



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

**PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL
PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO
CRÓNICA EM MOÇAMBIQUE
2011 – 2015 (2020)**



MAPUTO, SETEMBRO DE 2010

FICHA TÉCNICA

© SETEMBRO DE 2010 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Título: Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020)

Editor

Departamento de Nutrição
Direcção Nacional de Saúde Pública
Ministério da Saúde
Av. Eduardo Mondlane / Av. Salvador Allende. Caixa Postal 268
Telefones: +258-21-326164
Fax: +258-21321738
Extensão:321
Homepage: www.misau.gov.mz

Direcção

Dr. Mouzinho Saíde, Director Nacional de Saúde Pública

Coordenação e Supervisão

Dr. Leonardo António Chavane, Director Nacional Adjunto de Saúde Pública

Autores

Ministério da Educação (Tomás Sequeira)
Ministério das Finanças (Janeth Dalsuco)
Ministério da Indústria e Comércio (Agostinho José Macamo)
Ministério da Juventude e Desportos
Ministério da Mulher e Acção Social (Olívia Faite)
Ministério das Obras Públicas e Habitação (Sheila Macingarrela)
Ministério da Planificação e Desenvolvimento (Ermaciana Cunamizana)
Ministério da Saúde (Edna Germack Possolo, Neusa Pinto, Júlia Nhacule)
Centers for Disease Control and Prevention (Rui Vasco)
FAO (Felicidade Panguene)
FNUAP (Filipa Gouveia)
Helen Keller International (Tania Goossens-Allen)
OMS (Daisy Trovoadá)
PMA (Nádia Osman, Lara Carrilho)
SETSAN /Ministério da Agricultura (Marcela Libombo, Almeida Tembe)
UNICEF (Maaïke Arts, Sónia M.G. Khan)
USAID (Maria Pinto)
Roger Shrimpton – Consultor principal
Christian Groes-Green – Consultor responsável pelo mapeamento
Cláudia Fidalgo – Consultor assistente

Agradecimentos

Agradecimentos pela tradução do Plano de Acção em inglês: Isabelle Michaud-Létourneau (Departamento de Nutrição), Luca Passerini (OMS) e Elsa Pereira (consultora). Agradecimentos especiais são também endereçados às numerosas pessoas e instituições que participaram nas várias etapas de preparação e elaboração deste documento.

Financiadores

Ministério da Saúde / Governo da República de Moçambique, Agências das Nações Unidas (OMS, UNICEF e PMA), Agência de Desenvolvimento Internacional da Dinamarca e Helen Keller International.

ÍNDICE

PREFÁCIO	5
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO	6
LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	10
SUMÁRIO EXECUTIVO	11
CAPÍTULO 1.....	14
I. INTRODUÇÃO E ANTECEDENTES	14
II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	16
2.1 NÍVEIS, TENDÊNCIAS E PRINCIPAIS CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA	16
2.1.1 O QUE É DESNUTRIÇÃO CRÓNICA?	16
2.1.2. NÍVEIS E TENDÊNCIAS DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA	16
2.1.3. AS PRINCIPAIS CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA	18
2.1.3.1. AS CAUSAS IMEDIATAS.....	19
2.1.3.2. AS CAUSAS SUBJACENTES	20
2.1.3.3. AS CAUSAS BÁSICAS.....	23
III. SITUAÇÃO ACTUAL E COBERTURA DE INTERVENÇÕES.....	24
3.1 INTERVENÇÕES NOS SECTORES-CHAVE	24
3.1.1. SECTOR DA SAÚDE	24
3.1.2. SECTOR DA EDUCAÇÃO	27
3.1.3. SECTOR DA ACÇÃO SOCIAL	28
3.1.4. SECTOR DA AGRICULTURA	29
3.1.5. SECTOR DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO	30
3.1.6. SECTOR DAS OBRAS PÚBLICAS E HABITAÇÃO	30
3.2. GESTÃO	31
3.2.1. MECANISMOS DE PLANIFICAÇÃO E FINANCIAMENTO	31
3.2.2. MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	32
3.2.3. RECURSOS HUMANOS E CAPACIDADE TÉCNICA	33
CAPÍTULO 2.....	35
I. PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL DE REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA	35
1.1. OBJECTIVO GERAL.....	36
1.2. METAS POR GRUPO ALVO	36
1.3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS, RESULTADOS ESPERADOS E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES.....	37
II. PLANO DE ACTIVIDADES	39
OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes	39

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação	42
OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos de idade.....	45
OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer as actividades, dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.	47
OBJECTIVO ESTRATÉGICO 5: Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição.....	51
OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6: Fortalecer a capacidade nacional para advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica.....	53
OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional	58
 III. ETAPAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANO	59
 IV. RECURSOS HUMANOS	60
 V. MONITORIA & AVALIAÇÃO.....	61
5.1. FINALIDADE E RESULTADOS ESPERADOS DO PROCESSO DE MONITORIA & AVALIAÇÃO	61
5.2. MECANISMOS PARA A MONITORIA & AVALIAÇÃO E FONTES DE INFORMAÇÃO.....	62
 ANEXOS.....	81
Anexo 1. Pacotes de Intervenções Nutricionais Essencias (INE) do “Lancet Nutrition Series” e suas estratégias de implementação com vista a assegurar a “continuidade dos cuidados” desde a concepção até os 2 anos de idade.....	81
Anexo 2. MAPAS E TABELAS DO MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES EXISTENTES.....	85
TABELAS	98
BOAS PRÁTICAS EXISTENTES.....	103
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

PREFÁCIO

A desnutrição crónica é reconhecida como um indicador da qualidade do capital humano de um país. Em Moçambique, 44% das crianças sofrem de desnutrição crónica. Uma em cada duas crianças menores de 5 anos não consegue atingir o seu potencial de crescimento físico, mental e cognitivo.

A desnutrição é responsável por um terço das mortes em crianças menores de cinco anos em Moçambique. Além do alto custo para o país, a elevada incidência da desnutrição crónica compromete o alcance de muitos dos compromissos internacionais de desenvolvimento no nosso país.

O nosso Governo reconhece que a desnutrição crónica é um problema grave de Saúde Pública e, por isso, mobilizou os diferentes sectores do Governo, sociedade civil, sector privado, parceiros de cooperação e desenvolvimento no Seminário Nacional sobre a Desnutrição Crónica, realizado em Março de 2010, que resultou na assinatura de uma declaração de compromisso entre todos na luta contra a desnutrição. Por conseguinte, foi elaborado o presente Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015(20), o qual foi aprovado pelo Conselho de Ministros em sua 34ª sessão ordinária de 28 de Setembro de 2010.

Este Plano apresenta um pacote de actividades/intervenções com objectivos estratégicos prioritários e sectoriais que, ao longo de um período de 10 anos, deverá contribuir para reduzir até 20% os índices da prevalência actual da desnutrição crónica.

Existem evidências de se poder reduzir significativamente a desnutrição crónica num período de 10-20 anos, mas, para que isso aconteça, é urgente um compromisso forte dos vários sectores governamentais e não governamentais no desenvolvimento de planos operacionais sectoriais em base a este Plano, e na alocação dos recursos que permitam acelerar os progressos já alcançados nesta área.

Maputo, Abril de 2011

O Primeiro Ministro



Aires Aly

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Para uma resposta acelerada para a prevenção da desnutrição crónica em Moçambique

Nós, o Governo de Moçambique, Agências das Nações Unidas, Parceiros de Desenvolvimento e membros da Sociedade Civil e do Sector Privado, reunidos hoje, dia 4 de Março de 2010, no Centro de Conferências Joaquim Chissano, no Seminário Nacional sobre a Desnutrição Crónica, cujo objectivo é obter um consenso nacional para um plano de acção multisectorial de redução da desnutrição crónica em Moçambique,

Reconhecendo que a desnutrição crónica é o problema principal de nutrição que afecta as crianças moçambicanas e que a sua resolução requer uma abordagem multisectorial,

Preocupados com o facto de a desnutrição ser responsável por mais de um terço da mortalidade infantil, comprometendo assim o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, e o seu impacto negativo para o desenvolvimento sócio-económico da família, comunidade e por fim do país,

Lembrando e reafirmando o compromisso assumido durante a Cimeira Mundial da Alimentação, realizada em Roma em 1996, de reduzir o número de pessoas desnutridas em 50% até o ano de 2015,

Reconhecendo que a redução da pobreza é uma prioridade do Governo e que existe uma forte ligação entre a redução da pobreza, a insegurança alimentar e nutricional e a desnutrição crónica,

Tomando em consideração as oportunidades que se apresentam, nomeadamente: o engajamento político nacional, as intervenções custo eficazes e com base em evidências científicas, as iniciativas globais e o engajamento dos parceiros nacionais e internacionais,

Reconhecendo que o Direito à Alimentação Adequada é um Direito Humano fundamental,

Nós nos comprometemos e envidaremos esforços no sentido de:

- Contribuir para a implementação das acções a serem definidas no plano de acção multisectorial de redução da desnutrição crónica;
- Desenvolver acções de advocacia e capacitação para aumentar a consciência dos diferentes sectores e do público em geral, acerca da problemática da desnutrição crónica e tornar as acções de redução da desnutrição acessíveis à todos, facilitando assim o acesso à informação, promovendo a mudança de comportamentos e tomando em consideração o aspecto do género;



- Reforçar a assistência técnica das estruturas para a implementação do plano a todos os níveis e nos diferentes sectores ligados à nutrição;
- Apoiar o órgão de coordenação intersectorial em toda a sua dimensão para que através de mecanismos de coordenação funcionais e eficientes sejam implementadas acções tendentes a melhorar o estado nutricional das mulheres e das crianças, assegurando a complementaridade e reforçando as sinergias entre os diferentes actores;
- Investir na informação, gestão do conhecimento, sistemas de vigilância, monitoria e avaliação dos progressos realizados; e
- Investir/fortalecer a capacitação dos recursos humanos para a implementação do plano de acção multisectorial de redução da desnutrição crónica;
- Mobilizar recursos a nível nacional e internacional para assegurar a implementação em larga escala das intervenções e programas de nutrição.

Nós, o Governo de Moçambique, Agências das Nações Unidas, Parceiros de Desenvolvimento e membros da Sociedade Civil e do Sector Privado, pelo presente aprovamos o conteúdo desta **“Declaração de Compromisso para uma Resposta Acelerada para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique”**.

Maputo, 4 de Março de 2010.

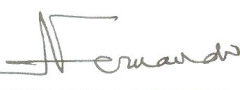


Simusavale

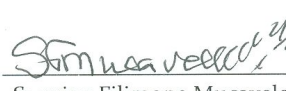

Paulo Garrido
Ministro da Saúde


Manuel Chang
Ministro das Finanças


Cadmiel Muthemba
Ministro das Obras Públicas e Habitações


António Fernando
Ministro da Indústria e Comércio

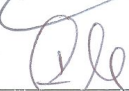

Ndolamb Ngokwey
Coordenador Residente das Nações Unidas


Saquina Filimone Mucavele
Rede de Organizações para a
Soberania Alimentar (ROSA)
Representante da Sociedade Civil


Representante dos Parceiros de Desenvolvimento

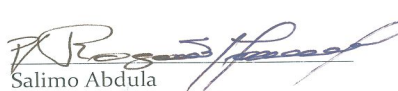

Soares Nhaca
Ministro da Agricultura


Zeferino Martins
Ministro da Educação


Iolanda Cintura
Ministra da Mulher e Acção
Social


Aiuba Cuereneia
Ministro da Planificação e
Desenvolvimento


Representante dos Parceiros de
Desenvolvimento


Salimo Abdula
Presidente da Confederação
das Associações Económicas
de Moçambique
Representante do Sector Privado



LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APE	Agente Polivalente Elementar
BDPA	Batata Doce Polpa Alaranjada
CD	Cuidados Domiciliários
COV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CSB	Mistura de milho e soja
DPS	Direcção Provincial de Saúde
ESAN	Estratégia de Segurança Nutricional e Nutricional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Intervenções Nutricionais Essenciais
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
ISCISA	Instituto Superior de Ciências de Saúde
LNS	Lancet Series sobre Nutrição
MIC	Ministério da Indústria e Comércio
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MIMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
MISAU	Ministério da Saúde
MOPH	Ministério das Obras Públicas e Habitações
ODM	Objectivos do Desenvolvimento do Milénio
ONG	Organização Não-Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARPA	Programa de Apoio à Redução da Pobreza
PASAN	Plano de Acção para a Segurança Alimentar e Nutricional
PMA	Programa Mundial de Alimentação
RAI	Avaliação Rápida do Impacto
SA	Segurança Alimentar
SAAJ	Serviços de Saúde Amigos de Adolescentes e Jovens
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SETSAN	Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materna e Infantil
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SWAp	Abordagem Sectorial Alargada
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
InSAN	Insegurança alimentar
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
USD	Dólares Americanos

SUMÁRIO EXECUTIVO

Quarenta e quatro por cento das crianças em Moçambique sofrem de desnutrição crónica ou baixa altura para a idade (MICS 2008). A baixa estatura para a idade desenvolve-se no período entre a concepção e os dois anos, e não pode ser recuperada depois desse período. Esta falha precoce de crescimento aumenta a mortalidade na primeira infância e diminui a função cognitiva dos que sobrevivem, dificultando os esforços para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODMs) 1, 2, 3, 4, 5 e 6. Em 2004, foram estimados em USD 110 milhões por ano os custos da não correcção destes problemas, em termos de perdas da produtividade.

As principais causas imediatas da desnutrição crónica em Moçambique são a ingestão inadequada de nutrientes, os níveis elevados da infecção e a gravidez precoce. As dietas são monótonas, com deficiências de micronutrientes, afectando a maioria da população. A malária e os parasitas gastrointestinais afectam metade da população, sendo que igual número de mulheres que são atendidas nas consultas pré-natais apresentam doenças sexualmente transmissíveis, para além de metade destas engravidarem ainda crianças. Apenas 40 por cento dos menores de seis meses são exclusivamente amamentados.

As causas subjacentes da desnutrição crónica são a insegurança alimentar (especialmente no acesso limitado e no uso dos alimentos nutritivos), pobreza e práticas inadequadas em relação aos cuidados das meninas adolescentes, mães e crianças, bem como o acesso insuficiente à saúde, à água e aos serviços de saneamento.

As causas básicas da desnutrição crónica, para além da pobreza, incluem o baixo nível de educação e a desigualdade do género (este último responsável pelos casamentos e gravidezes precoces).

A avaliação de Impacto RAI-2009 do PARPA II (2006-2009) fez uma análise aprofundada da situação da desnutrição crónica em Moçambique e tece recomendações para se acelerarem progressos para a sua redução no país, tendo concluído que a Desnutrição Crónica precisa de ser resolvida com urgência. Por conseguinte, em Outubro de 2009 uma missão de alto nível das Nações Unidas reuniu-se com o Ministro da Saúde e representantes de outros ministérios para discutir a situação de nutrição no país, e identificar os próximos passos a dar. No encontro, concordou-se na realização de um Seminário Nacional com o objectivo de obter consenso sobre um Plano de Acção multisectorial para o combate da desnutrição crónica em Moçambique. Este seminário foi realizado em Março de 2010 e culminou com a Assinatura de uma declaração de compromisso entre o Governo de Moçambique, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e o sector privado para uma resposta acelerada na prevenção da desnutrição crónica em Moçambique.

O presente plano objectiva reduzir a desnutrição crónica em menores de 5 anos de 44% em 2008 até 30% em 2015 e 20% em 2020. O Plano considera os factores que limitam a capacidade das instituições governamentais com a responsabilidade de implementá-lo, e centra-se sobre um pacote de intervenções prioritárias que complementarão as acções contidas noutros Planos e Estratégias relevantes, tais como a Estratégia da Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN II) e o Plano Integrado para a realização dos ODMs 4 e 5, os quais já estão em curso.

Pontos Chaves do Plano de Acção

O Plano define sete objectivos estratégicos, cada um com resultados esperados e actividades já estabelecidas.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes.

Resultado 1.1. Anemia controlada em adolescentes (10-19 anos), dentro e fora da escola;

Resultado 1.2. Gravidez precoce reduzida entre os adolescentes (10-19 anos);

Resultado 1.3. Fortalecida a educação nutricional nos diferentes níveis de ensino como parte do currículo escolar, incluindo os currículos de alfabetização.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação.

Resultado 2.1. Reduzidas deficiências em micronutrientes e anemia antes e durante a gravidez e lactação;

Resultado 2.2. Infecções antes e durante a gravidez e lactação controladas;

Resultado 2.3. Aumento do ganho de peso na gravidez.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos.

Resultado 3.1. Todas as mães fazem Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança;

Resultado 3.2. Todas as crianças dos 6 aos 24 meses recebem alimentação complementar adequada;

Resultado 3.3. Reduzidas deficiências de micronutrientes e anemia em todas as crianças dos 6 aos 24 meses de idade.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer as actividades dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.

Resultado 4.1. Alimentos com alto valor nutritivo produzidos localmente e utilizados pelas famílias mais pobres;

Resultado 4.2. Reforçada a capacidade dos agregados familiares vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) para o processamento e armazenamento adequado dos alimentos;

Resultado 4.3. Agregados familiares vulneráveis à InSAN com acesso aos serviços de apoio e protecção social para assegurar a alimentação suficiente e diversificada das mulheres grávidas, lactantes, adolescentes e crianças dos 6-24 meses de idade;

Resultado 4.4. Aumentada a oferta e o consumo de alimentos fortificados nas comunidades, em particular o sal iodado;

Resultado 4.5. Assegurado o saneamento básico nos domicílios dos agregados familiares mais pobres com raparigas adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e crianças menores de 2 anos.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 5: Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição.

Resultado 5.1. Recursos humanos responsáveis pela nutrição a nível nacional, provincial e distrital capacitados;

Resultado 5.2. Profissionais dos sectores de saúde, segurança alimentar e educação capacitados em alimentação adequada e nutrição.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6: Fortalecer a capacidade nacional para advogar, coordenar e gerir a implementação progressiva do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica.

Resultado 6.1. Estabelecido um grupo de coordenação multisectorial a nível nacional;

Resultado 6.2. Criado um grupo executivo multisectorial para a gestão da implementação do plano a nível nacional;

Resultado 6.3. Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de monitoria e avaliação do plano a nível nacional;

Resultado 6.4. Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica a nível nacional;

Resultado 6.5. Estabelecido, aos níveis provincial e distrital, um grupo consultivo de coordenação multisectorial, capaz de coordenar a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica⁴;

Resultado 6.6. Criado um grupo executivo a nível provincial e distrital que seja capaz de gerir a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica e realizar a monitoria do plano.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional.

Resultado 7.1. Gestão adequada das actividades de Segurança Alimentar e Nutricional nos diferentes níveis (nacional, provincial e distrital);

Resultado 7.2. Melhorada a disponibilidade da informação atempada e desagregada sobre SAN no país.

As actividades referentes aos objectivos 5, 6 e 7 serão implementadas a nível nacional ou central desde o início da operacionalização do Plano. Por outro lado, a maior parte das actividades referentes aos objectivos 1, 2, 3 e 4 serão implementadas gradualmente nos distritos seleccionados até que seja alcançada uma cobertura nacional.

CAPÍTULO 1

I. INTRODUÇÃO E ANTECEDENTES

Em Moçambique, a desnutrição crónica que se manifesta pela falha no crescimento nos primeiros anos de vida (baixa estatura para a idade), é responsável por um terço das mortes em crianças menores de cinco anos¹.

Além de representar uma das principais causas de morte, a desnutrição crónica pode trazer danos irreversíveis à saúde durante todo o ciclo de vida, tais como: baixa estatura, o que acarreta a fraca capacidade produtiva e física; diminuição da função cognitiva, resultando num menor rendimento escolar, e maiores riscos de doenças degenerativas como as diabetes e a obesidade.

A desnutrição crónica é reconhecida como sendo o melhor indicador da qualidade do capital humano². Além do alto custo para a nação, a elevada incidência da desnutrição crónica compromete o alcance de muitos dos compromissos internacionais de desenvolvimento socioeconómico em Moçambique. Os custos da desnutrição crónica foram estimados em 110 milhões de dólares anuais³ em 2004, e este valor pode estar muito aquém dos custos reais. Alguns autores estimaram que, em Moçambique, as perdas de produtividade são da ordem de 2-3% do Produto Interno Bruto⁴, ou seja, entre 300 e 500 milhões de dólares anuais. Se a problemática da Desnutrição Crónica não for sanada pode dificultar o alcance e o sucesso das metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), em particular os ODM 1,2,3, 4, 5 e 6.

É de salientar que Moçambique também assumiu um compromisso durante a Cimeira Mundial da Alimentação, realizada em Roma em 1996, de reduzir o número de pessoas desnutridas em 50% até o ano de 2015 e tal compromisso pode estar comprometido em virtude do dilema que o país enfrenta.

A falta de resultados satisfatórios relativos à redução da desnutrição crónica tem implicação não apenas no comprometimento do desenvolvimento socioeconómico, mas também representa uma falha por não fazer valer progressivamente os direitos humanos dos moçambicanos, especialmente o Direito à Alimentação Adequada e o Direito à Saúde.

O Governo de Moçambique reconhece que a desnutrição crónica é o principal problema de nutrição no país, como foi realçado na Reunião Nacional de Nutrição do Ministério da Saúde, em 2008. No âmbito da avaliação do PARPA II, foi feita uma análise da situação nutricional das crianças em Moçambique, com ênfase para a desnutrição crónica, tendo-se concluído que, devido ao impacto negativo que a baixa altura para a idade exerce no potencial de desenvolvimento económico e humano da população, deve haver uma abordagem urgente e de escala nacional para a redução da desnutrição crónica, e esta deve ser definida como prioritária nos planos do Governo.

Em Outubro de 2009, uma missão de alto nível das Nações Unidas reuniu-se com o Ministro da Saúde e representantes de outros ministérios-chave para discutir a situação da nutrição em Moçambique. No encontro, concordou-se na realização de um Seminário Nacional com o objectivo de obter consenso para a elaboração de um plano de acção multisectorial para o combate da desnutrição crónica em Moçambique.

Como preparação do seminário nacional, fez-se uma análise da situação do cometimento e capacidade na área de nutrição no país, um exercício recomendado pela OMS para todos os países com alta prevalência de desnutrição crónica. Paralelamente a esta análise, durante o processo de produção do presente plano, elaborou-se um mapeamento das intervenções que contribuem para a redução da desnutrição crónica em Moçambique. As grandes conclusões destas análises serão apresentadas ao longo deste capítulo. Estas avaliações permitiram traçar recomendações e intervenções/acções específicas que têm impacto directo e imediato na redução da desnutrição crónica.

Nas semanas que antecederam o Seminário Nacional, representantes dos sectores relevantes reuniram-se várias vezes para chegar a um consenso sobre as barreiras para a redução da desnutrição crónica e recomendações para o futuro. Estas recomendações foram, igualmente, tomadas em conta para o desenvolvimento deste Plano.

O Seminário Nacional decorreu entre os dias 3 e 4 de Março de 2010 e nele estiveram presentes representantes dos diferentes sectores do Governo, sociedade civil, instituições de Cooperação e sector privado, além da participação do Primeiro Ministro e dos Ministros da Saúde e da Agricultura. O seminário resultou na assinatura de uma declaração de compromisso entre o Governo de Moçambique, os parceiros de desenvolvimento, a sociedade civil e o sector privado para uma resposta acelerada pela redução da desnutrição crónica em Moçambique.

No Seminário Nacional chegou-se a consenso de que os pilares das intervenções para a redução da desnutrição crónica são: 1) a segurança alimentar e nutricional, 2) os cuidados da mulher e da criança, 3) o acesso aos serviços de saúde, água potável e saneamento do meio e 4) os recursos humanos para nutrição. Acima destes pilares, como um “efeito”, foram definidos o arranjo institucional, a coordenação e a liderança (o que inclui o financiamento, advocacia, comunicação, monitoria e a avaliação). A educação e as intervenções-custo eficazes na comunidade foram definidas como a base dos pilares de intervenção. O presente plano toma em conta estes elementos e apresenta-os de forma integrada.

O Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica não se limita a abordar o problema da desnutrição crónica e as medidas de prevenção, mas considera também os factores que limitam a capacidade das instituições governamentais na sua implementação. O Plano inclui uma análise dos quadros legais actuais e necessários, a colaboração e coordenação intersectorial, os recursos financeiros e humanos, bem como identifica as lacunas e necessidades futuras para garantir o compromisso e a capacidade para a sua implementação de forma sustentável.

O Plano focaliza as actividades prioritárias para a redução da desnutrição crónica em vários sectores, basendo-se nos pressupostos de algumas actividades que têm impacto na desnutrição crónica incluídas em vários planos sectoriais, e as actividades da Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional II (ESAN II) e PASAN II serão implementadas em paralelo.

II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

2.1 NIVEÍIS, TENDÊNCIAS E PRINCIPAIS CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA

2.1.1 O QUE É DESNUTRIÇÃO CRÓNICA?

A desnutrição crónica é definida como baixa estatura para a idade e difere da desnutrição aguda, definida como baixo peso para a altura. A desnutrição aguda pode aparecer em qualquer época da vida e pode ser recuperada. Por sua vez, a desnutrição crónica é causada pela desnutrição aguda na fase da vida entre a concepção e os primeiros dois anos de idade e não é tratada. Por constituir uma fase crítica de desenvolvimento do corpo, os danos causados não podem ser recuperados depois dos dois anos de idade. Tanto em Moçambique, como em outros países do mundo, depois dos dois anos de idade o crescimento físico das crianças obedece ao mesmo padrão de crescimento da OMS⁵ e a altura final do adulto é determinada pela altura da criança com dois anos de idade⁶. Os adultos nascidos com baixo peso têm 5cm a menos de altura em relação aos adultos que nasceram com o peso normal⁷. Assim, a desnutrição crónica, ou baixa estatura para a idade, é causada pela desnutrição tanto da mãe antes e durante a gravidez e na lactação, bem como da criança durante os primeiros dois anos de vida, com metade da falha no crescimento a acontecer ainda dentro do útero e a outra metade após o nascimento⁸.

O ganho de comprimento do feto e da criança, entre a concepção e os dois anos de idade, resulta de dois factores: 1) a trajectória de crescimento do feto, que é largamente determinada nos primeiros seis meses de gravidez, e 2) o estado nutricional da criança durante os primeiros dois anos de vida⁹. Estudos realizados na Guatemala, mostraram que o ganho do peso da mãe no segundo trimestre da gravidez tem efeitos benéficos no comprimento da criança ao nascer, enquanto o ganho do peso da mãe nos últimos três meses de gravidez é importante para que ocorram efeitos satisfatórios no peso da criança ao nascer.¹⁰ Tanner (1978) também mostrou que a velocidade de crescimento relacionada com a altura é maior durante o quinto mês de gravidez e depois sofre uma rápida redução, enquanto a velocidade do crescimento relacionada com o peso é maior durante o oitavo mês de gravidez e o primeiro trimestre de vida¹¹. Nesse contexto, Tanner realçou que, enquanto o crescimento do feto nos últimos meses da gravidez é mais sensível à falta de energia ou baixa quantidade de alimentos ingeridos pela mãe, o crescimento nos primeiros seis meses é mais sensível a deficiências de ingestão de alimentos qualitativos ou de micronutrientes.

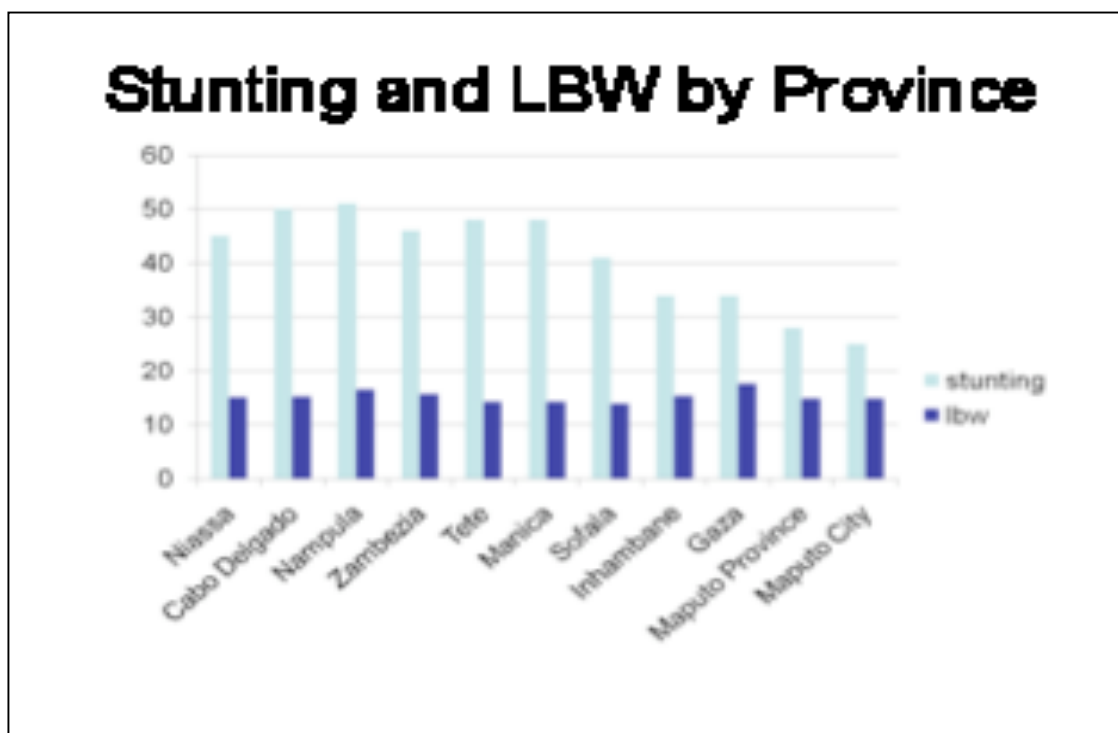
A desnutrição crónica pode ser eliminada rapidamente em crianças menores de dois anos de idade. Ela não tem origem genética, e crianças de todas as raças têm o mesmo potencial para crescer¹². Entre a população de refugiados asiáticos nos Estados Unidos, por exemplo, houve uma redução de 46% da baixa estatura para a idade em crianças menores de dois anos entre 1982 e 1989. Neste curto período, a altura das crianças asiáticas com dois anos de idade ficou igual a das crianças de descendência latino-americana¹³. Vários programas implementados em diversos países ainda em desenvolvimento também têm demonstrado que é possível reduzir e até mesmo eliminar rapidamente a desnutrição crónica dentro de uma década^{14,15}.

