


# Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento



UNIDADE TEMÁTICA3: Comunicação em Saúde para Mudança Social e de Comportamento (CSMSC)	
Introdução	
<b>Objectivos</b> 	<p><b>No fim da presente UT os/as formandos/as devem ser capazes de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir os conceitos de comunicação, comunicação para a saúde e comunicação para a mudança social, comunicação em saúde para a mudança social e de comportamento.</li> <li>- Descrever as características dos modelos de CSMSC.</li> <li>- Identificar os factores que influenciam na mudança do comportamento.</li> <li>- Identificar os passos para elaborar planos de CSMSC.</li> </ul>
	<p><b>Palavras-chave:</b>            Comunicação, comunicação em saúde, comunicação para a mudança social, comunicação para a mudança de comportamento em saúde, comunicação em saúde para a mudança social e de comportamento.</p>
<b>Conteúdos</b> 	<p><b>Introdução ao estudo sobre Comunicação em saúde para Mudança Social e de Comportamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação: Conceitos de comunicação e a sua evolução, elementos de comunicação.</li> <li>- Comunicação em saúde: Conceitos de comunicação em saúde. A importância do papel da comunicação em saúde. Evolução do vínculo entre saúde e comunicação.</li> <li>- Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento (CSMSC): Conceitos.</li> <li>- Evolução histórica do conceito de CSMSC (ou CMSC).</li> </ul>
	<p><b>Características de Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSMSC como processo.</li> <li>- Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança e factores que influenciam na mudança do comportamento.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégias-chave (Advocacia, Mobilização Social, e Mudança do Comportamento).</li> <li>- Canais da CSMSC.</li> <li>- Princípios da CSMSC.</li> <li>- Teorias de CSMSC.</li> </ul>
	<b>Modelos de comunicação para a Mudança de Comportamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Modelo P-Processo e as suas características.</li> <li>- Bases Teóricas do Modelo Sócio-Ecológico.</li> <li>- Análise da estratégica e uso do processo "P"</li> </ul>
	<b>A CSMSC em Moçambique</b>	Estratégias de CSMSC: implementação e desafios.
<b>Actividades</b>	<b>DEFINIR ACTIVIDADE</b>	
<b>Metodologia de Avaliação</b>	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no foro de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
Bibliografia / Webgrafia / Vídeos		

**SIGLAS E ACRÓNIMOS**

CCP	Center for Communication Programs
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos de América
CIP	Comunicação Interpessoal
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CMSC	Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento
CSMSC	Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/Moçambique
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ICA	International Communication Association
IEC	Informação, Educação e Comunicação
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PdS	Promoção da Saúde
UIPES	União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento
UT	Unidade Temática

## 1. INTRODUÇÃO

A presente unidade temática (UT) versa sobre o processo da comunicação, actividade indispensável para todos os seres humanos. É através da comunicação que interagimos umas pessoas com outras, o que possibilita as relações sociais ao longo da existência humana, evoluindo segundo as necessidades e exigência de cada época (1).

Ao longo dos anos, a comunicação tem sido vinculada ao tema de saúde, direito fundamental do ser humano, inicialmente vista simplesmente como ausência da doença, mas, que na perspectiva da OMS, define-se como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, conceito amplamente analisado na Unidade Temática 1 (UT1): Introdução à Saúde Pública.

Desta forma, a presente UT busca compreender e aprofundar a importância do processo de comunicação em termos gerais e, especificamente na componente saúde e na mudança social e do comportamento.

A mesma está organizada em quatro subtemas de conteúdo, nomeadamente: Introdução e conceitos sobre comunicação; Características da Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento (CSMSC)<sup>1</sup>, Modelos de comunicação para a mudança de comportamento e implementação e desafios no âmbito da CSMSC em Moçambique.

## 2. DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

A seguir, são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos subtemas.

### 2.1. INTRODUÇÃO AO ESTUDO SOBRE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA MUDANÇA SOCIAL E DE COMPORTAMENTO.

#### 2.1.1. Conceito de comunicação e a sua evolução

Segundo Gonçalves de Barros (1), desde os primórdios da humanidade, a comunicação foi uma necessidade humana essencial para estabelecer relações entre os indivíduos de maneira ordenada e, com isso, buscar um entendimento e crescimento da sociedade e da socialização. É neste âmbito no qual descreve-se a raiz epistemológica do termo comunicação.

Segundo Alpuim (2), etimologicamente, o termo comunicação vem do latim “communicare” “communis”, que significa tornar algo comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar. A autora refere que no dicionário da língua portuguesa pode-se interpretar este conceito como uma “troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento; o que se comunica; mensagem; informação; aviso; anúncio”.

---

<sup>1</sup> Ao longo da presente Unidade Temática poderemos usar as siglas CSMSC (Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento) e CMSC (Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento), de forma indiferenciada, sabendo que estamos a referir-nos à mesma temática ou disciplina. Neste manual, sempre que possível, optamos pela designação mais completa (que coincide com o nome do curso), já que abordamos, mais especificamente, a comunicação no âmbito da saúde.

**Figura 1. Modelo que ilustra o termo comunicação**

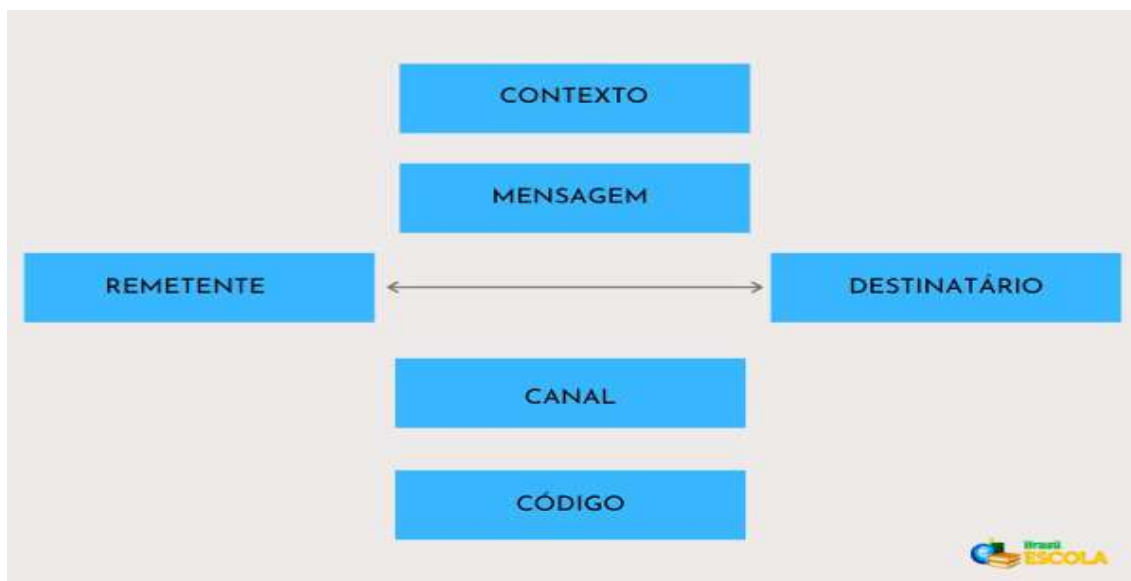


Fonte: Monografia.brasilecola.uol.com. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

Para Cortes (3), a comunicação é uma técnica que envolve a emissão e recepção de mensagens nas quais as pessoas percebem, compreendem e partilham significados de ideias, intenções, pensamentos, desejos, propósitos, conhecimentos. Portanto, para que a comunicação se efective e se estabeleça um elo de comunhão, de partilha, entre quem dirige a informação e a quem vai dirigida a mesma, no sentido do receptor passar a ter algo em comum com o emissor, é preciso conhecer o contexto sociocultural no qual o público-alvo (receptor) está inserido, o que permite delimitar estratégias eficazes.

No mesmo contexto de comunicação, Gonçalves de Barros (1) retoma a Chiavenatto, que entende a comunicação como “troca de informações entre indivíduos”. Para este autor a comunicação permite tornar comum uma mensagem ou informação. Constitui um dos processos fundamentais da experiência humana e da organização social”. Refere também que quem transmite a mensagem **é emissor** e, aquele que estará a receber a mensagem ou informação que se quer transmitir assume o papel de **receptor**. Complementa a afirmação anterior indicando que toda a comunicação deverá fluir por algum meio, que será utilizado para fazer com que a ideia ou mensagem chegue até o seu destinatário e seja entendida. A mensagem é transmitida em algum tipo de código, uma combinação de signos e símbolos, que são conhecidos tanto pelo emissor quanto pelo receptor, o que permite que a comunicação seja eficaz, tal como mostra a figura seguinte.

**Figura 2. Elementos da Comunicação**



Fonte: Monografia.brasilecola.uol.com. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

#### 2.1.1.1. A evolução da comunicação humana

Como citado acima, segundo Gonçalves de Barros (1), a história da humanidade e a própria evolução da sociedade está ligada directamente à evolução das formas de comunicação que foram desenvolvidas e consolidadas ao longo dos tempos. O autor sublinha que a primeira grande revolução na comunicação aconteceu quando o homem desenvolveu a linguagem, como tentativa de comunicar-se com os seus semelhantes, o que foi um importante sucesso na luta pela sobrevivência. Neste contexto, a linguagem permitiu que as pessoas conseguissem transmitir aos outros o conhecimento adquirido, aperfeiçoando, assim, a forma de apreender o mundo por parte das primeiras comunidades humanas. Alguns séculos mais tarde, a linguagem teve os seus sons codificados em símbolos, e posteriormente em alfabetos.

Segundo Gonçalves de Barros (1), DeFleur e Ball-Rokeach explicam a evolução da comunicação nas seguintes Eras e Idades: Era dos Símbolos e Sinais; Era da Fala e da Linguagem; Era da Escrita, Era da Imprensa; Era da Comunicação de Massa; Era dos Computadores.

Para Serrano (4), a comunicação participou de forma determinante na antropogéne<sup>2</sup>. Está relacionada tanto com as mudanças que hominizam como às que humanizam. O autor explica as diferenças entre **Hominizar e Humanizar**.

- **Comunicação na hominização.** Considera que a comunicação interveio no processo evolutivo no qual se transformam os organismos e os padrões dos primatas ancestrais nos organismos e padrões humanos. A hominização tenta explicar de que maneira o organismo

<sup>2</sup> A antropogéne é o estudo da origem e evolução do Homem, assim como das transformações evolutivas dos animais, utilizadas na explicação da origem do Homem ou conjunto de fenómenos que dizem respeito à geração ou reprodução humana.

e os comportamentos da pessoa moderna adquirem o «carimbo» da sua comunicação comunicante. Por exemplo: o organismo da pessoa moderna tem aparelhos sensoriais e expressivos que são o resultado da selecção entre homínídeos dotados de diferentes capacidades comunicativas.

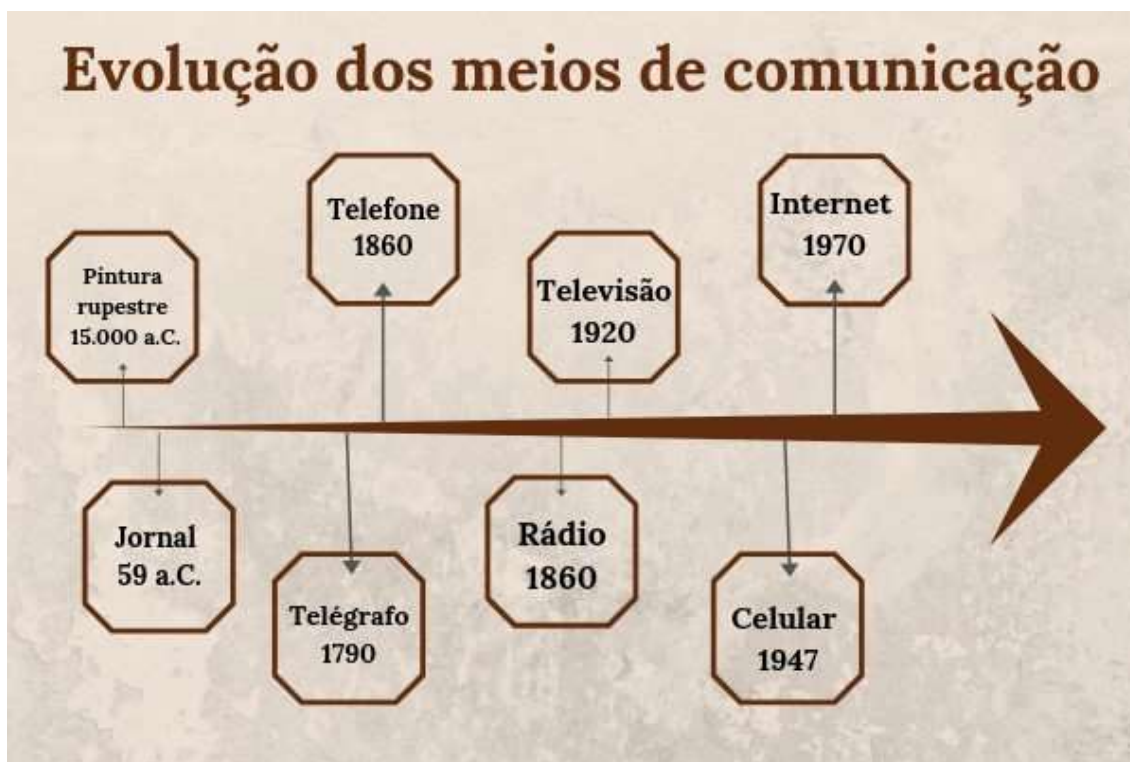
- **Comunicação na Humanização.** A comunicação intervém na humanização, entendida como a criação de sociedades reguladas por normas, crenças e valores. A Comunicação na Humanização tenta explicar de que maneira a comunicação está envolvida na vigência das normas e na prática dos comportamentos, dos quais dependem a existência e perpetuação dos grupos humanos. O estabelecimento da humanização se manifesta na produção de ferramentas, de culturas e de organizações sociais diversas e complexas.

