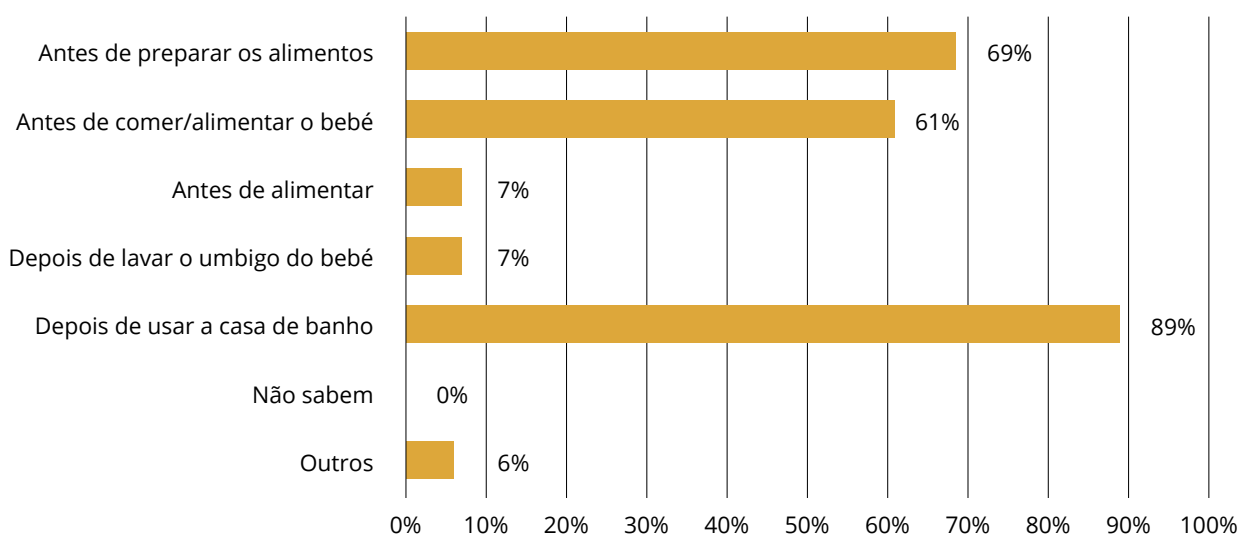


Figura 12: Frequência de cada momento crítico para lavar as mãos mencionado por homens e mulheres

Embora tenham indicado que o não cumprimento dos momentos fundamentais da lavagem das mãos pode causar doenças, as práticas de higiene existentes são insatisfatórias, pois há escassez de água para muitas pessoas em Mulima. Existem locais para lavar as mãos, mas estes não são utilizados com a frequência necessária, dada a falta de água. Além disso, foi observado que falta sabão para lavar as mãos. Como resultado, as pessoas nas comunidades muito provavelmente não lavam as mãos com sabão nos momentos cruciais.

Dito isto, 98% dos inquiridos sentem que lavar as mãos e limpar a casa previne problemas de saúde como a diarreia, a febre e a malária.

“Aqui lavamos as nossas mãos especialmente após a utilização da latrina. Sabemos que as crianças podem ficar doentes se não lavarem as mãos. Mas a verdade é que, por vezes, não temos água. Quase não temos água para as necessidades que temos em casa.” (Líder comunitário, comunidade de Niquice).

Água potável²⁷

Os participantes dos GFDs indicaram que as principais fontes de água potável são bombas de água públicas, lagoas, riachos e rios e que estas fontes estão bastante distantes das suas casas. Em geral, os participantes disseram que nas suas comunidades passam mais de 3 horas (uma ida) para ir buscar água. Algumas pessoas indicaram que estão a uma distância de 30 minutos a pé das suas casas para as bombas de água, mas por vezes preferem utilizar uma fonte de água mais distante para evitar longas filas de espera. Outros preferem ir buscar água às lagoas formadas pela água do rio porque está mais próximo das suas casas, embora saibam que a água não é potável.

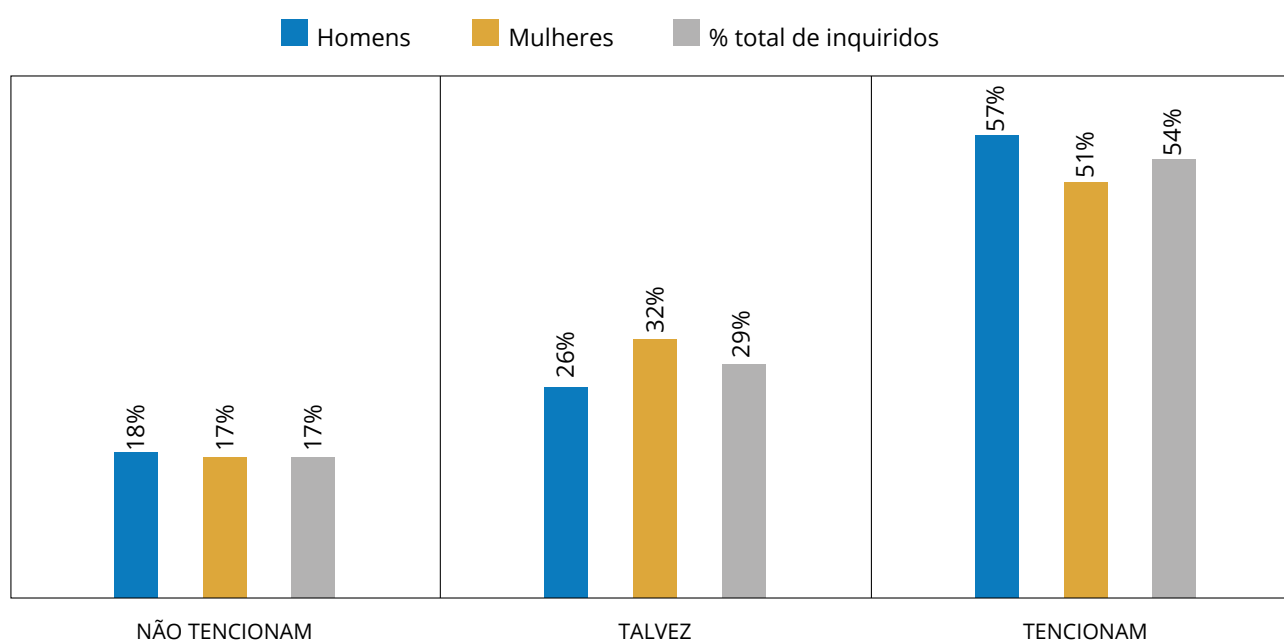


Legenda da Foto: Fonte de água subterrânea turva encontrada em algumas comunidades da localidade de Mulima

Foto de: Nilda Lima

²⁶ Em Moçambique, apenas 53% da população bebe água de fontes de abastecimento melhoradas (UNICEF, 2014)

De acordo com os dados quantitativos, uma pequena maioria dos inquiridos (54%) pretende tratar a água antes de a beber e outros 29% indicaram que a poderiam tratar (ver Figura 13). Os participantes dos GFDs referiram encontrar-se em condições de distinguir a água potável da água não potável pela turvação que apresenta (o quão turva parece estar). Nesta sua perspectiva, a linha de pensamento é que a água que não pareça estar turva está pronta para beber. Foi indicado que a água das bombas públicas é potável e segura para beber, porque parece limpa, mas a água dos rios e lagoas é turva e, por isso, são de opinião que esta água deve ser tratada. Embora acreditem que a água turva não seja segura para beber, na maioria das vezes a água não é tratada com o produto químico de tratamento da água (*certeza*²⁸). A mesma água é, portanto, utilizada para o banho, a limpeza e lavar a roupa. A falta de conhecimentos aliada à falta de condições de acesso a água potável é um obstáculo considerável para a intenção do tratamento da água.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 13: Percentagem de homens e mulheres que tencionam tratar a água antes de a beberem

Os participantes dos GFDs enfatizaram que o tratamento da água por fervura representa um enorme problema. A maioria dos participantes sabe que ferver a água é um método de tratamento, mas não consegue cumprir com esta recomendação porque a considera demorada e dispendiosa, uma vez que, teria de ir buscar lenha e possuir panelas grandes para a ferver. Ficou evidente que a falta de recursos é apontada como a principal barreira ao acesso a água potável.

“Ferver água não é fácil para nós. Exige muitos recursos, que nós não temos. Podemos fazê-lo um dia e depois noutro, mas depois falharemos. É algo que não podemos sustentar.” (Médico tradicional, Comunidade de Melo 1).

Relativamente ao armazenamento de água, sabem que a água deve ser armazenada em recipientes limpos e que estes devem ser cobertos com uma tampa. Contudo, os recipientes observados estavam no chão/piso e não se encontravam em condições particularmente boas de higiene.

²⁸ Certeza é ocasionalmente distribuído através das unidade sanitária local.

Saneamento e fecalismo a céu aberto²⁹



Legenda da Foto: Uma das comunidades onde as GFDs decorreram

Foto de: Nilda Lima

Os resíduos sólidos são uma questão crítica nas comunidades. A nível doméstico e comunitário, a recolha de resíduos sólidos não é organizada de uma forma padronizada. Os participantes dos GFDs frisaram que os resíduos sólidos não são saudáveis, especialmente quando as crianças brincam junto aos mesmos. Na maioria dos casos, não há caixotes de lixo e algumas pessoas atiram o lixo à volta das casas e espaços públicos.

Muitas pessoas nas comunidades não têm acesso a uma instalação sanitária melhorada;³⁰ outros conseguiram ter acesso a latrinas. Acreditam que este estabelecimento seja útil para a sua saúde e, as famílias com latrinas utilizam-nas diariamente. Por outro lado, nas comunidades onde as pessoas não têm latrinas, continuam a praticar a defecação a céu aberto, levando a um ambiente pouco saudável à medida em que a chuva arrasta os resíduos fecais para as proximidades das casas. Os participantes estavam conscientes da associação entre as más práticas de higiene e doenças, particularmente a diarreia e a cólera.

“Aqui as crianças têm diarreia com muita frequência. Muitas pessoas nas comunidades defecam a céu aberto porque não há escolha. Algumas pessoas estão perto do rio e é possível que os resíduos fecais vão para o rio de onde normalmente se obtém água. Essa é a nossa vida.” (Líder comunitário, comunidade de Candima).

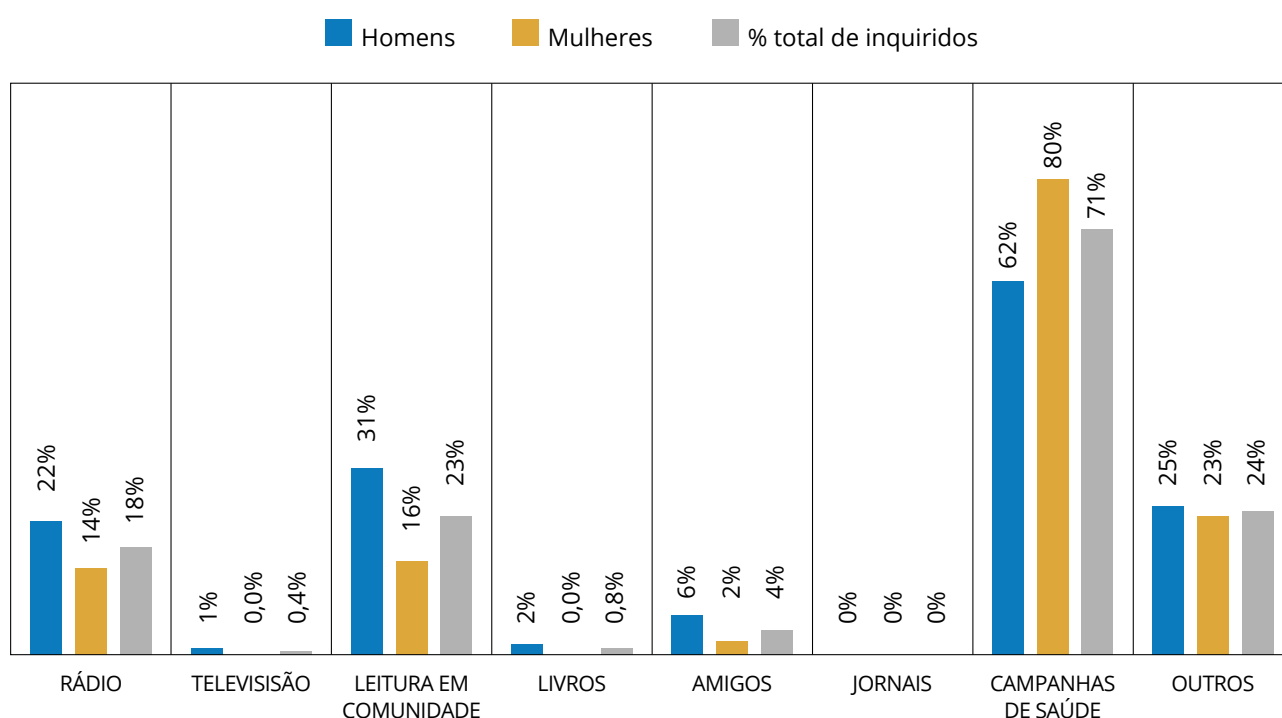
²⁹ O fecalismo ao céu aberto é definida pela OMS “quando a defecação esta é feita nos campos, florestas, arbustos, lençóis de água, praias e outros espaços abertos” (OMS; UNICEF, 2013). Além disso, em Moçambique, 39% da população ainda pratica defecação a céu aberto (UNICEF, 2014).