2.1.2 NIVEÍIS E TENDÊNCIAS DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA

Metade da população moçambicana sofre das consequências da desnutrição crónica, e o preocupante é que esta situação não tem melhorado significativamente nos últimos anos. A prevalência de desnutrição crónica em crianças pré-escolares em Moçambique diminuiu de

48% em 2003 para 44% em 2008¹⁶. A elevada incidência de pessoas com baixa estatura acima de 40% representa um problema sério de saúde pública, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS). As províncias de Cabo Delgado e Nampula apresentam as taxas mais elevadas do país (> 50%) e as taxas para Zambézia, Niassa, Tete e Manica são intermediárias (> 45%). As províncias com menores taxas (<40%) são Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade. Apesar de o país ter vindo a apresentar um crescimento económico satisfatório desde a década passada, a preocupação é maior ainda pelo facto de não se terem verificado melhorias significativas da situação da desnutrição crónica, mesmo no quintil mais alto de riqueza, em que as taxas de baixa estatura ainda são de 27%. Isto significa que, para reduzir as altas taxas de desnutrição crónica, o Governo precisa de adoptar medidas que vão além da erradicação da pobreza absoluta.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, (INE), em 2008, a taxa de baixo peso ao nascer, a nível nacional foi de 11.3%¹⁷. Segundo o último *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS), a estimativa de que, em 2008, a nível nacional, 15 % dos nascidos vivos tinham baixo peso ao nascer, porque se teve em consideração que apenas 58% dos recém-nascidos foram pesados ao nascer. Normalmente, existe uma forte relação entre a baixa estatura das crianças e o baixo peso ao nascer, ou seja, quando se registam altos níveis de desnutrição crónica também se constata altos níveis de baixo peso ao nascer (peso inferior a 2.500 gramas)¹⁸. Porém, esta relação parece não existir em Moçambique a nível das províncias, conforme mostrado na Figura abaixo, quando se usam os resultados do MICS 2008. Enquanto se verificam níveis elevados de desnutrição crónica no norte relativamente ao sul do país, as taxas de baixo peso ao nascer são semelhantes em todas as províncias.



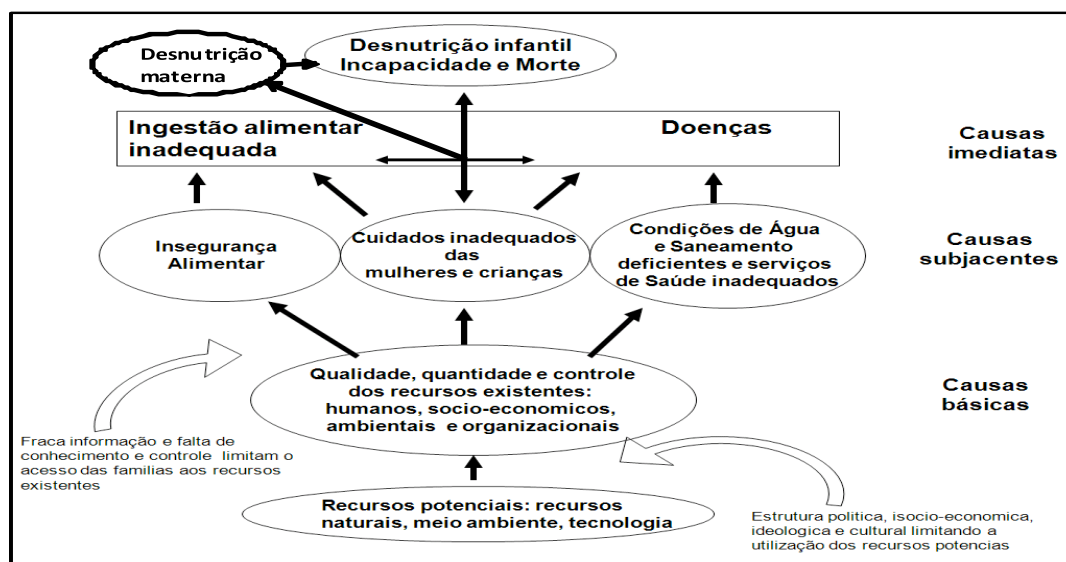
Este paradoxo pode ser explicado de várias maneiras: a causalidade do baixo peso ao nascer e/ou da desnutrição crónica varia de província para província. O baixo peso ao nascer pode ser causado pela insuficiência de crescimento no útero e também pelo nascimento antes do tempo. Resultados de um estudo longitudinal de mulheres grávidas em Maputo, por exemplo, encontrou uma frequência de baixo peso ao nascer de 16.2%, dos quais 15.4% foram prematuros e somente 9.7% foram pequenos para o estágio da gestação¹⁹. A prematuridade

também é a principal causa da morte neonatal em Moçambique²⁰. As causas da prematuridade estão relacionadas com as infecções²¹, com a gravidez precoce²² e com as deficiências de micronutrientes como o ferro por exemplo²³, enquanto as causas da falha de crescimento intra-uterino estão relacionadas com a falta de macronutrientes por si.

Em suma, pode-se concluir que a desnutrição crónica afecta metade da população em Moçambique, e que os níveis são mais altos nas províncias do norte quando comparados às províncias do sul do país. As taxas de baixo peso ao nascer também são altas em Moçambique, com níveis semelhantes em todas as províncias. A ausência de uma relação forte entre baixo peso ao nascer e a desnutrição crónica a nível das províncias, sugere que a relação entre as condições de alimentação e saúde da mãe e a desnutrição crónica das crianças não é a mesma em todas as províncias.

2.1.3. AS PRINCIPAIS CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA

As causas da desnutrição, tanto da mãe como da criança, actuam em vários níveis, incluindo as causas imediatas a nível individual e as causas subjacentes a nível da família e da comunidade, conforme se mostra na figura a seguir, derivada do quadro conceptual originalmente proposto pelo UNICEF.



Como a desnutrição crónica é causada pela falta de crescimento que ocorre entre o momento da concepção e os dois anos de idade, a análise da causalidade da desnutrição crónica tem que considerar tanto o estado nutricional da mãe antes e durante a gravidez como da criança nos primeiros dois anos de vida. A nível imediato, a desnutrição pode ser causada tanto pela inadequada ingestão de alimentos, como também pelo aparecimento de infecções.

A nível subjacente existem três tipos de causas, nomeadamente: a insegurança alimentar, a falta de serviços de saúde e de higiene, bem como de saneamento ambiental e os cuidados maternos e infantis adequados. Cada uma das causas subjacentes é essencial, mas não é, por si, só suficiente. A segurança alimentar é um elemento importante para manter um bom estado nutricional, e é definida como o acesso físico e económico aos alimentos de qualidade e em quantidade suficientes que sejam social e culturalmente aceitáveis. A segurança nutricional é o resultado da boa saúde, de um ambiente saudável e de boas práticas e cuidados com as mães e crianças. No contexto familiar, pode haver segurança alimentar sem que

necessariamente os membros da família apresentem segurança nutricional. A segurança alimentar é, conseqüentemente, uma condição necessária mas não suficiente para a segurança nutricional. As causas básicas actuam a nível da sociedade como um todo e reflectem os recursos potenciais disponíveis, tanto naturais, como tecnológicos e humanos e também a estrutura política e a identidade cultural.

2.1.3.1. AS CAUSAS IMEDIATAS

A ingestão inadequada de nutrientes é um problema sério em Moçambique. Não há estudos representativos a nível nacional sobre a adequação da ingestão de nutrientes pelas pessoas. Porém, o consumo em quantidade de alimentos, ou a ingestão de calorias, parece ser satisfatório, pois segundo o IDS 2003, enquanto apenas 9% das mães apresentavam magreza excessiva (um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m²), indicando uma desnutrição aguda, 12% apresentavam-se acima da média do peso (IMC > 25kg/m²), indicando uma provável predisposição para a obesidade. Por outro lado, segundo o MICS 2008, apenas 4% das crianças pré-escolares apresentaram desnutrição aguda (peso insuficiente para a altura), percentual que se encontra dentro dos limites considerados normais pela OMS.

A qualidade da dieta constitui um problema em Moçambique e a ingestão de micronutrientes é bastante precária. A anemia é uma carência nutricional prevalente em Moçambique, condição causada, em parte, pela deficiência de ferro mas, muitas vezes, encontra-se associada a infecções de parasitas que provocam perdas de sangue. Esta doença também é causada por deficiência de outros nutrientes como o ácido fólico, e a Vitamina A²⁴. O único inquérito representativo sobre anemia materna em Moçambique mostra que a prevalência de deficiência de vitamina A e anemia em mães de crianças menores de 5 anos era de 11% e 48% respectivamente²⁵. Os estudos da literatura de grupos de mulheres de diferentes áreas geográficas sugerem que 40 a 50% das mulheres em idade reprodutiva são anémicas^{26 27}. Em 2002, cerca de 74% das crianças menores de 5 anos em Moçambique eram anémicas, com maior prevalência e severidade nas crianças com menos de 24 meses. O mesmo estudo aponta que 69% das crianças (6 aos 59 meses) tinham deficiência de vitamina A; destas 14% apresentavam deficiência severa e 55% deficiência moderada²⁸. Também há evidências que indicam que a qualidade da dieta das mães e das suas crianças é pobre em várias províncias do país²⁹ e que uma grande proporção da população não tem uma dieta variada. Embora a dieta forneça a energia necessária, esta é pobre em gordura e proteína, assim como em micronutrientes como o ferro³⁰. A deficiência de iodo é endémica no país, e estima-se que 30% das mulheres em idade reprodutiva e mais de metade da população em idade escolar (68%), sofram de deficiência de iodo³¹.

Em relação à qualidade da dieta, um estudo conduzido na província da Zambézia mostrou que a qualidade da dieta das mães e das suas crianças é pobre³² e que uma grande proporção da população não tem uma dieta variada. Embora a dieta forneça a energia necessária, esta é pobre em gordura e proteína, assim como em micronutrientes como o ferro³³. O mesmo estudo mediu a diversidade da dieta de 245 crianças entre os 2-5 anos de idade que não receberam nenhum tipo de intervenção. Uma diversidade da dieta considerada excelente foi definida com aquela contendo nove grupos de alimentos. Os resultados do estudo mostraram que a média de grupos de alimentos consumidos pelas crianças do estudo era de 3,4 (em nove grupos de alimentos) o que é extremamente baixo³⁴.

Novas evidências sugerem que se a qualidade da dieta da mãe for melhorada durante a gravidez, pode existir um efeito benéfico sobre o peso ao nascer. Na Índia, o consumo de

alimentos ricos em micronutrientes (leite, vegetais, folhas verdes e frutas) durante a gravidez e os níveis de folato nos glóbulos vermelhos do sangue aos 7 meses de gravidez estavam associados ao tamanho da criança ao nascer, mesmo que não houvesse nenhuma associação com a adequação de ingestão de energia ou de proteínas³⁵. O uso do sal iodado nos países da Ásia está associado a um aumento do peso ao nascer e ao aumento do peso para as crianças com mais idade³⁶. Na Indonésia, a falta do uso do sal iodado está associada a uma prevalência elevada de desnutrição e à mortalidade nas crianças menores de 5 anos³⁷. Um estudo no Vietname constatou que o uso de suplementos de multimicronutrientes em vez de ferro e ácido fólico durante a gravidez produziu um aumento de 100g na média do peso ao nascer e uma redução de 30% nas taxas de baixa estatura das crianças com dois anos de idade³⁸.

As infecções que causam a desnutrição a nível imediato do indivíduo também afectam a grande maioria da população e podem ser a causa da desnutrição crónica em Moçambique. Entre os grupos alvo pertinentes para desnutrição crónica, estima-se que, em 2010, 16% das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) são seropositivas para o HIV/SIDA³⁹. Vários estudos mostram que metade das mulheres grávidas que se apresentam nas consultas pré-natais têm doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁴⁰. A taxa de prevalência da sífilis está entre 5 e 15%⁴¹. Segundo o Ministério da Saúde⁴², a malária é a principal razão de consulta externa (44%) e de internamento no serviço de pediatria (57%), e um estudo de âmbito nacional encontrou uma prevalência de 58.9%⁴³ de malária em crianças. A prevalência da febre nas crianças menores de cinco anos, que é utilizada por aproximação para determinar a ocorrência da malária, foi de 24 % a nível nacional, segundo o MICS 2008⁴⁴. Os parasitas gastrointestinais também afligem metade da população, sendo 47% com *schistosoma haematobium* e 53% com *helminthiases* transmitidos pelo solo⁴⁵. Acredita-se que a incidência de todas estas doenças é capaz de elevar a desnutrição crónica em Moçambique⁴⁶.

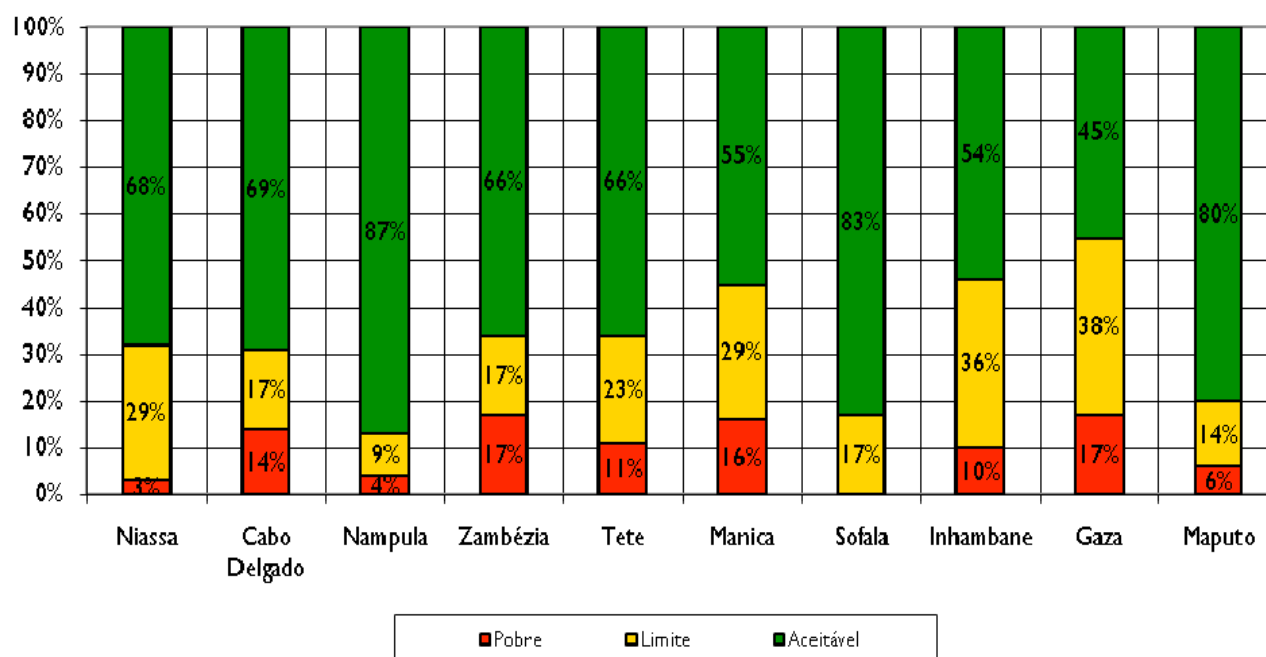
Mais de metade da população apresenta, pelo menos, uma das causas imediatas da desnutrição, e presume-se que a inadequada ingestão de nutrientes e/ou de infecções represente uma das principais causas da desnutrição. Isto é preocupante porque existe uma sinergia entre a infecção e a ingestão inadequada de nutrientes, o que faz com que o efeito combinado dos dois seja maior ainda⁴⁷.

2.1.3.2. AS CAUSAS SUBJACENTES

A **segurança alimentar** a nível dos agregados familiares parece apresentar melhorias significativas na última década. Nas últimas duas décadas, a produção e a disponibilidade de alimentos de base, particularmente o milho, a mandioca e os feijões aumentou consideravelmente, tendo permitido uma redução da ajuda alimentar externa.

Porém, a qualidade da dieta é bastante pobre. O cálculo do índice de consumo alimentar indica que o consumo de alimentos e a diversificação da dieta é inadequado em 31% dos agregados familiares das zonas rurais e 23% das zonas peri urbanas. Há diferenças na composição da dieta alimentar nas zonas norte, centro e sul do País, conforme ilustrado na figura abaixo⁴⁸.

Categorias de Consumo Alimentar por Província - Zona Rural



A adequação da qualidade da dieta é pior em Gaza, Manica e Inhambane (<45% dos agregados familiares com uma dieta inadequada), e melhor em Maputo, Sofala e Nampula (<20% dos agregados familiares com uma dieta inadequada). No entanto, a adequação do consumo dos agregados familiares tem pouca relação com a desnutrição crónica que se apresenta com taxas mais elevadas nas províncias com maior consumo alimentar, como por exemplo em Cabo Delgado e Nampula. É importante mencionar que um maior consumo alimentar pode referir-se a um maior consumo total de calorias e não necessariamente a uma dieta variada, mas o mais importante é que o consumo do agregado familiar não reflecte, necessariamente, o consumo da criança menor de 5 anos, já que práticas alimentares inadequadas e falta de conhecimento da parte dos cuidadores fazem com que o consumo alimentar e a dieta da criança sejam inadequados, mesmo quando o resto da família tem uma dieta adequada.

Cerca de 70% da população moçambicana vive nas zonas rurais e a agricultura é a principal fonte de obtenção de renda⁴⁹. A produção agrária é feita maioritariamente pelo sector familiar, que ocupa mais de 97% dos 5 milhões de hectares actualmente cultivados. A agricultura em Moçambique ainda se caracteriza pelo baixo nível de utilização de tecnologias melhoradas. Com efeito, apenas 5% dos produtores, dos 3,3 milhões de explorações agrícolas existentes no País, usa sementes melhoradas e fertilizantes. O nível de utilização da tracção animal situa-se à volta dos 12%. Com mais investimento no sector agrícola, as perspectivas de melhorar a produção dos alimentos é bastante promissora.

Mesmo que as perspectivas para diminuir a insegurança alimentar a nível nacional sejam boas, a maioria da população continua a ter uma dieta com pouca variedade. Não obstante fornecer a energia necessária, ela é pobre em gordura, proteínas e micronutrientes. Estima-se também que 35% das famílias ainda esteja em situação de insegurança alimentar crónica, o que quer dizer que uma parte da população é muito vulnerável aos choques naturais⁵⁰. As bolsas de insegurança alimentar moderada existem periodicamente em várias partes de

Moçambique, com algumas zonas a serem de tempos a tempos afectadas pela seca e outras pelas cheias. Portanto, cerca de meio milhão de habitantes é afectado por estas calamidades e precisam de ser socorridos pela ajuda humanitária.

Os **cuidados da criança** parecem ser outra causa subjacente que está a contribuir para a desnutrição crónica. A alimentação das crianças nos primeiros dois anos da vida ainda está muito aquém do ideal. Segundo o MICS 2008, aproximadamente dois terços dos recém-nascidos foram **amamentados ao peito** dentro do período recomendado (na primeira hora após o nascimento) e cerca de 90% foram amamentados no primeiro dia de vida. Porém, apenas 37% recebeu aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, como é recomendado pela OMS. A duração do aleitamento materno diminuiu de uma mediana de 22 meses em 2003 para 18 meses em 2008 (sendo 19 meses nas áreas rurais e 18 nas áreas urbanas), encontrando-se muito abaixo da recomendação de 24 meses ou mais. Em relação à **alimentação complementar**, os resultados do MICS mostraram que 64% das crianças dos 6-8 meses receberam pelo menos duas refeições durante o dia e apenas 37% das crianças dos 9-11 meses de idade receberam pelo menos três refeições durante o dia. Esta é a frequência diária mínima necessária, contudo, as recomendações de um cenário ideal para Moçambique indicam que as crianças dos 6-9 meses precisam de pelo menos três refeições principais mais dois lanches durante o dia em complemento ao aleitamento materno.

Somente 47% das crianças que tiveram diarreias receberam terapia de reidratação oral (TRO) e continuaram a alimentar-se normalmente. A higiene na elaboração dos alimentos complementares ainda deixa a desejar e é necessário que, dentro da educação, a componente de higiene pessoal e dos alimentos seja reforçada.

Os **cuidados da mãe** apresentam-se também aquém do desejável, pois mais de metade das mulheres casa-se antes de completar os 18 anos de idade, sendo 60% na área rural⁵¹. Segundo os dados do IDS 2003, aproximadamente 40% das mulheres começaram a ter filhos antes de completar 19 anos de idade. A gravidez em meninas abaixo de 18 anos de idade traz grandes riscos de saúde tanto para a mãe como para o filho que vai nascer⁵². Nestes casos, é provável que haja complicações no parto e um risco de a criança nascer prematura. Bebés nascidos de mães com idade inferior a 18 anos têm, em média, menos 200g no peso ao nascer, pois o crescimento da mãe é priorizado em detrimento do crescimento do feto⁵³. Esta competição entre o crescimento da mãe e o crescimento do feto, torna-se uma causa imediata da desnutrição crónica, provocada pela gravidez precoce. O facto de as meninas se casarem e engravidarem antes dos 18 anos constitui uma violação aos direitos da criança e da convenção sobre a eliminação da discriminação contra a mulher. Há evidências que indicam que um intervalo mais curto entre os nascimentos está associado à desnutrição crónica⁵⁴. É provável que a gravidez precoce e o curto espaçamento entre as gestações sejam causas da desnutrição crónica em Moçambique.

O **acesso aos serviços de saúde e saneamento** tem melhorado, mas é importante que se dê ênfase às acções, com vista a ampliar a cobertura no país. A cobertura dos serviços de saúde aumentou de 45% em 2003 para 54% em 2007, mas apenas 36% da população tem acesso aos cuidados de saúde num raio de 30 minutos das suas casas. Segundo os dados do MICS 2008, a cobertura dos partos assistidos por pessoal qualificado tem vindo a aumentar, passando de 44% em 1993 para 48% em 1997 e 55% em 2008. Porém, o acesso à água e saneamento constituem um problema sério. Um pouco menos de metade (48%) das famílias tiveram **acesso a água potável** em 2008, com apenas 34% das famílias rurais comparativamente aos 77% das famílias nas zonas urbanas. O mais preocupante é que só 19% das famílias no país tem acesso ao **saneamento seguro**, com 34% de famílias urbanas

em comparação a apenas 6% de famílias rurais. Uma grande proporção da população ainda defeca ao ar livre.

Sobre as causas subjacentes pode-se concluir, por conseguinte, que a situação de segurança alimentar, apesar de estar melhor do que há dez anos atrás em termos quantitativos, ainda está precária em termos qualitativos. Os cuidados da mãe e da criança também estão muito aquém dos desejáveis, sendo a gravidez precoce, a falta de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e uma alimentação complementar adequada os principais constrangimentos. A gravidez precoce provoca uma competição entre o crescimento da mãe e o crescimento do feto, tornando-se assim uma causa imediata da desnutrição crónica. E, apesar do acesso aos serviços de saúde ter melhorado muito, o acesso à água potável e às condições de saneamento ainda são muito preocupantes.

2.1.3.3. AS CAUSAS BÁSICAS

Entre as **causas básicas**, a pobreza possui um grande peso, não obstante ter reduzido consideravelmente nos últimos anos. A percentagem da população moçambicana que vive abaixo da linha da pobreza desceu de 69% entre 1996/97 para 54% entre 2002/03 e prevê-se que seja de 45% em 2009/10. Porém, é importante salientar que, há vários anos, o salário mínimo não é suficiente para adquirir a cesta básica de alimentos, o que torna difícil o acesso aos alimentos em quantidade e em qualidade suficiente, de modo que a população tenha uma alimentação equilibrada. As mudanças no custo da cesta básica estão relacionadas com a variação dos preços de alguns produtos que fazem parte da cesta. O impacto destas variações de preços altera de distrito para distrito, o que culmina inevitavelmente em mudanças nas práticas alimentares e repercute-se no consumo de alimentos com menor valor nutritivo.

A falta de acesso à educação é outro factor importante que não contribui para a redução da desnutrição crónica em Moçambique. As taxas de instrução são baixas, embora existam melhorias significativas. A taxa líquida de ingresso no primeiro grau chegou a ser de 95.5% a nível nacional, um aumento significativo comparado a 2003 (69.4%). De acordo com dados mais recentes, a taxa de alfabetizados adultos cresceu de 46.4% em 2003 para 48.1% em 2005. Ao comparar a taxa de alfabetização por género, a taxa para mulheres é de 33.3% enquanto a taxa dos homens alfabetizados foi de 66.7%. As crenças e as tradições culturais também fazem parte das causas básicas, podendo algumas ter efeitos positivos e outras contribuir negativamente. Entre as tradições negativas, talvez a mais importante para a desnutrição crónica sejam os casamentos prematuros. Embora proibidos por lei (o Artigo 30 da Lei de Família proíbe o casamento antes dos 18 anos de idade), os casamentos prematuros continuam difundidos nas zonas rurais, visto que as raparigas são muitas vezes retiradas da escola para o casamento. Mais de metade das mulheres casa-se antes de completar 18 anos de idade, sendo 60% na área rural⁵⁵ e, uma vez casadas, os maridos habitualmente as proíbem de retornarem à escola. A taxa de casamentos prematuros é elevada. Em 2004, 21% das raparigas casaram-se aos quinze anos de idade, o que causa o elevado número de gravidezes precoces (24% das mulheres de 15 a 19 anos de idade já têm dois filhos). O mesmo grupo etário compreende os 13,4% de todas as mulheres grávidas. A maior parte destas gravidezes são indesejadas⁵⁶.

Vários estudos realizados em Moçambique procuraram analisar as determinantes com maior influência na desnutrição crónica. As causas mais importantes estão relacionadas ao nível de educação da mãe e os cuidados com a criança; a factores sócio-económicos como o emprego da mãe; à qualidade da água e o saneamento; e à qualidade dos serviços de saúde. A mesma análise foi realizada com os dados do MICS 2008 onde também se observou que a educação

da mãe, a qualidade da água e saneamento e a duração de aleitamento materno foram os factores que contribuíram para explicar a desnutrição crónica nas crianças menores de cinco anos. Estes estudos de associações estatísticas não comprovam a causalidade, mas as evidências têm fundamento, como foi mostrado no Brasil, onde a prevalência de desnutrição crónica nas crianças menores de cinco anos de idade declinou de 37% em 1974 para 7% em 2006, e dois terços do declínio podem ser atribuídos a quatro factores: acesso melhorado para a continuidade de cuidados de nutrição e de saúde das mães e crianças; acesso melhorado à educação e à informação para meninas e mulheres; melhoria na cobertura de serviços de saneamento e provisão de água e melhoria do poder de compra das famílias⁵⁷.

Em suma, podemos concluir que, entre as causas básicas da desnutrição crónica, a pobreza, a falta de educação e os problemas de género estão entre os mais importantes.

Enquanto a resolução das causas imediatas da desnutrição crónica na população como um todo exige um esforço muito grande, a resolução das causas básicas e subjacentes, embora mais sustentável, pode levar várias décadas. Por outro lado, a resolução das causas imediatas e subjacentes para as mães grávidas e crianças menores de dois anos de idade é urgente e necessária para uma redução drástica da desnutrição crónica. Nada fazer a curto prazo acarreta um custo maior do que os custos das intervenções disponíveis e necessárias. O ideal é que as duas coisas sejam feitas ao mesmo tempo, agindo tanto sobre as causas imediatas quanto sobre as subjacentes.

III. SITUAÇÃO ACTUAL E COBERTURA DE INTERVENÇÕES

Este tópico foi desenvolvido a partir de um mapeamento das intervenções com impacto na redução da desnutrição crónica em Moçambique, onde se identificaram as actividades (e a sua cobertura geográfica) que estão a ser realizadas pelos diferentes sectores com intervenções na área de nutrição e outras áreas relacionadas, incluindo as actividades de Organizações Não Governamentais (ONG) nacionais e internacionais e organizações multilaterais. Os dados recolhidos dizem respeito às actividades existentes de Janeiro de 2009 a Maio de 2010.

3.1 INTERVENÇÕES NOS SECTORES-CHAVE

3.1.1. SECTOR DA SAÚDE

Cobertura do acesso à saúde

Existe um grande desafio na redução da desnutrição crónica em Moçambique e o fraco acesso da população moçambicana ao sector de saúde. Conforme discutido anteriormente, apenas 36% da população tem acesso a cuidados de saúde num raio de 30 minutos das suas casas. Em alguns distritos, cada Unidade Sanitária (US) atende entre 15.000 e 20.000 pessoas. Tal facto observa-se com maior frequência em Nampula e Zambézia, onde a maioria dos distritos só tem 1 US para 10.000 a 15.000 habitantes e noutros distritos há apenas 1 US para 20.000 habitantes. Também se observam grandes dificuldades no acesso aos cuidados de saúde em Tete, Cabo Delgado e Inhambane, onde vários distritos têm 1 US para cerca de 5.000 a 10.000 habitantes [Ver mapa 1]

Educação nutricional

Faz parte do protocolo das US fornecer educação nutricional às mulheres grávidas e lactantes, incluindo educação sobre o aleitamento materno exclusivo, alimentação complementar, dieta equilibrada e boas práticas de higiene pessoal e dos alimentos. A promoção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida é uma intervenção chave para reduzir a desnutrição crónica. Em 2009, o Ministério da Saúde, em colaboração com os parceiros, iniciou a implementação de um Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno em Moçambique.

O Ministério da Saúde e várias Organizações Não Governamentais apresentam actividades relacionadas com a educação nutricional, envolvendo diferentes modelos, baseados na influência positiva que as mães exercem na mudança de comportamento das comunidades, denominados “grupos de mães”, “animadoras”, “mães líderes”, “grupos de assistência” ou “mães modelo”. A criação destes grupos visa a capacitação de mães com crianças menores de 5 anos sobre princípios básicos de nutrição (segurança alimentar e educação nutricional) e das boas práticas, de modo que elas possam, posteriormente, transmitir os seus conhecimentos às outras mães da comunidade. Existem evidências concretas do impacto desta actividade na redução da desnutrição crónica [Ver boas Práticas 1]. Outra actividade que apresenta impacto com evidências positivas é o uso do teatro comunitário, o qual tem influência directa na mudança de comportamento das comunidades, através da adesão às boas práticas de higiene, nutrição e saúde sexual e reprodutiva [Ver boas Práticas 2].

Cobertura das intervenções

Apesar de não existirem dados para avaliar o impacto das actividades nos últimos anos, o MICS 2008 mostra que a percentagem de crianças menores de 6 meses de idade que recebem aleitamento materno exclusivo aumentou de 30% em 2003 para 37% em 2008. As taxas são mais baixas nas províncias de Tete (24%), Cabo Delgado (18,2%) e Manica (34%) [Ver MAPA 10].