#### 2.1.1.2. O papel da comunicação na humanização.

A humanização começa quando o grupo social pode comunicar sobre os seus vínculos com a Natureza. No princípio da humanização, os percursos dos humanos expressaram-se mediante actuações indicativas gestuais (gestos). Esta comunicação gestual, num contexto em que ainda não existiam as linguagens faladas e articuladas, permitiu os primeiros rituais expressivos. Mais tarde, as referências aos vínculos do grupo social com a natureza, são comunicadas através de narrações orais sobre a origem da comunidadee sobre o seu destino (que são os relatos míticos). Rituais e mitos alimentam, desde então, representações sobre a utilidade, necessidade, o valor, e a identidade dos grupos aos que pertencem (4).

Os meios de comunicação entre as pessoas foram evoluindo ao longo dos tempos, tal como apresenta-se na seguinte figura.

**Figura 3. Evolução dos meios de comunicação**



Fonte: Preparar em.com. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

A comunicação que humaniza é aquela que proporciona, ao longo da história, visões da comunidade e do mundo circundante que orientam o esforço colectivo para não recair no estado de Natureza (4).

### 2.1.1.3. Os modelos de comunicação

Para explicar o processo de comunicação humana são utilizados modelos de comunicação. Estes modelos são classificados, de acordo com o seu propósito, em verticais e horizontais (5).

- **São modelos de comunicação verticais** ou de difusão, aqueles que ocorrem quando a informação ou mensagem é transmitida entre pessoas dentro de uma hierarquia e podem ser fluxos de comunicação para cima ou para baixo.
- **São modelos de comunicação horizontais**, ou participativos, aqueles que permitem a elaboração de significados e a interpretação das mensagens da comunicação social, atribuídos ao receptor no âmbito da sua própria cultura e contexto. As mensagens sofrem transformações desde a sua génese até à sua recepção e interpretação, de tal forma que, nas suas últimas etapas, os receptores podem interpretar a mensagem de várias maneiras diferentes do original, com base nas suas próprias considerações ou experiências. Consequentemente, o significado da mensagem pode ser diferente do pretendido, uma vez que foi decodificado de acordo com as estruturas de significação e conhecimento do receptor.

Alpuim considera que os modelos verticais e horizontais, apesar das suas diferenças e fundamentos, estruturas, estratégias e ferramentas de medição, podem usar elementos propostos pelo outro, ou por outras palavras, na prática, nenhum modelo é puramente vertical ou horizontal (2).

### **2.1.2 Comunicação em Saúde. Vínculo entre saúde e comunicação**

Ao longo dos últimos anos, a comunicação na área da saúde tem assumido especial destaque. Tanto as instituições de saúde como os profissionais do sector são cada dia mais conscientes da importância, relevância e o poder da comunicação (2).

Neste sentido, Dinarés (6), refere que a comunicação em saúde é fundamental para a participação das pessoas cuidadoras e das comunidades na sua própria saúde. Por outro lado, entende-se que os recursos comunicativos utilizados na promoção em saúde deverão ter em conta as diversidades culturais e educacionais das comunidades.

Saúde e comunicação são dois temas essenciais na vida das pessoas, a saúde por ser um bem maior (direito humano básico ou fundamental), e pela importância que representa na qualidade de vida destas. É neste pensamento que a OMS, na Carta de Ottawa, enfatiza determinados pré-requisitos para a saúde, entre eles: paz, recursos económicos, alimentação, educação, habitação, um ecossistema estável e uso sustentável dos recursos. Com esta visão a saúde pode ser vista como “um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” enquanto, a comunicação deve ser vista como um **recurso para a vida**, e não como objecto de viver (Alpuim) (2).



### 2.1.2.1. Conceptualização da comunicação em saúde.

O conceito de comunicação em saúde, da mesma forma que o conceito de saúde, tem evoluído ao longo dos anos. Na literatura de referência utilizada para elaborar o tema, constata-se que para o mesmo conceito utilizam-se várias expressões, nomeadamente: comunicação e saúde, comunicação em saúde ou comunicação para a saúde.

Para Shiavo, 2007 citado por Garcia (13), comunicar em Saúde não envolve apenas o trabalho dos profissionais de saúde, mas também abrange os da área da comunicação, sociólogos, assistentes sociais, demógrafos, entre outros. Vê a Comunicação em Saúde como uma forma de incentivar à mudança de comportamentos e à mudança social, por levar a um envolvimento da população-alvo e um processo multidisciplinar cujo objectivo é alcançar diferentes audiências, partilhar informações relacionadas com a saúde, de modo a influenciar, envolver, e ajudar os indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos específicos, políticas de saúde e público em geral. Deste modo, juntos ganhar, introduzir, adoptar ou sustentar comportamentos, práticas ou políticas que irão melhorar os resultados em saúde.

Há várias definições sobre comunicação em saúde como refere Schiavo, citado por Alpuim (2), devido à natureza multidisciplinar, muitas das definições podem aparecer ligeiramente diferentes umas das outras. Para a presente UT comunicação **em saúde**, como conceito segundo Alpuim (2) define-se como “a arte e a técnica de informar, influenciar e motivar individualmente, institucionalmente e publicamente sobre importantes questões de saúde. O seu campo de acção inclui a prevenção de doenças, promoção da saúde, política de saúde, negócios, assim como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e comunidades”. Diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde, cuja eficácia depende da forma como se comunica. Neste âmbito, deve se considerar o paradigma de Lasswell, do qual resultam quatro pressupostos: **quem diz o quê; em que canal; para quem; com que finalidade** (6).

Por outro lado, Perles (8) assume o conceito de comunicação como processo, já que o termo designa um fenómeno contínuo com a sua evolução em interacção.

Dinarés (6) destaca quatro funções essenciais da comunicação: controla comportamentos; motiva as pessoas ao esclarecer sobre o que deve ser feito; vai de encontro às necessidades dos membros; fornece informação necessária à tomada de decisão. A autora salienta que para que haja eficácia na comunicação é necessário ter em conta as barreiras existentes no processo comunicativo, que podem ser ultrapassadas, ou minimizadas, através dos seguintes elementos: conhecer o público e a forma como estes podem receber a mensagem; apelar aos valores e à importância da informação para os destinatários; fornecer pequenas quantidades de informação; encorajar a confiança e a abertura para facilitar a comunicação.

Autores como Rimal e Lapiinsky, citados por Santos (9), apontam para a importância do papel da comunicação nos aspectos da saúde e do bem-estar, incluindo a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a qualidade de vida. Estes defendem que todo acto comunicativo tem duas componentes:

- O “**instrumental**”, entendido como aquele que colabora com a aquisição do conhecimento, inclui: **a mensagem, o público, a resposta desejada e o canal.**

- O “**ritualístico**”, que entende o indivíduo como membro de uma comunidade, onde uns interagem com os outros e produzem significados. Estes significados são produzidos tanto **no nível individual**, o que envolve experiências, crenças e conhecimentos, **quanto no nível macrossocial**, que são as relações, a cultura e as normas sociais.

Segundo os mesmos autores, pensar no acto comunicativo apenas no seu aspecto instrumental é negligenciar o processo ritualístico que também ocorre no acto comunicativo. Nesta base, os autores pensam que os estudiosos e profissionais de comunicação em saúde precisam entender a teoria/teorias subjacentes do comportamento humano. O anterior deu origem a teorias sobre o papel que tem as percepções de risco, normas sociais, emoções e incertezas, no comportamento em saúde.

Alpuim (2) refere que ainda que a área de comunicação não tenha sido considerada por todos uma área essencial na área da saúde, as próprias instituições de saúde são cada dia mais conscientes da importância da comunicação no sector, e os gestores das instituições também começam a perceber a relevância e o poder da comunicação. Neste âmbito, preparam-se para um uso mais estratégico e planeado da comunicação, com o propósito de dar a conhecer políticas públicas, de apelar à prevenção, combater os riscos ou de ajudar ao tratamento das doenças.

#### 2.1.2.2. Evolução do vínculo entre saúde e comunicação

Ao procurar aprofundar a relação binária saúde e comunicação, Alpuim (2) considera que o vínculo entre saúde e comunicação é recente, mas o tema da saúde tem vindo a assumir uma grande importância para o campo das Ciências da Comunicação.

A saúde, enquanto área científica das Ciências da Comunicação, só foi reconhecida em 1975, com a criação da “Health Communication Division” na International Communication Association (ICA) dos Estados Unidos de America (EUA). Na década dos anos 80 do século passado, a actividade e interesse por esta área cresceu, tendo sido estabelecida, em 1986, a Health Communication Commission e três anos depois foi fundada, por Teresa Thompson, a primeira publicação científica “Health Communication”, dedicada à investigação na área da Comunicação em Saúde, publicação que supõe ser um marco importante no amadurecimento académico da área e funcionou, ao longo dos anos, como um incentivo de “acreditação” da comunicação em saúde como campo de estudo. Seguidamente, em 1996, constituiu-se uma nova vertente, complementar à primeira, considerada mais prática e internacional, intitulada “Journal of Health Communication” (Jornal de comunicação em saúde), que contribuiu para a solidificação e o crescimento da área da Comunicação em Saúde (2). Este jornal, cujo primeiro número foi lançado em Fevereiro de 1996, desde Abril de 2001 vinculado ao Center for International Health (CIH) do George Washington University, tem sido considerado como uma das publicações mais importantes da área, por apresentar os últimos desenvolvimentos do campo da Comunicação da Saúde, publicar resultados de pesquisas nos EE.UU e no mundo, resenhas de livros, decisões governamentais relativas à área, ética na comunicação, progresso em tecnologia e saúde pública, entre outros temas (10). Este primeiro número do Journal of Health Communication definiu a Comunicação em Saúde como “um campo de especialização dos estudos comunicacionais (10).

Alpuim (2) considera que, apesar do vínculo existente entre as áreas de comunicação e o campo das Ciências da Comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na área da saúde, evidenciado pela inclusão da comunicação em saúde no Programa Healthy People 2010 (**Pessoas Saudáveis**), criado no Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)

(11), cujo objectivo principal é utilizar a comunicação de forma estratégica para melhorar a saúde.

Este programa tinha metas nacionais de promoção da saúde e prevenção de doenças a serem alcançadas até 2010. O programa, cujos principais objectivos são: aumentar a qualidade e os anos de vida saudável e eliminar as disparidades de saúde, foi desenvolvido através de um amplo processo de consulta, construído sobre os melhores conhecimentos científicos e desenhado para medir os programas ao longo do tempo. Nesta perspectiva, a comunicação em saúde surge como um importante contributo para a prevenção das doenças e a promoção da saúde e, simultaneamente, pretendia ser relevante em vários contextos, entre eles: ajudar a aumentar a consciência dos riscos e descobertas em saúde, fornecer a motivação e as habilidades necessárias para reduzir esses riscos, ajudar a encontrar o apoio de outras pessoas em situações semelhantes, e afectar ou reforçar atitudes favoráveis à saúde (4).

Finalmente, Alpuim refere que a comunicação em saúde precisa ser compreendida pela integração e pela interdisciplinaridade que a constituem, em que os sujeitos envolvidos são percebidos com as suas necessidades, anseios e dificuldades, e não como meros receptores passivos de informações técnicas, “rebuscadas” de saúde (2).

Como indica Garcia (13), baseando-se no mesmo programa, Programa Healthy People 2010, na comunicação em Saúde é necessário ter em conta o grau de capacidade dos indivíduos para obterem, processarem, interpretar e compreenderem informação básica de saúde, a fim de os levar a tomar decisões saudáveis ou a utilizá-la correctamente para que possam efectivamente, promover a sua saúde. São estes aspectos, que nos remetem a importância do papel que o profissional de saúde ou de comunicação pode assumir como facilitador/descodificador das mensagens e consequentemente aumentar os níveis de literacia em saúde das comunidades.

### 2.1.2.3 Literacia em Saúde

A literacia em saúde é um instrumento fundamental para melhorar os níveis de saúde da comunidade e possibilita às pessoas ter conhecimento dos seus direitos em saúde, adoptar comportamentos preventivos da doença aumentar o controlo sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (2).

Como conceito, nos remete “as habilidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde.

Por outra parte, o conceito pode ser visto como “o grau em que os indivíduos poderão obter, processar e compreender a informação básica sobre saúde e os serviços que necessitam para tomar decisões adequadas” (OMS, Health Promotion Glossary, 1998 e IOM, 2004, citado em (2).

Garcia (13) alerta que podemos ter bons discursos ou material informativo muito atractivo, mas, se as pessoas não entendem a mensagem que se pretende transmitir, dificilmente vai haver mudanças no estilo de vida e adoptar atitudes e comportamentos que previnam as doenças. Significa que informar é mais do que ter a capacidade para ler panfletos e fazer apontamentos de forma simples e implica a optimização do acesso da população à informação em saúde e à capacidade para a usarem (13).

Baseando-se no conceito acima mencionado, pode-se concluir que a literacia em saúde é muito ampla. A sua finalidade não é apenas influenciar as decisões individuais, mas também alcançar

a compreensão dos determinantes sociais da saúde e encorajar os indivíduos e os grupos sociais que possam levar à modificação destes determinantes” (13). Garcia salienta que a tomada de decisão relacionada com a sua saúde é essencial na vida de qualquer ser humano, mas, para alcançar esta meta é necessário capacitar e empoderar os indivíduos.

O Empoderamento (**Empowerment**), segundo Paulo Freire, é um processo de capacitação que envolve as pessoas e o que ajuda os homens e as mulheres a ajudarem-se, fazendo deles agentes da sua própria recuperação e pô-los numa postura conscientemente crítica diante dos seus problemas (13). Considera-se o empoderamento como um processo e não como uma única acção, em determinado tempo e espaço, porque não se capacita as pessoas com uma única intervenção, mas ao longo de um certo percurso que vai ao encontro dos diferentes determinantes em saúde. Trata-se de um “processo contínuo que oferece uma percepção na maneira pela qual as pessoas são capacitadas e, que, gradualmente, vai maximizando o seu potencial de progredir da acção individual para a colectiva, promovendo mudanças sociais e políticas” (13).

A participação dos indivíduos na melhoria da sua saúde é um dos pontos focados na Carta de Ottawa (1986) e em outras declarações da OMS nomeadamente as de Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e de Jacarta (1997) (13).

