



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Ministério da Saúde (MISAU)
Instituto Nacional de Saúde (INS)

RELATÓRIO SOBRE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO PARA MÃES E CRIANÇAS NO SUL DE MOÇAMBIQUE (Projecto SANI - Inhambane)



Saúde da Mulher, Criança e Nutrição

Instituto para Programas Internacionais (IIP-JHU)

Julho de 2020



Relatório sobre Avaliação dos Serviços de Nutrição para Mães e Crianças no Sul de Moçambique (Projecto SANI - Inhambane)

Julho de 2020

O seguinte relatório apresenta a avaliação dos serviços de nutrição prestados pela CARE às mães e crianças nos distritos de Homoine e Funhalouro, na província de Inhambane, no Sul de Moçambique.

Este relatório foi analisado e elaborado pelo INS com assistência técnica do Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins (IIP-JHU).

Financiado por: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg, Instituto para Programas Internacionais, Responsabilização Real: Análise de Dados para a Obtenção dos Resultados (RADAR).

Informações adicionais sobre o relatório podem ser obtidas no INS: Bairro da Vila, Parcela no 3943, Distrito de Marracuene, Maputo Província, Moçambique. E-mail: secretaria@ins.gov.mz

Estilo recomendado para referências:

Instituto Nacional de Saúde (INS), IIP-JHU. 2020. Relatório sobre a Avaliação dos Serviços de Nutrição para Mães e Crianças no Sul de Moçambique.

1. Siglas, tabelas e figuras

a. Abreviaturas

CPN - Cuidados pré-natais
VCS - Voluntária Comunitária de Saúde
GAC - Assuntos Globais do Canadá
US - Unidade Sanitária
PS - Profissional de Saúde
ICAD - Coalizão de Interagências sobre SIDA e Desenvolvimento
IFA - Ácido Fólico +Ferro
INS - Instituto Nacional de Saúde
AFI - Avaliação da Força de Implementação
ABCP - Alimentação de Bebés e Crianças Pequenas
AMBCP - Alimentação Materna e de Bebés e Crianças Pequenas
NMBCP - Nutrição Materna e de Bebés e Crianças Pequenas
MUAC - Perímetro Braquial
SRO - Sais de Reidratação Oral
QC - Qualidade dos Cuidados
RADAR - Prestação de Contas Real: Análise de Dados para a Obtenção dos Resultados
SAPU - Suplementos Alimentares Prontos para Uso
ATPU - Alimentos terapêuticos Prontos para Uso
SANI - Iniciativa de Nutrição para África Austral
ASH - Água, Saneamento e Higiene
OMS - Organização Mundial da Saúde

b. Tabelas

Tabela 1: Razões da não participação

Tabela 2: Ferramenta de avaliação

Tabela 3: Características básicas das VCSs (N=123)

Tabela 4: Formação das VCSs e supervisão (N=123)

Tabela 5: Provisões das VCSs (N=123)

Tabela 6: Actividades e Disponibilidade do Serviço das VCSs (N = 123)

Tabela 7: Tópicos das VCSs lembrados correctamente

Tabela 8: Percentagem das VCSs com conhecimento de aconselhamento correcto para tópicos es-pecíficos (N = 108)

Tabela 9: Conhecimento correcto das VCSs pela supervisão no mês anterior (N = 108)

Tabela 10: Características básicas das Beneficiárias (N=116)

Tabela 11: Aconselhamento das VCSs

Tabela 12: Monitoria de crescimento pelas VCSs, apenas mulheres 6-12 meses depois do parto (N = 46)

Tabela 13: Percentagem de aconselhamento das VCSs em tópicos seleccionados: Mais e menos mencionados, por tipo de beneficiária

Tabela 14: Proporção das VCSs cujo aconselhamento incluiu mensagens que contradizem as orientações da AMBCP

Tabela 15: Avaliação do aconselhamento

Tabela 16: Satisfação da beneficiária com o aconselhamento

Tabela 17: Entrevista sobre o conhecimento da beneficiária

Tabela 18: Entrevistas sobre o conhecimento da VCS e das beneficiária

Tabela 19: Formação na unidade sanitária

Tabela 20: Suprimentos na unidade sanitária

Tabela 21: Disponibilidade de medicamentos nas unidades sanitárias

Tabela 22: Disponibilidade do serviço de unidade sanitária, geração da demanda e do uso de dados

Tabela 23: Número de crianças encaminhadas para a unidade sanitária nos últimos 6 meses

c. Figuras

Figura 1: Distribuição de unidades sanitárias por distrito de estudo.

Figura 2: Tópicos da entrevista de conhecimento das VCSs (N = 123)

Figura 3: Resultados da medição do MUAC

Figura 4: Proporção de VCSs que deram conselhos sobre tópicos seleccionados: Mais alta e mais baixa

Figura 5: Proporção de VCSs que deram conselhos às mulheres grávidas sobre tópicos seleccionados: Mais alta e mais baixa

Figura 6: Proporção de VCSs que deram conselhos às mulheres 0-5 meses depois do parto sobre tópicos seleccionados: Mais alta e mais baixa

Figura 7: Proporção de VCSs que deram conselhos às mulheres de 6-12 meses depois do parto sobre tópicos seleccionados: Mais alta e mais baixa

Figura 8: Mensagens contraditórias mencionadas pela maior proporção de VCSs

Figura 9: Percentagem de beneficiárias que reportam quantidades de novas informações aprendidas durante a sessão de aconselhamento

2. Introdução/Contextualização

a. País e o contexto de saúde local

A desnutrição infantil é um grande problema de saúde, que contribui para quase metade de todas as mortes em menores de cinco anos de idade¹. A desnutrição, sobretudo nos primeiros dois anos de vida, está associada a um desenvolvimento cognitivo mais lento, redução das habilidades motoras, problemas comportamentais e aumento das taxas de morbidade e mortalidade². A redução da desnutrição infantil foi destacada como sendo uma prioridade global³. Embora a saúde infantil tenha melhorado drasticamente nas últimas décadas, o progresso no combate à desnutrição, sobretudo na África Subsaariana, tem sido lento⁴.

Em Moçambique, meio milhão de crianças com idades entre 6-23 meses são subnutridas⁵, 43% de crianças menores de cinco anos são de baixa estatura, ou têm score-Z de altura para idade abaixo de -2 desvios padrão da média, e 8% são magras, (score-Z de peso-para-altura abaixo de -2 desvios padrão da média⁶. As causas subjacentes incluem ingestão nutricional inadequada devido à má diversidade da dieta, baixa frequência de refeições, práticas inadequadas de amamentação, altos níveis de doenças e gravidez na adolescência⁷. Moçambique apresenta uma das mais elevadas taxas de mortalidade infantil, 72.4 por 1.000 nascidos vivos⁸.

b. Fundamentação do Programa

A CARE Moçambique (CARE-M) em parceria com a CARE Canadá (CARE-C), Cuso International, Coalizão Interagências sobre SIDA e Desenvolvimento (ICAD) e Universidade McGill, está a implementar o Projecto Iniciativa de Nutrição para África Austral (SANI) de 2016-2020 em Malawi, Moçambique (na província de Inhambane) e Zâmbia com o apoio de Assuntos Globais do Canadá (GAC).

O objectivo do projecto SANI é melhorar o estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de 5 anos de idade e, em última instância, a sua saúde geral. Um componente do projecto em Moçambique é o aconselhamento domiciliário sobre a nutrição para as mulheres grávidas e as mulheres no período pós-parto. A CARE Moçambique envolve e forma Voluntárias Comunitárias de Saúde (VCSs), um quadro de voluntários baseados na comunidade para dar estas sessões de aconselhamento a mulheres que vivem em agregados familiares chefiados por mulheres e em maior risco de desnutrição, com base na identificação da comunidade. As VCSs encaminham crianças grave-

1 UNICEF, Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada. 2015, UNICEF: New York.

2 Black, R.E., et al., Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008. 371(9608): p. 243-60.; Dewey, K.G. and K. Begum, Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr*, 2011. 7 Suppl 3: p. 5-18.

3 de Onis, M., et al., The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Matern Child Nutr*, 2013. 9 Suppl 2: p. 6-26; Assembleia Geral das Nações Unidas, Transfor-mando o nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015.

4 UNICEF, Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada. 2015, UNICEF: New York.; Stevens, G.A., et al., Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data. *Lancet*, 2012. 380(9844): p. 824-34.

5 CARE (2017). Iniciativa de Nutrição para África Austral (SANI): Avaliação do Agregado Familiar de Base - Moçambique. Ottawa.

6 Ministerio da Saude - MISAU/Moçambique, Instituto Nacional de Estatística - INE/Moçambique and ICF International. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISA/Moçambique, INE/ Moçambique and ICF International.

7 CARE (2017). Iniciativa de Nutrição para África Austral (SANI): Avaliação do Agregado Familiar de Base - Moçambique. Ottawa.

8 MOZ - UNICEF DATA. (2019). Obtidos a partir de <https://data.unicef.org/country/moz/>

mente desnutridas, identificadas pela monitoria do crescimento durante as sessões de aconselhamento domiciliar, às unidades sanitárias, para receberem cuidados da desnutrição. As sessões de aconselhamento nutricional enfocam nutrição, diversidade alimentar, amamentação e práticas de alimentação complementar, bem como temas sensíveis à nutrição.

Em Moçambique, a SANI está a ser implementada em dois distritos (Homoíne e Funhalouro) na província de Inhambane. Em Inhambane, 36% de crianças são de baixa estatura e 2,2% são magras⁹. As crianças são amamentadas em média 19,4 meses, mas exclusivamente amamentadas por apenas 0,6 meses¹⁰. Das crianças de 6 a 23 meses, 8,2% recebem pelo menos três práticas de Alimentação Materna e de Bebés e Crianças Pequenas (AMBCP)¹¹.

Homoíne e Funhalouro estão em crise de insegurança alimentar, em parte devido à seca, riscos climáticos, falta de sementes melhoradas e resistentes ao clima e reservas alimentares insuficientes¹². De Abril a Setembro de 2018, 11.084 pessoas no distrito de Funhalouro e 14.966 pessoas no distrito de Homoíne foram classificadas como necessitando de acções urgentes para proteger a subsistência, diminuir as lacunas alimentares e desnutrição aguda (cerca de 25% e 13%0 respectivamente).

Espera-se que o projecto SANI contribua para a melhoria da saúde de aproximadamente 37.392 beneficiárias directamente e 40.192 indirectamente nos distritos de Funhalouro e Homoíne, Moçambique¹³.

c. Objectivos da Avaliação

A CARE Moçambique (CARE-M) e a CARE Canadá (CARE-C) fizeram parceria com a Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg em Maryland, EUA, e o Instituto Nacional de Saúde (INS) em Marracuene, Moçambique, para implementar esta avaliação intercalar e as ferramentas de avaliação desenvolvidas pela Prestação de Contas Real: Projecto Análise de Dados para a Obtenção dos Resultados (RADAR).

O projecto RADAR é financiado pelo governo canadense através de Assuntos Globais do Canadá e é implementado com o apoio técnico do Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins. O projecto RADAR tem como objectivo melhorar a prestação de contas pelo financiamento da saúde materno-infantil do Governo de Canadá, desenvolvendo ferramentas para ajudar os países e parceiros canadenses a implementarem avaliações robustas de programas de Saúde Materna, Neonatal e Infantil. As ferramentas desenvolvidas através deste projecto incluem as ferramentas de Avaliação da Força de Implementação (AFI) e Qualidade dos Cuidados (QC). Essas ferramentas são utilizadas para identificar os pontos fortes e fracos específicos na execução de projectos de Saúde Materno, Neonatal e Infantil.

9 Ministério da Saude - MISAU/Moçambique, Instituto Nacional de Estatística - INE/Moçambique and ICF International. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISA/Moçambique, INE/Moçambique and ICF International.

10 Ibid.

11 Ibid.

12 MASA. SETSAN. IPC Análise de Insegurança Alimentar Aguda. Relatório 05. Publicado em Junho de 2018. FewNET, actualização das mensagens-chave de Moçambique, Maio de 2020. <https://fewnet.net/southern-africa/mozambique/key-message-update/may-2020-0>.

13 CARE (2017). Iniciativa de Nutrição para África Austral (SANI): Avaliação do Agregado Familiar de Base - Moçambique. Ottawa.

Esta avaliação teve os seguintes objectivos:

i. Avaliação da Força de Implementação (AFI)

1. Avaliar a força da implementação do aconselhamento sobre a Nutrição Materna, Infantil e de Crianças Pequenas (NMBCP) realizado como parte do programa SANI da CARE;
2. Avaliar a prontidão e as capacidades das unidades sanitárias para prestarem cuidados adequados a crianças encaminhadas que sofrem de desnutrição aguda

ii. Qualidade dos Cuidados (QC)

1. Avaliar a qualidade do aconselhamento nutricional fornecido por Voluntárias Comunitárias de Saúde (ACS) às famílias identificadas como sendo de alto risco de desnutrição.

3. Métodos

a. Visão Geral

Esta avaliação foi um estudo transversal e observacional que usou as ferramentas AFI e QC do projecto RADAR

A ferramenta AFI permite que as avaliações identifique os pontos fortes e fracos nos postos de prestação de serviços, tais como a disponibilidade de serviços, número de provedores formados e su-primentos essenciais disponíveis. As avaliações da QC analisam se os serviços prestados estão em conformidade com as práticas recomendadas. Essas ferramentas são frequentemente implementadas simultaneamente e foram testadas no Malawi (para planeamento familiar), Mali (para saúde infantil) e Tanzânia (para cuidados durante o parto) para o projecto RADAR.

b. Planeamento e Implementação

Tipo de Avaliação e Calendário do Trabalho de Campo

De 10 a 20 de Setembro de 2019, foi realizada uma avaliação quantitativa transversal nos distritos de Funhalouro (10 a 14) e Homoíne (16 a 20), na província de Inhambane.