Entre 2007 e 2009, o MISAU realizou várias actividades para promover o consumo de alimentos com alto valor nutricional. Como mostra a tabela 3 em anexo, o número de palestras e sessões de demonstrações culinárias entre 2007 e 2009 teve um aumento na maioria das províncias. No entanto, conforme o Relatório Anual do MISAU 2009, existe uma discrepância entre as províncias com relação ao número de demonstrações culinárias e palestras realizadas. Em Tete, Nampula e Cabo Delgado foram realizadas menos de 100 demonstrações culinárias enquanto em Manica, no mesmo período, foram realizadas cerca de 15.293 demonstrações culinárias [Ver tabela 3].

Presença geográfica de organizações com actividades de educação nutricional

A maior presença de organizações com actividades de educação nutricional encontra-se nas províncias de Nampula, Zambézia, Manica e Sofala, onde a maioria dos distritos apresenta entre 3 e 4 actores. Nas províncias de Maputo, Inhambane, Gaza e Tete, a maioria dos distritos tem entre 1 e 2 actores a desenvolverem este tipo de actividades e em Gaza há 3 distritos sem actividades. A maior fraqueza encontra-se em Niassa e Cabo Delgado que possuem o menor número de distritos a realizarem este tipo de actividades [Ver MAPA 2].

Suplemento alimentar e nutricional

O MISAU, através do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), faz o suplemento nutricional das crianças identificadas com desnutrição aguda. Para o tratamento da desnutrição aguda grave, quase todos os distritos do país utilizam o Plumpy Nut como

suplemento terapêutico. Para o tratamento da desnutrição aguda moderada, o MISAU, com o apoio do PMA e UNICEF, fornece o CSB como suplemento alimentar. No entanto, este programa de suplemento alimentar só cobre as províncias de Tete, Manica, Sofala, Gaza, Inhambane e Maputo. Fazendo uma comparação entre os anos de 2008 e 2009, verifica-se um aumento do número de crianças triadas e, por conseguinte, um aumento de casos de desnutrição aguda moderada. [Ver tabela 5]. Em 2010, o MISAU, o PMA e o UNICEF renovaram o acordo de expansão do programa para todas as províncias, elevando o número de distritos cobertos de 64 para 88. Outras actividades no âmbito do PRN, que recebem o apoio de ONG locais, têm apresentado evidências de impacto nesta área. No programa CMAM em Nampula, os serviços de saúde utilizam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para avaliar a desnutrição aguda em crianças e mulheres grávidas e lactantes nas comunidades e remetem-nas para as unidades sanitárias. Para além das actividades acima mencionadas, os ACS fazem educação nutricional e visitas domiciliárias. Os resultados deste programa mostraram uma redução na mortalidade das crianças [Ver boa prática 3].

O PMA também tem um programa de apoio nutricional a mulheres grávidas e lactantes sofrendo de desnutrição moderada. O programa apoia aproximadamente 8000 mulheres por ano.

Presença geográfica de organizações com actividades de suplemento alimentar e nutricional

A maior presença de organizações e parceiros a apoiar o governo na área de suplemento alimentar e nutricional está em Sofala com 3 a 4 actores por distrito, e Gaza e Inhambane com entre 1 e 4 actores por distrito. Em Manica, Maputo e Tete a maioria dos distritos tem 1 a 2 actores, enquanto em Nampula e Zambézia são poucos os distritos com actividades relacionadas ao suplemento alimentar. O maior constrangimento para a realização de actividades nesta área encontra-se nas províncias de Cabo Delgado e Niassa onde nenhum dos distritos apresenta intervenções de suplemento alimentar [Ver MAPA 3].

Suplemento com micronutrientes e desparasitação

No âmbito da prevenção das deficiências de micronutrientes, o MISAU possui programas de suplemento com micronutrientes e o programa de desparasitação cujos grupos-alvo são as mulheres grávidas, as lactantes e as crianças menores de 5 anos de idade. O programa de desparasitação inclui ainda crianças e adolescentes que são desparasitados nas escolas. Como forma de aumentar as coberturas destas intervenções e de outras de Sobrevivência Infantil, o MISAU iniciou, em 2008, as Semanas Nacionais de Saúde da Criança (SNSC) que, em 2010, passaram a incluir também a componente materna. Através destas semanas, o MISAU tem conseguido atingir coberturas aceitáveis de suplemento com vitamina A e desparasitação em crianças menores de 5 anos de idade.

A tabela 6 em anexo mostra que, em 2009, a cobertura de suplemento com vitamina A em crianças de 6-59 meses de idade estava acima de 90% em todas as províncias. De 2008 a 2009, a cobertura subiu nas províncias de Inhambane, Gaza e Cabo Delgado e na Cidade de Maputo, enquanto em Niassa, Nampula e Sofala se registou uma diminuição da cobertura, com maiores dificuldades nas províncias de Nampula e Sofala [Ver MAPA 9].

A desparasitação alcançou em 2009, 2.849.437 crianças dos 12 aos 59 meses, de um total de 2.976.954 crianças elegíveis, representando 92% de cobertura (Relatório Anual do MISAU de 2009). As províncias de Manica, Inhambane e Zambézia registaram o maior número de crianças desparasitadas, todas com 100% de cobertura. Como mostra a tabela 6 em anexo, o número de crianças desparasitadas aumentou de 2008 a 2009 nas províncias de Zambézia,

Gaza, Inhambane e Maputo Cidade, enquanto nas províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Tete, Sofala e Maputo houve uma redução, com maiores fraquezas em Nampula (75,2%), Niassa (86,9%) e Tete (88,3%). Os Relatórios Provinciais de 2009 revelam que esta diferença pode ser causada por rupturas de *stocks* do desparasitante.

Em contrapartida, segundo os Relatórios Provinciais do MISAU de 2009, a desparasitação de rotina nas mulheres grávidas apresentou uma cobertura baixa nas províncias. Na tabela 7 em anexo constatou-se que as províncias de Zambézia e Manica têm coberturas pouco acima de 40%, enquanto Niassa, Cabo Delgado, Inhambane e Maputo Cidade têm coberturas entre 26% e 30% [Ver tabela 7 em anexo].

Presença de organizações com actividades de suplemento com micronutrientes

Entre as organizações e parceiros que apoiam o Governo nas actividades de suplemento com micronutrientes e desparasitação, a maior presença encontra-se nas províncias de Nampula e Zambézia, com cerca de 3 a 6 actores por distrito, ao contrário das províncias de Niassa, Sofala, Manica e Gaza onde existe uma menor presença de organizações com esta actividade apresentando entre 1 a 4 actores por distrito. A presença mais fraca de organizações a participarem nesta actividade encontra-se em Cabo Delgado, Tete, Maputo e Inhambane com 1 a 2 actores por distrito [Ver MAPA 3] .

3.1.2. SECTOR DA EDUCAÇÃO

Dos programas e intervenções existentes que se dirigem à saúde escolar, existem alguns que podem ter impacto na redução da desnutrição crónica, dos quais se destacam: a alimentação escolar, hortas escolares, educação nutricional e promoção de saúde sexual e reprodutiva.

Alimentação escolar

O Programa de Alimentação Escolar do Ministério da Educação (MINED) está a ser implementado com o apoio do PMA e da JAM. A alimentação escolar contribui para reduzir a desnutrição crónica ao fornecer uma refeição com alimentos de alto valor nutritivo, suprimindo as necessidades diárias recomendadas, com o objectivo de assegurar que as raparigas fiquem na escola e evitando, dessa forma, a gravidez e o casamento precoces [Ver boa prática 4]. A cobertura total da alimentação escolar é de 841 escolas e 421.034 alunos, o correspondente a 10,72% dos alunos no país [Ver MAPA 4].

A alimentação escolar encontra-se em todas as províncias. Em Sofala e Gaza quase 90% dos distritos apresenta esta actividade. Em Inhambane, Maputo, Niassa, Manica e Nampula, a alimentação escolar existe na metade dos distritos. Em Tete e Cabo Delgado uma minoria dos distritos apresenta esta actividade.

Em 2009, o MINED e o PMA acordaram na implementação, numa fase experimental, da transferência de responsabilidade de distribuição alimentar para as Direcções Provinciais de Educação e Cultura, nas províncias de Nampula e Niassa. Em 2010, decorre a sua segunda fase de implementação.

Educação nutricional

De acordo com o curriculum escolar, os professores devem ensinar aos alunos nas escolas primárias e secundárias sobre nutrição em geral, alimentos de alto valor nutricional e a higiene pessoal e dos alimentos. Mas, entrevistas feitas com representantes do MINED com experiência na área, revelaram que muitos professores não abordam assuntos de nutrição de

forma sistemática, porque não existe uma disciplina específica para nutrição, devendo esta ser abordada como um assunto transversal.

Hortas Escolares

As hortas escolares têm como objectivo ensinar o aluno a conviver com a horta para assegurar a diversificação da dieta alimentar. A FAO implementa um projecto especial de hortas escolares, chamado “Celeiros da Vida” ou *Junior Farmer Field and Life Schools* (JFFLS). Este projecto destaca-se por um currículo que dura 11 meses e transmite conhecimento sobre boas práticas agrícolas, saúde, higiene e nutrição. O JFFLS é implementado pela FAO em colaboração com o MINAG, MEC, MMAS e JAM e cobre todos os distritos de Manica e metade dos distritos de Sofala [Ver MAPA 5].

Prevenção da gravidez precoce

A gravidez precoce é uma causa forte da desnutrição crónica. Desde o ano 1999 até 2010 o Programa Geração Biz (PGB) tem sido implementado e, gradualmente, expandido para escolas secundárias em todas as províncias do país, com o objectivo de promover a saúde sexual e reprodutiva. As componentes centrais do PGB são a educação de pares, a distribuição de preservativos nos cantos de aconselhamento nas escolas secundárias e o estabelecimento de Serviços de Saúde Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), que tem como princípio básico sensibilizar os jovens e contribuir para a prevenção da gravidez precoce e do HIV. [Ver boa prática 5].

3.1.3. SECTOR DA ACÇÃO SOCIAL

O Programa Subsídio de Alimentos (PSA) do Ministério da Mulher e Acção Social (MIMAS) distribui alimentos para pessoas vulneráveis em todas as províncias. Os grupos-alvo deste programa são os idosos com reconhecida incapacidade permanente para o trabalho, pessoas portadoras de deficiência, doentes crónicos e mulheres grávidas em situação de desnutrição. É particularmente em relação ao apoio às mulheres grávidas em situação de desnutrição que a acção social pode contribuir para reduzir a desnutrição crónica.

Cobertura da intervenção

Em 2009, o PSA beneficiou 143.455 agregados familiares, totalizando 287.454 pessoas. Como mostrado na tabela 10 no anexo, a cobertura é muita baixa em todo o país e não reflecte as desigualdades entre as regiões norte e sul no que diz respeito à prevalência da desnutrição crónica.

O Programa de Apoio Social Directo (PASD) do MIMAS é outro programa de apoio social, consistindo em transferências monetárias aos agregados familiares mais vulneráveis e pessoas que se encontram em estado de pobreza absoluta. O número de beneficiários do PASD passou de 7.173 em 2005 para 24.242 em 2009.

Presença geográfica de organizações com actividades de subsídios de alimentos

O PMA auxilia o Governo na prestação de assistência alimentar para Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV) nas províncias de Tete, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza e Maputo, tendo distribuído alimentos a 36.375 beneficiários, no primeiro trimestre de 2010. No âmbito do programa de Cuidados Domiciliários (CD) o PMA, em parceria com ONGs locais, presta assistência alimentar e nutricional às pessoas com doenças crónicas decorrentes do HIV/SIDA. No primeiro trimestre de 2010, o PMA distribuiu alimentos a 68.405 beneficiários.

O impacto dessas intervenções repercute-se numa melhoria na diversidade de dieta dos agregados familiares beneficiários dos programas de CD e COV. Para os beneficiários, a ajuda alimentar é a fonte de renda mais importante para as duas regiões do País, contribuindo com 31% na zona Centro e 25% na zona Sul.

3.1.4. SECTOR DA AGRICULTURA

Promoção da produção agrícola de alimentos com alto valor nutritivo

Para assegurar às famílias moçambicanas a disponibilidade e o acesso físico aos alimentos, o Ministério da Agricultura tem promovido o aumento da produção de alimentos nutritivos, através da implementação de um leque de programas nacionais vitais, que visam a diversificação do consumo alimentar, nomeadamente o milho, arroz, trigo, mandioca, batata, amendoim, soja, feijões, frango e peixe. Estes programas estão a ser implementados de forma intensificada e assentes no uso de tecnologias melhoradas de produção, tais como a tracção animal, irrigação, fertilizantes, sementes certificadas, extensão agrária, controle da sanidade vegetal e animal. No âmbito da promoção de alimentos nutritivos, o MINAG implementa o Programa de Extensão Rural que tem como objectivo educar pequenos produtores em todo o país para o cultivo e produção de alimentos, entre os quais se incluem os alimentos com alto valor nutritivo.

Os resultados de um projecto de cultivo da batata-doce polpa alaranjada (BDPA) realizado na Zambézia até 2005 com a participação do Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde, Visão Mundial, Helen Keller Internacional e IIAM/MINAG, indicaram a necessidade de se continuar a promover e divulgar o cultivo e produção da BDPA. A BDPA é vista como uma componente chave na luta contra a desnutrição, porque consiste numa excelente fonte de pró-vitamina A e energia, é de fácil cultivo, propaga-se vegetativamente, é considerada uma cultura controlada pelas mulheres e assim serve como cultura clássica para a segurança alimentar. A batata-doce é de fácil cultivo em termos de exigências de mão-de-obra relativamente a outras culturas básicas alimentares e pode ser plantada durante um período de tempo bastante longo, sem perda significativa do rendimento. Além disso, a batata-doce de polpa branca já é cultivada por grande parte dos camponeses moçambicanos (41% dos agregados familiares rurais). As hipóteses chave são de que o consumo adequado de alimentos complementares baseados no uso da BDPA como um ingrediente significativo por crianças com idade superior a 6 meses e de raízes e folhas da batata-doce pelos adultos, resultará numa melhoria significativa na diversificação da dieta.

Cobertura da intervenção

Como mostra a tabela 11 em anexo, o programa de extensão rural assiste 378.000 pequenos produtores em todo país. Porém, isto só corresponde a uma cobertura de cerca de 1 a 5% da população rural. A província de Niassa apresenta a cobertura mais alta(4%) e as coberturas mais baixas encontram-se em Nampula (1,4%), Cabo Delgado (1,4%) e Maputo Cidade (1,3%) (Actividades da Extensão Agrária, MINAG, 2009).

Presença geográfica de organizações promovendo a produção agrícola de alimentos nutritivos

Várias organizações têm actividades relacionadas com a promoção de alimentos com alto valor nutritivo. Algumas dessas actividades relacionam-se com a promoção, capacitação e organização de associações de pequenos produtores com fim comercial e para criar fontes de renda na produção de alimentos nutritivos.

A maior presença de organizações que promovem a produção de alimentos com alto valor nutritivo apresenta-se nas províncias de Nampula, Inhambane, Gaza e Zambézia onde a maioria dos distritos tem uma organização a trabalhar com esta actividade. Na província de Sofala, metade dos distritos tem a actividade enquanto as restantes províncias de Maputo, Tete, Niassa, Cabo Delgado e Manica se encontram sem esta actividade. [Ver MAPA 7]

3.1.5. SECTOR DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO

No sector da indústria e comércio, a forma de contribuir para a redução da desnutrição crónica é através da indústria de alimentos. Em Moçambique, a única intervenção nesta área é o Programa Nacional de Iodização do Sal para a redução da carência de iodo. Este programa é resultado de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Indústria e Comércio (MIC), as Associações de Produtores de Sal, a sociedade civil, o UNICEF e a *Population Services International* (PSI). Conforme o MICS 2008, o uso de sal iodado foi observado em apenas 58% dos agregados familiares e destes apenas 25% é devidamente iodado. O fraco consumo de sal iodado observa-se nas províncias de Nampula e Cabo Delgado, onde somente 30% dos agregados familiares consome sal iodado (MICS 2008) [Ver MAPA 8].

No âmbito da promoção, protecção e apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo, em 2008 entrou em vigor o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Para garantir a implementação e monitoria do Código, em 2008-2009, o MISAU formou cerca de 90 Monitores em todas as províncias do País, e iniciou-se também com a formação de Monitores distritais nas províncias de Niassa, Inhambane e Cabo Delgado.

3.1.6. SECTOR DAS OBRAS PÚBLICAS E HABITAÇÃO

Melhorar o acesso a água limpa e saneamento e estabelecer boas práticas de higiene contribuem para reduzir a desnutrição crónica, pois evita-se a contaminação dos alimentos, melhora-se a qualidade nutritiva e previne-se contra as doenças infecciosas..

Em 2009, foram construídos 1.112 furos de abastecimento e foram reabilitados 903, o que beneficiou 1.069.000 pessoas. No que diz respeito ao saneamento, foram construídas 16.406 latrinas servindo um número adicional de 82.030 pessoas (Relatório Anual do Ministério das Obras Públicas e Habitação-MOPH de 2009). Além das intervenções para melhorar as infra-estruturas, existem actividades de mobilização das comunidades para adoptarem boas práticas de higiene. Várias organizações implementam projectos nesta área nas comunidades. O UNICEF, IRD, *Africare* e a *World Vision* são organizações que fazem mobilização e capacitação de pessoas e líderes na comunidade, para resolver desafios de higiene e saneamento, construir furos de abastecimento e latrinas e para evitar práticas de defecação ao ar livre. Alguns usam metodologias com evidências de grande impacto [Ver boa pratica 7]. Estas organizações, cujo papel é de recolher fundos para a construção ou reabilitação de furos ou latrinas ou a compra de bombas de água, apoiam muitas das comunidades na formação, revitalização ou fortalecimento de comités de água e saneamento.

Cobertura da intervenção

Houve um aumento da taxa de cobertura do acesso a água de 52% em 2008 para 54% em 2009 (Relatório Anual de MOPH 2009). A tabela 12, em anexo, mostra que as províncias da Zambézia, Nampula e Tete têm as taxas mais baixas de cobertura com 39,9%, 40,5% e 52,4% respectivamente. Por outro lado, as províncias de Niassa (90,5%) e Maputo (80,4%) apresentam as taxas mais altas. O MICS 2008 confirma estes dados, indicando que a cobertura

vem aumentando e mostra que a percentagem de pessoas que usa água limpa para consumo aumentou de 36% em 2004 para 43% em 2008.

No que diz respeito ao acesso a latrinas e saneamento, a cobertura nacional aumentou de 38% em 2008 para 40% em 2009. No mesmo ano, as províncias de Nampula, Zambézia e Sofala apresentaram uma cobertura mais baixa, enquanto Manica, Maputo e Inhambane têm coberturas mais altas, como apresentado na tabela 6 em anexo.

Apesar dos níveis de cobertura mostrados nos relatórios do MOPH com relação ao acesso a latrinas e saneamento, o MICS 2008 indica que, em algumas províncias, a percentagem da população que usa os serviços de saneamento para defecar é extremamente baixa, especialmente nas províncias de Cabo Delgado (5,6%), Zambézia (7,6%) e Tete (3,4%).

Presença geográfica de organizações promovendo boas normas de higiene e acesso a água e saneamento

A maior presença de organizações que promovem higiene e acesso a água limpa e saneamento encontra-se na Zambézia, onde a maioria dos distritos tem entre 3 a 4 actores a implementarem este tipo de actividades. Uma presença média de organizações encontra-se nas províncias de Nampula e Sofala, onde pouco menos de metade dos distritos tem 3 a 4 actores. A maior fraqueza em termos de actividades encontra-se em Inhambane, Cabo Delgado, Gaza e Niassa onde há vários distritos sem presença de organizações a promoverem água limpa, higiene e saneamento.

Em geral, os maiores constrangimentos em termos de presença geográfica e cobertura de actividades que contribuam para reduzir a desnutrição crónica em Moçambique encontram-se no norte do país, especialmente em Cabo Delgado, Tete, Nampula e Manica. A cobertura das intervenções na população e a presença de organizações nas províncias não reflecte as prevalências desiguais da desnutrição crónica no país e, dessa forma, as intervenções existentes não contribuem de forma sistemática para a resolução do problema.

Diante do exposto, sugere-se que as províncias a serem consideradas prioritárias no plano de implementação de actividades e intervenções para reduzir a desnutrição crónica sejam: Cabo Delgado, Nampula, Tete, Zambézia e Manica.

3.2. GESTÃO

3.2.1. MECANISMOS DE PLANIFICAÇÃO E FINANCIAMENTO

É absolutamente fundamental para o esforço na redução da desnutrição crónica, a existência de estratégias claramente definidas, com planos de acção e protocolos de implementação devidamente traduzidos para todos os intervenientes, bem como os níveis de implementação. Os planos de acção precisam de ser acessíveis na sua disponibilidade e compreensão para que cada um entenda claramente o seu papel e o potencial impacto do seu trabalho.

Existem, nos diversos sectores, vários planos estratégicos de acção e protocolos de implementação. Um dos principais planos existente é o Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (PASAN) ligado à ESAN II. No sector da saúde, os Planos Estratégicos guiam-se pela Política Nacional de Saúde. Os planos de acção na área de nutrição são principalmente orientados pela Estratégia de Desenvolvimento Nutricional de 2004.

Conforme indica o relatório da análise da situação do cometimento e capacidade na área de nutrição no país, observa-se a ausência, pouca disponibilidade e/ou acesso aos documentos de

políticas ou estratégias nacionais, provinciais e distritais específicos para a área de nutrição. Dos entrevistados que representam as 3 regiões do país (Gaza, Manica e Nampula) no sul, centro e norte respectivamente, constatou-se que, dos diferentes sectores a nível distrital, apenas o Director Provincial de Agricultura da província de Gaza apontou o Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (PASAN) como uma política que apoia as acções em nutrição. A falta de conhecimento sobre as políticas vigentes no sector da saúde, particularmente da área de nutrição, dificulta o sucesso das acções. Por outro lado, a actualização das políticas, manuais de treino, normas e protocolos é um processo demorado, atrasando deste modo a sua implementação e levando à utilização de protocolos e manuais desactualizados.

Existe uma falta de conhecimento, a todos os níveis, sobre o orçamento destinado às acções em nutrição e pouco se sabe sobre a proveniência dos fundos (fontes externas e fontes internas) alocados especificamente para a área da nutrição, quer da parte do governo, quer dos parceiros, o que dificulta a planificação das intervenções em nutrição. A ausência de planos claramente orçamentados torna difícil a obtenção de apoio financeiro de parceiros, uma vez que as actividades em nutrição são muitas vezes integradas noutros programas. É de salientar que os recursos directa ou indirectamente alocados para acções na área da nutrição têm crescido de forma substancial, principalmente devido à pandemia do HIV/SIDA que assola o país, mas estes não têm sido suficientes para a demanda de actividades existentes. Apesar de insuficientes, o sector da agricultura tem fundos específicos para actividades de nutrição. Em geral, há escassez de recursos financeiros para actividades integradas e para a formação em nutrição. Diante do que foi acima explanado, o presente plano contemplará o orçamento para as intervenções dos diversos sectores, assunto que será discutido detalhadamente no capítulo seguinte.

3.2.2. MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

A existência de um Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) criado em 1998, como órgão técnico multisectorial para coordenar acções na área de segurança alimentar e nutricional a nível central e com pontos focais a nível provincial é uma boa oportunidade de coordenação. O SETSAN funciona também como secretariado para o Conselho Económico e para os Governos Provinciais em matéria de segurança alimentar e nutricional. Apesar da existência do SETSAN como órgão multisectorial de coordenação das acções e políticas de SAN no País, originalmente concebido para ser um órgão de alta visibilidade e relevância, não tem autonomia suficiente (estatuto orgânico) para fazer face aos desafios de coordenação multisectorial de SAN, implementar, avaliar e monitorizar o PASAN. Isso está reflectido no resultado das entrevistas a nível provincial e distrital, que apontam que o SETSAN tem passado por muitos desafios, tais como a falta de orçamento para assegurar a melhor coordenação das acções em nutrição e a falta de recursos humanos capacitados para coordenarem as actividades relacionadas com a segurança alimentar e nutricional. A maior parte dos sectores do governo, a todos os níveis, não reconhece a importância da integração das actividades e multisectorialidade para inclusão da nutrição como assunto chave para os sectores. Para eles, o papel do SETSAN em coordenar esta multisectorialidade é ainda fraco, bem como a integração e ligação entre segurança alimentar, saúde e nutrição a nível provincial, distrital e comunitário.

Constatou-se, durante as entrevistas de campo, que as DPS têm alguma dificuldade, não só em coordenar as actividades puramente de nutrição entre as várias instituições e organizações e de integrá-la noutras actividades como a segurança alimentar, como também de a inserir nas actividades de outros sectores governamentais como o da educação e o da

mulher e acção social. Observa-se uma grande debilidade na tradução de grandes documentos estratégicos em planos operacionais com acções concretas definidas para alcançar objectivos, com metas claras para os implementadores. De uma forma geral, a componente nutrição está pouco reflectida nos planos sectoriais distritais e nem sempre de maneira adequada. Há uma evidente falta de partilha de políticas e estratégias entre os sectores, o que resulta na débil coordenação e integração.

3.2.3. RECURSOS HUMANOS E CAPACIDADE TÉCNICA

A insuficiência de recursos humanos para implementar os programas de nutrição em Moçambique constitui um dos principais constrangimentos para o sucesso das acções em nutrição. O relatório da análise situacional sobre o Cometimento e Capacidade para a Expansão de Acções para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique indicou que existe insuficiência de pessoal especializado em nutrição aos vários níveis do governo para garantir a coordenação, planificação, implementação, supervisão, monitoria e avaliação de programas que poderiam melhorar a situação da desnutrição crónica⁵⁸. A nutrição é o assunto em destaque no sistema de saúde em todo mundo, no entanto, não há uma responsabilização para se aumentar o número de pessoas formadas na área⁵⁹. Em 2002, a proposta era de se ter cinco pessoas com mestrado em nutrição a nível nacional para desenvolver as actividades de gestão, planeamento, advocacia, capacitação, monitoria e avaliação. Ao mesmo tempo, existia a proposta de haver duas pessoas formadas em nutrição e saúde pública a nível de cada província para fazer a advocacia, monitoria e capacitação dos funcionários a trabalhar a nível do distrito.

O Plano de Desenvolvimento Nutricional descreve que em finais de Dezembro de 2003, havia em serviço no Sistema Nacional de Saúde, 32 pessoas da área da Nutrição, sendo duas Nutricionistas de nível superior, duas biólogas licenciadas com escassa formação em Nutrição (todas estas afectas à Repartição de Nutrição do MISAU), 26 Técnicos (as) de Nutrição (de nível médio) e dois Agentes de Nutrição⁶⁰. O Plano calcula que serão necessários 274 Técnicos de Nutrição e Dietética em todo o país e que, para manter um número satisfatório de pessoal, é preciso formar 270 Técnicos até 2014. De 2003 a 2009, o número de Técnicos aumentou até um total de 90, mostrando uma taxa de crescimento muito baixa durante seis anos. Desde 2005, altura em que se finalizou o último curso de Agentes de Nutrição, não foram abertos mais cursos de Técnicos ou Agentes de Nutrição. Os nutricionistas existentes no SNS com nível superior formaram-se fora do país.

O país tem três Hospitais Centrais e em cada um deles está colocado um Técnico de Nutrição, o que não cobre as necessidades previstas, pois segundo o Plano de Desenvolvimento Nutricional, o ideal seria existirem três Técnicos de Nutrição e Dietética em cada um dos Hospitais Centrais. Em cada Direcção Provincial de Saúde está colocado, presentemente, apenas um Técnico de Nutrição, contra os três a cinco Técnicos de Nutrição previstos até finais de 2009. A nível central estão quatro Técnicos de Nutrição e Dietética, o que representa 80% da meta prevista. É importante referir que esta análise não inclui a necessidade de Técnicos nos serviços de alimentação hospitalar. A nível dos Hospitais Rurais e Gerais, segundo a estratégia, a média deveria ser de um Técnico por Hospital, mas na prática, o País possui 18 técnicos nos Hospitais Rurais e Gerais.

Actualmente, está em processo a revisão do currículo do curso de Técnicos de Nutrição, de modo a melhorar as habilidades deste profissional na abordagem dos principais problemas de nutrição no país. No entanto, já existe o curso superior de nutrição na Universidade Lúrio em Nampula e em 2009 foi aberto o curso superior de nutrição no Instituto Superior de Ciências

de Saúde de Maputo. Porém, é preocupante que o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2008-2015 não mencione os profissionais na área de nutrição.

O relatório da análise situacional sobre o Cometimento e Capacidade para a Expansão de Acções para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique revela ainda que a maioria do pessoal que trabalha no sistema de saúde tem uma percepção errada do problema da desnutrição crónica. Isto indica que há grande necessidade de capacitação para o pessoal técnico, não apenas nos serviços de saúde, mas também nas escolas e na agricultura. A maioria das pessoas que trabalha na área de segurança alimentar tem uma percepção errada sobre este assunto, não entende que a nutrição não é parte da segurança alimentar, mas que a segurança alimentar é apenas uma parte da nutrição. As acções preventivas de nutrição e a importância da sua integração nos cuidados materno-infantis, dentro de uma perspectiva do ciclo de vida, não é entendida por todos. Poucos têm a noção da importância destas acções.

Agente Polivalente Elementar (APEs)

O Programa Nacional dos APEs é um programa cuja base é a comunidade e é desenvolvido para a melhoria do acesso das populações aos cuidados básicos de saúde. Entre as tarefas do APE, várias podem contribuir para reduzir a desnutrição crónica, nomeadamente: educação nutricional, educação da comunidade sobre a importância da higiene pessoal e comunitária e da eliminação do lixo comunitário, incluindo o dos animais domésticos, educação da comunidade em relação à protecção das fontes de água e ao controlo da qualidade da água consumida no seio do agregado familiar, promoção da construção e correcta utilização das latrinas, educação das populações sobre a importância de lavar as mãos depois de utilizar a latrina e antes de preparar os alimentos, antes das refeições e de dar de comer às crianças, transmissão de mensagens-chave sobre a prevenção e o controlo da malária, tuberculose, lepra, doenças diarreicas e infecção por HIV e outras doenças de transmissão sexual; educação dos grupos comunitários sobre o aleitamento materno e boas práticas de desmame; educação dos pais sobre a importância de uma boa nutrição e do espaçamento entre as gravidezes para o crescimento e desenvolvimento sadio das crianças, realçando a importância da adopção de métodos de planeamento familiar; aconselhamento aos pais para levarem as suas crianças às US para um controlo regular do crescimento.

O MISAU considera que a implementação, com sucesso, do programa revitalizado dos APEs poderia permitir a extensão até cerca de 20% da cobertura actual dos cuidados de saúde providenciados à população moçambicana pelo Sistema Nacional de Saúde.