#### 2.1.2.4. A comunicação como estratégia na Promoção da saúde

O conceito de saúde discutido amplamente na UT1, baseia-se nas conclusões da Conferência de Alma-Ata, que, por sua vez, também foram influenciadas pelo Relatório Lalonde. “A saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores, como o social e o económico (13). Este novo entendimento do conceito de saúde teve impacto na visão da importância que se passou a dar à Promoção da Saúde, especificamente na componente de Educação para a Saúde. Através desta componente começou a dar-se um certo enfoque à prevenção em saúde, como referem Leavell & Clark, citados por Garcia (13). A promoção da saúde não se destina à adopção de medidas para determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral (13).

A comunicação em saúde, segundo Alpuim, é uma estratégia-chave para informar ao público sobre questões de saúde e para manter importantes problemas de saúde na agenda pública. A “Comunicação Estratégica” estuda a forma como a comunicação contribui para alcançar os objectivos organizacionais e trabalha para o diálogo entre a organização e os seus diversos actores sociais, a fim de atingir os objectivos, acções e a construção de sentido da mensagem (2).

Neste contexto, a autora sublinha que a OMS destaca a importância da relação entre a área da Saúde e da Comunicação, no sentido da proliferação da informação e promoção do bem-estar, tanto individual quanto colectivo. Assim, é essencial saber comunicar em saúde pois sem uma boa comunicação dificilmente se conseguirá transmitir mensagens que aumentem os conhecimentos das comunidades sobre determinados riscos e doenças, para que estas possam ter capacidades e conhecimentos (empoderamento) sobre a melhor forma de cuidarem do seu bem-estar físico, mental e social.

Por outro lado, Cortes (3) destaca que a comunicação se encontra com a saúde em várias dimensões, tanto académicas (na criação de modelos teóricos e de alternativas para subsidiar a política de saúde) quanto práticas (técnicas para acesso às informações, diálogos entre os provedores de serviços de saúde e a população entre outros). A comunicação traz a saúde como objecto para produção do discurso (nos jornais, nas campanhas), e a saúde usa o saber comunicacional como ferramenta para prevenção e promoção.

Como foi amplamente explicado na UT2, a promoção da saúde (PdS) vem se desenvolvendo especialmente a partir da década de 1980, quando foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Desde então, esta assumiu um papel de destaque no universo da saúde pública.

Segundo Vasconcelos (12), a PdS tem inspirado discursos de gestores nos mais diversos campos, inclusive no da comunicação. Não só permitiu a difusão de distintas informações sobre saúde, como também processos comunicacionais alinhados, sobretudo, às diretrizes de participação social na definição de políticas públicas. O autor refere que as relações entre a comunicação e a PdS partem do pressuposto de que o êxito da PdS não pode dissociar-se da comunicação, ou por outras palavras, não se pode prescindir da comunicação se queremos promover a saúde, uma vez que ela é essencial para atingir os seus objectivos, e, na formulação das estratégias de promoção, deve ser considerada como um elemento fundamental. O mesmo autor destaca que a importância da interface entre a comunicação e a saúde está, por exemplo, no seu papel na participação e no controle social, pois ambos se dão através de processos comunicacionais. A participação dos sujeitos políticos na vida social vale-se do acesso às informações em saúde.

A comunicação dos temas relacionados à PdS auxilia as pessoas a terem acesso a eles, pois os trazem para o espaço público, espaço social destinado ao debate colectivo, sendo essencialmente um espaço comunicacional, a partir da prática de comunicação entre os cidadãos em torno de temas de interesse público (12).

Por outro lado, Cortes (3) salienta que a relação entre comunicação e saúde é complexa e tem particularidades, para além do aspecto instrumental entre um campo e outro. A interface entre a comunicação e a saúde é equivalente e complementar, cada campo com as suas especificidades e equivalências, porque são campos autónomos e complementares. Uma vez conectados, o primeiro passa a ser a condição de existência do segundo. Assim sendo, a comunicação e a saúde, nas vertentes de PdS e prevenção de doença, devem provocar trocas intensas de informações e conhecimentos, e não apenas uma transmissão linear unidirecional. Há que considerar o diálogo entre comunicação e educação como processos de emancipação dos actores sociais, de aprendizagens que colaboram para o engajamento em formulações de políticas e de defesa dos direitos comuns. O mesmo autor refere que a comunicação em saúde tem por finalidade permitir o desenvolvimento de acções de intervenção social para promover a saúde e prevenir as doenças, por intermédio de informação em saúde que permita gerar conhecimento à população e possíveis mudanças de comportamento. Desta maneira, a forma como a comunicação é desenvolvida é determinante para a eficácia da política de saúde na sua plenitude de participação e transformação da vida dos cidadãos. Os elementos chave que definem a comunicação em saúde são: centrar-se no público, considerando-o como participante activo do processo, basear-se em pesquisa e em evidências científicas e ser multidisciplinar (3).

### **2.1.3. Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento (CSMSC)**

Ao iniciar este subtema, recordemos o conceito de comunicação em saúde definido por Santos (9) como: “uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e

compartilhar informações relacionadas com a saúde, com o objectivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público para defender, introduzir, adoptar ou sustentar um comportamento, prática ou política que melhorará as condições de saúde.”

Por sua vez Garcia, (13) considera que, a **comunicação** em saúde é uma forma de incentivar à mudança de comportamentos e à mudança social, através do envolvimento da população-alvo, desenvolvimento e difusão de mensagens para audiências específicas, cujo objectivo último é influenciar determinados comportamentos e normas sociais saudáveis.

### 2.1.3.1. As audiências

**Audiência** em CSMSC, refere-se ao grupo de pessoas para quem é destinada a mensagem. Em CSMSC é importante fazer-se a **análise da audiência**, entendida como um processo utilizado para explorar e identificar a audiência prioritária (primária) e influente (ou secundária), assim como a **segmentação da audiência** que trata de dividir uma grande população de audiência em sub-grupos mais pequenos de indivíduos, com base num conjunto de semelhanças, tais como necessidades, comportamentos, valores e outras características, a fim de projectar, portanto, actividades e mensagens mais eficazes

**Quadro 1. Características das audiências**

Audiência prioritária	As audiências prioritárias são aquelas cujo comportamento, a intervenção pretende mudar. Eles não são necessariamente aqueles que são mais afectados pelo problema. São aqueles cuja mudança de comportamento provavelmente alcançará a meta do programa, ou por outras palavras, a intervenção de CSMSC será mais provável conduzir ao resultado desejado. Por exemplo, as crianças podem ser mais afectadas por um surto de cólera, mas pode acontecer que o que precisa ser mudado para controlar o surto sejam os comportamentos dos seus cuidadores.
Audiência influente	Audiências influentes são as populações que interagem com o público prioritário para influenciar os seus comportamentos. Os públicos influentes podem apoiar a mudança de comportamento desejada no público prioritário. Entre eles encontram-se: os líderes religiosos e comunitários que podem influenciar aos homens numa comunidade; sogras que podem influenciar as mães jovens; prestadores de cuidados de saúde cuja atitude e comportamento podem influenciar os que frequentam as suas unidades sanitárias (influenciam directamente).
<p style="text-align: center;"><b>Importância da Análise e Segmentação de Audiência</b></p> <p>A análise da audiência permite uma compreensão aprofundada das características, necessidades, valores, aspirações e comportamentos do público-alvo. Assim, a análise de audiência apoia o desenvolvimento de actividades, materiais, mensagens e a selecção de canais de comunicação que repercuti com o público e que são mais propensos a conduzir às mudanças desejadas no comportamento.</p> <p>Para que isso seja eficaz, às vezes as grandes audiências precisam ser segmentadas. Embora uma audiência possa ser definida com uma palavra que abranja todos aqueles pertencentes</p>	

a esse grupo, dentro dessa audiência há frequentemente sub-grupos de indivíduos com características e necessidades diferentes.

Através da segmentação de audiência, essas diferenças são alcançadas e podem ser projectadas estratégias apropriadas e os sub-grupos mais críticos para o sucesso da intervenção CSMSC podem ser direcionados.

Fonte: USAID. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência. Disponível em: <https://healthcommcapacit.org> (15)

Uma outra classe de Audiências é a referida por Elias, H. (16) **audiências terciárias** referindo-se aos que podem influenciar indirectamente as audiências primárias, principalmente na criação de condições estruturais para a prática do comportamento, aquisição do conhecimento ou a participação.

#### 2.1.4. Comunicação para Mudança Social

Começamos por entender os termos “mudança” e “mudança social”, antes de definir o que é a comunicação para a mudança social.

Quanto ao termo **Mudança**, a sociologia considera que é um aspecto inerente à sociedade, neste caminho, através do uso de metáfora, foi comparado a um organismo vivo, sujeito ao chamado “evolucionismo social” onde se presume que, os indivíduos são células e as instituições são órgãos, e o seu crescimento conjunto representa a evolução das sociedades. Segundo Galvez (5), a mesma suporta as seguintes declarações: “A vida existe desde que seja vivida. A sociedade existe desde que esteja em mudança”.

Como conceito o termo também passou por diversas transformações. Inicialmente foi visto como um processo unilinear, omnipresente, que poderia ser totalmente estudado no quadro de uma trajectória pré-estabelecida, abordagem questionada porque ignorava outras variáveis e processos que também podem influenciar as sociedades e as suas dinâmicas de mudança. Neste contexto, segundo o mesmo autor, actualmente, a mudança é vista como “um producto da diversidade presente numa determinada sociedade. É o resultado de uma variedade de processos independentes, paralelos, transversais e não uniformes assolados por crises e perturbações (5).

Quanto a **Mudança Social**, as definições mais recentes a conceptualizam como alterações que ocorrem nas estruturas sociais (por exemplo, normas, valores, productos culturais e símbolos) ou nos moldes de acção de uma determinada sociedade. O autor destaca, entre elas, as seguintes: os elementos que afectam a direcção e a extensão da mudança social (geografia, população, factores ecológicos, e a tecnologia) muitas vezes perturbam actividades e relações sociais, tecnologias de comunicação e inovação, valores e convicções próprias do núcleo dos contextos, doutrinas e ideologias (5).

#### Quadro 2. Resumo das duas abordagens da Mudança Social

##### **Abordagem da mudança individual**

Nesta abordagem, o conceito de mudança foi influenciado por tradições psicológicas que encaram o indivíduo como o principal agente de mudança. No entanto, esta concepção tem sido criticada porque, na opinião de muitos autores, subestima os factores culturais e contextuais que afectam a mudança individual de comportamento.

##### **Abordagem da mudança social**

Esta evoluiu levando em conta aspectos mais abrangentes, como aspectos culturais, sociais e políticos. Na linha de abordagem da mudança social, esta pretende resolver as limitações metodológicas centradas principalmente na mudança individual de comportamento, particularmente por não dar atenção aos factores sociais, físicos e ambientais, com impacto sobre papéis e expectativas e, consequentemente, comportamentos individuais.

Apesar das diferenças existentes entre as duas perspectivas de **mudança individual e social**, um processo de mudança ideal resulta de uma mudança social que envolve mudanças individuais essenciais. Assim, a interação entre as duas perspectivas deve resultar numa melhoria auto-sustentável dos resultados sociais considerados objectivos, por isso não é possível pensar num sem o outro.

Fonte: Galvez. Vozes com proposito: Um Manual sobre estratégias de comunicação para o desenvolvimento e mudança social. Disponível em: <https://library.fes.de.pff>

Segundo Santos (9), os pesquisadores do CCP, Figueroa ME, Kincard L, Rani M, Lewis G consideram que **a comunicação para mudança social** é “um processo de diálogo público e privado por meio do qual as pessoas definem quem são, o que elas querem e como elas podem alcançar isso”.

Galvez (5) sublinha que esta definição surgiu na sequência de uma conferência realizada em 1997, patrocinada pela Fundação Rockefeller, com o fim de examinar as ligações entre mudança social e comunicação, e explorar as possibilidades de novas estratégias de comunicação para mudança social. A mesma propôs uma importante transformação na ênfase das iniciativas da comunicação para o desenvolvimento, passando de estratégias de comunicação pré-definidas e unidireccionais que visavam a indução de mudanças de comportamento individual, para estratégias que prestavam igual ou maior atenção às mudanças sociais ou estruturais, promovidas pelas próprias comunidades (5).

De acordo com esta visão, os pesquisadores do CCP, defendem que dentro deste processo de comunicação para a mudança social, as comunidades devem ser os agentes da sua própria mudança, deve haver diálogo e negociação. A ênfase nos resultados deve ir além dos comportamentos individuais, buscando alcançar o colectivo, as normas sociais, a política, a cultura e o ambiente ao redor. Recomendam, no entanto, que para que a aplicação dos modelos para mudança individual seja eficaz deve haver um envolvimento de todos os actores do sistema de saúde, sendo exemplo desta abordagem as estratégias utilizadas nos hábitos de fumar e beber. Estas apontam que, tendo em conta as pesquisas realizadas nestes âmbitos, a pressão social e a influência dos amigos/pares são os maiores determinantes dos hábitos relacionados com a bebida e ao cigarro, pelo que realizar campanhas utilizando os melhores argumentos contra cigarro e a bebida não serão suficientes, se não temos em conta estes aspectos. Neste caso, para promover a mudança também serão necessárias mudanças colectivas, institucionais, políticas públicas e leis (9).

Definições mais recentes conceptualizam a mudança social como “as alterações que ocorrem nas estruturas sociais”, como por exemplo: normas, valores, produtos culturais e símbolos ou nos moldes de acção de uma determinada sociedade (5).

### **2.1.5. Comunicação para a Mudança Social e do Comportamento (CMSC)**

Segundo o Manual “Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) (15), a CMSC, anteriormente conhecida como comunicação para a mudança de comportamento (CMC), é o uso estratégico de abordagens de comunicação para promover mudanças nos



conhecimentos, atitudes, normas, crenças e comportamentos através de uma variedade de canais, com a finalidade de atingir múltiplos níveis da sociedade, incluindo o indivíduo, a comunidade, os serviços e a política. A CMSC é, ou deveria ser, fundamentada em teorias e baseada em evidências científicas.

