

**Aprofundamento para o Relatório de Avaliação do Impacto  
PARPA II (2006-2009)**

**Área de Nutrição**

**Outubro 2009**



## Acrónimos

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
CDC	Centres for Disease Control and Prevention
CI	Crescimento Insuficiente
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
ESAN	Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição
HKI	Helen Keller International
IDS	Inquérito Demográfico e da Saúde
IHAC	Iniciativa Hospitais Amigos da Criança
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
InSAN	Insegurança Alimentar e de Nutrição
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
LNHAA	Laboratório Nacional de Higiene da Água e Alimentos
µg	Microgram
MIC	Ministério de Industria e Comércio
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MINAG	Ministério da Agricultura
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério de Mulher e Acção Social
MPD	Ministério de Planificação e Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PNB	Pacote Nutricional Básico
PMA	Programa Mundial da Alimentação
POA	Plano Operacional Anual
PSA	Programa de Subsídio de Alimentos
PSI	Population Services International
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do HIV
PVH	Pessoa(s) Vivendo com HIV
QUIBB	Questionário de Indicadores Básicos de Bem-Estar.
RAI	Relatório de Avaliação de Impacto
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição
TARV	Tratamento Antiretroviral
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development

## Índice

Sumário Executivo.....	2
1. Introdução e objectivos .....	5
2. Metodologia .....	5
PARTE I.....	6
3. Situação nutricional em Moçambique e causas da desnutrição .....	6
3.1. Situação nutricional em Moçambique .....	6
3.2. As causas da desnutrição .....	10
3.2.1 Insegurança alimentar .....	12
3.2.2. Cuidados das mães e crianças .....	14
3.2.3. Serviços de saúde, água e saneamento do meio.....	17
3.2.4. Análise de regressão de factores relacionados com a desnutrição crónica.....	19
PARTE II .....	20
4. Políticas, implementação de programas e provisão de serviços nos últimos quatro anos .....	20
4.1. Nutrição no sector de saúde .....	20
4.1.2. Intervenções para a redução da desnutrição crónica.....	20
4.1.3. Intervenções para a redução da prevalência da carência de iodo.....	23
4.1.4. Intervenções para a redução da prevalência da carência de vitamina A.....	24
4.1.5. Intervenções para a redução da prevalência de anemia .....	25
4.1.6. Reforço da capacidade de advocacia para a nutrição.....	25
4.1.7. Intervenções para a melhoria substancial da higiene dos alimentos e da água.....	25
4.1.8. Vigilância nutricional.....	26
4.1.9. Nutrição e HIV.....	26
4.2. Recursos humanos para nutrição .....	26
4.3. Intervenções relativas a segurança alimentar.....	28
4.4. Intervenções no sector de acção social .....	29
5. Discussão e conclusões .....	30
6. Recomendações para acelerar progressos.....	30
Anexos .....	35
Anexo 1. Participantes no Grupo de Aprofundamento .....	35
Anexo 2. Termos de Referência, Grupo de Estudo de Aprofundamento na área de Nutrição, Relatório de Avaliação de Impacto (RAI) do PARPA II 2006-2009 .....	36
Anexo 3. Documentos consultados.....	38
Anexo 4. Inclusão de planificação e objectivos nas áreas de nutrição segurança alimentar na PARPA II.....	39
Referências bibliográficas .....	41

## Sumário Executivo <sup>1</sup>

Apesar dos temas Nutrição e Segurança Alimentar serem mencionados no PARPA II (2006-2009) dentro dos Pilares do Capital Humano e dos Assuntos Transversais, respectivamente, ao problema da desnutrição crónica (baixa altura para idade) não é dada muita ênfase.

Nos últimos 5 anos houve uma redução significativa na prevalência da desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos, que mudou de 48% (IDS 2003)<sup>2</sup> para 44% (MICS 2008). Mesmo assim, o nível de desnutrição crónica continua a localizar-se na escala mais alta de acordo com as normas da OMS.

Em Mocambique, o problema da desnutrição crónica surge logo muito cedo, antes dos seis meses de idade (uma idade em que não se espera que a prevalência seja muito alta), com a taxa aumentando até aos 24 – 36 meses de idade. Deficiências de micronutrientes tais como vitamina A, ferro e iodo são muito comuns e as suas prevalências muito altas em crianças menores de 5 anos e nas suas mães.

As causas da desnutrição são agrupadas em diferentes níveis: As *causas imediatas* que incluem: 1) a ingestão inadequada de alimentos e 2) o mau estado de saúde dos indivíduos. As *causas subjacentes*: 1) a insegurança alimentar, 2) baixa qualidade dos cuidados para mães e crianças e 3) disponibilidade inadequada de serviços de saúde, saneamento e falta de acesso a fontes de água potável. As *causas básicas*: 1) a falta de recursos humanos, financeiros e naturais e 2) a gestão inadequada dos recursos disponíveis.

A desnutrição crónica é um fenómeno intergeracional, que começa antes da criança nascer, resultando portanto, do estado nutricional da própria mãe mesmo antes da gravidez. De modo para prevenir e reduzir a desnutrição crónica as intervenções devem ter enfoque nos primeiros meses de vida – começar antes da concepção e manter-se até aos 24 meses.

Apesar de haver uma variação anual no número de pessoas com insegurança alimentar, os dados de 2008 (SETSAN) mostram que 450,000 pessoas sofriam de insegurança alimentar extrema. É estimado que 35% da população nas áreas seleccionadas para a Análise da Vulnerabilidade têm insegurança alimentar crónica, portanto isto quer dizer que está muito vulnerável a choques.

As taxas de aleitamento exclusivo aumentaram entre 2003 e 2008. Em 2003, 30% das crianças menores de 6 meses tiveram aleitamento exclusivo (IDS, 2003) enquanto que em 2008, a taxa foi de 37% (MICS, 2008), que ainda é baixa. A proporção de crianças com seis meses ou mais que recebe um número mínimo de refeições diárias é baixa. O risco de desnutrição crónica é duas vezes superior nas crianças dos 0-5 anos de idade cuja mãe não foram à escola ou frequentaram apenas o ensino primário (durante pelo menos alguns anos), em comparação com crianças cujas mães têm (alguns anos de) educação secundária.

Os dados do MICS 2008 mostram que 24% das crianças sofria de febre, 5% de infecções respiratórias e 18% de diarreias, nas últimas duas semanas antes da entrevista. Os dados também, mostraram que os cuidados de saúde da criança ainda não são os desejáveis. Somente 23% das crianças é que receberam uma intervenção apropriada

---

<sup>1</sup> O objectivo deste estudo é trazer uma análise adicional sobre questões pertinentes para o desenvolvimento económico e social de Moçambique no âmbito da elaboração do Relatório de Avaliação do Impacto (RAI) do PARPA II.

É de realizar que as ideias apresentadas nos documentos são de inteira responsabilidade dos respectivos autores e não reflectem necessariamente o posicionamento da agência de cooperação que financiou o estudo, do Ministério da Planificação e Desenvolvimento ou qualquer instituição do Governo de Moçambique. Os participantes na elaboração do RAI fizeram uso das contribuições dos estudos, nas partes que consideraram úteis e relevantes, se as houve.

<sup>2</sup> Os dados do IDS 2003 foram recalculados com base na população padrão da OMS do ano 2006

para malária, enquanto que, 65% e 47% receberam tratamento adequado para as infeções respiratórias e diarreias, respectivamente. A cobertura da suplementação com Vitamina A tem vindo a aumentar nos últimos anos, tendo passado de 50% em 2003 para 72% em 2008 (MICS 2008).

Somente 48% das famílias no país teve acesso à água potável e 19% à saneamento seguro em 2008 (MICS), em comparação com 36% e 12% em 2004 (QUIBB), respectivamente.

A análise dos determinantes de desnutrição crónica através de uma regressão multivariada usando os dados do MICS 2008 para determinar alguns possíveis determinantes da desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos, mostrou que dos factores analisados, aqueles que influenciam mais na desnutrição crónica são um baixo nível de educação da mãe e uma baixa qualidade da água e dos serviços de saneamento. A pobreza é um factor subjacente chave.

Uma série de políticas e estratégias foi implementada nos últimos cinco anos, em todas as áreas relacionadas às causas da desnutrição nos diferentes sectores (saúde, agricultura, segurança alimentar, obras públicas, acção social). Contudo, não houve uma priorização nem uma coordenação para as intervenções na área da desnutrição crónica.

O número dos recursos humanos existentes na área de Nutrição é muito baixo; só a terceira parte do número planificado. As opções para formação são limitadas, entre outras causas, pela interrupção da formação inicial dos Técnicos de Nutrição em 2006. No entanto, já existe o curso superior de nutrição na Universidade Lúrio em Nampula e em 2009 foi aberto o curso superior de nutrição no Instituto Superior de Ciências de Saúde de Maputo. Além disso, o currículo do curso técnico de nutrição também foi revisto, de modo a ser reactivado em 2010.

Recomendações:

- 1) **Incluir a redução da desnutrição crónica como um objectivo específico no plano para o combate à pobreza absoluta.** A redução da desnutrição crónica, passa pela melhoria das três causas subjacentes: a segurança alimentar, os cuidados da criança e da mãe e os serviços de saúde, água potável e saneamento do meio.
- 2) **Declarar uma emergência** e, rapidamente estabelecer um sistema de apoio para introduzir, expandir e intensificar intervenções prioritárias para a prevenção e redução da desnutrição crónica.
- 3) Estabelecer uma **Comissão de coordenação multisectorial de alto nível para a prevenção e redução da desnutrição crónica**, com representantes do Governo, da sociedade civil e parceiros de cooperação.

O papel da Comissão seria o de fazer advocacia à alto nível para se reconhecer a importância de reduzir a desnutrição crónica no país e para estabelecer uma estratégia multisectorial, abrangente e de longo prazo.

- 4) Estabelecer um **grupo técnico** para assistir a Comissão acima mencionada a fazer um diagnóstico mais completo e abrangente da situação e das causas da desnutrição crónica em Moçambique e compartilhar o documento a todos os níveis de governação e da sociedade civil. Com base neste diagnóstico, desenvolver uma estratégia nacional compreensiva (incluindo orçamento) e de longo prazo, incluindo um Plano de Acção de cinco anos baseado em estratégias e planos existentes, para a redução e prevenção da desnutrição crónica, para ser aprovada pelo Conselho de Ministros.
- 5) Na área de **recursos humanos para Nutrição**: Melhorar substancialmente a capacidade dos recursos humanos da área de Nutrição existentes nas US, DPS e SDSMAS e nas comunidades para assegurar e melhorar a oferta e a qualidade de serviços tais como, a educação e aconselhamento nutricional, a avaliação regular do estado nutricional das crianças (controle de crescimento nas US e nas comunidades)

e dos pacientes, o registo adequado dos dados e envio regular da informação, a supervisão e monitoria das actividades e a elaboração e disseminação em tempo real de relatórios sobre a situação nutricional de cada distrito e província e o impacto das intervenções nutricionais realizadas.

- 6) Há recomendações específicas para intervenções em cada uma das áreas relativas às causas subjacentes.
- 7) Na área de **Monitoria e Avaliação**: Estabelecer e expandir os postos sentinela conforme os planos; Desenvolver indicadores de impacto e de processo relevantes para a desnutrição crónica, e assegurar a colheita e análise regular dos dados e realizar avaliações sobre os avanços alcançados na redução da desnutrição crónica em cada três anos.

O documento propõe 34 indicadores, incluindo indicadores globais e específicos, indicadores de impacto e de processo.

## 1. Introdução e objectivos

Taxas elevadas de desnutrição estão relacionadas com um aumento na mortalidade infantil e com elevados índices de pobreza, já que têm um impacto negativo no desenvolvimento do capital humano e por consequência na economia e desenvolvimento de um país. Moçambique continua a apresentar taxas muito elevadas de desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos (44% conforme os dados do MICS 2008).

Apesar dos temas Nutrição e Segurança Alimentar serem brevemente mencionados no PARPA II (2006-2009) dentro dos Pilares do Capital Humano e dos Assuntos Transversais, respectivamente, ao problema da desnutrição crónica não é dada muita ênfase.

Durante o processo de avaliação do PARPA II, o qual prevê a preparação de um Relatório de Avaliação de Impacto (RAI), a situação da desnutrição crónica em Moçambique, por ser considerada crítica para o alcance dos objectivos do PARPA, foi identificada como uma das questões para o aprofundamento do RAI.

Os **objectivos de aprofundamento do RAI** na área de nutrição são (veja no Anexo 1 os Termos de Referência):

1. Documentar a situação da desnutrição no país e as suas causas imediatas, subjacentes e fundamentais;
2. Documentar em que medida o ambiente de definição de políticas; orçamento e processo de planificação; mecanismos de coordenação interministerial; implementação de programas e provisão de serviços abordaram de maneira eficaz a multi-sectorialidade e multi-causalidade da desnutrição;
3. Anotar quais são as previsões para melhor desempenho na área de nutrição para o futuro;
4. Desenvolver recomendações para acelerar progressos na área de Nutrição.

O crescimento físico de crianças menores de 5 anos é um bom indicador do estado nutricional da população em geral de um País. Por esta razão, este relatório faz somente uma análise das taxas de desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos.

## 2. Metodologia

Um grupo de trabalho foi criado, com representação do Governo de Moçambique, representantes da sociedade civil, agências bilaterais e das Nações Unidas. A lista completa dos membros está no Anexo 2.

O trabalho do grupo consistiu em:

1. Análise da situação nutricional com base no levantamento dos documentos, relatórios e pesquisas existentes
2. Análise de dados preliminares do MICS (Inquérito de Indicadores Múltiplos) 2008, em comparação com os dados do IDS de 2003.

3. Análise das políticas e programas. Como o tempo não foi suficiente para cobrir todos os aspectos relevantes, só foram revistas as contribuições das áreas-chaves do Ministério da Saúde, da área coordenada pelo SETSAN, do sector de Acção Social e do sector de Água e Saneamento.

Não foi possível fazer uma análise dos gastos para as intervenções relevantes para a desnutrição crónica, porque não foi possível localizar suficiente informação no tempo disponível para este estudo. Também foi notado que não houve um plano orçamentado que podia ter servido como ponto de referência.

Este relatório de avaliação está dividido em duas partes. A primeira parte relata qual a situação nutricional em Moçambique e suas causas imediatas e subjacentes, e a segunda parte descreve as várias intervenções e acções tomadas por parte do Governo e parceiros para reduzir o impacto destes factores.

## PARTE I

### 3. Situação nutricional em Moçambique e causas da desnutrição

#### 3.1. Situação nutricional em Moçambique

O MICS 2008 estimou a taxa de **mortalidade infantil** de 93 por mil nados vivos<sup>3</sup> no período de cinco anos que antecedeu o inquérito (isto é, 2003-2008). Houve uma redução da estimativa do IDS 2003, que foi de 101 por mil (para o período de 1998-2003). Do mesmo modo, a taxa de **mortalidade dos menores de cinco anos** foi estimada em 138 por mil, o que representa uma diminuição em 15 pontos percentuais em comparação com a estimada pelo IDS 2003, que foi de 153 por mil.

Os indicadores usados para avaliar o **estado nutricional** das crianças em Moçambique são: peso para altura (desnutrição aguda), peso para idade (baixo peso), altura para idade (desnutrição crónica) e os valores bioquímicos do nível de micronutrientes.

Os dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS – “Multiple Indicator Cluster Survey”) de 2008<sup>1</sup> foram usados para descrever parte destes indicadores, que por sua vez foram comparados com os dados do Inquérito Demográfico de Saúde (IDS) de 2003. As estimativas antropométricas do MICS 2008 foram feitas com base na população padrão da OMS do ano 2006. Para poder comparar estes dados, foi necessário recalcular os dados do IDS 2003 com esta mesma base populacional (as estimativas publicadas no relatório do IDS 2003 são baseadas na população de referência do NCHS 1978).

Como apresentado na Figura 1, houve uma redução significativa na prevalência da desnutrição crónica (baixa altura para idade) de 2003 (48%; 95% CI: 46-49) para 2008 (44%; 95% CI: 42-45). Porém, o nível de desnutrição crónica nas crianças menores de cinco anos continua a ser muito elevado<sup>4</sup>.

A percentagem de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade também diminuiu significativamente de 22% em 2003 (95% CI: 20-23) para 18% em 2008 (95% CI: 16-19).

