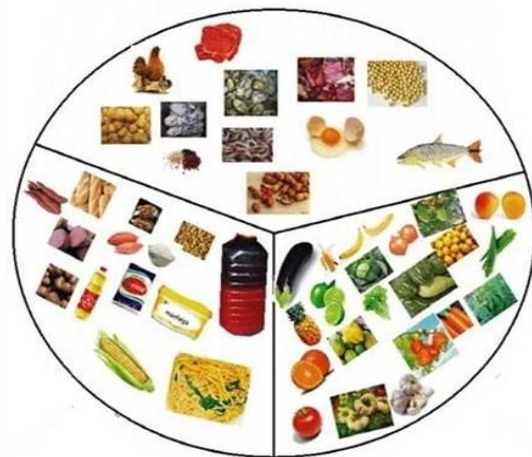


REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU



MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA

PLANO ESTRATÉGICO DE NUTRIÇÃO 2015-2019



Fevereiro 2014

ÍNDICE

ABREVIATURAS	3
PREFÁCIO	4
I. INTRODUÇÃO	5
II. CONTEXTO GERAL	6
III. ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL	10
3.1. Estado nutricional dos grupos vulneráveis	10
3.2. Carências em micronutrientes	11
3.3. Causas da malnutrição na Guiné-Bissau	12
3.4. Intervenções em curso no domínio da nutrição	15
IV. POLÍTICA NACIONAL DE NUTRIÇÃO	17
V. APRESENTAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO DE NUTRIÇÃO 2015-2020	18
5.1. Análise da implementação estratégica da nutrição	18
5.2. ProbleDAG prioritários	19
5.3. Finalidade e Objetivos	19
5.4. Resultados esperados	20
5.5. Princípios Orientadores	20
5.6. Eixos estratégicos	21
5.7. Implementação do Plano Estratégico de Nutrição	21
5.8. Modalidades de coordenação do Plano Estratégico de Nutrição	32
5.9. Modalidades de seguimento e avaliação	33
5.10. Cronograma da implementação das atividades	34

ABREVIATURAS

AEN :	Ações Essenciais em Nutrição
ANFA :	Aliança Nacional para a Fortificação dos Alimentos
ALCP :	Alimentação do Lactente e da Criança Pequena
ASC :	Agente de Saúde Comunitária
BCEAO :	Banco Central dos Estados da África Ocidental
CEDEAO :	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CPN :	Consulta Pré-natal
CPoN :	Consulta Pós-natal
C4D :	Comunicação para o Desenvolvimento
DENARP :	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
DSANSC :	Direção do Serviço de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança
DRAGRI :	Direção Regional da Agricultura
DRCOM :	Direção Regional do Comércio
DREDUC :	Direção Regional da Educação
DRS :	Direção Regional da Saúde
DSR :	Direção da Saúde Reprodutiva
FAO :	Organização das Nações-Unidas para a Alimentação e a Agricultura
GSAN :	Grupo Segurança Alimentar e Nutrição
ILAP :	Inquérito Ligeiro para a Avaliação da Pobreza
IMC :	Índice de Massa Corporal
INASA:	Instituto Nacional de Saúde Pública
INE :	Instituto Nacional de Estatística
IST :	Infeções Sexualmente Transmissíveis
DAG :	Desnutrição Aguda Global
DAM :	Desnutrição Aguda Moderada
DAG :	Desnutrição Aguda Grave
MICS :	Inquérito aos Indicadores Múltiplos
MINAFSCO:	Ministério dos Assuntos Sociais
MININFO :	Ministério da Informação
NAC :	Nutrição a Base Comunitária
OMS :	Organização Mundial da Saúde
ONG :	Organização Não Governamental
PAM :	Programa Alimentar Mundial
PIB :	Produto Interno Bruto
GIDA :	Gestão Integrada da Desnutrição Aguda
PNIA :	Plano Nacional de Investimento Agrícola
PNUD :	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVVIH :	Pessoas Viventes com o Vírus de Imunodeficiência Humana
RESSAN :	Rede da Sociedade Civil para a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
SMART :	Monitorização e Avaliação Padronizada para Situações de Alívio e Transição
DDI :	Distúrbios por Deficiência de Iodo
UEMOA :	União Económica e Monetária da África Ocidental
FNUAP :	Fundo das Nações-Unidas para a Juventude e a População
UNICEF :	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH :	Vírus da Imunodeficiência Humana
WASH :	Água, Higiene e Saneamento

PREFÁCIO

Uma nutrição adequada é um direito fundamental para todos; ela constitui uma condição essencial para o desenvolvimento da criança, para a qualidade de vida do adulto e para o desenvolvimento socioeconómico de um país. Lutar contra a desnutrição, é construir um mundo mais humano, mais justo e mais produtivo.

A Guiné-Bissau aderiu à realização dos Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD), cujo objetivo n.º 1, eliminar a pobreza extrema e a fome, visa nomeadamente reduzir para metade entre 1990 e 2015 a percentagem da população que sofre de fome.

Ainda que a Guiné-Bissau disponha de uma grande diversidade natural, a situação nutricional da sua população mantém-se globalmente precária, principalmente para as crianças com menos de 5 anos, as mulheres grávidas e as mulheres a amamentar, contribuindo para a forte mortalidade infantojuvenil e materna que caracterizam hoje o nosso país, bem como para a redução do potencial humano e o aumento da pobreza.

O nosso país comprometeu-se a fazer da nutrição uma prioridade, de forma a apoiar o seu desenvolvimento socioeconómico. Tendo em conta a sua origem multifatorial, o Governo adotou em fevereiro de 2014 uma política multissetorial para a implementação sinérgica à escala nacional das intervenções de nutrição, que nenhum setor poderia individualmente realizar, de forma a lutar de maneira eficiente contra a desnutrição.

A elaboração do Plano Estratégico de Nutrição 2016-2020 constitui uma importante etapa para preparar a implementação da política nacional de nutrição ao longo dos próximos 5 anos. A sua orçamentação permitirá fornecer dados quantitativos para a mobilização de recursos tanto internos como externos, de forma a apoiar o aumento das atividades multissetoriais de nutrição no território nacional.

O Governo da República da Guiné-Bissau apresenta os seus sinceros agradecimentos à Unicef pelo seu apoio técnico e financeiro, bem como a todos os Parceiros Técnicos e Financeiros, aos Quadros dos diferentes setores públicos, do setor privado, das Organizações da Sociedade Civil e das Organizações Não Governamentais que participaram na elaboração da Política Nacional de Nutrição e do Plano Estratégico de Nutrição, pela sua contribuição na preparação destes documentos estratégicos que vão contribuir para a melhoria do estado nutricional e do potencial produtivo da população no nosso país.

Vamos juntar as mãos, nós conseguiremos.

Domingos Simões Pereira

Primeiro-ministro

I. INTRODUÇÃO

A Guiné-Bissau enfrenta desafios consideráveis nos domínios da sobrevivência e do desenvolvimento. A malnutrição enfraquece, fragiliza e mata; ela é uma das principais causas da mortalidade infantojuvenil e da mortalidade materna no mundo.

A situação nutricional na Guiné-Bissau, tal como nos países em desenvolvimento, caracteriza-se pela persistência da desnutrição nas suas diferentes formas (desnutrição crónica, desnutrição aguda, défice ponderal, deficiências de micronutrientes) e isto apesar dos esforços realizados até á data. Além disso, observa-se o aparecimento de problemas de sobrealimentação (SMART 2012).

Muitos determinantes estão intimamente relacionados à amplitude e à gravidade da malnutrição que afeta principalmente as crianças e as mulheres em idade reprodutiva. Trata-se da ingestão desadequada de alimentos e da persistência de doenças parasitárias e infecciosas que são as causas imediatas.

A precariedade dos cuidados prestados às crianças, a falta de acesso a serviços sociais (saúde, educação, água potável, higiene, saneamento), a insegurança alimentar, o baixo estatuto socioeconómico da mulher e a pobreza constituem os fatores subjacentes e fundamentais deste flagelo.

Através dos seus determinantes, a malnutrição é assim um problema global, transversal e multissetorial.

As consequências da malnutrição são o aumento das taxas de mortalidade infantojuvenil e materna, o fardo das doenças, a redução das capacidades de aprendizagem e de trabalho, bem como a pobreza e grandes perdas económicas. Uma malnutrição que vai desde o período da conceção até aos dois primeiros anos após o nascimento pode provocar deficiências e incapacidades irreversíveis.

Mais do que um problema de saúde pública, a luta contra a malnutrição é uma condição primordial para atingir inúmeros objetivos de desenvolvimento.

Consciente da importância da nutrição como um fator de sobrevivência e como uma condição essencial ao desenvolvimento, o Governo da Guiné-Bissau adotou uma política nacional de nutrição e um quadro multissetorial de coordenação para a implementação sinérgica em vários setores da vida nacional de intervenções eficientes para a melhoria do estado nutricional da população.

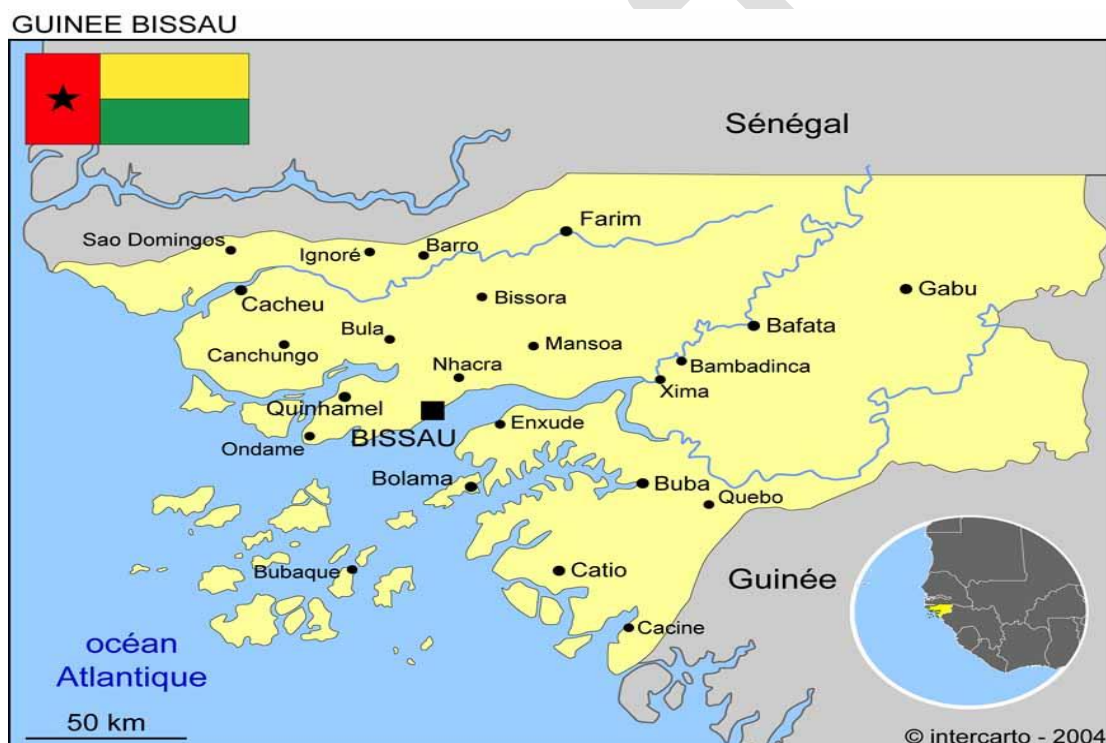
Com vista a traduzir em ações a vontade do Governo de melhorar a situação nutricional da população, este Plano Estratégico de Nutrição é elaborado para a execução da Política Nacional de Nutrição. Ele servirá de quadro de referência para as intervenções multissetoriais ao longo dos próximos 5 anos no domínio da nutrição através de medidas participativas e concertadas que abordarão os determinantes de natureza diversa da malnutrição. Ele pretende ser um instrumento operacional para posicionar a nutrição no coração do desenvolvimento na Guiné-Bissau.

II. CONTEXTO GERAL

2.1. Dados geográficos

A Guiné-Bissau está situada na costa da África Ocidental, entre o 12° grau de latitude Norte e o 15° grau de longitude Oeste. Está rodeada a Norte pelo Senegal, a Sul e a Este pela Guiné, e a Oeste pelo Oceano Atlântico.

A totalidade do país cobre uma superfície de 36.125 km², dos quais 28.000 km² de terra e 8120 km² de mar abrangendo 90 ilhas e ilhéus no Atlântico (o arquipélago dos Bijagós) das quais apenas 17 são habitadas.



Mapa 1: Mapa da República da Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau tem aproximadamente a forma de um triângulo incorporado na massa continental. A costa atlântica é uma planície invadida pelo Oceano Atlântico, coberta de floresta densa. O oceano penetra profundamente no interior das terras (até 100 km) e cria grandes estuários forrados de mangais até à foz dos rios principais (Rio Cacheu, Rio Geba, Rio Corubal, Rio Cafet, Rio Tombali).

O país é predominantemente plano, com exceção do Sudeste. Podemos distinguir 3 paisagens principais : ao Norte, as savanas densas arborizadas, dando lugar a estreitas florestas-galerias ao longo de cada curso de água; a Oeste, a zona de mangal que sobe pelos estuários com imensos campos de inundação; a Este a savanalatérta escarpada subindo em direção ao Fouta-Djalón, com o ponto alto culminante de 360 m nas colinas situadas no extremo Sudeste do país.

A Guiné-Bissau beneficia de um clima tropical geralmente quente e húmido, com uma estação de chuvas de junho a novembro e uma estação seca de dezembro a maio. É um dos países bem irrigados de África, com uma pluviometria de 1500 a 1877 mm em média em 112 dias e com grandes recursos de água à superfície e subterrâneos. O país recebe ainda um grande suplemento de água dos países vizinhos, essencialmente pelo Rio Corubal (Guiné) e o Rio Geba (Senegal).

A Guiné-Bissau dispõe de 1410 km² de terras aráveis, dos quais 150 km² são irrigáveis. As suas condições naturais são favoráveis à cultura de diversos produtos agrícolas (arroz, tubérculos, amendoim, óleo de palma, frutos, legumes), à pecuária (gado bovino, caprino, suíno, ovino, aves de capoeira) e a diversos frutos de mar (peixes, crustáceos, etc.).

Os principais problemas de ambiente na Guiné-Bissau são a desflorestação, a erosão do solo, a sobre-exploração das pastagens e a pesca excessiva.

2.2. Dados demográficos

A população da Guiné-Bissau foi estimada em 1.740.204 habitantes em 2014, de acordo com as projeções feitas com base no recenseamento demográfico de 2009 (RGPH 2009), uma taxa de crescimento de 2,51 %. A sua densidade demográfica é de 48,17 habitantes/km². As mulheres representam 51,5 % da população. A sua taxa de natalidade é de 38,98 ‰, com uma taxa de fecundidade de 4,86 em 2014 (Fonte : Banco Mundial).

Várias etnias povoam a Guiné-Bissau : os Fulas (civilização campesina) e os Mandingas a Este; os Balantas, os Djolas, os Manjacos, os Mancanhas e os Papeis a Oeste ao longo da costa, e os Bijagós nas ilhas a alguma distância da costa.

A Guiné-Bissau conhece um movimento massivo de êxodo rural, sobretudo dos jovens adultos em busca de emprego ou de melhores condições de vida nos centros urbanos onde muitas vezes vão aumentar a camada de desempregados. A sua população urbana foi estimada em 45,93% em 2014 (Fonte : Banco Mundial).