Enquanto à CMC, Elias (16) a define como “um processo de desenvolver estratégias de comunicação de forma participativa junto a indivíduos, comunidades e sociedade geral, de forma a promover comportamentos positivos, apropriados aos seus contextos locais, e que proporcionem um ambiente de apoio que irá permitir às pessoas iniciarem e manterem os comportamentos positivos”.

A mesma autora sublinha que a abordagem de CMC envolve actividades e materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC), mas vai para além destas. Integra outras estratégias, de forma a criar um ambiente e contexto propício de apoio e suporte à mudança de comportamento das pessoas. Considera que dar às pessoas informação (mensagens e materiais de IEC) não leva necessariamente a uma mudança nos seus comportamentos, daí a necessidade de criar um ambiente de apoio, que suporte a mudança de comportamento das pessoas, entre outros com os seguintes elementos: criar acesso aos serviços adequados, mobilizar à comunidade para participar na sua saúde, aproveitar a comunicação interpessoal e os outros canais existentes nas comunidades, criar redes entre as organizações com intervenção no terreno (16).

Informação, Educação e Comunicação. A IEC é definida como um processo de trabalho com indivíduos e comunidades, orientados a promover comportamentos positivos que são apropriados aos seus contextos (16).

Quanto à mudança de comportamento, Santos (8) indica que o CCP, entende que os comportamentos e normas são baseados num complexo contexto Sócio-Ecológico, isto é, o comportamento não ocorre num vácuo, e os programas bem-sucedidos exigem intervenções de comunicação em múltiplos níveis.

Quanto as abordagens de comunicação, a CMC busca entender porquê e como as pessoas se comportam de determinada maneira. Examinam as barreiras estruturais, sociais e do lado da oferta para melhorar a saúde e desenvolver soluções abrangentes para eliminar estas barreiras.

A mesma autora apresenta o modelo de abordagem estratégica no âmbito da CMC de Lozare designado por **Ideation** (ou ideação, significa acção ou efeito de idear que significa projectar ou delinear), que corresponde aos modelos mentais formulados pelos indivíduos e pela sociedade. O mesmo é composto por três categorias que envolvem os factores ideacionais nomeadamente: **cognitivo, emocional e social**, que combinados definem o comportamento social.

A seguir é apresentada a explicação das três categorias que envolvem os factores ideacionais de Lozare, segundo Santos (9):

- **Cognitivo:** crenças, valores e atitudes, além de normas subjectivas (como o indivíduo percebe o que os outros esperam que seja feito), normas sociais (o que o indivíduo pensa que os outros estão fazendo) e autoimagem (como o indivíduo se percebe);
- **Emocional:** qual é o sentimento (positivo ou negactivo) de um indivíduo em relação a adopção de um novo comportamento e auto-eficácia (quão confiante a pessoa se sente para adoptar o comportamento);

- **Social:** interações interpessoais que levam o indivíduo a comportar-se de determinada maneira (suporte ou pressão de amigos) e advocacia pessoal (os efeitos do comportamento de um indivíduo ao tentar convencer outros a adotarem determinado comportamento).

A compreensão destes três factores, segundo Santos (9), leva à definição de estratégias de comunicação mais assertivas na tentativa de superar determinados comportamentos e mudar a forma como as pessoas pensam e agem. A mudança de pensamento, neste caso, não é uma imposição, mas sim um processo de construção colectiva respeitando as especificidades de cada realidade. A autora considera que **a abordagem ideacional** leva em conta os factores sociais e psicológicos que influenciam o comportamento humano, sem desconsiderar as capacidades individuais e os factores ambientais, que também podem ser afectados pela CMSC, através de instrução, capacitação ou promoção de auto-eficácia (no caso das habilidades) e advocacia ao público alvo (no caso dos factores ambientais) (9).

## 2.2. CARACTERÍSTICAS DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA A MUDANÇA SOCIAL E DE COMPORTAMENTO (CSMSC)

### 2.2.1. A CSMSC como processo: O Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança e factores que influenciam na mudança do comportamento.

Segundo Santos (9), o Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade John Hopkins, localizado em Baltimore (EUA) é pioneira e líder no campo das práticas de comunicação para mudança social e de comportamento em saúde, com foco na mudança do comportamento. O pensamento que guia o desenvolvimento da comunicação em saúde do CCP, baseia-se em evidências, aplicação de teoria, prática e uma ampla e rígida metodologia de planificação estratégica, **intitulado P-PROCESSO**, que envolve 6 passos. O desenvolvimento dos programas conta com equipas multidisciplinares que vão desde profissionais de comunicação a educadores, estatísticos e cientistas.

Enquanto para a **C-Change** (17), a CSMSC é a aplicação sistemática de processos e estratégias interactivas, baseadas em teorias, e orientadas para a pesquisa na abordagem dos pontos de viragem para a **mudança a níveis individual, comunitário e social**. Os autores deste modelo esclarecem o porquê da mudança de CMC para a CMSC (ou CSMSC). Considera que, enquanto que a CMC pode alcançar um empoderamento individual, a CMSC também usa estratégias que influenciam o ambiente físico, sócio-económico e cultural para facilitar normas e escolhas saudáveis e remover as barreiras.

O Modelo CMSCC-Change tem três características principais, que se apresentam na seguinte tabela (17):

**Tabela 1. Principais Características da CMSC**

<b>Primeira característica</b>	<b>CMSC é um Processo</b> , interactivo, pesquisado, planificado e estratégico. Almeja mudar as condições sociais e comportamentos individuais. Como processo inclui cinco Passos que se consubstanciam nos anteriores.
--------------------------------	---

<b>Segunda característica</b>	<b>CMSC usa um Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança</b> , a nível individual, interpessoal e comunitário/social.
-------------------------------	---

<b>Terceira característica</b>	<p><b>CMSC: Opera através de três estratégias-chave designadas</b></p> <p><b>Advocacia:</b> para angariar recursos assim como o cometimento político e social da liderança para acções e metas de desenvolvimento;</p> <p><b>Mobilização Social:</b> para uma participação mais ampla, criação de coligações e apropriação, incluindo a mobilização comunitária;</p> <p><b>Comunicação para mudança do comportamento:</b> para mudança em conhecimento, atitudes, e práticas entre “audiências” específicas.</p>
--------------------------------	--

Fonte: USAID (17) C charge. C-Modules- um pacote de aprendizagem para a comunicação para a mudança social e de comportamento. Disponível em <https://thecompassforsbc.org>

**Característica 1: CMSC é um processo:** O Processo CMSC inclui cinco passos que se consubstancia nos anteriores e preparam o profissional para os subsequentes assim e numeradas: 17. Desde outra perspectiva, o CCP identifica 6 passos no processo de planificação da CMSC. A seguir a comparação dos respectivos passos.

**Tabela 2: Comparação dos passos da Planificação C-Change**

<b>C-Change</b>	Entender a Situação	Incidência e Desenho da sua Estratégia	Criação de Intervenções e Materiais	Implementação e Monitoria	Avaliação e Replanificação	-----
<b>P-PROCESSO</b>	Análise	Desenvolvimento da estratégia	Desenvolvimento da mensagem e pré-teste	Implementação, monitorização	Avaliação	Replanificação

Comparando esta primeira característica, proposta pelo C-Change, com a metodologia de planificação desenvolvida e utilizada pelo CCP, observa-se uma certa coincidência. A relevância desta metodologia proposta pelo CCP reside no respeito de cada passo do P-PROCESSO, na seriedade e profissionalismo com que os passos são desenvolvidos dentro de uma perspectiva multidisciplinar; a forma como os profissionais são treinados (inclui factores psicológicos e vivência); a maneira como é difundido o pensamento sobre a comunicação para mudança de comportamento; a componente prática, que aliada às teorias, demonstram excelentes resultados; além da maneira de se desenvolver os sub-passos, dentro de cada passo, tais como a identificação das barreiras do comportamento e da causa raiz do problema. Finalmente, deve ser destacada a planificação e realização do pré-teste, que desempenha um importante papel na avaliação da compreensão do processo, frequentemente ignorado pelos planificadores de comunicação.

A seguir o resumo explicativo dos cinco passos do processo de CMSC descritos no modelo **C-Change** (17):

- **Primeiro passo: “Entender a Situação”**. Neste passo é realizada uma pesquisa formativa para compreender o contexto local e analisar dados secundários quantitativos e ou qualitativos, por outras palavras, olhar para os efeitos e as causas directas e indirectas do problema; definir as pessoas afectadas e as que influenciam; examinar o seu contexto, incluindo determinar as mudanças desejadas pela audiência e as barreiras para essa mudança.

- **Segundo passo: “Incidência e Desenho da sua Estratégia ”ou “Focar e Delinear”**. Neste passo são formulados os objectivos de comunicação apropriados, que abordam de uma forma directa as barreiras sociais e de comportamento chave para garantir que os esforços sejam relevantes para determinadas **audiências**. Decide-se sobre a **abordagem** estratégica e o posicionamento para uma campanha abrangente, tal como uma mistura de canais que se reforçam de uma forma mútua e apropriada.

-**Terceiro passo: Criação de Intervenções e Materiais**. Trata da elaboração de materiais de comunicação e a moldagem das actividades necessárias. São elaborados resumos criativos, destacando as mensagens chave. Estas mensagens tomam em conta a informação recolhida em cada um dos passos anteriores e abordam as barreiras identificadas, realiza-se a pesquisa da audiência e a testagem dos conceitos – pré-testagem para garantir que os materiais em elaboração são apropriados e relevantes para as audiências desejadas e evocam as respostas requeridas.



Fonte-C-Change Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org> (17)

## Característica 2. A CSMSC usa o Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança.

Segundo o Modelo C-Change (17), uma teoria é uma explicação sistemática e organizada de eventos ou situações, prova, pressupostos ou hipóteses. As teorias são desenvolvidas a partir de um conjunto de conceitos os quais explicam e prevêm eventos e/ou situações, e fornecem alguma explicação sobre a relação entre diferentes variáveis. Enquanto um modelo é usualmente menos específico do que uma teoria. **O modelo baseia-se em múltiplas teorias para tentar explicar um dado fenómeno.** Exemplo, o Modelo de Crença da Saúde sugere que as crenças individuais afectam os comportamentos.

A combinação de teorias e modelos ajudam os profissionais a entender um determinado problema e as suas possíveis determinantes, com o objectivo de identificar acções efectivas com vista a abordar problemas e barreiras, guiar o desenho e implementação de programas e avaliações baseados na evidência. As teorias abordam os comportamentos humanos, num dos

três possíveis níveis de mudança, assim como o que pode ser modificado em cada um dos três níveis, ilustrados a seguir (17).

**Tabela 3. Possíveis níveis de mudança segundo o Modelo C- Change**

Nível de mudança	Processo de mudança	Alvos de Mudança
Individual	Psicológico	Comportamentos pessoais
Interpessoal	Psicossocial	Como é que a pessoa interage com a rede social dele/dela
Comunitário/social	Socio-Cultural	Normas dominantes a nível comunitário e social

**Fonte**-C-Change. Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org> (17)

Galvez (5) indica que, compreender, definir e utilizar a comunicação é um processo humano constante, seja como dinâmica racional natural, como um objecto de estudo nas ciências sociais ou como uma forma de implementar processos de comunicação num tempo e num espaço definidos. Perceber a verdadeira prática da comunicação requer pensar em termos de sentidos e significados, já que todos os comportamentos humanos estão assentes em significados. Por este motivo, tentar transformar estes comportamentos requer também a transformação dos elementos de significado individual e colectivo que os suportam. Isto é possível quando as pessoas participam em dinâmicas participativas, que são processos de sensibilização e aquisição de poder destinados a incentivar a participação individual e colectiva. Estas dinâmicas incentivam a transformar códigos culturais e a redefinir as suas visões globais em relação, entre outros, ao poder ou aos papéis do género. Deste ponto de vista, qualquer mensagem que visa gerar a mudança social deve tentar negociar e desafiar os significados culturais e os códigos que sustentam estes comportamentos, de tal forma que outros novos possam surgir de uma teia de significados (5).

Evidências mostram que, apesar destes níveis de mudança, os profissionais da comunicação consideram o fornecimento de informação correcta como uma parte importante do processo, mas não suficiente, para promover a mudança de comportamento. Neste contexto reconhecem-se quatro principais factos sobre o comportamento humano:

As pessoas dão significado à informação com base no contexto no qual estão inseridos.

A Cultura e Redes influenciam o comportamento das pessoas.

As pessoas nem sempre controlam as questões que determinam o seu comportamento.

As decisões das pessoas sobre a saúde e bem-estar competem com outras prioridades.

Com a mudança de abordagem que recai sobre o indivíduo como principal agente de mudança, para uma abordagem compreensiva ou mais abrangente, que considera aspectos culturais, sociais e políticos, caminha-se para a segunda característica da CSMSC o Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança. Este modelo olha para a mudança do comportamento social e de comportamento como produto de níveis de sobreposições de múltiplas influências, incluindo o

**individual, interpessoal, comunitário e organizacional, assim como factores políticos e ambientais (17).**

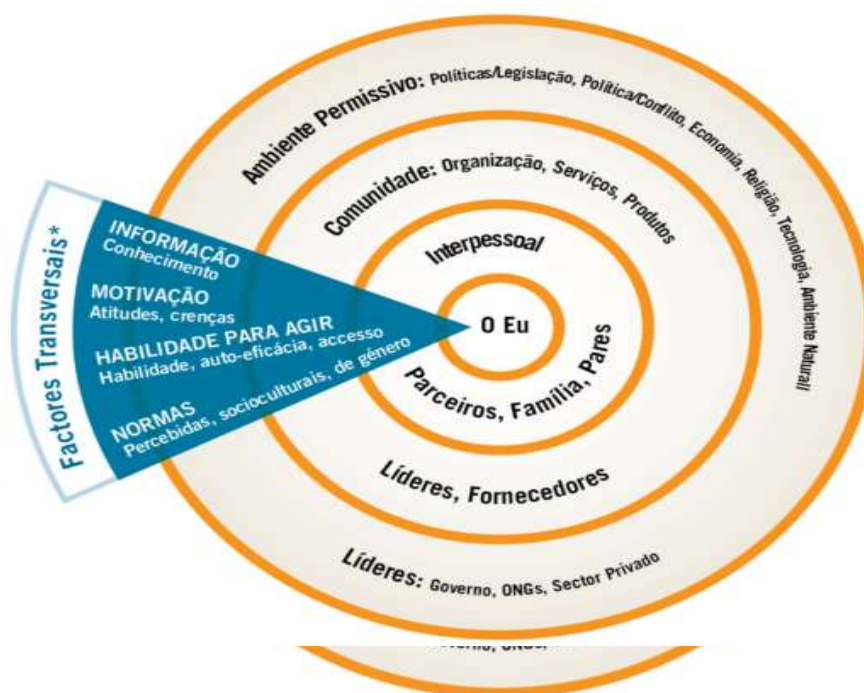
O Modelo Sócio-Ecológico, é composto por duas componentes: **Níveis de análise e Factores Transversais** (17).