A formação dos inquiridores (22) e supervisores (04) decorreu de 2 a 6 de Setembro, incluindo o piloto do estudo realizado no dia 5 de Setembro. Os tópicos discutidos na formação incluíram: informações sobre o projecto SANI, objectivos e metodologia do estudo, aspectos éticos do estudo e formações em questões contidas nos instrumentos. A formação dos colectores e supervisores baseou-se em discurso no plenário, apresentações em power point, recolha de experiências, trabalhos em grupo e simulação de campo.

No penúltimo dia da formação, foi realizado um piloto em uma Unidade Sanitária por algumas Voluntárias Comunitárias de Saúde no Distrito de Homoíne e Hospital Distrital de Maxixe, para testar instrumentos, habilidades e perfis.

A equipa de pesquisa presencial foi composta por:

- 5 técnicos do INS (1 investigadora principal, 1 coordenadora do estudo, 2 supervisores locais e 1 gestor de dados);
- 1 técnico proveniente da Direcção Provincial de Saúde;
- 4 representantes da Escola de Saúde Pública Johns Hopkins (1 investigador principal, 3

pesquisadores);

- 4 representantes da CARE.

População do Estudo

Os participantes do estudo foram compostos por:

- VCSs que implementaram o programa SANI da CARE nas aldeias de todos os distritos do programa
- Beneficiárias de aconselhamento domiciliar sobre a nutrição, que são mulheres grávidas ou mães/responsáveis por crianças menores de 1 ano de idade.
- Enfermeiros-Chefes nas unidades sanitárias que o programa SANI identificou como centros de referência para as VCSs mandarem crianças que sofre de desnutrição aguda grave.
- Provedores de serviços de nutrição nas unidades sanitárias acima.

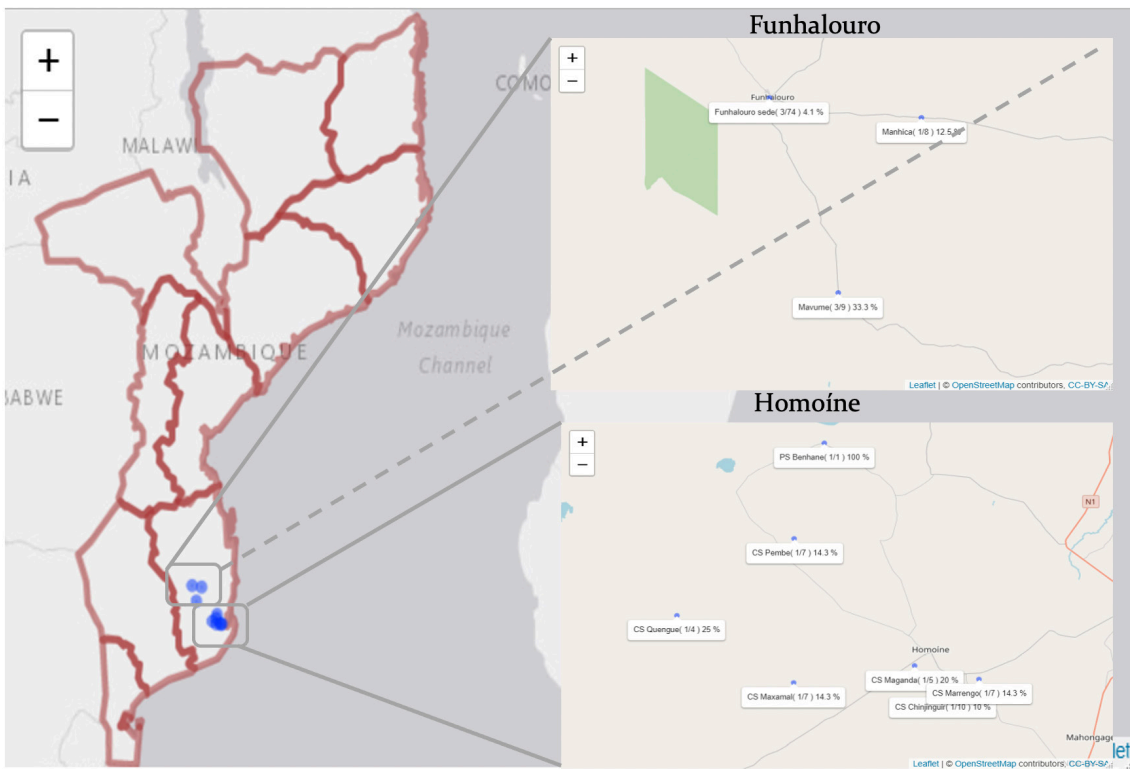
Uma vez que só VCSs do sexo feminino prestaram aconselhamento domiciliar no âmbito do projecto SANI, foram amostradas e recrutadas apenas VCSs do sexo feminino .

Tamanho de Amostra

Um total de 329 VCSs estão a trabalhar actualmente nesses dois distritos, onde o programa está a ser implementado. A equipa do estudo seleccionou aleatoriamente 152 VCSs nos 2 distritos para permitir a estimativa dos indicadores em uma prevalência de 50% (mais conservadora) com 5% de precisão, taxa de erro tipo 1 de 0,05 e taxa de recusa de 15%.

Existem 10 unidades sanitárias de referência (Fig. 1) nos distritos de estudo com cerca de 2-3 provedores por unidade sanitária; todas as 10 dessas unidades sanitárias foram amostradas para a avaliação.

Figura 1: Distribuição de unidades sanitárias por distrito de estudo.



Tivemos uma taxa de não resposta de VCS/Beneficiária de 10,5% (dados recolhidos em 123 VCSs de 152 VCSs amostradas). Nenhuma VCS recusou-se a participar. Temos informações sobre as razões pelas quais 16 não participaram, listadas abaixo:

Tabela 1: Razões da não participação

Distrito	Razão	Número de participantes
Homoíne	Viagem da VCS	4
	Doença da VCS	2
	VCS indisponível	1
	Impossibilidade de contactar	1
	Perdeu um familiar	2
	Sub-total	10
Funhalouro	Impossibilidade de contactar	3
	VCS grávida	1
	A beneficiária não estava disponível	1
	Doença de VCS	1
	Sub-total	6
Total		16

Os dados foram recolhidos em todas as 10 unidades sanitárias seleccionadas.

c. Ferramentas e métodos de recolha de dados

A recolha de dados ocorreu de 10 a 20 de Setembro; 5 dias em Funhalouro e 5 dias em Homoíne. As entrevistas foram realizadas com as VCSs, beneficiárias do aconselhamento e agentes das unidades sanitárias. Os dados foram recolhidos em tablets com o aplicativo “ODK Collect” por pesquisadores, que foram formados no uso de tablets pela equipa do estudo.

Todas as entrevistas (com VCSs, beneficiárias e agentes das unidades sanitárias) duraram entre 20 e 45 minutos.

Processo da Recolha de Dados

Entrevistas da VCS/avaliações de conhecimento

Depois de obter o consentimento informado da VCS, os inquiridores administraram a entrevista da VCS e a avaliação do conhecimento. Os tópicos incluíram conhecimento sobre nutrição, formação recebida, supervisão, actividades de trabalho (que incluíam sessões de aconselhamento domiciliar e grupos de apoio entre pares da comunidade) e suprimentos. Como parte da entrevista, os colectores de dados pediram à VCS que mostrasse os seus materiais de trabalho. Embora as sessões de aconselhamento domiciliar enfatizem a nutrição, as VCSs também aconselham sobre vários tópicos sensíveis à nutrição, incluindo Água, Saneamento e Higiene (ASH), consultas pré-natais e planeamento familiar. Todos esses tópicos foram incluídos na avaliação de conhecimento.

Observação directa da sessão de aconselhamento

Com base na discussão anterior com a VCS, uma sessão de aconselhamento domiciliar sobre a nu-

trição foi agendada para ocorrer no dia da visita de campo. O colector de dados explicou o estudo e obteve o consentimento informado da VCS e repetiu essas etapas para a beneficiária. Uma vez que todos os participantes concordaram em participar, o colector de dados (“observador”) posicionou-se discretamente em um local onde pudesse ver e ouvir a sessão de aconselhamento sem impedir as interações VCS/beneficiária. O colector de dados usou uma lista de verificação padrão para anotar as suas observações da sessão de aconselhamento, incluindo os tópicos aconselhados, a interação entre a VCS e beneficiária e a monitoria do crescimento (medição do perímetro braquial (MUAC) e procura de edema) em crianças com mais de 6 meses de idade.

Entrevista de saída

Após o término da sessão de aconselhamento, um segundo colector de dados entrevistou a beneficiária, fazendo perguntas sobre conhecimento e satisfação. Esta entrevista ocorreu onde a privacidade auditiva e visual poderia ser assegurada; a VCS não estava presente durante a entrevista de saída.

Avaliações da Unidade Sanitária

Ao chegar à unidade sanitária, os colectores de dados explicaram o objectivo da avaliação e solicitaram o consentimento informado. As avaliações das unidades sanitárias foram realizadas em parceria com os Enfermeiros-Chefes, que deram as respostas em uma única entrevista individual com duração de aproximadamente 1 hora. Foram encorajados a consultarem seus arquivos se não conseguissem recordar as respostas de memória ou consultar outro funcionário da unidade sanitária, se necessário. O inquérito da unidade sanitária recolheu dados sobre as características da Enfermeira-Chefe, serviços prestados na unidade sanitária, lista de provedores de cuidados nutricionais, suprimentos relacionados com a nutrição e supervisão recebida pela unidade sanitária, entre outros tópicos relacionados.

Entrevistas com os Profissionais de Saúde das Unidades Sanitárias

Todos os provedores das unidades sanitárias identificados como prestadores de cuidados nutricionais pelos Enfermeiros-Chefes e que estavam presentes no dia da avaliação foram convidados a participar na avaliação. Depois de explicar a finalidade e os procedimentos da avaliação, esclarecer quaisquer dúvidas e obter o consentimento informado, os colectores de dados realizaram e registaram as respostas a um pequeno inquérito que cobre a formação e o conhecimento dos profissionais sobre nutrição via *tablet*.

Tabela 2: Ferramenta de avaliação

Ferramenta	Método	Participante/s	Módulos/Domínios
1 Guia de entrevista da VCS	Entrevista presencial	VCSs	Formação, supervisão, disponibilidade de serviço, actividades de geração da demanda, suprimentos, conhecimento dos tópicos de aconselhamento

2	Guia de observação	Observação presencial	Beneficiárias, VCSs	Informações do agregado familiar, tópicos de aconselhamento, monitoria de crescimento
3	Guia de entrevista da saída da beneficiária	Entrevista presencial	Beneficiárias	Conhecimento dos tópicos de aconselhamento, satisfação,
4	Guia de entrevista da unidade sanitária responsável	Entrevista presencial	Unidade sanitária responsável	Formação, supervisão, disponibilidade de serviço, actividades de geração da demanda, medicamentos e equipamentos, políticas e infra-estrutura
5	Guia de entrevista do trabalhador da unidade sanitária	Entrevista presencial	Trabalhadores da unidade sanitária	Formação, supervisão

Equipa de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos por 22 inquiridores com experiência em trabalho de campo e proficiência em Xitsua, Changana, Ronga e/ou Bitonga, línguas locais do sul de Moçambique. Estavam presentes dois supervisores e a investigadora principal ou a coordenadora e o gestor de dados provenientes do INS no primeiro dia de trabalho de campo em Funhalouro e no período de recolha de dados da Homóine.

Considerações Éticas

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para Saúde do Instituto Nacional de Saúde (CIBS-INS) (Ref. 084/CIBS-INS / 2019) em 29 de Agosto de 2019. A participação de voluntárias comunitárias de saúde e e beneficiárias foi voluntária, com consentimento informado documentado obtido após a explicação dos objectivos e procedimentos do estudo (a documentação foi por assinatura ou impressão digital). Todos os esforços foram envidados para garantir que os participantes compreendessem a natureza, os objectivos e os resultados esperados do estudo, para darem consentimento informado (ou desistirem a qualquer momento).

Todos os enumeradores foram formados em pesquisa com seres humanos, incluindo o processo de consentimento informado. Todos os participantes foram convidados a fazerem perguntas sobre o estudo ou sobre o seu participante a qualquer momento: antes, durante ou após a conclusão dos procedimentos do estudo. Os enumeradores responderam a todas as perguntas feitas.

Os dados recolhidos de todos os participantes foram mantidos confidenciais. Os formulários de consentimento por escrito e as ferramentas de recolha de dados são mantidos num armário trancado, acessível apenas aos membros da equipa de estudo. A base de dados electrónica é protegida por senha.

Resultado

1. Sessão de Aconselhamento Domiciliar

a. Características das VCSs

Os colectores de dados conseguiram realizar entrevistas com 123 VCSs. As VCSs tinham uma idade média de 40 anos, e 11 meses a trabalharem como VCSs; 66% eram casadas. Embora 81% tenha recebido algum ensino formal, 53% conseguiram ler a frase inteira usada como um teste de alfabetização representativo.