³⁰ De acordo com a OMS, uma instalação sanitária melhorada é aquela que higienicamente separa os excrementos humanos do contacto humano (Retirado de: http://www.who.int/water_sanitation_health/en/index.html)

Saúde Sexual e Reprodutiva

Obtenção de Informação sobre SSR

Os serviços de saúde são apontados como as principais fontes para obter informação sobre SSR pelos participantes no estudo. Dos inquiridos, 71% (62% homens e 80% mulheres) indicaram que recebem informação sobre SSR das campanhas de saúde e 14% dos recebem informação dos ao nível das unidades sanitárias (ver Figura 14). A rádio foi mencionada como o canal de informação por 18% dos inquiridos, tendo alguns inquiridos indicado tanto a unidade sanitária como a rádio como as suas fontes. Além disso, os inquiridos declararam que as brigadas móveis fornecem métodos contraceptivos, informação sobre planeamento familiar e serviços de SSR.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 14: Distribuição das fontes de informação sobre saúde sexual e reprodutiva

Frequência escolar durante a menstruação

No que diz respeito à questão se as meninas deveriam frequentar a escola durante o período menstrual, 57% dos inquiridos (54% homens e 60% mulheres) indicaram que as meninas deveriam frequentar a escola como habitualmente, enquanto 19% (20% homens e 18% mulheres) pensam de forma diferente e indicaram que as meninas não deveriam frequentar a escola. Alguns inquiridos (24%) estavam inseguros (26% homens e 22% mulheres). A principal razão apontada foi a concepção de que a menstruação era algo sujo e que as meninas deveriam ficar isoladas durante este período. Outra razão apresentada pelas raparigas dos GFDs foi a ausência de condições na escola, o que se torna embaraçoso para elas.

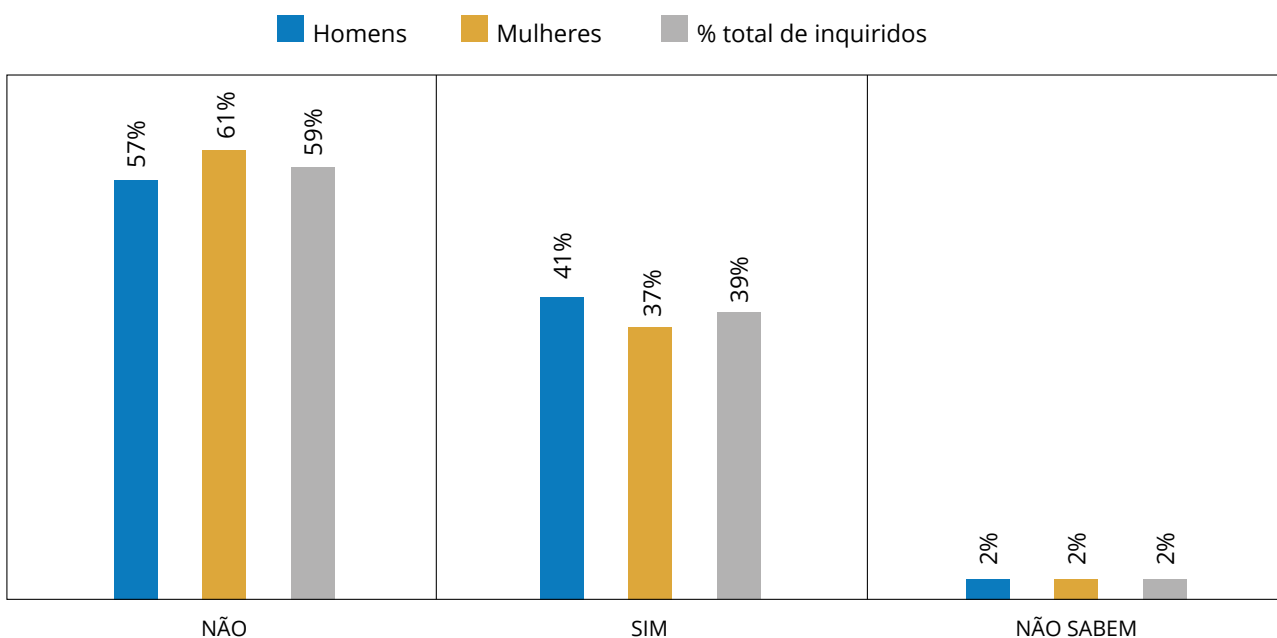
Casamento prematuro e educação



Legenda da Foto: (esquerda) Menino adolescente com os seus pares em Mulima e (direita) Menina adolescente com os seus pares em Mulima (left)

Foto de: Nilda Lima

Dos 258 inquiridos, 39% (41% homens e 37% mulheres) relataram que uma jovem casada e/ou com filhos antes dos 18 anos de idade tem menos probabilidades de terminar a escola do que uma jovem que adia o casamento e/ou a gravidez para depois dos 18 anos de idade; embora 59% não pensa assim (ver Figura 15). Os resultados dos GFDs não estão alinhados com os dados quantitativos e todos os participantes mencionaram que o casamento prematuro/gravidez são compatíveis com a conclusão da escola.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 15: Percentagem de homens e mulheres que pensam que uma jovem casada e/ou com filhos antes dos 18 anos de idade tem menos probabilidades de concluir a escola do que uma jovem que espera até depois dos 18 anos de idade

“Tenho 19 anos de idade. Não estou preparada para ser mãe porque não quero interromper a minha escola. O meu sonho é terminar os meus estudos e ir para a universidade para obter uma formação universitária. Mas eu sou casada e o meu marido quer ser pai. Já falei com ele muitas vezes, mas ele pediu-me para parar de tentar convencê-lo a esperar até eu terminar os meus estudos. Ele deixou claro que não aceitaria a minha recusa. Assim, desde o ano passado que não tenho feito nada para evitar a gravidez. Não sei o que fazer.” (Adolescente, 19 anos de idade, Activista do projecto GTNS).³¹

Os membros da comunidade dizem ser do conhecimento geral que as meninas abandonam imediatamente a escola quando engravidam. A maioria dos cuidadores indicou que embora gostassem que as filhas concluíssem a escola, apoiam a sua decisão de ficar em casa para cuidar dos filhos.

Embora as práticas em torno do casamento infantil pareçam indicar que este está normalizado em algumas áreas, as respostas ao inquérito sugeriram que é percepcionado de forma negativa. Dos inquiridos, 87% (95% homens e 79% mulheres) sabem que a idade mínima legal para casar é de 18 anos, e 88% (93% homens e 83% mulheres) não pretendem permitir que os filhos se casem antes dos 18 anos de idade.³²

Por outro lado, o casamento ainda parece ser uma obrigação social. As adolescentes dos GFDs enfatizaram que não tencionam casar-se antes de terminarem o ensino secundário. A principal razão é que querem ganhar dinheiro, arranjar emprego e ter uma profissão. Algumas profissões mencionadas foram professora, enfermeira, polícia, directora de uma unidade sanitária e empresária. No entanto, dizem que isso é um sonho e não sabem se conseguirão alcançá-lo uma vez que enfrentam muitos obstáculos. A maioria dos obstáculos está relacionada com a pressão social, quer a nível familiar quer comunitário, forçando as jovens se casarem logo após a puberdade.

“Não somos vistas como boas meninas. Não [queremos] casar logo depois dos 18 anos de idade. Eles [membros da comunidade] chamam-nos nomes e não nos tratam bem. Eu falo por mim. Quero terminar a escola e obter o meu certificado, mas não sei se consigo resistir a esta pressão.” (Adolescente, 18 anos de idade, comunidade de Bucha).

Do mesmo modo, os jovens adolescentes citaram que não querem casar já porque também querem terminar a escola e arranjar emprego. Mencionaram que também sentem a pressão para casar cedo (pela comunidade), bem como para serem pais, embora isto não seja sua prioridade.

³¹ A revelação de detalhes de identificação não será divulgada para manter a privacidade da entrevistada.

³² No entanto, observou-se nas notas da equipa de pesquisa quantitativa de campo que, embora muitas mulheres inquiridas soubessem que a idade mínima legal para casar é de 18 anos, não sabiam a sua própria idade.

Poligamia³³ versus casamento monogâmico

A maioria dos jovens (meninos e meninas adolescentes)³⁴ dos grupos focais declararam que apesar de os casamentos poligâmicos continuarem a ser um valor cultural largamente praticado nas suas comunidades, não pretendem manter esta tradição e estão mais inclinados para o casamento monogâmico. A principal razão apresentada tanto pelas meninas e pelos meninos adolescentes prende-se com o facto de, na sua perspectiva, o casamento poligâmico criar instabilidade na família e aumentar as despesas do agregado familiar.

“ O meu pai tem três esposas. O que a nossa família produz não é suficiente para que todos nós comamos porque ele tem tantos filhos com outras esposas. Quando nos resta algum dinheiro, o meu pai não sabe o que fazer com o dinheiro porque há tantas prioridades entre as famílias. Fora disso, há muitos conflitos entre as esposas, e as famílias não podem ser felizes. Quando me casar, quero apenas uma esposa. Isso é certo.” (Rapaz, 17 anos de idade, comunidade de Candima).

“ O meu pai tem quatro esposas. Eu não gosto disso. Tenho tantos irmãos e irmãs e o meu pai não tem tempo para cuidar de todos nós. Além disso, há conflitos entre as esposas e o meu pai, por vezes entre a minha mãe e as rivais. Eu não sou casado. Mas quando me casar, quero um casamento monogâmico. O casamento poligâmico não vale a pena.” (Adolescente, 17 anos de idade, comunidade de Tomucene 1).

A este respeito, salienta-se que os jovens questionam não só as atitudes e comportamentos dos pais, mas também as normas sociais existentes, que indicam claramente a necessidade de não reproduzir o *status quo*. Os rapazes e as raparigas adolescentes chamaram a atenção para o facto de não partilharem as mesmas ideias matrimoniais com os seus pais, mas prevê-se que perpetuem os comportamentos tradicionais. Contrariar as tradições seria considerado insultuoso, levando a castigos sociais latentes entre os jovens.

“ Uma vez eu disse ao meu pai que nunca terei várias esposas como ele. Ele ficou tão furioso. Disse-me: Eu não quero rebeldes aqui. Desde então, não lhe digo o que penso. Quando chegar a minha hora, saberei o que fazer.” (Rapaz, 16 anos de idade, comunidade de Nhakuiyoyo).

“ A minha mãe não me apoia. Ela quer que eu me case, aconteça o que acontecer. Também quero casar quando for mais velha, mas não me quero envolver com um homem que tem muitas esposas porque o meu filho sofrerá porque não cuidará devidamente de nós. Eu disse à minha mãe que não aceito isto. A minha mãe zangou-se comigo e disse que tenho de obedecer, mas eu não quero fazê-lo. Por isso, prefiro não falar com ela sobre isso.” (Adolescente, 17 anos de idade, comunidade de Nhakuiyoyo).

³³ Os casamentos poligâmicos são definidos quando um homem tem múltiplas esposas ao mesmo tempo, enquanto que os casamentos poliamorosos são definidos quando uma mulher tem múltiplos maridos ao mesmo tempo. A poligamia é um termo neutro em termos de género que se refere à prática de ter múltiplos parceiros matrimoniais ao mesmo tempo.

³⁴ Os jovens que abrangem a faixa etária dos 10-24 anos. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>.