Em relação à prevalência da desnutrição aguda (baixo peso para altura), apesar de se ter notado uma redução de 5% em 2003 para 4% em 2008, esta não foi significativa. Além disso, é necessário considerar que os níveis de desnutrição aguda podem variar significativamente durante um ano, devido a variações sazonais e de segurança

---

i. As estimativas da mortalidade infantil se referem em média à 5 anos anteriores ao inquérito. As estimativas de mortalidade infantil e infanto-juvenil, foram calculadas utilizando o método directo.

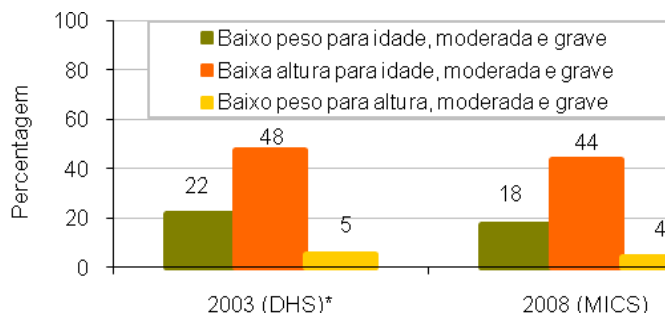
ii. <sup>4</sup> De acordo com a classificação padrão da OMS, as taxas de desnutrição crónica entre os 20 e os 30% são consideradas "médias", as taxas entre 30 e 40% são consideradas "elevadas" e as taxas acima de 40% são considerados 'muito altas' (World Health Organisation, Technical report series number 854)



alimentar. De qualquer maneira, uma prevalência inferior a 5% é considerado pela OMS como uma situação aceitável numa população<sup>2</sup>.

É importante também mencionar a taxa de baixo peso a nascença (menos do que 2.500 gramas) porque um bebé com baixo peso a nascença tem maior probabilidade de sofrer de desnutrição crónica quando atingir os cinco anos de idade. Este bebé, se não receber alimentação e cuidados de saúde adequados, vai se tornar num(a) adolescente de baixa estatura, e mais tarde, em um adulto de baixa estatura (“stunted”).

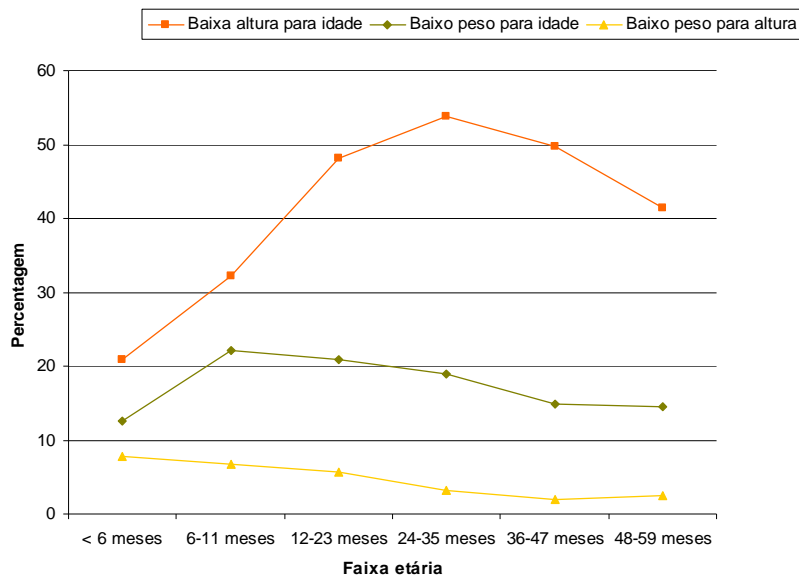
**Figura 1. Taxas de desnutrição (moderada e grave) em crianças menores de cinco anos: comparação dos dados do IDS 2003 com os do MICS 2008**



Por sua vez, a proporção de baixo peso a nascença é um importante determinante da magnitude das taxas de mortalidade em crianças e um indicador “proxy” para desnutrição materna<sup>3</sup>. Para o caso de Moçambique, os dados do MICS 2008 mostram que 58% dos recém-nascidos foram pesados ao nascer, dos quais, 15% teve um peso inferior a 2.500 gramas.

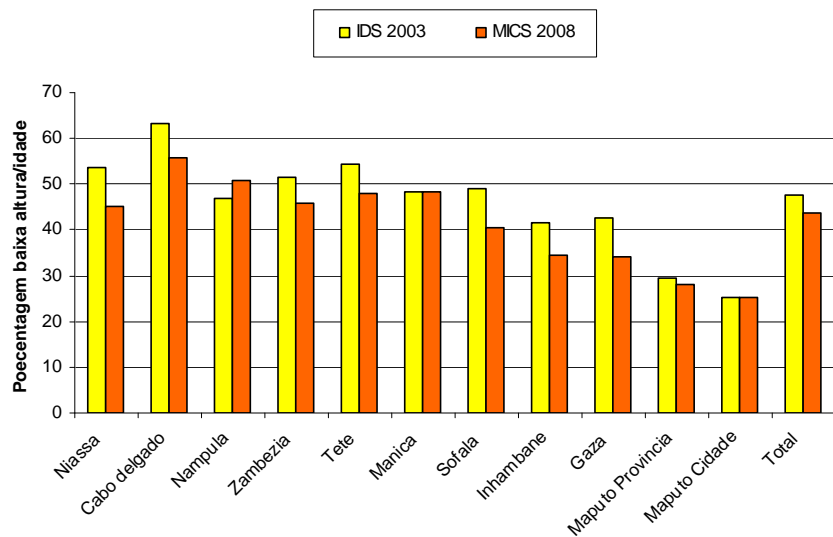
A Figura 2 mostra que a desnutrição crónica aumenta até aos 24 – 36 meses, demonstrando assim qual é o período mais importante para acções de prevenção. De acordo com a Figura 2, a prevalência da desnutrição crónica em crianças menores de seis meses é alarmante, já que esta é uma idade em que não se espera que a prevalência seja muito alta. Isto pode ser o resultado de três factores: 1) Estado nutricional das mães antes e durante a gravidez., 2) Altas taxas de baixo peso a nascença, 3) Baixas taxas de aleitamento materno exclusivo.

**Figura 2. Desnutrição por faixa etária (MICS 2008)**



A diferença dos níveis de desnutrição crónica entre as províncias e a magnitude das mudanças entre 2003 e 2008 varia bastante como pode ser visto na Figura 3. As províncias de Cabo Delgado e Nampula apresentam as taxas mais elevadas do país (>50%) e as taxas para Zambézia, Niassa, Tete, e Manica continuam acima dos 45%. Estas são as províncias que precisam de mais atenção.

**Figura 3. Comparação das taxas de desnutrição crónica (altura para idade) entre 2003 (IDS) e 2008 (MICS) por província**

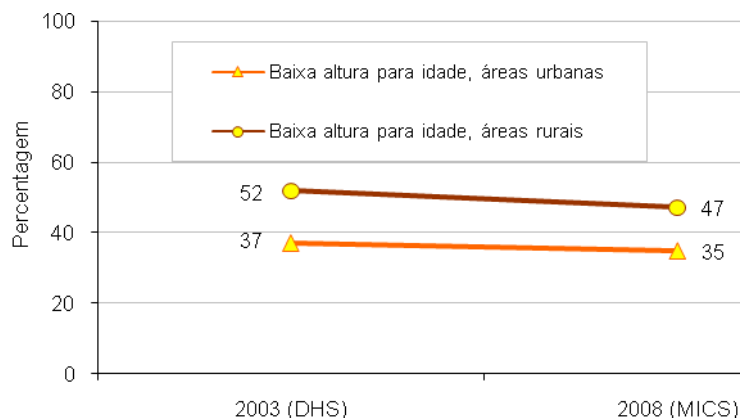


Os dados de rotina dos serviços de controle de crescimento (peso por idade) das crianças menores de cinco anos dos anos 2005-2008, mostraram taxas de crescimento insuficiente de 5,7%, 5,6%, 4,7% e 3,7%, respectivamente.

A Figura 4 mostra também que as taxas de desnutrição continuam mais elevadas nas áreas rurais do que nas urbanas, as maiores diferenças sendo aquelas para desnutrição crónica (altura por idade). Dados do IDS 2003 e do MICS 2008 mostram que a taxa de desnutrição crónica em áreas urbanas tem vindo a diminuir a uma

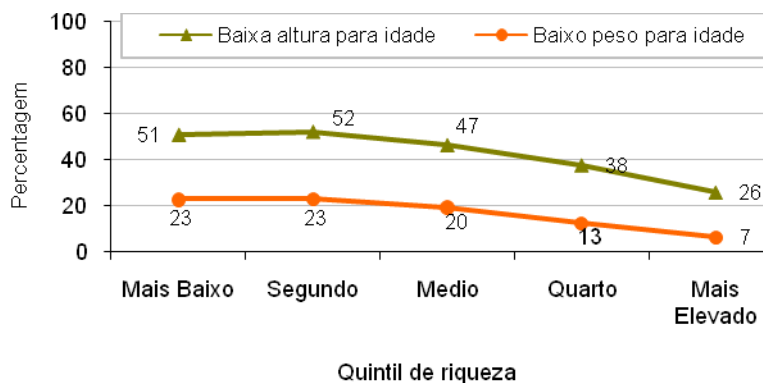
média de 0,4 pontos percentuais por ano (de 37% por cento em 2003 para 35% por cento em 2008), enquanto que a média anual de redução na área rural foi de um ponto percentual (de 52% para 47%).

**Figura 4. Comparação dos indicadores nutricionais entre as áreas urbana e rural em 2003 (IDS) e 2008 (MICS)**



Quando se olha para a relação dos **níveis de pobreza** com a prevalência da desnutrição crónica, pode se observar (Figura 5) que a prevalência da desnutrição crónica reduz para metade com o aumento do quintil de riqueza, mas mesmo assim a prevalência continua a ser preocupante, mesmo para o quintil de riqueza mais elevado (quinto quintil), situação esta, que sugere que as práticas e hábitos alimentares e os cuidados das crianças, mesmo nas famílias mais ricas, ainda não mudaram.

**Figura 5. Taxas de desnutrição por quintil de riqueza (MICS 2008)**



As **deficiências em micronutrientes** mais comuns em Moçambique são: a deficiência de vitamina A, anemia por deficiência de ferro e deficiência de iodo.

Um estudo à escala nacional realizado em 2002 mostrou que 74% das crianças menores de 5 anos eram anémicas e 69% tinham deficiência de vitamina A<sup>4</sup>.

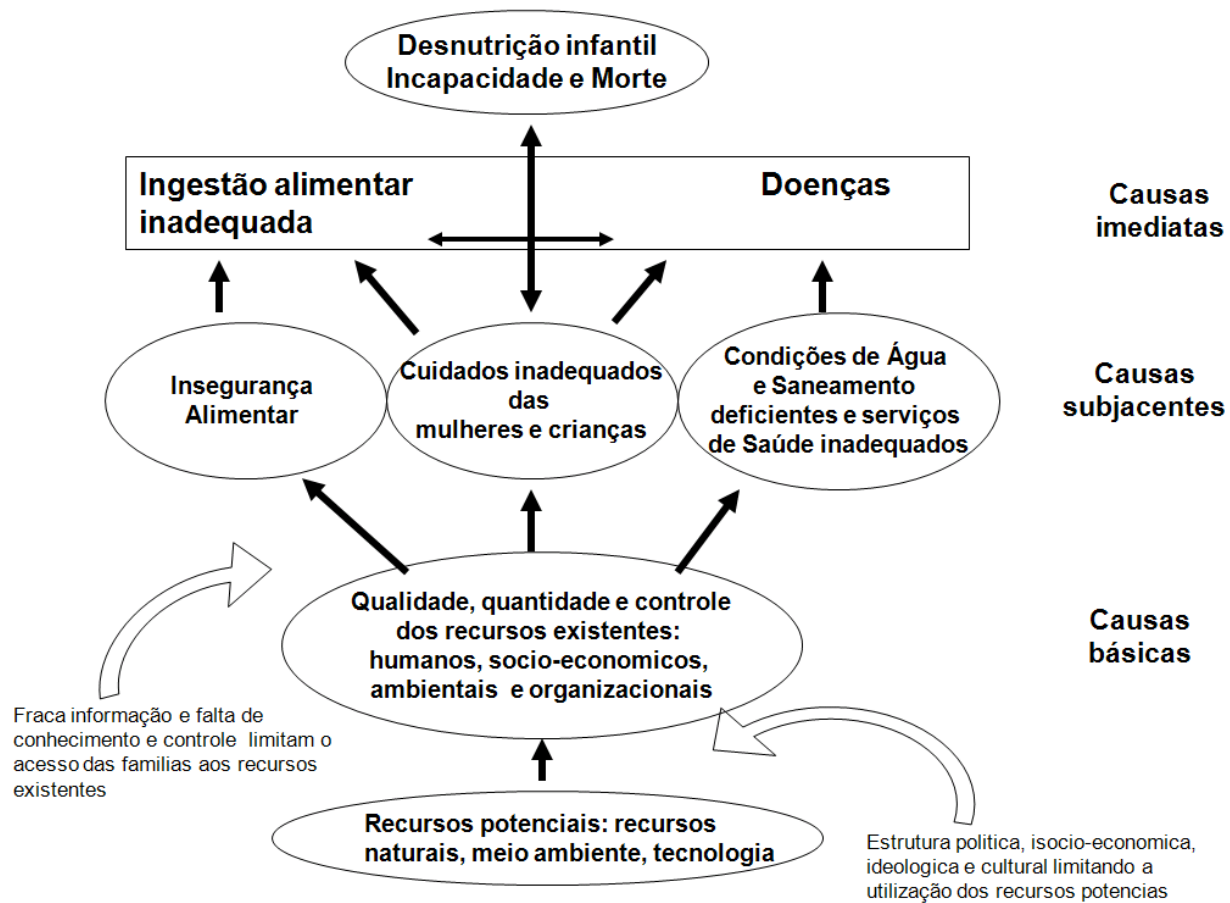
A deficiência de iodo é endêmica, afectando mais de metade da população em idade escolar. Os resultados do estudo nacional da deficiência do iodo realizado em 2004, mostraram uma mediana de iodo urinário igual à 60µg/L, classificando o País como tendo uma deficiência de iodo ligeira. A deficiência de iodo abrange 68% da população em idade escolar. Três províncias apresentaram deficiência de iodo moderada, nomeadamente Niassa (37µg/L), Zambézia e Nampula (ambas com 47µg/L), seguidas de Manica, Sofala e Tete com deficiência ligeira (Repartição de Nutrição, 2004)<sup>5</sup>.

Embora os dois estudos acima referidos tenham sido realizados antes do PARPA II, podemos considerar que a situação ainda se mantém, uma vez que os programas de intervenção em curso (por exemplo, a suplementação com vitamina A nas crianças menores de cinco anos e a promoção do sal iodado), não têm alcançado as coberturas desejadas (acima de 80% durante pelo menos cinco anos no caso da suplementação com Vitamina A e acima de 90% no caso do uso do sal iodado) para produzir um impacto na redução dos níveis de sangue e orina.

### **3.2. As causas da desnutrição**

De acordo como o Quadro Conceptual da Desnutrição<sup>6</sup> mostrado na Figura 6, as suas causas são agrupadas em diferentes níveis, nomeadamente causas imediatas, adjacentes e básicas. As *causas imediatas* são: 1) a ingestão inadequada de alimentos e 2) o mau estado de saúde dos indivíduos. As *causas subjacentes* são: 1) a insegurança alimentar, 2) baixa qualidade dos cuidados para mães e crianças; 3) disponibilidade inadequada de serviços de saúde, saneamento e falta de acesso à fontes de água potável. As *causas básicas* incluem: 1) a falta de recursos humanos e naturais e 2) a gestão inadequada dos recursos disponíveis. As causas básicas não serão avaliadas neste documento.

#### **Figura 6. O quadro conceptual para nutrição**



A desnutrição crónica é a mais elevada entre os três tipos de desnutrição em Moçambique. Para além das causas mencionadas, os efeitos intergeracionais têm também que ser considerados. Mulheres com baixa estatura têm maior probabilidade de dar à luz bebés com baixo peso a nascença e com baixa estatura aos cinco anos de idade, perpetuando assim o ciclo da desnutrição de geração para geração.