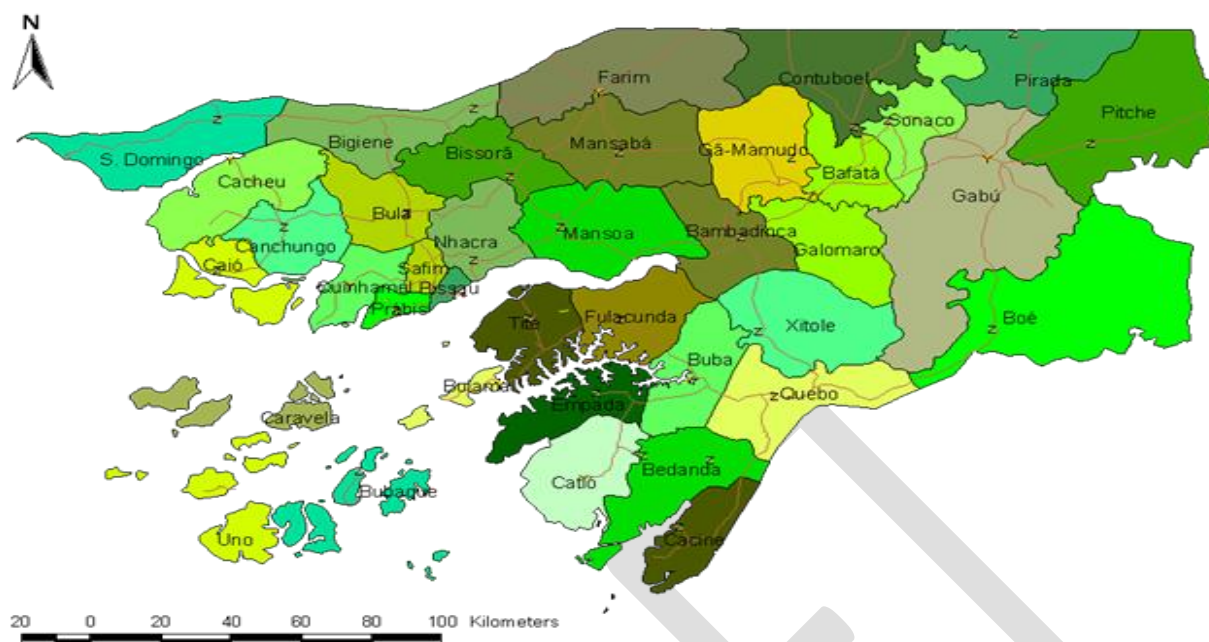
2.3. Organização administrativa

No plano administrativo, o país está dividido em oito (8) regiões administrativas para além do Setor Autónomo de Bissau (SAB) a saber: Gabu e Bafatá a Este, Tombali e Quinara a Sul, Oio, Cacheu e Biombo a Norte, Bolama/Bijagós no arquipélago. Estas regiões estão subdivididas em 36 setores (figura 1) e o setor autónomo de Bissau, a capital do país.

A língua oficial é o português e a língua nacional é o crioulo que é falado por mais de 80 % da população.

O Sistema de saúde abrange um setor público e um setor privado com um mapa sanitário que abrange 11 regiões sanitárias e 114 áreas sanitárias.

Mapa 2. Setores administrativos da Guiné-Bissau



2.4. Contexto económico

Apesar do seu grande potencial, a Guiné-Bissau faz parte da categoria dos países mais pobres. O estudo realizado no âmbito do seguimento dos indicadores de redução da pobreza (ILAP2 2010) coloca em 69,3% o índice da população que vive com menos de 2 \$ por dia, e em 33% o índice de pessoas que vivem com menos de 1 \$ (extrema pobreza). O índice de desenvolvimento humano do PNUD classificou a Guiné-Bissau em 2012 no 176º lugar em 186 países.

A economia Bissau-guineense é essencialmente agrícola; a agricultura contribui para mais de 50% do PIB (2005), mais de 80 % das exportações e emprega 82 % da população ativa. A castanha de caju é o principal produto, que representa 93% das receitas de exportação do país (UEMOA-BCEAO 2005) e é a mais importante fonte de rendimentos do país. O país possui outros recursos naturais : bauxite, madeira, fosfato, petróleo.

2.5. Dados socioculturais

Na Guiné-Bissau, na sociedade tradicional, o poder educativo e social está nas mãos de grupos sociais hierarquizados. No povo Bijagó, o sistema e os valores culturais estão profundamente impregnados das velhas tradições africanas (ditas animistas) com poderosos sistemas de iniciação (fanado) e de organizações comunitárias sólidas. O acesso à maioria social, tanto para os rapazes como para as raparigas, começa com a iniciação. Uma grande parte dos outros grupos étnicos da Guiné-Bissau (Mandingas, Djolas, Manjacos, Papeis) possui em graus diferentes a mesma forma de organização social. Os povos do Nordeste, do Centro e do Este (Fulas, Mandingas) mantêm os vestígios dos antigos sistemas iniciáticos ligados às religiões negro-africanas pré-islâmicas, DAG o Islão introduziu o seu sistema jurídico e as suas referências de valores

tanto sociais como religiosos. Observa-se a existência de ordens e de castas (Fonte : Rolan Colin).

A contribuição das mulheres Bissau-guineenses na sociedade é muito importante, nomeadamente nas atividades económicas informais, elas são responsáveis pela alimentação e a saúde dos membros dos agregados familiares, pela educação das crianças, pelo equilíbrio da família, etc. No entanto, o estatuto social da mulher Bissau-guineense é precário, sobretudo nas comunidades rurais. A mulher Bissau-guineense enfrenta obstáculos no plano social, nomeadamente no baixo acesso à educação, no emprego, e nas fontes de rendimentos. Ela tem muito pouca escolha e poder de decisão, mesmo quando se trata da sua própria pessoa. Esta desigualdade explica a diferença no acesso aos cuidados de saúde, à educação, e às estruturas socioeconómicas.

O índice de desigualdade de género é de 0,381, o que colocou a Guiné-Bissau em 2007 no 148º lugar em 155 países (DENARP II, 2011).

2.6. Contexto sociopolítico

No plano político, a Guiné-Bissau é animada por mais de 20 partidos políticos. Desde a sua independência que a Guiné-Bissau é atormentada por uma instabilidade crónica, com golpes de Estado recorrentes, assassinatos, violência e crises sociopolíticas sucessivas em que o exército desempenha um papel preponderante, as condições de vida da população e o desenvolvimento socioeconómico do país.

A instabilidade político-institucional que caracteriza o país enfraqueceu a administração pública e conduziu a uma profunda degradação as condições de vida da população, que na sua maioria vive em condições muito difíceis, sem acesso aos serviços e às infraestruturas sociais de base.

Apenas 38% da população tem acesso aos serviços de saúde. A cobertura sanitária estima-se a 40% num raio de 5 km. A taxa de alfabetização de adultos não ultrapassa os 51%, a taxa de escolarização é de 67,4% a nível primário e de 23,5% a nível secundário (MICS-2010). As taxas de reprovação e abandono escolar são elevadas.

A taxa de mortalidade infantojuvenil estima-se a 158 para 1000 nados vivos, e a taxa de mortalidade materna (790 para 100.000 nados vivos) está entre as mais elevadas do mundo. A esperança de vida à nascença é de 48,6 anos (DENARP II, 2010).

A última crise decorrente do golpe de Estado de 2012 provocou a interrupção das ações dos principais doadores, afetando a segurança alimentar das famílias sobretudo dos mais vulneráveis.

A organização em abril e maio de 2014 das eleições legislativas e presidenciais credíveis, livres, transparentes e democráticas augura a restauração de um clima de paz e estabilidade social, podendo permitir a realização do Plano de Estabilização e Desenvolvimento pelo Governo, que prevê ações concretas visando a implementação da Política Nacional de Nutrição e do seu Plano Estratégico 2015-2020.

III. ANÁLISE DA SITUAÇÃO NUTRICIONAL

3.1. Situação nutricional das populações vulneráveis

3.1.1. Situação nutricional das crianças dos 6 aos 59 meses

Nas crianças dos 6 aos 59 meses, é a desnutrição que prevalece, sob as suas diferentes formas: 27,4 % tem um atraso de crescimento (desnutrição crónica), 6,5 % são emaciados (desnutrição aguda) e 17,5 % têm um défice ponderal que reflete tanto a desnutrição aguda como a desnutrição crónica (SMART 2012). Existem grandes variações entre as regiões, as de Gabu, Bafatá e Oio têm as taxas mais elevadas das diferentes formas de desnutrição.

A população rural é mais atingida do que a população urbana. Em 2010, o Inquérito MICS reportou uma taxa de 21 % de prevalência do défice ponderal no meio rural, contra 13 % no meio urbano a nível nacional.

3.1.2. Situação nutricional das mulheres em idade reprodutiva

A avaliação do estado nutricional (Inquérito SMART) em 2012 das mulheres de 15 a 49 anos não grávidas, revelou a coexistência da desnutrição e da sobre alimentação (um fardo duplo), nas mulheres em idade reprodutiva. Por um lado, 11,3% das mulheres apresentam um baixo peso e 0,9 % tem uma magreza severa, traduzindo a desnutrição (IMC <18,5); as regiões de Gabu (16,5 %), Oio (16,3 %) e Bafatá (14,3 %) são as mais afetadas. Por outro lado, 22,6 % das mulheres apresenta um estado nutricional que reflete uma sobre alimentação (IMC ≥ 25), com 14% de excesso de peso e 8,6% obesas (IMC ≥ 30); em Bissau, a Capital, a situação nutricional de uma mulher em três (33,8 %) reflete a sobrealimentação: 20,4 % em excesso de peso e 13,4 % obesas.

A desnutrição e a sobrealimentação das mulheres em idade reprodutiva afetam a sua própria saúde e a dos seus filhos desde a vida intrauterina. As estimativas da análise sistemática dos dados dos inquéritos reportando acerca do peso e da altura da população em 188 países, e publicados no Jornal The Lancet a 29 de maio de 2014, mostraram uma prevalência muito elevada do excesso de peso e da obesidade tanto nas crianças, como nos adultos de ambos os sexos na Guiné-Bissau.

O excesso de peso e a obesidade são a porta de entrada de várias doenças não transmissíveis (diabetes não insulínica, enfarte do miocárdio, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, doenças renais), que figuram entre as principais causas de morbilidade e mortalidade nos hospitais da Guiné-Bissau.

O duplo fardo da desnutrição deverá, contudo, ser considerado como um fenómeno mórbido ameaçando a saúde das populações e apelando a uma atenção urgente na Guiné-Bissau.

3.1.3. O estado nutricional dos recém-nascidos

O baixo peso à nascença (< 2,5 kg) está ligado a um mau estado nutricional e de saúde da sua mãe. A malnutrição, o baixo aumento de peso da mãe, bem como as doenças como o paludismo e a anemia durante a gravidez, podem prejudicar consideravelmente o crescimento do feto e a sobrevivência do recém-nascido. Um bebé subalimentado na barriga da sua mãe está exposto a um risco acrescido de morrer nos primeiros meses e anos de vida; e aquele que sobrevive tem uma função imunológica comprometida e um maior risco de doença. Uma criança que nasceu com baixo peso tem tendência a ter um QI mais baixo e deficiências cognitivas, reduzindo as suas capacidades de aprendizagem, de trabalho e de produtividade.

Em 2010, a taxa das crianças de baixo peso à nascença era de 11% na Guiné-Bissau (MICS-2010); esta taxa foi calculada sem contar o número de bebés que nasceram em casa e que não são pesados à nascença, e aqueles de inúmeras mães que esquecem o peso do bebé se o seu cartão de saúde não está disponível.

3.1.4. Situação nutricional das pessoas infetadas com o VIH

A prevalência do VIH/Sida na população geral da Guiné-Bissau é elevada (5,3%), e é de 5,8 % nas mulheres grávidas (INASA, maio 2010). Uma grande proporção (40 %) dos tuberculosos rastreados é VIH positivos (UNGASS 2010). O estudo publicado em 2013 sobre a intervenção nutricional pelo PNLIS mostrou que 51,9% das PVVIH estão desnutridas no momento de se colocarem sob tratamento antirretroviral, e que apenas 9,2% recebem uma assistência nutricional.

A infeção pelo VIH enfraquece a segurança alimentar e a nutrição ao reduzir a capacidade de trabalho e a produtividade, colocando em risco a subsistência das famílias. O VIH enfraquece o estado nutricional comprometendo o sistema imunitário, tal como o consumo, a absorção e o benefício dos nutrientes. A desnutrição pode agravar os efeitos do VIH e acelerar a evolução das doenças ligadas ao VIH nas pessoas infetadas pelo vírus.

Um consumo e uma absorção alimentar suficientes são essenciais para tirar o maior partido possível do tratamento antirretroviral, que por si mesmo pode aumentar o apetite, e possivelmente reduzir alguns efeitos secundários e encorajar o cumprimento dos tratamentos uma vez que alguns medicamentos são absorvidos com a refeição.

3.2. Carências em micronutrientes

As estatísticas publicadas pela OMS em 2005 mostraram que a anemia (cuja forma crónica está muitas vezes ligada à carência em ferro, afetava 58% das grávidas e 74,9% das crianças com menos de 5 anos na Guiné-Bissau.

Não existem dados epidemiológicos sobre a dimensão da carência de vitamina A na Guiné-Bissau. A precariedade das condições de vida e o perfil de morbilidade e de mortalidade deixam pensar numa prevalência elevada de hipovitaminose A na população.

O inquérito realizado em 1995 na Guiné-Bissau tinha mostrado uma endemia severa das Doenças por Carência de Iodo (DDI), testemunhada por uma prevalência de bócio de

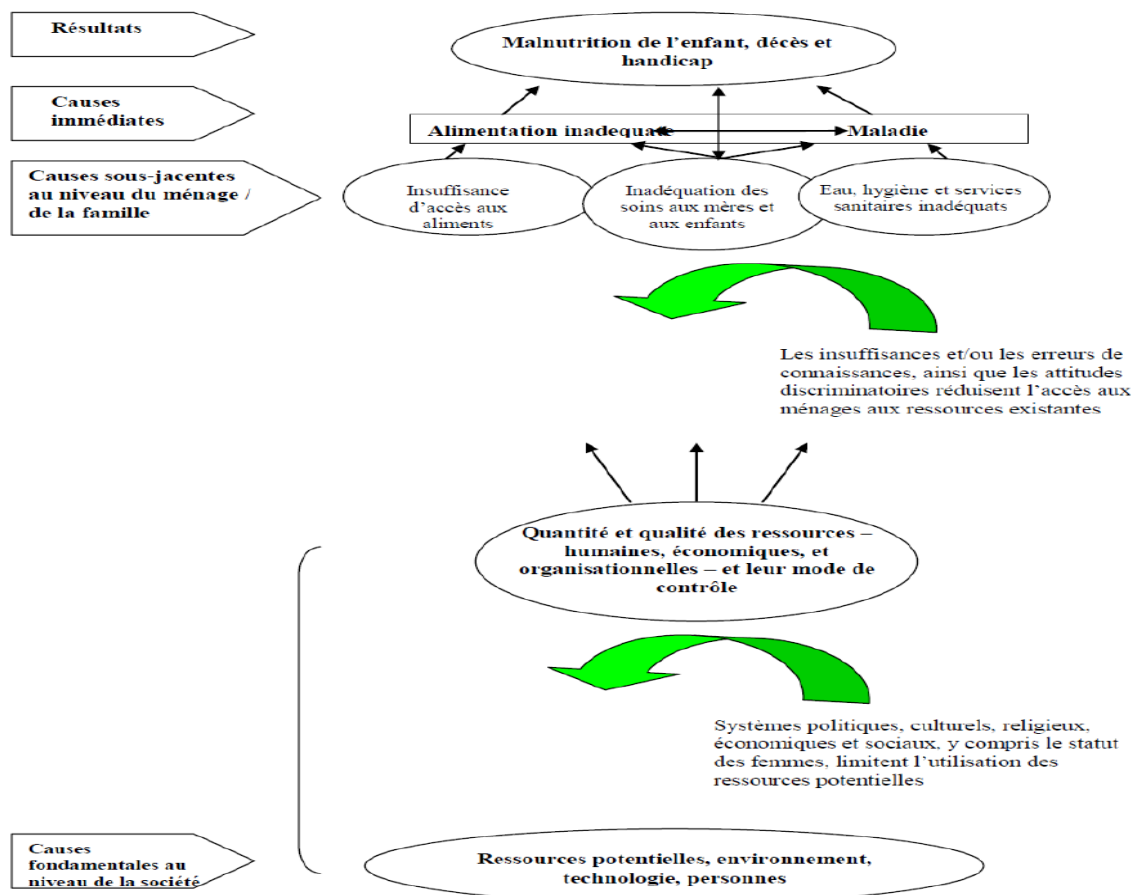
32%; as regiões de Bafatá (58%), Gabu (52 %) e Oio (40 %) eram as mais afetadas. Não foram realizados estudos epidemiológicos no país acerca das DDI. A proporção de famílias que dispunha de sal iodado em 2012 era de 27,4%, longe do objetivo fixado em 95 %.