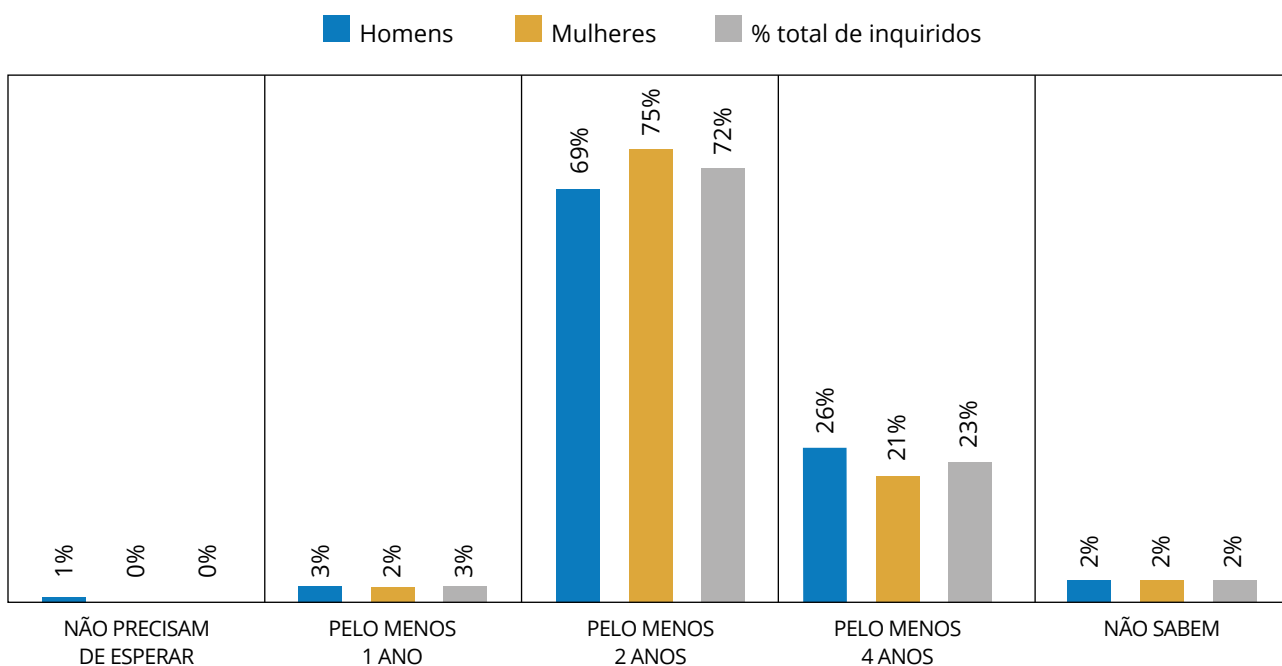
Gravidez



Legenda da Foto: Mulheres grávidas que participaram de alguns dos GFDs

Foto de: Nilda Lima

Em relação ao tempo mínimo necessário de espera para uma mulher engravidar novamente após o parto, 72% dos inquiridos (69% homens e 75% mulheres) sabiam que as mulheres deveriam esperar pelo menos dois anos para obter partos seguros (ver Figura 16). Dos inquiridos, 23% (26% homens e 21% mulheres) indicaram que pensam que o período mínimo entre os partos deveria ser de quatro anos. Embora a maioria estivesse bem informada, algumas mulheres declararam nos GFDs que engravidaram mais cedo porque os maridos não aceitam o planeamento familiar ou não querem esperar tanto tempo.

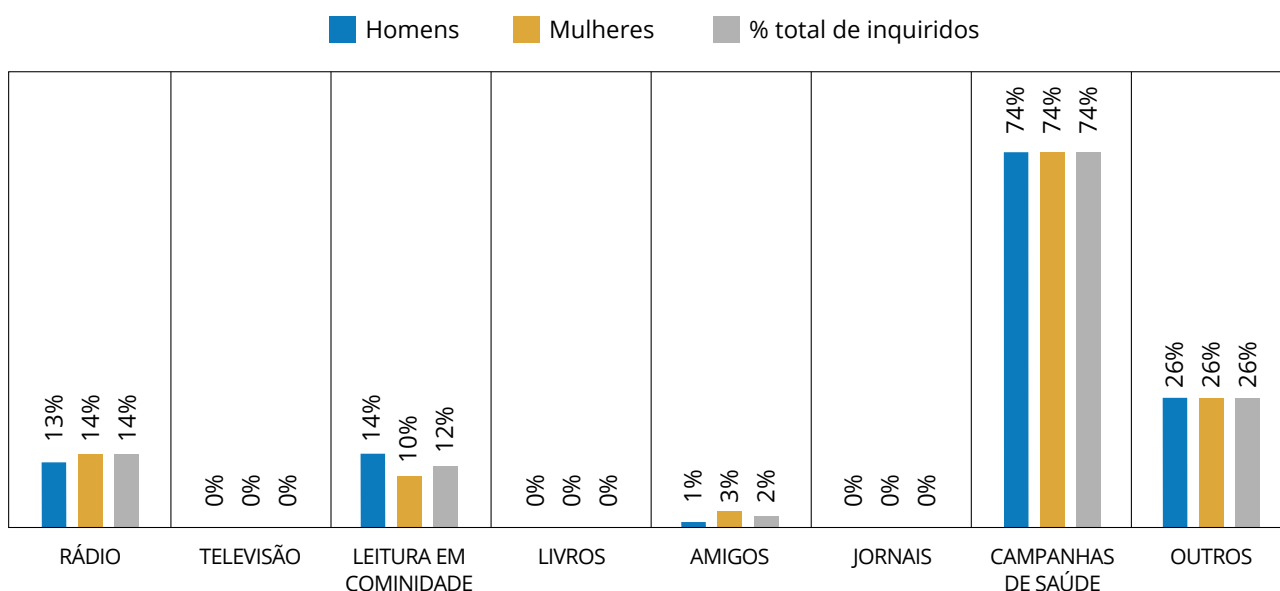


Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 16: Percentagem de homens e mulheres que conhecem o período correcto de espaçamento de gravidezes

Métodos contraceptivos

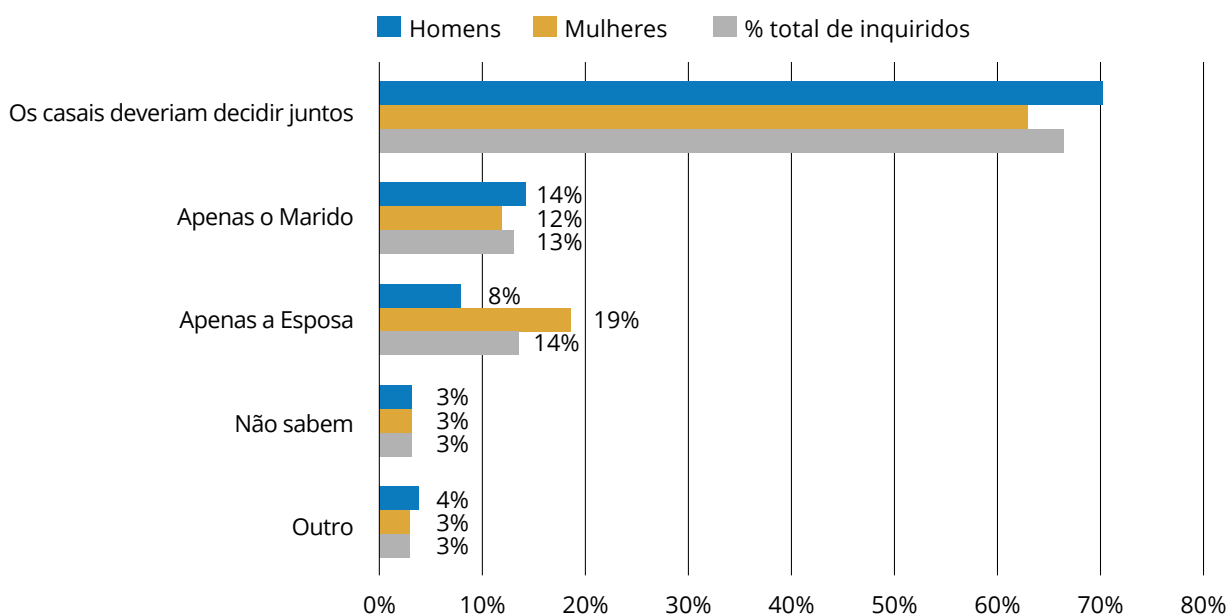
Aproximadamente 97% dos inquiridos (98% homens e 96% mulheres) já ouviram falar de contraceptivos. A maioria obtém informação sobre os métodos contraceptivos através de campanhas de saúde e hospitais (ver Figura 17). Além disso, 14% dos inquiridos indicaram que obtêm informação através da rádio enquanto 12% dos inquiridos obtêm informação sobre os contraceptivos a partir de palestras realizadas na comunidade. Todos os inquiridos que indicaram a rádio também indicaram que ouviram falar dos mesmos nas campanhas de saúde. No que diz respeito à segurança dos contraceptivos, 78% dos inquiridos (78% homens e 78% mulheres) estão plenamente confiantes de que os contraceptivos são seguros enquanto 12% estão um pouco confiantes e 10% não estão confiantes. Durante as GFDs os participantes declararam que algumas mulheres não estão confiantes no que diz respeito à segurança dos implantes e algumas delas regressam à unidade sanitária para os remover.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 17: Percentagem da informação sobre contraceptivos de homens e mulheres

Quanto à escolha do método contraceptivo, 67% dos inquiridos (70% homens e 63% mulheres) pensam que um casal deve decidir conjuntamente o tipo de contraceptivo utilizado (ver Figura 18). Durante as discussões de grupos, os homens mencionaram que o que quer que as esposas decidam é aceitável, mas depreendeu-se que os homens têm de facto a última palavra. No entanto, os homens recusam-se a usar preservativos porque dizem que isso diminui o prazer sexual.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (125 homens, 133 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 258 inquiridos

Figura 18: Quem tem a última palavra sobre o tipo de contraceptivo a usar (segregado por género e em percentagens)

Curiosamente, 42% das mulheres entrevistadas no inquérito indicaram que continuariam a usar contraceptivos mesmo se o marido não concordasse em fazer planeamento familiar (ver Figura 19).

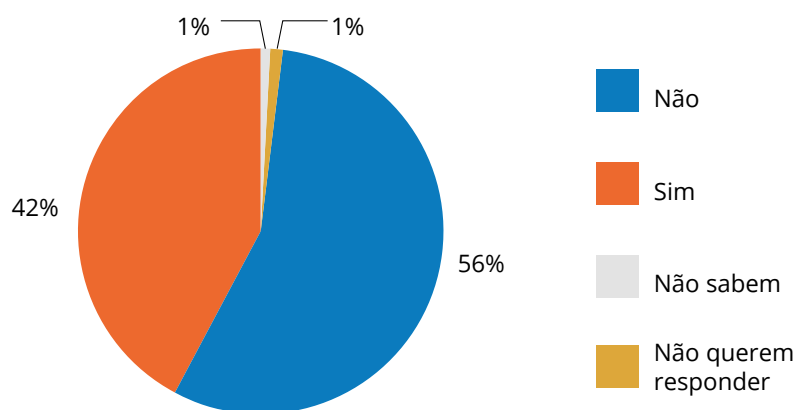


Figura 19: Percentagem de mulheres que utilizariam métodos de planeamento familiar apesar de o marido não concordar

Segurança nos abortos

Muitos participantes dos GFDs afirmaram que o aborto não é normalmente praticado nas comunidades³⁵. No entanto, estavam confiantes de que o aborto pode ser feito em segurança na unidade sanitária. Dos inquiridos, 79% (82% homens e 76% mulheres) indicaram que os abortos são seguros quando realizados na unidade sanitária, enquanto 14% não concordam que os abortos realizados nas unidades sanitárias sejam seguros. Este último grupo pode explicar o facto de algumas pessoas expressarem a sua preferência de consultar um médico tradicional para fazer um aborto; estes acreditam que os curandeiros conhecem as ervas correctas a serem usadas para abortar.

Fístula Obstétrica³⁶

Este tópico foi explorado através do inquérito e de métodos qualitativos (GFDs e KII). Enquanto os GFDs foram realizadas com diversos grupos de membros da comunidades, as entrevistas com informantes-chave em torno da fístula obstétrica foram realizadas com três mulheres que padeciam deste problemas, incluindo os membros dos seus agregados familiares.