Tabela 3: Características básicas das VCSs (N=123)

Características das VCSs	n	Média (25% - 75%)
Idade (anos)		
* 24 VCss não conheciam a sua idade		40.0 (34– 46)
Meses a trabalhar como VCS	123	11 (9-17)
	n	%
Estado civil		
Solteira	22	17,9
Casada/Em união	81	65,9
Divorciada	6	4,9
Viúva	14	11,4
Nível de escolaridade		
Nenhum	23	18,7
Algum ou todos do ensino primário	88	71,5
Ensino Secundário ou mais	12	9,8
VCSs que podem ler frases de alfabetização		
Toda a frase	65	52,9
Algumas partes da frase	25	20,3
Nenhuma parte da frase	33	26,8
Originalmente da aldeia		66,7
	n	Média (25% - 75%)
Se não, anos que viveu na aldeia	41	
	n	%
Distrito		
Funhalouro	70	56,9
Homoíne	53	43,1

b. AFI**i. Formação e Supervisão**

Embora o programa CARE ofereça formações regulares para as VCss, 86% reportaram ter recebido formação em práticas de Alimentação Materna, e de Bebés e Crianças Pequenas (AMBCP) nos últimos 12 meses. Menos da metade das VCss reportou que a sua formação mais recente incluía informações sobre a monitoria do crescimento.

As VCss reportaram uma média de 3 supervisões nos últimos 6 meses e 72% receberam pelo menos uma supervisão nos últimos 3 meses. Mais da metade das VCss supervisionadas nos últimos 6 meses reportou ter recebido uma supervisão de apoio (incluindo a observação de uma sessão de aconselhamento, observações ou verificação do relatório).

Tabela 4: Formação das VCss e supervisão (N=123)

Formação	n	%
VCss que receberam formação em AMBCP nos últimos 12 meses	106	86,2
VCss cuja formação mais recente incluiu informações sobre...		
promoção da amamentação	103	83,7
educação nutricional para as mulher	103	83,7
Medição do Perímetro Braquial (MUAC)	51	41,5
Supervisão	n	Média (25% - 75%)
Supervisões recebidas nos últimos 6 meses * n = 13 não se lembram	110	3 (1-6)
	n	%
Supervisão mais recente recebida:		
Há < 1 mês	59	48,0
Há 1 – < 3 meses	29	23,6
Há 3- 6 mês	8	6,5
Há mais de 6 meses	11	8,9
Não se lembram	16	13,0
VCss supervisionadas nos últimos 6 meses (N = 96), cuja última supervisão incluiu...		
observação de uma sessão de aconselhamento	66	68,8
observações	58	60,4
verificação de registos/relatórios	62	64,6

ii. Provisões

Quase todas as VCSs (97%) tinham o livro de imagens de aconselhamento no dia da avaliação, que é o item principal que usam em suas sessões de aconselhamento. 30% de VCSs tinham todos os recursos e materiais previstos, que incluíam fita MUAC, bloco de notas de encaminhamento em branco e uma caneta ou lápis.

Tabela 5: Provisões das VCSs (N=123)

VCSs com os seguintes recursos no dia da avaliação	n	%
Livro de imagens de aconselhamento	119	96,7
Fita MUAC	109	88,6
Bloco de notas de encaminhamento em branco	109	88,6
Fichas em branco para o rastreio de mulheres grávidas	61	49,6
Fichas em branco para o rastreio de mulheres de 0 a 5 meses pós-parto	67	54,5
Fichas em branco para o rastreio de mulheres de 6 a 12 meses pós-parto	57	46,3
Caneta ou lápis	107	87,0
VCSs com todos os recursos e materiais no dia da avaliação, excluindo fichas de rastreio em branco	37	30,1

iii. Disponibilidade do Serviço

Houve uma média de 5 beneficiárias por VCS, com uma tendência geral de mais beneficiárias pós-parto do que grávidas. No último mês, as VCSs fizeram uma média de 3 visitas de aconselhamento domiciliar às beneficiárias. Mais da metade das VCSs (60%) reportaram liderar pelo menos 1 grupo de apoio entre pares nos últimos 6 meses. A maioria (68%) das VCSs tinha preenchido fichas de rastreio com informações sobre as beneficiárias que aconselharam no mês anterior; 30% preencheram as fichas de resumo dos grupos de apoio que lideraram nos últimos 6 meses.

Tabela 6: Atividades e Disponibilidade do Serviço das VCSs (N = 123)

Disponibilidade do Serviço	Média (25% - 75%)	
Beneficiárias per VCS	5 (3 – 7)	
Beneficiárias grávidas por VCS	1 (0 – 2)	
Beneficiárias de 0 a 5 meses pós-parto por VCS	1 (0 – 2)	
Beneficiárias de 6 a 12 meses pós-parto por VCS	2 (1 – 3)	
Visitas domiciliares feitas no último mês por cada VCS a todos os tipos de beneficiária	3 (2 – 5)	
	n	%
VCSS com fichas de rastreio de visitas preenchidas para todas as beneficiárias atendidas no mês anterior	84	68,3

Geração de Demanda	Média (25% - 75%)	
Grupos de apoio entre pares liderados nos últimos 6 meses por VCS	2 (0 – 5)	
	n	%
VCSs que se lembram de ter liderado pelo menos 1 grupo de apoio entre pares nos últimos 6 meses	74	60,2
VCSs que se lembram de ter liderado pelo menos 1 grupo de apoio entre pares nos últimos 6 meses, que incluía informações sobre ...		
dieta de mulheres grávidas	62	50,4
Amamentação	65	52,9
Diversidade da dieta	47	38,2
VCSs com fichas de resumo preenchidas para actividades em grupo realizadas nos últimos 6 meses	37	30,1

c. QC

i. Conhecimento

A secção a seguir apresenta os resultados da avaliação de conhecimento de VCSs, durante a qual foram feitas perguntas de avaliação do conhecimento abertas às VCSs sobre todos os tópicos sobre os quais aconselham as beneficiárias.

Tabela 7: Tópicos das VCSs lembrados correctamente

Lembrança do tópico correcto (N=123) *	n	%
Lembra-se de > 1 alimento correcto que as mulheres grávidas devem comer	118	95,9
Lembra-se de > 1 alimento correcto que as mulheres grávidas NÃO devem comer	54	43,9
Lembra-se de > 1 serviço correcto que as mulheres recebem nas consultas pré-natais	105	85,4
Lembra-se de pelo menos 1 benefício correcto da IFA	120	97,6
Lembra-se correctamente que as mulheres devem começar a amamentar imediatamente ou dentro de 1 hora depois do parto	98	79,7
Afirma correctamente que o colostro é bom	109	88,6
Lembra-se de pelo menos 2 benefícios do colostro	47	38,2
Lembra-se de >1 benefício correcto da amamentação	74	60,2
Lembra-se de > 1 sinal correcto de uma boa pega	64	52,0
Lembra-se de que a amamentação exclusiva deve ocorrer durante os primeiros 6 meses depois do parto	115	93,5
Lembra-se de > 1 alimento correcto que é bom para o bebé comer depois de 6 meses	113	91,9
Lembra-se de > 1 forma correcta de prevenir diarreia	95	77,2
Lembra-se de > 1 hora correcta em que uma pessoa deve lavar as mãos	108	87,8

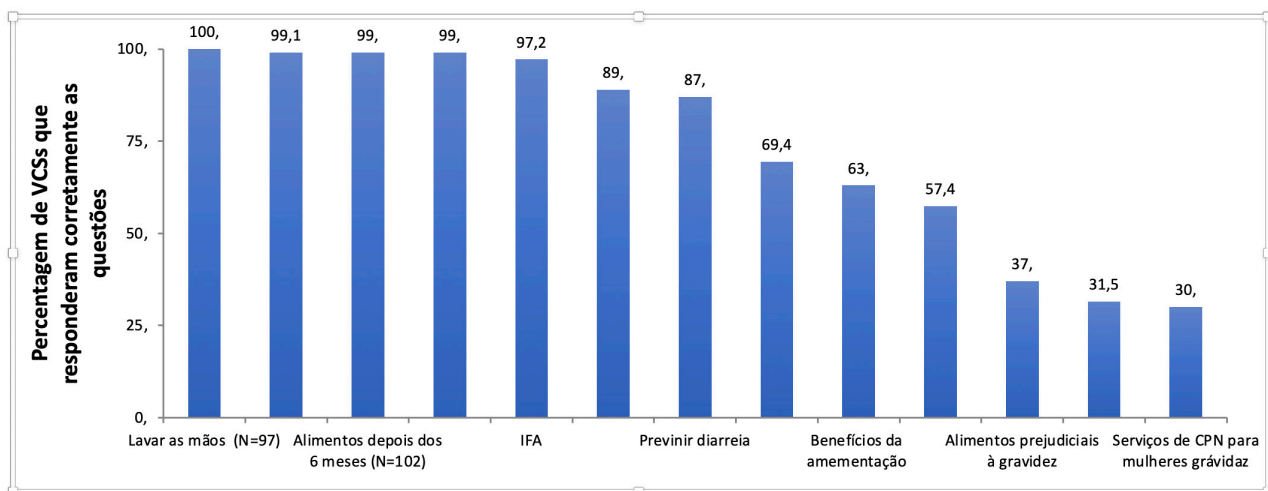
Lembra-se de > 1 método de planeamento familiar	120	97,6
Lembra-se de >1 benefício correcto de planeamento familiar	84	68,3

*Não conta as respostas registadas na categoria “outras” para cada tópico

Mais de 90% de VCSs afirmaram correctamente que os comprimidos Ferro + Ácido Fólico, que as mulheres recebem durante as consultas pré-natais na unidade sanitária, melhoram a saúde do feto e que o recém-nascido não deve receber nada além do leite materno nos primeiros 6 meses da vida. Quando perguntadas quanto tempo depois do parto uma mulher deve começar a amamentar, 80% de VCSs afirmaram correctamente que as mulheres devem começar a amamentar o mais rápido possível depois do parto, e 13% disseram não saber quando iniciar a amamentação.

Mais da metade (68%) das VCSs não souberam citar pelo menos um tipo de alimento que as mulheres grávidas não devem comer e 15% afirmaram incorrectamente que as mulheres grávidas não devem engenir medicamentos tradicionais. Embora a importância do colostro seja enfatizada nos materiais de apoio da VCS, 11% de VCSs afirmaram que o colostro faz mal aos recém-nascidos. Quando perguntadas quando uma pessoa deve lavar as mãos, 55% disseram antes de alimentar uma criança.

Figura 2: Tópicos da entrevista de conhecimento das VCSs (N = 123)



A maioria das VCSs tem bons conhecimentos sobre alimentação para mulheres grávidas, mulheres grávidas, prevenção da diarreia, intervalo entre gravidezes e benefícios

Tabela 8: Percentagem das VCSs com conhecimento de aconselhamento correcto para tópicos específicos (N = 108)

Tópico de avaliação de conhecimento*	VCSs letradas		CVSs semi/iletradas		Qui-quadrada Valor-p
	n	%	n	%	
Serviços incluídos nas consultas pré-natais	11	37,9	21	26,6	0,25
Formas de prevenir diarreia	26	89,7	68	86,1	0,62
Intervalo ideal entre gravidezes	23	79,3	73	92,4	0,06
Benefícios do planeamento familiar	22	75,9	53	67,1	0,38

*Lembra-se correctamente sem listar as respostas erradas

Uma proporção semelhante de VCSs alfabetizadas e analfabetas têm conhecimento correcto sobre os serviços de CPN, diarreia e benefícios do planeamento familiar, e uma proporção ligeiramente maior de analfabetas em comparação com as VCSs alfabetizadas tinha conhecimento correcto dos benefícios do intervalo entre gravidezes.

Tabela 9: Conhecimento correcto das VCSs pela supervisão no mês anterior (N = 108)

Tópico de avaliação de conhecimento*	Supervisionado no mês anterior		Não supervisionado no mês anterior		Qui-quadrado Valor-p
	n	%	n	%	
Serviços incluídos nas consultas pré-natais	19	38,8	13	22,0	0,06
Formas de prevenir diarreia	50	84,7	44	89,9	0,44
Intervalo ideal entre gravidezes	53	89,8	43	87,8	0,73
Benefícios do planeamento familiar	37	75,5	38	64,4	0,21

*Lembra-se correctamente sem listar as respostas erradas

Uma proporção ligeira, mas não estatisticamente significativa, das VCSs que foram supervisionadas no mês anterior tem conhecimento correcto sobre diarreia e benefícios do planeamento familiar. Uma proporção maior marginal e estatisticamente significativa das VCSs supervisionadas no mês anterior tem conhecimento correcto sobre os serviços de CPN que aquelas não supervisionadas.

ii. Aconselhamento

Os colectores de dados realizaram observações de aconselhamento domiciliar e entrevistas de saída com 116 beneficiárias. As beneficiárias tinham a idade média de 22 anos e a maioria era casada (80%) e concluiu algum nível de ensino formal (79%). As beneficiárias tinham um pouco mais 6-12 meses depois do parto (40%) que 0-5 meses depois do parto (27%) ou grávidas (33%).

Tabela 10: Características básicas das Beneficiárias (N=116)

Características das Beneficiárias	n	Média (25% - 75%)
Idade*	114	22 (19 - 29)
Número de filhos que cada beneficiária tem	116	2 (1-4)
Número de crianças que vivem nos agregados familiares de beneficiárias	116	4 (2-5)
	n	%
Estado civil		
Solteira	20	17,2
Casada/Em união	93	80,2
Divorciada	2	1,7
Viúva	1	0,9
Nível de escolaridade		
Nenhum	24	20,7
Algum ou todos do ensino primário	69	59,5
Algum ou todos do ensino secundário	23	19,8
População		
Mulheres grávidas	38	32,8
Mulheres de 0-5 meses depois do parto	31	26,7
Mulheres de 6-12 meses depois do parto	47	40,5
Distrito		
Funhalouro	70	60,3
Homoíne	46	39,7

* 2 beneficiárias não conheciam a sua idade

As VCSs são incentivadas a aconselharem sobre os tópicos que se aplicam à posição específica da beneficiária; assim, apresentamos os tópicos mencionados durante as sessões de aconselhamento separados pela população a que se destinam.