Relativamente à carência de zinco, segundo a classificação do Grupo Consultivo Internacional sobre a Nutrição em Zinco, os países que têm uma prevalência de desnutrição crônica superior a 20 % têm um risco elevado de carência de zinco; com 27,4 % de prevalência da desnutrição crônica, a Guiné-Bissau situa-se entre esses países.

3.3. Causas da malnutrição

Na Guiné-Bissau, como na maior parte dos países em desenvolvimento, a malnutrição resulta de causas imediatas, de causas subjacentes e de causas fundamentais.

Figure 1 : Cadre conceptuel pour l'analyse des causes de malnutrition



Source: UNICEF (1997) *Conceptual framework for analysing the causes of malnutrition*. New York: UNICEF.

3.3.1. Causas imediatas :

- Alimentação desadequada

A alimentação do bebé é desadequada na Guiné-Bissau. Segundo o inquérito SMART-2012, cerca de um terço (27,9 %) dos recém-nascidos não são colocados ao peito na

primeira hora após o parto, e 32,7 % dos bebês de menos de 6 meses não são amamentados em exclusivo.

A alimentação complementar das crianças dos 6 aos 24 meses é de um modo geral desadequada : apenas 11 % tem uma alimentação diversificada e 11 % tem um mínimo de alimentação aceitável; a taxa de introdução de alimentos sólidos a partir dos 6 meses diminuiu (96,2 % em 2010 e 44,3 % em 2012). O consumo de frutas e legumes, ricos em vitaminas e minerais é raro nas crianças.

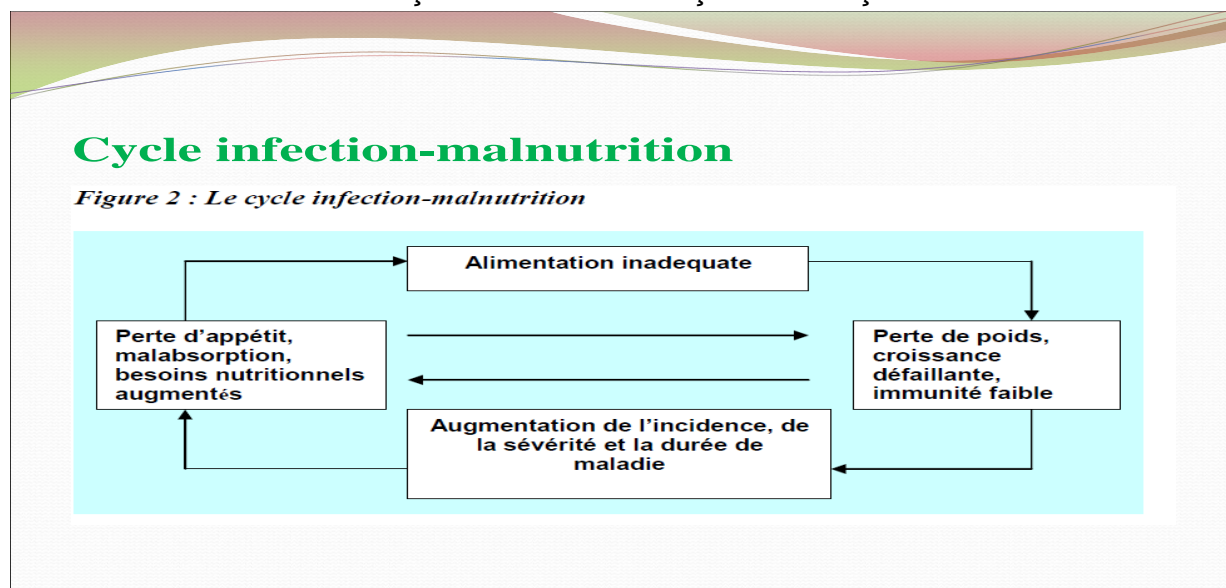
A alimentação do adulto é igualmente pobre e monótona, pouco diversificada e principalmente baseada no consumo de arroz. Muitas famílias comem uma única refeição por dia. Os legumes e as frutas são pouco consumidos. O acesso às proteínas animais é limitado, sobretudo para as populações distantes do litoral. Mesmo que as populações rurais disponham de alimentos de alto valor nutritivo (carne, peixe, frutos...), elas preferem vendê-los para adquirir bens não alimentares. Alguns tabus proíbem às grávidas e às crianças o consumo de alimentos tais como os ovos, a banana, a "mafé" (carne e peixe), etc.

No caso da malnutrição por excesso (excesso de peso, obesidade) e das doenças não transmissíveis ligadas à nutrição e aos modos de vida (diabetes de tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, cirrose do fígado, cancro do pulmão, gota, artroses...), para além da ingestão desadequada (alimentação rica em açúcares, em gorduras, em sal...), a inatividade física, o sedentarismo e o consumo de estupefacientes (álcool, tabaco e outros produtos nocivos) contribuem para a sua ocorrência.

- Doenças

O paludismo mantém-se a principal causa da utilização dos serviços de saúde, do absentismo nas escolas e nos locais de trabalho, com um impacto negativo na economia nacional e no rendimento das famílias. As doenças infecciosas e parasitárias, as carências nutricionais nas crianças e nas grávidas, a insuficiência de higiene e de educação sanitária, constituem os determinantes que estão na base do baixo nível de saúde da população. (POPEN, 2012, página 4).

As doenças em geral constituem os fatores de agravamento da malnutrição. Existe uma interação entre a malnutrição e a infecção.



Devido nomeadamente à inapetência e à erosão dos meios de subsistência, muitas outras doenças podem afetar o estado nutricional dos pacientes.

3.3.2. Causas subjacentes

- Acesso insuficiente aos alimentos

As práticas alimentares e nutricionais nas famílias não permitem às crianças ter uma ingestão alimentar suficiente na Guiné-Bissau, principalmente as crianças pequenas cuja alimentação complementar é geralmente pouco diversificada, desequilibrada e de fraco valor nutritivo.

O Inquérito Aprofundado da Segurança Alimentar em situação de emergência realizada em Agosto e Setembro de 2013 no meio rural em 8 Regiões observou uma situação alimentar muito alarmante em grande escala na Guiné-Bissau; relacionados com o conjunto da população rural, os seus resultados indicam que 29 % da população rural estão numa situação de insegurança alimentar (moderada e grave).

A monocultura do caju afeta igualmente a segurança alimentar dos agregados familiares rurais na Guiné-Bissau, nomeadamente após a sua expansão em detrimento de terras destinadas a outras culturas alimentares, e à vulnerabilidade de numerosas famílias dependentes das receitas da castanha de caju para comprar alimentos. A ausência de horticultura e da criação de pequenos animais em várias famílias, a falta de política e de infraestruturas de armazenamento, transformação de produtos agrícolas ao nível dos agregados familiares e comunitário acentuam a insegurança alimentar das famílias.

- Desadequação dos cuidados prestados às mães e às crianças

O acesso e a utilização dos serviços de saúde são limitados por barreiras físicas, financeiras e sociais. A afluência à consulta pré-natal (CPN) não é regular. De facto, se 93 % das mulheres grávidas vão à CPN1, apenas 68% frequenta a CPN4 (MICS 2010);

muitas grávidas não fazem as 4 consultas recomendadas e não beneficiam de todos os temas de educação nutricional e das vantagens do acompanhamento regular do estado nutricional.

Cerca de $\frac{3}{4}$ das mulheres (71,7 %) dão à luz em casa (MICS-2010). A proporção dos partos assistidos por pessoal qualificado na Guiné-Bissau é de 43% (MICS) dos quais 26,8 % na região de Oio, à 27,5 % nas regiões do Leste (Gabu, Bafatá) e 72,7 % em Bissau. Estes partos em casa comportam riscos de mortalidade materna sobretudo em caso de gravidezes distocias ou de complicações obstétricas. Inúmeras crianças que nascem em casa não beneficiam de registo nem de peso à nascença, e estão também em risco de morte no caso de prematuridade, de stress respiratório ou de outra causa de mortalidade neonatal.

Com 6 % da taxa de gravidez precoce em raparigas com menos de 15 anos e 33 % antes da idade de 18 anos, muitas raparigas tornam-se mães sem ter atingido o seu desenvolvimento pleno e maturidade, sem estarem preparadas nem terem os recursos para cuidar adequadamente dos seus bebés.

Por outro lado, o estatuto social, o seu fraco poder de compra, e outros constrangimentos que enfrentam não lhe garantem uma alimentação adequada, um bom estado de saúde e uma boa qualidade de vida.

- Inadequação dos serviços de saúde, de acesso à água e de saneamento

A qualidade dos serviços de saúde é muitas vezes insuficiente por falta de recursos humanos qualificados e de uma boa base técnica. Apenas 38% da população tem acesso aos serviços de saúde. A taxa de contraceção é de 14 %. A fluência à consulta pré-natal é irregular como mencionado mais acima. A fluência à consulta pós-natal é quase inexistente, tal como o seguimento comunitário do desenvolvimento e do crescimento das crianças que permitiria o rastreio e o tratamento precoces da malnutrição. As crianças são pesadas normalmente apenas no momento da vacinação das crianças.

- Acesso desadequado à água e à salubridade ambiental

O acesso à água potável e as condições de higiene e saneamento não são adequadas a nível comunitário : menos de 20 % das famílias utilizam estruturas de saúde melhoradas, 50 % da população em zonas rurais defecam a céu aberto, e um quarto da população no meio urbano não tem acesso a fontes de água potável. Nas escolas, os pontos de água, os espaços para lavar as mãos e para a preparação dos alimentos não são apropriados, e a higiene das latrinas deixa a desejar.

3.3.3. Causas fundamentais

A malnutrição afeta em geral as crianças dos agregados familiares mais pobres, em zonas rurais, nascidas de mães pouco instruídas. Os principais fatores fundamentais da malnutrição na Guiné-Bissau são : a pobreza generalizada (70%) da população, o analfabetismo e o baixo nível de instrução da mãe, o estatuto social da mulher sobretudo

nas comunidades rurais, o nível de infraestruturas socioeconómicas, a insuficiência de recursos humanos qualificados em nutrição, o contexto social, económico e político.

3.4. Intervenções em curso ou realizadas no domínio da nutrição

Estão em curso e foram realizadas muitas intervenções relacionadas com nutrição nos diversos setores na Guiné-Bissau. Estas intervenções foram muitas vezes iniciadas de forma isolada, sem coordenação, e são desenvolvidas a uma escala globalmente limitada.

Numa escala globalmente limitada, decorrem atualmente intervenções no domínio da nutrição na Guiné-Bissau em vários setores, tais como :

- No setor da Saúde
 - a promoção de boas práticas de Alimentação do Lactente e da Criança Pequena (ALCP), para a promoção do aleitamento materno da alimentação complementar;
 - a prevenção das carências em micronutrientes pela organização, a nível nacional, de campanhas de suplementação em vitamina A e desparasitação das crianças dos 6 aos 59 meses, a suplementação das grávidas em ferro/folatos na consulta pré-natal, o apoio às associações de produtoras de sal iodado, o apoio ao sistema de controlo da iodização do sal e a organização de uma Aliança Nacional para a Fortificação dos Alimentos (ANFA);
 - a promoção da nutrição comunitária nas Áreas de Saúde pelo acompanhamento e educação nutricionais a nível comunitário;
 - o tratamento da desnutrição, através de formações sobre o tratamento integrado da desnutrição aguda, o apoio em insumos para o tratamento dos casos severos de malnutrição nas estruturas de saúde, o apoio nutricional às PVVIH e tuberculosos.
- No setor agrícola para melhorar a segurança alimentar e nutricional:
 - o apoio à criação de unidades de produção de animais de ciclo curto;
 - o fornecimento de sementes, de pequenos materiais agrícolas e fertilizantes, para o desenvolvimento de hortas escolares para melhorar a situação nutricional das crianças escolarizadas;
 - o fornecimento de sementes, de pequenos materiais agrícolas e fertilizantes, para o desenvolvimento de hortas comunitárias com vista a aumentar os rendimentos das mulheres;
 - o apoio ao reforço do sistema de informação sobre a segurança alimentar e nutricional.

- No setor da Educação
 - a integração da nutrição no currículo da educação de base e de alfabetização;
 - a distribuição de comida nas cantinas escolares;
 - o desenvolvimento das hortas escolares e das "Escolas Amigas das Crianças".
- No setor da Água, Higiene e Saneamento :

O Plano nacional de Água, Saneamento e Higiene (2010-2020) está a ser implementado para melhorar o acesso à água potável e às boas condições de higiene e saneamento, para a prevenção das doenças infecciosas e parasitárias.

- No setor da Proteção Social

Para a proteção social, houve o apoio agrícola de emergência às famílias vulneráveis afetadas pela insegurança alimentar e a malnutrição, assim como as atividades de food for work (alimentos por trabalho) e cash for work (dinheiro por trabalho) para melhorar o seu acesso aos géneros alimentícios.

IV. POLÍTICA NACIONAL DE NUTRIÇÃO

A 4 de fevereiro de 2014, o Governo da Guiné-Bissau adotou uma política multissetorial de nutrição, visando garantir um bom estado nutricional a todos os habitantes da Guiné-Bissau, para tirar o melhor partido das suas capacidades físicas, inelectuais e psicoativas, para que levem uma vida sã, ativa e produtiva.

Esta política foi elaborada após um processo consultativo, inclusivo e participativo com todas as partes interessadas (setores público e privado, parceiros técnicos e financeiros, organizações da sociedade civil e ONG. A sua validação foi presidida pelo Primeiro Ministro, que imediatamente solicitou a adesão da Guiné-Bissau ao Movimento Mundial de Reforço da Nutrição (Scaling Up Nutrition, SUN em sigla).

A finalidade da política nacional de nutrição é garantir um capital humano produtivo, através de uma boa nutrição da população, para contribuir mais eficazmente ao desenvolvimento do país. O seu objetivo geral é melhorar o estado nutricional da população na Guiné-Bissau, em particular das pessoas vulneráveis, criando sinergias entre ações diretas de nutrição e os setores sensíveis à nutrição.

Os seus objetivos específicos para 2025 visam nomeadamente reduzir em 40 % a taxa de atraso de crescimento e a menos de 5% a taxa de desnutrição aguda nas crianças de menos de 5 anos, reduzir em um terço a prevalência da anemia nas crianças de 0 a 23 meses, reduzir em um terço a prevalência do excesso de peso e em 50% a prevalência

da anemia nas mulheres em idade reprodutiva, eliminar as doenças por carência de vitamina A e iodo.

Para garantir uma ótima nutrição em todo o país, foram estabelecidos os seguintes princípios orientadores: a liderança do Estado, a descentralização, a integração, a colaboração intersectorial, a participação comunitária, a equidade, o respeito pelas considerações de género, a transparência na gestão, as parcerias, a coordenação e a sustentabilidade.

A realização dos objetivos da Política Nacional de Nutrição passa pela implementação sinérgica das intervenções diretas de nutrição (promocionais, preventivas e de tratamento) e das intervenções de todos os setores sensíveis à nutrição: Saúde, Agricultura, Água, Higiene e Saneamento, Educação, Plano, Comércio, Indústria, Proteção Social, etc. com vista a melhorar o estado de saúde da população.

A Política Nacional de Nutrição definiu um quadro institucional para a coordenação multissetorial da nutrição na Guiné-Bissau, colocado sob a autoridade direta do Primeiro-Ministro, e com órgãos de concertação de nível central, regional e comunitário.