Tabus em torno do assunto

De acordo com o inquérito, 80% dos inquiridos (206 dos 258 inquiridos, igualmente entre homens e mulheres) ouviram falar da Fístula Obstétrica (ou na língua local, *txvuzi/ndenda za chicazi*), principalmente através de campanhas de saúde, rádio e pessoas da comunidade, tais como familiares, amigos, membros mais velhos e vizinhos. Por outro lado, a maioria dos participantes dos GFDs nunca tinha ouvido falar a respeito. Curiosamente, quando a equipa da pesquisa qualitativa perguntou se conheciam o que era a fístula obstétrica, responderam positivamente, mas depois de se sondar mais, notou-se que as pessoas confundiam a FO com a incontinência urinária.³⁷ A Fístula Obstétrica não parecia ser realmente conhecida por parte considerável dos membros das comunidades, o que induz a equipa do estudo a questionar os dados do inquérito acima mencionados.

Quando os participantes dos GFDs finalmente compreenderam a questão da FO, relataram ter conhecimento de algumas pessoas nas comunidades que tinham este problema, mas não puderam acrescentar mais informação devido a sensibilidade do assunto e as pessoas não se sentem à vontade falar a respeito. Tal foi confirmado durante a entrevistas. Todas as mulheres que padecem de FO e os seus familiares declararam que apenas falam sobre o assunto entre si, não só porque o assunto está rodeado de tabus, mas também porque as mulheres que vivem com este problema sentem vergonha devido às reacções de outras pessoas.

³⁵ Esta opinião foi confirmada nas notas da equipa de investigação quantitativa de campo de tal forma que quando se perguntou às mulheres sobre o aborto, um número notável de mulheres ficou surpreendida com esta pergunta, potencialmente alinhada com os participantes nas GFD que não consideram o aborto como uma prática comum.

³⁶ A fístula obstétrica é “[um]hiato/fenda entre o canal de parto e a bexiga e/ou recto causado por um parto prolongado e obstruído por não ter tido acesso a tratamento médico rápido e de qualidade” Retirada de: UNFPA <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>

³⁷ A incontinência urinária é a perda do controlo da bexiga.

“Desde que tive este problema, a minha vida mudou. O meu marido deixou-me. Antes de eu sofrer com isto, tudo estava bem entre nós. Evitei estar com os meus amigos e vizinhos porque não me sinto confortável em estar com eles ou confiante quando saio. Mantenho-me a maior parte do tempo dentro de casa e saio apenas quando é absolutamente necessário.” (Membro da comunidade, 20 anos de idade).³⁸

Ideias pré-concebidas sobre este tema

Os inquiridos e participantes dos GFDs acreditavam na existência de tratamento para a fistula obstétrica, quer pelas unidades sanitárias, quer pelo médico tradicional. A maioria dos inquiridos (54%) que tinham indicado anteriormente saber sobre a doença, também sabiam da existência do tratamento (111 de um total de 206 inquiridos). Destes inquiridos, 94% indicaram que o tratamento estava disponível nas unidades sanitárias e apenas 7% indicaram o médico tradicional (em determinados respondentes, o tratamento esteve disponível de ambas as fontes). No entanto, dado que a fístula obstétrica foi fortemente associada à feitiçaria e causas externas, os participantes dos GFDs confessaram ter procurado desesperadamente por uma solução com médicos tradicionais dentro e fora da sua província. Acreditavam que precisariam de ser curadas não só desta doença como também de “livrar-se dos maus espíritos” que lhes foram enviados.

“Tenho a certeza de que a minha filha foi enfeitiçada. Eles [espíritos] enfeitiçaram-na. Vendi o gado que tinha, incluindo parte da nossa colheita para poder pagar os serviços da medicina tradicional. Fiz tudo o que pude para ver a minha filha curada, mas não foi suficiente, e ela ainda está doente. Agora não tenho nada para vender e não tenho dinheiro. Ela não pode ir à escola. Eu não sei o que fazer.” (Mãe de uma adolescente de 19 anos que padecia de FO).

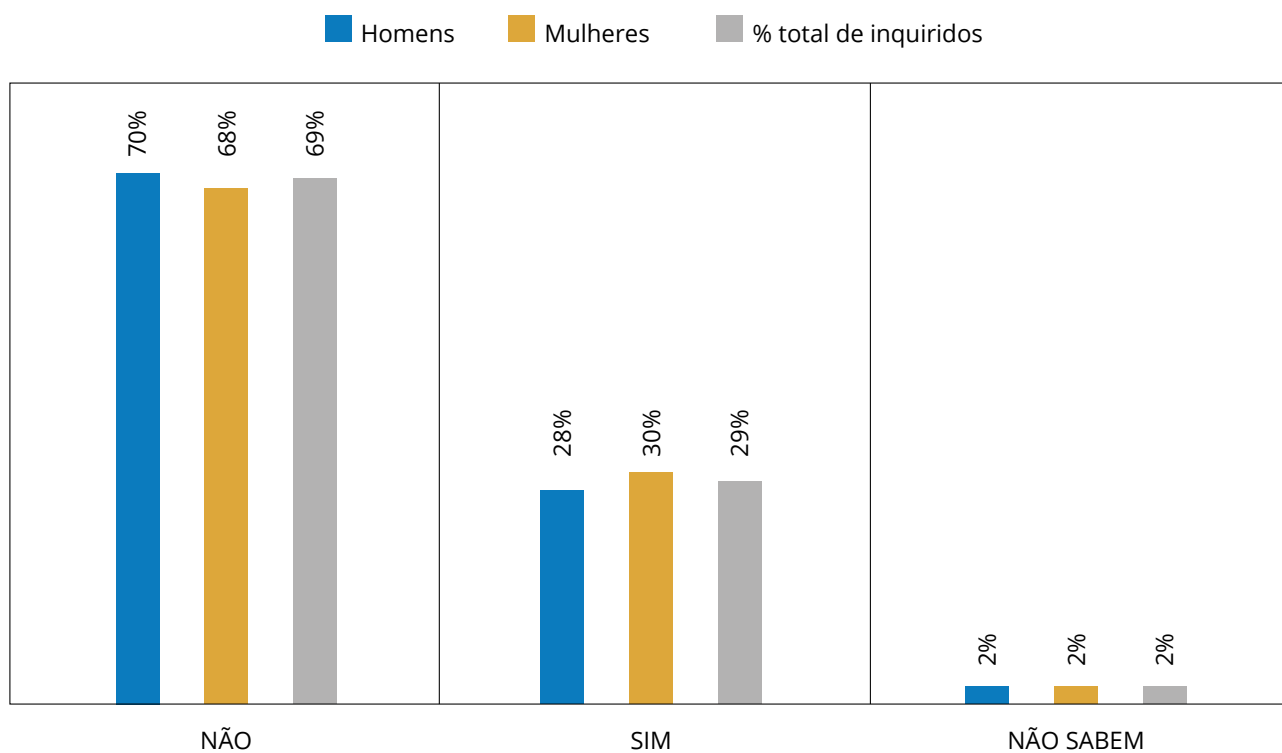
Medo, tabu, vergonha, falta de conhecimento, informação deturpada e valores culturais encorajam atitudes negativas em relação à FO, impondo o isolamento social às mulheres que vivem com esta condição, e, ao mesmo tempo, criando instabilidade na família.

Procura de Comportamentos Saudáveis na Unidade Sanitária

Apesar de terem dedicado o tempo, os recursos e os esforços necessários na procura de tratamento através da medicina tradicional, quando os foi perguntado se aceitariam um tratamento hospitalar, responderam positivamente. No entanto, dado o tabu e vergonha, declararam não partilhar esta informação com ninguém da comunidade para evitar a exposição social. Isto está alinhado com os resultados do inquérito quantitativo de onde a maioria – 69% dos inquiridos indicaram saber o que é a FO – afirmou que as pessoas vivendo com este problema não se sentiam confortáveis a falar sobre os sintomas (ver Figura 20).

“Se fosse informada de que tenho uma operação marcada no hospital, iria, mas partiria muito cedo de manhã, discretamente, para que ninguém me perguntasse para onde ia.” (Mulher que padece de FO, idade desconhecida).

³⁸ A identificação dos detalhes não será revelada para manter a privacidade da entrevistada.



Nota: as percentagens de homens e mulheres foram calculadas no âmbito dos seus próprios grupos (100 homens, 106 mulheres) e a percentagem % do total de inquiridos foi calculada a partir do total de 206 que relataram conhecer a Fístula Obstétrica

Figura 20: Percentagem de homens e mulheres que pensam que as mulheres que padecem de Fístula Obstétrica não se sentem à vontade para falar dos sintomas



VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O objectivo do Estudo CAP consiste em explorar aspectos-chave relacionados com a nutrição para compreender melhor o conhecimento, as atitudes e as práticas da comunidade em torno da nutrição materna e alimentação infantil, bem como complementar a informação relativa às componentes do projecto que não foram abrangidas pelo estudo de base. Tais componentes são saúde sexual e reprodutiva, incluindo fístula obstétrica e Saneamento e higiene, e tem em vista indicar a estratégia para a implementação do programa. Os resultados revelam claramente áreas cruciais para a mudança no projecto e, mais importante ainda, os principais conhecimentos, atitudes e práticas dos membros da comunidade. O estudo é revelador ainda das razões pelas quais determinadas crenças foram perpetuadas, mesmo quando contrárias ao conhecimento. Inquestionavelmente, o presente Estudo CAP ajuda a compreender melhor os comportamentos das pessoas e as dinâmicas locais e, por conseguinte, os resultados ora apresentados podem ser o vector na promoção de uma força inestimável para a mudança.

Embora a recolha de dados quantitativos não tenha sido representativa, em combinação com os dados qualitativos é possível tirar conclusões válidas na medida em que as interpretações cingem-se ao contexto da população estudada e das comunidades onde o Projecto GTNS está a ser implementado. Ao interpretar os dados, a equipa do CAP procurou abordar as limitações metodológicas que possam ter afectado os resultados.

Importa referir que o presente estudo registou certas diferenças entre as comunidades situadas nas zonas centrais e as situadas nas zonas periféricas. Relativamente ao conhecimento, as comunidades em torno da zona central de Mulima, embora apresentando características rurais, são mais conhecedoras e mais expostas aos serviços públicos; enquanto que as comunidades recônditas parecem ter mais práticas tradicionais enraizadas. Tal constatação propõe a necessidade de maior atenção às pessoas que vivem nas comunidades periféricas.

Por outro lado, a dinâmica do género permanece similar em todas as comunidades. Independentemente da sua localização, os homens continuam relutantes em providenciar apoio adicional às esposas quando se trata do trabalho doméstico, acompanhamento às consultas pré-natais e prestando o apoio necessário durante a gravidez. Parece ser um comportamento estabelecido e aceite. Dito isto, vale a pena referir que há homens – note-se que são muito poucos – que não cumprem totalmente com este princípio, sendo este um potencial ponto de partida que podia ser aproveitado no sentido de fomentar-se um ambiente favorável.

Outra característica pertinente às comunidades diz respeito aos jovens - meninas e meninos adolescentes – que tendem a ser críticos relativamente a determinadas práticas tradicionais seguidas pelos pais ou pessoas da comunidade, particularmente no que toca ao casamento poligâmico. A maioria deles indicou que os casamentos poligâmicos são prejudiciais ao bem-estar da família, e esta é a razão pela qual preferem optar por casamentos monogâmicos. Além disso, os jovens enfatizaram a necessidade de realizarem os seus sonhos. Indicaram a conclusão dos estudos e ter como prioridade uma profissão, seguida do casamento, o que, mais uma vez, revela uma mudança potencial, uma vez que, demarca-se substancialmente do contexto onde vivem.

Os resultados do presente estudo destacaram sete áreas-alvo para as quais se remetem as recomendações. As recomendações seguintes são apresentadas tendo em consideração que o programa já está em curso e algumas iniciativas já estão a ser adoptadas.

1. Os primeiros 1.000 dias de vida

1.1 Reforçar as parcerias com as principais unidades sanitárias próximas dos locais do projecto para maximizar o apoio à implementação bem sucedida do projecto.

As unidades sanitárias são as intervenientes-chave do projecto, bem como uma fonte de informação fundamental para as comunidades, tanto em Mulima como nas localidades circundantes, sendo cruciais no envolvimento dos membros da comunidade e dos beneficiários do projecto nos serviços de saúde e na difusão de mensagens. Uma maior sensibilização a respeito dos objectivos do projecto e o apoio aos profissionais de saúde das unidades sanitárias podem reforçar a ponte entre as comunidades e as unidades sanitárias. Tal pode incluir o envolvimento dos profissionais de saúde das unidades sanitárias em formações e reuniões estratégicas do GTNS.