A desnutrição crónica resulta do fraco desenvolvimento do feto e do crescimento insuficiente da criança durante os primeiros dois anos de vida. Deste modo, os factores principais que influenciam a desnutrição crónica são: o estado de saúde da mãe antes e durante a gravidez, a alimentação da criança, o estado de saúde e os cuidados da criança nos primeiros dois anos de vida. A desnutrição crónica nos primeiros anos de vida não só conduz ao aumento da mortalidade infantil, mas também leva ao atraso do desenvolvimento físico e mental, o qual afecta subsequentemente o desempenho e a frequência escolar<sup>7</sup>.

### 3.2.1 Insegurança alimentar

Apesar da melhoria nas taxas de crescimento económico, Moçambique continua sendo um dos países mais pobres com 54% da sua população vivendo abaixo da pobreza absoluta e com 35% das famílias (Estudo de Base de SAN, SETSAN 2006) encontrando-se em situação de insegurança alimentar crónica, isto quer dizer, está muito vulnerável para choques.

Os frequentes desastres naturais e a pandemia do HIV/SIDA afectam a resistência das famílias e das comunidades e torna o país vulnerável à insegurança alimentar crónica e transitória. As famílias com poucos bens e com falta de emprego, as crianças órfãs e vulneráveis e pessoas vivendo com o HIV são particularmente vulneráveis à insegurança alimentar que afecta a sua capacidade de se beneficiarem dos ganhos económicos, sociais e de saúde.

Moçambique é propenso a desastres naturais causando enormes danos humanos e retrocessos económicos. As secas recorrentes, particularmente nas zonas semi-áridas, resultam em insegurança alimentar e nutricional nas zonas afectadas. Com cerca de 66% da população vivendo nas zonas rurais e uma economia predominantemente baseada na agricultura de sequeiro, as variações climáticas recorrentes têm um grande impacto.

A insegurança alimentar é avaliada com base na disponibilidade e acesso aos alimentos e na qualidade da dieta. Em geral a avaliação da diversidade da dieta, baseia-se na avaliação de dois indicadores tais como o número médio de refeições consumidas e a qualidade da dieta (número de alimentos consumidos: cereais; tubérculos; carne; ovos; peixe e mariscos; leguminosas; hortaliças; fruta; leite e seus derivados; óleo e sementes oleaginosas; açúcares e sal).

A dieta das populações é baseada no consumo de cereais (milho, mapira e arroz) em todo o país. A mandioca é maioritariamente consumida nas zonas norte das províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia e no sul da Província de Inhambane. Os feijões (proteína vegetal) também são um alimento importante das famílias em todo o país.

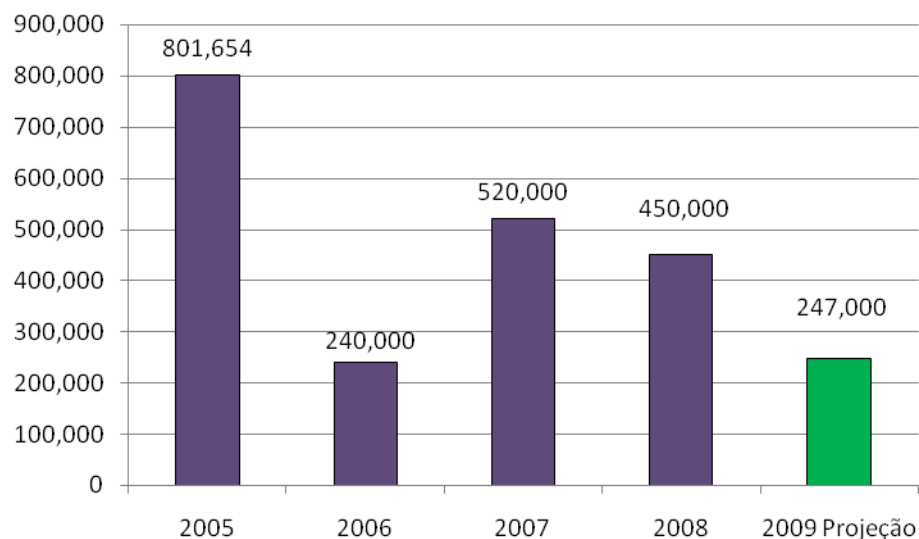
O consumo de proteína animal (carne, ovos, leite) ainda é muito baixa em todo o país contudo, a disponibilidade de carne bovina cresceu de 5,904 Toneladas Métricas em 2006 para 6.584 Toneladas Métricas em 2007 e de frango cresceu 78.2% de 6.956,5 Toneladas Métricas em 2006 para 12.397 Toneladas Métricas em 2007 (República de Moçambique, 2007). É necessário realizar-se um estudo mais detalhado sobre a proporção dos grupos de alimentos consumidos pela população ao nível nacional e provincial.

Para muitos moçambicanos o acesso aos alimentos depende da capacidade de conservação dos alimentos das famílias e das receitas derivadas da venda de produção e culturas de rendimento, emprego, pequenos negócios e vários mecanismos de apoio social. O acesso aos alimentos é um importante determinante da insegurança alimentar e é determinado pelo acesso físico aos mercados e o poder de compra. A redução significativa na transferência de receitas nos últimos anos contribuiu para a situação da insegurança alimentar. Nos períodos de carência, as famílias pobres empregam mecanismos de sobrevivência associados à alimentação, incluindo diminuir o número de refeições e reduzir a quantidade de alimentos nas refeições.

Geralmente os meses mais críticos em termos de segurança alimentar são os meses de Outubro, Novembro, Dezembro, Janeiro e Fevereiro, terminando com as primeiras colheitas em Março. Esta situação é aplicada em alguns Postos Administrativos dos distritos das zonas áridas e semi-áridas que são cronicamente vulneráveis em termos de insegurança alimentar, mesmo em anos considerados normais em termos de produção agrícola. Em relação ao acesso nestas mesmas zonas, muitas vezes a oferta de produtos nos mercados é muito baixa, faltando alguns produtos básicos como o milho. Contudo o maior problema é o do acesso a água potável para rega.

As análises de vulnerabilidade são feitas duas ou/e três vezes por ano nas áreas rurais consideradas mais vulneráveis. A Figura 7 mostra uma variação do número de pessoas nas áreas rurais que enfrentaram situações de insegurança alimentar desde o período de 2005 a 2008, em resultado de secas, cheias e ciclones nas regiões Centro e Sul do País.

**Figura 7. Número de pessoas em situação de insegurança alimentar (GAV/SETSAN, Outubro 2008)**



Dados históricos da SAN mostram que houve uma redução dos níveis de insegurança alimentar e nutricional (InSAN) das populações, passando de 801,650 pessoas em 2005 em extrema InSAN para 450,000 pessoas em 2008. Em 2004 (não esta dentro da Figura) este número foi 200,000 (fonte: dados dos GAVs). Estes dados não são representativos para o país, e representam apenas a situação dos alguns distritos rurais mais vulneráveis, que variam de ano para ano.

O Balanço do PES de 2006 indica que o número médio de refeições consumidas pelas agregados familiares tinha passado-se de uma refeição em Outubro de 2004 para dois e três em Outubro de 2006. Contudo, a região norte registou uma redução do número médio de refeições consumidas de duas para uma. O Balanço do PES de 2007 menciona que a diversidade da dieta foi preocupante para algumas províncias (Gaza e Tete em 2007).

Um estudo feito em 2009 sobre a diversidade da dieta das populações urbanas<sup>8</sup>, mostrou que 38% dos agregados familiares têm uma diversidade da dieta baixa (com alimentos de menos do que três grupos de alimentos), e só 19% têm uma diversidade alta (com alimentos de 10-12 grupos de alimentos) A diversidade foi mais baixa nas áreas urbanas na zona sul do país.

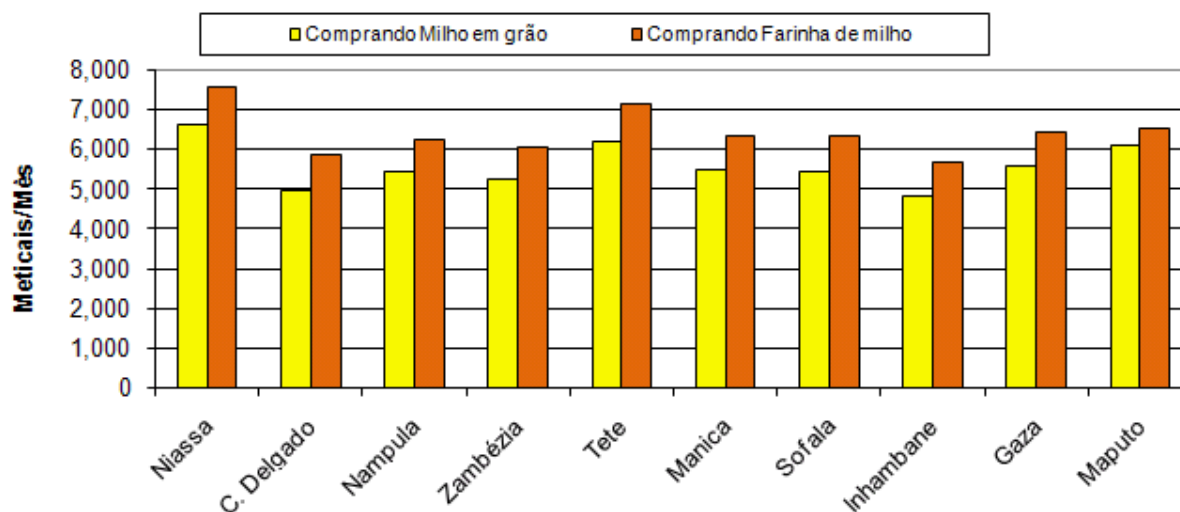
Um estudo na vulnerabilidade urbana nas cidades de Maputo e Matola<sup>9</sup> não encontrou uma situação evidente de vulnerabilidade alimentar, mas também ficou evidente que existem grupos que estão a atingir os limites da vulnerabilidade séria.

O Ministério da Saúde calculou que, desde vários anos, o salário mínimo não é suficiente para adquirir a cesta básica de alimentos. As mudanças no custo da cesta básica estão relacionadas com a variação dos preços de alguns produtos que fazem parte da cesta. O impacto destas variações varia de distrito para distrito, como mostrado na Figura 8.

- Em Outubro 2008 assim como em Março 2009 as famílias deveriam ter gasto acima de 2.500 Mts/mês para garantir as suas necessidades calóricas (2.100 cal/dia).

- Na zona Sul: houve aumento do custo da cesta básica em Gaza nos distritos de Chókwé (12%), Mabalane (7%) e Chicualacuala (6%), e na Província de Maputo em Magude (9%), devido principalmente a subida de preços de farinha de milho, feijão e amendoim. Este distritos merecem atenção especial.
- Na zona Centro: o custo subiu no Búzi em 12% e em Manica em 9%, situando-se acima dos 3.000 Mts/mês. Para o caso de Manica, a procura de produtos básicos pelos Zimbabwuanos através da fronteira de Machipanda-Mutare é um dos factores que contribui em certa medida para a subida de preços, a todos níveis desde o produtor até ao consumidor de alguns produtos.

Figura 8. Custo mensal da cesta básica mínima para uma família de 5 pessoas (GAV, SETSAN, 2008/2009)



### 3.2.2. Cuidados das mães e crianças

Tal como inquéritos anteriores realizados em Moçambique, o MICS 2008 mostra que perto de dois terços dos recém-nascidos foram **amamentados ao peito** dentro do período recomendado (na primeira hora após o nascimento) e cerca de 90% foram amamentados no primeiro dia de vida.

Apesar do número de crianças menores de seis meses que recebeu aleitamento materno exclusivo nas últimas 24 horas antes do inquérito ter aumentado de 30% em 2003 para 37% em 2008 (ver Figura 9), esta proporção continua extremamente baixa, já que as orientações são de que todas as crianças até aos 6 meses de idade deveriam receber aleitamento materno exclusivo. Como se pode observar pela Figura 10, a prevalência de aleitamento materno exclusivo diminui rapidamente com a idade da criança.

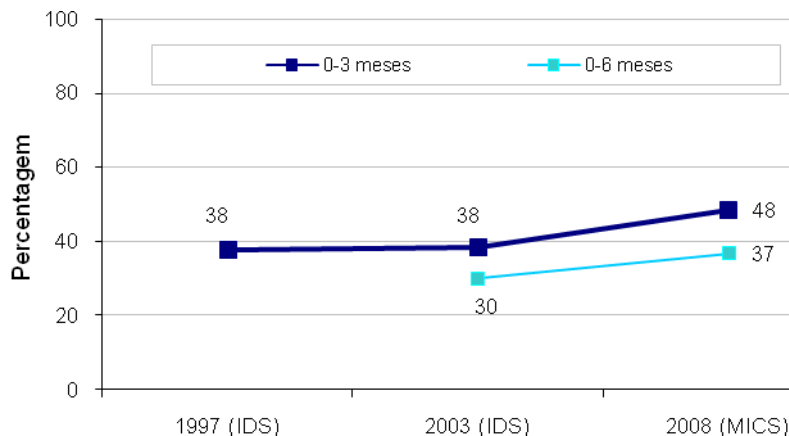
A duração do aleitamento materno diminuiu de uma mediana de 22 meses em 2003 para 18 meses em 2008 (sendo 19 meses nas áreas rurais e 18 meses nas áreas urbanas), estando muito abaixo da recomendação de 24 meses ou mais.

Uma das razões para se estar a observar praticas de aleitamento materno não adequadas é devido avarias praticas e crenças. Um inquérito de avaliação para um estudo piloto conduzido em zonas rurais no sul da Província da Zambézia, em 2005, mostrou que as mães daquelas crianças que não tinham recebido nenhuma intervenção tinham um conhecimento inadequado sobre várias praticas de amamentação: 60% achavam que não se deveria dar colostro ao bebé; 85% achavam que era bom dar outros líquidos aos bebés menores de quatro

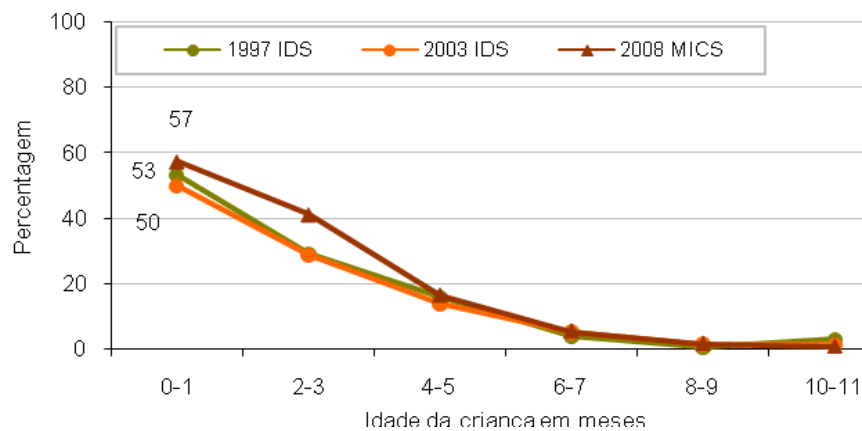


meses; 68% achavam que uma mãe deveria cessar a amamentação ao peito quando doente; 97% achavam que uma mulher deveria cessar a amamentação ao peito quando grávida<sup>10</sup>.

**Figura 9. Percentagem de crianças que receberam aleitamento materno exclusivo por diferentes idades: comparação do IDS 1997, IDS 2003 e MICS 2008**



**Figura 10. Aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 12 meses: comparação de IDS 1997, IDS 2003 e MICS 2008**



Um estudo qualitativo na Cidade de Maputo e nas províncias de Maputo, Gaza, Tete, Zambézia e Nampula mostrou que muitas mães têm ouvido falar sobre a recomendação do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses, mas muitas sogras e muitos pais não acreditam que isto é possível, e insistem em dar água, papas ou medicamentos tradicionais às crianças menores de seis meses<sup>11</sup>.