- **Níveis de análise.** Os anéis ou círculos do modelo representam tanto os domínios de influência, como as pessoas envolvidas em cada nível. Os níveis de análise representados pelos círculos são: o indivíduo que é mais afectado por um problema; os influenciadores imediatos que são representados por dois círculos. O primeiro círculo está relacionado com o interpessoal que refere a parceiros, familiares e colegas. O segundo círculo compreende a comunidade, representa organizações, estruturas de serviços, responsáveis pelo sustento, bem como produtos disponíveis. Influências indirectas dizem respeito ao ambiente externo. Estes podem facilitar ou dificultar a mudança, incluem políticas e legislações nacionais, forças políticas, condições económicas predominantes, sector privado, religião, tecnologia e meio ambiente natural.
- **Factores transversais.** Estão representados no triângulo, estes factores influenciam cada um dos actores e estruturas nos anéis. Estão agrupados em quatro categorias, podem agir de forma isolada ou combinada, de forma positiva, **designados facilitadores**, ou de forma negativa, **ou barreiras**, influenciando a cada um dos actores e estruturas nos anéis ou círculos.

**É sobre esses factores transversais que as intervenções de CSMSC podem gerar mudanças, concretamente a informação, motivação, capacidade de agir e normas (5)**

Fonte: C-Change. Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org> (17)

**Figura 4. Modelo Sócio- Ecológico para a Mudança**



Fonte: C-Change. Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org> (17)

No quadro a seguir são apresentadas as razões explicativas das quatro categorias de influência pelas quais as intervenções de CSMSC podem gerar mudanças, segundo este Modelo (17):

### Quadro 3. Intervenções de CSMSC podem gerar mudanças

- **Informação.** As pessoas precisam de informação que seja oportuna, acessível e relevante. Com a informação, algumas pessoas, grupos ou comunidades podem ser empoderadas para agir. Para outras, a informação não é suficiente para originar a mudança.
- **Motivação.** A motivação, representada por atitudes e crenças acerca das questões, é necessária. A motivação pode ser afectada pela CSMSC através de um aconselhamento efectivo, educação de pares ou programas de rádio. A comunicação bem-feita pode encorajar a mudança individual em termos de atitude e comportamento, assim como a mudança das normas sociais. Mas também a motivação pode não ser suficiente.
- **Capacidade de Agir.** Em determinadas circunstâncias, em especial as que podem constituir ameaça ou as que envolvem fortes normas sociais ou de género contra o comportamento, as pessoas precisam de ter a capacidade de agir, que incluem a resolução de problemas, a tomada de decisão, a negociação, o pensamento crítico e criativo e a comunicação interpessoal (CIP).
- **Normas.** As normas reflectem os valores do grupo e especificam as acções que se esperam de cada pessoa por parte da comunidade na qual vive e com a qual partilha a vida. As normas existentes são as que um indivíduo acredita que têm as outras pessoas e, por isso, estas devem ser seguidas por ele. As normas sócio-culturais são aquelas que a comunidade, como conjunto social, segue, devido ao estatuto social ou as convenções culturais. As normas de género moldam os pontos de vista da sociedade acerca daquilo que se espera dos homens e das mulheres.

Fonte: C-Change. Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org> (17)

**Característica 3. A CSMSC opera através de três estratégias-chave que se reforçam umas às outras: Advocacia, Mobilização Social e Comunicação para a Mudança do Comportamento.**

**Advocacia:** Para aumentar recursos assim como o compromisso político e social da liderança para acções e metas de desenvolvimento.

**Mobilização social** para participação mais abrangente, criação de coligações, e apropriação, incluindo a mobilização comunitária.

**Comunicação para a mudança do comportamento** para mudanças nos conhecimentos, atitudes, e práticas dos participantes/audiências específicos nos programas.

Fonte-C-Change. Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org>

Na seguinte figura apresentam-se as três estratégias-chave para a CMSC.

**Figura 5. Estratégias-chave para a Comunicação (em Saúde) para a Mudança Social e de Comportamento**





Fonte: USAID, C-Change. 2012. C-Modules-um pacote de aprendizagem para a comunicação para a mudança social e de comportamento. Disponível em: <https://thecompassforsbc.org>

A CSMSC funciona através de três das principais estratégias representadas na figura anterior. Cada uma destas estratégias pode tornar-se o eixo central de uma intervenção em comunicação e estimular processos que visam alcançar objectivos específicos, portanto a mudança do comportamento e a qualidade da saúde da pessoa/comunidade (5).

## 2.2.2. Estratégias-chave de CSMSC:

### 2.2.2.1. Primeira estratégia-chave de CSMSC: Advocacia: Advocacia em Saúde

De um modo geral, entende-se por advocacia um processo de reivindicação de direitos, ou a actividade de um grupo, visando a contribuir na definição ou na implementação de uma política pública. A suposição básica, segundo Canel (29), é que as pessoas têm direitos fundamentais que são exigíveis mediante procedimentos legislativos, administrativos ou judiciais segundo Canel (29).

A advocacia em saúde é diferente da advocacia tradicional ou, da prestação de serviços profissionais por alguém formado em direito. A advocacia em saúde baseia-se nos esforços organizados de indivíduos e de grupos para influenciar governo, empresas, administração pública, de modo que esses órgãos se tornem mais sensíveis às necessidades dos cidadãos, por exemplo mediante o estabelecimento de políticas públicas que garantam a justiça social e acesso universal à saúde (29). A autora indica que, na prática, a advocacia é mais eficaz quando concentrada em assuntos específicos e não genéricos. Neste sentido, o problema ou objecto de advocacia deve ser bem identificado e caracterizado para que se possa achar mais eficazmente uma solução apropriada. A mesma autora refere que as acções de advocacia em saúde são dirigidas aos órgãos de estado, considerando que a actuacção dos poderes públicos é fundamental para alcançar o direito a saúde, principalmente ao legislativo (29).

São exemplos de acções básicas de advocacia em saúde a alteração das leis, o monitoramento do legislativo, a elaboração e implementação de orçamentos, o acompanhamento de processos administrativos.

#### 2.2.2.1. A. Etapas do processo de Advocacia em Saúde

- Estudo do problema específico, identificação dos direitos não atendidos, da legislação pertinente, das possíveis acções correctivas institucionais e das barreiras que podem ser encontradas.
- Colecta e apresentação dos dados problemas, localizando-os no tempo e no espaço
- Elaboração das estratégias, em função da situação política do momento do interlocutor escolhido, da sua localização. Depedendo da situação, possíveis estratégias são: caso individual, acção civil pública, iniciativa popular e audiência pública, advocacia administrativa dirigida às agências governamentais. A escolha da estratégia depende também da localização do problema: execução de acções de políticas, de aspectos legislativos ou normativos ou da não observancia de leis existente.
- Apresentação das estratégias ao beneficiário, e escolha por parte do advogado (*é o cidadão que coduz a acção de advocacia em saúde ainda que não seja formado em direito exemplo organizações não governamentais e grupos de pressão- lobbies*), em conjunto com o beneficiário, da estratégia considerada melhor e das estratégias alternativas.
- Aplicação das estratégias escolhidas.
- Avaliação contínua dos resultados e eventual reformulação da estratégia.

Fonte: Canel, R. A advocacia em Saúde como uma Estratégia para a Promoção da Saúde. Disponível em em: [www.revista.usp.br.rdsn](http://www.revista.usp.br.rdsn) (29)

### 2.2.2.1.B. *Advocacia em Saúde como uma estratégia para a Promoção da Saúde*

A PdS amplamente discutida na UT2, é uma concepção pela qual a saúde não se define em termos de ausência ou presença de doença, mas é dirigida ao entendimento dos determinantes sociais da saúde e actuação sobre eles. Este novo paradigma sobre a PdS é uma nova maneira de interpretar as necessidades e acções de saúde, passando de uma perspectiva biológica, mecanicista, individual e específica para uma perspectiva “contextual, histórica, colectiva, ampla” assim como uma nova maneira de agir em saúde: Que para além de tratar, controlar factores de risco e executar acções médicas curativas, desenvolve novos modelos de atenção á saúde e acções políticas voltadas para a saúde colectiva. Neste pensamento, a autora destaca que algumas estratégias são fundamentais quanto á eficácia e efectividade de acções e programas de PS. Dentre elas, pode –se destacar a intersectorialidade, o desenvolvimento de parcerias, a educação em saúde e a defesa da causa da saúde (Advocacia em Saúde). (29)

Por outro lado, a advocacia visa conquistar o apoio e o compromisso político de instâncias decisórias, aceitação social e os espaços de discussão e de actuação em favor da saúde. Por outras palavras, **advocacia em saúde é constituída por acções de indivíduos ou de grupos organizados, os chamados actores sociais, que procuram incuntir sobre autoridades e sobre particulares, para reivindicar direitos na área de saúde, principalmente em benefício da parcela da população menos favorecida** (29).

Uma das principais referências ou marcos históricos de advocacia em saúde é a **carta de Bangkok**, elaborada durante a VI Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde, em Agosto de 2005, enfatiza as estratégias para a PdS e destaca, entre outros aspectos, os seguintes (29):

- A advocacia para a saúde, como base em direitos humanos e em solidariedade;
- Investir em políticas sustentáveis, acções e infraestruturas para fomentar os determinantes da saúde;
- Construir capacitação para o desenvolvimento das políticas, da liderança, da prática da PS, da transferência do conhecimento e da pesquisa e da “alfabetização” em saúde;
- Produzir leis e regulamentos que asseguram um alto nível de protecção contra danos e que proporcionem igualdade de oportunidade para a saúde e o bem-estar para todas as pessoas;
- Estabelecer parcerias entre organizações públicas, privadas, não governamentais e a sociedade civil, para criar acções sustentáveis.

A Carta conclui que a advocacia em saúde é uma estratégia importante para PdS, com o objectivo de promover o empoderamento das comunidades, em relação às questões da saúde, não só para fazer o que ja está legitimado, como também para tornar legítimo tudo o que é identificado como necessidade de saúde justiça e inclusão social.

Os profissionais de saúde, enquanto promotores de saúde, podem dar assessoria para as comunidades organizadas, aos órgãos do governo e as organizações não governamentais, além de dessiminar informações sobre experiências em advocacia em saúde e finalmente ajudar a conscientizar o público e os políticos em relação às questões de saúde.

### 2.2.2.2. Segunda Estratégia-chave de CSMSC: Mobilização Social<sup>3</sup>

Segundo Henriques (30), o termo mobilização social actualmente tem cada dia maior destaque a nível social. Geralmente serve para referir o somatório de esforços para a resolução dos mais variados problemas de interesse público. A mesma autora sublinha que, por ser a mobilização social um acto de convocar vontades para uma mudança de realidade, através de propósitos comuns, estabelecidos em consenso, reconhece que envolve o compartilhamento de discursos, visões e informações e, por isso, exige acções de comunicação no seu sentido mais amplo ou por outras palavras mobilizar para a saúde envolve esforços estratégicos de comunicação.

Como conceito, a **mobilização social** é uma “reunião de sujeitos que definem objectivos e compartilham sentimentos, conhecimentos e responsabilidades para a transformação de uma dada realidade, movidos por um acordo em relação a determinada causa de interesse público”. A mobilização social é um processo comunicativo cuja especificidade mobilizadora reveste-se de um desafio que se traduz em dois sentidos que não podem ser tomados separadamente: o de promover esforços colectivos, através da cooperação dos cidadãos, para superar problemas; e o de buscar o engajamento dos cidadãos nas discussões e formulações políticas sobre questões sanitárias.

- **Promover esforços colectivos:** a mobilização tem sido uma demanda cada vez maior para a realização do controle epidemiológico, e para o envolvimento das pessoas em diversos procedimentos básicos que possam garantir objectivos fundamentais em relação à atenção básica. No entanto, para que haja resultados é preciso ter em conta a boa articulação entre o Estado e a sociedade civil, chamada de cooperação.
- **Buscar o engajamento dos cidadãos,** para este desafio, o fortalecimento das instâncias de participação e interlocução é fundamental, exige-se também do cidadão uma visão mais ampla sobre a saúde em termos de valores que transcendam os seus interesses mais imediatos (30).

### 2.2.2.3. Terceira Estratégia-chave de CSMSC: Comunicação em Saúde para a Mudança do Comportamento

Na sociedade da informação, segundo Santos (2), a comunicação das organizações é cada vez mais estratégica, sem excepção para as organizações na área da saúde. A mesma autora considera que a comunicação adquire um carácter estratégico porque se relaciona, entre outras questões, com a sua capacidade para posicionar determinada temática na agenda pública; dar visibilidade às suas acções; construir a sua imagem pública; posicionar-se como interlocutor perante outros actores sociais; construir redes com outras organizações; e transmitir à sociedade, de forma transparente, as suas actividades.

Na saúde, segundo Araujo citado por Alpuim (2), as estratégias de comunicação devem ter o objectivo de estabelecer um debate público sobre um tema e de oferecer às pessoas informações suficientes para que elas possam tomar as suas decisões e ampliar a sua participação nas políticas públicas de saúde. Considera ainda a autora que uma organização do sector da saúde tem uma ampla gama de *stakeholders* (grupo de interesse ou público estratégico), entre os que se incluem: os colaboradores, os utentes e os seus familiares,

---

<sup>3</sup> A mobilização social será objecto de estudo UT4 deste curso.

fornecedores, a comunidade envolvente e diferentes níveis de governo. Por isso, é essencial ter um plano de comunicação estratégica para que seja possível agilizar os processos de comunicação de forma a atingir os diferentes públicos (2).