Tabela 11: Aconselhamento das VCSs

Tópicos discutidos ou apresentados durante a sessão de aconselhamento	n	%
Apenas para mulheres grávidas (N = 38)		
ANC	34	89,5
Apoio do pai durante a gravidez	30	79,0
Benefícios do parto na unidade sanitária	20	52,6
O colostro é bom para recém-nascidos	28	73,7
Para mulheres grávidas e mulheres de 0-5 meses depois do parto (N = 72)		
Dieta e diversidade alimentar	55	76,4
Amamentação	42	58,3
Para mulheres de 0-5 meses depois do parto apenas (N = 34)		
Papel do pai durante a amamentação	14	41,2
Posições para amamentação	25	73,5
Pega	23	67,7
Necessidade de consultas depois do parto	5	14,7
Demonstra boa pega	24	70,6
Demonstra posição de amamentação	22	64,7
Mulheres de 0-5 meses depois do parto (N = 80)		
Alimentação complementar	59	73,8
Frequência de alimentação	55	68,8
Preparação de papa enriquecida	44	55,0
Planeamento familiar	35	43,8
Pelo menos 1 benefício do PF	29	36,3
Pelo menos 1 benefício de amamentação	20	25,0
Mulheres de 6-12 meses depois do parto apenas (N = 46)		
que envolvem o pai na alimentação e no desenvolvimento da criança	25	54,4
Rastreamento de crescimento e peso	23	50,0
Todas as beneficiárias (N = 118)		
Tratamento de água e alimentos	83	70,3
Prevenção da malária	58	49,2

Tabela 12: Monitoria de crescimento pelas VCSs, apenas mulheres 6-12 meses depois do parto (N = 46)

Monitoria de crescimento pela VCS durante a sessão de aconselhamento	n	%
Mede o MUAC da criança	15	32,6
Mede o MUAC/perímetro branquial da criança correctamente (N = 15)	10	66,7
Resultado do MUAC (N = 15)		
Normal (>12.5cm)	12	80,0
Moderado (11,5 cm - 12,5 cm)	1	6,7
Grave (<11,5cm)	2	13,3
Verifica se a criança tem edema	9	19,6
Verifica correctamente se a criança tem edema (N = 9)	7	77,8
VCS afirma que a criança tem edema (N = 9)	1	11,1

Durante a sessão de aconselhamento, as VCSs mediram o MUAC de 15 crianças (33%) e 3 (20%) cumpriam os critérios necessários para serem encaminhadas para a unidade sanitária, mas apenas uma foi encaminhada. Igualmente, a criança que a VCS reportou ter edema (também critério necessário para ser encaminhada) não foi encaminhada.

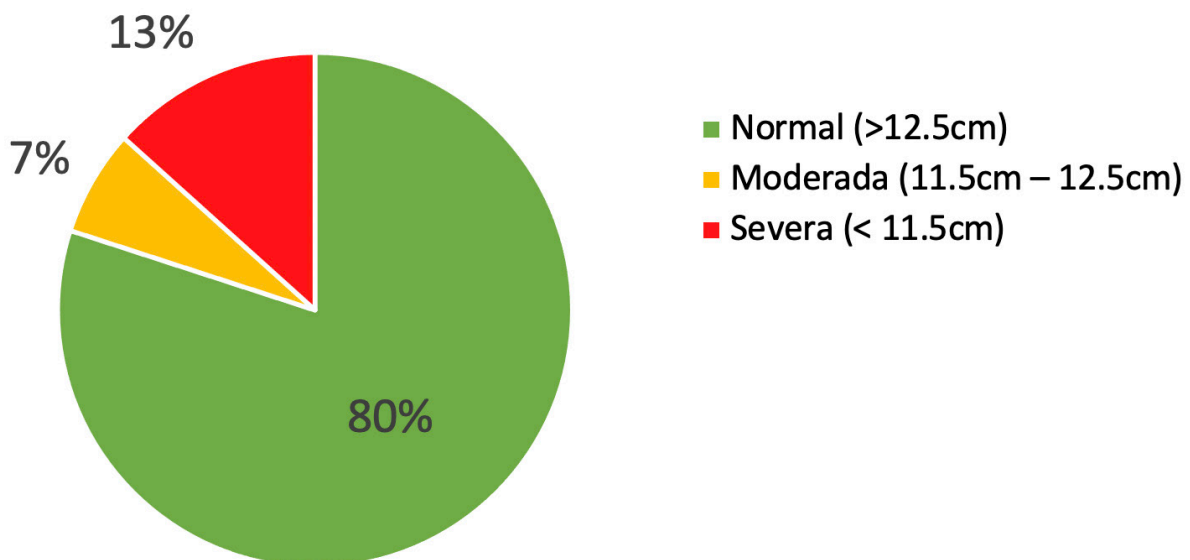
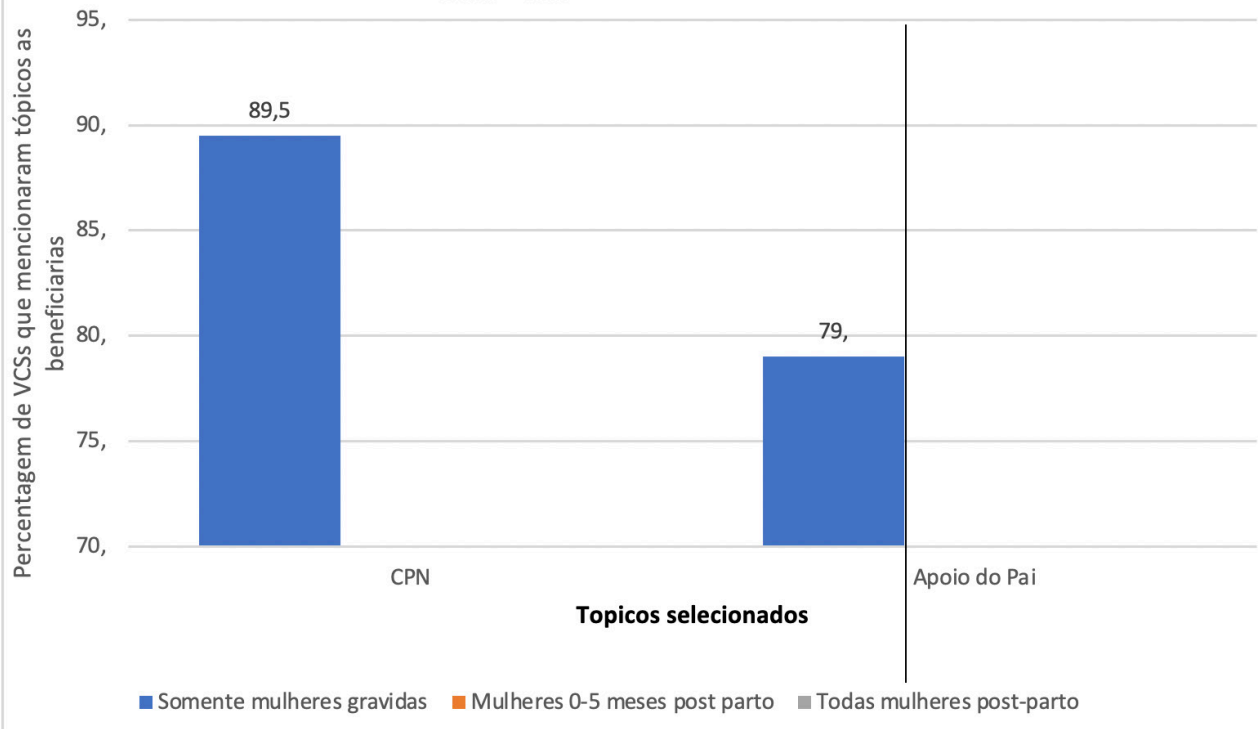
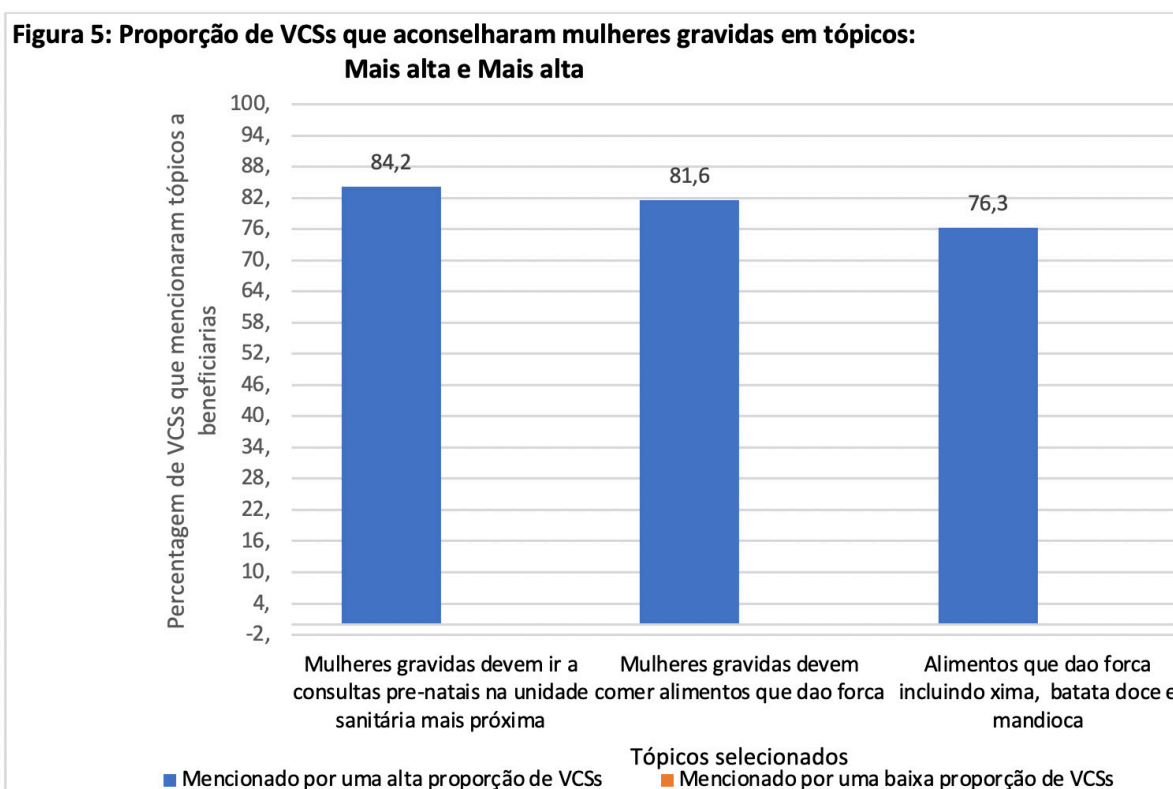
Figura 3: Resultados das medições do MUAC/PB

Figura 4: Proporção de VCSs que aconselharam nos seguintes tópicos: Mais Alta e Mais Baixa**Tabela 13: Percentagem de aconselhamento das VCSs em tópicos seleccionados: Mais e menos mencionados, por tipo de beneficiária**

Mensagem mencionada com mais frequência	n	%	Mensagem mencionada com menos frequência	n	%
Mulheres grávidas (N=38)					
Mulheres grávidas devem ir à unidade sanitária mais próxima para consultas pré-natais	32	84,2	As mulheres grávidas, em particular, devem usar sal iodado	1	2,6
As mulheres grávidas devem comer alimentos que dão força	31	81,6	As refeições nutritivas podem incluir frutas, leite, verduras, peixes, ovos, carne, xima e arroz	0	0
Alimentos que dão força incluem xima, batata-doce e mandioca	29	76,3	Sal iodado ajuda as mulheres grávidas a prevenirem problemas de desenvolvimento	0	0
0-5 meses (N=34)					
Nos primeiros 6 meses de vida, as crianças devem ser alimentadas apenas com leite materno	23	67,6	Oferece arroz ou xima de consistência ligeira em todas as refeições com verduras, feijão, ovos, peixe ou carne	1	2,9
Não dá água, outros líquidos ou medicamentos tradicionais ao bebé nos primeiros 6 meses	23	67,6	Oferece todos os alimentos disponíveis ou consumidos pela família para ajudar o bebé a crescer saudável	1	2,9