A Política Nacional de Nutrição prevê que o seguimento da situação nutricional seja feito de uma forma regular e que este seja objeto de relatórios periódicos sob a forma de boletins informativos duas vezes por ano. São planificadas anualmente e de cinco em cinco anos revisões da política nacional de nutrição.

V. APRESENTAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO DE NUTRIÇÃO 2015-2020

5.1. Análise estratégica da implementação da nutrição

Com vista a identificar os problemas prioritários em matéria de nutrição e os principais eixos estratégicos para o Plano Estratégico de Nutrição, a análise estratégica dos programas em curso permitiu reconhecer as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças abaixo:

5.1.1. Forças

- Existência de uma política nacional de nutrição, multissetorial e consensual;
- Acordo sobre a institucionalização de uma plataforma de coordenação intersectorial da nutrição (Comité Nacional de Nutrição), sob a presidência do 1º Ministro;
- Adesão da Guiné-Bissau ao Movimento mundial Scaling Up Nutrition (SUN);
- Existência de programas que podem influenciar positivamente a nutrição nos setores sanitário, agrícola, educativo, ambiental e social;
- Existência de documentos e diretivas técnicas no que diz respeito ao tratamento nutricional: protocolo GIDA, protocolo PVVIH;
- Existência de uma rede dos Agentes de Saúde Comunitária (ASC) formados para a promoção das 16 Práticas Familiares Essenciais (incluindo a nutrição);

- Existência de um Centro modelo de formação em GIDA em Cumura;
- Existência de uma rede dos intervenientes em nutrição e segurança alimentar (GSAN, ANFA, RESSAN);

5.1.2. Fraquezas

- Coordenação institucional da nutrição não efetiva a nível nacional;
- Fraco conhecimento do valor nutritivo dos alimentos local;
- Insuficiência de recursos humanos e financeiros para a nutrição;
- Ausência de estrutura para um enraizamento da nutrição a nível comunitário;
- Fraca implicação da comunidade na luta contra a malnutrição;
- Carência de ONG operacionais no domínio da nutrição;
- Ausência de um Plano de Comunicação que integre a componente nutricional;
- Fraca execução das ações essenciais em nutrição (instituições de saúde).

5.1.3. Oportunidades

- Interesse a nível dos Parceiros técnicos e financeiros a favor da nutrição;
- Existência de um comité de coordenação do Setor da Saúde (CCSS);
- Existência de um projeto de seguimento dos indicadores de Segurança Alimentar e Nutrição;
- Existência de uma unidade de Comunicação para o Desenvolvimento (C4D);
- Vontade Política para integrar os protocolos de GIDA e de Tratamento PVVIH no currículo de formação da Faculdade de Medicina e do Instituto Nacional de Saúde;
- Clima de paz reencontrado após as eleições legislativas e presidenciais de 2014.

5.1.4. Ameaças

- Prevalência elevada de doenças infecciosas e parasitárias, como o paludismo, as doenças diarreicas, o VIH/Sida e a tuberculose, que precipitam a malnutrição;
- Nível elevado de insegurança alimentar sobretudo no meio rural (29 %);
- Pobreza generalizada da população (70 %);
- Baixo nível de alfabetização de adultos (51 %), sobretudo das mães.

5.2. Problemas prioritários

Da análise estratégica, destacam-se os problemas prioritários :

- o duplo fardo da malnutrição : desnutrição e sobrealimentação,
- práticas alimentares desadequadas sobretudo na alimentação complementar,
- elevada insegurança alimentar das famílias,
- a prevalência elevada das doenças diarreicas, infecciosas e parasitárias,
- a fraca execução das ações essenciais de nutrição nas formações sanitárias e a nível comunitário,
- a fraca participação das comunidades nas ações de nutrição,
- a baixa tomada de consciência sobre a importância da nutrição,
- a fraca colaboração entre os diferentes setores em matéria de nutrição,

- a fraca coordenação intersectorial em matéria de nutrição,
- as fraquezas de monitorização e investigação em matéria de nutrição,
- a inexistência de estruturas de formação em nutrição,
- a insuficiência de recursos a favor da nutrição.

5.3. Finalidade e Objetivos do Plano Estratégico de Nutrição

O Plano Estratégico de Nutrição inspira-se na Política Nacional de Nutrição, da qual é uma ferramenta de operacionalização para os primeiros 5 anos de implementação no país.

5.3.1. Finalidade

A finalidade do Plano Estratégico de Nutrição é contribuir para a realização dos objetivos da Política Nacional de Nutrição com vista a garantir uma boa nutrição a toda a população.

5.3.2. Objetivos

- Objetivo geral

O objetivo geral do Plano Estratégico de Nutrição 2016-2020 é assegurar a implementação, a extensão e a sinergia das intervenções diretas de nutrição e as dos setores sensíveis à nutrição, com vista a melhorar o estado nutricional dos guineenses.

- Objetivos específicos

Os objetivos específicos a realizar até 2020 são os seguintes :

- Reduzir em 15 % as taxas de desnutrição na população de acordo com o ciclo de vida,
- Reduzir em 15 % a taxa de sobrealimentação na população,
- Aumentar em 30 % a segurança alimentar das famílias,
- Melhorar a coordenação intersectorial da nutrição,
- Melhorar a monitorização nutricional,
- Melhorar os comportamentos para uma boa nutrição

5.4. Resultados esperados

No final de 2020, são esperados os seguintes resultados :

- a taxa de prevalência do atraso de crescimento, da desnutrição aguda e do défice ponderal nas crianças dos 6 aos 59 meses são reduzidas em 15 %,
- a taxa de prevalência de anemia nas crianças de 0 a 23 meses é reduzida em 15 %,
- a taxa de prevalência da malnutrição nas mães é reduzida em 15 %,
- as taxas de prevalência do excesso de peso e da obesidade são reduzidas em 15 %.
- a taxa de prevalência de anemia nas mães é reduzida em 15 %,

- a segurança alimentar das famílias é aumentada em 30 %,
- as estruturas de coordenação da nutrição são operacionais a nível central e em cada região,
- os dados de vigilância da situação são recolhidos regularmente,
- os comportamentos favoráveis à nutrição são adotados pelas populações.

5.5. Princípios orientadores

Em consonância com as recomendações da Política Nacional de Nutrição, os seguintes princípios orientadores são estabelecidos para o aumento sinérgico das intervenções de nutrição em todo o país ao longo dos próximos 5 anos :

- Transparência na gestão, com prestação de contas,
- Liderança do Estado,
- Descentralização e concertação funcional a nível das regiões,
- Integração,
- Colaboração intersectorial,
- Participação comunitária efetiva em todo o processo,
- Consideração do género,
- Parceria,
- Coordenação.

5.6. Eixos estratégicos

Para alcançar até 2020 os Objetivos estabelecidos, foram planificados os seguintes eixos estratégicos em todas as regiões :

- Prevenção da desnutrição nos grupos vulneráveis de acordo com o ciclo de vida
- Promoção do tratamento correto dos casos de desnutrição aguda
- Prevenção das doenças ligadas à sobrealimentação na população
- Promoção da segurança alimentar das famílias
- Promoção da luta contra as carências em micronutrientes
- Apoio à prevenção das doenças infecciosas e parasitárias
- Reforço da execução das ações essenciais em nutrição a nível comunitário e nas instituições de saúde
- Reforço dos sistemas de informação e da investigação em nutrição
- Reforço da coordenação intersectorial dos intervenientes em nutrição
- Reforço da comunicação para a nutrição

5.7. Implementação do Plano Estratégico de Nutrição

Objetivo específico 1 : Reduzir em 15 % as taxas de desnutrição nos grupos vulneráveis

Para prevenir a desnutrição desde a conceção até à idade de 24 meses (janela de oportunidade) e durante os outros períodos críticos do ciclo de vida, foram planificadas as seguintes estratégias :

Estratégia 1 : Promoção de uma boa nutrição das mulheres em idade reprodutiva

A boa nutrição da mãe tem vantagens sobre a sua própria saúde, sobre a sobrevivência do seu filho desde a vida intrauterina, e permite quebrar o ciclo intergeracional da desnutrição mãe-criança. Estão assim previstas as seguintes atividades :

- Sensibilizar as grávidas e as mulheres a amamentar para terem uma alimentação equilibrada, diversificada e suficiente pelo aumento do número de refeições (4 refeições por dia durante a gravidez e 5 refeições por dia durante o período de amamentação, exceto em caso de excesso de peso ou obesidade).
- Sensibilizar a grávida e a mãe a amamentar sobre a importância do parto nos hospitais e da frequência às consultas pré-natais e pós natais, incluindo sobre os cuidados de saúde necessários durante a gravidez e o parto.
- Assegurar o acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar da grávida na consulta pré-natal.
- Assegurar o acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar da mulher a amamentar na consulta pós natal.
- Assegurar o rastreio ativo da desnutrição nas comunidades com equipas técnicas móveis.
- Alargar a cobertura nacional da iniciativa Maternidade com menos riscos, com a construção de " Casas de Mães ".
- Dinamizar a rede das " Mães Amigas da Criança ", para as sessões de troca de experiências, conselhos nutricionais e formações em técnicas.
- Formar os agentes e equipar os Centros de saúde para o acompanhamento nutricional.
- Assegurar supervisões formativas aos técnicos dos Centros de saúde.

Estratégia 2: *Promoção de uma alimentação otimizada das crianças de 0 a 24 meses*

Esta estratégia será implementada pelas seguintes atividades:

- Sensibilizar as grávidas e as mulheres a amamentar sobre a melhor prática de alimentação do lactente e da criança pequena (ALCP), incluindo em situações de emergência, a saber:
 - início da amamentação na primeira hora após o nascimento;
 - amamentação exclusiva até aos 6 meses;
 - amamentação continuada até aos 24 meses;
 - introdução de alimentos complementares adequados em consistência, frequência e densidade a partir dos 6 meses;
 - alimentação da criança nascida de mãe seropositiva de acordo com o protocolo nacional.
- Garantir o acompanhamento e a promoção do crescimento e do desenvolvimento das crianças com menos de 24 meses ao nível dos postos comunitários e dos Centros de Saúde;
- Assegurar a promoção de alimentos complementares de qualidade à base de produtos locais;
- Assegurar o enriquecimento de alimentos complementares com micronutrientes em pó,
- Assegurar o uso controlado de leites artificiais para bebés de acordo com o código de comercialização prescrito para os substitutos do leite materno;

- Redinamização das iniciativas Amigas dos Bebés (Hospitais, Comunidades...)
- Uniformizar em 90 dias a licença de maternidade e garantir que todas as mulheres que trabalham têm direito ao pagamento das prestações a todos os níveis;
- Apoiar a criação de espaços de amamentação nos locais de trabalho;
- Desenvolver uma política de oferta gratuita de uma cesta de alimentos complementares à base de produtos locais a nível dos Centros de Saúde para as crianças mais vulneráveis e em risco de desnutrição.

Estratégia 3 : Promoção de uma alimentação otimizada das crianças dos 24 aos 59 meses

O estado nutricional das crianças dos 24 aos 59 meses será melhorado pela implementação das seguintes abordagens estratégicas:

a. Prevenir e controlar as carências em micronutrientes :

- promover a prevenção, a deteção precoce e o tratamento da anemia;
- assegurar a desparasitação semestral das crianças a partir da idade de um ano;
- assegurar a suplementação semestral em vitamina A;
- promover a iodização universal do sal e do seu consumo;
- associar a suplementação em zinco no tratamento das crianças que sofrem de diarreia;
- promover o consumo de alimentos ricos ou enriquecidos em micronutrientes, incluindo os micronutrientes em pó;
- promover o enriquecimento em ferro, ácido fólico e vitamina A da farinha e do óleo.

b. Assegurar o diagnóstico precoce e o tratamento da desnutrição aguda, da desnutrição crónica e das doenças infantis associadas à malnutrição :

- promover o mecanismo de diagnóstico precoce, o tratamento e o encaminhamento em caso de desnutrição aguda, de acordo com o Protocolo Nacional de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda (GIDA);
- assegurar o acesso ao tratamento e ao acompanhamento de qualidade dos casos de desnutrição aguda, das doenças infantis crónicas associadas à malnutrição, ao nível das estruturas de saúde e comunitárias;
- estender a cobertura do tratamento da desnutrição aguda, da desnutrição crónica e das doenças infantis associadas à desnutrição a todas as Áreas de Saúde.

c. Melhorar o acesso à água potável e às boas práticas de higiene e saneamento :

- acelerar o processo de eliminação da defecação a céu aberto;
- promover a boa utilização das latrinas familiares;
- promover a eliminação adequada das fezes das crianças;
- promover a lavagem das mãos com água e sabão várias vezes por dia e sempre após a defecação, a limpeza dos excrementos das crianças, antes de comer e antes de cozinhar os alimentos;
- promover o acesso à água potável e em quantidade suficiente;
- promover as boas práticas de tratamento de água em casa;
- promover hábitos quotidianos de preparação e manipulação higiénica de alimentos.

Estratégia 4 : Promoção de uma alimentação otimizada das crianças dos 6 meses aos 19 Anos.

O estado nutricional das crianças e adolescentes dos 6 aos 19 anos será melhorado pela implementação das seguintes abordagens estratégicas :

- Promover as boas práticas em matéria de nutrição para as crianças e adolescentes ao nível da comunidade, da escola, das estruturas de saúde e dos centros de alfabetização das mulheres;
- Promover as Escolas Amigas das Crianças e bungalow com ações periódicas de educação nutricional para os alunos, os professores, os cozinheiros das cantinas escolares, os pais e os encarregados de educação;
- Assegurar a desparasitação semestral das crianças na educação básica.
- Promover o consumo de alimentos enriquecidos, incluindo o sal iodado na escola e em família;
- Promover a utilização dos serviços de saúde para o planeamento familiar (espaçamento dos nascimentos) para os adolescentes;
- Promover a suplementação em ferro e ácido fólico durante a menstruação para as raparigas na puberdade;

- Apoiar a expansão da componente Água, Saneamento e Higiene nas escolas, sob a iniciativa "Escolas amigas das crianças", em particular :
 - promover a eliminação da defecação a céu aberto no meio escolar;
 - promover a utilização adequada e limpeza das latrinas escolares;
 - promover a lavagem das mãos com sabão no meio escolar, antes de comer e depois de utilizar as latrinas;
 - promover as boas práticas de tratamento de água na escola.
- Reforçar a componente nutricional nos prograDAG curriculares.
- Fornecer insumos e materiais agrícolas para desenvolver as hortas escolares.
- Elaborar um guia nacional para a alimentação escolar.
- Assegurar a cobertura nacional das cantinas escolares e o controlo de qualidade dos alimentos, com o abastecimento regular em alimentos para distribuição de rações alimentares às crianças escolarizadas.
- Assegurar o controlo de qualidade dos alimentos comercializados nos estabelecimentos escolares ou a proximidade destes relativamente aos alunos.
- Organizar ações de sensibilização sobre os bons hábitos alimentares e a atividade física regular, clubes desportivos e associações de jovens.
- Criar pontos de água e sensibilizar acerca da higiene das latrinas e da salubridade no meio escolar, com a criação de espaços limpos para a lavagem das mãos e a alimentação das crianças.
- Sensibilizar os professores, os líderes comunitários e os pais (através dos alunos) para as boas práticas alimentares e nutricionais.
- Assegurar a vigilância e a promoção do crescimento e do desenvolvimento das crianças ao nível das escolas.

Estratégia 5 : Promoção do estado nutricional dos adolescentes

O estado nutricional das adolescentes (13-20 anos) vai influenciar o das crianças que elas darão à luz. A promoção do seu estado nutricional será realizada nas estruturas de

saúde, nos pontos de nutrição comunitária e em qualquer outro ambiente propício, através das seguintes atividades :

- Assegurar a educação nutricional das adolescentes.
- Sensibilizar as adolescentes para a suplementação em ferro e ácido fólico durante o período menstrual.
- Organizar sessões de planeamento familiar nos centros de juventude, liceus, universidades e nos lugares de diversão dos jovens.
- Sensibilizar para a dupla proteção e rastreio das IST e VIH.
- Assegurar a comunicação com os jovens através dos canais mediáticos adaptados (programas de rádio, eventos públicos, concursos e jogos, teatros...).