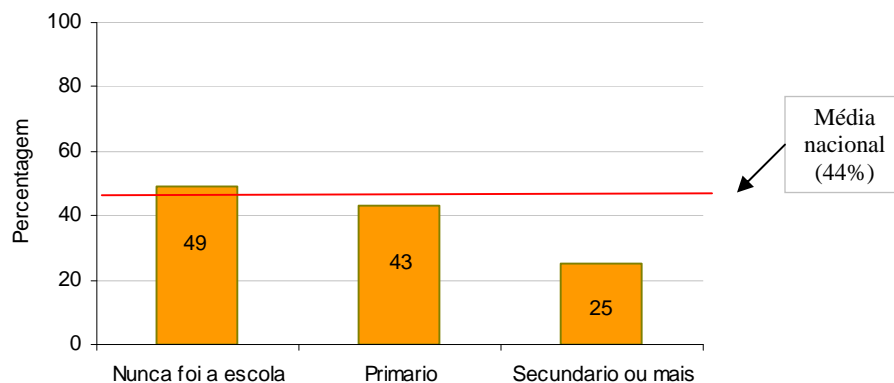
Em relação à **alimentação complementar**, os resultados do MICS mostraram que 64% das crianças dos 6-8 meses receberam pelo menos duas refeições durante o dia e 37% das crianças dos 9-11 meses de idade receberam pelo menos três refeições durante o dia. Esta é a frequência diária mínima necessária, contudo, as recomendações de um cenário ideal para Moçambique indicam que as crianças dos 6-9 meses precisam de pelo menos três refeições principais mais dois lanches durante o dia em complemento ao aleitamento materno.

O mesmo estudo piloto mencionado acima, mediu a diversidade da dieta de 245 crianças entre os 2-5 anos de idade que não receberam nenhum tipo de intervenção. Uma diversidade da dieta considerada excelente foi definida com aquela contendo nove grupos de alimentos. Os resultados do estudo mostraram que a média de grupos de alimentos consumidos pelas crianças do estudo era de 3,4 (em nove grupos de alimentos) o que é extremamente baixo<sup>5</sup>.

O IDS de 2003 documentou informação detalhada sobre o consumo de alimentos complementares. Quanto ao número de vezes de alimentos específicos consumidos pelas crianças menores de três anos, destacam-se produtos como grão/aveia/cereal, frutas/hortícolas que no geral foram consumidos aproximadamente 2 vezes nas últimas 24 horas. O consumo de alimentos ricos em Vitamina A em crianças menores de três anos foi muito fraco nos últimos sete dias antes do inquérito do IDS: quase um dia entre as crianças amamentadas e 1.6 dia entre as crianças não amamentadas.

O estado nutricional das crianças varia substancialmente em relação ao **nível de escolaridade da mãe**. Conforme mostra a Figura 11, o risco de desnutrição crónica é duas vezes superior em crianças dos 0-5 anos de idade cuja mãe não foi à escola ou frequentou apenas o ensino primário, em comparação com crianças cuja mãe tem (alguns anos de) educação secundária.

**Figura 11. Desnutrição crónica em relação ao nível de escolaridade da mãe (MICS 2008)**



O estudo conduzido em 2002 a escala nacional mostrou que a prevalência de deficiência de vitamina A e anemia em mães de crianças menores de 5 anos era de 11% e 48% respectivamente.

Os dados do IDS 2003 mostram que 9% das mães tinham um Índice de Massa Corporal inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>, indicando desnutrição e a média de altura das mulheres entre os 25-49 anos de idade era de 155,2 cm.

Conforme os resultados do MICS 2008, 93% das mães entrevistadas receberam cuidados pré-natais pelo menos uma vez.

Os dados do MICS demonstraram que a prevalência da febre nas crianças menores de cinco anos, que é utilizada como uma indicação da ocorrência da malária, foi de 24%. Esta percentagem, representa uma melhoria quando comparada com a registada em 2003, que foi estimada em 27%, mas no entanto, continua a ser muito elevada. Os dados mostram que somente 23% de crianças que tiveram febre receberam medicamentos anti-maláricos no prazo de 24 horas.

As redes mosquiteiras estão entre os métodos mais eficazes para prevenir a malária. Os dados do MICS mostram avanços em termos de disponibilidade e utilização de redes mosquiteiras. Sessenta e cinco por cento de agregados familiares com crianças menores de cinco anos relataram possuir pelo menos uma rede mosquiteira,

o que representa um aumento desde 2003<sup>5</sup>. A percentagem de crianças menores de cinco anos dormindo sob uma rede mosquiteira na noite anterior aumentou de 10% em 2003 para 42% em 2008. A percentagem de crianças dormindo sob uma rede mosquiteira aumentou mais rapidamente nas zonas rurais (de 7% em 2003 para 40% em 2008) que na zonas urbanas (de 16% para 48%).

Segundo os resultados do MICS, a percentagem de crianças menores de cinco anos com sintomas de Infecções Respiratórias Agudas (IRA) baixou de 10% em 2003 para 5% em 2008. No geral, os dados mostram que 65% de crianças com sintomas de IRA foram levadas ao um agente provedor de serviços de saúde.

A prevalência das doenças diarreicas entre crianças menores de cinco anos é de 18%, sendo ligeiramente mais elevada se comparada com 14% registados em 2003. Somente 47% das crianças que tiveram diarreias receberam terapia de reidratação oral (TRO) e continuou a alimentar-se normalmente. Esta taxa continua baixa apesar da larga disseminação dos sais de rehidratação nas unidades sanitárias e no país em geral. A percentagem em Moçambique é mais elevada que a média dos países sub-Saharianos no geral (31%)<sup>12</sup>.

A prevalência de HIV em mulheres grávidas é de 16%<sup>13</sup> e a prevalência na população em geral esta estimado em 14%<sup>14</sup>. Isto pode ter um impacto na desnutrição de três maneiras: 1) as mulheres grávidas vivendo com HIV têm um maior risco de ficar desnutridas, e por consequência os seus filhos têm um maior risco de ficar com desnutrição crónica, 2) os adultos infectados e as famílias com pessoas infectadas têm uma capacidade reduzida de cuidar das crianças, 3) as crianças vivendo com HIV têm maior risco de desnutrição aguda e/ou crónica.

Já é reconhecido que a saúde nutricional é essencial para pessoas vivendo com HIV (PVHs) para maximizar a fase assintomática da infecção, e assim montar uma resposta efectiva do sistema imune no combate contra infecções oportunistas, e para otimizar os benefícios do tratamento anti-retroviral (TARV). A infecção com o HIV diminui a saúde nutricional de três modos (que mutualmente se reforçam): redução na ingestão de alimentos; mudança nos processos metabólicos; e um enfraquecimento da absorção de nutrientes.

A malnutrição também está relacionada com “outcomes” pobres a nascença em mulheres HIV positivas. Para mais, o acesso a alimentos nutricionalmente adequados é especialmente difícil para PVHs já que a doença na maioria das vezes reduz o rendimento das famílias. Deste modo, para a manutenção de um estado nutricional adequado as pessoas infectadas precisam uma alimentação que satisfaz a necessidades nutricionais do organismo em todas as fases de infecção pelo HIV. Os doentes em Tratamento Anti-Retroviral (TARV) necessitam de receber uma alimentação bem equilibrada e cuidados de nutrição específicos para aliviar os efeitos secundários.

### **3.2.3. Serviços de saúde, água e saneamento do meio**

A cobertura dos serviços de saúde aumentou de 45% em 2003 para 54% em 2007, mas somente 36% da população tem acesso a Cuidados de Saúde num raio de 30 minutos das suas casas. Devido ao acesso limitado às Unidades Sanitárias, desde 1982 foram introduzidas as Brigadas Móveis como uma medida crítica para expandir a cobertura dos Cuidados de saúde primários. Estas Brigadas Móveis prestam serviços como suplementação de Vitamina A, controle do crescimento da criança, vacinações, consultas pré-natais e entrega de métodos de planeamento familiar.

No entanto uma análise para identificar os principais factores que contribuem para a desnutrição Crónica na Criança menor de 5 Anos em Moçambique realizada pela OMS em 2007<sup>15</sup>, com base nos dados do IDS de 2003, mostrou que apenas 2% dos factores estão relacionados com o acesso aos Serviços de Saúde, enquanto que 97% dos factores estão relacionados com as condições sociais e económicas, como fonte de água para beber

---

<sup>5</sup> O IDS 2003 não fornece dados sobre a percentagem de *agregados familiares* que possuem uma rede mosquiteira; no entanto, ele relata que em 2003 apenas 18 por cento de *agregados familiares com mulheres com idades entre os 15-49 anos* possuíam uma rede mosquiteira.

e tipo de casa de banho (26%), educação e ocupação da mãe (18%), poder de compra da família (17%), residência em zona rural (16%), e outras.

A **Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)**, no qual inclui o levantamento sistemático do estado nutricional nas crianças menores de cinco anos, é uma das estratégias adoptadas pelo Governo em 1998 como forma de reduzir a morbi- mortalidade infantil no País. As três componentes da estratégia de AIDI têm como finalidades: melhorar as competências dos profissionais de saúde, melhorar a prestação dos cuidados primários de saúde e melhorar as práticas de cuidados de saúde ao nível da família e da comunidade.

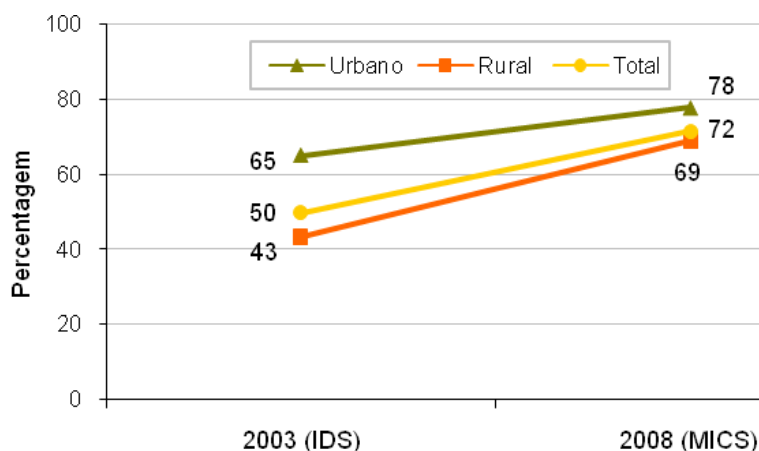
Apesar de a implementação da AIDI ter melhorado o manejo e tratamento da Malária, Diarreia e Pneumonia, entre 2001 e 2005, a última avaliação feita em 2005<sup>6</sup> mostrou que a avaliação das práticas de alimentação e o aconselhamento a crianças menores de 2 anos foram no geral muito fracos: apenas 44% das mães das crianças com peso muito baixo, é que receberam o aconselhamento correcto sobre as práticas de alimentação<sup>16</sup>.

Em 2006, as normas de AIDI foram actualizadas de modo a incluir as normas de tratamento da diarreia com o SRO melhorado e o zinco, assim como as novas orientações nacionais relacionadas com o aleitamento materno e o tratamento da desnutrição.

Os resultados do MICS 2008 mostram que 84% das crianças dos 12 aos 23 meses de idade na altura da entrevista tinham o cartão de saúde. Destas, aproximadamente 60% tinham todas as vacinas feitas.

A cobertura de **suplementação com vitamina A** (uma dose nos últimos seis meses) aumentou consideravelmente entre 2003 e 2008 (de 50% até 72%) como se pode observar na Figura 12. As mudanças foram maiores nas áreas rurais. Durante a realização da Semana Nacional de Saúde da Criança, cerca de 83% e 98% das crianças dos 6 aos 59 meses de idade foram alcançadas pelas intervenções de saúde e nutrição oferecidas na primeira e segunda fase respectivamente. Estas intervenções, que foram iniciadas em 2008, contribuíram para o aumento das coberturas de suplementação com vitamina A.

**Figura 12. Cobertura de suplementação com vitamina A (uma dose nos últimos seis meses) nas áreas urbanas e rurais em 2003 (IDS) e 2008 (MICS)**



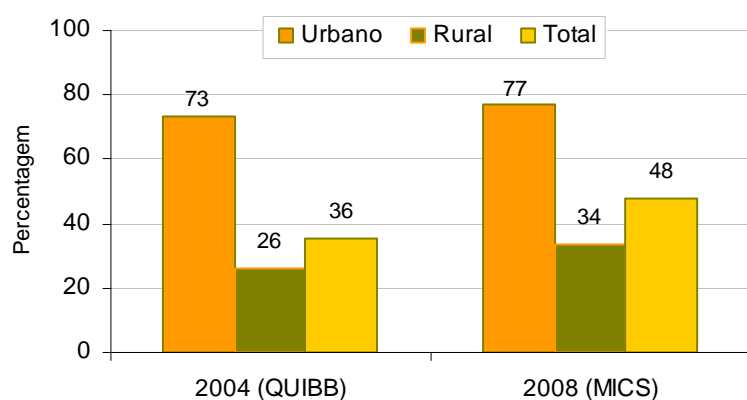
<sup>6</sup> Avaliação das Unidades Sanitárias – AIDI. Moçambique Março 2005

A desparasitação é considerada como das intervenções eficientes para melhorar o estado nutricional das crianças, principalmente em termos dos micronutrientes. As coberturas na Semanas Nacionais da Saúde da Criança foram altas (96% na primeira ronda de 2009). Na maioria das províncias não há registo do número de crianças que são desparasitadas através dos serviços de rotina

Pouco menos da metade (48%) do total das famílias foram registadas como tendo **acesso à água potável** em 2008, em comparação com 36% em 2004<sup>7</sup>. A diferença entre as zonas urbanas e rurais diminuiu ligeiramente, mas continua a ser elevada. Conforme apresentado na Figura 13, 34% das famílias rurais têm acesso à água potável, comparativamente a 77% das famílias nas zonas urbanas.

Ao nível das províncias, verifica-se que quase todos os agregados familiares na Cidade de Maputo têm acesso à água potável (98%), comparativamente a um quarto das famílias na Zambézia (26%) e pouco mais de um terço em Cabo Delgado e Tete (36%).

**Figura 13. Acesso a água potável nas áreas urbanas e rurais em 2004 (QUIBB) e 2008 (MICS)**



O MICS mostra que somente 19% das famílias no país tem acesso ao **saneamento seguro**, comparado com 12% em 2004 (QUIBB / IFTRAB). Apesar deste aumento, a proporção de famílias com acesso ao saneamento ainda é baixo. A diferença entre as zonas urbanas e rurais continua elevada nos últimos anos, com 34% das famílias urbanas em comparação com 6% das famílias rurais com acesso ao saneamento.

#### **3.2.4. Análise de regressão de factores relacionados com a desnutrição crónica**

Uma análise de alguns factores relacionados com a desnutrição crónica através de uma regressão multivariada usando os dados do MICS 2008 mostra que o sexo masculino, a idade (em meses), um baixa nível de escolaridade da mãe, a duração do aleitamento materno, o uso de água não potável, o uso de serviços de saneamento precários e viver em Manica ou numa província ao norte de Manica têm um efeito negativo no Z-score de altura para idade, o indicador da desnutrição crónica.

O efeito da província de residência mantém-se, mesmo quando outras variáveis como pobreza e acesso a água segura e saneamento melhorado são considerados na análise.

A introdução da variável “riqueza” reduz o impacto da educação da mãe e a qualidade da água e saneamento, tornando estes factores não significativos. Demonstrando assim que a variável “riqueza” é a causa subjacente da desnutrição crónica mais importante.

<sup>7</sup> Questionário sobre os Indicadores Básicos de Bem-Estar QUIBB / IFTRAB 2004, Instituto Nacional de Estatística.

Provavelmente as práticas alimentares, as práticas de higiene e de cuidados de saúde e os factores biológicos (no caso do efeito do sexo) podem explicar o efeito da província de residência e do sexo. Não é fácil explicar o aparente efeito negativo da duração do aleitamento materno, pois pode haver uma causalidade reversa (pode ser que mães de crianças desnutridas dão aleitamento materno durante mais tempo do que mães de crianças que não são desnutridas). Outros factores que não foram medidos nesta análise também poderão explicar os efeitos da província, sexo e a duração do aleitamento.

A análise de regressão mostra que a pobreza é o factor mais importante para explicar a desnutrição crónica. A análise sugere que é importante intervir muito cedo para prevenir a desnutrição crónica e que a disponibilidade de serviços melhorados de água e saneamento e o nível de educação da mãe são factores chave para a prevenção da desnutrição crónica.

Estes dados concordam com os dados dum estudo feito pela OMS<sup>17</sup> com base nos dados do IDS de 2003, que mostraram que factores socioeconómicos, emprego da mãe, qualidade da água e dos serviços de saúde foram as causas mais importantes para as disparidades na desnutrição crónica.