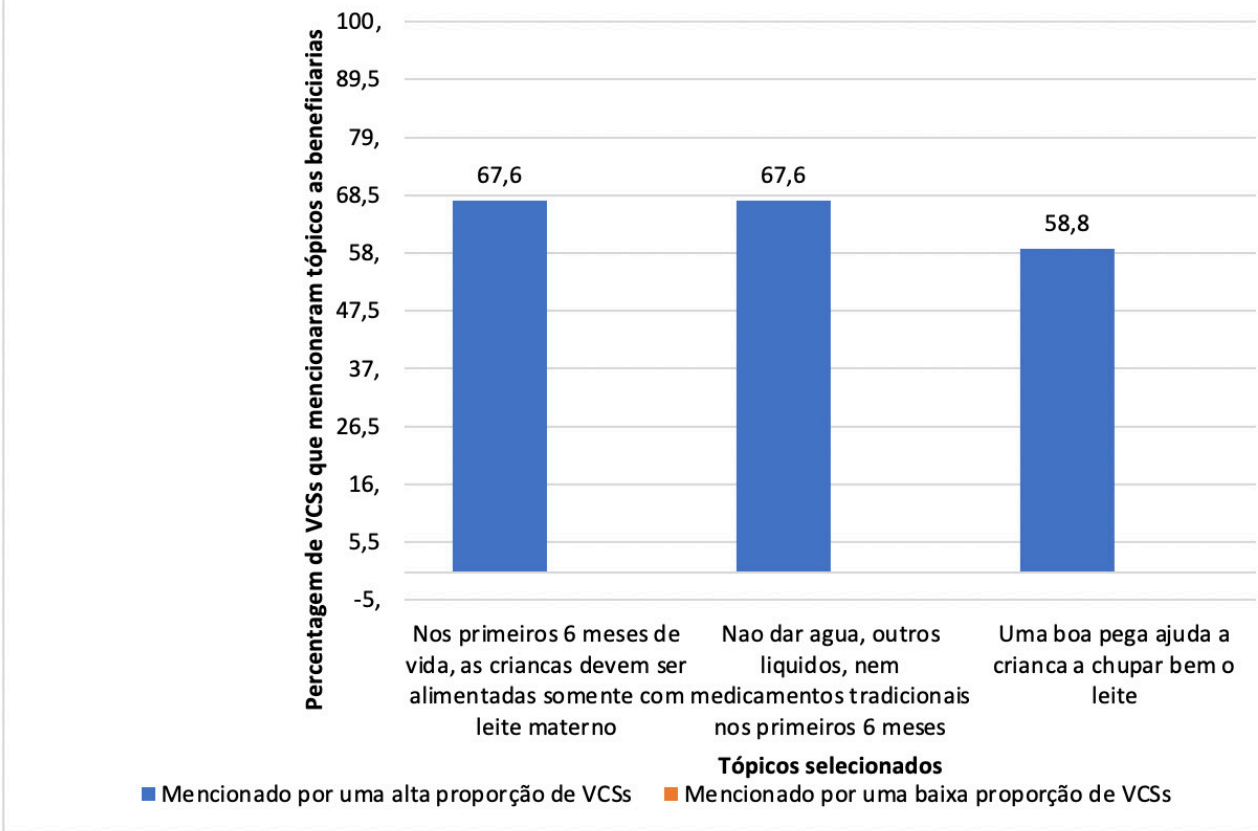
Uma boa pega ajuda o bebé a chupar bem o leite	20	58,8	As refeições nutritivas podem incluir frutas, leite, verduras, peixes, ovos, carne, xima e arroz	0	0
6-12 meses (N=46)					
Diz à beneficiária como cozinhar papa	33	71,7	Oferece alimentos duas vezes ao dia para que o bebé acostume-se a engoli-los	8	17,4
Dá exemplo de receita de papa	30	65,2	Dá 2 a 3 refeições mais frequentes	8	17,4
É importante introduzir xima e arroz em forma de papa sólida	28	60,9	Papa aguada não estimula um bom crescimento e desenvolvimento	7	15,2

As mensagens específicas mencionadas pela maior percentagem de VCSs para as beneficiárias incluem tópicos sobre CPN, amamentação e alimentação complementar. Embora as mensagens sobre a alimentação complementar com papa enriquecida tenham sido mencionadas com mais frequência, aquelas sobre as diversas refeições complementares estão entre as menos mencionadas. Mensagens sobre o consumo de sal iodado também não foram mencionadas com frequência. As mensagens mencionadas com mais frequência são principalmente sobre as acções que as beneficiárias são capazes de realizar com poucos ou sem nenhum recurso externo (como amamentar ou cozinhar papa), e as mensagens mencionadas com menos frequência parecem incluir recursos que podem ser mais raros em contextos locais (verduras e carne, refeições mais de uma vez ao dia, sal iodado). A CARE incentiva as VCSs a adaptarem as suas mensagens de aconselhamento ao que sabem sobre uma beneficiária específica, isso pode explicar essa observação.



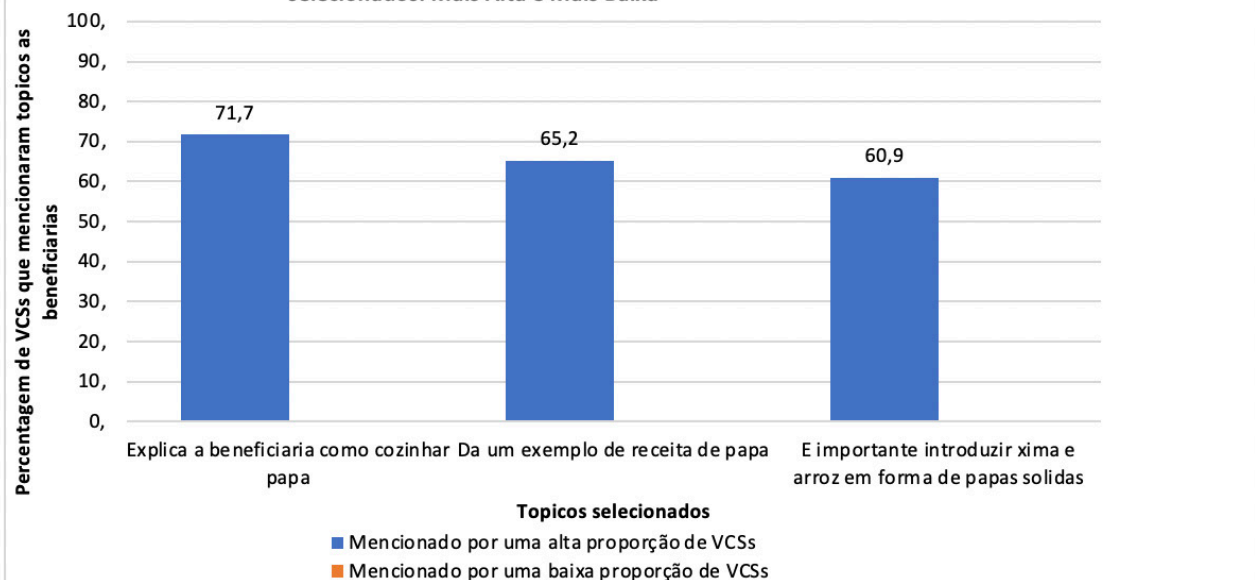
Os tópicos mais mencionados para as mulheres grávidas foram sobre CPN e alimentação; e os detalhes sobre como deve ser uma refeição nutritiva e sobre o consumo de sal iodado não foram mencionados.

Figura 6: Proporção de VCSS que aconselharam mulheres 0-5 meses post-parto nos tópicos selecionados: Mais Alta e Mais Baixa



Os tópicos mais mencionados para as mulheres de 0-5 meses depois do parto foram sobre amamentação exclusiva; e os detalhes sobre como deve ser uma refeição nutritiva não foram mencionados.

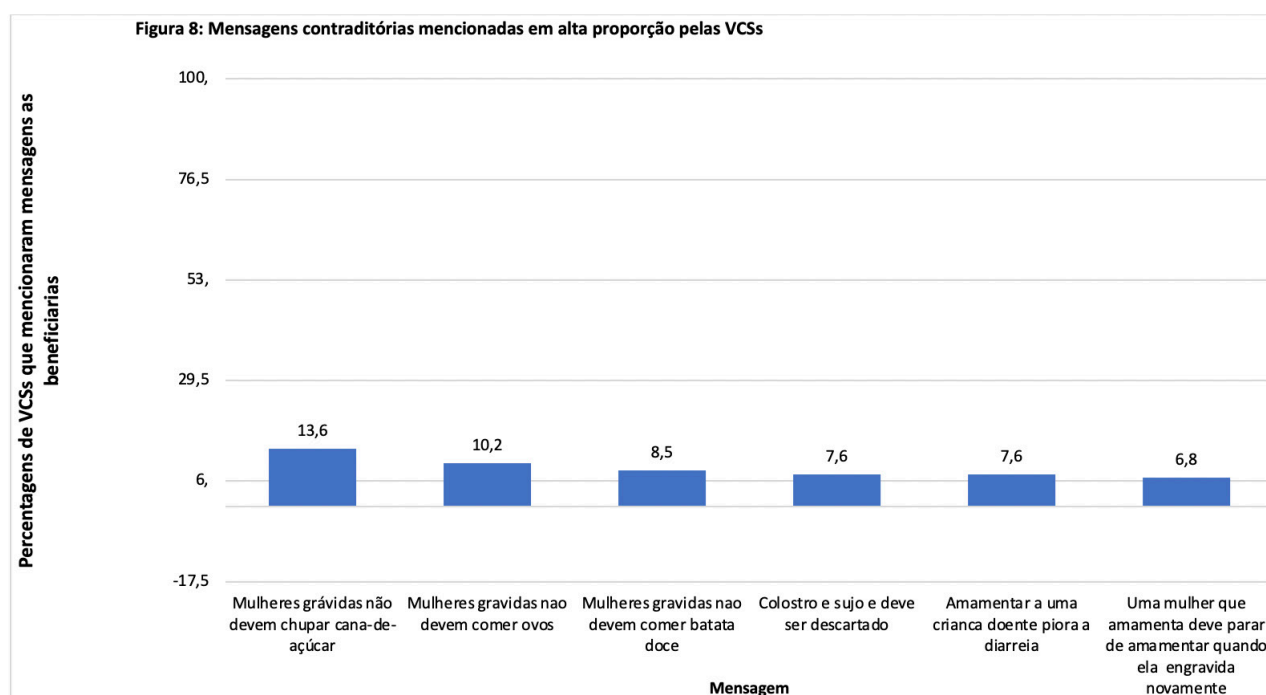
Figura 7: Proporção de VCSS que aconselharam mulheres 6-12 meses post-parto nos tópicos selecionados: Mais Alta e Mais Baixa



Foram mencionados mais tópicos para as mulheres de 6-12 meses depois parto sobre como preparar uma refeição para o bebé. Foram mencionadas todas as mensagens para este grupo durante a secção de aconselhamento. As menos mencionadas são relativas à qualidade da papa e a frequência da alimentação.

Tabela 14: Proporção das VCSs cujo aconselhamento incluiu mensagens que contradizem as orientações da AMBCP

Mensagens mencionadas com mais frequência e que contradizem as orientações da AMBCP	n	%
Mulheres grávidas não devem chupar cana-de-açúcar	16	13,6
Mulheres grávidas não devem comer ovos	12	10,2
Mulheres grávidas não devem comer batata-doce	10	8,5
Mulheres grávidas não devem comer alimentos ricos em minerais, como cenoura, pimentão, tomate e alface	10	8,5
Mulheres grávidas devem amarrar a barriga para evitar aborto	10	8,5
Mulheres grávidas não devem comer feijão	9	7,6
O colostro é sujo e deve ser descartado	9	7,6
Amamentar uma criança doente vai piorar a diarreia	9	7,6
Uma mãe que amamenta deve interromper a amamentação se ficar grávida de outra criança	8	6,8



As mensagens contraditórias geralmente mencionadas foram sobre a dieta de mulheres grávidas. Mensagens contraditórias sobre a amamentação também foram mencionadas por mais de 6% de beneficiárias.

Tabela 15: Avaliação do aconselhamento

Indicador N = 118	n	%
VCSs que cumprimentam as beneficiárias de aconselhamento	118	100
VCSs que agendam uma visita de acompanhamento com beneficiárias	40	33,9
VCSs que anotam as visitas domiciliares no registo	47	39,8
VCSs que dão mensagens de aconselhamento que contradizem as mensagens da AMBCP	37	31,4
VCSs que trazem consigo um livro de imagens de aconselhamento para a sessão de aconselhamento	108	91,5

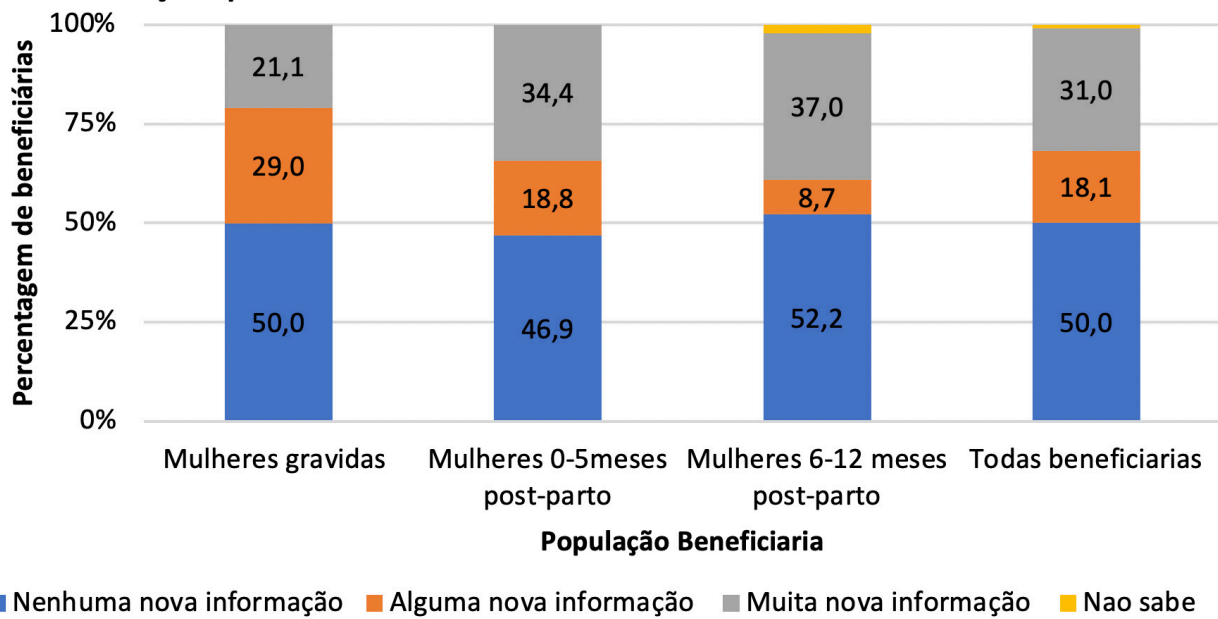
Todas as VCSs cumprimentaram as beneficiárias e quase todas trouxeram seus livros de imagens; menos de 40% de VCSs anotaram as visitas domiciliares no seu registo ou agenciaram uma visita de acompanhamento.