1.2 Desenvolver e emitir programas de rádio dirigidos aos cuidadores acerca da importância dos primeiros 1.000 dias de vida utilizando, para este período crítico, mensagens-chave da CMSC.

Embora a maioria dos pais e cuidadores envolvidos no Estudo CAP estivessem conscientes da importância dos primeiros 1.000 dias de vida, não estão familiarizados com as consequências no desenvolvimento físico e mental de uma criança se não se prestar, durante este período crítico, os cuidados e nutrição adequados. Isto torna especialmente importante também informar as comunidades a respeito do intervalo correcto deste período crítico, contado desde a concepção da gravidez até aos primeiros dois anos de idade.

A estratégia de campo deve realçar os benefícios de modo a asseverar cuidados e nutrição adequados, tendo em consideração que este período de vida de uma criança é crucial na prevenção da desnutrição crónica, e concomitantemente, que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável. Aplicando a perspectiva CMSC, deve-se criar um programa de rádio baseado na primeira sessão do pacote padronizado dos manuais da CMSC para sensibilizar pais, activistas comunitários de saúde (ACSs) e profissionais de saúde sobre a importância dos primeiros 1.000 dias de vida.³⁹ Os resultados revelaram que muitos participantes do estudo obtêm informação através da rádio e esta forma de comunicação permitiria que um maior número de membros da comunidade beneficiasse das mensagens de CMSC comunicadas aos beneficiários através de sessões de aconselhamento interpessoal.

2. Saúde das MGL e das Crianças menores de dois anos

2.1 Envolver os médicos tradicionais nas mensagens de CMSC para maximizar a sua influência comunitária na promoção da saúde e nutrição das crianças e das MGL.

Todos os dados do Estudo CAP, semelhantes aos resultados do Estudo de base, mostraram que a malária e a diarreia são consideradas as doenças que mais afectam as crianças, e os dados globais revelam que a malária e a diarreia são letais para as crianças pequenas (UNICEF, n.d.). A prevenção destas doenças é crucial e o seu impacto no estado nutricional não deve ser subestimado. As crenças relativas ao tratamento destas doenças colocam obstáculos no acesso

³⁹ A primeira sessão de cada tópico SBCC do pacote padrão SBCC centra-se nos primeiros 1000 dias de vida e na importância de uma boa nutrição e cuidados para o desenvolvimento infantil. Os 4 tópicos do pacote padrão SBCC são nomeadamente Alimentação infantil, Nutrição Materna, Prevenção da Malária e Saneamento e Higiene

a cuidados adequados, onde um número significativo de pessoas mencionou a necessidade de procurar médicos tradicionais. Os resultados de saúde de bebés e das MGL seriam melhorados se os médicos tradicionais fossem especificamente um grupo-alvo, envolvendo-os nas mensagens de CMSC no respeitante aos primeiros 1.000 dias de vida e cuidados de crianças, visando o aconselhamento interpessoal, juntamente com os principais agregados familiares beneficiários.

2.2 Melhorar a sensibilização das equipas-chave das unidades sanitárias próximas aos locais do projecto visando a articulação entre género e nutrição de modo a garantir um maior envolvimento dos homens no cuidado às mulheres.

Os resultados revelaram que as mulheres não descansam tanto como deveriam durante a gravidez e muitas mães indicaram que é fundamental que os seus maridos as apoiem durante a gravidez e a lactação. Isto inclui, mas não se limita ao apoio com as tarefas domésticas, transporte de bens pesados, e acompanhando-as às consultas de CPN e consultas com os outros filhos. O esforço físico e uma elevada carga doméstica têm efeitos negativos na gravidez e na saúde da mulher durante este período. A estratégia de campo do projecto precisa colocar maior enfoque na importância das MGL realizarem actividades menos exigentes fisicamente durante a gravidez e lactação, articulando tal com a saúde do bebé a curto e longo prazos. *Isto pode ser facilitado pelo reforço da parceria com as principais unidades sanitárias próximas dos locais do projecto, sendo fundamental tanto para o cuidado dos bebés, como para as MGL.* Além disso, de acordo com os inquiridos, os profissionais de saúde são a principal fonte de informação e considerados as pessoas de maior confiança na comunidade. Os profissionais de saúde das unidades sanitárias devem ser capacitados na transmissão de todas as mensagens, respeitantes ao género e aos membros da comunidade.

3. Nutrição Materna e Cuidados das MGL e bebés dos 0 - 6 meses

i. Alimentação das MGL

3.1 Apoiar as brigadas móveis priorizando a divulgação de informação nas comunidades remotas sobre a alimentação e os cuidados adequados para as MGL, assim como fornecer serviços básicos de saúde às mulheres que enfrentam obstáculos na ingestão de uma dieta nutritiva e equilibrada.

A esmagadora maioria dos participantes do Estudo CAP não tem conhecimentos sobre nutrição materna durante a gravidez, havendo apenas um pequeno número de participantes capaz de identificar os quatro grupos de alimentos para uma dieta saudável das MGL. Embora o Estudo CAP tenha revelado que as MGL declararam comer entre 2-3 refeições por dia, as refeições carecem de micronutrientes. Isto indica atitudes e práticas deficientes em torno da nutrição e dieta durante a gravidez entre a população-alvo. A situação é mais grave nas zonas remotas onde as pessoas têm menos acesso à informação.

A equipa do Projecto GTNS deve orientar o pessoal da brigada móvel em áreas específicas para estabelecer prioridades. O pacote deve incluir a) informação sobre a ligação entre alimentos nutritivos (incluindo o consumo de ovos) e uma gravidez saudável, concentrando-se na disponibilidade de produtos locais; e b) rastreio e tratamento da desnutrição aguda nas MGL pelas brigadas móveis durante a durabilidade do projecto a nível comunitário providenciando os cuidados de saúde adequados e necessários.

3.2 Sensibilizar os membros da comunidade através das actividades de CMSC existentes e de uma componente adicional de criação de gado com vista a utilização de fontes alimentares disponíveis localmente para melhorar a nutrição materna.

Os resultados revelam que uma dieta deficiente não estava apenas relacionada com a escassez de alimentos, mas também com a falta de informação sobre como utilizar melhor os recursos locais para uma dieta mais nutritiva e equilibrada pelas MGL. Apesar de a maioria dos participantes ter conhecimentos que as proteínas são um elemento importante da dieta das MGL, estas não ingerem tais alimentos. Sabe-se que em Mulima as pessoas utilizam o gado como fonte de rendimento e como fonte de alimentos. É de referir que um investimento em nutrição é um investimento em rendimentos futuros. Isto pode ser imediatamente implementado através da inclusão de receitas mais ricas em proteínas nas sessões de culinária. Para uma sustentabilidade a longo prazo, o reforço da agricultura resiliente ao clima e a redução das perdas pós-colheita assegurariam o rendimento dos pequenos agricultores durante todo o ano, podendo consumir partes do gado doméstico sem receio de perder rendimentos futuros. Além disso, o aconselhamento interpessoal sobre nutrição materna deveria incluir a promoção do consumo de ovos provenientes da criação de galinhas.

ii. Aleitamento materno exclusivo

3.3 Mudar a estratégia de CMSC de uma campanha de sensibilização para uma campanha de mudança de comportamento, centrada nas percepções dos benefícios, riscos e gravidade das questões em torno da amamentação exclusiva.

É de referir que a amamentação é amplamente praticada por todas as mães dos GFDs. No entanto, o aleitamento materno exclusivo continua a ser baixo entre as mulheres lactantes. Apesar de terem conhecimento da importância da amamentação exclusiva, acreditam que o leite materno por si só não é suficiente.

A principal barreira à adopção da amamentação exclusiva não é o conhecimento, mas sim as atitudes – as ideias pré-concebidas da comunidade em relação a esta questão. Neste contexto, uma campanha de mudança de comportamento deve ter em conta os seguintes aspectos:

- Apoiar os cuidadores a ultrapassar obstáculos, tais como o medo de deixar o bebé passar fome, para mudarem o comportamento, criando um ambiente propício.
- Abordar práticas tradicionais que entram em conflito com o comportamento desejado, envolvendo mensageiros de confiança (a nível doméstico) e pessoas influentes na comunidade [tais como líderes religiosos, comunitários e APes].
- Identificar na comunidade potenciais *desvios positivos*⁴⁰ e envolvê-los activamente na campanha.
- Abranger um público maior para permitir um ambiente propício, não se concentrando apenas nas 1.500 famílias beneficiárias.

Os aspectos acima mencionados podem ser escritos e transmitidos em programas de rádio já existentes ou utilizados como critérios visando a selecção de entrevistados com histórias de sucesso. A utilização da rádio também alargará o público-alvo para além dos principais beneficiários do projecto.

⁴⁰ Refere-se a pessoas cujos comportamentos ou estratégias incomuns mas bem sucedidos lhes permite encontrar melhores soluções que os seus pares para um problema apesar de enfrentarem os mesmos desafios e não tendo quaisquer recursos ou conhecimentos adicionais como os seus pares.

4. Alimentação infantil

4.1 Reorientar a estratégia das sessões de demonstrações culinárias de modos a serem mais centradas na comunidade, incluindo mensagens relacionadas com a quantidade e consistência dos alimentos, e adicionando gorduras para melhorar a dieta das crianças.

Devido à escassez de alimentos, os dados revelaram que a alimentação adequada de crianças é um problema alarmante. A dieta diária típica de uma criança com menos de dois anos é deficiente e não comporta uma dieta mínima aceitável, faltando a diversidade de um regime alimentar recomendado. Para a maioria dos cuidadores, é difícil alimentar diariamente os filhos com uma variedade de alimentos. Os participantes do estudo relataram que não conseguiam alimentar as crianças pequenas com mais de 2-3 grupos de alimentos por dia. Ficou evidente que a frequência recomendada para alimentar as crianças não é alcançada. Além disso, o conhecimento sobre a consistência e quantidade de alimentos para crianças em cada refeição é muito limitado, levando os cuidadores a adoptar uma prática intuitiva, sem seguir quaisquer recomendações. A alimentação diária de uma criança pequena torna-se mais preocupante uma vez que os pais e as pessoas que cuidadoras não têm informações sobre produtos fortificados e, conseqüentemente, sobre a forma de os escolher no mercado local. Do mesmo modo, não estão habituados a adicionar óleo, manteiga, ou outras gorduras à dieta das crianças.

Por outro lado, há um aspecto positivo no que diz respeito à conservação de alimentos. Os cuidadores conseguem preservar uma variedade de alimentos através de métodos locais de modo a enfrentar a escassez de alimentos, embora não tenham muitos conhecimentos sobre novas técnicas. Além disso, resistem ao consumo de certos produtos, tais como tomates secos ao sol e folhas de *thobve* secas ao sol, devido aos tabus comunitários em torno destes alimentos. O consumo de ovos foi explorado noutra avaliação do projecto (PMA Moçambique, 2020), bem como neste Estudo; no entanto, as práticas em torno de crianças que consomem ovos devem ser mais exploradas.

A estratégia de campo deve ser reforçada:

a) Reorientar as sessões de demonstração culinária existentes por:

- Devido à reembalagem de alimentos no mercado, os alimentos fortificados são difíceis de identificar; por isso dever-se-ia capacitar as *bancas*⁴¹ baseadas na comunidade e os vendedores do mercado para ajudarem os cuidadores a procurarem alimentos fortificados. Seria benéfico envolver os vendedores de alimentos (a todos os níveis) para criarem um ambiente favorável em torno dos alimentos fortificados. Os materiais de comunicação poderiam incluir autocolantes com logótipos de alimentos fortificados, colocando-os nos alimentos reembalados.
- Mostrar a consistência e a quantidade recomendada de alimentos para crianças em cada refeição, de acordo com a faixa etária.
- Adicionar gorduras disponíveis localmente (tais como amendoins e sementes de gergelim) à dieta das crianças e enfatizar a importância das gorduras na dieta das mesmas.

⁴¹ As BCPNs são pequenos quiosques de propriedade local, operando nas aldeias remotas que revendem produtos alimentares dos mercados distritais maiores.