As abordagens de CSMSC procuram partilhar conhecimentos e ajudar as comunidades a mudarem determinadas práticas, no sentido de alcançarem melhores resultados em termos de saúde. Estas abordagens podem utilizar diversos canais de comunicação, desde meios interpessoais a meios de comunicação de massas, para alcançar o seu público-alvo (20).

Uma das práticas de comunicação estratégica passa precisamente por segmentar os públicos e adequar as mensagens que lhe são dirigidas, nesta linha é necessário ter em conta: **o contexto, os canais, os conteúdos e as razões** que motivam as pessoas a prestar atenção e a usar informações sobre saúde. Deste modo, analisar os públicos e as suas necessidades de comunicação são elementos fundamentais no desenvolvimento estratégico (Horsle, 2005) citado em (2). Finalmente, através das campanhas de prevenção, os profissionais de comunicação estratégica contribuem para a mudança de comportamentos e hábitos (a médio ou longo prazo) o que, conseqüentemente, irá permitir poupar no orçamento da saúde. Por outras palavras, se a população estiver consciente e efectivamente consegue mudar os maus hábitos de vida, recorrerão menos aos serviços de saúde (2).

### 2.2.3. Canais de CSMSC

Como conceito, um canal de comunicação é um meio ou método usado para passar uma mensagem ao público-alvo. Em outras palavras, canais de comunicação são o meio pelo qual um programa pode atingir os seus públicos com mensagens-chave durante um certo contexto. Os canais constituem uma componente essencial da programação da CSMSC, cuja eficácia depende de um processo de selecção cuidadoso, com base nos hábitos e preferências do público-alvo pretendido. Por outro lado, seleccionar uma mistura de canais adequados e acessíveis aumentará a probabilidade de o público ouvir e ver as mensagens de comunicação (17).

Os canais de comunicação são agrupados em três tipos básicos: **canais interpessoais, canais baseados na comunidade, e canais dos meios de comunicação social** (19).

**Quadro 4. Tipos de comunicação e a sua descrição, segundo o Modelo C-Change**

Tipos de Canais	Exemplos de Materiais, Productos e Actividades
<b>Interpessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação de um para um, tal como de provedor para cliente, par para par, e parceiro para parceiro, intercâmbio e aconselhamento;</li> <li>• Formação e actividades de desenvolvimento de habilidades em pequenos grupos;</li> <li>• Visitas com líderes e políticos;</li> <li>• Educação de pares;</li> <li>• Visitas domiciliárias/alcance aos agregados familiares.</li> </ul>
<b>Baseados na comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões comunitárias;</li> <li>• Reuniões entre pai-professor;</li> <li>• Boletins informactivos de Igrejas, cartazes, grupos de teatro, eventos culturais, etc.;</li> <li>• Diálogos comunitários;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teatros comunitários.</li> </ul>
<b>Comunicação social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anúncios de publicidade na rádio e na TV;</li> <li>• Testemunhos de celebridades;</li> <li>• Seriados;</li> <li>• Jogos;</li> <li>• Artigos de jornais;</li> <li>• Cartazes, brochuras, etc</li> </ul>

Fonte: C-Change. Adaptado de McKee, Manoncourt, Yoon e Carnegie (2000). Disponível em: <https://www.thecompassforsbc.org>

Os passos para a escolha eficaz dos canais de comunicação consistem em avaliar os canais disponíveis e acessíveis ao público-alvo assim como combinar os canais mais apropriados para este.

Na escolha e seleção dos canais é importante ter em conta os seguintes elementos: **O objetivo de comunicação, as preferências e hábitos das audiências pretendidas, os níveis de alfabetização da audiência pretendida, o tipo de informação que precisa ser transmitida, a disponibilidade orçamental e o cronograma.** Em qualquer uma das escolhas, o importante é que os canais selecionados para uma resposta de comunicação tenham impacto e sejam acessíveis ao público-alvo. Os mesmos precisam ser os canais de preferência e confiança do público primário e influenciador na obtenção de informações relativas à saúde (15).

Para consubstanciar esta visão, Arroz, (18) refere que o uso de diversas abordagens pode ser uma estratégia sinérgica. Neste sentido, afirma que uso apenas do canal do sistema de saúde (unidades sanitárias) parece não produzir os efeitos desejados, principalmente em países em que o acesso a unidade sanitária é limitado (factor distância). Nestes casos, a maioria das pessoas das comunidades rurais tendem a ter um vago envolvimento com a medicina moderna e os praticantes de medicina tradicional e líderes comunitários, são, frequentemente, a primeira linha de contacto do Sistema de Saúde com a população.

Neste âmbito, as abordagens de utilização das rádios comunitárias, panfletos, palestras, danças, peças teatrais, diálogos comunitários, entre outras, devem ser considerados abordagens sinérgicas e não substitutas de uma ou outra. Ainda, estas abordagens de CSMSC devem implicar um processo de mobilização e capacitação da comunidade, que permita fornecer às mesmas informações, competências e confiança para ganhar o controlo sobre as decisões relacionadas com as suas próprias vidas (18).

#### 2.2.4. Princípios de CSMSC

As intervenções eficazes da CSMSC devem ter o objectivo de desenvolver mensagens e actividades que influenciam os quatro níveis do Modelo Sócio-Ecológico, por forma a maximizar os facilitadores, limitar as barreiras e formar parcerias com outras instituições e organizações que operam em diferentes níveis para uma abordagem abrangente da CSMSC. É dentro deste pensamento que na implementação da CSMSC surge a necessidade de contar com certos princípios (15).

Segundo o dicionário da língua portuguesa (28), o conceito princípio refere-se ao facto ou premissa que serve de base a um raciocínio ou a um estudo. Neste âmbito na implementação de programas de CSMSC, os princípios são indispensáveis para manter o programa no caminho almejado. A medida que se trabalha ao longo dos passos de Planificação C-Change, estes

princípios podem ser a sua bússola, especialmente quando o processo se depara com certos desafios (17).

#### Quadro 5. Resumo dos 10 princípios de CSMSC

- 1: Seguir uma abordagem sistemática.
- 2: Considerar a pesquisa (ex: operacional), para conduzir o seu programa.
- 3: Considerar o contexto social.
- 4: Manter o foco na sua audiência (s) /populações-chave.
- 5: Usar Teorias e Modelos para guiar as decisões.
- 6: Envolver parceiros e comunidades ao longo de todos os estágios.
- 7: Estabelecer objectivos realistas e considerar a relação de custo-eficácia.
- 8: Utilizar materiais e actividades que se reforcem mutuamente a muitos níveis.
- 9: Escolha de estratégias que sejam motivadoras e orientadas para a acção.
- 10: Assegurar a qualidade em todos os passos.

Fonte: USAID, C-Change. 2012. C-Modules-um pacote de aprendizagem para a comunicação para a mudança social e de comportamento. Disponível em: <https://thecompassforsbc.org>

#### 2.2.5. Bases das Teorias do Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança

Segundo Santos (22), para a compreensão dos comportamentos de saúde, recomenda-se a utilização de teorias de comportamento de saúde. Estas teorias podem ser divididas em: **teorias explicativas e teorias de mudança**.

**As teorias explicativas** descrevem as razões pelas quais um problema existe; enquanto as teorias de mudança guiam o desenvolvimento das intervenções e oferecem uma base para a avaliação dos programas. USAID-Change (15) defende que as **teorias da mudança de comportamento** são ferramentas úteis para auxiliar na planificação dos programas de CSMSC e para destacar áreas a priorizar. As mesmas ajudam a compreender porque as pessoas agem da maneira que agem e como os seus comportamentos podem mudar.

As teorias podem ser também divididas de acordo com o nível de influência, concretamente em: **intrapessoal, interpessoal e comunitário** (22).

- No âmbito **intrapessoal**: encontram-se as teorias que estudam as características individuais que influenciam o comportamento, tais como: conhecimentos, atitudes, crenças e personalidade.
- No âmbito **interpessoal**: encontram-se as teorias que avaliam os processos de relação e comunicação entre os membros dos grupos, tais como a família ou os amigos/pares que fornecem identidade social, suporte e definição dos papéis.
- No âmbito **comunitário**: encontram-se os factores institucionais, tais como: regras, regulações e políticas; redes sociais, normas e padrões e leis que regulam a saúde.

O nível individual é considerado o nível mais básico, a unidade fundamental dos comportamentos de saúde. Neste nível, as teorias de comportamento de saúde são categorizadas como **cognitivas-comportamentais**, observando-se em todas elas três conceitos fundamentais:

- **O comportamento é mediado por cognições**: o que a pessoa sabe e pensa afecta-a como age;

- **O conhecimento é necessário**, mas não é suficiente para produzir mudanças de comportamento;
- **Percepções, motivações, habilidades** e o meio social são influências chave no comportamento.

São exemplos de teorias dos níveis individuais ou intrapessoais: **o Modelo de Crenças em Saúde; o Modelo de Estágios de Mudança ou Transteórico; a Teoria do Comportamento Planeado e o Modelo da Adopção de Precaução.**

Seguidamente são apresentados breves resumos explicativos de algumas das teorias, entre elas as descritas acima.

**A) A Nível Comunitário**, destaca-se a **teoria da Difusão de Inovações**, que, segundo C- Charge (17), pode ser útil também a nível interpessoal. Esta teoria, introduzida por Everett Rogers em 1962, entende que uma inovação é uma ideia, prática ou objecto considerado novo num sistema social e que é introduzido ao longo de um certo período de tempo. Como teoria, é o processo através do qual as ideias, tecnologias, produtos e processos são disseminados pela comunicação entre os membros de um sistema social por vias de comunicação ao longo do tempo. O modelo, muitas vezes, depende do uso de diferentes meios e vias de comunicação destinados a garantir a transmissão da informação e para promover a mudança individual. A finalidade do processo de comunicação, no âmbito deste modelo, é apoiar a adopção de inovações, o que muitas vezes implica uma mudança individual de comportamento resultante da disponibilização de informação sobre as vantagens destas inovações e a influência dos líderes de opinião. Na prática, esta teoria procura provocar processos de mudança, estimulando os chamados “inovadores” de modo a tornarem-se em modelos a seguir para os adeptos tardios e os atrasados (5). Estas considerações vão de acordo com as referenciadas pela USAID-Change (15), ao definir a Teoria da Difusão de Inovações como aquela que descreve o processo pelo qual novas ideias (inovações) se espalham através de uma comunidade ou estrutura social. A teoria também reconhece que algumas pessoas de uma determinada comunidade adoptarão novos comportamentos muito lentamente, enquanto outros nunca mudarão. O importante para esta teoria é como certas ideias são espalhadas nas comunidades ou sociedades através de canais específicos ao longo do tempo.

**Figura 6. Teoria da Difusão de Inovações.**



Fonte: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência. Disponível em: <https://healthcommcapacity.org>

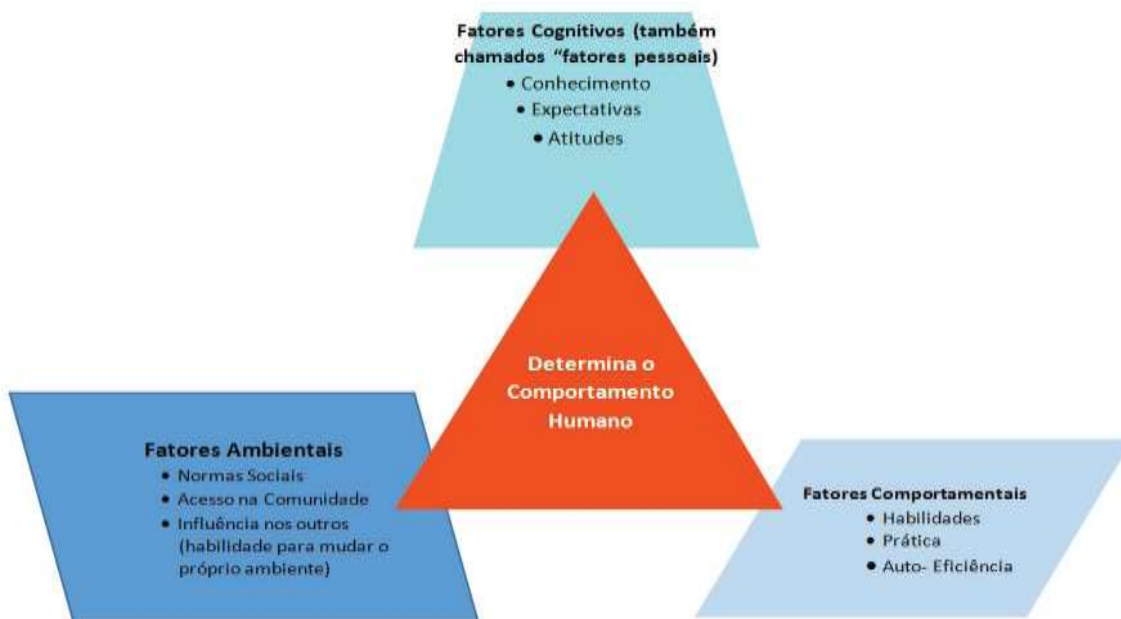


Apesar de ter sido reconhecida a importância deste modelo na sensibilização e disseminação da informação para aumentar o conhecimento, o mesmo é criticado pela pouca atenção prestada às características e papéis desempenhados pelos receptores nos processos de comunicação. Foi considerado como um modelo hierárquico de comunicação, e de ser demasiado dependente da exposição dos receptores a meios de comunicação específicos.

**B.- A Teoria da Acção Dialógica.** Para o nível interpessoal dos anéis do modelo Sócio-Ecológico é também de utilidade a **Teoria da Acção Dialógica**. Na perspectiva de Paulo Freire sobre esta teoria, a colaboração é a característica fundamental da interacção entre indivíduos, a qual só é possível através da comunicação. A acção dialógica procura transformar o mundo através da colaboração, nunca numa relação hierárquica. Assim sendo, se os indivíduos e grupos sociais visam tratar uma realidade problemática através de uma resposta dialógica, podem descobrir o mundo e a si próprios no processo, ao gerarem confiança e apoio a outros que procuram um objectivo comum (5).