Tabela 16: Satisfação da beneficiária com o aconselhamento

Satisfação com o aconselhamento N = 116	n	%
Beneficiárias que disseram ter aprendido das VCSs a seguir novas informações sobre nutrição durante a sessão de aconselhamento		
Muitas informações novas	36	31,0
Algumas informações novas	21	18,1
Nenhuma informação nova	59	50,9
Beneficiárias que disseram conseguem seguir os conselhos da VCS usando os alimentos que já têm em casa*	114	98,3
Beneficiárias que disseram que a VCS fez uma demonstração como parte da sessão de aconselhamento	100	86,2
Beneficiárias que disseram que a VCS passou o período de tempo abaixo com elas durante a sessão de aconselhamento		
Tempo insuficiente	31	26,7
Apenas tempo suficiente	80	69,0
Muito tempo	5	4,3

* N=115, uma beneficiária disse que a VCS não a aconselhou sobre a nutrição

Cerca de metade das beneficiárias disse que não aprendeu nenhuma nova informação nutricional com VCSs, e a maioria (69%) disse que as VCSs passam apenas o tempo suficiente na sessão de aconselhamento. Quase todas disseram que podiam seguir os conselhos nutricionais das VCSs usando os alimentos que têm em casa.

Figura 9: Percentagem de beneficiárias relatando novas quantidades de informação aprendidas durante a sessão de aconselhamento

Não há variação na quantidade de novas informações aprendidas entre os 3 grupos, aproximadamente 50% da população de cada grupo mencionou que não recebeu nenhuma informação nova durante a sessão de aconselhamento, o grupo pós-parto referiu que recebeu muitas informações novas.

Tabela 17: Entrevista sobre o conhecimento de beneficiárias

Lembrança do tópico correcto *	n	%
Mulheres grávidas apenas (N=38)		
Lembra-se de > 1 alimento correcto que as mulheres grávidas devem comer	34	89,5
Lembra-se de > 1 serviço correcto que as mulheres recebem nas consultas pré-natais	35	92,1
Lembra-se correctamente que as mulheres devem começar a amamentar imediatamente ou dentro de 1 hora depois do parto	24	68,2
Afirma correctamente que o colostro é bom	26	68,4
Lembra-se de pelo menos 2 benefícios do colostro	10	26,3
Mulheres grávidas e mulheres de 0-5 meses depois do parto (N = 69)		
Lembra-se de >1 benefício correcto da amamentação	30	43,5
Lembra-se de que a amamentação exclusiva deve ocorrer durante os primeiros 6 meses depois do parto	46	66,7
Mulheres de 0-5 meses depois do parto (N=31)		
Lembra-se de > 1 sinal correcto de uma boa pega	10	32,3
Mulheres de 0-5 meses e de 6 -12 meses depois do parto (N = 78)		
Lembra-se de > 1 alimento correcto que é bom para o bebé comer depois de 6 meses	61	78,2

Mulheres de 6-12 meses depois do parto (N=47)		
Lembra-se de > 1 método de planeamento familiar	40	85,1
Lembra-se de >1 benefício correcto de planeamento familiar	27	57,5
Todas as beneficiárias (N = 116)		
Lembra-se de > 1 forma correcta de prevenir diarreia	74	63,8
Lembra-se de > 1 hora correcta em que uma pessoa deve lavar as mãos	102	87,9

*Não conta as respostas registadas na categoria “outras” para cada tópico

As mensagens que a maior proporção de beneficiárias lembraram correctamente incluem serviços recebidos nas CPN (92%), alimentos que mulheres grávidas devem comer (90%), quando uma pessoa devem lavar as mãos (88%) e métodos de planeamento familiar (85%). A menor proporção de beneficiárias lembrou os benefícios do colostro (26%), sinais de boa pega (32%) e benefícios da amamentação (44%).

Tabela 18: Entrevistas sobre o conhecimento da VCS e das beneficiária

Lembra-se do tópico correcto	VCS		Beneficiária	
	n	%	n	%
Mulheres grávidas apenas	(N=123)		(N=38)	
Lembra-se de > 1 alimento correcto que as mulheres grávidas devem comer	118	95,9	34	89,5
Lembra-se de > 1 serviço correcto que as mulheres recebem nas consultas pré-natais	105	85,4	35	92,1
Lembra-se correctamente que as mulheres devem começar a amamentar imediatamente ou dentro de 1 hora depois do parto	98	79,7	24	68,2
Afirma correctamente que o colostro é bom	109	88,6	26	68,4
Lembra-se de pelo menos 2 benefícios do colostro	47	38,2	10	26,3
Mulheres grávidas e mulheres de 0-5 meses depois do parto			(N=69)	
Lembra-se de >1 benefício correcto da amamentação	74	60,2	30	43,5
Lembra-se de que a amamentação exclusiva deve ocorrer durante os primeiros 6 meses depois do parto	115	93,5	46	66,7
Mulheres de 0-5 meses depois do parto			(N=31)	
Lembra-se de > 1 sinal correcto de uma boa pega	64	52,0	10	32,3
Mulheres de 0-5 meses e de 6 -12 meses depois do parto			(N=78)	
Lembra-se de > 1 alimento correcto que é bom para o bebé comer depois de 6 meses	113	91,9	61	78,2
Mulheres de 6-12 meses depois do parto			(N=47)	
Lembra-se de > 1 método de planeamento familiar	120	97,6	40	85,1
Lembra-se de >1 benefício correcto de planeamento familiar	84	68,3	27	57,5

Todas as beneficiárias	(N=116)		
Lembra-se de > 1 forma correcta de prevenir diarreia	95	77,2	74 63,8
Lembra-se de > 1 hora correcta em que uma pessoa deve lavar as mãos	108	87,8	102 87,9

2. Resultados da AFI da unidade sanitária

a. Formação e Supervisão

Formação		n	%
Unidades sanitárias (N=11)			
% de Unidades Sanitárias (US) que receberam a supervisão de nutrição nos últimos 3 meses		6	54,5
% de USs que receberam supervisão de nutrição nos últimos 3 meses, onde os relatórios/registros foram revisados		5	45,5

b. Provisões

Tabela 20: Suprimentos na unidade sanitária

Suprimentos na unidade sanitária		
N=11	n	%
Equipamentos e suprimentos		
% de USs com equipamentos/suprimentos operacionais no dia da avaliação		
Balança para crianças	11	100
Balança para bebés	11	100
medidor de altura	11	100
MUAC	11	100
fita métrica	10	90,9
depósito de água	10	90,9
seringas descartáveis	10	90,9
brochuras de saúde em branco	10	90,9
Álcool/desinfetante	10	90,9
colheres para a medição de SRO	9	81,8
algodão para esfregar	9	81,8
Luvas latex	9	81,8
copos para a medição de SRO	8	72,7

Gráfico de crescimento	7	63,6
bacia	7	63,6
sabão	6	54,5
relógio	6	54,5
Kit IV	4	36,4
utensílios para demonstrações culinárias	2	18,2
% de USs com todo o equipamento/suprimento nutricional no dia da avaliação	1	9,1
% de USs com o protocolo de tratamento de desnutrição disponível no dia da avaliação	7	63,6
Disponibilidade de medicamentos		
% de USs com fornecimento de medicamento não vencido no dia da avaliação		
Amoxicilina	9	81,8
SRO	9	81,8
Albendazole	8	72,7
Zinco	8	72,7
Vitamina A	7	63,6
ATPU (Plumpy Nut)	1	9,1
SAPU (Plumpy Sup)	0	0
% de USs sem ruptura de estoque de medicamentos nutricionais dentro do período de validade no dia da avaliação (excluindo sup plumpy)	1	9,1
% de USs com medicamentos nutricionais armazenados correctamente no dia da avaliação	5	45,5
Ruptura de estoque de medicamentos		
% de USs sem ruptura de estoque de medicamento com duração de 7 ou mais dias nos últimos 3 meses		
Amoxicilina	11	100
SRO	11	100
Albendazole	9	81,8
Vitamina A	9	81,8
Zinco	9	81,8
ASPU (Plumpy Sup)	6	54,5
ATPU (Plumpy Nut)	5	45,5

Todas as unidades sanitárias têm material antropométrico (balanças e MUAC), embora o estoque de suprimentos e medicamentos necessários para tratar (ao invés de diagnosticar) a desnutrição variasse. A maioria das unidades sanitárias estava sem estoque de suplementos nutricionais, sobretudo ASPU, e nenhuma unidade sanitária tinha estoque completo de todos os medicamentos solicitados durante a avaliação. Duas unidades sanitárias não tinham nenhum dos medicamentos inquiridos.

Tabela 21: Disponibilidade de medicamentos nas unidades sanitárias

Distrito	Unidade sanitária	ATPU	Amoxicilina	Albendazole	Vit. A	SRO	Zinco
	-----	10%	80%	60%	60%	80%	70%
HOMOÍNE	Pembe	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
	Maxamal	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
	Benhane	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Chijinguir	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Marrengo	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
	Maganda	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Guengue	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
FUNHALOURO	F. Sede	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
	Mavume	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Manhiça	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

c. Disponibilidade do Serviço

Tabela 22: Disponibilidade do serviço de unidade sanitária, geração da demanda e do uso de dados

Indicador		
Disponibilidade do Serviço da Unidade Sanitária (N = 11)		Média (25% - 75%)
Número de agentes de saúde (ASs) que prestam serviços de nutrição por unidade sanitária		7 (6,0 - 9,5)
% de ASs por unidades sanitárias que são mulheres		67,7 (53,8 – 100)
	n	%
USs que oferecem gráficos e monitoria de crescimento		10 90,9
USS que oferecem aconselhamento nutricional		10 90,9
Geração de Demanda na Unidade Sanitária (N = 10)*		Média (25% - 75%)
Número das demonstrações de culinária e nutrição nos últimos 6 meses		2 (1,5, 3,0)

Número de palestras de educação comunitária sobre AMBCP nos últimos 6 meses	3 (2.5, 6.0)	
Número de campanhas de monitoria de crescimento nos últimos 6 meses	3 (2.0, 6.0)	
	n	%
Unidades sanitárias que reportam pelo menos 1 demonstração de culinária e nutrição nos últimos 6 meses	8	80
Unidades sanitárias que reportam pelo menos 1 palestra de educação comunitária sobre AMBCP nos últimos 6 meses	9	90
Unidades sanitárias que reportam pelo menos 1 campanha de monitoria de crescimento nos últimos 6 meses	9	90
Uso de dados da unidade sanitária	n	%
USs com cartões de nutrição preenchidos para crianças desnutridas nos últimos 3 meses	6	54,6
USs com registo de crianças encaminhadas para US por desnutrição atendidas no dia da avaliação	5	45,5
USs com registo de crianças que a US encaminha por desnutrição atendidas no dia da avaliação	6	54,6
USs com relatórios de actividades mensais completos nos últimos 6 meses	10	90,9

* uma unidade sanitária não tinha relatórios de actividades mensais disponíveis

As unidades sanitárias tiveram uma média de 7 agentes de saúde que prestam serviços de nutrição. Todas as unidades sanitárias, excepto uma, oferecem gráficos/monitoria de crescimento e aconselhamento nutricional. A maioria das unidades sanitárias reportou pelo menos 1 tipo de actividade de geração de demanda nos últimos 6 meses. Cerca de metade das unidades sanitárias preencheram os cartões nutricionais das beneficiárias e os dados de encaminhamento.

Tabela 23: Número de crianças encaminhadas para a unidade sanitária nos últimos 6 meses

Distrito	Unidade Sanitária	Número de crianças encaminhadas
HOMOÍNE	Pembe	3
	Maxamal	0
	Benhane	*sem registo
	Chijinguir	0
	Marrengo	0
	Maganda	0
	Guengue	0
FUNHALOURO	F. Sede	7
	Mavume	2
	Manhiça	1
TOTAL		13

Houve mais casos encaminhados para a unidade sanitária de Funhalouro do que de Homoíne.

3. Discussão

Depois da limpeza inicial dos dados e análise preliminar, foi realizada uma oficina de validação de dados em Marracuene. Participaram os decisores, implementadores de programas e equipas regionais de saúde. O que se segue é a interpretação, discussão e recomendações que saíram da oficina.

a. AFI da VCS e QC da VCS

Conhecimento, alfabetização e supervisão da VCS

Embora as VCSs usem material de apoio escrito, o recrutamento não se restringe às VCSs alfabetizadas e mais ênfase é colocada no papel das VCSs nas suas comunidades e na confiança das beneficiárias. Embora cerca de metade das VCSs demonstrasse nenhum ou baixo nível de alfabetização, a maioria foi capaz de lembrar a maioria das mensagens importantes sobre a NMBCP. Apenas a duração ideal correcta do intervalo entre gravidezes foi reportada com menos frequência por VCSs analfabetas que por alfabetizadas. Isso pode ser devido ao facto de que o intervalo entre gravidezes é um conceito relativamente simples de aprender em comparação com outras mensagens sobre a NMBCP. Esses resultados sugerem que a formação e os materiais podem ser bem adaptados aos níveis de alfabetização/educação de VCSs.

As VCSs supervisionadas no mês anterior lembraram um pouco mais dos serviços que as mulheres devem receber nas consultas de CPN do que as VCSs não supervisionadas, mas todas tinham alta frequência de conhecimento correcto sobre a maioria dos tópicos. A maioria das outras VCSs foram supervisionadas nos 3 meses anteriores, portanto, a supervisão parece benéfica, mesmo que tenha sido feita um pouco mais de um mês antes.