- Adicionar diferentes tipos de alimentos ricos em micronutrientes (tais como produtos animais, frutas e vegetais) para encorajar o seu consumo.

b) Reorientar as sessões de conservação de alimentos existentes através de:

- Ensinar os beneficiários do projecto técnicas sobre os novos produtos que podem ser conservados, incluindo carne e ovos.
- Abordar os obstáculos ao consumo de certos produtos promovendo a troca de informações e sentimentos com as pessoas que consomem estes produtos e que têm histórias positivas a partilhar com aqueles que têm medo de os consumir (seja pela rádio ou por sessões de aconselhamento interpessoal).

5. Saneamento e Higiene

5.1 Criar sinergias e alinhamento sempre que possível através de abordagens multisectoriais no aumento do número de bombas de água locais.

A água potável é a questão mais desafiante em todas as comunidades onde o projecto está a ser implementado. O Estudo CAP revela que as principais fontes de água potável são as bombas de água públicas, lagoas, riachos e rios. Os participantes do CAP conseguem distinguir entre água potável de água não potável, observando a sua turbidez (o quão turva parece estar). Embora se reconheça que a água turva não é segura para beber, pelo que deve ser tratada, uma maioria dos participantes do CAP indicou que tencionava ou poderia tratar a água antes de a beber, sendo extremamente difícil ferver água porque não têm os recursos nem o tempo para o fazer. Como resultado, a água que consomem não é potável. A mesma água é utilizada para o banho, para a limpeza e para a lavagem da roupa. Além disso, a defecação a céu aberto conduz a um ambiente insalubre, uma vez que, a chuva traz consigo os resíduos fecais para as proximidades das casas e fontes de água.

Criar sinergias e alinhamento sempre que possível através de abordagens multisectoriais para incrementar o acesso a água potável. Tendo em conta as sessões comunitárias sobre Saneamento e Higiene (abrangendo os principais aspectos levantados no estudo CAP), a equipa do Estudo CAP recomenda a identificação de parcerias que possam fornecer bombas de água públicas ou apoio na implementação de projectos nas fontes de água, tais como uma campanha de lavagem das mãos nas bombas de água locais. Caso contrário, seria muito difícil para os beneficiários do programa cumprir com as práticas de higiene recomendadas, uma vez que, as infra-estruturas adequadas não estão disponíveis.

6. Saúde Sexual e Reprodutiva

i. Casamento prematuro e educação

6.1 Articular com as autoridades de educação do Governo distrital no sentido de encorajar o apoio às meninas adolescentes a concluírem os estudos, através do fornecimento de apoio técnico e financeiro.

Os resultados do Estudo CAP revelaram os sonhos dos jovens e das jovens adolescentes: desejam concluir os estudos, ganhar dinheiro, arranjar um emprego e ter uma profissão.

Algumas profissões mencionadas foram professor, enfermeiro, polícia, director de uma unidade sanitária e empresário. O “Sonho” foi utilizado porque não se sabe se este será concretizado pois enfrentam muitos obstáculos. Embora a maioria dos inquiridos tenha afirmado que o casamento prematuro ou a gravidez precoce não afecta a capacidade de as meninas concluírem os estudos todos os participantes dos GFDs, sem excepção, deixaram claro que o casamento prematuro/gravidez precoce não é compatível com a conclusão dos estudos. Os participantes, por isso, não pretendem casar antes de concluírem o ensino secundário, e a maioria dos cuidadores indicou que não pretende permitir que os filhos se casem antes dos 18 anos de idade. As adolescentes, em particular, sentem-se assustadas porque sabem que, se engravidarem, terão de abandonar imediatamente a escola e os pais geralmente não encorajam a continuação após a saída. A equipa do Projecto GTNS precisa de criar sinergias de modo a que haja uma articulação clara entre a educação e a nutrição utilizando uma abordagem multisectorial utilizada pelo projecto.

ii. Casamento poligâmico versus monogâmico

6.2 Alargar o público-alvo nas sessões comunitárias interpessoais da CMSC de modo a incluir adolescentes do agregado familiar no projecto, para além dos cuidadores das CM2.

O Estudo CAP salientou que embora os casamentos poligâmicos continuem a ser largamente praticados e fortemente valorizados culturalmente no distrito de Chemba, os jovens não pretendem manter esta tradição e estão mais inclinados para o casamento monogâmico. A lógica declarada pelos adolescentes é que o casamento poligâmico cria instabilidade na família e aumenta as despesas domésticas. Os adolescentes não só questionam as atitudes e comportamentos dos pais, como também as normas sociais existentes, tendendo a pôr fim ao *status quo* na promoção de comportamentos desviantes positivos. Os adolescentes enfatizaram que os casamentos poligâmicos colocam um obstáculo no cuidado das MGL e das crianças, uma vez que, os homens não conseguem sustentar todas as esposas e filhos adequadamente. Isto pode exigir uma reorientação do alvo geográfico na inclusão de adolescentes mais velhos, dado que não existe uma escola secundária em Mulima, estando estes jovens a frequentar a escola (e a viver) em Chemba-sede ou outras cidades maiores fora de Mulima AP. As adolescentes mais velhas estão numa idade delicada, correndo maior risco de casamento prematuro e/ou de gravidez indesejada.

6.3 Criar uma actividade complementar visualmente artística para assegurar que os adolescentes possam transformar o que aprenderam nas sessões da comunidade num trabalho artístico que possa ser exibido na comunidade.

Envolver os adolescentes nas sessões comunitárias existentes sobre SSR e género é fundamental para reunir diferentes perspectivas e encorajar uma discussão intergeracional produtiva. Uma actividade artística visual complementar pode ser uma exposição fotográfica. As actividades artísticas são bastante atractivas para os adolescentes no sentido de os ajudar a exprimirem-se de forma mais aberta e criativa num espaço público e envolvê-los a um nível mais pessoal. Dado o seu grande potencial para agir como um desviante positivo, o Projecto GTNS tem de aproveitar esta oportunidade na abordagem de pontos de viragem⁴² para a mudança a nível individual e comunitário.

⁴² Um ponto de viragem refere-se à dinâmica da mudança social, onde as tendências evoluem rapidamente para mudanças permanentes. Pode ser impulsionada por um acontecimento natural ou por um forte determinante da mudança. Os pontos de viragem descrevem como a dinâmica se desenvolve até um ponto em que a mudança ganha força e se torna imparável. [C-Change (Communication for Change). *C-Modules: A Learning Package for Social and Behavior Change Communication*. Washington, DC: C-Change/FHI 360; 2012].

iii. Planeamento familiar

6.4 Criar um plano de acção de género específico ao contexto no reforço da articulação entre o género e a nutrição em todas as actividades

As unidades sanitárias prestam serviços de planeamento familiar a nível comunitário através das brigadas móveis e campanhas de saúde. Por esta razão, os resultados do Estudo CAP revelam que as pessoas na comunidade estão familiarizadas com os métodos contraceptivos e têm acesso aos mesmos. De acordo com entrevistas, o casal deve decidir conjuntamente sobre o uso de contraceptivos; no entanto, entende-se que na realidade os homens têm a última palavra sobre o uso de contraceptivos. Um número considerável de mulheres indicou que continuaria a usar contraceptivos mesmo se os maridos não concordassem em fazer planeamento familiar. Outro aspecto importante é que as mulheres têm a última palavra sobre a escolha do método contraceptivo, excepto no que diz respeito aos preservativos. Os homens recusam-se a usar preservativos porque dizem que isso diminui o prazer sexual.

Dado que o planeamento familiar será abordado tanto nos Clubes de diálogo sobre género como nas sessões SSR do Projecto GTNS, não se recomenda nenhuma outra actividade específica. No entanto, recomenda-se o desenvolvimento de uma abordagem mais coordenada na articulação de género e nutrição em todas as actividades do projecto para além dos CDGs. Um plano de acção de género assegurará o alinhamento com a componente do clube de diálogo sobre género na sequência de quaisquer actividades complementares de género.

7. Fístula Obstétrica

7.1 Desenvolver uma campanha de sensibilização em torno da Fístula Obstétrica e mensagens relacionadas, utilizando os meios de comunicação social.

Sabe-se que a OF é causada pela gravidez prematura, desnutrição e falta de acesso à cirurgia de emergência relacionada com o trabalho de parto. (UNFPA; EngenderHealth, 2003). As mulheres que padecem de FO são vulneráveis e estão socialmente isoladas carecendo do apoio da comunidade. Em alguns casos, são abandonadas pelos maridos e não podem prestar os cuidados adequados aos filhos e a si próprias.

Medo, tabu, vergonha, falta de conhecimento, informação deturpada e valores culturais são as palavras-chave que surgem quando se discute a FO. As mulheres que padecem de FO limitam-se ao isolamento social porque a participação na vida quotidiana foi relatada como embaraçosa devido aos sintomas e tabus desta doença. Dito isto, as mulheres que padecem de FO não se sentem à vontade para falar dos sintomas ou desta questão em geral. Devido ao tabu em torno deste assunto, a equipa do Projecto GTNS deveria sensibilizar a opinião pública no tocante a FO. Além disso, esta condição está fortemente associada à bruxaria, causas externas, e “maus espíritos”, levando as pessoas afectadas a procurar soluções junto aos médicos tradicionais. *Ao desenvolver e divulgar mensagens sobre esta condição, centradas nas causas, sintomas e disponibilidade de tratamento, e para que o impacto seja mais rigoroso, é fundamental envolver profissionais de saúde na prestação de assistência melhorada e no encaminhamento das pacientes para tratamento hospitalar.* O parceiro da rádio do Projecto GTNS está em melhor posição para divulgar mensagens sobre a fístula obstétrica à comunidade em geral. *Spots publicitários, guiões e histórias de sucesso devem conter informações claras sobre os sintomas, causas e tratamento, bem como formas de abordar o estigma que rodeia as mulheres que padecem desta doença.*

7.2 Apoiar as autoridades sanitárias locais e provinciais nas campanhas da Fístula Obstétrica, alinhando as brigadas móveis e as mensagens de rádio apoiadas pelo projecto com o plano nacional de Moçambique.

A criação de procura de tratamento de fístulas obstétricas através de mensagens de rádio não pode começar sem primeiro se contactar as autoridades sanitárias, uma vez que, o tratamento só está disponível fora do distrito de Chemba, nos hospitais provinciais. Como já existem campanhas nacionais no país, a equipa do Projecto GTNS deve alinhar toda e qualquer mensagem de CMSC, particularmente em torno do apoio gratuito ao tratamento, através das autoridades sanitárias. O Projecto GTNS pode incentivar os activistas para também divulgarem as mensagens ou mobilizar as comunidades quando a campanha nacional estiver em curso.

Referências

- Brinda, E., Rajkumar, A. P., & Enemark, U. (2015, March 9). Association between gender inequality index and child mortality rates: a cross-national study of 138 countries. *BMC Health*, p. 15.
- European Commission, ISS FANSSA & Nutrition Advisory Service. (2019). *Brief on Gender equality matters for nutrition: How EU development cooperation can improve both gender equality and nutritional outcomes in the rural sector*. Directorate General International Cooperation and Development – EuropeAid, Directorate Sustainable Growth and Development.
- FEWS Net. (2020). *Southern Africa Mozambique* . Retrieved from fews.net: <https://fews.net/southern-africa/mozambique>
- Government of Mozambique. (2019, October 22). Boletim da Republica: Lei de Prevenção e Combate as Unioes Prematuras. Maputo , Mozambique. Retrieved from: <https://www.unicef.org/mozambique/media/1991/file/Lei%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Combate%20as%20Uni%C3%B5es%20Prematuras%20em%20Mo%C3%A7ambique.pdf>
- Leach, A. (2014, June 3). *9 reasons why gender matters when improving global nutrition*. Retrieved from theguardian.com: <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2014/jun/03/women-nutrition-mothers-hunger-gender>
- National Statistics Institute (INE); Ministry of Health (MISAU) . (2012). *Demographic and Health Surveys (IDS) 2011*. Maputo: MEASURE DHS. Retrieved from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>
- Romao, F. P., Baptista, A., Polana, M., Fiosse, S., Mahoque, R., & Antunes, E. (2012). *Manual para Atendimento Integrado as Vitimas de Violencia*. Maputo: Ministry of Health (MISAU) . Retrieved from: http://reprolineplus.org/system/files/resources/GBV_Manual_Pt.pdf
- Root, R. (2019, June 6). How to better integrate gender equality and nutrition. Vancouver, Canada.
- SETSAN; World Food Programme (PMA). (2018). *The Food Nutrient Gap (FNG) Mozambique*. Maputo: PMA. Retrieved from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/PMA-0000100126.pdf>
- Smith, L. C., Ramakrishnan, U., Ndiaye, A., Haddad, L., & Martorell, R. (2003). *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*. Washington D.C., USA: International Food Policy Research Institute (IFPRI).
- Thousand Days; Think Babies. (n.d.). *Nutrition in the First 1000 Days: A foundation for brain development and learning* . Retrieved from: Retrieved from: https://thousanddays.org/wp-content/uploads/1000Days-Nutrition_Brief_Brain-Think_Babies_FINAL.pdf
- UNESCO Institute for Statistics. (2020). *Mozambique*. Retrieved from uis.unesco.org: <http://uis.unesco.org/en/country/mz>
- UNFPA; EngenderHealth. (2003). *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries*. New York: UNFPA & EngenderHealth. Retrieved from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula-needs-assessment.pdf>