Estratégia 6 : Promoção do estado nutricional das populações em situação difícil

A promoção do estado nutricional das populações em situação difícil será garantida através das seguintes atividades :

- Assegurar o apoio e o acompanhamento nutricionais às PVVIH e tuberculosos desnutridos.
- Assegurar o apoio e o acompanhamento nutricionais às grávidas e a amamentar desnutridos.
- Assegurar o apoio e o seguimento nutricional às populações em situação de emergência e de catástrofe.
- Assegurar o apoio e o seguimento nutricional aos órfãos vulneráveis e deficientes.

Estratégia 7 : Promoção do acesso à água e à salubridade ambiental

A promoção do acesso à água potável, bem como das boas condições de higiene e saneamento vão contribuir para a redução das doenças diarreicas, infecciosas e parasitárias, que precipitam a desnutrição. Ela será feita através das atividades abaixo :

- Apoiar a construção e a criação de poços de água protegidos no meio rural e do serviço de água potável no meio urbano.
- Sensibilizar as famílias sobre as boas práticas de higiene e salubridade em casa :
 - tratamento correto da água de beber;
 - lavagem regular das mãos com água limpa e com sabão;
 - eliminação correta das fezes das crianças e dos lixos domésticos;
 - eliminação da defecação a céu aberto;
 - utilização correta das latrinas familiares;
 - preparação e manipulação higiénica dos alimentos.
- Assegurar a expansão da componente Água, Saneamento e Higiene nas escolas no âmbito da iniciativa «Escolas Amigas das Crianças».

Estratégia 8 : Promoção da luta contra as carências em micronutrientes

O reforço da luta contra as carências em micronutrientes será assegurado por :

a. A promoção da suplementação em micronutrientes :

- Assegurar a suplementação em vitamina A de 6 em 6 meses para as crianças com idades dos 6 aos 59 meses;
- Assegurar a suplementação em vitamina A das mulheres imediatamente após o parto;
- Assegurar a suplementação em ferro/folatos a todas as grávidas atendidas na CPN;
- Assegurar a suplementação em ferro/folatos a todas as mulheres a amamentar atendidas na consulta pós natal;
- Assegurar a suplementação em ferro/folatos às crianças em idade pré-escolar (12-59 meses) e escolar a partir da idade de um ano, de acordo com as diretrizes nacionais;
- Associar suplementos de zinco no tratamento das diarreias infantis.

b. Enriquecimento dos alimentos em micronutrientes :

- Apoiar as comunidades na produção de farinhas enriquecidas para as crianças pequenas;
- Utilizar os micronutrientes em pó para o enriquecimento em casa dos alimentos familiares e sobretudo para as crianças pequenas;
- Apoiar a importação do sal iodado para aumentar a sua cobertura nos agregados familiares em Bissau e noutras partes do país, incluindo nas regiões de Bafatá e Gabu;
- Apoiar o enquadramento das associações das salicultoras para a iodização do seu sal em todas as zonas de produção local;
- Apoiar a iodização do sal de muitas salicultoras não filiadas em associações, através de métodos simples tais como a pulverização manual;
- Adotar um regulamento nacional para o enriquecimento em ferro e vitamina A da farinha e do óleo;
- Assegurar a aplicação do controlo regulamentar do sal iodado e de outros alimentos fortificados na importação, a produção e a comercialização, para dissuadir a venda de produtos não conformes com a regulamentação nacional;
- Apoiar o funcionamento da Aliança Nacional de Fortificação dos Alimentos (ANFA) e dos serviços responsáveis pelo controlo e qualidade.

c. A promoção dos alimentos locais enriquecidos em micronutrientes :

- Divulgar os alimentos locais com alto valor nutritivo (legumes, frutos...) a cultivar e a consumir para uma alimentação diversificada;
- Divulgar técnicas de tratamento, transformação e conservação que permitam preservar os micronutrientes nos alimentos.

d. Prevenção das doenças parasitárias que causam a carência em ferro :

- Desparasitar de 6 em 6 meses as crianças em idade pré-escolar (12-59 meses) e escolar, a partir da idade de um ano;
- Desparasitar durante os segundo e terceiro trimestre de gravidez;

- Assegurar o Tratamento Preventivo Intermitente das mulheres contra o paludismo durante a gravidez;
- Distribuir redes mosquiteiras impregnadas com inseticida de longa duração (MILDA),
- Assegurar a quimioprevenção sazonal do paludismo nas crianças com menos de 5 anos;
- Melhorar as condições de higiene e a salubridade nas escolas, nas famílias e nas comunidades.

Estratégia 9: Promoção da Nutrição de Base Comunitária (NAC)

A expansão das atividades de promoção e de prevenção da malnutrição baseia-se nas seguintes atividades a nível comunitário:

- Assegurar a formação e o equipamento dos agentes comunitários para a melhoria das suas capacidades de intervenção na área da nutrição;
- Sensibilizar os responsáveis municipais e líderes de opinião, incluindo chefes de confissões religiosas, para apoio das atividades multissetoriais de nutrição;
- Assegurar a formação das comunidades na implementação das atividades de nutrição;
- Dotar as comunidades de materiais, suportes técnicos e insumos necessários para contribuir de maneira eficaz na luta contra a malnutrição. Assegurar a supervisão dos agentes comunitários pelos serviços de saúde e do setor agrícola;
- Reativar os programas das rádios comunitárias para a sensibilização da população para a promoção de boas práticas alimentares e nutricionais;
- Assegurar a cobertura nacional dos jardins escolares e comunitários;
- Sensibilizar os responsáveis municipais para a importância da integração das questões de nutrição nos planos comunitários de desenvolvimento e apelar para a alocação dos recursos;
- Sensibilizar os líderes comunitários e religiosos a fim de lhes permitir participar da melhor maneira em atividades de promoção da nutrição;
- Apoiar o tratamento da desnutrição aguda moderada e da desnutrição aguda grave sem condição clínica, a nível comunitário, de acordo com o protocolo nacional de GIDA;
- Estender o tratamento ao nível comunitário da desnutrição aguda moderada e da desnutrição aguda grave sem condição clínica.

Estratégia 10 : Promoção da integração da nutrição nos serviços de saúde

- a. Reforço das ações essenciais em nutrição nas unidades de saúde.

Trata-se de assegurar a integração efetiva das ações essenciais em nutrição (AEN) nas unidades de saúde, nomeadamente pelas atividades seguintes:

- Formar os cuidadores para melhorar as suas capacidades de intervenção,
- Reabilitar os serviços de nutrição nas unidades de saúde (CRENI),
- Fornecer regularmente os serviços em material e suportes técnicos,
- Desenvolver os programas de ensino profissional em nutrição ao nível das escolas de formação e ao nível universitário,

- Assegurar a formação de formadores para o tratamento nutricional de acordo com os protocolos e guias nacionais,
- Assegurar a monitorização e a supervisão da implementação das AEN.
- Apoiar a implementação da desnutrição aguda grave, com complicações médicas, nos hospitais, de acordo com o protocolo nacional de GIDA;
- Estender a cobertura nacional do tratamento nos hospitais da desnutrição aguda grave com condição clínica.

b. A promoção do apoio nutricional às pessoas vulneráveis

O apoio nutricional das pessoas com VIH e/ou tuberculose, grávidas e mulheres a amamentar com desnutrição aguda moderada e grave de acordo com o protocolo e com o guia nacional de tratamento, contribuirá para a melhoria do seu estado nutricional e de saúde.

c. A atualização dos protocolos e guias nacionais de tratamento nutricional.

Os protocolos e guias nacionais em matéria de tratamento nutricional deverão ser atualizados periodicamente.

Objetivo específico 2: Reduzir em 15% a prevalência da sobrealimentação na população

Serão tomadas as seguintes medidas para lutar contra os problemas de sobrealimentação e doenças crónicas ligadas aos modos de vida na população:

Estratégia 1: Promoção de bons hábitos alimentares e modos de vida sãos

Esta estratégia será realizada através das seguintes atividades:

- Sensibilizar a população para a noção de uma alimentação equilibrada e diversificada, com um consumo acrescido de frutas e legumes e uma diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares, sal e produtos em conserva ou transformados;
- Sensibilizar para modos de vida sãos: prática de exercício físico regular, diminuição do consumo de estupefacientes (álcool, tabaco e outras drogas);
- Elaborar um guia dietético à base de receitas culinárias locais para prevenção das doenças não transmissíveis ligadas à alimentação;
- Apoiar a prática de criação das hortas familiares a nível das famílias em meio rural e suburbano.

Estratégia 2: Rastreio e tratamento precoce dos casos nas unidades de saúde

Trata-se essencialmente de:

- Dotar unidades de saúde com suportes técnicos e educativos;
- Dotar as unidades de saúde com material de diagnóstico rápido e tratamento dos casos (diabetes de tipo II, hipertensão...).

Objetivo específico 3: Aumentar em 30% a segurança alimentar das famílias

Melhoria da segurança alimentar das famílias será assegurada pela implementação das estratégias seguintes em todas as regiões:

Estratégia 1: Promoção da produção dos alimentos ricos micronutrientes

Será realizada pelas atividades seguintes:

- Apoiar as culturas hortícolas, as hortas familiares e comunitárias para a produção de alimentos ricos em micronutrientes e diversos outros nutrientes:
 - frutos: citrinos (laranja, lima, limão, mandarina, tangerina, toranja), manga, papaia, banana, fruta pão, abacate, caju, melancia, abóbora, frutos silvestres
 - legumes diversos: alface, quiabo, couve, folha de mandioca, folha de batata-doce, pepino, pimentos, beringela, cebola, alho...
 - leguminosas: amendoins, feijões...
 - raízes e tubérculos: cenoura, batata-doce, batata, inhame, mandioca...
- Apoiar a criação de animais de ciclo curto;
- Apoiar a piscicultura familiar e comunitária.

Estratégia 2: Promoção de uma alimentação equilibrada e variada

Será realizada em cada comunidade com as seguintes atividades:

- Vulgarizar receitas equilibradas e variadas à base de alimentos locais.
- Organizar sessões de formação de pais e mães sobre práticas culinárias que permitam a boa preservação dos nutrientes nos alimentos;
- Assegurar a sensibilização para dissuadir a venda excessiva de produtos agrícolas e o apoio ao consumo regular de produtos agrícolas pelas famílias;
- Assegurar a sensibilização das comunidades, líderes religiosos e professores para a diversificação da produção e do consumo de produtos locais.

Estratégia 3: Promoção da disponibilidade alimentar em qualquer época

Será realizada com as atividades abaixo:

- Vulgarizar técnicas de armazenamento e conservação dos alimentos,
- Apoiar as infraestruturas de armazenamento, conservação e comercialização,
- Melhorar as vias de comunicação para facilitar as trocas.
- Assegurar a sensibilização e formação dos camponeses e outros produtores para as técnicas de armazenamento dos produtos cultivados.

Estratégia 4: Reforço do poder de compra das famílias

O poder de compra das famílias será promovido através das seguintes atividades:

- Apoiar a autonomização das mulheres e de outros grupos vulneráveis, através de iniciativas geradoras de rendimento, concessão de créditos, serviços de microfinanças...
- Apoiar os grupos vulneráveis com atividades de food for work (alimentos em troca de trabalho), cash for work (dinheiro em troca de trabalho), transferência de fundos sociais...

Objetivo específico 4: Melhorar a coordenação intersectorial da nutrição

Estratégia 1: Reforço do funcionamento dos quadros de coordenação da nutrição

A melhoria da coordenação e da colaboração intersectorial será realizada por:

- Assegurar a instalação dos Comités intersectoriais de coordenação da nutrição aos níveis central, regional e comunitário;
- Apoiar o funcionamento de todos os comités intersectoriais de coordenação;
- Reforçar as capacidades em nutrição dos atores dos diferentes setores envolvidos.
- Implementar plataformas de diversos atores bem como redes globais de Parceiros: Sociedade civil, Sistema das Nações-Unidas, doadores, setor privado.

Estratégia 2: Mobilização dos recursos para a nutrição

Esta estratégia será realizada através das seguintes atividades:

- Assegurar a atribuição de um orçamento nacional importante do Estado a favor da nutrição;
- Assegurar a inscrição da nutrição em todas as políticas nacionais de desenvolvimento e de luta contra a pobreza;
- Assegurar a integração da nutrição nos planos de ação setoriais do governo;
- Assegurar o envolvimento dos setores privados, da sociedade civil incluindo as confissões religiosas e dos líderes de opinião na mobilização dos recursos em benefício da nutrição;
- Construir uma coligação sólida com os Parceiros técnicos e financeiros, os doadores de fundos e as ONG de nutrição;
- Assegurar a mobilização dos recursos internos e externos, em colaboração com os ministérios das Finanças e outros ministérios setoriais;
- Apoiar as diferentes instituições com recursos financeiros suplementares para a implementação das ações definidas no quadro comum dos resultados.

Estratégia 3: Seguimento e avaliação das atividades das ONG e associações

Esta estratégia será implementada através das seguintes atividades:

- Implementar um sistema de seguimento e avaliação das ONG/Associações de nutrição;
- Assegurar o seguimento regular das atividades das ONG/associações intervenientes em nutrição a nível central através de estruturas descentralizadas;
- Elaborar um caderno de encargos destinado aos intervenientes na área da nutrição para organizar e reforçar melhor a coordenação;
- Realizar a cartografia das ONG intervenientes em nutrição;

- Assegurar a avaliação periódica das atividades das ONG e associações de nutrição.

Objetivo específico 5: Melhorar a monitorização nutricional

Estratégia 1: Reforçar a recolha de dados de base

A recolha dos dados de base será assegurada para medir a amplitude ou atualizar os indicadores da segurança alimentar e dados epidemiológicos sobre:

- A desnutrição de acordo com o ciclo de vida (bebés, crianças dos 6 aos 59 meses, crianças em idade escolar, adolescentes, grávidas, mulheres a amamentar),
- As carências em micronutrientes (vitamina A, ferro, iodo...),
- A malnutrição (excesso de peso, obesidade),
- Doenças não transmissíveis associadas (diabetes, hipertensão, etc.) e outros fatores de risco (tabagismo, alcoolismo...).

Estratégia 2: Implementação do sistema de alerta precoce em risco de urgências nutricionais

A implementação do sistema de alerta precoce face aos riscos e às catástrofes capazes de afetar a proteção civil e a agricultura será assegurada por estas atividades:

- Assegurar o acompanhamento regular de preços de primeira necessidade no mercado;
- Assegurar a criação de estoques alimentares nacionais para os casos de crises alimentares e catástrofes;
- Assegurar o acompanhamento de estoques alimentares nas diferentes regiões;
- Apoiar o rastreio rápido da desnutrição aguda nas situações de urgência.

Estratégia 3: Reforço do sistema de monitorização nutricional e de controlo de qualidade dos alimentos

O reforço do sistema de monitorização nutricional e de controlo de qualidade dos alimentos será assegurado por estas atividades:

- Assegurar a integração de indicadores nutricionais e de segurança alimentar num sistema único de informação;
- Elaborar um boletim de informação sobre segurança alimentar e nutricional;
- Conduzir inquéritos periódicos conjuntos para a monitorização e avaliação dos indicadores de segurança alimentar e da situação nutricional, em colaboração com o INE, o INASA e outras instituições dedicadas à investigação bem como os ministérios setoriais, os Parceiros técnicos e financeiros e as ONG;

Estratégia 4: O reforço do sistema de controlo sanitário e de qualidade dos alimentos

O sistema de controlo sanitário e de qualidade dos alimentos será reforçado com as seguintes atividades:

- Elaborar uma estratégia nacional de segurança higiénica dos alimentos;
- Elaborar uma lei-quadro sobre segurança higiénica dos bens alimentares;
- Assegurar o apoio técnico do Comité nacional do Codex Alimentarius;
- Apoiar o funcionamento dos serviços nacionais de controlo de higiene e de qualidade dos alimentos (equipamentos, formação, supervisão...).