**C.- A Teoria de Aprendizagem Social/Teoria Cognitiva Social.** Esta teoria, reconhece a interacção constante que existe entre o indivíduo e o seu ambiente, tanto estrutural quanto social, para moldar o comportamento.

**Figura 7. Teoria Social- Cognitiva**



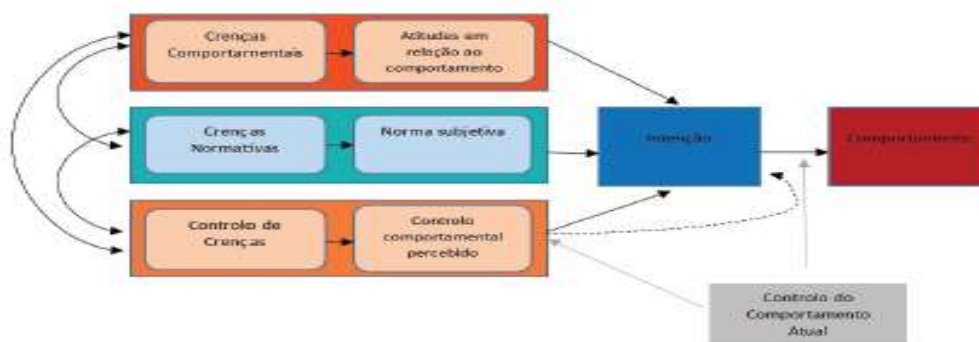
Fonte: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência. Disponível em: <https://healthcommcapacity.org>

**D.- Modelo de Crenças em Saúde.** Segundo Santos (22), o nível individual é o mais básico, é fundamental nos comportamentos de saúde. Neste nível, a autora destaca o Modelo de Crenças em Saúde, que pressupõe quatro conceitos principais: **percepção da susceptibilidade ou percepção de risco; percepção de gravidade; percepção de benefícios; e percepção de**

**barreiras.** Este Modelo está relacionado com as teorias sobre o processo decisório, uma vez que tenta explicar uma acção diante de uma situação em que é necessária a tomada de decisão (22).

**E.- Teoria de Comportamento Planificado.** Nesta teoria reconhece-se o papel do indivíduo na mudança de um comportamento (atitude e capacidade percebida), bem como a influência de outros significados (normas subjectivas). As normas subjectivas relacionam-se com a crença do indivíduo sobre o que as pessoas nos grupos de referência (semelhantes, família ou redes sociais) pensam sobre o comportamento desejado, bem como a sua motivação para cumprir essas normas (15).

**Figura 8. Teoria do Comportamento Planificado**



Fonte: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência. Disponível em: <https://healthcommcapacity.org>

**F.- Modelo de Estágios de Mudança.** Este Modelo afirma que o comportamento é um processo de mudança, e não um evento. Na medida em que o indivíduo tenta mudar um comportamento, ele atravessa cinco estágios: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, acção e manutenção. Neste modelo, o indivíduo realiza uma avaliação dos pontos positivos e negativos a efectuar uma mudança. Este modelo também considera a auto-eficácia no processo de mudança, que se refere à confiança do indivíduo em enfrentar a situação de risco.

### 2.3. MODELOS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO (CSMSC)

Na tentativa de aprofundar na temática sobre os modelos da CSMSC, verificou-se que existem vários modelos que podem orientar o planeamento de programas de CSMSC, a maioria dos quais baseiam-se num conjunto de princípios compartilhados, sendo um dos mais importantes o modelo **P-PROCESSO**, descrito seguidamente.

#### 2.3.1. O Modelo P-PROCESSO

O **P-PROCESSO** da CSMSC (ou CSMSC) do **CCP**, utilizado principalmente no campo da saúde pública, é, segundo Galvez (5), um instrumento que combina elementos de diferentes disciplinas como a psicologia e a antropologia, que tende a ser implementado com frequência em intervenções centradas na mudança de comportamentos a nível individual, entre eles nos programas de combate ao HIV/SIDA, promoção sobre saúde sexual e reprodutiva, redução da mortalidade materna, prevenção de doenças infecciosas, e protecção ambiental, entre outros (5).

Nesta mesma perspectiva, Santos, no seu artigo “Comunicação para mudança de comportamento em saúde: experiências vivenciadas no Centro de Programas de Comunicação da Universidade John Hopkins”, em Junho de 2014 (9), refere que teve a oportunidade de contar com a filosofia desta instituição, pioneira e líder no campo das práticas de CMSC, assim como com as metodologias desenvolvidas e aplicadas em vários países do mundo, cuja finalidade é de promover melhorias nas condições de saúde das populações.

A autora salienta vários elementos que tornaram o P-PROCESSO como uma das mais importantes estratégias da CSMSC:

A forma como o profissional é treinado, incluindo factores psicológicos e vivênciais.
A maneira como é difundido o pensamento sobre a comunicação para mudança de comportamento, a componente prática aliada às teorias demonstram excelentes resultados.
Desenvolvimento de sub-passos, dentro de cada passo, tais como a identificação das barreiras do comportamento e da causa raiz do problema;
Destaca a importância do papel do pré-teste, por vezes, ignorado pelos planificadores de comunicação, assim como a avaliação

O CCP parte do paradigma da produção “doméstica” de saúde, que considera os lares e as comunidades como produtores primários da saúde, antes, mesmo, do Ministério da Saúde.

O facto de incorporar outros paradigmas, implica assumir que um sistema nacional produtivo de saúde deve envolver pessoas, lares, comunidades e todas as agências governamentais (Ministério da Saúde e forças globais, políticas, económicas, sociais, tecnológicas e ambientais) e não governamentais.

Galvez (5) aponta que uma das falhas observadas em acções fracassadas em saúde é considerar que o Sistema de Saúde é apenas constituído pelo Governo e as suas agências, e desconsiderar neste processo aos produtores primários de saúde. Assim sendo, ocorre uma desconexão entre onde acontece realmente a acção, que é nos lares e comunidades, e as informações e soluções produzidas por técnicos e cientistas, formuladas com base às suas próprias ideias /preconceitos, sem corresponder ao estudo no terreno ou sem aprofundar o conhecimento da realidade.

Segundo Prass (23), os paradigmas do conhecimento são modelos de compreensão que pautaram o pensamento humano em determinados períodos históricos. Estes são as diferentes formas de interpretação acerca de um mesmo tema e são construídos e, ou, pré-estabelecidos de acordo com a vivência social e cultural, por isso marcaram percursos da aprendizagem humana. A autora salienta que existem vários paradigmas na comunicação em saúde, entre eles: **paradigma dominante ou de difusão, o paradigma da dependência e o paradigma alternativo ou participativo** (23).

A mudança nas relações e na forma de entender o sistema produtivo de saúde, com base primária nos lares e comunidades, sugere que o poder não está, de facto, na mão daqueles que se julgam detentores do mesmo, como o Estado ou agências de Planificação, por exemplo, saindo, assim, de um processo hierárquico para um processo de partilha de conhecimentos, aprendizagem e trabalho conjunto para o alcance de um objectivo comum de saúde. Neste contexto devem ser considerados não apenas os recursos materiais e tecnológicos, mas também os recursos não materiais como crenças, conhecimentos, redes de relacionamentos e,

principalmente, valores culturais pensamentos presentes na construção da metodologia de CMSC (9).

A seguir são descritos os seis passos do P – PROCESS segundo Santos (9):

### 2.3.1. Desenvolvimento dos seis passos do P-PROCESSO

**Passo 1: Análise.** É construído sob a premissa de que, quanto mais forte for o conhecimento do problema, mais forte será o programa desenvolvido. Caracteriza-se por aprofundar no conhecimento existente sobre o problema, do público, das políticas e programas existentes, das organizações envolvidas e dos canais de comunicação existentes. Tenta dar resposta à pergunta **“qual o problema de comunicação?”**

São sub- passos do primeiro passo: a identificação do problema, centrada numa visão compartilhada, em comum acordo entre todos os actores envolvidos. Descobrir os obstáculos que impedem alcançar a visão compartilhada através da identificação da “causa raiz” é um dos alicerces do planeamento. Os restantes sub-passos incluem a revisão de programas e políticas já existentes, de forma a analisar seus aspectos positivos e negativos, forças e fraquezas, a fim de potencializar os resultados através da aprendizagem das experiências pré-existentes.

**Passo 2: Desenvolvimento da estratégia.** A pergunta chave neste passo é **“O que precisamos fazer?”**. Neste passo elabora-se o plano, que funcionará como guia para atingir os objetivos acordados. No mesmo passo destaca a importância de assegurar que as actividades de resposta de comunicação sejam acompanhadas de objetivos de comunicação **específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e de tempo determinado (SMART-siglas em inglês)**, medidos por indicadores SMART apropriados. Os seis elementos chave para a tomada de decisão neste passo são descritos no seguinte quadro.

#### **Quadro 6. Passos chave para o desenvolvimento da estratégia**

- **Objectivos “SMART”** Consiste em traçar objectivos específicos, mensuráveis, adequados e orientados para a acção, realistas e delimitados no tempo. Essas características dos objectivos é muito importante, são a partir deles que serão definidos os indicadores para monitorização e avaliação.
- Esclarecer o modelo de mudança de comportamento.
- Selecção de meios de comunicação (mídia) apropriados e os seus suportes, assim como actividades de mobilização da comunidade e comunicação interpessoal entre famílias, amigos, comunidades, redes sociais e provedores de serviços de saúde.
- Declaração de estratégia que contenha o resumo dos objectivos gerais, passos e objetivos intermediários, o posicionamento, qual é a teoria de mudança de comportamento que se pretende aplicar e as principais actividades para se atingir essas mudanças.
- Plano de implementação. Preparar orçamento e cronograma de trabalho.
- Planear a avaliação nas mudanças de comportamento do público almejado, com base em fontes de dados que devem ser colectados antes da implementação do Programa concreto.

**Passo 3: Desenvolvimento da mensagem e testagem.** A pergunta chave deste passo é: **“Que abordagens e materiais criativos precisamos desenvolver?”**. Constitui a fase de desenvolvimento dos conceitos/conteúdos da mensagem, capazes de influenciar às pessoas.

Antes da implementação das mensagens deve ser realizado um pré-teste aos grupos ou representantes do público-alvo, que permita avaliar as suas reacções, compreensão e aceitação dos conceitos apresentados. O pré-teste permitirá rever aspectos considerados mal interpretados, não compreendidos.

**Passo 4: Implementação e monitorização.** A pergunta chave desta fase é “**Como fazemos as coisas acontecerem?**” Nesta fase dá-se seguimento ao plano de acção que envolve a participação, flexibilidade e treinamento, leva a uma visão compartilhada sobre os conceitos e objectivos, cujo principal foco está nos resultados esperados. Esta fase inclui actividades de monitorização e feedback (retorno) assim como a revisão constante do plano para promoção das correções necessárias.

**Passo 5: Avaliação.** A pergunta chave deste passo é: “**Como sabemos que estamos a dar progresso e atingir os impactos desejados?**” Neste passo avalia-se os objectivos almejados pelo programa, se foram ou não alcançados e se provocaram mudanças nas condições de saúde ou no comportamento do público, ou influenciaram nas políticas para a saúde.

**Passo 6: Replanificação.** A pergunta chave desta fase é. **Como aprendeu com a experiência e planeamos a continuidade do processo?** O P-PROCESSO é um processo contínuo e cíclico, neste âmbito, a monitorização e a avaliação são fundamentais, já que fornecem subsídios para a planificação de novas necessidades, manutenção ou alocação de novos recursos, redefinição de acções e estratégias que se adaptem a novas realidades que possam surgir, mobilização de novos actores e criar condições para garantir a sua sustentabilidade.

Figura 9. Processo de Planificação de uma CMSC (ou CSMSC)



**Fonte:** Santos, A. Comunicação para a mudança de comportamento em saúde; Experiências vivenciadas no Centro de Programas de Comunicação da Universidade JohnsHopkins, 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br>

## 2.4.A IMPLEMENTAÇÃO E DESAFIOS DA CSMSC EM MOÇAMBIQUE

Segundo USAID (15), as evidências mostram que as abordagens mais efectivas para promover a mudança de comportamentos são aquelas que conjugam esforços a vários níveis: individual, interpessoal, comunitário e sociedade. Estes diferentes níveis requerem diferentes estratégias de intervenção na CSMSC, que devem iniciar com a implementação do nível, a criação de um ambiente político e institucional favorável que permita a mobilização e advocacia junto a vários parceiros com vistas ao engajamento e mobilização de recursos que permitam implementar os diferentes níveis do programa.

Por outro lado, a carta de OTAWA reafirma que a saúde não é privativa do sector saúde, assim, a aplicação efectiva e a participação de todos os intervenientes é condição de base para a resolução dos problemas da saúde dentro de um país. Por este motivo, os programas da CSMSC devem ser orientados de forma específica por cada país, garantido a harmonização de estratégias e mensagens em todos os esforços dos doadores e parceiros (25).

Madziwa, (21) no seu artigo, “Práticas de promoção da saúde e desafios em Moçambique”, refere que o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), em parceria com outras Organizações Não-Governamentais (ONGs), implementa programas de PdS que visam melhorar a qualidade de vida da população, através de vários elementos, entre eles: a criação de ambientes favoráveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, construção de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e envolvimento comunitário (21).

No país existem várias políticas, estratégias, planos e protocolos implementados pelo Governo que, directa ou indirectamente, incluem a CSMSC relacionada com a nutrição. O Governo tem uma Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil, uma Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde e uma estratégia separada para o Envolvimento Comunitário em Saúde. Todos estes documentos incluem aspectos de CMSC, tais como: o empoderamento das comunidades para melhorarem a sua saúde, a formação de trabalhadores e voluntários comunitários em métodos educacionais participativos, a comunicação interpessoal (CIP), o aconselhamento, e a mobilização comunitária (19).