- UNICEF. (2014). *Situation Analysis of Children in Mozambique*. Maputo: UNICEF. Retrieved from: <https://www.unicef.org/mozambique/media/1961/file/Situation%20of%20Children%20in%20Mozambique%202014.pdf>
- UNICEF. (2015). *Casamento Prematuro e Gravidez na Adolescência em Moçambique: Causas e Impacto*. Maputo: UNICEF. Retrieved from: <https://www.unicef.org/mozambique/relatorios/casamento-prematuro-e-gravidez-na-adolesc%C3%Aancia-em-mo%C3%A7ambique-causas-e-impacto>
- UNICEF. (2016). *Nutrition Situation in Mozambique*. Retrieved from unicef.org: <https://www.unicef.org/mozambique/en/nutrition>
- UNICEF. (n.d.). *Childhood Diseases*. Retrieved from unicef.org: <https://www.unicef.org/health/childhood-diseases>
- UNICEF UK. (2016). *UNICEF UK Baby Friendly Initiative Infosheet: Responsive Feeding: Supporting Close and Loving Relationships*. Mead: UNICEF UK. Retrieved from: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/Responsive-Feeding-Infosheet-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative.pdf>
- PMA Mozambique. (2020). *Food Consumption Report*. Maputo: PMA Mozambique.
- PMA Mozambique. (2020). *Gender Analysis Report (GTNS)*. Maputo: PMA.
- PMA; ICRAF. (2020). *Baseline Report of the PMA Mozambique Gender Transformative and Nutrition Sensitive (GTNS) Programme (2019 to 2021)*. Maputo : PMA.
- WHO; UNICEF. (2013). *Progress on Sanitation and Drinking Water 2013 Update: Fast Facts*. Retrieved from: https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2013/jmp_fast_facts.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO). (2011, July 28). *Child health: Recommended food for the very early years*. Retrieved from who.org: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/child-health-recommended-food-for-the-very-early-years>

ANEXOS

Anexo1: Ferramenta de Recolha Qualitativa de Dados: Discussões com os Grupos Focais

Tópicos	Conhecimento	Atitudes	Práticas	Factores de Facilitação	Obstáculos
Nutrição Materna					
Consultas pré-natais e Dieta das MGL	Sabe quantas vezes é que a mulher grávida deve ir à US para as consultas pré-natais?	Confia que as consultas ajudam na saúde da gravidez para que o bebé nasça mais saudável?	Quantas consultas fez durante gravidez? O marido acompanha-a nas consultas?	O que a motiva a cumprir com as consultas?	Enfrenta obstáculos para cumprir com as consultas?
	Sabe que tipo de dieta a mulher grávida ou lactante deve ter?	O que acha que seria uma alimentação saudável para a mulher grávida e lactante?	O que costumava/costuma comer durante a gravidez/amamentação?	Quais são os factores que facilitam uma dieta apropriada durante a gravidez?	Que obstáculos encontra para fazer uma dieta saudável?
Energia e proteína e qualidade da alimentação durante a gravidez e lactação	Conhece os alimentos que são essenciais à dieta da mulher grávida ou lactante?	Há algum tipo de alimento que ache que a mulher grávida ou lactante não deva comer? Porquê?	O que come diariamente durante a gravidez/amamentação?	O que poderia fazer para assegurar que tem uma alimentação rica e saudável?	Quais são os obstáculos para ter acesso a uma dieta saudável?
		O que considera ser uma boa dieta para a mulher grávida ou lactante?			
	Conhece alimentos fortificados?	O que acha sobre a escolha dos alimentos fortificados na dieta da mulher grávida ou lactante?	Costuma comprar alimentos fortificados? Porquê?	Acha que é importante ter acesso aos alimentos fortificados?	Quais as dificuldades para ter acesso aos alimentos fortificados?
	Sabes o que isto quer dizer?				
Descanso e trabalho durante a gravidez	Sabe que tipo de esforço físico a mulher grávida deve evitar para ter uma gravidez saudável?	Acha que a mulher grávida ou lactante pode fazer esforço físico. Até que ponto? (exemplos trabalhos domésticos, carregar água, buscar lenha)	Que tipo de actividades físicas costuma fazer?	O que poderia ajudar a ter uma gravidez com mais descanso e com menos trabalho físico?	Quais são as principais dificuldades que encontra para ter mais descanso na gravidez e fazer trabalhos mais leves?

	Sabe se o descanso é importante durante a gravidez? Porquê?		O marido apoia-a a ter mais descanso e menos trabalho físico? De que maneira?		
		Qual é a sua opinião sobre o leite do peito para a saúde do bebé?			
Práticas de amamentação: o primeiro leite e amamentação exclusiva	Sabe quanto tempo após o nascimento o bebé deve ser amamentado?	Acredita que o primeiro leite do peito é fundamental para a saúde da criança?	Como amamenta/ama-mentou o seu bebé com menos se 6 meses?		Enfrenta/enfrentou dificuldades para garantir uma amamentação após 1 hora do nascimento do bebé?
	Sabe qual é a importância de amamentar o bebé com o primeiro leite do peito imediatamente após o parto?				
	Sabe o que quer dizer amamentação exclusiva e sua importância para a saúde do bebé com menos de 6 meses?	Acha que o bebé precisa de alimentos adicionais? (exemplos: água, chá, sumo, papa)	Alguma vez adicionou com a amamentação comida ou líquidos?	O que a motivaria garantir uma amamentação exclusiva para o bebé até os 6 meses?	Enfrenta/enfrentou alguma dificuldade para assegurar ao seu bebé menor de 6 meses amamentação exclusiva?

Alimentação infantil

Continuação da amamentação	Sabe até quantos meses de idade a criança pequena deve continuar a ser amamentada? Porquê?	Acha que não amamentar a criança pequena até pelo menos os 2 anos de idade acarretaria algum problema para a saúde dela?	Amamenta a criança pequena até que idade?	Qual a sua principal motivação para querer continuar a amamentação da criança pequena?	Tem enfrentado alguma dificuldade para continuar a amamentar a criança pequena?
Introdução atempada de alimentos complementares	Sabe quando é que a mãe deve iniciar a alimentação complementar? Porquê?	Acha que garantir uma alimentação complementar para a criança após os 6 meses é importante para a saúde dela? Porquê?	Como alimentou a criança pequena depois dos 6 meses de idade?	O que ajuda a garantir à criança pequena uma alimentação complementar?	Encontrou obstáculos para garantir uma alimentação complementar?

<p>Diversidade na dieta alimentar: alimentação de crianças com alimentos de origem animal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação das crianças com alimentos de origem animal - Alimentação das crianças com frutas e legumes - Alimentação das crianças com um número mínimo do grupo de alimentos 	<p>Sabe quais são os alimentos essenciais para a saúde e crescimento da criança pequena? Porquê?</p>	<p>O que acha que seria o prato ideal de todos os dias para a criança pequena? O que deveria conter o prato?</p>	<p>O que é que a sua criança pequena costuma comer? (matabicho, almoço, jantar e lanches)</p>	<p>O que a motivaria a levar a cabo uma alimentação variada para a criança pequena?</p>	<p>Quais são as principais dificuldades para garantir à criança pequena diferentes grupos de alimentos?</p>
	<p>Sabe a importância de misturar diferentes grupos de alimentos? (exemplos: um prato com folhas verdes, abóbora e peixe). Porquê?</p>	<p>Há algum tipo de alimento que acha que a criança pequena não deve comer?</p>	<p>Com que frequência a criança pequena come frutas, vegetais, proteína animal?</p>	<p>Tem apoio do marido para dar à criança pequena uma boa alimentação?</p>	
<p>Suplemento de micronutrientes ou fortificação</p>	<p>Conhece alimentos fortificados recomendados para criança? Sabe o que isto significa?</p>	<p>Confia que existe alimentos fortificados?</p>	<p>Costuma comprar alimentos fortificados? Porquê?</p>	<p>Acha que é importante ter acesso aos alimentos fortificados?</p>	<p>Quais são as dificuldades para ter acesso aos alimentos fortificados?</p>
<p>Aumento da frequência e/ou densidade das refeições</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento da consistência dos alimentos para crianças - Adição de gorduras ou óleos aos alimentos das crianças - Aumento da quantidade dada às crianças em cada refeição 	<p>Sabe se a consistência da comida é importante para alimentação da criança?</p>	<p>Acha que a consistência da comida interfere na saúde da criança pequena? De que maneira?</p>	<p>Descreva como tem preparado a comida da criança pequena em termos de consistência, frequência e quantidade?</p>	<p>O que a motivaria a garantir que a sua criança pequena tenha uma alimentação com consistência, frequência e quantidade adequadas?</p>	<p>Que obstáculos encontra para dar à sua criança pequena uma alimentação com consistência, frequência e quantidade adequadas?</p>
	<p>Sabe qual é a frequência recomendada para alimentação da criança pequena: 6-8 meses; 9-12 meses; 12 a 24 meses</p>	<p>E a frequência e quantidade contam para a saúde da criança pequena?</p>			
	<p>Sabe se os alimentos gordurosos como amendoim, coco, óleo fazem bem ou mal à criança?</p>	<p>Que tipo de alimentos acha que a criança pequena não pode deixar de comer?</p>	<p>Costuma oferecer alimentos gordurosos à criança pequena? Que tipos?</p>	<p>O que a motivaria para dar à sua criança pequena alimentos gordurosos?</p>	<p>Quais são os principais obstáculos para dar à sua criança pequena alimentos gordurosos?</p>
	<p>Sabe a quantidade ideal para cada refeição de uma criança pequena: 6-8 meses; 9-12 meses; 12 a 24 meses)</p>	<p>Acha que dá a quantidade suficiente de comida à sua criança pequena? Como sabe?</p>	<p>Que quantidade de comida costuma dar à sua criança pequena a cada refeição?</p>	<p>Que tipo de apoio precisaria para garantir à sua criança pequena uma boa quantidade de comida a cada refeição?</p>	<p>Quais são os principais obstáculos para garantir à sua criança pequena uma boa quantidade de comida a cada refeição?</p>

Alimentação responsiva/activa	Sabe se é importante os cuidadores dedicarem tempo suficiente e exclusivo para alimentar/amamentar a criança pequena? Se sim, porquê?	Acha que o momento de alimentar a criança pequena é também benéfico para a relação de afecto entre mãe e filho?	Dedica tempo suficiente à sua criança pequena na hora da amamentação/alimentação ou é algo que tem de fazer à pressa por causa de outros afazeres?	Que tipo de apoio precisaria para conseguir garantir tempo suficiente para a amamentação/alimentação da criança?	Quais são os principais obstáculos para dedicar tempo suficiente no momento de amamentar/alimentar a criança pequena?
Alimentação durante a doença e após a fase de recuperação	Sabe quais são os cuidados que deve ter com a sua criança pequena durante a doença e após a fase de recuperação?	Como deve ser tratada a criança pequena quando está doente? Onde acha que poderia ser melhor tratada, na US ou no médico tradicional?	O que faz para cuidar da criança pequena, durante a doença e na fase de recuperação?	Tem apoio suficiente da família/marido quando enfrenta problemas de saúde com a sua criança?	Quais são os principais obstáculos para cuidar da sua criança pequena durante a doença e após a fase de recuperação?