CAPÍTULO 2

I. PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL DE REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA

Os objectivos gerais, as metas, os objectivos estratégicos e os resultados esperados do plano foram traçados considerando a análise da situação, as lacunas identificadas e as prioridades definidas, em alinhamento com as políticas, estratégias e planos governamentais especialmente dos sectores da Saúde, Educação, Agricultura, Mulher e Acção Social, Obras Públicas e Habitação e Indústria e Comércio. No Programa Quinquenal do Governo 2010-2014, a proposta de elaboração de um “Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica” está incluída no sector da Saúde, como acção prioritária a ser desenvolvida na área da Saúde da Mulher e da Criança, ao mesmo tempo que a Segurança Alimentar e Nutricional é considerada “Assunto Transversal”.

O presente plano também leva em consideração as mais recentes recomendações a nível internacional sobre como acelerar a redução da desnutrição materno-infantil, como por exemplo o documento estratégico do Banco Mundial “Repositioning Nutrition as Central to Development” publicado em 2006⁶¹, e outros documentos⁶² que se baseiam nas intervenções recomendadas pelo “Lancet Nutrition Series” (LNS)⁶³ publicado em 2008. Se o pacote de Intervenções Nutricionais Essenciais (INE) do LNS fosse dirigido efectivamente às mães e crianças entre a concepção e os dois anos de idade e implementado em larga escala, reduzir-se-ia, a curto prazo, a mortalidade das crianças em cerca de 25%, a mortalidade materna em 20% e a desnutrição crónica em crianças em 30%. A recomendação internacional é que o pacote de INE precisa de ser adaptado às condições locais e também deve ser incorporado nos planos nacionais de redução da pobreza, através de vários sectores, contemplando esforços dirigidos para fortalecer a segurança alimentar, construção de redes de segurança social (que inclui a transferência condicional de dinheiro); esforços para o fortalecimento dos serviços de saúde, especialmente aqueles que visam assegurar os cuidados continuados de saúde para a mãe, recém-nascido e a criança, através de actividades baseadas na comunidade. Um aspecto adicional que foi acrescentado ao pacote de INE para a desnutrição crónica, são as intervenções que visam a redução da gravidez precoce. Não existem provas científicas concretas baseadas em estudos *duplo-cegos*, que demonstrem que controlando a gravidez precoce seja possível reduzir a desnutrição crónica. Mas a lógica sugere que é provável que a gravidez precoce tenha um papel importante na causalidade da desnutrição crónica em Moçambique. O pacote do INE para Moçambique também inclui actividades relacionadas com a produção de alimentos com alto valor nutritivo e actividades de promoção de saneamento seguro. Este pacote será explicado com mais detalhe no Anexo 1.

O sucesso deste Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica depende substancialmente de outros planos que estão a ser implementados a nível nacional, como o Plano de combate ao HIV/SIDA e o Plano da Malária, onde se encontram inclusas as intervenções do pacote do INE para desnutrição, e de outros planos sectoriais, tais como os da Agricultura, Educação e Acção Social. Porém, se as intervenções contidas nestes diferentes planos não forem coordenadas e implementadas devidamente, o impacto do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica poderá ser reduzido. É importante destacar também que o presente plano não inclui as actividades relacionadas ao tratamento da desnutrição aguda, uma vez que estas estão presentes no Plano Integrado Para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio.

Importa referir que algumas intervenções para Redução da Desnutrição Crónica do pacote de INE já estão incluídas no Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio⁶⁴, mais especificamente no Pacote E (página 52), como por exemplo, a promoção do aleitamento materno e o fornecimento dos suplementos de ferro e ácido fólico para mulheres grávidas. No entanto, o presente plano propõe uma maneira diferente de implementação das intervenções, que depende de actividades baseadas na comunidade. Isto tem implicações principalmente no que se refere ao Objectivo Estratégico No 3 do Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio, que trata do fortalecimento do envolvimento e capacidade das comunidades para a promoção da saúde materna, neonatal, infantil, escolar e adolescente.

O presente plano não é fechado e eventualmente poderá necessitar de actualização (actualizações), conforme evidências da implementação das intervenções que nele são propostas, em particular aquelas que são novas no país e, ainda conforme novas evidências científicas.

1.1. OBJECTIVO GERAL

Acelerar a redução da desnutrição crónica em menores de 5 anos de 44% em 2008 até 30% em 2015 e 20% em 2020⁶⁵, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil e assegurando o desenvolvimento de uma sociedade saudável e activa.

A implementação do presente plano contribuirá ainda para o alcance das metas estabelecidas nos Objectivos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e para a realização progressiva dos direitos humanos económicos, sociais e culturais, especialmente o direito à alimentação e à saúde.

1.2. METAS POR GRUPO ALVO

Os grupos-alvo são as raparigas na sua adolescência (10-19 anos), as mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação e as crianças nos primeiros dois anos de vida.

Estes grupos devem ser priorizados por representarem a “janela da oportunidade”, onde a desnutrição crónica se desenvolve e pode ser revertida.

A selecção destas faixas etárias deve-se também ao facto de o presente plano pretender dar prioridade às intervenções dirigidas ao nível imediato da causalidade da desnutrição crónica, pois somente assim, será possível esperar uma resposta mais rápida, comparativamente a que é obtida por acções dirigidas aos níveis subjacentes da causalidade. Além disso, o presente plano pressupõe que as outras estratégias e planos que objectivam a resolução das causas subjacentes e básicas da desnutrição crónica a nível familiar, comunitário e social como um todo estejam a ser implementadas.

Adolescentes

- Reduzir as taxas de anemia em adolescentes dentro e fora da escola de 40% (estimado) em 2010 para 20% em 2015 e 10% em 2020.

Mulheres grávidas e lactantes

- Reduzir as taxas de anemia na gravidez de 53% em 2002 para 30% em 2015 e 15% em 2020.
- Aumentar em 30 pontos percentuais o número de mulheres que ganham 5kg durante a gravidez em 2015 e 2020 (dados de base a avaliar).

- Reduzir a deficiência de iodo em mulheres grávidas de 68% em 2004 para 35% em 2015 e 15% em 2020.
- Aumentar as taxas de cobertura de administração preventiva de vitamina A no pós-parto de 60% em 2010 para 70% em 2015 e 90% em 2020.

Mulheres em Idade Reprodutiva

- Reduzir as taxas de anemia em mulheres em idade reprodutiva de 56% em 2010 para 30% em 2015 e 15% em 2020.

Crianças menores de 5 anos, com ênfase nas crianças menores de 2 Anos⁶⁶

- Reduzir o Baixo Peso ao Nascer de 15% em 2008 (MICS) para 10% em 2015 e 5% em 2020.
- Reduzir a taxa de prevalência da Desnutrição Crônica em crianças menores de dois anos dos 37.4% em 2008 (MICS) para 27% em 2015 e 17% em 2020.
- Aumentar as taxas de Aleitamento Materno Exclusivo em menores de seis meses de 37% em 2008 (MICS) para 60% em 2015 e 70% em 2020.
- Aumentar a taxa de crianças dos 9-11 meses que receberam pelo menos três refeições de alimentos complementares adequados durante o dia, de 37% em 2008(MICS) para 52% em 2015 e 67% em 2010.
- Reduzir a taxa de anemia em crianças de 74% em 2002 para 30% em 2015 e 15% em 2020.

1.3 OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS, RESULTADOS ESPERADOS E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES

1.3.1. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS E RESULTADOS ESPERADOS

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes (10-19 anos).

Resultado 1.1. Anemia controlada em adolescentes (menores de 19 anos) dentro e fora da escola;

Resultado 1.2. Gravidez precoce reduzida entre os adolescentes (menores de 19 anos);

Resultado 1.3. Fortalecida a educação nutricional nos diferentes níveis de ensino como parte do currículo escolar, incluindo os currículos de alfabetização.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação.

Resultado 2.1. Deficiências de micronutrientes e anemia reduzidas antes e durante a gravidez e lactação;

Resultado 2.2. Infecções controladas antes e durante a gravidez e lactação;

Resultado 2.3. Aumento do ganho de peso na gravidez.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos.

Resultado 3.1. Todas as mães fazem Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança;

Resultado 3.2. Todas as crianças dos 6 aos 24 meses recebem alimentação complementar adequada;

Resultado 3.3. Deficiências de micronutrientes e anemia reduzidas em todas as crianças dos 6 aos 24 meses.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer as actividades dirigidas aos agregados familiares para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.

Resultado 4.1. Alimentos com alto valor nutritivo são localmente produzidos e utilizados pelos agregados familiares vulneráveis à InSAN;

Resultado 4.2. Reforçada a capacidade dos agregados familiares vulneráveis à InSAN para o processamento, armazenamento e utilização adequada dos alimentos;

Resultado 4.3. Agregados familiares vulneráveis à InSAN com acesso aos serviços de apoio e proteção social por forma a assegurar a alimentação suficiente e diversificada das mulheres grávidas, lactantes, adolescentes e crianças dos 6-24 meses de idade;

Resultado 4.4. Aumentada a oferta e consumo de alimentos fortificados nas comunidades, em particular o sal iodado;

Resultado 4.5. Assegurado o saneamento básico nos domicílios dos agregados familiares vulneráveis com raparigas adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e crianças menores de 2 anos.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 5. Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição.

Resultado 5.1. Capacitados recursos humanos responsáveis pela nutrição a nível nacional, provincial e distrital;

Resultado 5.2. Capacitados em alimentação adequada e nutrição, profissionais dos sectores de saúde, segurança alimentar e educação.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6: Fortalecer a capacidade nacional para a advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica.

Resultado 6.1. Estabelecido um grupo de coordenação multisectorial a nível nacional.

Resultado 6.2. Criado um grupo executivo multisectorial para a gestão da implementação do plano a nível nacional;

Resultado 6.3. Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de monitoria e avaliação do plano a nível nacional;

Resultado 6.4. Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica a nível nacional;

Resultado 6.5. Estabelecido um grupo consultivo de coordenação multisectorial aos níveis provincial e distrital, que seja capaz de coordenar a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica;

Resultado 6.6. Criado um grupo executivo a nível provincial e distrital que seja capaz de gerir a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica e realizar a monitoria do plano.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional.

Resultado 7.1. Fortalecida a gestão do sistema de vigilância de Segurança Alimentar e Nutricional nos diferentes níveis (nacional, provincial e distrital);

Resultado 7.2. Assegurada a disponibilidade da informação atempada e desagregada sobre SAN no país.

II. PLANO DE ACTIVIDADES

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	RESPONSÁVEIS	PRESSUPOSTOS
Resultado 1.1. Anemia controlada em adolescentes (10-19 anos) dentro e fora da escola				
Raparigas adolescentes suplementadas com Ferro e ácido fólico	Realizar a supervisão do suplemento com ferro e ácido fólico das raparigas adolescentes durante o ano escolar	% raparigas adolescentes com suplemento dentro da escola	MISAU MEC	Disponibilidade de ferro e ácido fólico
Adolescentes periodicamente desparasitados	Realizar a desparasitação supervisionada dos adolescentes a cada seis meses		MISAU	Disponibilidade de anti-helmínticos
Adolescentes educados sobre a anemia	Alunos educados sobre os perigos da anemia, suas causas, relação com a desnutrição crónica, mortalidade materna e função cognitiva		MEC	Disponibilidade de professores capacitados em nutrição e anemias Disponibilidade de material de IEC Disponibilidade de profissionais de saúde para o apoio técnico
Rapazes e raparigas adolescentes fora da escola tratados periodicamente	Capacitar os adolescentes nas escolas para ajudarem a identificar os adolescentes nas suas comunidades (fora da escola) e fazer a educação aos pares, e para que constituam o elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade	% adolescentes capacitados	MEC MISAU MJD	Disponibilidade de técnicos e materiais do MISAU para fazer a mobilização social fora da escola
	Fornecer suplemento, desparasitar e educar os adolescentes fora da escola através das Unidades Sanitárias, SAAJs e brigadas móveis	% adolescentes capacitados que fazem a mobilização comunitária aos pares		

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	RESPONSÁVEIS	PRESSUPOSTOS
Resultado 1.2. Gravidez precoce reduzida entre os adolescentes (10-19 anos)				
Uso de algum método de prevenção contra a gravidez pelas raparigas adolescentes (10-19 anos)	Oferecer aconselhamento (incluindo sobre os riscos de engravidar precocemente) e métodos contraceptivos aos adolescentes através das Unidades Sanitárias, SAAJs e APes	% rapazes adolescentes aconselhados e que utilizam algum método contraceptivo % raparigas adolescentes aconselhadas e que utilizam algum método contraceptivo % raparigas adolescentes que engravidaram precocemente aconselhadas	MISAU	Disponibilidade de métodos contraceptivos Que todos os APes e provedores de saúde estejam capacitados em métodos contraceptivos Adolescentes frequentam as Unidades Sanitárias e SAAJs
Reduzidos casamentos prematuros das raparigas adolescentes	Campanhas educativas para o público em geral (dia da mulher, dia da mãe, etc.) para criar uma consciência pública maior sobre as implicações negativas do casamento precoce Mobilizar as lideranças locais, através de advocacia nas sessões das assembleias provinciais e distritais, para que apoiem na sensibilização da população sobre a problemática dos casamentos prematuros	% campanhas realizadas % raparigas <18 anos casadas	MIMAS MJD	Existência de um compromisso político para enfrentar estes problemas de violação das convenções CEDAW e CRC
Resultado 1.3. Fortalecida a educação nutricional nos diferentes níveis de ensino como parte do currículo escolar, incluindo nos currículos de alfabetização				
Adolescentes educados sobre a nutrição	Incluir nos currículos de ensino a disciplina de educação	Material educativo desenvolvido e	MINED MINAG	Possibilidade de modificar os currículos

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	RESPONSÁVEIS	PRESSUPOSTOS
	sobre saúde e nutrição Desenvolver material para professores e estudantes Formar formadores e professores, através dos institutos de formação	disponível nas US %professores formados % adolescentes que entendem o que é a nutrição	MISAU	de ensino Capacidade para formar os formadores em nutrição
Escolas fazem educação nutricional incentivando a produção de hortas escolares	Os adolescentes são treinados para criar e cuidar uma parte da horta durante várias semanas Os adolescentes são educados sobre os valores nutritivos das verduras e vegetais e a sua importância , especialmente para as mulheres na gravidez, na lactação e na prevenção da desnutrição crónica	% escolas que têm hortas escolares % escolas que utilizam produtos da horta nas refeições da escola		Professores capacitados sobre criação de hortas escolares e valor nutritivo dos alimentos Disponibilização de condições para a preparação de refeições para os alunos nas escolas

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	RESPONSÁVEIS	PRESSUPOSTOS
Resultado 2.1. Deficiências de micronutrientes e anemia reduzida antes e durante a gravidez e lactação				
Todas as grávidas tomam no mínimo 180 cápsulas de multimicronutrientes durante a gravidez e 90 cápsulas de multimicronutrientes depois do parto	Realizar o suplemento com cápsulas de multimicronutrientes para as mulheres grávidas (180 cápsulas) e no pós parto (90 cápsulas) através dos serviços de saúde	% mulheres grávidas que recebem multimicronutrientes durante a gravidez	MISAU	Existência de aparelhos para medir a Hg em todas as US
	Fazer busca activa na comunidade pelos APEs para identificação das mulheres logo no início da gravidez, e encaminhamento para a consulta pré-natal	% mulheres grávidas que tomam os multimicronutrientes durante a gravidez		Todos os APEs capacitados para controlo da anemia
	Realizar entrega semanal das cápsulas de multimicronutrientes pelos APEs às mulheres grávidas	% mulheres grávidas com anemia		Que todos os enfermeiros (as) estejam capacitados sobre os perigos da anemia e sobre como controlá-la
	Sensibilizar as mulheres grávidas, através dos APEs para que tomem regularmente as cápsulas de multimicronutrientes	Taxas de hemoglobina (Hg) nas mulheres grávidas que fazem o controlo pré-natal		
Todas as mulheres no pós-parto tomam uma cápsula de vitamina A	Realizar o suplemento com vitamina A para as mulheres no pós- parto, incluindo as mulheres que tiveram um parto institucional e as mulheres que tiveram o parto em casa	% mulheres no pós-parto que receberam o suplemento de vitamina A	MISAU	Que todos os enfermeiros (as) estejam capacitados sobre a importância do suplemento com vitamina A às mulheres

Mães não voltam a engravidar antes de 2 anos	Oferecer aconselhamento e métodos contraceptivos nas unidades sanitárias para o controle do espaçamento entre as gravidezes, durante 2 anos, após o primeiro parto	% mulheres que não engravidaram durante 2 anos após o primeiro parto Taxas de Hg nas mulheres em idade fértil não grávida	MISAU	Que o pessoal de saúde esteja capacitado para aconselhamento sobre o espaçamento das gravidezes Que o casal concorde e decida aumentar o espaçamento entre uma gravidez e outra
Resultado 2.2. Infecções controladas antes e durante a gravidez e lactação				
Todas as mães, além de tomar os suplementos de multi-micronutrientes, tomam medidas necessárias para controlar as infecções que causam anemia	Realizar a desparasitação da mulher grávida nas unidades sanitárias e através dos APEs	% mulheres grávidas que foram desparasitadas	MISAU	Trabalhadores de saúde capacitados para diagnosticar e tratar as infecções nas mulheres grávidas Trabalhadores de saúde e APEs treinados para desparasitar as mulheres grávidas
	Oferecer o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) da Malária durante a gravidez	% mulheres grávidas que fazem controlo pré-natal		
	Distribuir redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração e promover a utilização das mesmas	% mulheres grávidas no controlo pré-natal com infecções (ITS, parasitas intestinais, HIV) que recebem tratamento para a infecção		
	Fazer o tratamento com anti-retrovirais (TARV) para as mulheres vivendo com HIV/SIDA			
	Fazer o tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS), caso seja necessário	% mulheres grávidas no controlo pré-natal que recebem TIP da Malária % mulheres grávidas que fazem uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração		

Resultado 2.3. Aumento do ganho de peso na gravidez				
Mulheres grávidas devidamente aconselhadas a fazerem controlo pré-natal e suplemento se necessário	Fazer o controlo do ganho do peso durante a gravidez, nas consultas pré-natais, através do registo do ganho do peso num gráfico da ficha (cartão ou caderneta) pré-natal e o aconselhamento sobre o ganho de peso adequado	% recursos humanos capacitados para fazerem o controlo e o aconselhamento sobre o ganho de peso das mulheres grávidas % US que fazem o controlo do ganho de peso das mulheres grávidas	MISAU	US equipadas e capacitadas para promover o ganho de peso na gravidez (que tenham balanças e cartões)
	Fornecer suplementos alimentares a todas as mulheres grávidas durante 6 meses nos distritos seleccionados (inicialmente, serão contemplados 2 distritos nas províncias com as taxas de Baixo Peso ao Nascer-BPN mais altas).	% mulheres grávidas que recebem alimentos nos distritos seleccionados	MISAU MIMAS	Que exista um mecanismo para fornecer o suplemento alimentar

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos de idade.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRESSUPOSTOS
Resultado 3.1. Todas as mães fazem Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança				
US e comunidades estão sensibilizadas, equipadas e capacitadas para promover e apoiar o Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros 6 meses de idade (AME)	Formar parteiras, incluindo as tradicionais, sobre como apoiar a mãe a amamentar exclusivamente durante os primeiros seis meses	MISAU	% parteiras treinadas sobre o AME	Recursos humanos capacitados sobre como apoiar o aleitamento materno exclusivo Existência de cursos de capacitação em aleitamento para outros técnicos de saúde Existência de formadores para capacitar e treinar grupos de mães, APE e líderes comunitários
	Distribuir material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses		% parteiras treinadas que providenciam apoio adequado às mães para fazerem AME	
	Apoiar as mães e crianças recém-nascidas a assegurar aleitamento exclusivo através dos APEs		% líderes comunitários treinados sobre o AME	
	Criar grupos de mães nas comunidades para apoiarem outras mães com crianças menores de 6 meses de idade a serem capazes de amamentar exclusivamente os seus bebés nos primeiros seis meses		% líderes comunitários que mobilizam e apoiam as mães a fazerem AME % grupos de mães de apoio existentes % de crianças menores de 6 meses exclusivamente amamentadas	

Rótulos de Fórmulas de seguimento, chuchas e chupetas comercializados no país cumprem Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno Ausência de material de promoção de fórmulas infantis nas unidades sanitárias e na sociedade como um todo	Realizar a monitoria regular e sistemática do Código Nacional de comercialização dos substitutos de leite materno	MISAU MIC Sociedade Civil	% infracções ao Código documentadas	Punição dos infractores do Código
	Assegurar a aplicação de multas às infracções ao Código		% infracções ao Código penalizadas	ONGs e outros membros da sociedade civil fazem a monitoria do Código em parceria com as inspecções do Governo
Resultado 3.2. Todas as crianças dos 6 aos 24 meses recebem alimentação complementar adequada				
Todas as crianças seguem o padrão de crescimento adequado entre os 6 e os 24 meses de idade	Fortalecer a capacidade de aconselhamento nutricional dentro dos serviços de atenção à criança, incluindo demonstrações culinárias sobre alimentação complementar usando como base os alimentos locais	MISAU MIMAS	% crianças 6-24 meses com crescimento insuficiente, ou abaixo da linha vermelha no gráfico de crescimento % crianças com baixo peso para altura % de crianças com baixa altura para a idade % crianças dos 6-24 meses que receberam suplementos nutritivos % crianças dos 6-59 meses que receberam 2 doses de vitamina A % crianças dos 12-59 meses desparasitadas	US equipadas e capacitadas para promover a alimentação complementar adequada dos 6 aos 24 meses de idade Mecanismos estabelecidos para fornecer suplementos nutritivos fortificados às crianças
	Fornecer, trimestralmente, a todas as crianças, suplementos nutricionais fortificados dos 6 aos 24 meses de idade, nos distritos seleccionados			
Fornecer, semestralmente, suplemento com vitamina A a todas crianças entre 6-59 meses de idade nos serviços de saúde, através dos APEs e das brigadas móveis				
Desparasitar, semestralmente, todas as crianças de 11-59 meses nos serviços de saúde, através dos APEs e das brigadas móveis				

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer as actividades, dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRESSUPOSTOS
Resultado 4.1. Alimentos com alto valor nutritivo são localmente produzidos e utilizados pelas famílias mais pobres				
Aumentados a produção e consumo de alimentos locais de alto valor nutritivo	Realizar investigações sobre o valor nutritivo de produtos agrícolas incluindo alimentos silvestres e promover aqueles com alto valor nutritivo	MINAG MISAU	Nr de alimentos com alto valor nutritivo identificados	Que o sistema de extensão agrária tenha capacidade para absorver mais tarefas
	Promover a produção de alimentos com alto valor nutritivo através do sistema de extensão agrária		% de agregados familiares que utilizam com frequência os alimentos identificados com alto valor nutritivo	Existência de materiais didácticos e recursos humanos capacitados para formar os extensionistas
	Promover a educação nutricional e demonstrações culinárias (incluindo sobre o processamento de alimentos) como parte do sistema de extensão agrária		% de comunidades beneficiadas pelas actividades de educação nutricional e demonstrações culinárias % de agregados familiares que participaram das actividades educativas e mudaram os seus hábitos alimentares	

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRESSUPOSTOS
Resultado 4.2: Reforçada a capacidade dos agregados familiares vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) no processamento e armazenamento adequados alimentos.				
Agregados familiares vulneráveis à InSAN preparados para melhor processar, armazenar e utilizar os alimentos	Capacitar os membros dos agregados familiares sobre práticas melhoradas de processamento e conservação de alimentos, incluindo aspectos de higiene e segurança alimentar.	MISAU MINAG	% cursos de capacitação realizados % agregados familiares vulneráveis à InSAN que participaram no curso % agregados familiares vulneráveis à InSAN que participaram no curso e melhoraram o processamento e conservação dos alimentos	Que o sistema de extensão agrária tenha capacidade para absorver mais tarefas
	Melhorar as condições de armazenamento dos alimentos			Existência de materiais didácticos e recursos humanos para capacitar os extensionistas
Resultado 4.3. Agregados familiares vulneráveis à InSAN com acesso aos serviços de apoio e protecção social para assegurar a alimentação suficiente e diversificada das mulheres grávidas, lactantes, adolescentes e crianças 6-24 meses de idade.				
Melhorada a SAN das famílias mais vulneráveis à InSAN	Efectuar transferência de renda (dinheiro) para famílias mais pobres com adolescentes, crianças ou mulheres grávidas e lactantes	MIMAS	%famílias beneficiadas pela transferência de renda	Recursos financeiros disponíveis

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRESSUPOSTOS
	Apoiar financeiramente famílias de baixa renda com raparigas, para criação de animais de pequeno porte sob a condição de aumentar o espaçamento entre as gravidezes e garantir que as mulheres não engravidem na adolescência Fornecer subsídios necessários para a criação de animais de pequeno porte (gaiolas, ovos, galinhas, ração, entre outros) para adolescentes com filhos Providenciar assistência técnica para a criação de animais de pequeno porte		% de raparigas vulneráveis às InSAN que consomem regularmente produtos animais durante a gravidez e a lactação	
Resultado 4.4. Aumentada a oferta e o consumo de alimentos fortificados nas comunidades, em particular o sal iodado				
Comunidades mobilizadas para consumirem regularmente sal iodado	Efectuar a testagem do sal pelos APEs nas casas das mulheres grávidas e lactantes para ver se o sal é iodado	MISAU MEC	% agregados familiares que consomem sal iodado	Disponibilidade dos APEs para a testagem e promoção do sal iodado
	Fazer atestagem do sal consumido pelos alunos nas escolas			Disponibilidade de <i>kits</i> para a testagem do sal
	Realizar advocacia com líderes comunitários para apoiarem na promoção do uso do sal iodado nas comunidades			Professores treinados sobre a importância do sal iodado
Disponibilidade de sal iodado de boa qualidade aumentada no mercado	Aumentar as fiscalizações de sal no comércio e nas fábricas, incluindo as inspecções com punições em caso de infracções	MISAU MIC	% sal disponível no comércio (formal ou informal) que está devidamente iodado	Que haja fiscalizações do sal no comércio e mecanismos para a punição aos infractores
	Fornecer apoio aos produtores para fazerem iodização de sal			

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRESSUPOSTOS
Alimentos fortificados com micronutrientes essenciais disponíveis no mercado	Criar um grupo técnico e estabelecer um Comité Nacional de Fortificação para coordenar o desenvolvimento de documentos estratégicos, escolher os alimentos a fortificar e os micronutrientes a serem acrescentados, estabelecer normas e padrão de fortificação	MIC MISAU	Normas e padrões de fortificação de alimentos estabelecidos %Indústrias/Fábricas de processamento de alimentos seleccionados que fortificam os alimentos cumprindo os padrões estabelecidos	Compromisso político Capacidade técnica para a elaboração de normas Capacidade técnica para o apoio às indústrias no processo de fortificação de alimentos
	Apoiar os moageiros e outros produtores dos alimentos escolhidos			
	Estabelecer métodos de fiscalização do processo de fortificação de alimentos em Moçambique			
Resultado 4.5. Assegurado o saneamento básico nos domicílios dos agregados familiares mais pobres com raparigas adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e crianças menores de 2 anos.				
Aumentado o uso de latrinas e a lavagem das mãos após a sua utilização pelas raparigas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes	Realizar mobilização comunitária para a construção de latrinas e sua utilização adequada	MOPH MISAU	% a de famílias que possuem latrina em casa % de famílias que possuem latrina em casa e lavam as mãos após a sua utilização	Existência de recursos para as actividades de sensibilização das comunidades
	Promover boas práticas de higiene através da realização de palestras e peças de teatro sobre a higiene pessoal			

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5: Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	RESPONSÁVEIS	INDICADORES	PRESSUPOSTOS
Resultado 5.1. Recursos humanos responsáveis pela nutrição a nível nacional, provincial e distrital capacitados.				
Materiais didácticos e métodos de capacitação estabelecidos Responsáveis pela nutrição capazes de gerir adequadamente actividades de nutrição	Rever os Termos de Referência dos responsáveis pela nutrição em cada sector a nível nacional, provincial e distrital Elaborar os currícula apropriados para formação dos responsáveis pela nutrição a nível nacional, provincial e distrital Desenvolver materiais didácticos e métodos de capacitação para técnicos a nível nacional, provincial e distrital Identificar e contratar professores para ministrarem os cursos de capacitação Realizar cursos de capacitação em nutrição em cada nível	SETSAN MISAU MEC	Materiais didácticos desenvolvidos Métodos de capacitação estabelecidos Cursos de capacitação realizados Número de técnicos formados	Existência de recursos humanos a tempo integral que possam desenvolver as actividades indicadas
Resultado 5.2. Profissionais dos sectores de saúde, segurança alimentar e educação capacitados em alimentação e nutrição				
Materiais didácticos e métodos de capacitação estabelecidos Profissionais de saúde,	Desenvolver materiais didácticos e métodos de capacitação em serviço sobre nutrição para técnicos do sector de saúde, segurança alimentar e educação a nível do distrito e província	SETSAN MISAU MEC MINAG/MIC	Materiais didácticos desenvolvidos Métodos de capacitação	Existência de recursos humanos a tempo integral que possam desenvolver as actividades

segurança alimentar e educação capazes de realizar aconselhamento e actividades de nutrição	Desenvolver materiais didácticos e métodos de capacitação em serviço sobre nutrição para técnicos do sector de saúde, segurança alimentar e educação a nível do distrito e província	SETSAN MISAU MEC MINAG/MIC	estabelecidos %cursos de capacitação realizados %trabalhadores de saúde, segurança alimentar e educação capacitados	Existência de formadores para fazer a capacitação de enfermeiras e parteiras Disponibilidade de materiais didácticos suficientes
	Elaborar os currícula para capacitação em serviço dos profissionais dos sectores de saúde, segurança alimentar e educação			
	Realizar cursos de capacitação em serviço sobre nutrição para os profissionais dos sectores de saúde, segurança alimentar e educação			
	Realizar cursos de capacitação em serviçosobre nutrição para enfermeiras e parteiras das US			