Quanto aos planos relacionados com a CSMSC, Madziwa (21) destaca: o Plano Estratégico do Sector da Saúde para 2007 – 2012, o Plano Nacional de Desenvolvimento Nutricional, o Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014, o Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno. O autor, sublinha que em 2006 o MISAU desenvolveu um manual de orientação para o provedor que fornece mensagens de educação nutricional, para apoiá-los a promover comportamentos positivos e mudar os maus comportamentos relacionados com o consumo de alimentos.

### 2.4.1. Principais Políticas e Estratégias Nacionais de CSMSC

A seguir são apresentadas algumas Políticas e Estratégias Nacionais de CSMSC desenhadas e implementadas pelo Ministério da Saúde (MISAU) com o objetivo de promover a saúde da população Moçambicana.

- ❖ **A Estratégia Nacional de Promoção da Saúde, 2015-2019 (2024).** Tem como objectivo geral envolver as comunidades, visando promover e proteger a sua própria saúde, adoptar estilos de vida saudáveis, através de estratégias de educação em saúde do nível profissional para o nível comunitário; comunicação em saúde que incluem campanhas

de comunicação de massas, uso de rádio, televisão e tecnologias de telefonia móvel, feiras de saúde e debates sobre saúde; comunicação interpessoal, através dos profissionais de saúde e vários indivíduos da comunidade; elaboração e distribuição de materiais de comunicação, como panfletos e cartazes; formação de profissionais nesta área; e envolvimento comunitário incluindo a formação de profissionais de saúde e vários indivíduos e grupos a nível comunitário para apoiarem a mobilização, promoção e monitoria das actividades de saúde a nível da comunidade (19).

- ❖ **Estratégia Nacional de Comunicação para o Combate ao HIV/SIDA.** Foi desenhada de modo a ser um guia para as acções de comunicação das organizações nacionais, ONG's e redes comunitárias, delineada tendo como base a Análise da Situação do Plano Estratégico Nacional II- PEN II, que levou em conta as actividades de prevenção, mitigação e controlo do HIV/SIDA desenvolvidas tanto pelo sector público como pelas Organizações Não-Governamentais (ONG's) que actuam no país. Esta Estratégia Nacional de Comunicação para o combate ao HIV/SIDA, fundamenta-se no modelo teórico "Percurso da Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento", cujos conceitos resultam de várias contribuições teóricas pertinentes a uma visão multidisciplinar do comportamento humano. Este modelo reconhece que a mudança social e de comportamento, em termos individuais, não acontece em consequência de uma intervenção isolada ou que focalize apenas um determinado sector social, requer investimentos políticos, estruturais e sociais para dar suporte a novas normas de comportamento (26).

**Figura 10. Percursos de Comunicação para a Mudança Social e de comportamento**



**Fonte:** Conselho Nacional do Combate SIDA. Estratégia Nacional de Comunicação para o combate ao HIV/SIDA em Moçambique. Disponível em <https://ilo.org> (26)

A visão Geral da Estratégia é Activar um Movimento Social para Enfrentar a “Urgência Nacional, na qual os diversos actores da sociedade que podem contribuir para o coro do cometimento foram identificadas três vozes considerados fortes para se fazer sentir neste movimento de “Defesa da Vida”.

- **Voz da Liderança:** todo o movimento social que apela pela mudança significativa necessita de liderança visível e este movimento precisará do empenho desses actores para activar a “Urgência Nacional”, entre eles: líderes governantes, políticos, líderes tradicionais, religiosos e comunitários, líderes educacionais e celebridades das artes e do desporto.

- **Voz da Juventude:** A juventude pode apetrechar-se a si própria com as capacidades e os valores conducentes a um novo e diferente horizonte, dando forma a um futuro saudável.
  - **Vozes da Comunidade:** As vozes da comunidade podem expressar-se de diferentes modos e em diferentes linguagens, conforme as diversidades sociais, económicas e culturais do país e os diferentes grupos de interesse. A espiral do silêncio na comunidade deve ser substituída por um diálogo comunitário capaz de identificar as soluções locais para apoiar a mudança do comportamento. Trata-se de mudar as normas sociais para proteger a comunidade do HIV/SIDA. As vozes comunitárias voltadas para conduzir mudanças nas crenças e práticas estão no centro da prevenção sustentável do HIV. O coro das vozes locais será a força por detrás do movimento social para catalisar a acção colectiva em defesa da “Urgência Nacional”.
- ❖ **A Estratégia de envolvimento comunitário na saúde.** Esta inclui actividades para formar aos provedores da saúde em métodos participativos, comunicação interpessoal e aconselhamento, formação de provedores de saúde e voluntários para realizarem sessões educativas nas unidades sanitárias e nas comunidades, mobilizar às comunidades e realizarem visitas domiciliárias as unidades familiares e a comunidade (19).
- ❖ **Estratégia de CMSC para Prevenir a Desnutrição em Moçambique 2015-2019.** Segundo o MISAU, 44% das crianças do país sofrem de desnutrição crónica ou baixa altura para a idade, ou seja, uma em cada duas crianças menores de 5 anos de idade não consegue atingir o seu potencial de crescimento físico, mental e cognitivo (14). No âmbito da implementação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique, 2011-2015/20), aprovado pelo Governo em 2010, o MISAU reconheceu a necessidade de harmonizar o conteúdo das mensagens de comunicação para a prevenção da **desnutrição** (14). Foi neste âmbito que foi elaborada a Estratégia de CMSC 2015 – 2019, para prevenir a desnutrição e promover as práticas-chave de nutrição prioritárias para o País, seguindo uma abordagem harmonizada e as melhores práticas de nutrição e de CMSC a nível global. O Departamento de Nutrição do MISAU é a entidade responsável pela implementação, advoga para o aumento da atenção sobre a CMSC, através da colaboração com outros departamentos-chave do Ministério, como por exemplo o Departamento de Promoção de Saúde e o Instituto de Medicina Tradicional.

A Estratégia da CSMSC para a prevenção da desnutrição em Moçambique, 2015-2019, tem como objectivo proporcionar uma base comum que orienta a implementação harmonizada de programas de CSMSC para prevenir a desnutrição a nível dos agregados familiares e da comunidade, com base nas evidências mais actualizadas de nutrição e nas melhores práticas de CSMSC. MISAU (14).

Nesta estratégia foram arroladas várias componentes de um quadro de mudança de comportamento, que permitem determinar o conteúdo técnico chave que deve ser usado nos programas para elaborar mensagens de CSMSC na prevenção da desnutrição em Moçambique, entre eles: as audiências prioritárias que devem ser abordadas para que estas mudanças aconteçam; as mudanças desejadas nas audiências prioritárias; os determinantes comportamentais (barreiras e factores promotores) das mudanças desejadas sob a perspectiva das audiências prioritárias. Em Moçambique existem múltiplos tabús sócio-culturais, ligados em particular à alimentação da mulher grávida e da criança, que tornam necessária uma abordagem de mudança social que seja dirigida



a influenciar as normas sociais existentes nas comunidades para melhorar a nutrição (14).

**Figura 11. Objectivo de Comunicação: Ultrapassando Barreiras para Alcançar a Mudança Desejada**



Fonte: MISAU, Estratégia de comunicação para a mudança social e de comportamento para a desnutrição em Moçambique, 2015-2019: Disponível em: <https://www.fantaproject.org>

Existe um compromisso adicional demonstrado pelo Plano de Comunicação e Mobilização Social do MISAU para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno, 2009 – 2013 (2015), que promove o aleitamento materno através de:

- Formação de jornalistas em aleitamento materno e disseminação de mensagens através dos órgãos de comunicação social;
- Mobilização comunitária usando materiais e actividades de comunicação sobre o aleitamento materno e através de membros influentes da comunidade;
- Formação do pessoal das unidades sanitárias no aconselhamento e uso dos meios de auxílio ao trabalho sobre aleitamento materno;
- Advocacia a nível dos tomadores de decisão para a elaboração, implementação, monitoria e avaliação de políticas relacionadas ao aleitamento materno. MISAU (16)

Fonte: MISAU. Estratégia de comunicação para a mudança social e de comportamento para a desnutrição em Moçambique, 2015-2019. Disponível em: <https://www.fantaproject.org>

#### **2.4.2. Desafios na implementação de CSMSC**

Desde que Moçambique adoptou a estratégia de PdS (1978), o país tem feito esforço em desenvolver políticas/ estratégias que visam promover a qualidade de vida da sua população. Neste contexto, o Conselho Nacional de Combate ao HIV/Moçambique (CNCS) (26) considera que as acções de comunicação são ferramentas indispensáveis para apoiar as políticas de prevenção, tratamento e mitigação da epidemia em curso no país. A comunicação pode influenciar positivamente processos sociais para mudar normas de conducta, derrubar preconceitos, activar movimentos sociais e reforçar políticas públicas.

São vários os desafios que enfrenta Moçambique ao nível da CSMSC, entre eles, o desenvolvimento de estratégias de comunicação é confrontado com a carência de recursos técnicos, humanos e financeiros. A nível da concepção e gestão de programas de IEC constata-se uma fraca capacidade de gestão e coordenação entre os sectores, tanto a nível central como operacional (19).

Para que a Estratégia de Comunicação seja efectivamente implementada é crucial formar capacidades locais em Comunicação Estratégica e Mudança Social, não apenas os provedores de saúde mas também os líderes comunitários, agentes polivalentes em saúde, entre outros, particularmente aos responsáveis pela área de comunicação das organizações e instituições nos vários níveis de intervenção e criar condições para uma abordagem inovadora de comunicação, inspirada em referências sócio-culturais moçambicanas (26).

### 3.- BIBLIOGRAFIA

- 1- Gonçalves de Barros, A. Evolução das comunicações até a Internet das coisas: A passagem para uma nova era da comunicação humana. Disponível em: <https://www.cp2.g.12.br>
- 2- Alpuim, N. O papel da Comunicação Estratégica nas Instituições de Saúde: o caso do Hospital de Braga. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt>
- 3- Cortes, T. Temas em saúde, A importância da comunicação para a promoção da saúde na sociedade do conhecimento. Volume nº 18. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp>
- 4- Serrano, M. A comunicação na existência da humanidade e de suas sociedades. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br>
- 5- Galvez, R. Vozes com propósito: Um Manual sobre estratégias de Comunicação para o Desenvolvimento e Desenvolvimento. Disponível em: <http://library.fes.de.pdf>
- 6- Dinarés, C. Comunicar em Saúde: Análise da comunicação expressa nos folhetos de informação aos diabéticos. Disponível em: <https://repositorioaberto.uale.pt>
- 7- União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde-UIPES. Conceitos-chave de Promoção da Saúde. Carta de OTTAWA. Disponível em: <http://www.ufpe.br>
- 8- Perles, J. Comunicação: Conceitos, Fundamentos e História. Disponível em: <https://www.bocc.ubi.pt>
- 9- Santos, A. Comunicação para a mudança de comportamento em saúde; Experiências vivenciadas no Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br>
- 10- Bertol, S. Comunicação da Saúde: Surgimento e Consolidação da Especialidade. Disponível em: <http://e-revista.uc3m.es>
- 11- CDC, Healthy People Program. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/health-people/ht2010.htm>
- 12- Vasconcelos, W. Promoção ou Prevenção? Análise das Estratégias de Comunicação de Comunicação do Ministério da Saúde no Brasil. Disponível em: <https://reciis.icic.fiocruz.br>
- 13- Garcia, M. Percepção dos jovens africanos e luso-africanos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre as ações de IEC aplicadas na prevenção das infecções sexualmente transmitidas. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt>
- 14- Ministério de Saúde (MISAU). Estratégia de comunicação para a mudança social e de comportamento para a desnutrição em Moçambique, 2015-2019. Disponível em: <https://www.fantaproject.org>
- 15- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência. Disponível em: <https://healthcommcapacity.org>
- 16- Elias, H. Estratégia de Comunicação para a Mudança de Comportamentos em Água, Saneamento e Higiene. Disponível em: <https://www.anas.gov.cv>
- 17- USAID- C-Change. 2012. C-Modules-um pacote de aprendizagem para a comunicação para a mudança social e de comportamento. Disponível em: <https://thecompassforsbc.org>
- 18- Arroz, J. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento na luta Contra a Malaria em Moçambique. Disponível em: <https://www.rsp.usp.br>

- 19- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). Avaliação da Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) nos Programas de Assistência Multi-Anual (MYAPs) de Título II do Escritório de Food for Peace da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (FFP/USAID) em Moçambique. 2012. Disponível em: <https://pdf.usaid.gov>
- 20- Organização Mundial da Saúde (OMS). Manual da campanha zero malária começa comigo: envolvimento da comunidade. Disponível em: [hphp/reid/article/view/305](http://hphp/reid/article/view/305)
- 21- Santos, E. Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal. Disponível em: <https://livrosgratis.com.br>
- 22- Prass, P Paradigmas do Conhecimento e Saúde, A educação com pressupostos dialógicos. Disponível em: <http://www.anpedsul2016.ufpr.br>
- 23- Becker, D. A importância da comunicação estratégica para a promoção de ações de saúde pública. Disponível em: <http://seer.pucgoais.edu.br>
- 24- RBM, Parceria pelo fim da malária O Quadro Estratégico de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamentos Contra a Malária 2018-2030. Disponível em: <https://zeromalaria.africa>
- 25- Madziwa, A. Práticas de Promoção da Saúde e desafios em Moçambique. Disponível em: <http://reid.ucm.ac.mz/index//endmalaria.org>
- 26- Conselho Nacional do Combate ao SIDA (CNCS). Estratégia Nacional de Comunicação para o Combate ao HIV/SIDA- Moçambique. Disponível em: <https://ilo.org>
- 27- Ministério de Saúde (MISAU). Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020). Disponível em: <https://www.who.int.nutrition>
- 28- Dicionário Universal da Língua Portuguesa.
- 29- Canel, R. A Adogância em Saúde como uma Estratégia para a Promoção da Saúde. Disponível em: [www.revista.usp.br.rdsn](http://www.revista.usp.br.rdsn)
- 30- Herinques, M Mobilização social em Saúde o papel da comunicação estratégica. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org>