Outro estudo feito em base aos dados do IDS de 2003 focalizou-se nos conhecimentos das mães sobre os cuidados de saúde<sup>18</sup>. Este estudo mostrou um impacto significativo destes conhecimentos na altura para idade das crianças menores de dois anos, especificamente nas crianças com desnutrição crónica grave.

## **PARTE II**

Como mencionado anteriormente, esta parte do relatório descreve as estratégias desenhadas pelo Governo e revê os esforços realizados pelo Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde (com base nos POAs e Balanços Anuais) e dos sectores de Agricultura e Acção Social no combate à desnutrição crónica.

### **4. Políticas, implementação de programas e provisão de serviços nos últimos quatro anos**

#### **4.1. Nutrição no sector de saúde**

Em finais de 2005, o Ministério da Saúde aprovou a **Estratégia de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique**. Esta Estratégia foi o documento que guiou as intervenções e actividades reflectidas nos planos operacionais do Departamento de Nutrição desde 2006. Para esta avaliação foram considerados somente os seis objectivos (dos 11 em total) e estratégias com impacto directo na desnutrição crónica, que são os seguintes:

1. Redução das taxas de prevalência de desnutrição crónica;
2. Redução da taxa de prevalência da carência de iodo (medida pelos níveis de iodo Urinário), sobretudo nas Províncias mais afectadas;
3. Redução da taxa de prevalência da carência de vitamina A (medida pelos níveis de retinol no sangue);
4. Redução da taxa de prevalência de anemia (medida pelos níveis de hemoglobina e de ferro);
5. Reforço da capacidade de advocacia para a Nutrição;
6. Colaborar com o LNHA para a melhoria substancial na Higiene dos Alimentos e da Água;

#### **4.1.2. Intervenções para a redução da desnutrição crónica**

Para a redução da desnutrição crónica foram indicadas seis estratégias na área de alimentação infantil, que são a seguir analisadas.

##### **1) *Promoção intensiva do aleitamento materno exclusivo***

Para a implementação desta estratégia, em 2005 o Ministério da Saúde iniciou pela primeira vez com a celebração a nível nacional da **Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM)**, com o objectivo de promover a prática do aleitamento materno. Esta celebração repetiu-se nos anos seguintes e deverá continuar no futuro.

No âmbito das celebrações da SMAM, foram produzidos e distribuídos em todas as Unidades Sanitárias e à população em geral, cartazes, panfletos e spots de rádio e televisão contendo informação educativa sobre a importância do aleitamento. Também foram realizadas palestras educativas nas comunidades com o envolvimento de grupos de mulheres locais e de membros da Organização da Mulher Moçambicana. Ainda no âmbito destas celebrações, em 2008, a imagem de uma figura pública (a Cantora Neyma) foi usada como forma de quebrar preconceitos e estimular o aleitamento materno exclusivo na população em geral, especialmente nas zonas urbanas.

Para além disso, em 2008, o Ministério da Saúde em colaboração com os parceiros, iniciou a elaboração de um **Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno em Moçambique** para o período de 2009-2013 (15), o qual foi aprovado em Junho de 2009. Como parte de implementação deste Plano, foram produzidos painéis gigantes para promover o aleitamento materno exclusivo, os quais já se encontram afixados nas vias principais em todas as capitais provinciais. Novos cartazes que se encontram em processo de produção, serão afixados em todas as Sedes Distritais e Unidades Sanitárias do País. Estes novos cartazes utilizaram imagens de mulheres ou famílias das diferentes regiões de Moçambique.

Durante a primeira fase da **Semana Nacional de Saúde da Criança - 2009**, foram realizadas palestras educativas sobre o aleitamento materno exclusivo em grande parte das comunidades que ofereceram os cuidados preventivos à todas as crianças dos seis aos 59 meses de idade.

A **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**, que não foi mencionada no Plano de Desenvolvimento Nutricional, é uma intervenção dirigida aos Hospitais e Unidades Sanitárias com maternidade e estimula os mesmos a implementarem os “dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Esta intervenção já tinha sido iniciada no País em 1993 (muito antes do PARPA) em cinco hospitais piloto nas províncias de Niassa, Manica, Zambézia, Inhambane e Cidade de Maputo, tendo sido também treinados 169 trabalhadores dos hospitais nas províncias acima referidas. Devido a controvérsias verificadas em relação à questão do aconselhamento em HIV e alimentação infantil, a IHAC não teve sucesso. Porém, a mesma foi re-activada em Agosto de 2007 mas, devido a falta de coordenação e integração, supervisão e monitoria adequadas, não foi possível avaliar o seu nível de implementação e os resultados obtidos.

Recentemente, a introdução da IHAC foi de novo aprovada pelo Ministério da Saúde com o seu início previsto para o corrente ano (2009) tendo sido designados os 4 grandes Hospitais da Cidade de Maputo (Mavalane, José Macamo, Chamanculo e Hospital Central de Maputo) para iniciar a implementação. Neste âmbito, foram também planificadas as primeiras formações para o último trimestre do ano de 2009.

## ***2) Implementação do Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno***

O Governo desenvolveu um **Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno**, que foi oficialmente aprovado em 2005 mas só entrou em vigor em finais de 2008. Para garantir a implementação e monitoria do Código, foram já formados em 2008-2009 cerca de 90 Monitores em todas as províncias do País e iniciou-se também com a formação de Monitores distritais nas províncias de Niassa, Inhambane e Cabo Delgado. Foram ainda desenvolvidos os instrumentos de monitoria do Código (compostos por formulários de inquéritos e manual de orientação), os quais se encontram em processo de reprodução para posterior distribuição para todas as províncias e distritos.

Além disso, em finais de 2008 foi formado o **Conselho Consultivo Nacional para a Promoção e Protecção do Aleitamento Materno**, constituído por representantes dos principais ministérios relacionados ao Código, Organizações das Nações Unidas e entidades da sociedade civil. Em 2009, foi criado o Conselho Executivo para a Promoção e Protecção do Aleitamento Materno, como forma de tornar o Conselho Consultivo mais operacional.

### **3) Suplementação com suplementos alimentares e nutricionais proteico-calóricos a mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos**

O Ministério da Saúde está actualmente (ano 2009) desenvolver um **Plano de Acção para Intervenção Nutricional** que incluirá as seguintes acções para a prevenção e redução da desnutrição crónica:

- a. Suplementação com sal ferroso & ácido fólico e desparasitação das raparigas adolescentes.
- b. Suplementação com multimicronutrientes as mulheres grávidas e lactantes
- c. Suplementação alimentar as crianças dos 6-24 meses de idade

### **4) Intensificação da promoção da alimentação complementar adequada e desenvolvimento da capacidade de orientação nutricional**

Uma das realizações do MISAU mais importantes nesta área foi a elaboração de uma Política de Alimentação Infantil para o País que, apesar de não estar ainda aprovada oficialmente até ao momento, o documento encontra-se já numa fase conclusiva após ter sofrido várias revisões ao longo de vários anos e as recomendações nela contidas já são usadas pelos trabalhadores de saúde nas actividades de promoção. Esta Política é baseada na Estratégia Global de alimentação infantil do lactente e criança pequena<sup>19</sup>.

O Ministério da Saúde iniciou em 2006 a implementação de um conjunto de acções preventivas de saúde e nutrição, nos serviços de rotina dos cuidados primários de saúde, denominado **Pacote Nutricional Básico (PNB)**, que faz menção à promoção de uma alimentação infantil adequada.

O PNB foi adaptado para Moçambique a partir do documento sobre “*Nutrition Essentials*” desenvolvido pelo projecto BASICS do USAID, e foram incluídas oito práticas básicas de saúde e nutrição que devem ser promovidas, protegidas e apoiadas pelos serviços de saúde de rotina: 1) Aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, 2) Alimentação complementar apropriada e aleitamento materno continuado até aos 24 meses, incluindo alimentação infantil no contexto de HIV, 3) Cuidados apropriados da criança doente e crianças desnutridas, 4) Alimentação equilibrada da família com ênfase nas mulheres grávidas, 5) Suplementação com vitamina A para as crianças dos 6-59 meses e mulheres o pós-parto, 6) Suplementação com sal ferroso/ácido fólico para todas as mulheres grávidas e lactantes, 7) Suplementação com cápsulas de óleo iodado e promoção do uso de sal iodado, 8) Vigilância nutricional.

De 2006 até ao primeiro semestre de 2009 mais de 3600 trabalhadores de saúde foram treinados para a implementação destas acções em todas as US de todos os distritos do País. Algumas acções específicas (suplementação com vitamina A e desparasitação) foram expandidas até as comunidades sendo implementadas através do apoio de mais de 1700 Agentes Comunitários de Saúde treinados em todos os distritos do País.

Considerando que, grande parte da população moçambicana vive no meio rural onde o acesso aos serviços de saúde ainda é baixo, a solução deste problema passa por investir mais no desenvolvimento de actividades comunitárias. Os **Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)** jogam um papel muito importante nas intervenções de nutrição a nível da comunidade pois, estes são voluntários, promotores de saúde, responsáveis pela mobilização e realização de actividades educativas e preventivas na área de nutrição e saúde na comunidade.

Deste modo, como forma de expandir as intervenções nutricionais do PNB para a Comunidade, o Ministério da Saúde, em coordenação com a HKI e ANSA, desenvolveu em 2004, materiais de formação e implementação de actividades de Nutrição Comunitária, dirigidos aos Agentes Comunitários de Saúde.



O pacote de formação aborda temas como: alimentação equilibrada, alimentação durante a gravidez e lactação, aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar, alimentação e HIV, desnutrição e higiene e saneamento do meio, temas estes que contribuem para prevenir a desnutrição crónica. Também aborda temas sobre a suplementação com vitamina A, para crianças e mulheres no pós-parto, a anemia durante a gravidez. Estes temas cobrem muitas das intervenções a nível da comunidade, cobrindo os objectivos 1 (desnutrição crónica), 3 (carência da Vitamina A), 4 (anemia) do Plano de Desenvolvimento Nutricional.

Contudo, este pacote de formação não foi implementado, quer dizer não foram formados ACS. O Ministério da Saúde realizou no mesmo ano, apenas um treino de treinadores com o envolvimento de todos os responsáveis de nutrição e responsáveis de saúde materno-infantil de todas as províncias do país.

Por outro lado, em 2007 o MISAU iniciou a realização de demonstrações culinárias nas comunidades de forma a educar as mulheres e famílias sobre a preparação adequada da alimentação infantil. Durante o primeiro semestre de 2009 foram realizadas 5.935 sessões de demonstrações culinárias nas comunidades das províncias de Manica, Zambézia, Maputo e Cidade de Maputo.

#### **4.1.3. Intervenções para a redução da prevalência da carência de iodo**

A distribuição de cápsulas de óleo iodado (dose anual) e a iodização do sal de consumo humano e animal, são as estratégias identificadas para o combate à deficiência de iodo no País.

##### ***1) Distribuição de cápsulas de óleo iodado***

A suplementação com óleo iodado foi iniciada pelo Ministério da Saúde em 1992 nas províncias de Tete e Niassa, tendo esta intervenção decorrido até 1999 com algumas interrupções. Contudo, avaliações realizadas na altura mostraram algum impacto na redução da deficiência na população escolar.

Depois de um período de quase dez anos de interrupção, a distribuição de cápsulas de óleo iodado à população de crianças dos 7-24 meses e mulheres grávidas e lactantes, voltou a ser realizada em 2007 através do sistema de rotina dos serviços de saúde. Em 2008 durante a Semana Nacional de Saúde da Criança a suplementação foi realizada para as crianças dos 7-24 meses, nas Províncias de Niassa, Nampula, Tete e Zambézia, tendo sido atingidas 432.524 crianças, perfazendo 88,8% do grupo alvo.

Devido a questões financeiras não foi possível adquirir cápsulas adicionais de modo a poder-se continuar com a distribuição de cápsulas de óleo iodado em 2009.

##### ***2) Iodização do sal***

Foram registados alguns avanços no Programa Nacional de Iodização do Sal para a redução da carência de iodo, como resultado de uma colaboração entre o Ministério da Saúde, o Ministério de Indústria e Comércio (MIC), as Associações de Produtores de Sal, a sociedade civil e a Population Services International (PSI), uma ONG dedicada à actividades de “social marketing”. As actividades nesta área foram implementadas conforme definido na Estratégia de Controlo das Deficiências em Micronutrientes. O Diploma Ministerial (número 7/2000) que regula a iodização do sal foi aprovada em 2000 mas o controlo da qualidade do sal iodado e a monitoria do cumprimento da Lei ainda são fracos.

As necessidades anuais de consumo de sal para uma população de 20 milhões consumindo 3,5–4 kg de sal por pessoa/ano são em média de 70.000 toneladas por ano. Estima-se que existem em Moçambique mais de 80 produtores de sal, dos quais cerca de 14 possuem uma capacidade de produção acima de 5.000 toneladas por ano. Dados de 2007 indicaram que o país produziu 63.511 toneladas de sal, dos quais 57.164 toneladas (89,9%)

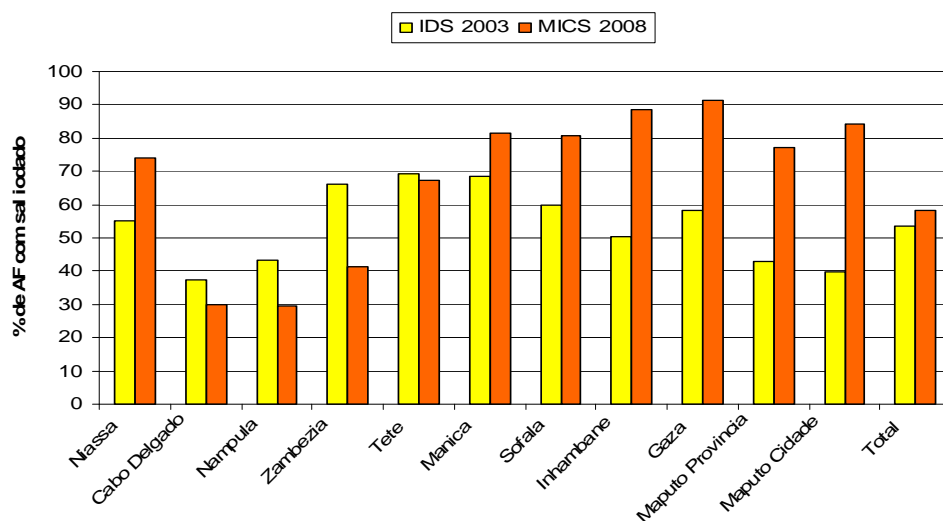
foram iodizados. No entanto, 75% da produção nacional é exportada. Isto mostra que a quantidade de sal disponível para o consumo interno não é suficiente.

Por outro lado, a capacidade de produção de sal no país está estimada em 195.250 toneladas /ano, focalizada em cinco províncias costeiras mas, nem todo o sal é iodizado devido a sua qualidade e a fraca capacidade dos produtores de sal<sup>20</sup>

A promoção do consumo do sal iodado é uma das intervenções mencionadas no Pacote Nutricional Básico, e está também prevista a promoção a nível das Escolas (EPC). Para a promoção nas Escolas, o Ministério da Saúde planificou a celebração anual do Dia Nacional do Sal Iodado incluindo uma rápida avaliação da disponibilidade do sal iodado nos agregados familiares. Esta promoção com a integração de uma avaliação de monitoria sobre o consumo de sal iodado, foi realizada durante o período de 2000 a 2003 e em 2008 em distritos seleccionados propositadamente.

O uso de sal iodado foi observado em 54% dos agregados familiares em 2003 e em 58% em 2008, no entanto continua a ser baixo. Pode-se observar as diferenças entre as províncias na Figura 14.

**Figura 14. Uso de sal iodado por província em 2003 e 2008**



#### 4.1.4. Intervenções para a redução da prevalência da carência de vitamina A

A estratégia escolhida para Moçambique para reduzir a prevalência da carência de vitamina A é a suplementação bianual com cápsulas de alta dose (200,000 UI) de vitamina A, para as crianças de 6-59 meses e suplementação com as mesmas cápsulas para mulheres nas primeiras seis semanas após o parto. A suplementação das crianças com vitamina A foi iniciada em 1998 através da sua integração nos Dias Nacionais de Imunização, tendo-se atingido coberturas acima de 80%. Mas esta abordagem foi interrompida em 2002, quando se decidiu incluí-la nos serviços de rotina dos cuidados primários de saúde.