Estratégia 5: Reforço da investigação em matéria de nutrição

A investigação deverá ser promovida na área da nutrição para apoiar a implementação das intervenções em nutrição, nomeadamente através das seguintes atividades:

- Apoiar projetos no sentido de encontrar respostas e soluções inovadoras para os problemas que se colocam no terreno;
- Apoiar monografias ou teses de estudantes sobre diferentes temas pertinentes na área da nutrição;
- Apoiar a realização de investigações ligadas às carências em micronutrientes;
- Apoiar a elaboração de um quadro da composição de alimentos locais e tradicionais ricos em nutrientes.

Objetivo específico 6: Melhorar os comportamentos para uma boa nutrição da população

Estratégia 1: Apelar à adoção de bons hábitos alimentares e à prevenção da malnutrição

Atividades:

- Elaborar um plano nacional de comunicação para a nutrição
- Estimular uma liderança para a promoção da nutrição aos níveis político (parlamentares, membros do Governo, autoridades regionais...), social (líderes de opinião, "campeões da nutrição", chefes religiosos...) e comunitário (comités de aldeia...).

Estratégia 2: Comunicação para a mudança de comportamentos

Atividades:

- Elaborar mensagens educativas pertinentes nas diferentes línguas do país;
- Organizar campanhas de sensibilização periódicas adaptadas aos grupos alvo (associações de mulheres, grupos de jovens, chefes comunitários, responsáveis de ONG, media, etc.);
- Assegurar a formação dos diferentes interlocutores para a mudança de comportamentos ligados à nutrição.
- Assegurar a mobilização das diferentes camadas da sociedade para o desenvolvimento da nutrição.

5.8. Modalidades de coordenação e gestão do Plano Estratégico de Nutrição

A nível central, o Comité Nacional Multissetorial de Nutrição, representativo do conjunto dos atores (setor público, setor privado, sociedade civil, Parceiros técnicos e financeiros), é o órgão estratégico e decisor, sob a presidência do Primeiro Ministro. Tem, nomeadamente, como missões adotar os documentos das políticas e os textos legislativos ou regulamentares, consolidar os planos de ação anuais das partes interessadas, mobilizar os recursos para a execução das atividades de nutrição, assegurar o alinhamento dos Parceiros em relação às opções definidas no Plano Estratégico, e coordenar as atividades de todas as estruturas nacionais e internacionais no domínio da nutrição. Reúne-se por semestre.

O secretariado do Comité Nacional de Nutrição é assegurado pela Direção dos Serviços de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança. Reúne-se uma vez por mês. Elabora e submete trimestralmente ao presidente do Comité o relatório das atividades intersectoriais no domínio da nutrição.

Os órgãos de execução do Plano Estratégico são constituídos pelas Direções técnicas dos Ministérios implicados, incluindo a Sociedade Civil e os setores privados com quem colaboram. Cada Ministério é responsável pela elaboração, o financiamento, a execução e o seguimento dos planos operacionais anuais decorrentes do plano de ação intersectorial em relação com o seu mandato e as orientações e prioridades políticas definidas. As Direções técnicas destes ministérios vão fornecer os apoios técnicos necessários para a implementação em escala das atividades de nutrição no terreno. Os diferentes setores serão apoiados na busca de financiamento pelo Comité Nacional.

Em cada Região administrativa, o Comité Regional de Nutrição, composto pelos representantes da Administração Pública dos diferentes setores e dos organismos implicados na nutrição, sob a autoridade do Governador da Região, assegurará a coordenação da execução das atividades de nutrição. Reúne-se trimestralmente. O secretariado é assegurado pelo Ponto focal Regional de Nutrição, que elabora e submete trimestralmente ao Governador da Região o relatório das reuniões de coordenação, com cópia para o Secretariado Executivo do Comité Nacional de Nutrição.

A nível comunitário, em cada Área de Saúde, o Comité Intersectorial de Nutrição, composto pelos representantes do setor público, as organizações da Sociedade Civil e os Parceiros implicados na nutrição, vai assegurar a coordenação e o seguimento das atividades de nutrição. Reúne-se uma vez por mês. O seu secretariado é assegurado pelo ponto focal de nutrição, que elabora e submete mensalmente o relatório das reuniões de coordenação ao Ponto Focal Regional de Nutrição para o Comité Regional de Nutrição.

5.9. Modalidades de seguimento e avaliação

O seguimento e a avaliação do Plano Estratégico de Nutrição será realizado segundo um quadro coerente, sob a supervisão do Comité Nacional de Nutrição.

Será garantida uma recolha de dados em 2015 para completar os indicadores de base a seguir.

As Direções técnicas dos Ministérios implicados produzirão relatórios trimestrais sobre o estado de progressão da implementação no seu respetivo setor. Estes relatórios serão submetidos ao Secretariado Executivo que será responsável pela consolidação para o Comité Nacional de Nutrição. Os relatórios das Direções técnicas de cada ministério serão enriquecidos pelas suas direções regionais.

O Secretariado Executivo do Comité Nacional de Nutrição elaborará relatórios trimestrais de seguimento das atividades de nutrição que entregará regularmente ao Presidente do Comité nacional de Nutrição.

Serão elaborados relatórios semestrais sob a forma de boletins de informação, sobre a situação nutricional e as atividades executadas.

As revisões anuais permitirão fazer o seguimento da execução das atividades programadas e avaliar o progresso da implementação das atividades.

Será programada uma avaliação em 2020 para apreciar os resultados e o impacto das atividades do Plano Estratégico.

5.10. Cronograma de implementação das atividades

Objetivo específico 1. Reduzir em 15% as taxas de desnutrição nos grupos mais vulneráveis consoante o ciclo de vida								
Estratégia N° 1.1. Promoção de uma boa nutrição das mulheres em idade fértil								
N°	ATIVIDADES	INDICADORES	ANOS					RESPONSÁVEIS
			2015	2016	2017	2018	2020	
1.	Sensibilizar a grávida e a mulher a amamentar para uma alimentação equilibrada, variada e suficiente.	% de grávidas e de mulheres a amamentar sensibilizadas.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
2.	Sensibilizar a grávida e a mulher a amamentar sobre a importância do parto nos hospitais e das consultas pré-natais e pós-natais, e também para os cuidados de saúde ao longo da gravidez e do parto.	% de grávidas e de mulheres a amamentar sensibilizadas.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
3.	Assegurar o acompanhamento do estado nutricional da grávida na consulta pré-natal.	% de presenças na consulta pré-natal.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
		% de casos de desnutrição detetados.						
4.	Assegurar o acompanhamento do estado nutricional da mulher a amamentar na consulta pós-natal.	% de presenças na consulta pós-natal.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
		% de casos de desnutrição detetados.						
5.	Assegurar o rastreio ativo da desnutrição das mulheres nas	Número de casos de desnutrição detetados.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros

	comunidades com equipas técnicas móveis;								
6.	Alargar a cobertura nacional da Iniciativa Maternidade Segura com a construção de "Casas Mães";	Número de "Casas Mães"	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		DSR, DSANSC, DRS, Parceiros
7.	Dinamizar a rede das "Mães Amigas da Criança", para sessões de partilha de experiências, conselhos sobre alimentação e formações em técnicas de tratamento, conservação e armazenamento dos alimentos locais.	Número de redes de "Mães Amigas da Criança".	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		DSANSC, DRS, Parceiros
8.	Formar agentes e equipar os Centros de Saúde com cadernetas de saúde, fichas de rastreio e instrumentos de medidas antropométricas para o acompanhamento do estado nutricional.	Número de Centros de Saúde equipados Número de agentes dos Centros de Saúde formados	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		DRS, Parceiros
9.	Assegurar supervisões formativas dos agentes dos Centros de Saúde	Número de supervisões realizadas	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		DRS, Parceiros
Estratégia Nº 1.2. Promoção da alimentação otimizada das crianças dos 0 aos 24 meses									
1.	Sensibilizar as grávidas e as mulheres a amamentar sobre a prática ideal de alimentação do bebé e da criança pequena.	% de recém-nascidos amamentados na hora após o nascimento. % de amamentação materna exclusiva até aos 6 meses.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		DRS, Parceiros

		<p>% de amamentação materna contínua até aos 24 meses.</p> <p>% de crianças com uma alimentação complementar apropriada, a partir dos 6 meses.</p>						
2.	Assegurar a formação das mães sobre os cuidados nutricionais dos PVVIH	<p>Número de mães formadas</p> <p>% de crianças nascidas de mãe seropositiva alimentadas de acordo com o protocolo nacional.</p>	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	DRS, Parceiros
3.	Formar os agentes de saúde sobre os cuidados primários a prestar nos primeiros 1000 dias.	Número de agentes formados sobre os cuidados a ter nos primeiros 1000 dias.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	DRS, Parceiros
4.	Assegurar o acompanhamento e a promoção do crescimento e do desenvolvimento das crianças com menos de 5 anos ao nível das comunidades e dos Centros de Saúde.	<p>% de crianças com menos de 5 anos acompanhadas nos Centros de Saúde.</p> <p>% de crianças com menos de 5 anos acompanhadas nas comunidades.</p> <p>% de casos de desnutrição detetados em crianças com menos de 5 anos.</p>	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	DRS, Parceiros
5.	Assegurar a promoção de alimentos complementares de qualidade à base de produtos locais.	Lista dos alimentos complementares de qualidade elaborados à base dos produtos	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	DSANSC, DRS, Parceiros

		locais. Número de sessões de sensibilização organizadas.							
6.	Assegurar o enriquecimento de alimentos complementares com micronutrientes em pó.	Lista de alimentos complementares enriquecidos com micronutrientes em pó.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX		DRS, Parceiros
7.	Assegurar a utilização controlada dos leites artificiais para bebés de acordo com a prescrição do código de comercialização dos substitutos do leite materno.	Relatórios de atividades de controlo dos leites artificiais.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX		DRS, DRCOM, Parceiros
8.	Redinamizar a iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés.	Número de Hospitais Amigos dos Bebés.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX		DRS, Parceiros
9.	Redinamizar a iniciativa das Comunidades Amigas dos Bebés.	Número de Comunidades Amigas dos Bebés.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX		DRS, Parceiros
10.	Apelar para que a licença de maternidade chegue aos 90 dias e garantir que todas as mulheres que trabalham têm direito ao pagamento das prestações a todos os níveis;	Existência da legislação que fixa em 90 dias a duração da licença de maternidade e garante o direito das mulheres ao pagamento das suas prestações.	XXXXX						Ministérios do Trabalho e Função Pública
11.	Apoiar a criação de espaços para a amamentação em meio laboral.	Relatórios de inspeção nos locais de trabalho.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX		Ministérios do Trabalho e Função Pública

12.	Conceder gratuitamente um cesto de alimentos complementares à base de produtos locais nos Centros de saúde, às crianças mais vulneráveis e em risco de desnutrição.	Número de crianças vulneráveis que receberam gratuitamente o cesto de alimentos complementares.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	DRS, Parceiros

Estratégia Nº 1.3. Promoção do estado nutricional das crianças em idade pré-escolar (24-59 meses)

1.	Promover a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento da anemia.	Taxa de prevalência da anemia.	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	DRS, Parceiros
2.	Assegurar a desparasitação semestral das crianças com idade superior a um ano.	% de crianças desparasitadas por semestre.	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	DRS, Parceiros
3.	Assegurar semestralmente a suplementação de vitamina A.	% de crianças suplementadas com vitaminas por semestre	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	DRS, Parceiros
4.	Associar a suplementação de zinco no tratamento das crianças com diarreia.	% de crianças com diarreia suplementadas com zinco	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	DRS, Parceiros,
5.	Promover o consumo de alimentos ricos ou enriquecidos em micronutrientes, incluindo os micronutrientes em pó.	% de crianças que consumiram alimentos ricos ou enriquecidos em micronutrientes	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	DRAGRI, DRS, Parceiros

6.	Promover o enriquecimento em ferro, ácido fólico e vitamina A da farinha e do óleo.	Disponibilidade de óleos e farinhas enriquecidos em micronutrientes	Xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRCOM, ANFA, DSANSC, DRS
7.	Assegurar o diagnóstico precoce e o tratamento da desnutrição aguda e das doenças comuns da infância associadas à desnutrição.	% de crianças malnutridas a receber assistência	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRS, Parceiros
8.	Promover o acesso à água potável e às boas práticas de higiene e saneamento.	% de crianças que consomem doses certas de água	xxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DREDUC, WASH

Estratégia Nº 1.4. Promoção do estado nutricional das crianças em idade escolar (6-19 anos)

1.	Reforçar a componente nutricional nos prograDAG de ensino.	Lista dos programas de ensino que integram a componente nutricional	Xxxxxx					DREDUC
2.	Fornecer insumos e materiais agrícolas para desenvolver jardins infantis.	Número de escolas com jardim infantil funcional						DRAGRI, Parceiros
3.	Assegurar a formação dos alunos, professores e pais para a criação e gestão dos jardins infantis.	Número de alunos, professores e pais formados	Xxxxx	xxxxxx				DRAGRI, DREDUC, Parceiros
4.	Elaborar um guia nacional para a alimentação escolar.	Número de escolas que utilizam os guias de nutrição em meio escolar						DRS, DREDUC, Parceiros,
5.	Assegurar a cobertura nacional das cantinas escolares e o controlo de	Cobertura nacional das cantinas	xxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, DREDUC,

	qualidade dos alimentos, através da aquisição regular em víveres para distribuição das rações alimentares às crianças escolarizadas;	escolares Número de cantinas escolares fiscalizadas Número de ruturas de estoque de víveres							DRCOM, Parceiros
6.	Assegurar o controlo de qualidade dos alimentos comercializados nos estabelecimentos escolares ou na sua proximidade para os alunos;	Relatórios de controlo de qualidade	Xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRCOM
7.	Organizar a sensibilização dos bons hábitos alimentares e da atividade física regular nas escolas, clubes desportivos e associações de jovens.	Número de sensibilização organizadas Relatórios de controlo nos estabelecimentos e locais dos jovens	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DREDUC, DRS, Parceiros
8.	Instalar pontos de água potável, Sensibilizar para a higiene e salubridade em meio escolar, através da criação de espaços próprios para a lavagem das mãos e para a alimentação das crianças.	Número de escolas com pontos de água potável Número de escolas com latrinas higiénicas Número de escolas com espaços para a alimentação das crianças	Xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DREDUC, WASH
9.	Sensibilizar os professores, os líderes comunitários e pais (através dos alunos) para as boas práticas alimentares e nutricionais;	Número de pessoas formadas	Xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DREDUC, DRS, Parceiros