Mensagens sobre a NMBCP

Os tópicos que a maior e a menor proporção de VCSs e beneficiárias correctamente lembraram geralmente correspondem. Quase todas as VCSs e beneficiárias grávidas foram capazes de indicar mais de um alimento que as mulheres grávidas devem comer e mais de um serviço que as mulheres recebem nas consultas de CPN. A lembrança do colostro foi misturada, embora a importância do colostro seja enfatizada nos materiais de formação da CARE, 11% das VCSs afirmaram que o colostro faz mal ao bebé. E enquanto as VCSs mencionaram que o colostro é bom para 74% das beneficiárias grávidas, 68% de todas as beneficiárias lembraram que o colostro é bom para os recém-nascidos.

Amamentação

Embora os materiais da CARE enfatizem os benefícios do colostro, um número surpreendente (11%) das VCSs afirmou que o colostro faz mal e 8% das VCSs mencionaram esse mito durante a sessão de aconselhamento. A maioria (68%) das beneficiárias lembrou correctamente que o colostro é bom para o bebé, apesar de apenas 32% das VCSs afirmaram explicitamente esse facto durante a sessão de aconselhamento observada. Curiosamente, das 9 beneficiárias aconselhadas pela VCS que o colostro faz mal e deve ser descartado, apenas 2 eram mulheres grávidas (4 eram mulheres de 0-5 meses depois do parto e 3 eram 6-12 meses depois do parto, tarde demais para elas agirem). Apesar da perpetuação desse mito nesses casos, a maioria das VCSs (80%) e beneficiárias (63%) lembrou que a amamentação deve começar até 1 hora depois do parto. Mais ênfase nas mensagens sobre o colostro pode ser benéfica, pois o colostro é altamente benéfico para a saúde do recém-nascido¹⁴ e

as mulheres não precisam de recursos extras para seguir este conselho.

O conhecimento sobre a amamentação exclusiva era elevado, com quase todas (94%) as VCSs a afirmarem correctamente que a amamentação exclusiva deve continuar por 6 meses. Das 42 gestantes e beneficiárias 0-5 meses depois do parto aconselhadas sobre amamentação, 34 (81% das aconselhadas, 47% de todas as gestantes e beneficiárias 0-5 meses depois do parto) foram aconselhadas que a amamentação exclusiva deve continuar por 6 meses.

A maior proporção de VCSs e beneficiárias lembra os mesmos benefícios da amamentação: fornecer tudo de que uma criança precisa para crescer e desenvolver-se e proteger contra doenças. Porém, apenas 60% das VCSs foram capazes de lembrar mais de um benefício da amamentação.

Dieta e diversidade alimentar

A maioria das VCSs (68%) disse não conhecer os alimentos que as mulheres grávidas não devem comer, e outras (15%) disseram que as mulheres grávidas não deviam tomar medicamentos tradicionais. É possível que as mensagens sobre a amamentação exclusiva, excluindo a medicina tradicional, estejam a ser confundidas. O conhecimento e as mensagens sobre a amamentação exclusiva eram elevadas tanto para as VCSs como para as beneficiárias.

O sal iodado como alimento que as mulheres grávidas devem comer, lembrado pela menor proporção de VCSs, foi mencionado durante apenas uma sessão de aconselhamento observada e lembrado por uma beneficiária.

Os conselhos dados, que contradizem as mensagens da NMBCP, estavam muitas vezes relacionados com a alimentação. Esses conselhos estão relacionados com os mitos locais, de que o consumo da cana-de-açúcar pode aumentar a salivação do bebé.

CPN

Aproximadamente 75% das VCSs lembraram que as mulheres recebem suplementos de ferro e ácido fólico nas consultas de CNP, enquanto 92% das beneficiárias lembraram disso durante a entrevista de saída. Uma grande maioria das VCSs e beneficiárias (85% e 92% respectivamente) lembrou mais do que um serviço que as mulheres devem receber nas consultas de CPN, o que faz sentido dado que 96% das mulheres grávidas em Inhambane recebem cuidados pré-natais de um profissional de saúde¹⁵.

Alimentação complementar

Todas as VCSs indicaram papa como sendo um tipo de alimento complementar para crianças a partir dos 6 meses. Cerca de metade (55%) das mulheres depois do parto foram aconselhadas sobre isso e quase todas (94%) lembraram papa como sendo um tipo de alimento complementar durante a entrevista de saída.

York: UNICEF; 2018

15 Ministério da Saúde - MISAU/Moçambique, Instituto Nacional de Estatística - INE/Moçambique and ICF International. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISA/Moçambique, INE/Moçambique and ICF International.

Satisfação da beneficiária

Enquanto cerca de metade das beneficiárias disse que não recebeu nenhuma informação nova durante a sessão de aconselhamento, a maioria disse que a VCS passou tempo suficiente com elas (69%) e fez uma demonstração como parte da sessão (86%).

Uma percentagem ligeiramente maior de beneficiárias no pós-parto disse que as VCSs passaram tempo suficiente ou demasiado muito com elas durante a sessão, em comparação com as beneficiárias grávidas. Da mesma forma, uma percentagem ligeiramente maior de beneficiárias no pós-parto disse que aprenderam novas informações durante a sessão, em comparação com beneficiárias grávidas. Essa discrepância pode ser porque há menos crenças culturais em torno do comportamento pós-parto, em comparação com a gravidez, e porque há mais tópicos que são facilmente demonstrados, aumentando a duração da sessão de aconselhamento.

Encaminhamentos

As VCSs são instruídas a encaminharem as crianças para a unidade sanitária local se tiverem um perímetro braquial moderado (11,5 cm - 12,5 cm ou amarelo na fita MUAC) ou grave (<11,5 cm ou vermelho na fita MUAC), ou se a criança tiver edema. As VCSs mediram o perímetro braquial de apenas 32% das crianças com mais de 6 meses e verificaram o edema em 20%. É alarmante que apenas 1 das 4 crianças com medidas que necessitem de encaminhamento (MUAC <11,5 cm ou edema) tenha sido encaminhada pela VCS. Tanto a monitoria do crescimento como os encaminhamentos das unidades sanitárias apresentam uma lacuna que tem o potencial de ter um grande impacto nos resultados para crianças gravemente desnutridas nessas comunidades.

b. AFI da unidade sanitária

Todas as unidades sanitárias tinham suprimentos necessários para diagnosticar crianças com desnutrição, embora um número menor tivesse medicamentos e suplementos suficientes para tratar crianças com desnutrição. Todas as unidades sanitárias continham amoxicilina, classificada como medicamento essencial para o tratamento da desnutrição aguda grave pela OMS¹⁶. Apenas uma unidade sanitária tinha ATPU (Alimentos Terapêuticos Prontos para Uso), que é um dos tratamentos recomendados para desnutrição aguda grave; nenhuma unidade sanitária tinha ASPU (Alimentos Suplementares Prontos para Uso), usado para tratar a desnutrição aguda moderada. Duas unidades sanitárias não tinham nenhum dos medicamentos pesquisados. Uma unidade sanitária não tinha desinfetante e cinco não tinham sabão.

A falta de nutrição suplementar, desinfetante e sabão pode ter implicações graves para as crianças desnutridas encaminhadas para a unidade sanitária. Pode haver uma relação entre a falta de encaminhamentos da comunidade para a unidade sanitária e a capacidade do sistema de saúde, as VCSs podem hesitar em encaminhar crianças desnutridas para uma unidade sanitária que não tem os suprimentos necessários para tratá-las. Mais pesquisas, no entanto, seriam necessárias para explorar se essa relação existe. O fortalecimento do sistema de saúde, que pode incluir mais formação, cadeias de abastecimento reforçadas e encaminhamentos comunitários facilitados, pode ter um efeito directo na saúde das crianças nessas comunidades.

16 Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, 21ª Lista, 2019 Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. Guia: Actualizações sobre a gestão de desnutrição aguda grave em bebés e crianças. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2013.

Apesar da existência de escalas e altímetros, lacunas no quadro de profissionais capacitados e com conhecimento na área de nutrição podem resultar em triagem precária e acompanhamento inadequado dos casos de desnutrição, bem como na disseminação de medidas preventivas. Um sistema de encaminhamentos fraco permite que crianças que precisam de cuidados e tratamento não seja atendidas, perdendo as intervenções de que precisam.

c. Limitações

Uma vez que as VCSs são incentivadas a adaptarem as mensagens que transmitem à situação específica da beneficiária, é difícil saber se uma mensagem foi omitida devido a uma falha de VCs ou outro motivo. Por exemplo, uma VCS não aconselharia uma viúva sobre o papel do pai na criação de um filho; se uma VCS discutiu os benefícios do colostro com uma beneficiária no mês anterior, ela pode discutir diferentes tópicos neste mês. Assim, a nossa análise limita-se a discutir as mensagens mencionadas pela maior e menor proporção de VCSs, sem conhecer os motivos por trás disso. A língua local (Xitswa) falada pelas VCSs e beneficiárias, normalmente não é escrita; assim, todas as ferramentas foram escritas em português e os colectores de dados traduziram em tempo real. Embora os colectores de dados tenham sido formados nesta tarefa, isso, no entanto, aumentou sua carga durante a avaliação e pode ter resultado em alguns erros de tradução, interpretação e provável variação na forma como as perguntas foram entendidas pelos participantes do estudo. As VCSs podem ter alterado o seu comportamento de aconselhamento durante a observação directa porque sabiam que estavam a ser avaliadas. O nosso tamanho e poder da amostra são relativamente pequenos em comparação com outros estudos semelhantes.

d. Pontos Fortes

Antes desta avaliação, foi realizado um estudo qualitativo em Homóine para determinar como medir com precisão a satisfação das beneficiárias com o aconselhamento. As perguntas da entrevista de saída sobre satisfação foram, portanto, adaptadas ao contexto local e programa.

As ferramentas usadas foram adaptadas especificamente para o projecto SANI da CARE e foi possível medir mais matizes do que teria sido com as ferramentas gerais. Isso incluiu a lista de mensagens que contradizem as mensagens sobre a NMBCP, que vieram directamente do pessoal local da CARE Moçambique.

Como um método para medir a qualidade dos cuidados, as observações presenciais são mais rigorosas do que outros métodos e permitem uma avaliação em tempo real.

4. Conclusão

O tratamento da desnutrição requer uma abordagem multifacetada. O projecto SANI da CARE concentra-se na prevenção da desnutrição através de sessões de aconselhamento domiciliar. As VCSs e as beneficiárias tinham alto conhecimento sobre amamentação exclusiva, serviços de CPN e papa enriquecida; ainda pode ser feito o progresso para dissipar os mitos da comunidade local.

Para afectar a mudança, a prevenção deve ser combinada com encaminhamento e tratamento. O projecto SANI visa agregados familiares particularmente vulneráveis à desnutrição. O reforço da monitoria do crescimento e do encaminhamento às unidades, além de fortalecer o sistema de saúde local, pode garantir que essas crianças sejam diagnosticadas, encaminhadas e tratadas rapidamente.

5. Recomendações

Recomendações do projecto da CARE

1. Reforçar as mensagens sobre a NMBCP frequentemente mais distorcidas e que têm o potencial de ter o maior efeito.
 - As mensagens sobre o colostro e os benefícios da amamentação são facilmente implementadas pelas beneficiárias (não requer recursos externos); alimentação com colostro e leite materno são acções com potencial de alto impacto na saúde infantil.
 - Esclarecimento sobre medicamentos tradicionais, que as crianças não devem tomar antes dos 6 meses, mas que as mulheres grávidas podem tomar durante a gravidez, pode ser útil. Embora deixar de tomar medicamentos tradicionais durante a gravidez não seja prejudicial, este esclarecimento pode ajudar a aumentar a confiança no programa ao falar do valor da medicina tradicional aos membros da comunidade.
2. Fortalecimento das habilidades de monitoria de crescimento
 - As VCSs têm uma oportunidade única, quando fazem visitas domiciliárias às beneficiárias, de interagirem com as crianças e famílias de uma forma que pode não ser apropriada num contexto de grupo. Isso inclui a monitoria do crescimento e aconselhamento sobre o que significam os resultados da monitoria do crescimento.
 - Ambas as medições do MUAC e identificação de edema são indicadores precisos da necessidade de uma criança ser encaminhada para o tratamento de desnutrição¹⁸. Crianças com MUAC mais baixo têm maiores riscos de morrer¹⁹ e edema é um critério diagnóstico para desnutrição aguda grave²⁰. O reforço dessas habilidades e tarefas é importante para obter cuidados e tratamento para as crianças que mais precisam, quando combinado com a recomendação #3.
3. Estabelecer encaminhamentos facilitados para crianças gravemente desnutridas
 - Os encaminhamentos facilitados podem ajudar crianças que normalmente não procuram cuidados em uma unidade sanitária, incentivadas em parte por um membro da comunidade de confiança que está a fazer o encaminhamento. Esses encaminhamentos, juntamente com a recomendação #2, teriam um impacto maior nas crianças mais desnutridas e necessitadas.
4. Criar orientações sobre triagem e encaminhamentos para desnutrição materna
 - Durante a gravidez, a desnutrição materna pode resultar em restrição do crescimento fetal e comprometimento do desenvolvimento²¹. A desnutrição materna também pode

18 Organização Mundial da Saúde. (2009). Padrões de crescimento infantil propostos pela OMS e identificação de desnutrição aguda grave em bebés e crianças: declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância.

19 Myatt, M., Khara, T., & Collins, S. (2006). Uma revisão dos métodos para detectar casos de crianças gravemente desnutridas na comunidade para sua admissão em programas comunitários de cuidados terapêuticos. *Food and nutrition bulletin*, 27(3 suppl3), S7-S23.