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6: Fortalecer a capacidade nacional para advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	PRESSUPOSTO
Resultado 6.1. Estabelecido um grupo de coordenação multisectorial a nível nacional			
Grupo de coordenação criado a nível nacional	Constituir (TOR) para a criação de um grupo consultivo multisectorial a nível nacional para gerir a implementação do plano.	Grupo de coordenação constituído e funcional	Existência de compromisso político
	Submeter os TOR da constituição do grupo com poderes e atribuições definidos, para aprovação por Decreto		
	Assegurar o financiamento do grupo		
Resultado 6.2. Criado um grupo executivo multisectorial para a gestão da implementação do plano a nível nacional			
Grupo de gestão criado com pelo menos 1 ponto focal de cada instituição	Constituir o subgrupo intersectorial de gestão da implementação do plano com tarefas definidas, a nível nacional, provincial e distrital	Grupo executivo constituído e funcional	Existência de compromisso político
Pelo menos 80% do Plano financiado	Desenvolver o plano anual orçamentado a todos os níveis	Plano e orçamento desenvolvido	Recursos próprios ou existência de doadores para financiar o plano
	Mobilizar fundos a diferentes níveis para a implementação do plano		Existência de compromisso político
	Submeter o plano anual ao Ministério de Finanças		
Aumento de profissionais de saúde, educação e segurança alimentar capacitados em nutrição	Desenvolver o quadro de recursos humanos para gerir a implementação do plano de actividades a nível provincial e distrital	Plano de recursos humanos e capacitação desenvolvidos e orçamentados	Que existam recursos humanos que possam desenvolver as actividades
	Desenvolver o plano de capacitação de outras pessoas nas redes de saúde,		Existência de compromisso

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ATIVIDADE	INDICADORES	PRESSUPOSTO
	educação e segurança alimentar	% orçamento total do plano de recursos humanos mobilizado	político
Resultado 6.3. Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de monitoria e avaliação do plano a nível nacional			
Grupo de M&A funcional Publicados os resultados de monitoria e estudos de avaliação do plano	Constituir o grupo executivo multisectorial para gerir actividades de monitoria e avaliação	Grupo constituído	Que haja recursos ou doadores para financiar o plano
	Desenvolver plano de monitoria e avaliação para os níveis nacional, provincial e distrital		
	Realizar a monitoria dos distritos a cada três meses e das províncias a cada seis meses, com uma revisão nacional a cada ano	Plano de monitoria e avaliação desenvolvidos e orçamentados	
	Realizar supervisões trimestrais nos distritos, e semestrais nas províncias	Plano financiado	
	Realizar encontros de balanço semi-anual a nível provincial e anual a nível nacional, com revisão do plano	%relatórios de monitoria e avaliação produzidos	Existência de compromisso político
	Realizar uma avaliação de meio termo de quatro em quatro anos	% relatórios de monitoria e avaliação trimestral/ semestral/ anual produzidos e divulgados	Que existam recursos humanos que possam desenvolver as actividades
	Publicar regularmente relatórios de progresso		

Resultado 6.4. Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica a nível nacional			
Sub-Grupo de Advocacia e mobilização social funcional Parceiros, sociedade civil e sector privado colaborando para a redução da desnutrição crónica	Constituir o grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de advocacia e mobilização social	Grupo constituído	Recursos ou existência de doadores para o financiamento do plano
	Desenvolver e orçamentar um plano de advocacia e comunicação social para os níveis nacional, provincial e distrital.	Plano de advocacia e comunicação social desenvolvidos e orçamentados	
	Desenvolver uma rede com o sector privado e a sociedade civil para apoiar as actividades	% plano financiado	
	Realizar periodicamente campanhas de informação e de mobilização de recursos em relação à redução da desnutrição crónica feitas a todos os níveis	% actividades de advocacia e de comunicação social realizadas % orçamento total do plano de advocacia mobilizado Estratégia de comunicação para mudança de comportamento desenvolvida % parceiros do sector privado e da sociedade civil envolvidos nas actividades de advocacia e de comunicação social % actividades de advocacia e de comunicação social realizadas	

Resultado 6.5. Estabelecido um grupo consultivo de coordenação multisectorial a nível provincial e distrital que seja capaz de coordenar a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica			
Grupo de coordenação criado aos níveis provincial e distrital	Constituir (TOR) para a criação de um grupo consultivo multisectorial aos níveis provincial e distrital para coordenar a implementação do plano	Grupo de coordenação constituído e funcional	Existência de compromisso político
	Submeter os TOR da constituição do grupo com poderes e atribuições definidos, para aprovação por Decreto		
	Assegurar o financiamento do grupo		
Resultado 6.6. Criado um grupo executivo a nível provincial e distrital que seja capaz de gerir a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica e realizar a monitoria do plano			
Grupo de gestão criado com pelo menos 1 ponto focal de cada instituição Publicação dos resultados de monitoria e estudos de avaliação do plano a nível das províncias e distritos	Constituir o subgrupo interssectorial de gestão da implementação do plano com tarefas definidas, a nível provincial e distrital.	Grupo executivo constituído e funcional	Existência de compromisso político
	Fazer a gestão da implementação do plano de monitoria e avaliação a nível provincial e distrital pelo subgrupo constituído	Campanhas realizadas %capacitações realizadas	Que haja recursos ou doadores para financiar o plano
	Realizar a monitoria nos distritos a cada três meses e nas províncias a cada seis meses	Plano de monitoria e avaliação desenvolvidos e orçamentados %Plano financiado %Relatórios de monitoria e avaliação produzidos	Que existam recursos humanos que possam desenvolver as actividades
Doadores, Parceiros, sociedade civil e sector	Gerir a implementação do plano de advocacia e comunicação social aos níveis provincial e distrital.	Plano de advocacia e comunicação social	Que haja recursos ou doadores para financiar o

privado colaborando para a redução da desnutrição crónica	Gerir a implementação do plano de advocacia e comunicação social aos níveis provincial e distrital.	desenvolvidos e orçamentados	plano
	Desenvolver uma rede com o sector privado e a sociedade civil para apoiar as actividades	% plano financiado	
	Realizar periodicamente, a todos os níveis, campanhas de informação e de mobilização de recursos em relação à redução da desnutrição crónica	% actividades de advocacia e de comunicação social realizadas	
		% parceiros do sector privado e da sociedade civil envolvidos nas actividades de advocacia e de comunicação social % actividades de advocacia e de comunicação social	

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	ASSUMPÇÕES
Resultado 7.1. Gestão adequada das actividades de Segurança Alimentar e Nutricional nos diferentes níveis (nacional, provincial e distrital).			
Criar um sistema de vigilância alimentar e nutricional que providencie informação fiável sobre SAN de forma regular e atempada	Expandir os postos sentinela de vigilância nutricional para todos os distritos e todas as Unidades Sanitárias que fazem o controlo do crescimento	Revisão realizada	Recursos para realizar as actividades
	Fortalecer, a todos os níveis a capacidade para recolher , analisar e reportar dados de SAN, assegurando o seu uso para a formulação de políticas/estratégias e programas	% pessoal treinado para recolher, analisar e reportar dados de SAN por província/distrito % relatórios regulares produzidos por MISAU ou SETSAN	
Resultado 7.2. Melhorada a disponibilidade da informação atempada e desagregada sobre SAN no país.			
Disponibilizada, de forma regular e atempada, informação sobre SAN a todos os níveis e para todos	Estabelecer uma base de dados nacional para SAN	Base de dados para SAN funcional e informação partilhada entre os diferentes intervenientes	Recursos para realizar as actividades
	Identificar\Criar um <i>website</i> para facilitar a divulgação das informações sobre SAN	Nr de indicadores incluídos na base de dados	

III. ETAPAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANO

As primeiras actividades a desenvolver são as relacionadas aos Objectivos Estratégicos 5, 6, e 7 que visam: 1) fortalecer a capacidade dos recursos humanos na área de nutrição e a educação nutricional da população em geral, relativamente à desnutrição crónica; e 2) fortalecer a capacidade nacional para advocacia, coordenação, gestão, e monitoria e avaliação para a implementação progressiva do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica; e 3) fortalecer os sistemas de vigilância alimentar e nutricional.

A primeira prioridade nas actividades de intervenção são as intervenções dirigidas às causas imediatas a nível individual, que fazem parte dos Objectivos Estratégicos 1, 2 e 3. Estas são as intervenções que irão acelerar a redução da desnutrição crónica a curto prazo.

A segunda prioridade diz respeito às outras intervenções contidas no objectivo estratégico 4, que vão levar mais tempo a serem implementadas e precisam de pesquisas para se poder decidir como realizá-las.

O presente Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica pretende seguir, de certo modo, o Plano Integrado para o Alcance dos ODMs 4 e 5 e, por conseguinte, a estratégia RED (Reaching Every District, ou Alcançando Cada Distrito), que é uma forma de aperfeiçoar a provisão de serviços de saúde com o objectivo de melhorar a eficiência de utilização dos Recursos e de atingir as populações de difícil acesso com um pacote básico de intervenções dirigidas à mulher, criança e ao adolescente⁶⁷. No entanto, serão tomados em consideração as províncias e distritos mais críticos para a desnutrição crónica.

IV. RECURSOS HUMANOS

Conforme as várias avaliações feitas e citadas acima, há necessidade de se desenvolverem cursos de capacitação para todos os níveis do sistema, tanto a nível do mestrado para os que dirigirão as acções a nível nacional, quanto a capacitação em serviço para profissionais de saúde, agricultura e educação que lidam com nutrição e alimentação a nível de atendimento ao público. Considerando o grande número de pessoal que precisa de ser treinado num curto espaço de tempo, o material e métodos de capacitação deverão seguir a modalidade de ensino à distância no maior número de vezes possível. Estas capacitações devem, sempre que possível, ser realizadas no local onde os participantes vivem e trabalham, de forma a reduzir os custos, permitindo assim abranger um elevado número de profissionais na área de nutrição. Esta estratégia resolveria, provavelmente, o problema dos estudantes que frequentemente não retornam para o seu país após serem capacitados no exterior.

Os pacotes de capacitação em segurança nutricional devem ser baseados e/ou derivados do livro “Nutrition Essentials”⁶⁸, que foi usado pelo MISAU para desenvolver o Pacote Nutricional Básico (PNB). Este livro constitui um guia para os gestores dos serviços de saúde, desenvolvido por BASICS em colaboração com o UNICEF e a OMS. Porém, necessita de ser adaptado e actualizado para reflectir as Intervenções Nutricionais Essenciais (INE) mais recentes, que deverão ser adaptadas à realidade de Moçambique.

O material baseado neste conteúdo poderia ser usado para ajudar a capacitar os gestores dos serviços de saúde a nível dos distritos, por forma a serem capazes de desenvolver um plano de segurança nutricional nos seus distritos, incluindo as intervenções apropriadas de nutrição para os serviços de saúde da mãe e da criança através de 3 modalidades de serviços, assegurando a continuidade dos cuidados de saúde desde a concepção até aos dois anos de idade⁶⁹ (i.e. através da unidade sanitária, por extensão periódica das brigadas móveis e através dos serviços baseados na comunidade desenvolvidos pelos APes). Devem-se incluir Protocolos para cada INE, além de métodos para desenvolver e implementar planos de comunicação e mobilização social e realizar a supervisão e monitoria a nível dos distritos.

Para definir os currícula de formação será pertinente considerar os requisitos necessários para implementar o trabalho. Uma parte relevante no desenvolvimento dos currícula é a elaboração dos quadros conceptuais^{70 71} para definir as práticas de nutrição em saúde pública necessárias em Moçambique. Desta forma, facilitar-se-ia o desenvolvimento da força de trabalho necessária. Todos estes trabalhos confirmam a necessidade de três tipos de competências em Nutrição e Saúde pública: 1) pessoal da linha de frente (nem todos precisam de ser “nutricionistas”); 2) gerentes/supervisores (alguns da área de saúde, outros não); 3) especialistas (a maioria dos níveis mais altos do sistema). Para cada nível, as competências específicas precisariam de ser acordadas e desenvolvidos os currícula apropriados.

V. MONITORIA & AVALIAÇÃO

5.1 FINALIDADE E RESULTADOS ESPERADOS DO PROCESSO DE MONITORIA & AVALIAÇÃO

O Plano de Monitoria e Avaliação (Plano de M&A) tem como finalidade oferecer uma informação consistente e fiável sobre os progressos da implementação do Plano de Acção da Redução da Desnutrição Crónica. Como o Plano é multisectorial e de certa forma depende da implementação de vários outros planos, especialmente do Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio, o Plano de M&A vai envolver a colecta de informações sobre o progresso dos vários outros planos, tanto do sector da saúde, como dos outros sectores.

Os objectivos específicos do Plano de M&A do Plano de Acção são: 1) servir como guia para a recolha dos dados, processamento e análise dos indicadores seleccionados; 2) monitorizar a implementação das actividades, de acordo com o plano operacional, de forma a garantir a responsabilidade e prestação de contas, assim como solucionar atempadamente os problemas que possam surgir durante a implementação; 3) fornecer retroinformação aos gestores e implementadores do plano, com o objectivo de envolver todos os níveis de gestão e prestação de serviços, de modo que disponham de informação atempada para a tomada de decisões; 4) documentar periodicamente os resultados atingidos em relação aos resultados a serem alcançados; 5) servir de documento guia para as autoridades nacionais e parceiros de cooperação sobre a resposta dos Programas e Serviços que estão a ser implementados para acelerar a redução da desnutrição crónica; 6) fomentar a realização de avaliações e pesquisas com o objectivo de melhorar o desempenho do Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica.

O processo de monitoria fará o seguimento das actividades e estratégias para identificar os progressos alcançados em relação aos resultados estabelecidos, providenciando aos gestores oportunidade de clarificar, identificar e responder às necessidades que surjam durante a implementação. O processo de avaliação apoiará na determinação da relevância, eficiência, eficácia e sustentabilidade das intervenções do Plano de Acção, assim como na identificação de futuras políticas, estratégias e intervenções.

As principais tarefas e actividades deste plano de M&A são: 1) advocacia para uma padronização dos métodos e indicadores na M&A das acções na área de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN); 2) articulação e simplificação dos processos de M&A na área de SAN, assegurando a coordenação, especialmente com o Departamento de Nutrição do MISAU e do SETSAN no MINAG e, entre outros, para garantir a recolha sistemática e análise efectiva e de qualidade dos dados; 3) promoção da realização de estudos e avaliações destas actividades multisectoriais; 4) disseminação dos relatórios de progresso numa base regular.

Para o início da implementação do plano é necessário que os nutricionistas/técnicos de nutrição ou outros profissionais que gerem os programas de nutrição nos distritos sejam primeiro treinados usando o pacote de capacitação do INE. Paralelamente, os nutricionistas e biólogos a nível nacional e os técnicos de nutrição a nível das Direcções Provinciais de Saúde poderiam fazer cursos ou diploma/bacharelato e/ou mestrado à distância. O pacote de capacitação em serviço do INE para os profissionais a nível dos distritos pode ser desenvolvido por um grupo externo e a capacitação feita por terceiros, enquanto se capacita os gestores de nível distrital e provincial. A capacitação dos 270 técnicos em nutrição para os distritos pode ser feita em parcelas, de 30 formandos por ano.

5.2. MECANISMOS PARA A MONITORIA & AVALIAÇÃO E FONTES DE INFORMAÇÃO

Não são desenvolvidos ou criados mecanismos específicos, mas a monitoria do Plano de Acção basear-se-á nos sistemas já existentes, tais como a análise trimestral dos dados colhidos através do SIS, análise de relatórios das supervisões, dos relatórios regulares das Províncias sobre a implementação dos Programas de Saúde Materna, PAV, Nutrição, Malária e HIV/SIDA, no MISAU, o SETSAN no MINAG e a merenda escolar no Ministério de Educação, entre outros, incluindo relatórios ou actas de encontros de planificação, reuniões de coordenação e formações.

O Plano de M&A será definido a partir da grelha de resultados que vincula a Finalidade do Plano Integrado aos Objectivos Estratégicos (OE) e os seus Resultados. Para medição, serão definidos, em função dos níveis, indicadores de impacto, resultado, produto, processo e insumos. Esta grelha de resultados será produzida através de um trabalho conjunto, após consultar todos os parceiros dos outros sectores. Esta consulta deverá ser realizada logo no início da implementação do Plano de Acção, para garantir que todos os parceiros estejam de acordo e que contribuam satisfatoriamente na construção do Plano de M&A.

Fontes de verificação: no caso de Indicadores de Impacto a nível Nacional, utilizar-se-ão, entre outros, os Inquéritos Demográficos de Saúde e/ou MICS, para medir as mudanças em relação à desnutrição crónica, bem como em relação à cobertura das intervenções. Será dada uma atenção especial à medição da altura (ou comprimento) uma vez que é fácil mensurar erradamente o comprimento em crianças até os dois anos de idade, sendo, portanto, fundamental que todas as pessoas que fazem as medições antropométricas tenham sido capacitadas adequadamente por meio de protocolo padronizado. Este protocolo medirá a precisão e exactidão dos que fazem a medição. Para o efeito, será constituída uma equipa a nível nacional, com membros em cada província, para fazerem periodicamente a padronização, e ensinarem as pessoas a nível de distrito como fazer a medição de comprimento.

Enquanto o Plano de Acção tem um Objectivo Estratégico para dinamizar a vigilância alimentar e nutricional, o Plano de M&A vai dar ênfase maior à área de Avaliações, priorizando-se aquelas que permitem obter evidências concretas do impacto das intervenções⁵, através da testagem rigorosa da sua efectividade.^{7 8}

⁵ Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. 1999 Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 28(1):10-8.

⁶ Victora CG, Habicht JP, Bryce J. 2004 Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*. 94(3):400-5.

⁷ Shekar M, et al, Delivery sciences in nutrition. 2008. *The Lancet*, 371, 9626: 1751

⁸ Heikens GT, Amadi BC, Manary M, Rollins N, Tomkins A. Nutrition interventions need improved operational capacity. *Lancet*. 2008 371(9608):181-2.

PLANO DE MONITORIA & AVALIAÇÃO - INDICADORES

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Resultado 1.1. Anemia controlada em adolescentes (10-19 anos) dentro e fora da escola					
Raparigas adolescentes com suplemento de ferro e ácido fólico	Realizar a supervisão do suplemento com ferro e ácido fólico às raparigas adolescentes durante o ano escolar	% raparigas adolescentes com suplemento dentro da escola % alunos desparasitados dentro da escola % alunos que têm conhecimento sobre a anemia e a nutrição	Anemia em adolescentes reduzida em 50% até 2015 e mais 50% até 2020 Que 100% das escolas secundárias sejam atingidas no primeiro ano, e em cada ano sucessivamente	No primeiro ano será feito, a nível da província, um estudo de linha de base de prevalência de anemia em adolescentes e do seu conhecimento sobre o problema da anemia. O estudo será repetido a cada quatro anos Relatórios trimestrais dos professores em colaboração com as Direcções Distritais e Províncias de Saúde Encontros anuais a nível da província	Estas actividades são largamente previstas no Pacote E do Plano Integrado Para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio. Porém, falta a anemia como indicador de impacto. Estudo da anemia deve ser feito como parte do MICS e/ou DHS
Adolescentes periodicamente desparasitados	Realizar a desparasitação supervisionada dos adolescentes a cada seis meses				
Adolescentes educados sobre a anemia	Educar os alunos educados sobre os perigos da anemia, suas causas e relação com a desnutrição crónica, mortalidade materna e função cognitiva				

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Rapazes e raparigas adolescentes fora da escola tratados periodicamente	Capacitar os adolescentes nas escolas para ajudarem a identificar adolescentes nas suas comunidades (fora da escola) e fazerem a educação aos pares, e que constituam o elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade	% adolescentes capacitados	Que o número de US com SAAJ aumente de 260 em 2010 para 500 em 2015 e a ser definido em 2020	Relatórios do Programa SEA	
	Fornecer suplemento, desparasitar e educar os adolescentes fora da escola através das Unidades sanitárias, SAAJs e brigadas móveis	% adolescentes capacitados que fazem a mobilização comunitária aos pares			
Resultado 1.2. Gravidez precoce reduzida entre os adolescentes (10-19 anos)					
Uso de algum método de prevenção contra a gravidez pelas raparigas adolescentes (10-19 anos)	Oferecer aconselhamento (inclusive sobre os riscos da gravidez precoce) e métodos contraceptivos aos adolescentes através das Unidades sanitárias, SAAJs e APEs	% rapazes adolescentes aconselhados e que utilizam algum método contraceptivo % raparigas adolescentes aconselhadas e que utilizam algum método contraceptivo % raparigas adolescentes que engravidaram precocemente aconselhadas	Que o número de US com SAAJ aumente de 260 em 2010 para 500 em 2015 e a ser definido em 2020 Em 2015, 60% das adolescentes utilizam algum método contraceptivo e 85% em 2020	Relatórios do Programa SEA	

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Casamentos prematuros das raparigas adolescentes reduzidos	Realizar campanhas educativas para o público em geral (dia da mulher, dia da mãe, etc.) para criar uma consciência pública maior sobre as implicações negativas do casamento precoce	% campanhas realizadas	Pelo menos 1 campanha/ano	Relatórios do governo	
	Mobilizar as lideranças locais, através de advocacia nas sessões das assembleias provinciais e distritais, para que apoiem na sensibilização da população sobre a problemática dos casamentos prematuros	% raparigas <18 anos casadas	Pelo menos 1 líder local aborda esta problemática nos seus encontros com a população/distrito /ano		
Resultado 1.3. Fortalecida a educação nutricional nos diferentes níveis de ensino como parte do currículo escolar, incluindo nos currícula de alfabetização					
Adolescentes educados sobre a nutrição	Incluir nos currícula de ensino a disciplina de educação sobre saúde e nutrição Desenvolver material para professores e estudantes Formar formadores e professores, através dos institutos de formação	Material educativo desenvolvido e disponível nas US %professores formados % adolescentes que entendem sobre nutrição	Material educativo desenvolvido no primeiro ano 50 professores são treinados cada ano em cada província durante os primeiros cinco anos	Relatórios do Programa SEA	
Escolas fazem educação nutricional incentivando a produção de hortas escolares	Treinar os adolescentes para criar e cuidar uma parte da horta durante várias semanas Educar os adolescentes sobre os valores nutritivos das verduras e vegetais e sua importância , especialmente para as mulheres na gravidez, na lactação e na prevenção da desnutrição crónica	% escolas que têm hortas escolares % escolas que utilizam produtos da horta nas refeições da escola	Em cada ano 50 escolas em cada província recebem assistência técnica e materiais necessários para criação de hortas		

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ATIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Resultado 2.1. Deficiências de micronutrientes e anemia reduzidas antes e durante a gravidez e lactação					
Todas as grávidas tomam no mínimo 180 cápsulas de multimicronutrientes durante a gravidez e 90 cápsulas de multimicronutrientes depois do parto	Realizar o suplemento com cápsulas de multimicronutrientes para as mulheres grávidas (180 cápsulas) e no pós parto (90 cápsulas) através dos serviços de saúde		Que 50% das mulheres recebam multi-micronutrientes durante a gravidez no primeiro ano em vez de ferro folato, e no segundo ano vai para 100%	Será feito um estudo de linha de base de prevalência de anemia em mulheres (grávidas e não grávidas) incluindo quesitos sobre se tomou suplementos de ferro folato, multimicronutrientes, e/ou vitamina A representativo ao nível de província no primeiro ano, sendo repetido a cada quatro anos	Estas actividades são largamente previstas no Pacote E do Plano Integrado Para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio.
	Fazer busca activa na comunidade pelos APEs para identificação das mulheres logo no início da gravidez, e encaminhamento para a consulta pré-natal	% mulheres grávidas que recebem multimicronutrientes durante a gravidez			
	Efectuar entrega semanal das cápsulas de multimicronutrientes pelos APEs às mulheres grávidas	% mulheres grávidas que tomam os multimicronutrientes durante a gravidez	Que 100 % das mulheres grávidas que recebem suplementos, tomem no mínimo 90 suplementos de multi-micronutrientes durante a gravidez		Os multimicronutrientes devem ser colocados no lugar de ferro folato.
	Sensibilizar as mulheres grávidas, através dos APEs para que tomem regularmente as cápsulas de multimicronutrientes	% mulheres grávidas com anemia Taxas de hemoglobina (Hg) nas mulheres grávidas que fazem o controlo pré-natal	Que 70% das mulheres no pós-parto receberam o suplemento de vitamina A em 2015 e 90% em 2020	SIS Programa de Nutrição	Porém falta anemia como indicador de impacto. Estudo de anemia deve ser feito como parte do MICS e/ou DHS

Todas as grávidas tomam no mínimo 180 cápsulas de multimicronutrientes durante a gravidez e 90 cápsulas de multimicronutrientes depois do parto	Realizar o suplemento com cápsulas de multimicronutrientes para as mulheres grávidas (180 cápsulas) e no pós parto (90 cápsulas) através dos serviços de saúde	% mulheres grávidas que recebem multimicronutrientes durante a gravidez	% das mulheres grávidas com anemia reduzida de linha basal para 30% em 2015 e 15% em 2020 Que 100% das mulheres grávidas fazendo pré-natal fazem análise de hemoglobina (Hg)	Será feito um estudo de linha de base de prevalência de anemia em mulheres (grávidas e não grávidas) incluindo quesitos sobre se tomou suplementos de ferro folato, multimicronutrientes, e/ou vitamina A representativo ao nível de província no primeiro ano, sendo repetido a cada quatro anos SIS Programa de Nutrição	
	Fazer busca activa na comunidade pelos APEs para identificação das mulheres logo no início da gravidez, e encaminhamento para a consulta pré-natal	% mulheres grávidas que tomam os multimicronutrientes durante a gravidez			
	Efectuar entrega semanal das cápsulas de multimicronutrientes pelos APEs às mulheres grávidas	% mulheres grávidas com anemia			
	Sensibilizar as mulheres grávidas, através dos APEs para que tomem regularmente as cápsulas de multimicronutrientes	Taxas de hemoglobina (Hg) nas mulheres grávidas que fazem o controlo pré-natal			
Todas as mulheres no pós-parto tomam uma cápsula de vitamina A	Realizar o suplemento com vitamina A para as mulheres no pós- parto, incluindo as mulheres que tiveram um parto institucional e as mulheres que tiveram o parto em casa	% mulheres no pós-parto que receberam o suplemento de vitamina A	80% das mulheres no pós parto	SIS Programa de Nutrição	

Mães não voltam a engravidar antes de 2 anos	Oferecer aconselhamento e métodos contraceptivos nas unidades sanitárias para o controlo do espaçamento entre as gravidezes, durante 2 anos, após o primeiro parto	% mulheres que não engravidaram durante 2 anos após o primeiro parto Taxas de Hg nas mulheres em idade fértil não grávidas	MISAU		
Resultado 2.2. Infecções controladas antes e durante a gravidez e lactação					
Todas as mães, além de tomar os suplementos de multi-micronutrientes, tomam medidas necessárias para controlar as infecções que causam anemia	Realizar a desparasitação da mulher grávida nas unidades sanitárias e através dos APEs	% mulheres grávidas que foram desparasitadas		DHS/MICS SIS	Todas estas intervenções e actividades são cobertas pelos planos de acção da malária e do HIV
	Oferecer o Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) da Malária durante a gravidez	% mulheres grávidas que fazem controlo pré-natal			
	Distribuir redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração e promover a utilização das mesmas	% mulheres grávidas no controlo pré-natal com infecções (ITS, parasitas intestinais, HIV) que recebem tratamento para a infecção			
	Fazer o tratamento com anti-retrovirais (TARV) para as mulheres vivendo com HIV/SIDA	% mulheres grávidas no controlo pré-natal que recebem TIP da Malária			
	Fazer o tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS), caso seja necessário	% mulheres grávidas			

		que fazem uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração			
Resultado 2.3. Aumento do ganho de peso na gravidez					
Mulheres grávidas devidamente aconselhadas a fazerem controlo pré-natal e suplemento se necessário	Fazer o controlo do ganho do peso durante a gravidez, nas consultas pré-natais, através do registo do ganho do peso num gráfico da ficha (cartão ou caderneta) pré-natal e aconselhamento sobre o ganho de peso adequado	% recursos humanos capacitados para fazerem o controlo e o aconselhamento sobre o ganho de peso das mulheres grávidas % US que fazem o controlo do ganho de peso das mulheres grávidas	20% dos distritos em todas as províncias no primeiro ano, e 20% por ano até completar 100% 20% das parteiras treinadas a cada ano com um curso de uma semana Todos as parteiras treinadas		
	Fornecer suplementos alimentares a todas as mulheres grávidas durante 6 meses nos distritos seleccionados (inicialmente, serão contemplados 2 distritos nas províncias com as taxas de Baixo Peso ao Nascer-BPN mais altas).	% mulheres grávidas que recebem alimento nos distritos seleccionados	Todas as mulheres suplementadas		

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos de idade .