10.	Assegurar a supervisão e a promoção do crescimento e do desenvolvimento das crianças nas escolas.	Número de supervisões realizadas nas escolas % de casos de desnutrição detetados	Xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DREDUC, DRS, Parceiros
Estratégia Nº 1.5. Promoção do estado nutricional dos adolescentes								
1.	Assegurar a educação nutricional dos adolescentes.	Número de sessões de educação nutricional organizadas	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRS, Parceiros
2.	Sensibilizar os adolescentes para a suplementação em ferro/ácido fólico durante as menstruações.	Número de sessões de sensibilização organizadas	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRS, Parceiros
3.	Sensibilizar para o planeamento familiar nos centros de juventude, liceus, universidades e locais de diversão dos jovens.	Número de sessões de sensibilização sobre planeamento familiar realizadas	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRS, Parceiros
4.	Sensibilizar os adolescentes para a dupla proteção e despistagem dos IST e VIH.	Número de sessões de sensibilização sobre os IST e o VIH organizadas	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRS, Parceiros
5.	Assegurar a comunicação com os jovens através dos canais adaptados (programas de rádio, eventos públicos, jogos, concursos,	Número de sessões de comunicação organizadas	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRS, DREDUC, MININFO, C4D, Parceiros

	teatros,...).								
Estratégia Nº 1.6. Promoção do estado nutricional das populações em situação difícil									
1.	Assegurar o apoio e o acompanhamento nutricionais de crianças e adultos PVVIH ou tuberculosos.	Número de supervisões nutricionais realizadas Número de PVVIH e tuberculosos monitorizados e a receber assistência	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx		DRS, Parceiros
2.	Assegurar o apoio e o acompanhamento nutricionais das mulheres grávidas e a amamentar desnutridas;	Número de supervisões nutricionais realizadas Número de mulheres grávidas malnutridas a receber assistência Número de mulheres a amamentar malnutridas a receber assistência	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx		DRS, MINAFSOC Parceiros
3.	Assegurar o apoio e o acompanhamento nutricionais das populações em situação de emergência e catástrofe.	Número de supervisões nutricionais realizadas Número de pessoas a receber assistência	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx		DRS, MINAFSOC Parceiros
4.	Assegurar o apoio e o acompanhamento nutricionais das crianças órfãs e deficientes vulneráveis.	Número de supervisões nutricionais realizadas Número de crianças órfãs monitorizadas e a receber	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx		MINAFSOC, DRS, Parceiros

		assistência							
Estratégia Nº 1.7. Promoção do acesso à água e da salubridade ambiental									
1.	Apoiar a construção e instalação dos poços de água protegidos em meio rural e do abastecimento em água potável em meio urbano.	Número de poços de água protegidos instalados Cobertura do abastecimento de água potável	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx		DRAGRI, WASH,
2.	Sensibilizar as famílias sobre as práticas de higiene e de salubridade a ter em casa.	Número de sessões de sensibilização organizadas Número de famílias sensibilizadas % de famílias com latrinas higiênicas % de famílias com locais de lavagem de mãos com sabonete	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx		DRS, WASH, Parceiros
3.	Assegurar a expansão da componente Água, Saneamento e Higiene nas escolas no quadro da Iniciativa «Escolas Amigas das Crianças».	Número de Escolas Amigas das Crianças Cobertura nacional de Escolas Amigas das Crianças	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DREDUC, WASH
Estratégia Nº 1.8. Promoção da luta contra as carências em micronutrientes									

a. Promoção da suplementação das populações alvo em micronutrientes									
1.	Assegurar a suplementação semestral em vitamina A das crianças dos 6 aos 59 meses.	% de crianças com menos de 6 meses e até aos 59 meses suplementadas com vitamina A	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DSANSC, Parceiros
2.	Assegurar a suplementação imediata em vitamina A das mulheres em pós-parto.	% de mulheres em pós parto imediato suplementadas em vitamina A	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
3.	Assegurar a suplementação em ferro/ácido fólico de todas as grávidas vistas na CPN	% de grávidas observadas na CPN suplementadas com ferro/ácido fólico	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
4.	Assegurar a suplementação em ferro/ácido fólico das mulheres a amamentar vistas na consulta pós-natal.	% de mulheres a amamentar vistas na consulta pós-natal suplementadas em ferro/ácido fólico	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, Parceiros
5.	Assegurar a suplementação em ferro/ácido fólico das crianças em idade pré-escolar (12-59 meses) e escolar (6-16 anos) com idade superior a um ano, de acordo com as diretivas nacionais.	% de crianças dos 12 meses aos 16 anos suplementadas com ferro/ácido fólico.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, DREDUC, Parceiros
6.	Assegurar a utilização de suplementos de zinco no tratamento	% de crianças tratadas por diarreia	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DSANSC, DRS,

	de diarreias infantis.	que receberam suplementos de zinco.							Parceiros
b. Promoção do enriquecimento dos alimentos em micronutrientes									
1.	Apoiar a produção das farinhas enriquecidas em micronutrientes para as crianças pequenas à base de alimentos locais.	Quantidade de farinhas enriquecidas produzida % de crianças que consomem farinhas enriquecidas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	ANFA, DSANSC, DRAGRI, DRS, Parceiros
2.	Apoiar tecnicamente a utilização dos pós de micronutrientes para enriquecimento no domicílio dos alimentos familiares, sobretudo para as crianças pequenas.	% de famílias que utilizam pós de micronutrientes para enriquecimento dos alimentos no domicílio.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DSANSC, DRS, Parceiros
3.	Sensibilizar as famílias para o consumo das farinhas enriquecidas por crianças pequenas.	% das famílias sensibilizadas para o consumo de farinhas enriquecidas por crianças pequenas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DSANSC, DRS, DRAGRI, Parceiros
6.	Facilitar a importação de sal iodado.	Quantidades anuais de sal iodado.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	ANFA, DGCOM
7.	Apoiar o enquadramento das associações para a iodização do sal em todas as zonas de produção local.	Número de associações enquadradas para a iodização do sal. Quantidade anual de sal iodado	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DSANSC, DRCOM, DRS, Parceiros

		produzida.							
8.	Apoiar as numerosas salicultoras sem filiação às associações para a iodização do seu sal por pulverização manual.	Número de salicultoras apoiadas. Quantidade anual de sal iodado.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DSANSC, Parceiros
9.	Apelar para a adoção de uma regulamentação nacional para o enriquecimento em ferro e em vitamina A da farinha e do óleo.	Existência de regulamentação nacional.	xxxxx						ANFA, DSANSC, DGAGRI, DGINDUSTRIE, Parceiros
10.	Assegurar o apoio aos serviços para aplicação dos controlos regulamentares de qualidade do sal iodado e outros alimentos fortificados em todas as etapas (importação, produção, comercialização)	Relatórios de atividades de controlo.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	ANFA, DSANSC, DGAGRI, DGINDUSTRIE, DGCOR, Parceiros
11.	Assegurar um apoio ao funcionamento da Aliança Nacional de Fortificação dos Alimentos (ANFA).	Relatórios de reuniões da ANFA Relatórios das atividades de supervisão	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	Governo, Parceiros
c. Promoção do consumo dos alimentos ricos em micronutrientes									
1.	Divulgar alimentos locais com alto valor nutritivo (legumes, frutos	Sessões de divulgação	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DSANSC, DGAGRI, DRS,

	peixes...) a consumir para uma alimentação variada.	organizadas							DRAGRI, DREDUC, Parceiros
2.	Divulgar técnicas de tratamento, transformação e conservação para preservação dos micronutrientes nos alimentos.	Sessões de divulgação organizadas	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		DRAGRI, DREDUC, DRS, Parceiros
d. Prevenção de doenças parasitárias que causam carências em ferro									
1.	Assegurar a desparasitação a cada 6 meses das crianças em idade pré-escolar (12-59 meses) e escolar (6-16 anos), a partir de um ano (nomeadamente através da realização de campanhas de desparasitação nas creches e escolas primárias.	% de crianças dos 12-59 meses desparasitadas. % de crianças dos 6-16 anos desparasitadas.	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		DSANSC, DRS, DREDUC, Parceiros
2.	Assegurar a desparasitação das mulheres grávidas no decurso dos segundo e terceiro trimestres da gravidez, apelando para a introdução da desparasitação das mulheres grávidas no protocolo da CPN.	% de mulheres grávidas desparasitadas ao longo do segundo e terceiro trimestres de gravidez.	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		DSANSC, DSR, DRS, Parceiros
3.	Apoiar o Tratamento Preventivo Intermitente contra o paludismo durante a gravidez nas consultas CPN.	% de mulheres grávidas que receberam o Tratamento Preventivo Intermitente contra o paludismo durante a gravidez.	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		PNLP, DSANSC, DRS, Parceiros

4.	Distribuição gratuita dos MILDA nos CPN e PAV.	% de mulheres grávidas que receberam o MILDA.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	
5.	Sensibilizar as famílias para a utilização dos MILDA.	Número de sessões de sensibilização organizadas. % de famílias que utilizam os MILDA.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	PNLP, DSANSC, DRS, Parceiros
6.	Apoiar a implementação da quimio-prevenção do paludismo sazonal nas crianças com menos de 5 anos.	% de crianças com menos de 5 anos que receberam a quimio-prevenção do paludismo.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	PNLP, DSANSC, DRS, Parceiros
7.	Promoção de atividades de higiene nas escolas e comunidades através da criação de um comité de higiene nas escolas.	% de escolas com um comité de higiene.						WASH, MINEDUC

Estratégia 1.9. Promoção da oferta de serviços em matéria de nutrição nas comunidades

a. Promoção da Nutrição com Base Comunitária (NAC)

1.	Formar e equipar agentes comunitários na área da nutrição	Número de agentes comunitários formados.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DSANSC, DGAGRI, WASH, DRS, Parceiros
2.	Realizar a supervisão mensal dos agentes comunitários pelos serviços de Saúde e Agrícolas	Número de supervisões realizadas.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRS, DRAGRI,

3.	Alargar as iniciativas das hortas infantis escolares e comunitárias a todas as entidades territoriais.	Cobertura de hortas infantis escolares. Cobertura de hortas comunitárias.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxx	xxxxxx	DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, DREDUC, Parceiros
b. Reforço das capacidades operacionais das comunidades								
1.	Sensibilizar os presidentes de câmara e vereadores para a importância da inclusão das questões de nutrição nos planos municipais de desenvolvimento e da mobilização dos recursos locais	Número de sessões de sensibilização realizadas. Montantes de recursos financeiros locais mobilizados.	xxxxxx	xxxxxx				DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
2.	Assegurar a sensibilização dos líderes comunitários e religiosos para a participação ativa nas atividades de promoção da nutrição	Número de sessões de sensibilização realizadas.	xxxxxx	xxxxxx				DRS, DRAGRI, Parceiros
3.	Formar as comunidades na implementação de atividades de nutrição	Número de pessoas formadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxx	xxxxxx	DRS, DRAGRI, Parceiros
4.	Dotar as comunidades em materiais, suportes técnicos e insumos para a implementação de atividades de nutrição.	Lista das comunidades dotadas de materiais, suportes técnicos e insumos por região.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxx	xxxxxx	DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
5.	Sensibilizar as comunidades para a importância de alimentos locais com alto valor nutritivo (legumes, frutos...)	Número de pessoas sensibilizadas a nível das comunidades.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxx	xxxxxx	DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI,

	a cultivar e consumir para uma alimentação variada.								DREDUC Parceiros
c. Promoção do tratamento da desnutrição aguda a nível comunitário									
1.	Apoiar o tratamento da desnutrição aguda moderada e da desnutrição aguda grave sem complicação médica, ao nível comunitário, de acordo com o protocolo nacional de GIDA.	Número de Centros de saúde que asseguram o tratamento da DAM e da DAG sem complicações medicas. Número de casos de DAM tratados ao nível comunitário. Número de casos de DAG sem complicações medicas tratados a nível comunitário.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DSANSC, DRS, Parceiros
2.	Estender a cobertura nacional do tratamento a nível comunitário da desnutrição aguda moderada e da desnutrição aguda grave sem complicações medicas.	Taxa de cobertura dos Centros de saúde que asseguram o tratamento da DAM e da DAG sem complicações medicas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DSANSC, DRS, Parceiros
Estratégia 1.10. Melhorar a oferta dos serviços em matéria de nutrição nas unidades de saúde									
1.	Aumentar o número de estruturas de saúde que oferecem o Pacote de Ações Essenciais em Nutrição (AEN).	Número de estruturas de saúde que oferecem o Pacote de Ações Essenciais em Nutrição. Cobertura nacional das unidades	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx				DGSANTE, DSANSC, DRS, Parceiros

		de saúde que oferecem o Pacote de Ações Essenciais em Nutrição.							
2.	Reforçar as capacidades do pessoal em nutrição realizando o tratamento nas unidades de saúde.	Número de técnicos de saúde formados no Pacote de Ações Essenciais em Nutrição.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxx	xxxxxx		DGSANTE, DSANSC, DRS, Parceiros
3.	Assegurar a supervisão das atividades nas unidades de saúde.	Número de supervisões efetuadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxx	xxxxxx		DGSANTE, DSANSC, DRS, Parceiros
4.	Apoiar o tratamento da desnutrição aguda grave, com complicações médicas, nos hospitais, de acordo com o protocolo nacional de GIDA.	Número de hospitais equipados para o tratamento da DAG. Número de casos de DAG tratados nos hospitais.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DSANSC, DRS, Parceiros
5.	Estender a cobertura nacional dos hospitais para o tratamento da desnutrição aguda grave com complicações médicas.	Taxa de cobertura nacional dos hospitais que tratam a DAG.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DSANSC, DRS, Parceiros
6.	Reabilitar e equipar os serviços de nutrição nas unidades de saúde (CRENI).	Número de estruturas de saúde reabilitadas e equipadas. Número de estruturas de saúde que oferecem serviços de CRENI	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx				DGSANTE, DSANSC, DRS, Parceiros
7.	Criar um sistema sustentável para o abastecimento regular de materiais, insumos e suportes técnicos da	Sistema em vigor e funcional.	xxxxxx	xxxxxx					DGSANTE, DSANSC, DRS,

	nutrição.							Parceiros
8.	Introduzir programas de ensino profissional em nutrição a nível das escolas de formação e a nível universitário.	Número de estabelecimentos de ensino em nutrição.		xxxxx	xxxxx			DGSANTE, DSANSC, DGEDUC, INASA, Universidades, Parceiros
9.	Fornecer um apoio nutricional às pessoas vulneráveis que sofrem de desnutrição aguda moderada ou grave (PVVIH, tuberculosos, grávidas, mulheres a amamentar) de acordo com o protocolo e o guia nacional de tratamento.	Número de pessoas vulneráveis a beneficiar de um apoio nutricional.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DSANSC, DRS, Parceiros
10..	Atualizar periodicamente os protocolos e guias nacionais de tratamento nutricional de acordo com as novas diretrizes.	Existência de protocolos de tratamento atualizados.		xxxxx		xxxxx		DSANSC, Parceiros

Objetivo específico 2: Aumentar em 30% a segurança alimentar das famílias

Estratégia Nº 2.1. Promoção da produção de alimentos ricos em micronutrientes e diversos outros nutrientes

Nº	ATIVIDADES	INDICADORES	ANOS					RESPONSÁVEIS
			2015	2016	2017	2018	2020	
1.	Apoiar as culturas de produtos vegetais, os jardins familiares e comunitários através de formações	Número de famílias com jardins familiares.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DRAGRI, Parceiros

	em técnicas de produção, distribuição de sementes e ferramentas agrícolas e da supervisão da produção agrícola.	Número de aldeias com jardins comunitários. Número de mulheres envolvidas na produção agrícola.							
2.	Apoiar a criação de pequenos bovinos de ciclo curto através da formação em técnicas de produção, construção de pequenas unidades de produção, vacinação dos animais e controlo de qualidade.	Número de famílias com uma pequena criação de ciclo curto. Número de associações de mulheres envolvidas na promoção da pequena criação de ciclo curto.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DRAGRI, Parceiros
3.	Apoiar a piscicultura familiar e comunitária.	Número de famílias que praticam a piscicultura.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DRAGRI, Parceiros
4.	Apoiar a extração de mel e de produtos florestais não lenhosos.	Número de pessoas apoiadas.							DRAGRI, Parceiros
Estratégia Nº 2.2. Promoção de uma alimentação equilibrada e diversificada									
1.	Divulgar receitas equilibradas e variadas à base de alimentos locais.	Existência de uma recolha de receitas Número de sessões de divulgação organizadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DRAGRI, Parceiros
2.	Organizar sessões de formação para pais e mães sobre práticas culinárias que permitem a boa conservação	Número de sessões de formação organizadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DRAGRI, Parceiros

	dos nutrientes nos alimentos.								
3.	Assegurar a sensibilização para dissuadir da venda excessiva de produtos agrícolas e apoio ao consumo regular de produtos agrícolas pelas famílias.	Número de sessões de formação organizadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, Parceiros
4.	Sensibilizar as comunidades, dos líderes religiosos aos professores, para a diversificação da produção e consumo de produtos locais.	Número de sessões de formação organizadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, Parceiros
Estratégia Nº 2.3. Promoção da disponibilidade alimentar em qualquer época									
1.	Apoiar a criação de celeiros e de estoques alimentares a nível das famílias	% de famílias que dispõem de estoques alimentares.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, Parceiros
2.	Divulgar técnicas de armazenamento e conservação de alimentos.	Número de sessões de divulgação organizadas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, Parceiros
3.	Apoiar as infraestruturas de armazenamento, conservação e comercialização.	Número de infraestruturas instaladas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, DRCOM, Parceiros.
4.	Melhorar as vias de comunicação para facilitar as trocas.	Número de vias de comunicação instaladas.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, DRCOM, Parceiros
5.	Assegurar a sensibilização e formação dos camponeses e outros	Número de sessões de	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	DRAGRI, Parceiros

	produtores para as técnicas de armazenamento dos produtos cultivados.	sensibilização organizadas. Número de camponeses formados.							
--	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Estratégia Nº 2.4: Reforço do poder de compra das famílias