Os resultados de monitoria mostram que ao longo dos anos, a cobertura de suplementação foi-se reduzindo até cerca de 30%. Apesar de esforços extensivos, a cobertura de suplementação com vitamina A só aumentou até 50% a nível nacional nos finais de 2007, nos serviços de rotina. Em 2008, o MISAU introduziu as Semanas Nacionais de Saúde da Criança realizadas duas vezes por ano, através das quais se atingiram coberturas entre 80% e 100%.

A suplementação no pós-parto foi introduzida em 2004 com resultados encorajadores. A suplementação com Vitamina A está incluída nos protocolos de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) e de Tratamento da Desnutrição Aguda Grave. Estas estratégias foram incluídas nas normas nacionais e distribuídas em 2005.

A promoção do consumo de alimentos ricos em Vitamina A está incluída em várias iniciativas do MISAU e os seus parceiros. Vários materiais de IEC foram desenvolvidos e distribuídos nas Unidades sanitárias. Houve discussão e esforços de advocacia para a fortificação do açúcar com Vitamina A, mas sem um resultado concreto.

#### **4.1.5. Intervenções para a redução da prevalência de anemia**

Apesar da alta prevalência de anemia no País, poucos avanços foram observados nesta área. Conforme o protocolo, todas as mulheres grávidas precisam de fazer o teste da anemia e de ser tratadas se necessário. Além disso, as normas para as consultas Pré-Natal indicam que todas as mulheres grávidas precisam de ser suplementadas com comprimidos de sal ferroso/ácido fólico durante pelo menos seis meses durante a gravidez mais três meses após o parto.

Porém, não existem registos sobre a monitoria e a cobertura de suplementação com sal ferroso/ácido fólico nas mulheres grávidas a nível nacional, nem dos resultados dos testes de anemia feitos às mulheres grávidas.

Contudo já existem acções (revisão e integração das fichas de registo) em curso no Ministério da Saúde, para assegurar o início da monitoria e registo da suplementação das mulheres grávidas com este suplemento. Houve iniciativas de distribuição de suplementação a nível da comunidade mas estas não foram expandidas.

#### **4.1.6. Reforço da capacidade de advocacia para a nutrição**

Em 2004 o Departamento de Nutrição elaborou os Perfis de Nutrição de Moçambique, um instrumento para a advocacia da situação nutricional do país, o qual foi divulgado e discutido à nível provincial e central, envolvendo todos os sectores do Governo e da sociedade civil<sup>21</sup>. Depois da sua divulgação muitas instituições do Governo, da sociedade civil e ONGs começaram a dar importância e ao mesmo tempo apareceram muitas formas de querer investir nesta área. Uma das coisas foi descobrir que as populações tinham os alimentos que produzia e não tem conhecimento de como usar para seu bem. As actividades envolveram também a Agricultura, Comércio, Educação, Obras Públicas, Trabalho e outros. Julga-se que a partir da divulgação deste instrumento, o Programa de Nutrição passou a ter maior visibilidade e importância por parte dos diferentes Ministérios incluindo o próprio Ministério da Saúde.

No entanto, após a elaboração do PARPA II em 2005, não se verificou nenhum reforço da capacidade de advocacia para a Nutrição no país.

#### **4.1.7. Intervenções para a melhoria substancial da higiene dos alimentos e da água**

As maiores intervenções para a melhoria substancial da higiene dos alimentos e da água são fazer inspecções nos estabelecimentos de produção de alimentos, a venda e armazenamento de alimentos em estabelecimentos hoteleiros, treinos na área de alimentação segura, análise de amostras de águas engarrafadas e supervisões. Nos anos 2006-2008 se detectou que 4%, 22% e 32% das amostras de alimentos foram inapropriadas, e 21%, 22% e 30% das s das águas.

Em relação à promoção da higiene e saneamento do meio, em 2008 foi realizada uma campanha nacional de higiene e saneamento do meio, em que foram disseminados e promovidos a todos os níveis do país, quatro comportamentos principais, nomeadamente; lavagem das mãos, uso de latrina, limpeza do meio ambiente.

Em 2009 com o apoio de parceiros o Ministério da Saúde desenvolveu um plano estratégico para os alimentos seguros que está sendo finalizado.

#### **4.1.8. Vigilância nutricional**

O sistema de vigilância nutricional foi desenhado para monitorar o crescimento mensal das crianças menores de cinco anos e realizar intervenções imediatas para melhorar o estado de saúde e/ou da saúde das crianças quando necessário. Ao longo dos anos, os níveis de crescimento insuficiente (perda ou ausência de ganho de peso entre duas pesagens consecutivos) têm vindo a reduzir, mantendo-se dentro dos limites consideradas aceitáveis pela OMS (5,6 em 2006, 4,6 em 2007 e 3,7 em 2008 conforme os dados de rotina de MISAU).

O MISAU introduziu uma nova componente no sistema de vigilância nutricional, que consiste de postos sentinela para a monitoria semanal do estado nutricional das crianças (os três indicadores). Isto vai permitir que um alerta seja activado, dando oportunidade para intervenções atempadas. No início, três postos sentinela estão a operar em cada província, com a previsão de que sejam expandidos para toda a província. Até Junho de 2009 nenhum posto sentinela de vigilância nutricional dos planificados havia sido criado, mas dados actualizados do programa indicam terem sido criados até ao momento 32 postos sentinela de vigilância nutricional<sup>22</sup>.

#### **4.1.9. Nutrição e HIV**

O PARPA II não faz muita referencia a importância da nutrição para PVH, nem inclui estratégias e indicadores. Porém, a estratégia de desenvolvimento nutricional menciona a suplementação nutricional de PVH. Têm havido intervenções de suplementação alimentar de pessoas adultas, adolescentes e crianças em TARV e mulheres grávidas com desnutrição moderada, incluindo mulheres em PTV. Têm também havido intervenções de aconselhamento para PVH, e tratamento de crianças com desnutrição grave (com e sem HIV). No entanto, a cobertura institucional destas intervenções é baixa e ainda mais baixa para aqueles PVH que não estão em TARV. Tem-se feito algum esforço para manter-se e melhorar-se a segurança alimentar das PVH e suas famílias, no entanto, esta é ainda um componente que precisa de mais esforços.

Uma estratégia para a implementação do “Programa Cesta Básica” já foi desenhada e planeia-se começar em todos capitais do país ainda em 2009. No primeiro ano, o programa planeia beneficiar cerca de 3.500 pacientes em TARV/TB sofrendo de malnutrição aguda moderada. Este programa basea-se numa “cesta” com nove alimentos que poderão cubrir as necessidades nutricionais diárias.

#### **4.2. Recursos humanos para nutrição**

O Plano de Desenvolvimento Nutricional descreve que em finais de Dezembro de 2003, havia em serviço no SNS, 32 pessoas da área da Nutrição, sendo duas Nutricionistas de nível superior, duas biólogas licenciadas com escassa formação em Nutrição (todas estas afectas à Repartição de Nutrição do MISAU), 26 Técnicos (as) de Nutrição (nível médio) e dois Agentes de Nutrição.

O Plano calcula que se precisa de 274 Técnicos de Nutrição e Dietética em todo o país e que, para manter um número satisfatório de pessoal, é preciso de formar 270 Técnicos até 2014. Contudo, desde 2005, altura em que finalizou o último curso de Agentes de Nutrição, não foram abertos mais cursos de Técnicos ou Agentes de Nutrição. Os nutricionistas com uma educação dum nível mais alto, fizeram os seus estudos fora do país.

De 2003 a 2009 o número de Técnicos aumentou até um total de 90, mostrando uma taxa de crescimento muito baixa durante seis anos. O país tem três Hospitais Centrais e em cada um deles está colocado um Técnico de Nutrição, o que não cobre as necessidades previstas, pois segundo a estratégia de desenvolvimento o ideal seria três Técnicos de Nutrição e Dietética em cada um dos Hospitais Centrais. Em cada Direcção Provincial de Saúde está colocado neste momento apenas um Técnico de Nutrição, contra os três a cinco Técnicos de

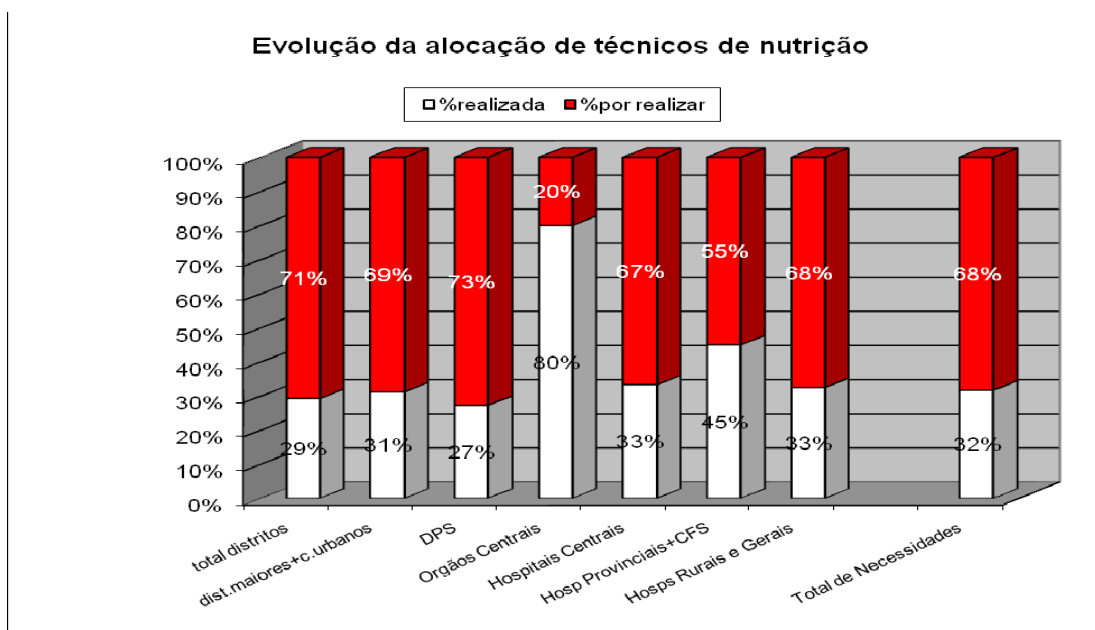
Nutrição previstos até ao fim de 2009. No Nível Central estão quatro Técnicos de Nutrição e Dietética, o que representa 80% da meta prevista. É importante referir que esta análise não inclui a necessidade de Técnicos nos serviços de alimentação hospitalar.

Ao nível dos Hospitais Rurais e Gerais, a média deveria ser de um Técnico por Hospital, segundo a estratégia, mas na prática a nível do País temos 18 técnicos nos Hospitais Rurais e Gerais. Isto mostra que a grande maioria dos Hospitais Rurais e Gerais no País (68%), não possuem Técnicos de Nutrição.

Houve uma interrupção em 2007 do curso de Nutrição para Técnicos Médios, para a sua revisão. Esta pode ser considerado como uma das causas para o não cumprimento das metas referidas acima. A revisão do currículo do curso técnico de Nutrição for feito de modo a melhorar as habilidades deste profissional para abordar os principais problemas de nutrição no país. O currículo está sob aprovação neste momento. No entanto, já existe o curso superior de nutrição na Universidade Lúrio em Nampula e em 2009 foi aberto o curso superior de nutrição no Instituto Superior de Ciências de Saúde de Maputo.

O Plano Nacional do Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2008-2015 não menciona os profissionais na área de nutrição. A Figura 15 mostra a situação dos recursos humanos para Nutrição em Moçambique.

**Figura 15. Evolução da alocação de Técnicos de Nutrição**



A Tabela 1 mostra a colocação dos Técnicos de Nutrição nas províncias e ao nível central. Os critérios de colocação não são claros. Se pode observar que esta colocação não é conforme as taxas de desnutrição, porque algumas das províncias com as taxas maiores da desnutrição crônica (Cabo Delgado, Niassa e Tete) têm números de Técnicos inferiores (outras duas províncias com taxas maiores, Manica e Nampula, sim têm um número maior de Técnicos) e as duas províncias com as taxas mais baixas têm o número maior de Técnicos de Nutrição (Maputo Cidade e Maputo Província). Esta situação já tinha sido observada no Plano de Desenvolvimento de 2004.

**Tabela 1. Colocação dos Técnicos de Nutrição nas províncias ate Julho de 2009**

Provincia	Org. Centr.	DPS	HC	HP + CFS	Hospital Geral e Rural	DDS	Total
C. Maputo	-	1	1	1	5	5	13
P. Maputo	-	1	-	-	2	9	12
Gaza	-	1	-	1	2	3	6
Ibane	-	1	-	1	2	1	5
Manica	-	1	-	2	2	6	10
Sofala	-	1	1	1	3	5	11
Tete	-	1	-	1	-	2	4
Zambézia	-	1	-	2	2	3	8
Nampula	-	2	1	-	-	5	8
C.Delgado	-	1	-	1	1	2	5
Niassa	-	1	-	-	1	2	4
MISAU	4	-	-	-	-	-	4
<b>Total alocado</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>90</b>
<b>Total necessário</b>	<b>5</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>156</b>	<b>274</b>

### 4.3. Intervenções relativas a segurança alimentar

Durante os últimos cinco anos, vários planos na área de Segurança Alimentar<sup>23</sup> e implementados: ESAN II (Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (2008, duração de sete anos) , PROAGRI II (Programa de Desenvolvimento do Sector Agrário (2009)), Plano director de prevenção e mitigação de calamidades naturais (PDPMCN), Plano de Produção de Alimentos (2008-2011), Plano Estratégico do Subsector da Pesca Artesanal (2007-2014), O Programa Nacional de Acção para Adaptação (NAPA/ 2007), Programa de Apoio aos Mercados Agrícolas (2001-2008) e a Estratégia de Comercialização Agrícola (2006-2010).

ESAN II – **Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional** (2008, duração de sete anos) cujo objectivo estratégico geral e de garantir que todos os cidadãos tenham, a todo o momento, acesso físico e económico aos alimentos necessários, de modo que tenham uma vida activa, saudável e possam realizar todos os direitos inerentes à pessoa humana.

O **Plano director de prevenção e mitigação de calamidades naturais** (PDPMCN) e sendo parte do programa de combate a pobreza e alinhado com o plano quinquenal do Governo visa de forma específica: salvar vidas humanas; consolidar a cultura de prevenção; dotar o País de meios de prevenção e mitigação.

O **Programa Nacional de Acção para Adaptação** (NAPA/ 2007) identifica quatro áreas de acção principais: reforço do sistemas de aviso prévio; reforço da capacidade dos agricultores de sobreviver as mudanças climáticas; redução do impacto das mudanças climáticas nas zonas costeiras e gestão de recursos hídricos.

Para assegurar a disponibilidade e acesso físico aos alimentos das famílias moçambicanas, o Ministério da Agricultura, tem promovido o aumento da produção e a produtividade através implementação de um leque de programas nacionais vitais que visam a diversificação do consumo, nomeadamente o milho, arroz, trigo, mandioca, batata, amendoim, soja, feijões, frango e peixe. Estes programas estão a ser implementados de forma intensificada e assentes no uso de tecnologias melhoradas de produção, nomeadamente a tracção animal, irrigação, fertilizantes e sementes certificadas, extensão agrária, controle da sanidade vegetal e animal.

Estes programas tomam em consideração o potencial agro-ecológico existente no país e potencia a melhoria da cadeia de valores dos alimentos para promover o processamento e a conservação dos produtos alimentares.

Neste sentido, o Ministério da Agricultura em coordenação com o Ministério da Indústria e Comércio prevê a implantação de silos nas regiões centro e norte de país (República de Moçambique, 2008).

O **Plano de Acção de Produção de Alimentos (PAPA)** é o instrumento aprovado pelo Conselho de Ministros em 2008 para assegurar a implementação da Revolução Verde e contribuir para: i) a redução do défice alimentar dos cereais, tubérculos, frangos e peixe no país num período de três anos mas também; ii) melhorar o Produto Interno Bruto (PIB) nacional (actualmente a agricultura contribui em cerca de 25% para o PIB) e, iii) melhorar a renda das famílias no meio rural.