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Resultado 3.1. Todas as mães fazem Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança					
US e comunidades estão sensibilizadas, equipadas e capacitadas para promover e apoiar o Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros 6 meses de idade (AME)	Formar parteiras, incluindo as tradicionais, sobre como apoiar a mãe a amamentar exclusivamente durante os primeiros seis meses	% parteiras treinadas sobre o AME			
	Distribuir material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses	% parteiras treinadas que providenciam apoio adequado às mães para fazerem AME	20% dos distritos em todas as províncias no primeiro ano, e 20% por ano até completar 100%		
	Apoiar as mães e crianças recém-nascidas para assegurar aleitamento exclusivo através dos APEs	% líderes comunitários treinados sobre o AME	20% das parteiras treinadas a cada ano com um curso de uma semana	Relatório de programa DHS/MICS	
	Criar grupos de mães nas comunidades para apoiarem outras mães com crianças menores de 6 meses de idade na amamentação exclusiva dos seus bebés nos primeiros seis meses	% grupos de mães de apoio existentes % de crianças menores de 6 meses exclusivamente amamentadas	Todas as parteiras treinadas com um curso de uma semana		

Rótulos de Fórmulas de seguimento, chuchas e chupetas comercializados no país cumprem Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno	Realizar a monitoria regular e sistemática do Código Nacional de comercialização dos substitutos de leite materno	% infracções ao Código documentadas	Inspeções anuais em 20% das US em cada província cada ano	Relatório do programa	
Ausência de material de promoção de fórmulas infantis nas unidades sanitárias e na sociedade como um todo	Assegurar a aplicação das multas às infracções ao Código	% infracções ao Código penalizadas			
Resultado 3.2. Todas as crianças dos 6 aos 24 meses recebem alimentação complementar adequada					
Todas as crianças seguem o padrão de crescimento adequado entre os 6 e os 24 meses de idade	Fortalecer a capacidade de aconselhamento nutricional dentro dos serviços da atenção à criança, incluindo demonstrações culinárias sobre alimentação complementar usando como base os alimentos locais	% crianças 6-24 meses de idade com crescimento insuficiente, ou que estejam abaixo da linha vermelha no gráfico de crescimento	Todas as crianças	Relatório de programa da nutrição	
	Fornecer, trimestralmente, a todas as crianças suplementos nutricionais fortificados dos 6 aos 24 meses de idade, nos distritos seleccionados	% crianças com baixo peso para altura	Todas as crianças	DHS/MICS	
	Dar, semestralmente, suplemento, com vitamina A a todas as crianças entre 6-59 meses de idade nos serviços de saúde, através dos APEs e das brigadas móveis	% de crianças com baixa altura para a idade	Todas as crianças nos distritos seleccionados	Estudos de avaliação dos distritos seleccionados com linha basal e repetido cada ano	
		% crianças dos 6-24 meses que receberam suplementos nutritivos			

Todas as crianças seguem o padrão de crescimento adequado entre os 6 e os 24 meses de idade	Fortalecer a capacidade de aconselhamento nutricional dentro dos serviços da atenção à criança, incluindo demonstrações culinárias sobre alimentação complementar usando como base os alimentos locais	% crianças 6-24 meses de idade com crescimento insuficiente, ou que estejam abaixo da linha vermelha no gráfico de crescimento	Todas as crianças	Relatório de programa da nutrição	
	Fornecer, trimestralmente, a todas as crianças suplementos nutricionais fortificados dos 6 aos 24 meses de idade, nos distritos seleccionados	% crianças com baixo peso para altura	Todas as crianças	DHS/MICS	
	Dar, semestralmente, suplemento, com vitamina A a todas as crianças entre 6-59 meses de idade nos serviços de saúde, através dos APEs e das brigadas móveis	% de crianças com baixa altura para a idade	Todas as crianças nos distritos seleccionados	Estudos de avaliação dos distritos seleccionados com linha basal e repetido cada ano	
	Desparasitar, semestralmente, todas as crianças de 11-59 meses nos serviços de saúde, através dos APEs e das brigadas móveis	% crianças dos 6-24 meses que receberam suplementos nutritivos		No segundo ano começar com piloto em 2 distritos em 3 províncias com “vales” e comparar	

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer as actividades, dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Resultado 4.1. Alimentos com alto valor nutritivo são localmente produzidos e utilizados pelas famílias mais pobres					
Aumentada a produção e consumo de alimentos locais de alto valor nutritivo	Realizar investigações sobre o valor nutritivo de produtos agrícolas incluindo alimentos silvestres e promover aqueles com alto valor nutritivo	Nr de alimentos com alto valor nutritivo identificados	Uma pesquisa em cada distrito para determinar quais os alimentos a serem promovidos	Relatório de programa e de reuniões anuais para rever o progresso	
	Promover a produção de alimentos com alto valor nutritivo através do sistema de extensão agrária	% de agregados familiares que utilizam com frequência os alimentos identificados com alto valor nutritivo	Capacitar extensionistas dos 30 distritos para fazerem a promoção da produção destes alimentos, sua preparação e conservação	Pesquisa de início e fim para observar mudanças na produção e consumo de alimentos pelas famílias mais pobres	
	Promover a educação nutricional e demonstrações culinárias (incluindo sobre o processamento de alimentos) como parte do sistema de extensão agrária	% de comunidades beneficiadas pelas actividades de educação nutricional e demonstrações culinárias % de agregados familiares que participaram das actividades educativas e mudaram os seus hábitos alimentares			

Resultado 4.2. Reforçada a capacidade dos agregados familiares vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) para o processamento e armazenamento adequado dos alimentos.

Agregados familiares vulneráveis à InSAN preparados para melhor processar, armazenar e utilizar os alimentos	Capacitar os membros dos agregados familiares sobre práticas melhoradas de processamento e conservação de alimentos, incluindo aspectos de higiene e segurança alimentar.	% cursos de capacitação realizados	Extensionistas capacitados em 20 distritos por província, cada ano por cinco anos	Relatório de Programa	
	Melhorar as condições de armazenamento dos alimentos	% agregados familiares vulneráveis à InSAN que participaram no curso % agregados familiares vulneráveis à InSAN que participaram no curso e melhoraram o processamento e conservação dos alimentos	20 reuniões de comunidade realizadas em cada distrito cada ano		

Resultado 4.3. Agregados familiares vulneráveis à InSAN com acesso aos serviços de apoio e protecção social para assegurar a alimentação suficiente e diversificada das mulheres grávidas, lactantes, adolescentes e crianças dos 6-24 meses de idade.

Melhorada a SAN das famílias mais vulneráveis à InSAN	Realizar transferência de renda (dinheiro) para famílias mais pobres com adolescentes, crianças ou mulheres grávidas e lactantes	%famílias beneficiadas pela transferência de renda	Capacitados os funcionários do MIMAS, MINAG e MISAU dos 30 distritos para que MIMAS forneça fundos às famílias seleccionados pelo MINAG sob condição de fazerem controlo de natalidade com o MISAU	Relatório de programa	
	Apoiar financeiramente famílias de baixa renda com raparigas, para criação de animais de pequeno porte sob condição de aumentar o espaçamento entre as gravidezes e garantir que as mulheres não engravidem na adolescência				
	Fornecer subsídios necessários a adolescentes com filhos, para a criação de animais de pequeno porte (gaiolas, ovos, galinhas, ração, entre outros				
	Providenciar assistência técnica para a criação de animais de pequeno porte				

Resultado 4.4. Aumentada a oferta e o consumo de alimentos fortificados nas comunidades, em particular o sal iodado					
Comunidades mobilizadas para consumirem regularmente sal iodado	Realizar atestagem do sal pelos APEs nas casas das mulheres grávidas e lactantes para ver se o sal é iodado	% agregados familiares que consomem sal iodado	No primeiro ano capacitar todas as US em 20 distritos para fazerem o trabalho comunitário Que 80% das casas nos distritos cobertos consomem sal adequadamente iodado	Pesquisa de base nos distritos a serem atingidos repetido cada ano. Relatório de programa	
	Efectuar a testagem do sal consumido pelos alunos nas escolas				
	Realizar advocacia com líderes comunitários para apoiarem na promoção do sal iodado nas comunidades				
Disponibilidade de sal iodado de boa qualidade aumentada no mercado	Aumentar as fiscalizações de sal no comércio e nas fábricas, incluindo as inspecções com punições em caso de infracções	% sal disponível no comércio (formal ou informal) que está devidamente iodizado	Sal no comércio testado em todos os distritos todos os meses	Relatório de programa	
	Fornecer apoio aos produtores para fazerem iodização de sal		Todos os infractores são punidos		
Alimentos fortificados com micronutrientes essenciais estão disponíveis no mercado	Criar um grupo técnico e estabelecer um Comité Nacional de Fortificação para coordenar o desenvolvimento de documentos estratégicos, escolher os alimentos a fortificar e os micronutrientes a serem acrescentados, estabelecer normas e padrão de fortificação Apoiar os moageiros e outros produtores dos alimentos escolhidos	Normas e padrões de fortificação de alimentos estabelecidos %Indústrias/Fábricas de processamento de alimentos seleccionados que os fortificam cumprindo os padrões	No primeiro ano 20% , no segundo ano, atingir 50% e no 3º ano 100% da produção	Relatório de programa	

	Estabelecer métodos de fiscalização do processo de fortificação de alimentos em Moçambique	estabelecidos			
Resultado 4.5. Assegurado o saneamento básico nos domicílios dos agregados familiares mais pobres com raparigas adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e crianças menores de 2 anos.					
Aumentado o uso de latrinas e a lavagem das mãos após a sua utilização pelas raparigas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes	Mobilização comunitária para a construção de latrinas e sua utilização adequada	% de famílias que possuem latrina em casa	Implementar em 100% 260 US com SAAJ e aumentar para 500 em 2015 e a ser definido em 2020	Pesquisa de linha de base e relatório de programa	
	Promover boas práticas de higiene através da realização de palestras e peças de teatro sobre a higiene pessoal	% de famílias que possuem latrina em casa e lavam as mãos após a sua utilização			

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5: Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição.

PRODUTOS CHAVES	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Resultado 5.1. Recursos humanos responsáveis pela nutrição a nível nacional, provincial e distrital capacitados.					
Materiais didácticos e métodos de capacitação estabelecidos Responsáveis pela nutrição capazes de gerir adequadamente actividades de nutrição	Rever os Termos de Referência dos responsáveis pela nutrição em cada sector a nível nacional, provincial e distrital	Materiais didácticos desenvolvidos Métodos de capacitação estabelecidos Cursos de capacitação realizados	100% primeiro ano	Relatórios de programa	
	Elaborar os currícula apropriados para formação dos responsáveis para nutrição a nível nacional, provincial e distrital				
	Desenvolver materiais didácticos e métodos de capacitação para técnicos a nível nacional, provincial e distrital				
	Identificar e contratar professores para ministrarem os cursos de capacitação				
	Realizar cursos de capacitação sobre nutrição em cada nível				
Resultado 5.2. Profissionais dos sectores da saúde, segurança alimentar e educação capacitados sobre alimentação e nutrição					
Materiais didácticos e métodos de capacitação estabelecidos Profissionais da saúde, segurança alimentar e	Desenvolver materiais didácticos e métodos de capacitação em serviço sobre nutrição para técnicos do sector da saúde, segurança alimentar e educação a nível de distrito e província	Materiais didácticos desenvolvidos Métodos de capacitação estabelecidos	100% Primeiro ano	Relatório de programa	

PRODUTOS CHAVES	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
educação capazes de realizarem aconselhamento e actividades de nutrição	Desenvolver materiais didácticos e métodos de capacitação em serviço sobre nutrição para técnicos do sector da saúde, segurança alimentar e educação a nível de distrito e província	%Cursos de capacitação realizados %trabalhadores da saúde, segurança alimentar e educação capacitados	100% Primeiro ano	Relatório de programa	
	Elaborar os currícula para capacitação em serviço dos profissionais dos sectores da saúde, segurança alimentar e educação				
	Realizar cursos de capacitação em serviço sobre nutrição para os profissionais dos sectores da saúde, segurança alimentar e educação				
	Realizar cursos de capacitação em serviço sobre nutrição para enfermeiras e parteiras das US				

OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional.

PRODUTOS CHAVE	INTERVENÇÃO/ACTIVIDADE	INDICADORES	METAS	FONTE DE INFORMAÇÕES	NOTAS E OBSERVAÇÕES
Resultado 7.1. Gestão adequada das actividades de Segurança Alimentar e Nutricional nos diferentes níveis (nacional, provincial e distrital).					
Criar um sistema de vigilância alimentar e nutricional que providencie informação fiável sobre SAN de forma regular e atempada	Expandir os postos sentinela de vigilância nutricional para todos os distritos e todas as Unidades Sanitárias que fazem o controlo do crescimento	Revisão realizada % pessoal treinado para recolher, analisar e reportar dados de SAN por província/distrito	Recursos para realizar as actividades	100% primeiro ano	Relatórios do programa
	Fortalecer, a todos os níveis, a capacidade de recolher, analisar e reportar dados de SAN, assegurando o seu uso para a formulação de políticas/estratégias e programas	% relatórios regulares produzidos por MISAU ou SETSAN			
Resultado 7.2. Melhorada a disponibilidade da informação atempada e desagregada sobre SAN no país.					
Disponibilizada, de forma regular e atempada, informação sobre SAN a todos os níveis e para todos	Estabelecer uma base de dados nacional para SAN	Base de dados para SAN funcional e informação partilhada entre os diferentes intervenientes	Recursos para realizar as actividades	100% primeiro ano	Relatórios do programa
	Identificar\Criar um <i>website</i> para facilitar a divulgação das informações sobre SAN	Nr de indicadores incluídos na base de dados			

ANEXOS

Anexo 1. Pacotes de Intervenções Nutricionais Essencias (INE) do “Lancet Nutrition Series” e suas estratégias de implementação com vista a assegurar a “continuidade dos cuidados” desde a concepção até os 2 anos de idade.

O pacote de INE está dividido em três partes. A primeira parte refere-se às intervenções com evidências suficientes para serem implementadas em todas as regiões com problemas de desnutrição materna e infantil. A segunda parte refere-se às intervenções que também podem ser eficazes, mas dependem das condições locais. A terceira parte apresenta as intervenções que não fazem parte do pacote do INE do *Lancet Nutrition Series*, porém recomenda-se que seja incluída no pacote para Moçambique.

1. INTERVENÇÕES COM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA A EXECUÇÃO EM TODA A PARTE		
Intervenção	Cobertura em Moçambique	Fonte
Mulher Grávida e no Pós-parto		
Suplemento com ferro e ácido fólico	Sem dados	
Suplemento com multimicronutrientes	X	
Consumo regular de sal iodado	58%	MICS2008
Suplemento com cálcio	X	
Intervenções que diminuem o consumo de tabaco e fumaças	X	
Recém-nascidos		
Promoção e apoio ao aleitamento materno (aconselhamento individual e em grupo)	63% na 1ª hora 88% no 1º dia	MICS2008
Crianças (bebés e na infância)		
Promoção de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses (aconselhamento individual e em grupo)	37%	MICS2008
Promoção e apoio à alimentação complementar adequada (pelo menos 3 refeições entre os 9 e 11 meses)	37%	MICS2008
Tratamento da diarreia com zinco	A ser iniciado	
Suplemento com vitamina A	72%	MICS2008
Consumo regular de sal iodado	58%	MICS2008
Intervenções que promovem a lavagem das mãos e higiene	Em curso	
Tratamento da desnutrição aguda grave	Em curso	

X – não existe em Moçambique

2. INTERVENÇÕES PARA A EXECUÇÃO DE ACORDO COM O CONTEXTO LOCAL		
Intervenção	Cobertura em Moçambique	Fonte
Mulher Grávida e no pós-parto		
Suplemento da mãe com alimentos balanceados em proteína e energia*	Ainda não é rotina	
Desparasitação da mulher na gravidez	37%	MISAU 2009
Tratamento Intermitente Preventivo da Malária (TIP) na gravidez **	54,6%	MISAU 2009
Distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida **	30,7%	MICS 2008
Recém-nascidos		
Suplemento da mulher no pós-parto com vitamina A	75,8%	MISAU 2009
Demora na laqueação do cordão umbilical	Ainda não é rotina	
Crianças (bebés e na infância)		
Promoção da alimentação complementar adequada (pelo menos 3 refeições entre os 9 e 11 meses) com distribuição de suplementos de alimentos ou “transferência condicionada de rendas ” ***	X	
Desparasitação	95%	MISAU 2009
Programas de fortificação ou suplemento com ferro	X	
Distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida**	22,8%	MICS2008
3. INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS PARA MOÇAMBIQUE		
Adolescentes		
Controlo da natalidade na adolescência	44% das adolescentes são mães	MICS2008
Controlo da anemia	X	
Fortalecimento da educação nutricional nas escolas	X	
População em Geral		
Aumentar a produção e utilização de alimentos locais de alto valor nutritivo	X	
Aumentar a capacidade dos agregados familiares pobres para o processamento e armazenamento dos alimentos localmente	X	
Assegurar o saneamento básico nos agregados familiares pobres com raparigas adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e crianças menores de dois anos de idade	X	

X– não existe em Moçambique

*recomendação da OMS para as populações onde mais de 15% dos bebés nascem com baixo peso ou onde mais de 20% das mulheres em idade reprodutiva têm Índice de Massa Corporal acima de 18.5 Kg/m².

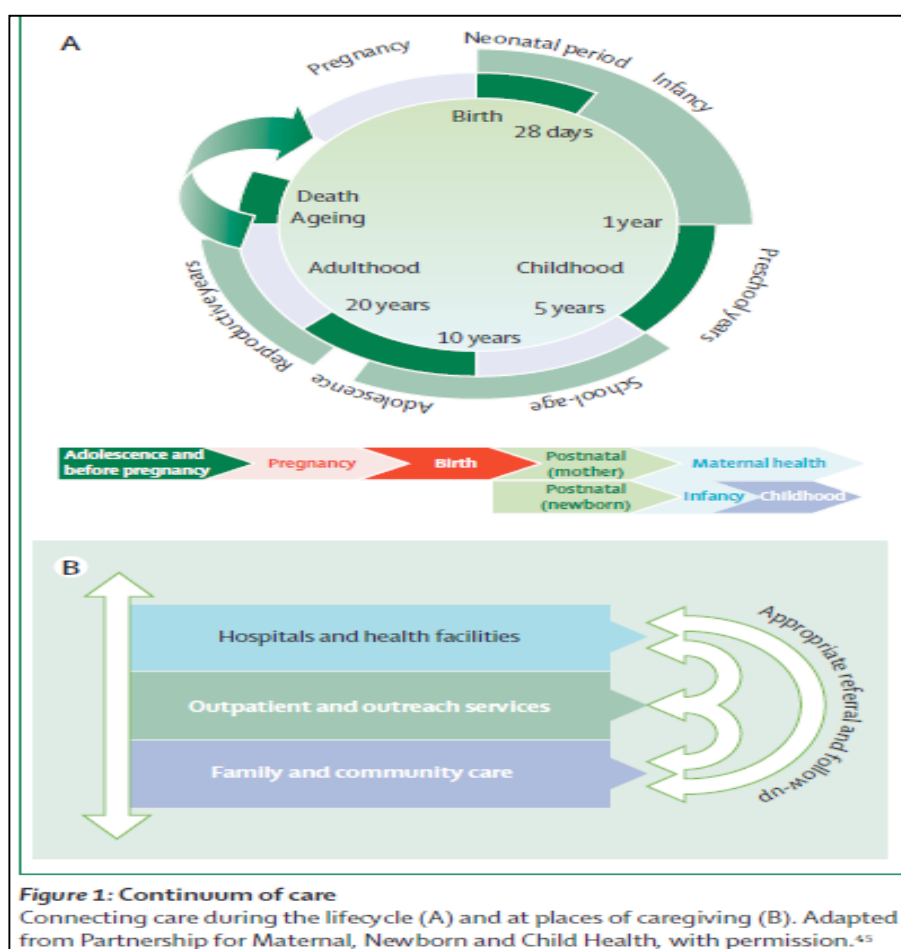
** Para populações onde a Malária é endémica.

*** Para populações com insegurança alimentar.

As intervenções mais eficazes são aquelas de carácter preventivo e para serem eficientes devem atingir coberturas elevadas (> 80% da população alvo), tais como, o aleitamento materno e o suplemento com micronutrientes ferro e ácido fólico.

É possível atingir coberturas elevadas através da extensão das intervenções para as comunidades, ou seja, ao invés de serem as comunidades a ir aos serviços, são os serviços que vão às comunidades.

A figura a seguir ilustrada mostra os 3 modelos de prestação de serviços: 1) baseado na unidade sanitária, 2) levado para a comunidade periodicamente, e 3) baseado na comunidade⁷².



Das intervenções recomendadas para Moçambique, várias já estão a ser implementadas por outros programas, por isso deve-se focalizar naquelas que ainda não estão a ser implementadas e que são importantes para a prevenção da desnutrição crónica.

As experiências de outros países sugerem que em Moçambique seria importante utilizar os multimicronutrientes para o suplemento da mãe durante a gravidez ao invés dos suplementos de ferro e ácido fólico que são usados actualmente. Além disso, já existe uma recomendação para a sua utilização em situações de emergência⁷³. Não obstante, surge ainda o desafio de aumentar a cobertura deste tipo de suplemento, que pode ser atingida com visitas regulares dos Agentes Comunitários de Saúde às mulheres grávidas⁷⁴. Estas acções baseadas na

comunidade também precisam de ser integradas com o tratamento das infecções que é feito nas unidades sanitárias⁷⁵. Acredita-se que, desta maneira, o suplemento com multimicronutrientes assegura um aumento no peso ao nascer, além de melhorar o estado nutricional da mãe e conseguir reduzir significativamente a anemia materna comparativamente às mulheres que utilizam suplementos de ferro e ácido fólico⁷⁶.

No entanto, podem existir algumas situações desfavoráveis à utilização dos multimicronutrientes, como em mães primíparas muito jovens. Nestas, o risco de mortalidade neonatal parece aumentar⁷⁷, e mesmo que não significativamente em termos estatísticos, os partos precisam de ser monitorizados e os riscos diminuídos através de melhorias nos cuidados durante o parto. Na Indonésia tem sido demonstrado que o suplemento com multimicronutrientes reduziu a mortalidade infantil precoce (lactentes até 90 dias) em 18% comparado com o suplemento com ferro e ácido fólico⁷⁸. O aumento na utilização de *Skilled Birth Attendants* (SBA) no parto resultou numa redução de 30% na mortalidade infantil precoce, independente do impacto do suplemento de micronutrientes⁷⁹. Portanto, se as mulheres tomarem os suplementos de multimicronutrientes com regularidade e usarem uma SBA no parto, o risco de mortalidade infantil precoce poderá ser reduzido em quase 50%.

O suplemento alimentar durante a gravidez deve ser oferecido a todos os distritos a todas as mães com taxas de baixo peso ao nascer maior que 15%, conforme recomendação da OMS.

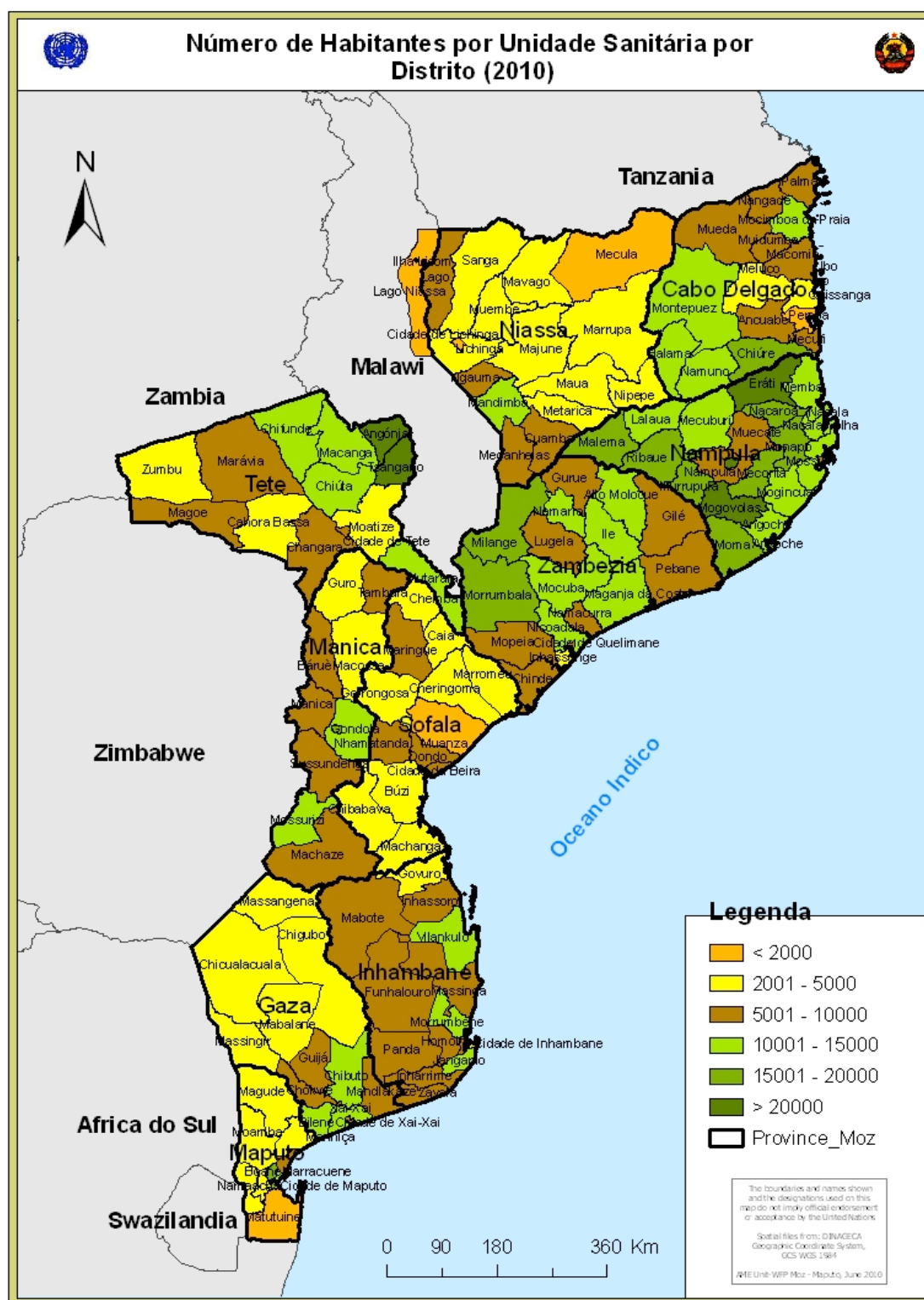
Do mesmo modo, o suplemento alimentar para crianças com idades entre os 6 e 24 meses, é mais eficaz se for oferecido a todas as crianças do que somente àquelas que estiverem desnutridas⁸⁰. Esta intervenção deve ser feita nos distritos com maiores problemas de insegurança alimentar, por isso, propõe-se que se faça também nos distritos que apresentem taxas de baixo peso ao nascer maiores que 15%, ou seja, o mesmo critério para o suplemento da mãe.

Os suplementos alimentares que podem ser usados, pelo menos inicialmente, são os suplementos de CSB (Corn Soy Blend), que são energeticamente densos e fortificados com micronutrientes. Porém, devem ser considerados e testados outros produtos baseados em lípidos fortificados e que já têm dado resultados satisfatórios na redução do baixo peso ao nascer noutros lugares⁸¹.

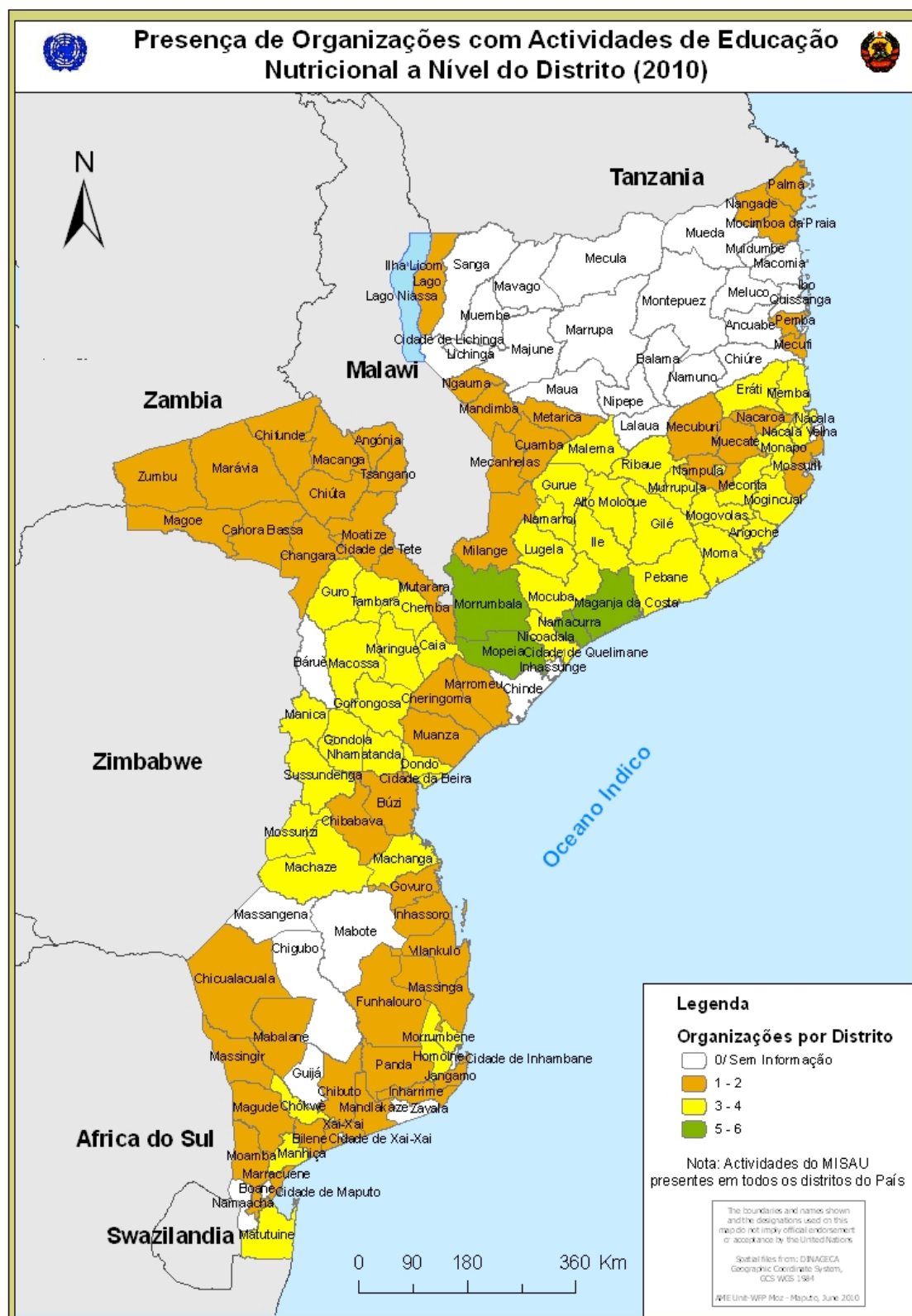
Provavelmente a consideração mais importante é de assegurar que todas as intervenções sejam realizadas como um pacote de cuidados contínuos ou continuados, isto é, desde a concepção até os 2 anos de idade.