20 Organização Mundial da Saúde. (2009). Padrões de crescimento infantil propostos pela OMS e identificação de desnutrição aguda grave em bebés e crianças: declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância.

21 Wu, G., Imhoff-Kunsch, B., & Girard, A. W. (2012). Biological mechanisms for nutritional regulation of maternal health and fetal development. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 26, 4-26.

resultar em diminuição do volume do leite materno e da composição nutricional²². A medição de MUAC materno tem sido usado em contextos semelhantes para rastrear a desnutrição em mulheres²³ e pode ser integrada à SANI, uma vez que as VCSs já medem o MUAC em crianças.

Recomendações para o fortalecimento das unidades sanitárias

5. Fortalecimento da cadeia de suprimentos

- Se as unidades sanitárias de acompanhamento não tiverem os suprimentos de que precisam para tratar crianças desnutridas, as crianças não recebem o tratamento de que precisam. A parceria com o Ministério da Saúde e outras partes interessadas para garantir que as unidades sanitárias tenham os suplementos de que precisam aumentaria a sua capacidade de tratar as crianças encaminhadas para si pelas comunidades.

22 Brown, K. H., Akhtar, N. A., Robertson, A. D., & Ahmed, M. G. (1986). Lactational capacity of marginally nourished mothers: relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk. *Pediatrics*, 78(5), 909-919.

23 Brown, K. H., Akhtar, N. A., Robertson, A. D., & Ahmed, M. G. (1986). Lactational capacity of marginally nourished mothers: relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk. *Pediatrics*, 78(5), 909-919.

23 Ververs, M. T., Antierens, A., Sackl, A., Staderini, N., & Captier, V. (2013). Which anthropometric indicators identify a pregnant woman as acutely malnourished and predict adverse birth outcomes in the humanitarian context?. *PLoS currents*, 5.; Assefa, N., Berhane, Y., & Worku, A. (2012). Wealth status, mid upper arm circumference (MUAC) and antenatal care (ANC) are determinants for low birth weight in Kersa, Ethiopia. *PLoS One*.

Apêndice A: Pessoal do Inquérito

TRABALHO DE CAMPO

Supervisores Nacionais

Júlia Sambo Abchande (Investigadora Principal Local), INS
Réka Maulide Cane (Coordenadora), INS
Sérgio Mahumane, INS
Granélio Tamele, INS
Paulino da Costa (Gestor de Dados), INS
Jacira Mussá, DPS- Inhambane

Supervisores Internacionais

Emily Frost, JHU
Diwakar Mohan, JHU

LISTA DE INQUERIDORES

Amarina Da Florda Rafael
Leonildo Vitorino Dava
Orlando Simião Cau
Angelina Filipe Zandamela
Nelson Murrure
Heliodonda Acurcia Constantino
Ângela Beatriz
Imamo Abdala Andinane
Isa da Silva
Matilde Francisco Dimande
Adérito Alcidio Uate
Edite Sónia Rodrigues
Nilza Samuel
Nedi Abel Massingue
Gaudêncio Chiquilo
Frederico Issaca
Helena Ernesto Paulino
Elisa Luís B Napoleao

Amélia Feliciano Nhamposse

Juvêncio Zacarias Cumbane

Sunilda Mabjaia

Laura Langa

GESTÃO E ANÁLISE DE DADOS

Paulino da Costa, INS

Júlia Sambo Abchande, INS

Réka Maulide Cane, INS

Sérgio Mahumane, INS

Granélio Tamele, INS

Diwakar Mohan, JHU

Emily Frost, JHU

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Júlia Sambo Abchande, INS

Réka Maulide Cane, INS

Sérgio Mahumane, INS

Granélio Tamele, INS

Paulino da Costa, INS

Emily Frost, JHU

REVISÃO FINAL

Melissa Marx (Investigador Principal Internacional), JHU

Emily Frost, JHU

Diwakar Mohan, JHU

Júlia Sambo Abchande, INS

Réka Maulide Cane, INS

TRADUÇÃO

Hermenegildo Gonhamo, INS

Réka Maulide Cane, INS

MAQUETIZAÇÃO

Júlio Nandza, INS

AGRADECIMENTOS

Claudia da Conceição Xavier, Tradutora e Transcritora

Marla Amaro, DNSP- MISAU

Luísa Maringue, DNSP-MISAU

Bianca Jackson, JHU

Anifa Ismael, Care Mozambique

Clarissa Texeira, Care Canada

Apêndice B: Tabelas Adicionais

Tabela 24: Conhecimento de VCS (N = 123)

Indicador	n	%
Cuidados durante a gravidez		
VCSs que lembraram os seguintes alimentos como sendo bons para as mulheres grávidas:		
Frutas	108	87,8
Carne/Peixe	90	73,2
Verduras (general)	83	67,4
Ovos	78	63,4
Xima	80	65,0
Alimentos que dão força	60	48,8
Arroz	49	39,8
Mandioca	38	30,9
Batata-doce	33	26,8
Leite	16	13,0
Sal iodado	9	7,3
Não sabem	1	0,8
VCSs que lembraram os seguintes alimentos como sendo bons para as mulheres grávidas:		
Não sabem	84	68,3
Medicamentos tradicionais	18	14,6
Chá	12	9,8
Álcool	14	11,4
Piri-Piri	10	8,1
Café	4	3,2
VCSs que lembraram os seguintes serviços que uma mulher deve receber nos CPN		
Rede mosquiteira	107	87,0
Comprimidos de ferro/ácido fólico	92	74,8
Não sabem	39	31,7
Vacina contra o tétano	17	13,8
Desparasitação	20	16,3
CHVs que lembraram as seguintes funções do ácido fólico + ferro		
Melhorar a saúde do feto	112	91,1
Ajudar a prevenir a anemia	86	69,9
Dar força	12	9,8
Aumentar o apetite	10	8,1
Não sabem	1	0,8
VCSs que disseram que as mães deviam começar a amamentar no seguinte intervalo de tempo depois do parto		
Imediatamente/dentro de 1 hora	98	79,7

Nas primeiras 24 horas/1 dia	9	7,3
Não sabem	16	13,0
VCs que disseram que o colostro fazia mal ou bem		
Faz bem	109	88,6
Faz mal	14	11,4
VCs que deram as seguintes razões por que o colostro faz bem ao bebé (N = 109)		
Protege contra doenças	78	71,6
Ajuda a eliminar/remover as primeiras fezes escuras	54	49,5
Contém vitaminas	19	17,4
Não sabem	7	6,4
VCs que deram as seguintes razões por que o colostro faz mal ao bebé (N = 14)		
Está sujo/apodreceu/estragado	9	64,3
É amarelo	3	21,4
É água	2	14,3
Amamentação		
VCs que dizem que os recém-nascidos devem ser amamentados pelo menos 10 vezes ao dia ou conforme necessário	97	78,9
VCs que lembram os seguintes benefícios da amamentação		
Fornece tudo de que uma criança precisa para crescer e desenvolver-se	91	74,0
Protege contra doenças	70	56,9
Ajuda a acalmar a criança	35	28,5
Acelera a recuperação da doença	26	21,1
Aumenta o vínculo entre a mãe e o bebé	21	17,1
Pode ajudar na gestão de intervalo entre gravidezes	2	1,6
Reduz o sangramento depois do parto	4	3,2
Não sabem	5	4,1
Ajuda a contrair o útero	0	0
VCs que lembram os seguintes benefícios de uma boa pega		
O bebé chupa lenta e profundamente	67	54,5
O seio fica leve depois da alimentação	34	27,6
As bochechas do bebé ficam redondas	36	29,3
O bebé faz pausas	31	25,2
Amamentar não causa dor	21	17,1
Não sabem	13	10,6
Alimentação complementar		
VCs que dizem que um bebé deve receber alimentos ou líquidos além do leite materno 6 meses depois do nascimento	115	93,5
VCs que lembraram os seguintes alimentos que um bebé deve comer depois de 6 meses		
Papa enriquecida	89	72,4
Papa feita com xima, arroz, mandioca e/ou batata-doce	59	48,0

Frutas	50	40,6
Amendoim	52	42,3
Papa fermentada	53	43,1
Leite materno	48	39,0
Ovos	32	26,0
Feijão	8	6,5
Peixe	9	7,3
Medicamentos tradicionais	6	4,9
VCSs que lembram a papa como sendo um tipo de alimento complementar para bebés depois de 6 meses	123	100
Cuidados gerais com a criança e conselhos ao agregado familiar		
VCSs que lembraram as seguintes medidas que os membros do agregado familiar podem tomar para evitar que uma criança tenha diarreia		
Certificar-se de que o ambiente esteja limpo	103	83,7
Lavar as mãos	76	61,8
Cubrir a comida e a água para evitar moscas	71	57,7
Usar latrinas	57	46,3
Amamentar exclusivamente as crianças até 6 meses	15	12,2
Enterrar ou queimar o lixo	6	4,9
Lavar os pratos ou a comida	7	5,7
Não sabem	3	2,5
VCs que lembraram as seguintes ocasiões em que uma pessoa deve lavar as mãos		
Antes de preparar os alimentos	103	83,7
Depois de usar a latrina	101	82,1
Antes de alimentar uma criança	68	55,3
Depois de trocar as fraldas da criança	49	39,8
Não sabem	0	0
Planeamento familiar		
VCSs que lembram os seguintes métodos de planeamento familiar		
Injectáveis	106	86,2
Contraceptivos orais	96	78,0
Implantes	87	70,7
Preservativo	67	54,5
DIU	64	52,0
Método do calendário/contagem	1	0,8
Não sabem	1	0,8
VCSs que lembram os seguintes benefícios do planeamento familiar		
As crianças nascem e crescem mais saudáveis	66	53,7
Prevenir gravidez indesejada	59	48,0
Pode controlar quando ter filhos	50	40,6
Pode controlar o tamanho da sua família	39	31,7

As mães podem descansar entre os partos	31	25,2
A família pode melhorar os recursos disponíveis para as crianças, como alimentação ou saúde	6	4,87
Não sabem	4	3,3

Tabela 25: Conhecimento das beneficiárias apurado na entrevista de saída

Lembrança da beneficiária		
	n	%
Mulheres grávidas (N=38)		
Beneficiárias que lembraram os seguintes alimentos como sendo bons para as mulheres grávidas		
Frutas (incluindo banana, papaia, manga)	31	81,6
Verduras (general)	28	73,7
Alimentos que dão força	22	57,9
Xima	21	55,3
Carne/Peixe	21	55,3
Mandioca	12	31,6
Batata-doce	11	28,9
Arroz	11	28,9
Ovos	9	23,7
Leite	1	2,6
Sal iodado	1	2,6
Não sabem	0	0
Beneficiárias que lembraram os seguintes serviços que uma mulher deve receber nas consultas de CPN		
Comprimidos de ferro/ácido fólico	35	92,1
Rede mosquiteira	29	76,3
Injeção (não especificada)	18	47,4
Aconselhamento	10	26,3
Vacina contra o tétano	9	23,7
Pílula (não especificada)	9	23,7
Exame médico/pressão arterial	6	15,8
Desparasitação	5	13,2
Não sabem	0	0
Beneficiárias que disseram que a amamentação devia começar dentro de 1 hora depois do nascimento	24	63,2
Beneficiárias que disseram que o colostro fazia bem ao bebé	26	68,4
Mulheres grávidas e mulheres 0-5 meses depois do parto (N = 69)		
beneficiárias que disseram que os recém-nascidos deviam ser amamentados pelo menos 10 vezes por dia ou sob demanda	55	79,7

beneficiárias que lembram os seguintes benefícios da amamentação		
Fornece tudo de que uma criança precisa para crescer e desenvolver-se	40	58
Protege contra doenças	28	40,6
Ajuda a acalmar a criança	22	31,9
Acelera a recuperação da doença	10	14,5
Aumenta o vínculo entre a mãe e o bebé	7	10,1
Não sabem	6	8,7
Ajuda a contrair o útero	1	1,4
Reduz o sangramento depois do parto	1	1,4
Pode ajudar na gestão de intervalo entre gravidezes	1	1,4
beneficiárias que disseram que um bebé não deve receber comida ou bebida além do leite materno até 6 meses depois do parto	46	66,7
Mulheres 0-5 meses depois do parto (N=31)		
beneficiárias que lembraram pelo menos 1 sinal de uma boa pega	18	58,1
Mulheres 0-5 meses e 6 -12 meses depois do parto (N = 78)		
beneficiárias que lembraram a papa como sendo um tipo de alimento complementar para bebés depois de 6 meses	73	93,6
Mulheres de 6-12 meses depois do parto (N=47)		
beneficiárias que disseram que uma mulher devia esperar pelo menos 1 ano depois do parto antes de engravidar novamente	35	74,5
beneficiárias que lembraram pelo menos 2 métodos de planeamento familiar	40	85,1
beneficiárias que lembraram pelo menos 2 benefícios de planeamento familiar	27	57,4
Todas as beneficiárias (N = 116)		
beneficiárias que lembraram pelo menos 1 forma de prevenir a diarreia	93	80,2
beneficiárias que lembraram pelo menos 1 vez em que uma pessoa devia lavar as mãos	107	92,2
beneficiárias que lembraram os seguintes papéis que um pai deve desempenhar na nutrição e saúde de uma criança		
Ajudar a esposa/parceira nas tarefas domésticas e dar-lhe o tempo para amamentar	49	42,2
Ajudar nos cuidados de higiene da criança	48	41,4
Ajudar a preparar as refeições da criança e da família	34	29,3
Incentivar a esposa/parceira a amamentar	27	23,3
Ajudar financeiramente	21	18,1
Ajudar na estimulação psicomotora da criança através de brincadeiras, abraços, canções, etc.	20	17,2