Os Balanços do PES dos anos 2006-2008 mostram que o desempenho das campanhas agrícolas foi positivo nos anos 2006-2008. Os preços dos alimentos estavam estáveis em 2006, mais aumentaram em 2007 e 2008. Cheias, secas e um ciclone (em 2008) continuam a ter um impacto na segurança alimentar em áreas específicas.

Como mencionado no capítulo 3.2.1, a segurança alimentar reduziu em 2005 em comparação com o ano de 2004, melhorou em 2006, teve uma nova redução em 2007 devido às cheias, ciclone e secas no ano 2006/2007 e tem melhorado em 2008. A instabilidade da produção resulta principalmente das dependências das chuvas e da baixa produtividade e reduzidas reservas.

#### **4.4. Intervenções no sector de acção social**

O **Programa de Subsídio de Alimentos (PSA)** e o **Programa de Apoio Social Directo (PASD)** do MMAS e INAS são programas de apoio social, consistindo em transferências monetárias aos agregados familiares mais vulneráveis e o fornecimento de necessidades básicas. Apesar de estes programas serem considerados nos relatórios da Avaliação Conjunta entre os Parceiros de Cooperação e o Governo de Moçambique como programas que melhoram a segurança alimentar e nutricional dos agregados familiares, os seus objectivos não são a redução da desnutrição no país.

O PSA é o maior programa do INAS. Os grupos alvos deste programa são idosos com incapacidade permanente para o trabalho reconhecida, que vivam isolados o chefiando agregados familiares; pessoas portadores de deficiências (maiores de 18 anos); doentes crónicos (maiores de 18 anos) e mulheres grávidas em situação de malnutrição (e logo até 6 meses depois do parto). O PSA também tem beneficiários indirectos. Estes são o cônjuge ou ascendentes do beneficiário ou do cônjuge e descendentes menores de 18 anos ou incapazes, netos e outros menores cujos pais tenham falecido e que vivam em comunhão de mesa e habitação. Apesar do grupo alvo dos programas não serem as crianças menores de cinco anos, indirectamente estas crianças poderão estar se a beneficiar do programa.

O PSA actualmente beneficia 143.455 agregados familiares, totalizando 287.454 indivíduos. Em termos de cobertura dos grupos alvos, as pessoas idosas constituem o grupo maioritário sendo 94%, seguidos das pessoas portadoras de deficiência (6%) e doentes crónicos (1%). Dos 143.455 beneficiários 63% são mulheres e 37% são homens<sup>24</sup>.

Desde 2008, o novo valor para o beneficiário directo é de 100 meticais por mês. O valor do benefício é acrescido em 50 meticais por beneficiário indirecto, até o máximo de quatro por agregado familiar: 300 meticais em total. O orçamento do PSA foi de 403.512.000,00 Meticais em 2008, dos quais 284.720.000,00 Meticais do Orçamento do Estado e 118.792.000,00 Meticais através de apoio externo.

Em 2008 foi feito um inquérito de linha de base para logo poder avaliar o impacto do PSA a partir de 2009 e 2010. Os dados finais do inquérito deveriam estar disponíveis ao longo do ano 2009.

O (PASD) visa atender situações que exigem uma intervenção imediata e é destinado a pessoas que se encontram num estado de pobreza absoluta, que não são capazes de encontrar mecanismos, meios materiais ou financeiros para a satisfação das suas necessidades básicas. Neste âmbito, o objectivo específico do PASD tem é

de prestar apoio psico-social, em meios materiais, alimentares e ou financeiros aos indivíduos ou agregados familiares com limitações sócio-económicas.

Os grupos alvos do PASD são crianças em situação difícil, pessoas portadoras de deficiências, doentes crónicos e idosos sem capacidade de trabalho. O número de beneficiários do PASD passou de 7.173 em 2005 até 24.242 em 2008, com atendimento a 56% de mulheres e 44% de homens<sup>16</sup>.

Tipos de apoio do PASD ligados à Nutrição são a distribuição de kits de produtos e alimentos básicos (com uma explicação sobre o uso dos produtos) e assistência médica (pagamento de medicamentos nas farmácias, consultas, análises e internamento).

## 5. Discussão e conclusões

Apesar do país ter feito avanços em outras áreas como a mortalidade infantil e dos menores de cinco anos, a situação da desnutrição crónica não tem vindo a melhorar. A OMS considera que uma prevalência de desnutrição crónica acima dos 40% é considerada crítica. Moçambique tem mantido esta situação de desnutrição crónica em estado crítico desde que se começou a fazer inquéritos de saúde a nível nacional em 1997, Fica claro que esta situação deveria ser considerada como uma situação de emergência.

Este estudo foi a primeira vez que a situação da desnutrição crónica em Moçambique foi estudado desta maneira, e houve alguns constrangimentos. Uma das constatações neste relatório, é que fazer uma avaliação completa das razões e causas da desnutrição crónica em Moçambique demonstra ser difícil, já que muitos dos dados necessários para esta avaliação estão em falta, como por exemplo informação sobre a adequabilidade da dieta das mulheres e as crianças, informação sobre o estado nutricional e da saúde das mulheres, informação abrangente sobre as intervenções nos sectores de Água, Saneamento, Agricultura e Segurança Alimentar e detalhes sobre a cobertura e o impacto de várias intervenções do Governo e os seus parceiros.

A informação disponível mostra que há constrangimentos em cada um das áreas das causas subjacentes da desnutrição crónica (a segurança alimentar, os cuidados da criança e da mãe e os serviços de saúde, água potável e saneamento do meio. Os dados analisados também permitem-nos concluir que a disponibilidade dos recursos humanos na área de nutrição é um problema grave que merece uma atenção especial.

A prioridade do Governo e dos seus parceiros na área da nutrição deveria ser o combate a desnutrição crónica, incluindo actividades preventivas e curativas para baixo peso e desnutrição aguda. Isto precisa de um abordagem multi-sectorial e planificação ao meio ou longo prazo (cinco-dez anos).

## 6. Recomendações para acelerar progressos

### I. Recomendações para o plano de combate à pobreza absoluta do próximo quinquénio

Apesar dos avanços registados nos últimos anos, com melhorias mais significativas em alguns sectores do que noutros, os altos níveis de desnutrição crónica ainda prevaletentes no país, indicam a necessidade de se prestar uma atenção mais focalizada e priorizada na área de Nutrição. A desnutrição crónica tem um impacto negativo no desenvolvimento físico e mental da população, influenciando deste modo o potencial da nação. Os altos níveis de insegurança alimentar contribuem para o agravamento da desnutrição e também são preocupantes.

- 1) Por isto, se recomenda **incluir a redução da desnutrição crónica como um objectivo específico no plano para o combate à pobreza absoluta**. Porém, a redução da desnutrição crónica, passa pela melhoria das três causas subjacentes (veja o Quadro Conceptual da Desnutrição) que são: a segurança



alimentar, os cuidados da criança e da mãe e os serviços de saúde, água potável e saneamento do meio.

## II. **Recomendações ao Governo para acelerar progressos na prevenção e redução da desnutrição crónica**

- 2) **Declarar uma emergência** e, rapidamente estabelecer um sistema de apoio para introduzir, expandir e intensificar intervenções prioritárias para o combate à desnutrição crónica.
- 3) Estabelecer uma **Comissão de coordenação multisectorial de alto nível para a prevenção e redução da desnutrição crónica**. Poderá ser seguido o modelo do Grupo de Referência da Prevenção da HIV. Sugestões para a composição desta Comissão incluem: MISAU, MINAG, Ministério de Obras Públicas, MMAS, MEC, Ministério de Ciências e Tecnologia, SETSAN, CNCS, membros do Comité Nacional do Codex Alimentarius, representantes da sociedade civil e parceiros de cooperação.

O papel da Comissão seria o de fazer advocacia à alto nível para se reconhecer a importância de reduzir a desnutrição crónica no país e para estabelecer uma estratégia multisectorial, abrangente e de longo prazo. Outras funções desta Comissão poderão incluir:

- a) Fazer advocacia /Negociar para aquisição de recursos dentro e fora do País;
  - b) Fortalecer parcerias e coordenação entre os intervenientes que contribuem às determinantes da desnutrição crónica, estabelecendo funções e responsabilidades bem definidas;
  - c) Monitorar o progresso.
- 4) Estabelecer um **grupo técnico** para assistir a Comissão acima mencionada a fazer um diagnóstico mais completo e abrangente da situação e das causas da desnutrição crónica em Moçambique e compartilhar o documento a todos os níveis de governação e da sociedade civil. Com base neste diagnóstico, desenvolver uma estratégia nacional compreensiva (incluindo orçamento) e de longo prazo, um Plano de Acção de cinco anos, baseado em estratégias e planos existentes, para a redução e prevenção da desnutrição crónica, para ser aprovada pelo Conselho de Ministros.
  - 5) Na área de **recursos humanos para Nutrição**: Melhorar substancialmente a capacidade dos recursos humanos da área de Nutrição existentes nas US, DPS e SDSMAS e nas comunidades para assegurar e melhorar a oferta e a qualidade de serviços tais como, a educação e aconselhamento nutricional, a avaliação regular do estado nutricional das crianças (controle de crescimento nas US e nas comunidades) e dos pacientes, o registo adequado dos dados e envio regular da informação, a supervisão e monitoria das actividades e a elaboração e disseminação em tempo real de relatórios sobre a situação nutricional de cada distrito e província e o impacto das intervenções nutricionais realizadas. Para tal será necessário:
    - a. Formar Agentes Polivalentes Elementares na área de nutrição;
    - b. Reiniciar o curso para os Técnicos de Nutrição;
    - c. Recrutar e formar mais professores para os componentes de Nutrição, tanto para o curso para os Técnicos de Nutrição como para os demais cursos de profissionais de saúde;
    - d. Formar e recrutar conselheiros/as na área de nutrição.
  - 6) Na área de **Segurança Alimentar** (uma das três causas subjacentes da desnutrição):
    - Assegurar a disponibilidade e acesso de alimentos e suplementos nutricionais para a alimentação complementar de crianças entre os 6-24 meses de idade através da produção local, programa de suplementação, disponibilidade de alimentos/suplementos adequados a baixo custo, e fortificação;
    - Melhorar e alinhar as bases de dados de SAN e das intervenções na área da segurança alimentar;
    - Continuar a realizar as análises de vulnerabilidade anuais e realizar estudos de vulnerabilidade à InSAN urbana;
    - Aprovar a nota técnica de avaliação e monitoria da diversidade da dieta;

- Fortalecer e expandir os Programas de Subsídio de Alimentos, o Apoio Social Direito e o Plano Nacional para as COV para incluir mais crianças vulneráveis e em risco de desnutrição crónica;
- Fortalecer os sistemas existentes de apoio às populações em situação de Insegurança Alimentar, incluindo pessoas vivendo com HIV e famílias afectadas pelo HIV, incluindo as intervenções de protecção social;
- Intervenções de redução de risco e mitigação do impacto das calamidades naturais na segurança alimentar;
- Fortalecer a cadeia de valores dos alimentos localmente produzidos (incluindo a produção de suplementos nutricionais);
- Iniciar actividades de fortificação de alimentos com Vitamina A e/ou ferro;
- Fortalecer a iodização do sal;
- Assegurar a aprovação dos Estatuto Orgânico do SETSAN pelo Conselho de Ministros;
- Garantir a locação de fundos no PASAN por cada sector e aos SETSAN;
- Aprovar a Lei do Direito Humano a Alimentação.

7) Na área de **Cuidados das Mulheres e Cuidados das Crianças** (uma das três causas subjacentes da desnutrição): As seguintes intervenções precisam de ser expandidas, intensificadas e oferecidas às Comunidades, para atingir a cobertura universal:

- Sensibilização das comunidades para aumentar o número de consultas pré-natais, os partos institucionais e as consultas postnatais, para que as mulheres grávidas têm o acesso a pelo menos quatro consultas pré-natais, um parto seguro e aconselhamento postparto;
- A protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno, incluindo no contexto de HIV e SIDA, com ênfase no aleitamento materno exclusivo;
- Promoção e apoio para a introdução atempada de alimentação complementar adequada, incluindo através da comunicação para mudança de comportamento e educação nutricional;
- Promoção do uso do sal iodado;
- Promoção do aconselhamento sobre higiene e educação nutricional nas unidades sanitárias e nas comunidades.

8) Na área de **serviços de saúde e saneamento ambiental** (uma das três causas subjacentes da desnutrição):

- Suplementação nutricional das raparigas e mulheres em idade fértil e grávidas (sal ferroso/ácido fólico, multi-micronutrientes) e das mães lactantes (sal ferroso, vitamina A, multi-micronutrientes);
- Suplementação com vitamina A das crianças de 6-59 meses e com suplementos de alto valor nutricional das crianças de 6-24 meses;
- Desparasitação das crianças de 11-59 meses, das raparigas adolescentes e das mulheres grávidas;
- Acelerar o processo de recrutamento dos APEs e garantir a integração de questões nutricionais no seu Curriculum de formação;
- Elaborar normas de tratamento das diarreias com Solução de Reidratação Oral (SRO) e Zinco;
- Intensificar as intervenções de saúde e nutrição durante as Semanas Nacionais de Saúde
- Fortalecer e expandir as intervenções da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, do AIDI e do Programa de Tratamento e Reabilitação Nutricional;
- Reduzir a prevalência das doenças prevalentes na infância e com impacto no estado nutricional como a malária (Aumentar a distribuição de Redes Mosquiteiras Impregnadas de Longa Duração (RMILD) para crianças menores de cinco anos e promover o seu uso);
- Fortalecer as intervenções de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV);
- Assegurar a disponibilidade dos serviços essenciais de saúde nas comunidades, por exemplo através dos Brigadas Móveis;
- Assegurar que nutrição é um componente integrado em todas as consultas médicas;

- Aumentar a disponibilidade e acesso à água potável à população em geral, com prioridade para as áreas com altas taxas de desnutrição;
- Intensificar as acções de promoção de saúde com foco na higiene da água e dos alimentos;
- Intensificar as intervenções de saneamento do meio; fortalecer as actividades de abastecimento de água potável e de saneamento melhorado, com prioridade nas áreas com altas taxas de desnutrição.

9) Na área de **Monitoria e Avaliação**

- Estabelecer e expandir os postos sentinela conforme os planos;
- Desenvolver indicadores de impacto e de processo relevantes para a desnutrição crónica, preferivelmente indicadores cujos dados estão disponíveis através dos sistemas existentes (SIS etc.), e assegurar a colheita e análise regular dos dados;
- Realizar avaliações sobre os avanços alcançados na redução da desnutrição crónica em cada três anos.