Anexo 2. MAPAS E TABELAS DO MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES EXISTENTES

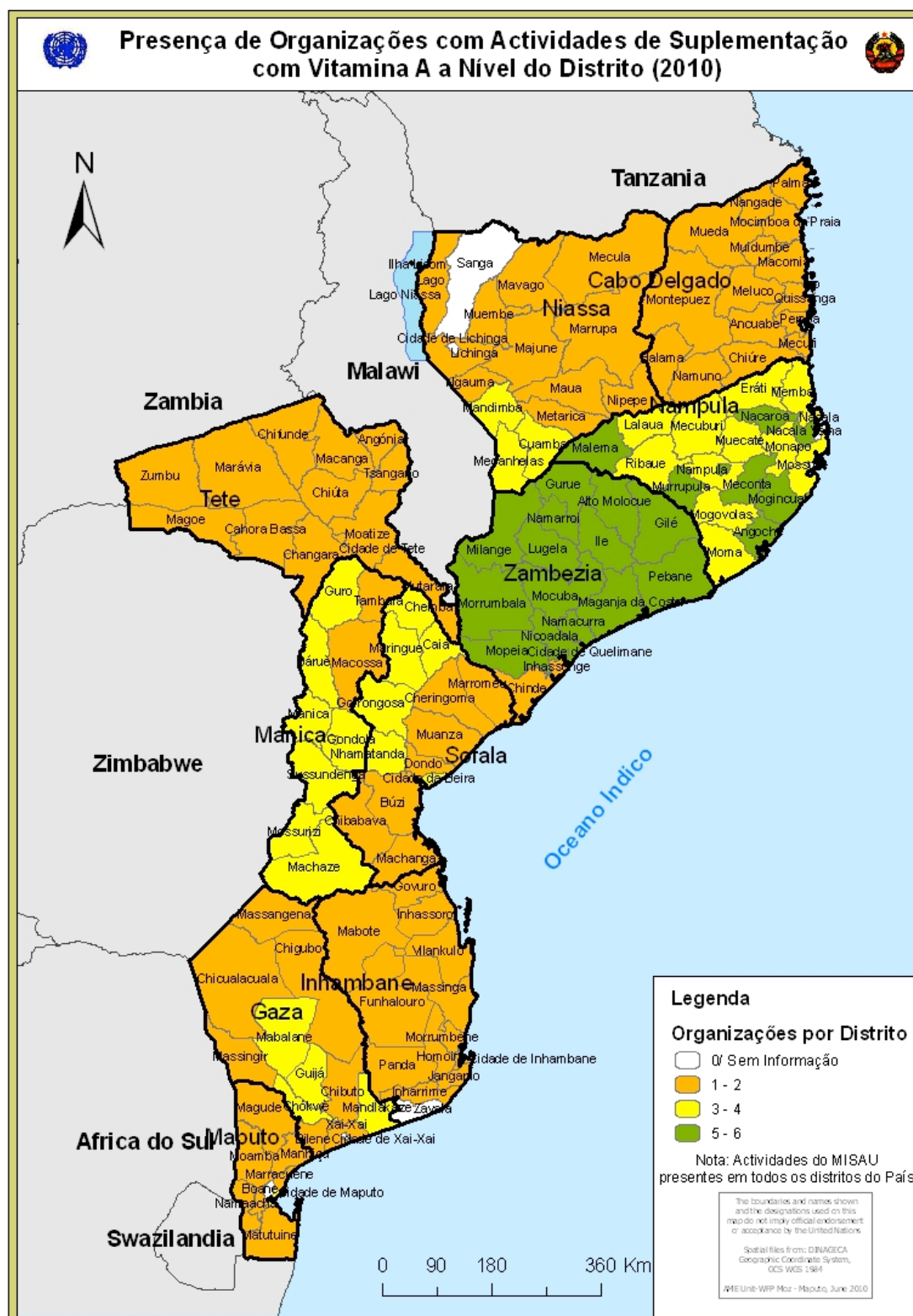
MAPA 1



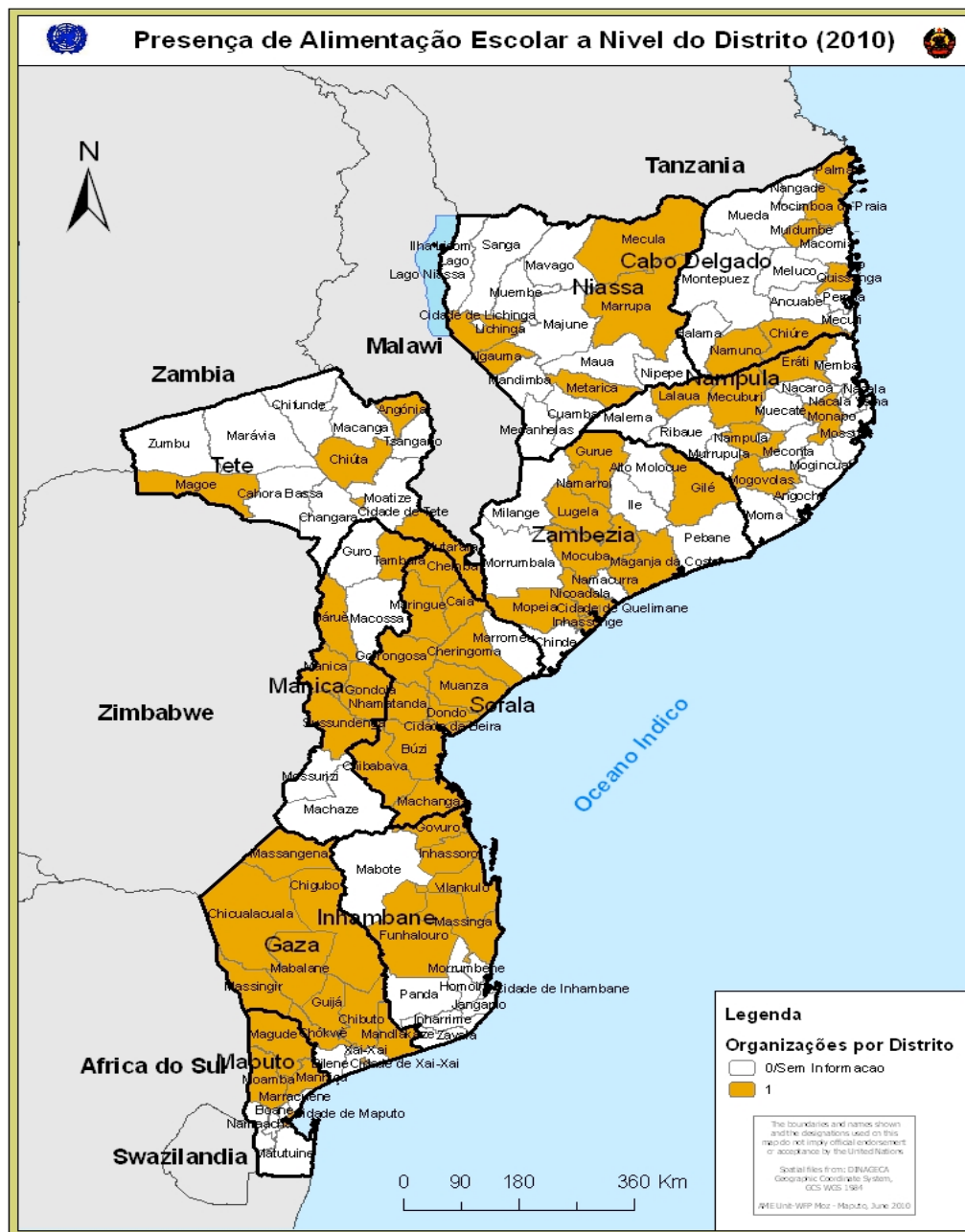
MAPA 2



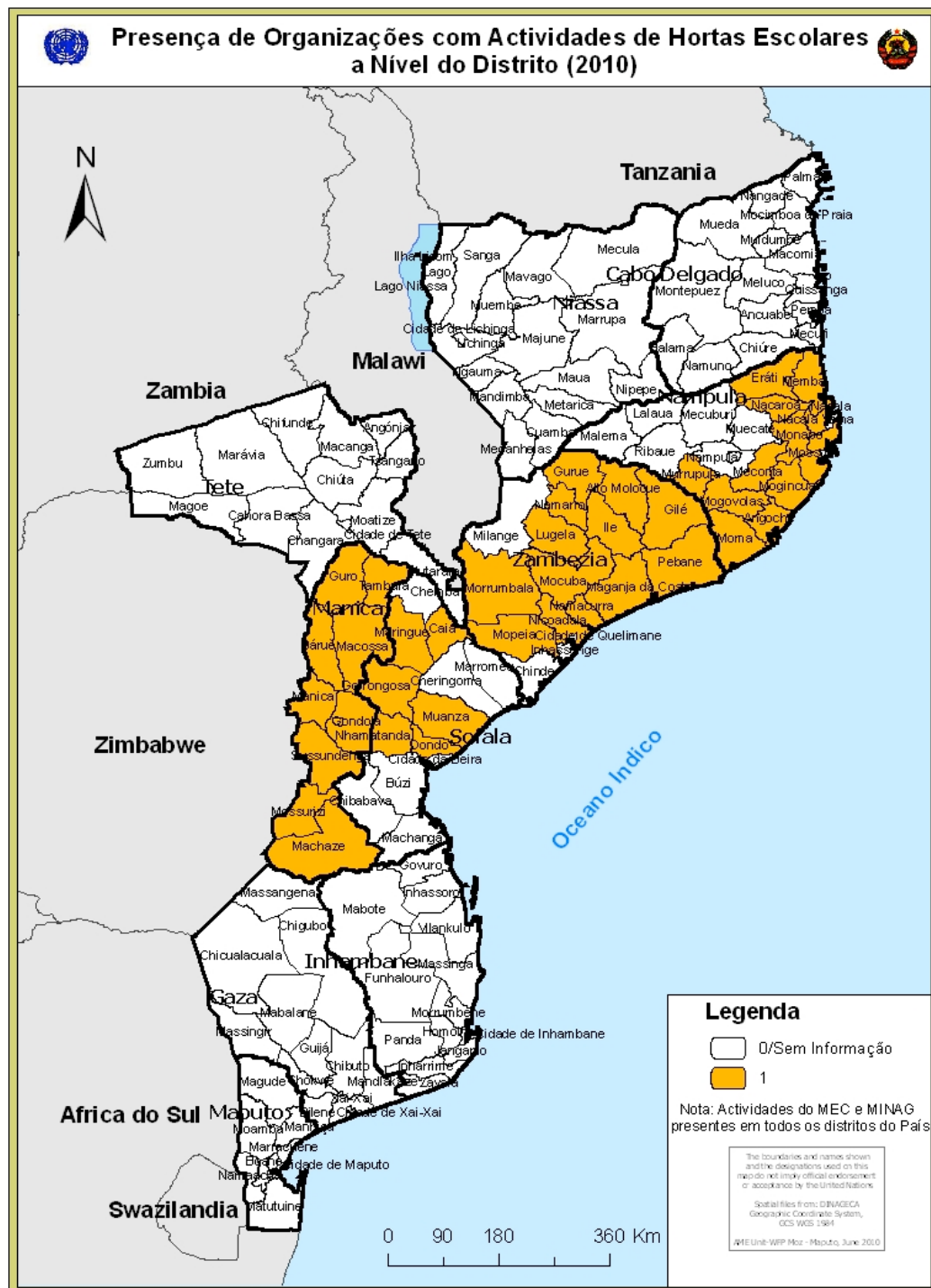
MAPA 3



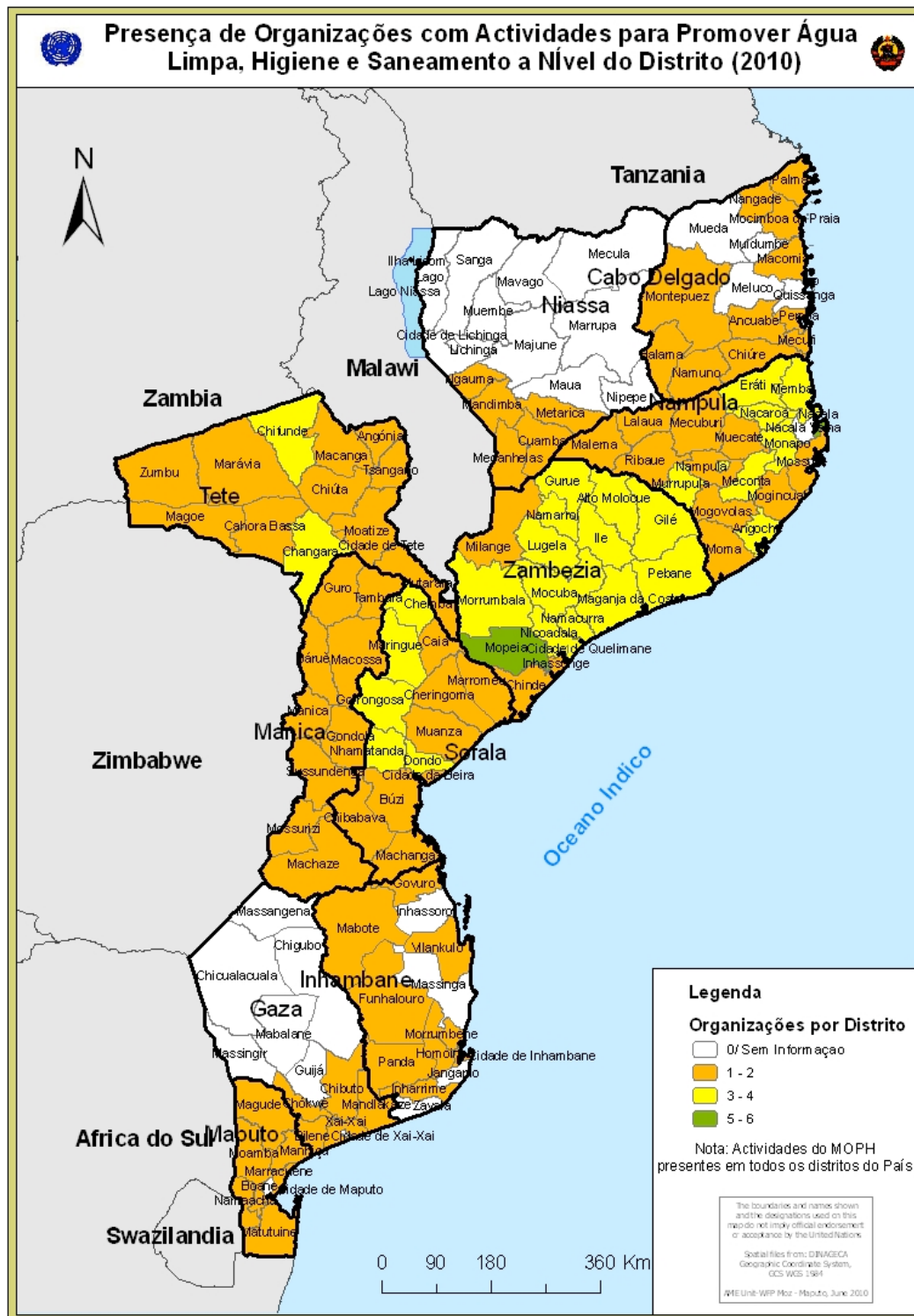
MAPA 4



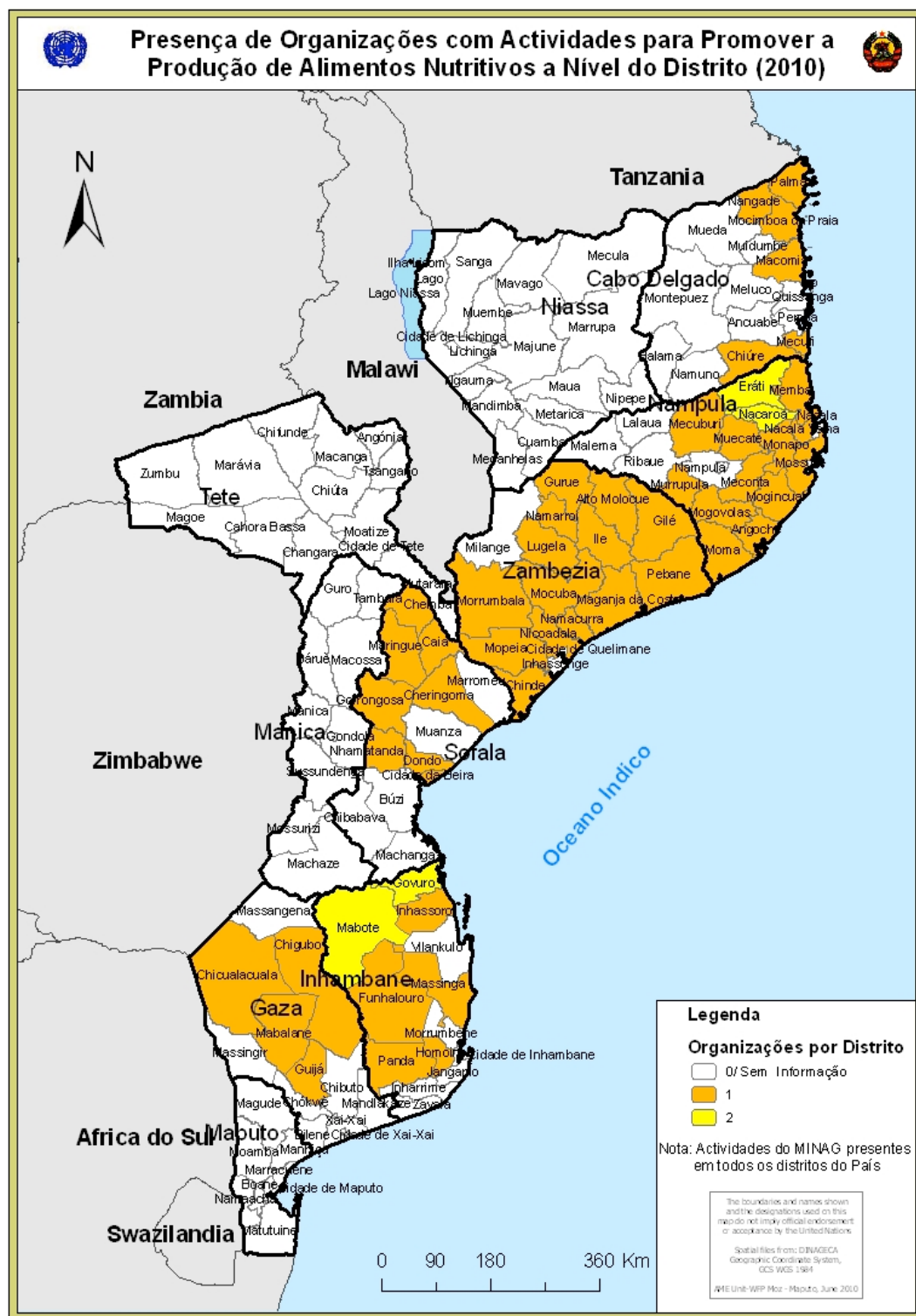
MAPA 5



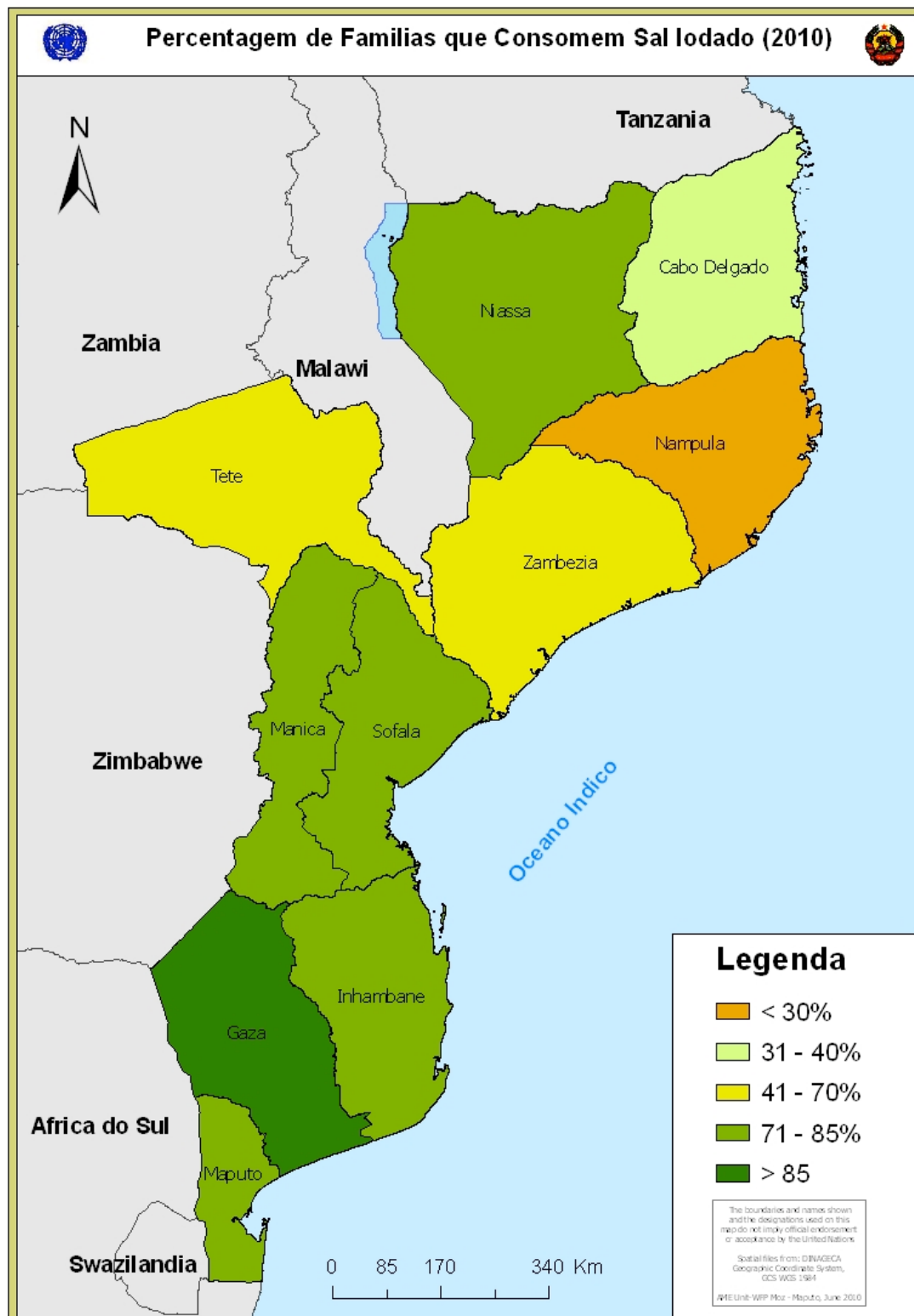
MAPA 6



MAPA 7



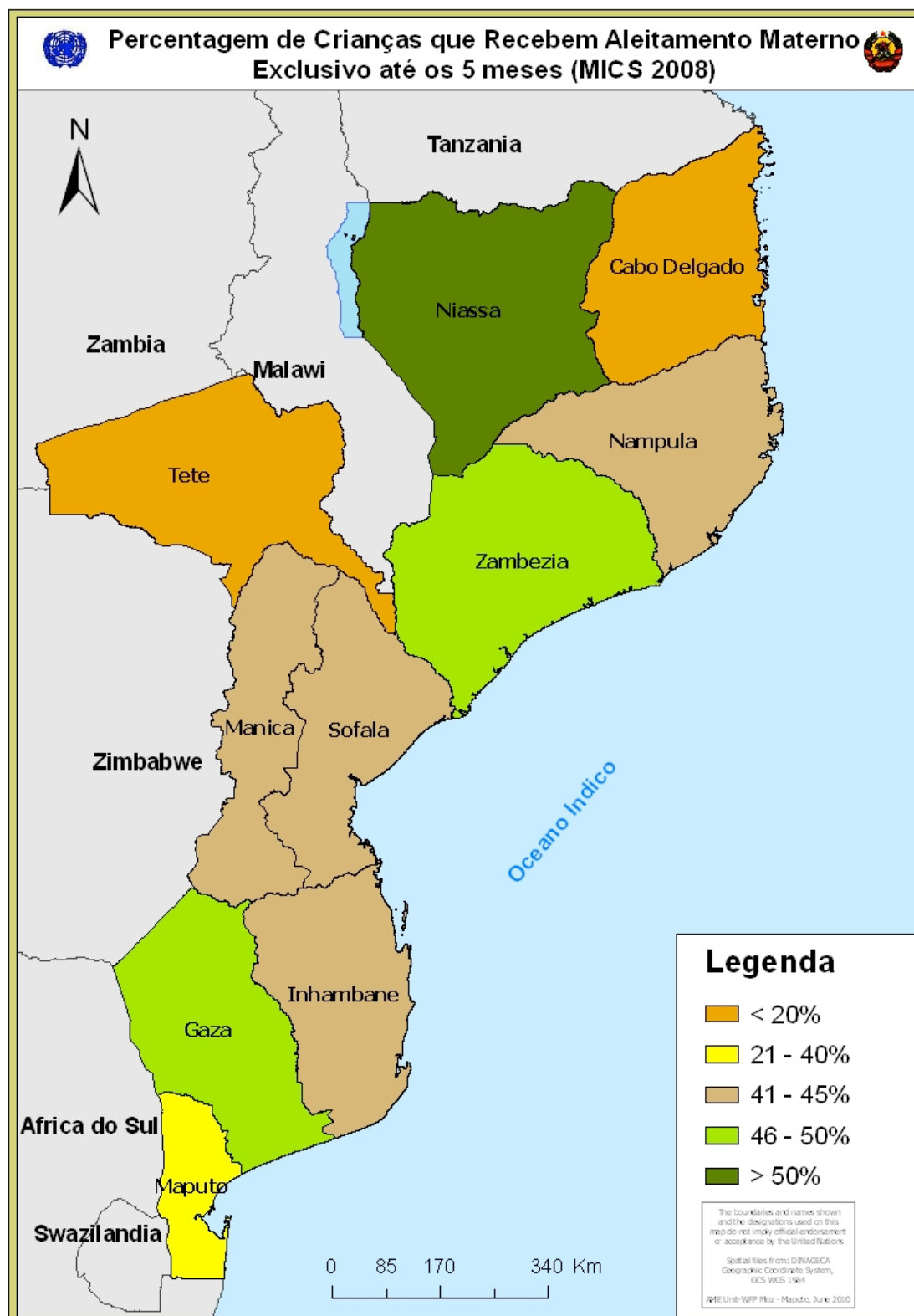
MAPA 8



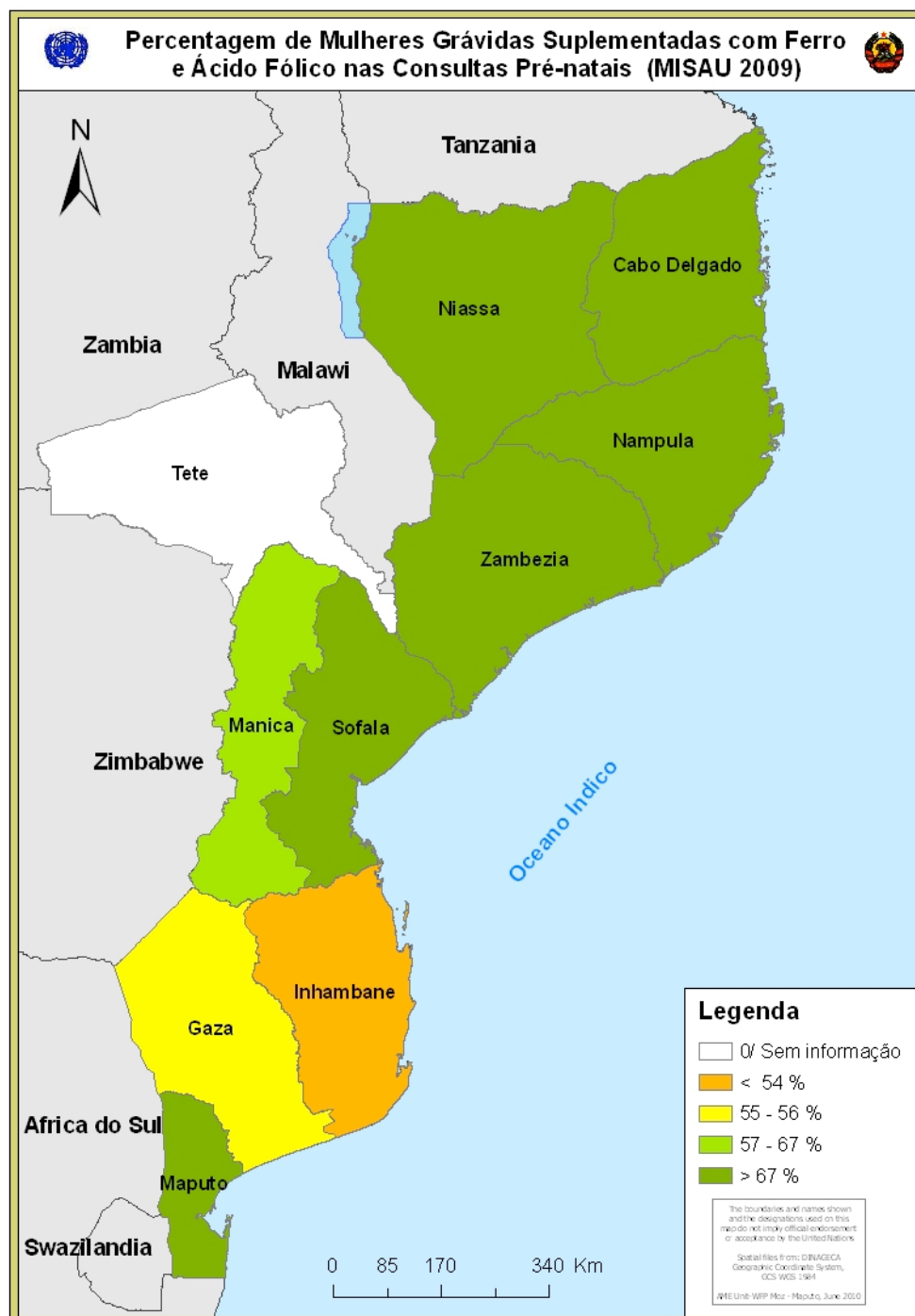
MAPA 9



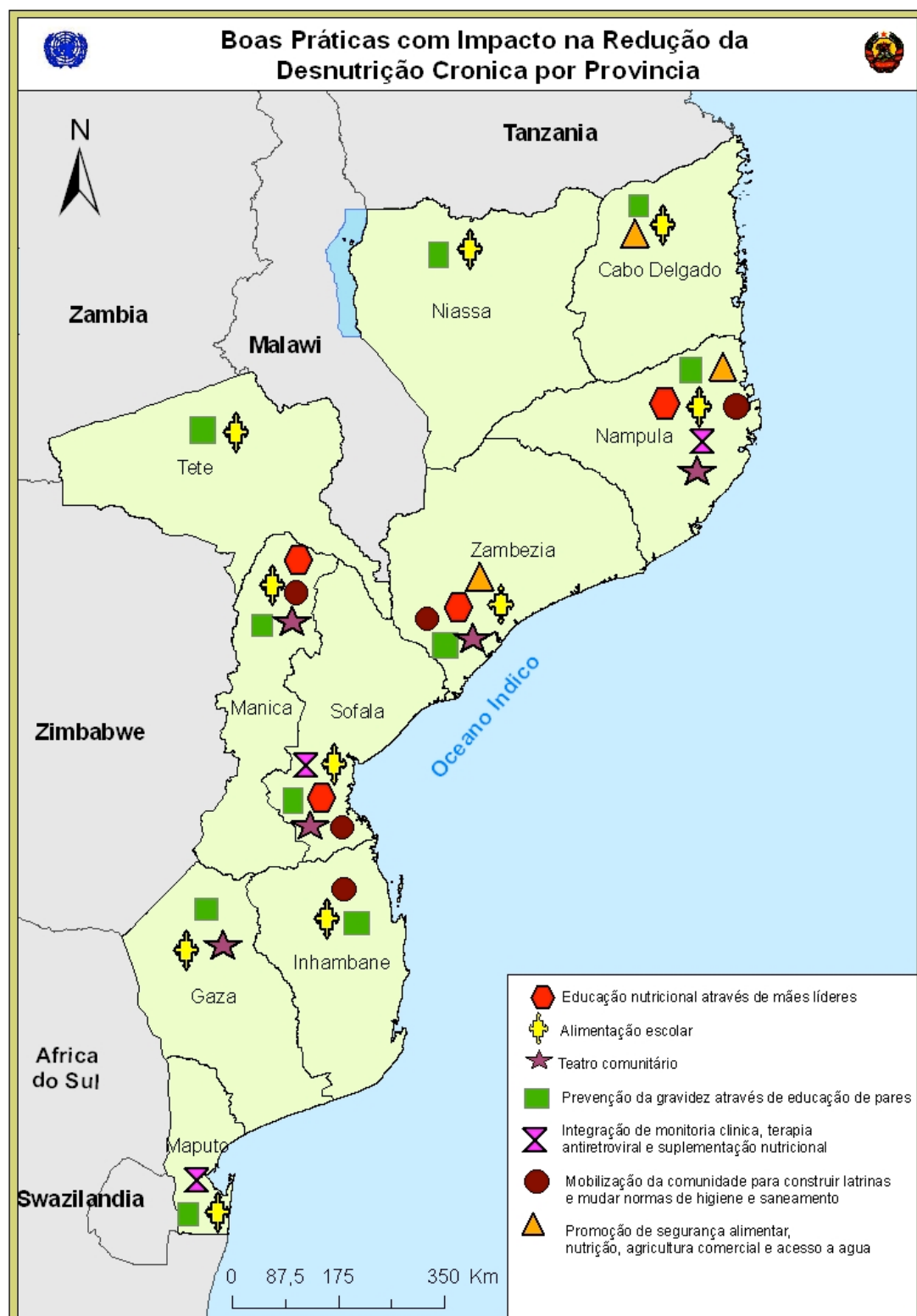
MAPA 10



MAPA 11



MAPA 12



TABELAS

Tabela 1. Cobertura de consultas

Indicador	2008	2009
Consulta pré-natal	100%	99%
Consulta Pós-parto	68%	59%
Planeamento familiar	11%	10%

Fonte: PSE 2009, MISAU

Tabela 1: Evolução das Coberturas Nacionais da Componente Infantil 0-4 anos, Ano 2008 e 2009

	2008			2009		
1 ^{as} Consultas	Grupo alvo	1 ^{as} Consultas Realizadas	Cobertura	Grupo alvo	1 ^{as} Consultas Realizadas	Cobertura
0-11 meses*	834.157	833.431	99,9%	867.783	920.842	100%
1-4 anos [#]	2.731.881	748.728	27,4%	2.842.003	633.252	22,3%

Fonte: Modulo Básico, MISAU.