1.	Apoiar a autonomização das mulheres e de outros grupos vulneráveis, através de iniciativas geradoras de rendimentos, concessão de créditos, serviços de microfinanças.	Número de mulheres que beneficiaram de iniciativas geradoras de rendimentos.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	DRAGRI, FINANÇAS Parceiros
2.	Apoiar os grupos vulneráveis através de atividades de food for work, de cash for work e de transferência de fundos.	Número de pessoas vulneráveis que beneficiaram de atividades food for work, cash for work e transferência de fundos.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	MINAFSOC, Parceiros

Objetivo específico 3: Reduzir em 15% a prevalência da sobrealimentação na população

Estratégia 3.1. Promoção de bons hábitos alimentares e de modos de vida sãos

Nº	ATIVIDADES	INDICADORES	ANOS					RESPONSÁVEIS
			2015	2016	2017	2018	2020	
1.	Sensibilizar a população para a noção de uma alimentação equilibrada e variada, com um	Número de sessões de sensibilização organizadas.	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX	DSANSC, DRS, Parceiros

	consumo acrescido de frutas e legumes e diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares, sal e produtos em conserva ou transformados.								
2.	Sensibilizar para modos de vida sãos: prática de exercício físico regular, diminuição do consumo de estupefacientes (álcool, tabaco e outras drogas).	Número de sessões de sensibilização organizadas. Número de pessoas que praticam exercício físico regular.	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx		DRS, Parceiros
3.	Elaborar um guia dietético à base de receitas culinárias locais para a prevenção de doenças não transmissíveis ligadas à alimentação; com informações nutricionais.	Existência de um guia dietético local para prevenção de doenças não transmissíveis ligadas à alimentação e aos modos de vida.	xxxxxx						DSANSC, Parceiros

Objetivo específico 4: Melhorar a coordenação intersectorial da nutrição

Estratégia Nº 4.1. Reforço do funcionamento dos quadros de concertação em matéria de nutrição

Nº	ATIVIDADES	INDICADORES	ANOS					RESPONSÁVEIS
			2015	2016	2017	2018	2020	

1.	Instalar comités intersectoriais de coordenação da nutrição aos níveis centrais, regional e comunitário.	% de comités intersectoriais de coordenação de nutrição criados aos níveis central, regional e comunitário.	xxxxx	xxxxx					Primeiro-Ministro, DGSANTE, DSANSC, DRAGRI, Parceiros
2.	Apoiar o funcionamento dos comités intersectoriais de coordenação a todos os níveis.	% de comités intersectoriais de coordenação funcionais a todos os níveis.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxx	xxxxx		Governo, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
3.	Reforçar as capacidades em nutrição dos atores dos setores implicados.	Relatórios das sessões de reforço das capacidades na área da nutrição.	xxxxx	xxxxx					DSANSC, DGAFRI
4.	Apoiar a implementação das plataforDAG nacionais multissetoriais e rede de parceiros (Sociedade civil, Sistema das Nações Unidas, doadores, setor privado).	Lista das plataforDAG nacionais multissetoriais funcionais.	xxxxx	xxxxx					Governo, Parceiros

Estratégia 4.2. Mobilização dos recursos para a nutrição

1.	Apelar (Governo, Parlamento...) à atribuição de uma linha orçamental multissetorial importante em benefício da nutrição.	Existência de uma linha orçamental multissetorial para a nutrição Montante do orçamento nacional atribuído à nutrição.	xx						Comité Nacional de Nutrição, Parceiros
2.	Apelar junto dos parceiros para o apoio da nutrição a aumento das suas contribuições.	Montante das dotações orçamentais dos parceiros. Número de parceiros que apoiam a nutrição.	xxxxx	xxxxx					Comité Nacional de Nutrição, Ministérios

									envolvidos.
3.	Reforçar as capacidades da Direção nacional encarregue da Nutrição para assumir plenamente o papel do Secretariado do Comité Nacional de Nutrição.	Direção de Nutrição ampliada a nível do pessoal técnico e equipada. Secretariado do Comité Nacional de Nutrição funcional.	xxxxx	xxxxx					DGSANTE, DSANSC, Parceiros
4.	Inscriver a nutrição em todas as políticas nacionais de desenvolvimento e de luta contra a pobreza, e em todos os planos de ação setoriais do Governo.	Lista das políticas nacionais que integram a nutrição. Lista dos planos de ação setoriais que integram a nutrição.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxx	xxxxxx		Ministérios envolvidos
5.	Envolver os setores privados, a Sociedade civil incluindo os líderes religiosos e os líderes de opinião na mobilização de recursos para a nutrição.	Montante dos recursos para a nutrição mobilizados pelo setor privado e pela sociedade civil, incluindo as confissões religiosas e os líderes de opinião.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxx	xxxxxx		Comité Nacional de Nutrição, ANFA, GSAN, RESSAN, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
6.	Apoiar a implementação de uma plataforma para a nutrição com todos os intervenientes (Parceiros Técnicos e Financeiros, doadores, ONG, setor privado, etc.).	Existência de uma plataforma para a nutrição. Existência de um quadro comum dos resultados.	xxxxx	xxxxx					Comité Nacional de Nutrição, ANFA, GSAN, RESSAN, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
7.	Apelar à criação de um imposto em benefício de atividades de nutrição a deduzir da taxa de venda do tabaco e de bebidas alcoólicas.	Existência de um imposto para a nutrição. % de recursos internos mobilizados para a nutrição.	xx						Comité Nacional de Nutrição, Finanças, Budget, DSANSC, DGAGRI, Parceiros

8.	Reforçar capacidades institucionais para a mobilização de recursos financeiros internos.	Número de sessões de reforço das capacidades organizadas. Número de instituições com capacidades de mobilização de recursos reforçadas.	xxxxx	xxxxx				C4D, Parceiros
----	--	--	-------	-------	--	--	--	----------------

Estratégia 4.3. Seguimento e avaliação das atividades das ONG e associações.

1.	Assegurar o acompanhamento regular das atividades das ONG e associações intervenientes em nutrição.	Relatórios de atividades de acompanhamento realizadas.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxx	xxxxx	DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
2.	Elaborar um caderno de encargos para intervenientes em nutrição com vista a uma melhor organização e reforço da coordenação.	Número de contratos assinados com as ONG para a implementação de atividades de nutrição.	x					DSANSC, DGAGRI
3.	Realizar a cartografia e atualização regular da base de dados das ONG intervenientes em nutrição.	Cartografia estabelecida das ONG intervenientes em nutrição. Arquivo das ONG atualizado.	xx	x	x	x	x	DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
4.	Realizar a avaliação periódica das atividades das ONG.	Relatório das avaliações realizadas.	x	x	x	x	x	DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros

Objetivo específico 5: Melhorar a supervisão nutricional

Estratégia 5.1. Reforço da recolha de dados principais

Nº	ATIVIDADES	INDICADORES	ANOS					RESPONSÁVEIS
			2015	2016	2017	2018	2020	
1.	Realizar inquéritos no início e na conclusão da implementação do Plano Estratégico de Nutrição sobre a segurança alimentar e prevalência da desnutrição.	<p>% de famílias em segurança alimentar.</p> <p>Taxa de prevalência da desnutrição.</p> <p>Taxa de prevalência da sobrealimentação (excesso de peso e obesidade).</p> <p>Taxa de prevalência das carências em micronutrientes (vitamina A, ferro, iodo...).</p> <p>Taxa de cobertura das famílias que consomem alimentos enriquecidos (sal iodado, farinha enriquecida...).</p> <p>Taxa de cobertura das atividades de suplementação (vitamina A, ferro/ácido fólico).</p> <p>Taxa de cobertura das atividades de desparasitação.</p>	xxxxx				xxxxx	DSANSC, DGAGRI, INASA, INE, Parceiros

Estratégia 5.2. Reforço do sistema de alerta precoce para os riscos de urgências nutricionais

1.	Realizar a supervisão regular (mensal) de preços dos géneros alimentícios de primeira necessidade no mercado.	Número de supervisões de preços realizadas.	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	DGCOM, DRCOM
2.	Apoiar a criação de estoques alimentares nacionais (ao nível regional) para os casos de crises alimentares e catástrofes naturais.	Número de estoques alimentares implementados.	xx	xx	xx	xx	xx	Comité Nacional de Nutrição, DGAGRI, SGSECALIM, AFFSOC, Parceiros
3.	Realizar supervisões regulares (trimestrais) de estoques alimentares nas diferentes regiões do país.	Número de supervisões de estoques alimentares realizado.	xx	xx	xx	xx	xx	DGAGRI, SGSECALIM, AFFSOC, Parceiros
4.	Apoiar a rápida deteção da desnutrição aguda nas situações de urgência.	Existência de uma equipa formada para a intervenção de urgência. Disponibilidade de materiais de medição antropométrica para as urgências.	x x	x x	x x	x x	x x	DGSANTE, DSANSC, Parceiros

Estratégia 5.3. Implementação do sistema de monitorização nutricional e de controlo de qualidade dos alimentos.

1.	Integrar indicadores nutricionais e de segurança alimentar num mesmo sistema de informação.	Número de indicadores comuns desenvolvidos.	x x					DGSANTE, DGAGRI, DSANSC
2.	Elaborar um boletim de informação (semestral) sobre segurança alimentar e nutricional.	Número de boletins publicados. Frequência de publicação.	x x	x x	x x	x x	x x	Secretariado do Comité Nacional de

								Nutrição, GSAN, Parceiros
3.	Conduzir inquéritos conjuntos de monitorização e avaliação dos indicadores de segurança alimentar e da situação nutricional.	Número de inquéritos conjuntos realizados.	xx	xx	xx	xx	xx	DGAGRI, DSANSC, DRS, DRAGRI, Parceiros
Estratégia 5.4. Reforço do sistema de controlo sanitário e de qualidade dos alimentos.								
1.	Elaborar uma estratégia nacional de segurança sanitária dos alimentos.	Existência de uma estratégia nacional de controlo da segurança sanitária dos alimentos.	X x					DGAGRI, DSANSC, DGINDUSTRIE, DGCOM Parceiros
2.	Elaborar uma lei-quadro para a segurança sanitária dos produtos alimentares.	Existência de lei-quadro.	X x					DGAGRI, DSANSC, DGINDUSTRIE, DGCOM Parceiros
3.	Reforçar a capacidade técnica do Comité nacional do Codex Alimentarius.	Número dos membros do Comité Codex formados.						FAO et autres Parceiros
4.	Reforçar as capacidades dos serviços nacionais de controlo sanitário e de qualidade dos alimentos (equipamentos, formação, supervisão...).	Número de agentes dos serviços de controlo sanitário e de qualidade dos alimentos formados. Custos dos equipamentos fornecidos.	X x	X x	X x	X x	X x	DGAGRI, DSANSC, DGINDUSTRIE, DGCOM Parceiros

Estratégia 5.5. Reforço da pesquisa em matéria de nutrição.

1.	Apoiar as estruturas de pesquisa e as ONG de nutrição no sentido de encontrar respostas e soluções inovadoras para os problemas que se colocam no terreno;	Número de estruturas de pesquisa e ONG apoiadas.	X x	X x	X x	X x	X x	DGAGRI, DSANSC, DGEDUC Parceiros
2.	Apoiar os trabalhos de memória ou de tese dos estudantes sobre diferentes temas pertinentes no domínio da nutrição.	Número de trabalhos de memória e teses dos estudantes no domínio da nutrição apoiados.	X x	X x	X x	X x	X x	DGAGRI, DSANSC, DGEDUC Parceiros
3.	Reforçar os laboratórios nacionais para o doseamento de micronutrientes e outras análises relacionadas com a nutrição.	Número de laboratórios que realizam doseamento de micronutrientes. Relatórios de análise dos laboratórios.	X x	X x				DGSANTE, DGAGRI, DGEDUC, Parceiros
4.	Apoiar a elaboração de um quadro de composição de alimentos locais ricos em nutrientes.	Quadro elaborado da composição dos alimentos locais ricos em nutrientes.	X x	X x				DSANSC, DGAGRI, Parceiros

Objetivo específico 6: Melhorar os comportamentos para uma boa nutrição da população

Estratégia Nº 6.1. Apelar à adoção de bons hábitos alimentares e prevenção da malnutrição

Nº	ATIVIDADES	INDICADORES	ANOS				RESPONSÁVEIS
----	------------	-------------	------	--	--	--	--------------

			2015	2016	2017	2018	2020	
1.	Elaborar um plano de comunicação de nutrição.	Plano de comunicação para a nutrição elaborado.	X x					C4D, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
2.	Apoiar as campanhas de sensibilização regular adaptada a cada grupo alvo.	Número de campanhas de sensibilização realizadas.	X x	X x	X x	X x	X x	C4D, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
3	Assegurar uma liderança da nutrição a nível do comité de aldeia.	Número de comités de aldeia com um líder para a nutrição.	X x	X x	X x	X x	X x	C4D, DRS, DRAGRI, Pontos Focais nutrição, Parceiros
Estratégia Nº 6.2. Comunicação para a mudança de comportamento								
1.	Conduzir inquéritos CAP por região e grupos alvo para as causas de malnutrição e práticas alimentares.	Dados disponíveis sobre os Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionados com a nutrição.	X x					C4D, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
2.	Elaborar um módulo de formação em comunicação interpessoal para a nutrição (por exemplo: pasta com imagens, cartaz, poster, folhetos...).	Módulo de formação em comunicação para a nutrição disponível.	X x					C4D, DSANSC, DGAGRI, Parceiros
3.	Elaborar mensagens e ferramentas mediáticas adaptadas (por exemplo: pasta de imagens, cartazes, posters, folhetos...).	Mensagens e ferramentas mediáticas para a nutrição disponíveis.	X x					C4D, DSANSC, DGAGRI, Parceiros

4.	Formar e equipar os ASC, ONG e associações comunitárias para a mudança de comportamentos.	Número de ASC formados. Número de ONG e associações equipadas para a comunicação em nutrição.	X x	X x	X x			C4D, DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
5.	Realizar sessões práticas a nível comunitário (preparação, transformação, higiene...).	Número de sessões práticas realizadas.	X x	X x	X x	X x	X x	C4D, DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
6.	Realizar trocas entre as comunidades para a partilha de boas práticas.	Número de trocas intercomunitárias realizadas.	X	X	X			C4D, DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
Estratégia Nº 6.3. Comunicação para a mudança social								
1.	Organizar sessões de informação e sensibilização com líderes comunitários (chefes religiosos, tradicionais) e administrativos em benefício da nutrição.	Número de sessões de informação realizadas.	X X	X X	X X	X X	X X	Comités regionais de Nutrição, C4D, DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
2	Organizar diálogos comunitários com os líderes, associações e líderes de opinião, sobretudo nas regiões com alta prevalência de desnutrição.	Número de sessões de informação realizadas.	X X	X X	X X	X X	X X	C4D, DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
3	Assegurar uma mobilização comunitária, regional e nacional para	Relatórios de atividades de celebração da Semana Mundial de	X	X	X	X	X	Comité Nacional de Nutrição, Comités

	a celebração da Semana Mundial da Aleitamento Materno.	Aleitamento Materno.							regionais de Nutrição, C4D, DSANSC, DGAGRI, DRS, DRAGRI, Parceiros
--	--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--

DRAFT

DRAFT