### III. Indicadores

Se sugere os seguintes indicadores (de impacto e de processo) para medir os avances na redução da desnutrição crónica:

1. **Indicador global (de impacto):** Taxa da desnutrição crónica
2. **Indicador global (de impacto):** Taxa de baixo peso a nascença

#### **Indicadores para as áreas específicas (relacionadas com as causas subjacentes):**

##### Segurança Alimentar:

Indicadores de impacto:

3. Número de agregados familiares com insegurança alimentar aguda e crónica
4. Percentagem da população com qualidade de dieta aceitável
5. Percentagem de crianças com falência de crescimento
6. Choques sofridos nos últimos 12 meses
7. Índice de estratégias de sobrevivência nos últimos 6 meses (CSI)
8. Fontes de rendimentos nos últimos 6 meses
9. Mudanças nos padrões de consumo
10. Duração das reservas alimentares

Indicadores de processo:

11. Número de crianças e adultos vivendo com HIV que são desnutridos moderadamente, que recebem suplementação alimentar ou nutricional
12. Número e idade dos beneficiários directos e indirectos do Programa de Subsídio de Alimentos e do Programa de Apoio Social Direito
13. Numero de refeições por dia
14. Preço da cesta básica

##### Cuidados das Mulheres e Cuidados das Crianças:

Indicadores de impacto:

15. Percentagem de crianças menores de seis meses que recebe aleitamento materno exclusivo
16. Percentagem de crianças menores de 24 meses com práticas alimentares adequadas (frequência; diversidade)

17. Percentagem dos agregados familiares que usa sal iodado
18. Percentagem das mulheres em idade reprodutiva com anemia
19. Percentagem das mulheres em idade reprodutiva com Índice de Massa Corporal <18,5 kg/m<sup>2</sup>

Indicadores de processo:

20. Percentagem dos partos que são partos institucionais
21. Percentagem das mulheres grávidas com pelo menos três controles pré-natais

#### Serviços de Saúde e Saneamento Ambiental

Indicadores de impacto:

22. Percentagem de crianças menores de cinco anos com diarreia nas últimas duas semanas

Indicadores de processo:

23. Número de Hospitais certificados como hospital amigo da criança
24. Taxa de mortalidade nas crianças com desnutrição aguda grave
25. Percentagem das mulheres grávidas em controle pré-natal e mulheres nos três meses postparto que recebeu suplementos de sal ferroso/ácido fólico
26. Percentagem das mulheres grávidas em controle pré-natal que recebeu desparasitação
27. Percentagem das crianças de 6-59 meses que recebeu dois doses de suplementação com Vitamina A por ano
28. Percentagem das crianças de 11-59 meses que recebeu dois doses de desparasitação por ano
29. Percentagem das mulheres que recebeu suplementação com Vitamina A no postparto
30. Número e percentagem de postos dos Técnicos de Saúde ocupados nas províncias, nos distritos e nas Unidades Sanitárias
31. Número de postos sentinela de vigilância nutricional estabelecidos e em funcionamento
32. Número de latrinas melhoradas instaladas nas áreas rurais e urbanas
33. Número de novas fontes construídas nas áreas rurais
34. Número de ligações domiciliárias estabelecidas nas áreas urbanas

## **Anexos**

### **Anexo 1. Participantes no Grupo de Aprofundamento**

Edna Possolo, MISAU, Departamento de Nutrição  
Neusa Pinto – MISAU, Departamento de Nutrição  
Sr. Machava – MISAU, Departamento de Nutrição  
Edgar Cossa - SETSAN  
Charlotte Taylor – MPD

Rui Vasco – CDC  
Alison Tumilowicz-Torres - FANTA  
Diane Bosch - Helen Keller International (HKI)  
Tina Lloren - Save the Children  
Paula Machungo - Save the Children

Felicidade Panguene - FAO  
Daisy Trovoada - OMS  
Lara Carrilho - PMA  
Nadia Osman - PMA  
Deolinda Pacho – PMA  
Maaike Arts – UNICEF  
Sónia Khan – UNICEF

### **Contribuições valiosas foram recibidos das seguintes pessoas:**

Marcela Libombo – SETSAN  
António Mussa – MISAU, Recursos Humanos  
Claudia Lopes - INAS

Kerry Selvester - ANSA  
Joaquim Uate - FDC

Pierre Martel - Consultor

Margot Van Der Velden - PMA  
Karin de Rooij - UNICEF  
Angelina Xavier - UNICEF

## **Anexo 2. Termos de Referência, Grupo de Estudo de Aprofundamento na área de Nutrição, Relatório de Avaliação de Impacto (RAI) do PARPA II 2006-2009**

### **Introdução**

No âmbito dos Mecanismos e Instrumentos de Monitoria e Avaliação, o PARPA 2006-2009 prevê a preparação de um Relatório de Avaliação de Impacto (RAI). O propósito do RAI é sintetizar informação sobre a pobreza e a evolução de indicadores socio-económicos a partir de fontes disponíveis e analisar esta informação com uma visão particular para atribuir causa e efeito.

### **Contexto**

De acordo com os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003 (IDS, 2003) e com base na referência do NHCS, 41% das crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crónica (isto é, são baixas para a idade que têm) – taxa considerada elevada, de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para o grupo dos menores de 3 anos, a taxa foi de 34%<sup>8</sup>, o que é um pouco inferior à taxa de desnutrição crónica nesta faixa etária em 1997 de 36% (IDS, 2007). O IDS de 2003 indica que 4% das crianças menores de 5 anos sofreram de desnutrição aguda (isto é, são magras para a altura que têm) e 43% das mortes das crianças menores de 5 anos são atribuíveis à desnutrição.

A área de Nutrição está incluída no PARPA II dentro do Pilar do Capital Humano e dentro dos Assuntos Transversais. Contudo, a nutrição não está incluída nos objectivos e prioridades deste pilar. O texto do documento do PARPA menciona uma meta para o baixo peso para idade. A matriz de indicadores estratégicos inclui alguns indicadores na área de nutrição

1. Indicadores Globais (G.1.2.) % de crianças menores de cinco anos com baixo peso por idade
2. Indicadores Pilar de Capital Humano, área de Saúde (20.c): N° de postos sentinelas estabelecidos e em funcionamento"
3. Assuntos transversais, área de Segurança Alimentar e Nutricional (63.1) Peso para altura para crianças menores de cinco anos (desnutrição aguda), e (63.2) % de população com qualidade de dieta aceitável

A nutrição foi identificada como um dos temas para o aprofundamento do RAI.

### **Objectivos do trabalho do grupo**

O objectivo geral do Grupo do Estudo de Aprofundamento na área de Nutrição é de desenvolver um relatório que responde às questões seguintes:

- (a) Quais são as causas imediatas, subjacentes e básicas, das persistentes altas taxas de desnutrição nas crianças no país?
- (b) Em que medida as componentes principais, tais como o ambiente de definição de políticas; orçamento e processo de planificação; mecanismos de coordenação inter-ministerial; implementação de programas e provisão de serviços abordaram de maneira eficaz esta questão multi-sectorial e de multi-causalidade?
- (c) Na base das medidas tomadas actualmente, quais são as previsões para um melhor desempenho nesta área para o futuro?
- (d) Recomendações para acelerar progressos nestas áreas

---

<sup>8</sup> Simler, KR and Ibahimo, HI. Estimating changes in children's nutritional status when samples are not comparable: An example from Mozambique, Ministério de Planificação e Desenvolvimento, 2005

## **Metodologia**

O grupo é liderado por MISAU e UNICEF. Outros membros incluem representantes do Governo de Moçambique nomeadamente, Ministério de Plano e Desenvolvimento (MPD), SETSAN, representantes da sociedade civil (Fundo de Desenvolvimento Comunitário (FDC), Rede IBFAN, Associação de Nutrição e Segurança Alimentar (ANSA), Helen Keller International (HKI), Médicos sem Fronteiras (MSF), Save the Children, agências bilaterais (USAID, CDC) e internacionais (Banco Mundial) e das Nações Unidas (FAO, OMS, PMA, UNFPA).

O trabalho consiste em 2 partes:

4. Análise de dados preliminares do MICS (Inquerito de Indicadores Múltiplos) 2008, em comparação com dados dos IDS de 1997 e 2003 (incluindo a aplicação das curvas de crescimento da OMS de 200 aos dados dos 3 estudos). O análise dos dados sera feita por um analista que já está contratado pelo UNICEF para este trabalho.
5. Análise das políticas e programas. Esta parte vai ser feita pelos membros do Grupo, e será feita uma distribuição dos documentos a analisar. Cada membro vai fornecer alguns documentos de referência.

Com base nos dados disponíveis e análises realizadas, o Grupo vai desenvolver recomendações.

O MISAU e o UNICEF vão elaborar o relatório com base nas contribuições do coordenador do MICS e os membros do grupo.

### **Anexo 3. Documentos consultados**

- ACA Sector Saúde 2006, 2007, 2008
- Balanço do PES 2006, 2007, 2008
- Balanço do PoA Nutrição 2007, 2008
- Estratégia de a avaliação sobre o PSA: uma análise do inquérito de linha de base, IPC-IG, artigo preparado para a Conferência do IESE, Abril de 2009.
- Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional II
- Estratégia de um Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique, MISAU, 2004
- Orçamento do PSA (Orçamento do Estado e também a parte de financiamento externo que iniciou em 2008), INAS.
- Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2008-2015, MISAU, 2008
- Página web do INAS [www.inas.gov.mz](http://www.inas.gov.mz)
- Programa de Apoio Social Directo, INAS, versão 8.
- Revisão do Impacto dos Indicadores de Segurança Alimentar e Nutricional no PARPA II (2006-2009)
- Sector de Água e Saneamento, Relatório da Avaliação do PARPA II 2005 ao 1º Semestre 2009
- Termos de Funcionamento das Unidades Sociais, INAS, Maio de 2009



## **Anexo 4. Inclusão de planificação e objectivos nas áreas de nutrição segurança alimentar na PARPA II**

### **VII. Assuntos Transversais**

212. O objectivo deste assunto transversal é assegurar as condições para a produção duma alimentação nutritiva e saudável ou obter os meios para a conseguir (ter acesso a uma alimentação adequada). Para tal, deve-se: promover actividades orientadas a fortalecer o acesso da população a recursos e meios para garantir a sua subsistência; proteger os que não se podem auto-sustentar, através do estabelecimento e manutenção de redes de segurança e outros mecanismos de assistência. Considerando a interdependência e inter-relação de segurança alimentar e nutricional com as áreas de desenvolvimento, justifica-se uma abordagem holística.

217. O objectivo geral da SAN para o PARPA II (até ao ano 2009) é: “Entre o ano 1990 e ano 2009 a percentagem de população Moçambicana que sofre de fome e desnutrição crónica (insegurança alimentar e nutricional transitória e estrutural) é reduzida em 30% ”.

218. No âmbito global da SAN existem três principais desafios: a) Reduzir os elevados níveis de desnutrição crónica e aguda no país, que estão a afectar seriamente o capital humano actual e futuro de Moçambique, b) Estruturar uma intervenção multisectorial e interinstitucional abrangente nas três dimensões da SAN e dirigida aos grupos alvo vulneráveis para atingir e manter a Segurança Alimentar e Nutricional no país, e c) Estabelecer a SAN como um elemento central para a redução da pobreza absoluta em Moçambique.

219. A implementação dos objectivos da SAN está contemplada em acções no âmbito de todos os sectores do estado, principalmente, a agricultura, a saúde, a educação, e provisão de infra-estruturas (estradas, energia e sector hidráulico).

### **VIII. Estratégia de Desenvolvimento por Pilares**

#### **2. Capital Humano**

##### **Visão e Desafios**

##### *ix. Segurança Alimentar e Nutricional*

391. No que diz respeito à insegurança alimentar e má nutrição, os grandes desafios são: reduzir os altíssimos níveis de desnutrição crónica e aguda no país, que estão afectar seriamente o capital humano actual e futuro de Moçambique e estruturar uma intervenção multisectorial abrangente nas quatro dimensões da SAN e dirigida aos grupos alvo para a redução dos indicadores de desnutrição crónica e aguda, sobretudo para as crianças.

392. A estratégia de combate ao HIV/SIDA deveria ser suficientemente holística para incluir a SAN como efectivo elemento chave em todas as componentes da estratégia, para que o HIV/SIDA e a SAN sejam tratados de forma integrada e como problemas estruturais de desenvolvimento. Este problema estrutural ameaça e compromete o capital humano e em consequência a capacidade institucional geral de Moçambique (Tripla Ameaça).

393. A existência dum ou mais doentes na família implica não só o redireccionamento dos recursos financeiros para as despesas de tratamento, como também a perda de fontes de rendimento, necessário para a aquisição de alimentos e factores de produção agrícola. Portanto, a monitoria sistemática das condições de SAN tem que ser uma prioridade particularmente nas zonas de alta prevalência de seropositividade, como parte das estratégias que mais directamente permitirão a realização dos objectivos relacionados com o aumento das oportunidades e

capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades gerar rendimentos e garantir a sua própria segurança alimentar.

## **Objectivos e Acções**

### *ii. Saúde*

#### Programas Prioritários do sector

431. A nutrição constitui uma das áreas chave do sector. O objectivo é, em coordenação com outros sectores, contribuir para a redução da taxa de prevalência da malnutrição. O papel das autoridades de saúde é de prevenir e tratar as conseqüências da desnutrição, enquanto que as causas e prevalência destas requerem a participação de vários outros sectores a nível central e local, para que a desnutrição seja vista como um problema do Estado, e não limitado à saúde. Pretende-se nesta área reduzir a taxa de prevalência do baixo peso para a idade de 24 para 17% em 2009. O papel do sector é vital na promoção intensiva do aleitamento materno pelo pessoal de saúde e agentes comunitários, e a intensificação da promoção do desmame apropriado. O sector vai continuar com as acções de administração preventiva da Vitamina A; a crianças de 6 a 59 meses e a suplementação curativa de Vitamina A em casos de xeroftalmia, diarreia persistente, pneumonia grave e malária, de modo a reduzir a taxa de prevalência da carência da Vitamina A em crianças dos 6 aos 59 meses.

#### **Matriz de indicadores estratégicos**

A matriz de indicadores estratégicos inclui alguns indicadores na área de nutrição e segurança alimentar:

1. Indicadores Globais (G.1.2.) % de crianças menores de cinco anos com baixo peso por idade
2. Indicadores Pilar de Capital Humano, área de Saúde (20.c): N° de postos sentinelas estabelecidos e em funcionamento
3. Assuntos transversais, área de Segurança Alimentar e Nutricional
  - a) (63.1) Peso para altura para crianças menores de cinco anos (desnutrição aguda) [*IAF/IDS*];
  - b) (63.2) % de população com qualidade de dieta aceitável [*Dados do SETSAN*];
  - c) SETSAN eficiente e eficaz no cumprimento das funções [*Balanço do Cumprimento do Plano Estratégico*].

## Referências bibliográficas

- 
- <sup>1</sup> INE, MICS 2008
- <sup>2</sup> WHO, The Management of Nutrition in Major Emergencies, 2000
- <sup>3</sup> CDC and WFP, A manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality
- <sup>4</sup> MISAU, Inquérito Nacional sobre a Deficiência de Vitamina A, Prevalência de Anemia e Malária em Crianças dos 6-59 meses e Respetivas Mães, 2003
- <sup>5</sup> MISAU, Estudo Nacional sobre a Deficiência em Iodo nas Crianças dos 6 aos 12 anos de Idade, 2006
- <sup>6</sup> UNICEF, Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, 1990
- <sup>7</sup> Victora, C.G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P.C., Martorell, R., Richter, L., Sachdev, H.S., for the Maternal and Child Undernutrition Study Group, Maternal and child undernutrition 2. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital, *Lancet* 2008; 371: 340–57.
- <sup>8</sup> Household Diet Diversity (Source: Food Consumption Study in Urban Areas of Mozambique, Development of a Food Fortification Strategy (resultados preliminares) Em colaboração com o MISAU, SETSAN, World Vision e Helen Keller International, 2009
- <sup>9</sup> PMA, Vulnerabilidade urbana nas cidades de Maputo e Matola, 2008
- <sup>10</sup> Low J., Towards Sustainable Nutrition Improvement in Rural Mozambique: addressing macro- and micro-nutrient malnutrition through new cultivars and key behaviours: Key findings, 2005
- <sup>11</sup> Pedro A., Arts, M., Geelhoed, D., Prosser, W., De Schacht, C., e Alons, C. Barreiras para o aleitamento exclusivo (rascunho)
- <sup>12</sup> UNICEF, Situação Mundial da Infância 2009,
- <sup>13</sup> MISAU, Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - Ronda 2007, 2008
- <sup>14</sup> INE, MISAU, MPD, UEM, CNCS, Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique, Actualização, Ronda da Vigilância Epidemiológica de 2007, 2008
- <sup>15</sup> WHO Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health Report on inequities in Maternal and Child health in Mozambique, 2007
- <sup>16</sup> Avaliação das Unidades Sanitárias – AIDI. Moçambique Março 2005
- <sup>17</sup> WHO Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health, Report on inequities in maternal and child health in Mozambique, 2007
- <sup>18</sup> Van den Broeck, K, Child Height and Maternal Health Care Knowledge in Mozambique, Discussion Papers Department of Economics, University of Copenhagen, 2007
- <sup>19</sup> OMS e UNICEF, 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, 2003. Geneva.
- <sup>20</sup> MISAU e MIC, Mozambique Report for the Regional Workshop on the Elimination of Iodine Deficiency Disorders: Overcoming the Bottlenecks 2008
- <sup>21</sup> MISAU e HKI, Moçambique, Investir na Nutrição é Reduzir a Pobreza, 2004
- <sup>22</sup> Governo de Moçambique; Balanço do PES 2008
- <sup>23</sup> Relatório Nacional das Acções de Seguimento da implementação do plano de acção da cimeira mundial da alimentação. Maputo, Setembro 2008
- <sup>24</sup> Balanço do Plano Quinquenal, INAS