Saneamento e Higiene

Lavagem de mãos	Sabe quais são os momentos cruciais para lavar as mãos? (antes de amamentar/antes de alimentar a criança/antes de preparar a comida/antes/depois de usar a casa de banho/depois de trocar a fralda do bebé)	Acha que existe alguma ligação entre não lavar as mãos nos momentos cruciais e a presença de doenças, sobretudo nas crianças?	No seu dia-dia, em que momento costuma lavar as suas mãos e as mãos da sua criança?	Quais são os factores que poderiam facilitar lavar as mãos pelo menos nos momentos cruciais?	Quais são as dificuldades que encontra para garantir lavar as mãos nos momentos cruciais?
	Sabe as consequências de não lavar as mãos pelo menos nos momentos cruciais?	Que doenças acha que podem ser causadas por não lavar as mãos?			
Água potável	Sabe o que quer dizer água potável? Conhece as consequências de beber água não potável?	Acha que a água não potável pode afectar a saúde da família, sobretudo da criança?	Onde apanha a água que bebe? Trata a água que bebe? De que maneira?	O que facilitaria o tratamento da água da família antes de a beber?	Quais são as dificuldades que encontra para assegurar que a água é potável para a sua família?
	Sabe o que fazer para garantir ter água potável em casa?	Acha que existe algum problema em beber água que tira dos poços ou de lugares públicos?	Como guarda a água que usa para preparar a comida?		

Saúde Sexual e Reprodutiva					
Fonte de Informação	Sabe o que significa Saúde Sexual e Reprodutiva?	Na sua opinião, acha que os assuntos ligados à Saúde Sexual e Reprodutiva são importantes?	Onde é que ouviu falar de Saúde Sexual e Reprodutiva (unidade sanitária, rádio, encontros comunitários)?	Gostaria de ter mais informações sobre Saúde Sexual e Reprodutiva? Porquê?	Há dificuldades para obter informações sobre Saúde Sexual e Reprodutiva?
Frequência escolar versus menstruação	Sabe se há razão para as meninas faltarem à escola durante o período menstrual?	Acha que as meninas deveriam frequentar a escola durante o período menstrual?	As meninas vão regularmente à escola durante o período menstrual?	O que faz com que as meninas faltem à escola?	Quais as dificuldades que as meninas enfrentam para estarem na escola durante a menstruação?
Controlo da natalidade/ Uso de contraceptivos	Sabe o que quer dizer planeamento familiar?	Sabe diferenciar o método contraceptivo que é mais saudável para a sua saúde?	Que método contraceptivo usa?	Que tipo de apoio precisaria para cumprir com o planeamento familiar?	Existe algum obstáculo para fazer planeamento familiar?
	Conhece os métodos contraceptivos? Quais?	O que deve fazer se o seu marido não concordar com o tipo de contraceptivo que está a usar?	O marido influencia na escolha do método? De que maneira?	Em caso de aborto, os maridos costumam ajudar?	Enfrentou alguma dificuldade com o acesso/uso de contraceptivos?
	Sabe onde encontrar apoio, em caso de aborto (espontâneo ou provocado)	O que deve fazer se o seu marido não concordar com o planeamento familiar?	O marido costuma apoiar a esposa em caso de aborto? De que maneira?		Que dificuldades encontram no caso de aborto?
	Sabe quanto tempo é que uma mulher deve esperar para engravidar novamente?	Acha que a mulher deve cumprir com o tempo de espera recomendado para engravidar novamente?	Aqui na comunidade, quanto tempo é que leva de uma gravidez para a outra?	O que poderia ser uma boa razão para a mulher esperar o tempo certo para engravidar novamente?	Pode referir algum obstáculo para conseguir esperar o tempo necessário para engravidar novamente?
Casamento prematuro versus educação	Sabe se existe alguma lei contra casamentos prematuros? Com que idade é que a menina pode legalmente casar?	O que acha do casamento prematuro/gravidez precoce? Porque acha que isto acontece?	Aqui na comunidade há casos de casamentos prematuros?	Existe algum factor na comunidade que pode inibir os casamentos prematuros?	Quais os principais obstáculos para diminuir os casamentos prematuros?
	Sabe a partir de que idade a menina deveria engravidar?	O que acha que é mais importante para a vida de uma adolescente: concluir os estudos ou casar?	O que muda na vida das meninas quando casam/engravidam prematuramente?	Que tipo de apoio seria necessário? De quem? O que motivaria a menina a terminar os estudos?	Quais são os principais obstáculos para as meninas terminarem os estudos?
Gravidez	Sabe se é saudável para uma menina ter filhos muito jovem, antes dos 18 anos?	Permitiria a sua filha casar quando ainda é uma adolescente?	O que acontece com as meninas que casam prematuramente em termos de acesso à escola? Aqui na comunidade há muitos casos de gravidez precoce?	O que poderia impedir a gravidez precoce?	Quais os obstáculos para diminuir a gravidez precoce?

Anexo 2: Ferramenta de Recolha de Dados Qualitativos: Entrevistas dos Informantes chave

Tópicos	Conhecimento	Atitudes	Práticas	Factores de Facilitação	Obstáculos
Fístula Obstétrica					
Sintomas e tratamento	1) Já ouviu falar de Fístula Obstétrica (txivuzi, em língua local)? 2) Reconhece os sintomas da Fístula Obstétrica? 3) Sabe onde procurar apoio para tratamento da Fístula Obstétrica?	1) Como se sente em relação a este problema?	1) Qual é a reacção das pessoas da comunidade a este problema? 2) Onde é que as pessoas que padecem de Fístula Obstétrica procuram tratamento? Que tipo de tratamento procuram?	1) Que tipo de apoio seria necessário para que as pessoas que padecem de Fístula Obstétrica se sintam seguras para procurar tratamento?	1) Quais são os principais obstáculos que as mulheres com Fístula Obstétrica enfrentam ao nível da família e da comunidade?
Tabu e estigma		1) Como é que se sente no seio da sua família e da comunidade vivendo com este problema? 2) Sente-se apoiada e compreendida pelas pessoas à sua volta?	3) Enfrentou algum tipo de situação constrangedora por causa deste problema?	2) O marido e a família tem apoiado neste assunto? De que maneira?	2) Quais os principais obstáculos que as mulheres com Fístula Obstétrica enfrentam?

Anexo 3: Ferramenta de Recolha de Dados Qualitativos: Observação Directa

Saneamento e Higiene	
Nome do Observador:	Observação
Data:	
Hora:	
Lugar/Comunidade:	
Lavagem de mãos	
TIP TAP disponíveis nas comunidades	
As pessoas lavam ou não lavam as mãos com sabão	
Água potável	
Condições das fontes de água existentes na comunidade	
Como é que as pessoas guardam a água para beber em casa?	
Quais são as condições da água para beber?	
Saneamento e fecalismo a céu aberto	
Quais são as condições de higiene ao redor da casa?	
Quais são as condições de higiene na comunidade?	

Anexo 4: Ferramenta de Recolha de Dados Quantitativos: Entrevistas ao Agregado Familiar

Tópicos/Questões	Conhecimento	Atitudes	Práticas
Nutrição Materna			
Dieta durante a Gravidez e a Lactação	Pode mencionar o que é uma dieta equilibrada para uma mulher grávida e lactante?	<p>Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "Não concordo" sendo 2 "Concordo", e 3 "Não sei", até que ponto concorda que os ovos são seguros para as mulheres grávidas e lactantes comerem? Só pode escolher uma opção.</p> <p>[Homens] Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "não pretende" "2 talvez o faça" e 3 "pretende" - até que ponto pretende apoiar a sua esposa/esposas a ingerir refeições diversas e equilibradas quando está/estão grávidas e a amamentar? Só pode escolher uma opção.</p>	
Descanso e trabalho durante a gravidez		<p>Verdadeiro ou Falso - as mulheres grávidas devem fazer menos trabalho físico enquanto estão grávidas e a amamentar?</p> <p>[Homens] Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "não pretende" "2 talvez o faça" e 3 "pretende fazê-lo" - até que ponto pretende apoiar a sua esposa/esposas com o trabalho doméstico e recolha de água enquanto está grávida/estão grávidas e a amamentar? Só pode escolher uma opção.</p>	
Práticas de amamentação	<p>O primeiro leite (líquido espesso amarelado) que as mulheres produzem nos primeiros 3-5 dias após o parto é essencial para os bebés mamearem. Sim ou não?</p> <p>Quanto tempo depois do nascimento de um bebé deve consumir apenas leite materno sem água ou outros líquidos [medicamento/tratamento tradicional]?</p>		[Mulheres] Amamentou o bebé com o primeiro leite (leite grosso amarelado) durante os primeiros 3-5 dias após o parto? / Sim ou não?
Alimentação infantil			
Diversidade no regime alimentar:	Consegue lembrar-se dos alimentos essenciais para uma refeição equilibrada e diversificada para uma criança entre os 6-24 meses de idade?		
	Compra alimentos fortificados para os seus filhos no mercado? Sim ou não? Se não, porquê?		
Alimentação reactiva/activa			Reservam tempo especificamente para alimentar os vossos filhos pequenos e bebés? Sim ou não? Se não, porquê?

Alimentação durante a doença e após a fase de recuperação	As crianças doentes precisam de comer de forma diferente das crianças saudáveis, tais como comer pelo menos 5 vezes por dia, beber mais líquidos e comer alimentos mais nutritivos. - Verdadeiro ou Falso?		
Os primeiros 1000 dias de vida	Qual é o período mais importante da vida de uma criança para assegurar que seja um adulto bem desenvolvido, saudável, inteligente e produtivo? Só se pode escolher uma opção.	Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "Não concordo" sendo 2 "Concordo", e 3 "Não sei", até que ponto concorda que a dieta e os cuidados com as mães garantem a saúde do bebé?	

Saneamento e Higiene

Lavagem das mãos, saneamento, água potável, associação de doenças com práticas sanitárias perigosas, procura de comportamentos saudáveis	Pode mencionar pelo menos 3 momentos fundamentais em que deve lavar as mãos com sabão?	Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "Não concordo" sendo 2 "Concordo", e 3 "Não sei", até que ponto concorda que lavar as mãos e limpar a casa previne doenças, tais como diarreia, febre e malária?	Se o seu bebé/criança tem diarreia, fezes muito líquidas mais de três vezes por dia, qual é o principal local onde pode levá-lo para tratamento?
		Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "não pretende", 2 "talvez o faça" e 3 "pretende" - até que ponto pretende tratar a sua água antes de a beber, tal como ferver, adicionar lixívia ou adicionar cloro?	
		Se o seu bebé/criança tiver diarreia, fezes muito líquidas mais de três vezes por dia, onde gostaria de a levar para tratamento?	

Saúde Sexual e Reprodutiva

Geral	Onde obtém informações sobre SSR?		
Casamento prematuro e educação	A gravidez com menos de 18 anos de idade é mais perigosa para a saúde da mãe e do bebé do que a gravidez após os 18 anos de idade. Verdadeiro ou falso?	Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "não pretende", 2 "talvez o faça" e 3 "pretende" - até que ponto pretende permitir que os seus filhos se casem antes de completarem 18 anos de idade?	
	Qual é a idade mínima em que mulheres e homens estão legalmente autorizados a casar? Só se pode escolher uma opção.		
Educação		As meninas que durante o período menstrual têm o direito de frequentar a escola como habitualmente. Sim ou não? Se não, porquê?	
		Uma menina que casou e/ou tem filhos antes dos 18 anos de idade tem menos probabilidades de concluir na escola do que uma menina que espera até depois dos 18 anos de idade. Sim ou não?	

Planeamento familiar e aborto	Já ouviu falar de métodos contraceptivos? Sim ou não? Em caso afirmativo, de onde lhe chegou a informação?	Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "não confiante" 2 "pouco confiante", e 3 "totalmente confiante", até que ponto se sente confiante de que os contraceptivos são seguros para os tomar?	Quem tem a última palavra sobre o tipo de contraceptivo a usar?
		Numa escala de 1 a 3 - sendo 1 "Não concordo" sendo 2 "Concordo", e 3 "Não sei", até que ponto concorda que os abortos na unidade sanitária são seguros para o corpo?	
	Qual é o tempo mínimo necessário para uma mulher esperar antes de engravidar novamente depois de dar à luz?		
		[Mulheres] Se o seu marido não concordar com a sua decisão de fazer planeamento familiar, como o uso de contraceptivos, continuará a usá-los sem lhe dizer nada. Sim ou não?	
Fístula Obstétrica:	Já ouviu falar de Fístula Obstétrica? Sim ou não? Em caso afirmativo, de onde lhe chegou a informação?	Acha que as pessoas que padecem de Fístula Obstétrica se sentem à vontade para falar dos sintomas com as outras pessoas? Sim ou não?	
	Há um tratamento para a Fístula Obstétrica. Sim ou não? Em caso afirmativo, onde deve ir fazer tratamento uma mulher que padece desta doença?		