Tabela 3. Número de palestras e sessões de demonstrações culinárias entre 2007 e 2009

Província	2007		2008		2009	
	Palestras realizadas	Nr de demonstrações culinárias	Palestras realizadas	Nr de demonstrações culinárias	Palestras realizadas	Nr de demonstrações culinárias
Maputo Cidade	-	-	-	-	515	212
Maputo Província	-	-	1643	381	1643	381
Gaza	453	-	564	46	2082	4681
Sofala	3473	482	7125	2315	12863	15233
Tete	15	5	12	3	274	62
Manica	-	-	72	72	723	15293
Cabo Delgado			26	13	39	96
Nampula	23	96	50	124	23	96
Zambézia			-	-	14027	2142
Total	3964	583	7849	2573	32189	38193

Fonte: Relatórios Anuais 2007, 2008, 2009, MISAU

Tabela 4. Suplemento alimentar de rotina em crianças <5 anos com desnutrição aguda moderada, Anos 2008 e 2009.

Província	2008			2009		
	Crianças triadas	Casos de desnutrição moderada	Crianças suplement. c/ CSB	Crianças triadas	Casos de desnutrição moderada	Crianças suplement. c/ CSB
Tete	1.987	558	558	155.968	7.280	7.280
Manica	22.897	1.596	1596	2.066	1.538	1.538
Sofala	197.103	4.115	4115	7.907	1.432	1.432
Gaza	2.473	1.601	1601	3.128	880	880
Maputo Província	9.969	242	242	14.337	390	504
Total	18,118	2,568	2,554	183,406	11,520	11,520

Fonte: Relatórios anuais 2008, 2009, MISAU

Tabela 5. Coberturas de suplemento com Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses na 2ª fase da Semana Nacional de Saúde da Criança (SNSC) de 2008 e 2009

Província	2008	2009
Niassa	100%	94,7%
Cabo Delgado	97,8%	100%
Nampula	100%	97,2%
Zambézia	100%	100%
Tete	100%	100%
Gaza	79,5%	100%
Sofala	98,7%	98,4%
Manica	100%	100%
Inhambane	86,8%	100%
Maputo Província	100%	100%
Maputo Cidade	84,8%	96,8%

Fonte: Relatório da SNSC, 2ª Fase 2008 e 2009, MISAU.

Tabela 6. Coberturas da Desparasitação em crianças de 12 a 59 meses na 2ª fase da Semana Nacional de Saúde da Criança (SNSC) de 2008 e 2009

Província	2008	2009
Niassa	100%	86,9%
Cabo Delgado	98%	94,9%
Nampula	100%	75,2%
Zambézia	97%	100%
Tete	100%	88,3%
Gaza	82%	98%
Sofala	96%	91,7%
Manica	100%	100%
Inhambane	86%	100%
Maputo Província	100%	98,2%
Maputo Cidade	90%	94,7%

Fonte: Relatório da SNSC, 2ª Fase 2008 e 2009, MISAU.

Tabela 7. Cobertura da Desparasitação de rotina nas mulheres grávidas de 2009

Província	2009
Niassa	26%
Cabo Delgado	29%
Nampula	ND
Zambézia	48%
Tete	ND
Gaza	ND
Sofala	ND
Manica	41%
Inhambane	28%
Maputo Província	30%
Maputo Cidade	ND

Fonte: Relatórios provinciais 2009, MISAU.

Tabela 8. Cobertura da distribuição de alimentos pelo Programa Subsídio de Alimentos na população total

Província	2009
Niassa	1%
Cabo Delgado	0,8%
Nampula	0,8%
Zambézia	0,3%
Tete	0,8%
Gaza	1,2%
Sofala	0,8%
Manica	1,2%
Inhambane	1,7%
Maputo Província	0,6%
Maputo Cidade	0,5%

Fonte: Relatório Anual, 2009, INAS.

Tabela 9. Cobertura da população assistida através do Programa de Extensão Rural

Província	2009
Niassa	4,4%
Cabo Delgado	1,4%
Nampula	1,4%
Zambézia	1,6%
Tete	2,2%
Gaza	1,4%
Sofala	3,2%
Manica	2,2%
Inhambane	1,4%
Maputo Província	2%
Maputo Cidade	1,3%

Fonte: Actividades da Extensão Agrária, DNEA, 2009, MINAG.

Tabela 10. Cobertura de Acesso a Água e Saneamento do meio em 2009

Província	Acesso a abastecimento de água limpa	Acesso a latrinas e saneamento
Niassa	90%	38%
Cabo Delgado	59%	54%
Nampula	40%	30%
Zambézia	39%	25%
Tete	52%	43%
Gaza	67%	40%
Sofala	60%	35%
Manica	66%	56%
Inhambane	64%	92%
Maputo Província	80%	47%
Maputo Cidade	89%	79%

Fonte: Relatório Anual, Direcção Nacional de Águas, 2009, MOPH.

BOAS PRÁTICAS EXISTENTES

Boa Prática 1: Educação nutricional através de grupos de cuidados e mães líderes na comunidade

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Mulheres grávidas e lactantes	Formar grupos de cuidados para mudar as práticas da maioria das mães no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo, práticas de higiene e alimentação adequada da criança e identificar a criança minhar para a US quando a criança está doente	Todas as mães numa comunidade escolhem mães líderes (ML) que ensinam outras mães da comunidade, através de demonstrações culinárias, palestras e visitas domiciliares. Uma ML usa 22 horas por mês a cuidar de 12 mães e faz visitas bise manalmente. Em cada distrito existem 10 promotoras de saúde, cada uma responsável pela formação de 80 a 100 mães voluntárias. Presentemente, existem 3.200 ML que visitam com regularidade 28.100 famílias com crianças de idade inferior a 5 anos nos distritos de Nhamatanda, Gorongosa, Marrimou e Caia	Em Nhamatanda, Gorongosa, Marrimou e Caia, a desnutrição moderada reduziu para 25% e a amamentação exclusiva até aos quatro meses aumentou de 40% para 80% de 1997 a 2001. (World Relief: 2004) Em Chókwè a mortalidade de crianças menores de 5 anos reduziu em 62% de 2001 a 2004 através desta actividade (Edward et. Al. 2007, Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg (2007)
Contribuição para o plano de acção: Objectivo estratégico 2,3	Lições aprendidas: as práticas das mães mudam através do contacto intenso entre mães líderes e as mães na comunidade porque criam a confiança entre elas. O motivo para a ML continuar a actividade é o respeito que ganha da comunidade e em casa. Este modelo também pode ser usado para educar sobre os perigos da anemia e a sua relação com a desnutrição crónica e mortalidade materna.		Programas e actores: MYAP: FH, ADRA, WV, Save the Children/Africare Outros semelhantes: CUAMM, Cruz Vermelha

Boa prática 2: Uso de teatro comunitário para promover boas práticas de nutrição, higiene e saneamento de meio e para prevenir a malária e o HIV

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Mulheres grávidas e lactantes, agregados familiares	Mobilização para irem à US, mudar o comportamento para prevenir a Malária e o HIV e para promover boas práticas de higiene e saneamento do meio	A demonstração através do teatro atrai e influencia mais pessoas do que as palestras convencionais. A utilização da linguagem local e referência às práticas culturais locais ajudam a mobilizar, sensibilizar e promover a sustentabilidade das mudanças de comportamento.	2/3 dos 3900 inquiridos afirmaram que a sua frequência em ir às US, a sua participação na resolução dos desafios de higiene e saneamento e prevenção do HIV aumentou depois de assistirem o teatro comunitário. A pesquisa foi feita em 2008 e avaliou actividades em Nampula, Zambézia, Gaza, Manica e Sofala.
Contribuição para o plano de acção: Objectivo estratégico 1, 2, 3 e 4	Lições aprendidas: A identificação cultural das pessoas e a visualização da resolução de desafios estimula a participação da comunidade, mesmo das pessoas analfabetas.		Programas e fontes: Avaliação das actividades de Teatro comunitário (PTO/UNICEF 2009) CUAMM, FDC, Cruz Vermelho, Pathfinder

Boa prática 3: Suplemento nutricional, avaliação do peso, referência às Unidades Sanitárias e tratamento da desnutrição aguda e moderada

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Mulheres grávidas e lactantes, e crianças até 5 anos	Reduzir as taxas de desnutrição aguda em crianças 6-59 meses para menos de 10% e aumentar a cobertura de tratamento de desnutrição aguda de 20 a 70%	Os serviços de saúde utilizam o ACS, APE e activistas para avaliar a desnutrição aguda em crianças e mulheres grávidas e lactantes e remete aquelas com menos de 12.5 cm de PB para as US. Estes fazem educação nutricional e visitas domiciliárias e remetem às US onde tratam crianças com o Plumpy nut.	O projecto localiza-se em Ribáuè, Memba e Erati em Nampula. Das mulheres e crianças que foram referidas e ficaram no programa ,em 2009, 75% foram curadas. Durante 2009, foram formados 300 ACS, dos quais 71 pessoal da saúde, 110 líderes comunitários, 99 curandeiros e 171 professores do ensino primário.
	Contribuição para o plano de accção: Objectivo estratégico 2,3	Lições aprendidas: O modelo comunitário de tratamento de desnutrição aguda pode ser usado para fazer o tratamento preventivo da desnutrição crónica nas comunidades	Programas e fontes: FINAL PROJECT REPORT FOR PCA AGREEMENT 2009. MISAU/Save the Children.

Boa prática 4: Alimentação escolar para melhorar o estado nutricional e o desempenho e para manter os alunos na escola

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Crianças e adolescentes	Melhorar o estado nutricional e assegurar que as crianças aprendem e permanecem na escola.	Distribuição de refeições para alunos na escola. Suplemento de 100g de CSB que fornece 75% da alimentação nutricional diária recomendada (RDA)	Através de questionários com 144 professores em 89 escolas em Gaza, Sofala, Inhambane e Manica, 59% responderam que a refeição melhorou o desempenho de 75% dos alunos e a maioria respondeu que a refeição assegura que os alunos vão à escola. A actividade tem 199.727 beneficiários em todas as províncias do país.
Contribuição para o plano de acção: Objectivo estratégico 1		Lições aprendidas: O apoio com alimentação na escola melhora o desempenho e o estado nutricional ,e contribui para manter os alunos na escola	Programas e fontes: Refeição escolar: PMA/MEC/JAM WFP:2009 A Report from the Office of Evaluation 2009: JAMs Longitudinal Studies

Boa prática 5: Prevenção da gravidez precoce e HIV/SIDA (Geração Biz-PGB)

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Adolescentes	Atrasar a actividade sexual, promover o uso de preservativos e a fidelidade dos parceiros, sensibilizar sobre os direitos da rapariga	Distribuição de preservativos e aconselhamento nas escolas através de educadores de pares (activistas) e dos SAAJ para sensibilizar o grupo alvo como alternativa de aconselhamento dado pelos professores e nas unidades sanitárias	Evidência duma pesquisa mostra que o uso de educação de pares tem impacto no comportamento de jovens, o uso do preservativo durante o primeiro contacto sexual aumentou de 35.7% para 60.2% entre 2002 e 2005 em escolas secundárias com PGB. Em 2 escolas em Maputo, entre 40 a 50% dos alunos responderam que mudaram o comportamento sexual usando preservativos de forma consistente por causa do PGB. 4 milhões de preservativos e 300 mil panfletos foram distribuídos em 2009.
Contribuição para o plano de acção: Objectivo estratégico 1	Lições aprendidas: A combinação de educação de pares e serviços de distribuição de preservativos nas escolas é eficaz porque os alunos se identificam com os educadores e o acesso aos métodos de prevenção é facilitado. O mesmo modelo pode ser usado para informar sobre e como controlar a anemia nas escolas		Programas e fontes: PGB, Pathfinder, UNFPA WHO: From inception to large scale, 2009. C.Groes-Green, Sexual Health 2009

Boa prática 6: Integração da promoção de segurança alimentar, nutrição, agricultura comercial e acesso a água e saneamento (SANA)

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Mulheres grávidas e lactantes, crianças e agregados familiares	Treino de animadoras que encaminham as pessoas doentes às US, ensinam os outros a contruírem latrinas e furos, melhorar as práticas de higiene, promover a saúde nutricional e apoiar as associações para produzirem alimentos com alto valor nutritivo e vendê-los	Integração da educação nutricional e agrária, apoio com tecnologias de conservação para criarem fontes de renda e sustentabilidade na produção de alimentos com alto valor nutritivo que asseguram uma dieta diversificada. ‘Animadoras’ estão formadas para promoverem papas enriquecidas de alimentos locais, boas práticas de higiene e aleitamento materno exclusivo.	Uma avaliação preliminar mostrou que as comunidades entendem a ligação entre nutrição, agricultura e saneamento. As pessoas percebem que o estado nutricional das crianças aumenta com um melhor conhecimento da utilização dos alimentos, práticas de higiene e o aumento da variabilidade do consumo de alimentos.
Contribuição para o plano de acção: Objectivo estratégico 1,2,3,4	Licções aprendidas: Educação sobre nutrição e higiene em combinação com a formação de associações de agricultura criam um entendimento e capacidade para produzir e preparar refeições variadas e com um alto valor nutritivo. O efeito é maior quando as pessoas vivenciam que a saúde das suas crianças melhora.		Programas e actores: MYAP /2008-2011 Save the Children/ Africare; WV, ADRA e FH

Boa prática 7: Mobilização da comunidade para construir latrinas e furos e para mudar as práticas de higiene e saneamento

Grupo alvo	Objectivo	Método e lógica	Impacto
Agregados familiares	Estabelecimento de boas práticas de higiene e motivação das comunidades para construírem e usarem correctamente as latrinas	Demonstração da contaminação fecal dos alimentos para toda a comunidade entender as consequências da falta de higiene e saneamento e agir de forma colectiva. Inclusão de líderes comunitários para a mobilização da comunidade na construção de latrinas depois da demonstração . As comunidades recebem um prémio quando 100% das casas tem latrinas	Demonstrações mostrando os efeitos colaterais de defecar ao ar livre iniciaram em 173 comunidades ,de Novembro a Dezembro 2008. Como consequência, mais de 49.000 latrinas foram construídas com 250.000 beneficiários. Deram-se prémios a 34 comunidades que alcançaram uma cobertura das casas de 100%.
Contribuição para o plano de acção: Objectivo estratégico 1,2,3,4		Lições aprendidas: A combinação de demonstrações concretas dos riscos, formação de líderes e premiação para as comunidades construírem mais latrinas evita a prática de defecar ao ar livre e mobiliza toda a comunidade para a busca de soluções sustentáveis	Fonte: WSP: Avaliação do ‘One Million Initiative’ Programas e actores: CLTS/ UNICEF Actividade semelhante: ADRA/ Samaritans Purse SCIP:Pathfinder/ Care; SCIP : World Vision /IRD

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 371(9608):243-60.
- ²Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell M, Richter L, Sachdev HS for the Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008) Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet* 37: 340-357
- ³Khan S, Tiago A, Ibrahim H, Miguel A, Junusso N, Fidalgo L, Ismael C, Meershoek S. 2004. Moçambique: Investir na Nutrição é Reduzir a Pobreza - Análise das Consequências dos Problemas Nutricionais nas Crianças e Mulheres. Maputo: Ministério Da Saúde, Direcção Nacional De Saúde, Repartição da Nutrição.
- ⁴Horton S. 1999. Opportunities for Investments in Nutrition in Low-income Asia. *Asian Development Review*. 17 (1, 2): 246-273
- ⁵Shrimpton, R., Victora, C.G., de Onis, M, et al. 2001. Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions. *Pediatrics*. 107(5): e75.
- ⁶Cole T. 2000. Secular trends in growth. *Proc. Nut Soc*. 59:317-324.
- ⁷Martorell R, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Melgar P, Neufeld L. 1998. Intrauterine growth retardation, body size, body composition and physical performance in adolescence. *Eur J Clin Nutr*. 52 Suppl 1:S43-52.
- ⁸Li H, Stein AD, Barnhart HX, Ramakrishnan U, Martorell R. 2003. Associations between prenatal and postnatal growth and adult body size and composition. *Am J Clin Nutr*. 77(6):1498-505
- ⁹Karlberg, J. 1989. A biologically oriented mathematical model (ICP) for human growth. *Acta Paediatr Scand Suppl* 350:70-94.
- ¹⁰Ruwei, L., Haas, J.D., Habicht, J-P. 1998. Timing of the influence of maternal nutritional status during pregnancy on fetal growth. *Am J Hum Biol*. 10:529-539.
- ¹¹Tanner, J.M. 1978. Foetus into man: Physical growth from conception to maturity. Open Books Publishing Ltd. London.
- ¹²WHO Multicentre Growth Reference Study Group. 2006 Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl*;450:56-65
- ¹³Yip, R. Scanlon, K., Trowbridge, F. 1992. Improving growth status of Asian refugee children in the United States. *JAMA*. 267(7): 937-940.
- ¹⁴Lechtig A, Cornale G, Ugaz ME, Arias L. 2009 Decreasing stunting, anemia, and vitamin A deficiency in Peru: results of the Good Start in Life Program. *Food Nutr Bull*. 30(1):37-48.
- ¹⁵Monteiro CA, Benicio MH, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJ, Victora CG. 2010. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bull World Health Organ*. 88(4):305-11.
- ¹⁶MICS 2008
- ¹⁷INE Website
- ¹⁸UNSCN 1997 Third Report on the World Nutrition Situation. Geneva: UNSCN
- ¹⁹Osman NB, Challis K, Cotiro M, Nordahl G, Bergstrom S 2001. Perinatal outcome in an obstetric cohort of Mozambican women. *J Trop Pediatr* 47(1) 30-38
- ²⁰MISAU/UNICEF/LSHTM 2009. Mozambique national Child Mortality Study. Maputo: MISAU
- ²¹Romero R, Espinoza J, Chaiworapongsa T, Kalache K. 2002 Infection and prematurity and the role of preventive strategies. *Semin Neonatol*.7(4):259-74.
- ²²Stewart CP, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC, Shrestha SR, West KP, Christian P 2007. Preterm delivery but not intrauterine growth retardation is associated with young maternal age among primiparae in rural Nepal. *Matern Child Nutr* 3(3):174-185
- ²³Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL, Hall J, Aghod K 2009. Iron and folic acid supplements and reduced early neonatal deaths in Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*. 87:XXX-XXX published online DOI: 10.2471/BLT.09.065813
- ²⁴WHO/UNICEF 2004. Focusing on anaemia: Towards an integrated approach for effective anaemia control. Geneva: WHO
- ²⁵MISAU, 2003Inquérito Nacional sobre a Deficiência de Vitamina A, Prevalência de Anemia e Malária em Crianças dos 6-59 meses e Respektivas Mães.
- ²⁶Mayor A, Serra-Casas E, Bardaji A, Sanz S, Puyol L, Cisteró P, Sigauque B, Mandomando I, Aponte JJ, Alonso PL, Menéndez C. 2009 Sub-microscopic infections and long-term recrudescence of *Plasmodium falciparum* in Mozambican pregnant women. *Malar J*. 8:9.

- ²⁷ Naniche D, Bardají A, Lahuerta M, Berenguera A, Mandomando I, Sanz S, Aponte JJ, Sigauque B, Alonso PL, Menéndez C. 2009. Impact of maternal human immunodeficiency virus infection on birth outcomes and infant survival in rural Mozambique. *Am J Trop Med Hyg.* 80(5):870-6.
- ²⁸ MISAU, Inquérito Nacional sobre a Deficiência de Vitamina A, Prevalência de Anemia e Malária em Crianças dos 6-59 meses e Respectivas Mães, 2003
- ²⁹ Arimond M, Loechl C, Gilligan D, and de Brauw A 2009. Orange-Fleshed Sweet Potato Reaching End Users Project . Mozambique Evaluation Baseline Survey Report. Part 2: Nutrition Component. Washington: Harvest Plus
- ³⁰ Rose D and Tschirley D. 2003 Predicting dietary intakes with simple food recall information: a case study from rural Mozambique. *European Journal of Clinical Nutrition* 57, 1212–1221
- ³¹ MISAU, Estudo Nacional sobre a Deficiência em Iodo nas Crianças dos 6 aos 12 anos de Idade, 2006
- ³² Arimond M, Loechl C, Gilligan D, and de Brauw A 2009. Orange-Fleshed Sweet Potato Reaching End Users Project . Mozambique Evaluation Baseline Survey Report. Part 2: Nutrition Component. Washington: Harvest Plus
- ³³ Rose D and Tschirley D. 2003 Predicting dietary intakes with simple food recall information: a case study from rural Mozambique. *European Journal of Clinical Nutrition* 57, 1212–1221
- ³⁴ Low J., 2005. Towards Sustainable Nutrition Improvement in Rural Mozambique: addressing macro- and micro-nutrient malnutrition through new cultivars and key behaviours: Key findings,
- ³⁵ Rao S, Yajnik CS, Kanade A, Fall CH, Margetts BM, Jackson AA, Shier R, Joshi S, Rege S, Lubree H, Desai B. 2001 Intake of micronutrient-rich foods in rural Indian mothers is associated with the size of their babies at birth: Pune Maternal Nutrition Study. *J Nutr* 131:1217-24.
- ³⁶ Mason JB, Deitchler M, Gilman A, Gillenwater K, Shuaib M, Hotchkiss D, Mason K, Mock N, Sethuraman K. 2002 Iodine fortification is related to increased weight-for-age and birthweight in children in Asia. *Food Nutr Bull.* 23:292-308
- ³⁷ Semba R, de Pee S, Hess SY, Sun K, Sari M and Bloem M. 2008. Child malnutrition and mortality among families not utilizing adequately iodized salt in Indonesia *Am J Clin Nutr.* 87(2):438-44.
- ³⁸ Nguyen DH, Hop LT, Shrimpton R, Hoa CV. 2009. An effectiveness trial of multiple micronutrient supplementation during pregnancy in Vietnam: Impact on birthweight and on stunting in children at around 2 years of age. *Food and Nutrition Bulletin.* 30:4 (supplement): S506-S516
- ³⁹ MISAU, Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - Ronda 2007, 2008
- ⁴⁰ Vuylsteke B, Bastos R, Barreto J, Crucitti T, Folgosa E, Mondlane J, Dusauchoit T, Piot P, and Laga M. 1993 High prevalence of sexually transmitted diseases in a rural area in Mozambique. *Genitourin Med.* 69(6): 427–430.
- ⁴¹ Gloyd S, Montoya P, Floriano F, Chadreque MC, Pfeiffer J, Gimbel-Sherr K 2007 Scaling Up Antenatal Syphilis Screening in Mozambique: Transforming Policy to Action. *Sexually Transmitted Diseases*, 34 (7) Supplement: S31–S36
- ⁴² MISAU 2010. Programa nacional de controle da malária Disponível no URL: http://www.misau.gov.mz/pt/programas/malaria/programa_nacional_de_controlo_da_malaria (asesado em 22 Maio 2010)
- ⁴³ Mabunda S, Casimiro S, Quinto L, and Alonso P 2008. A country-wide malaria survey in Mozambique. I. *Plasmodium falciparum* infection in children in different epidemiological settings. *Malar J.* 7: 216
- ⁴⁴ MICS 2008
- ⁴⁵ Augusto G, Nalá R, Casmo V, Sabonete A, Mapaco L, Monteiro J. 2009. Geographic distribution and prevalence of schistosomiasis and soil-transmitted helminths among schoolchildren in Mozambique. *Am J Trop Med Hyg.* 81(5):799-803.
- ⁴⁶ Stekete RW J. 2003 Pregnancy, Nutrition and Parasitic Disease. *J Nutr.* 133: 1661S–1667S
- ⁴⁷ Scrimshaw NS, Taylor C, Gordon JE. 1969. Interaction of nutrition and infection. Monograph No 57. Geneva: WHO
- ⁴⁸ GAV/SETSAN 2009. Análise da frequência de consumo e da diversidade da dieta dos Agregados familiares. Análise de Vulnerabilidade à Segurança Alimentar e Nutricional, Agosto 2009.
- ⁴⁹ MINAG 2008. PLANO DE ACÇÃO PARA A PRODUÇÃO DE ALIMENTOS 2008 – 2011.
- ⁵⁰ SETSAN
- ⁵¹ UNICEF 2010 SOWC
- ⁵² Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A, Cuttini M. 1993. Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. *Int J Gynaecol Obstet.* 40(1):19-23.
- ⁵³ Scholl, TO, e tal. 2000. Leptin and maternal growth during adolescent pregnancy. *Am J Clin Nutr.* 72:1542-7
- ⁵⁴ Rutstein SO. 2005. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89, S7—S24

- ⁵⁵ UNICEF 2010 State of the World's Children Report. New York: UNICEF
- ⁵⁶ Liga Moçambicano dos Direitos Humanos 2007. Direitos de Mulher no Moçambique: Dever de terminar práticas ilegais. Maputo: A Liga Moçambicana dos Direitos Humanos (LDH)
- ⁵⁷ Monteiro CA, D'Aquino Benicio MH, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJD, Victora CG. 2010. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974–2007. *Bull World Health Organ* 88:305–311
- ⁵⁸ MISAU 2010. Cometimento e capacidade para a expansão de Acções para a redução da desnutrição crónica em Moçambique. Relatório do Landscape Analysis.
- ⁵⁹ Shrimpton R 2002. A Strategic Plan for Nutrition in Mozambique. Maputo: Helen Keller International.
- ⁶⁰ Martins H. 2004. Componente estratégica do Plano de Desenvolvimento nutricional em Moçambique. Maputo: MISAU
- ⁶¹ World Bank 2006, Repositioning Nutrition as Central to Development *A Strategy for Large-Scale Action*
- ⁶² Scaling Up Nutrition: A Framework For Action (Available at URL: http://www.unscn.org/files/Announcements/Scaling_Up_Nutrition-A_Framework_for_Action.pdf) accessed 07 05 10
- ⁶³ Bhutta ZA, Ahmad T, Black RE, et al, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; 371:417-40
- ⁶⁴ MISAU 2008. Plano Integrado Para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio 2009-2012 2015). Maputo: MISAU: Direcção Nacional de Saúde Pública.
- ⁶⁵ Veja nota de rodapé ⁶³
- ⁶⁶ A maioria destas metas marcados com * diferem daqueles no ESAN II e no Plano Integrado para o Alcance dos ODMs 4e5, os quais foram estabelecidos em 2008 e não mais fazem sentido ou por ser ultrapassado por tempo, ou por que diferem por faixa etária. Acima de que, as metas deste plano são propostas para 2020 (além de 2015), que nenhum outro plano tem feito ainda. Sem dados disponíveis [#], e em moda geral a redução proposta é de reduzir em um terço ate 2015 e dois terços ate 2020.
- ⁶⁷ OMS, Escritório Regional Africano, 2008, Alcançar Cada Distrito, Um Guião para as Equipas Distritais de Gestão de Saúde.
- ⁶⁸ Basics/WHO/UNICEF 1999. Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers. Washington: BASICS Available at URL: http://www.basics.org/documents/pdf/NutritionEssentials_English.pdf
- ⁶⁹ Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. 2007. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 370 (9595):1358-69.
- ⁷⁰ Hughes R. 2003. A conceptual framework for intelligence-based public health nutrition workforce development. *Public Health Nutr*. 6(6):599-605.
- ⁷¹ Baillie E, Bjarnholt C, Gruber M, Hughes R. 2008 A capacity-building conceptual framework for public health nutrition practice. *Public Health Nutr*. 2009 .12(8):1031-8.
- ⁷² Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. 2007. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 370 (9595):1358-69.
- ⁷³ WHO/WFP/UNICEF 2007. Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency Joint statement by the World Health Organization. Joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme and the United Nations Children's Fund. Available at URL: http://www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf (Accessed on March 24, 2009).
- ⁷⁴ Aguayo VM, Koné D, Bamba SI, Diallo B, Sidibé Y, Traoré D, Signé P, Baker SK. Acceptability of multiple micronutrient supplements by pregnant and lactating women in Mali. *Public Health Nutr*. 2005;8(1):33-7.
- ⁷⁵ WHO/UNICEF Focusing on Anaemia: Towards an integrated approach for effective anaemia control. Joint UNICEF/WHO statement. 2004. available at URL: http://www.who.int/topics/anaemia/en/who_unicef-anaemiastatement.pdf (accessed 26/08/08).
- ⁷⁶ Shrimpton R, Huffman SL, Zehner ER, Darnton-Hill I, Dalmiya N. 2009. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy in developing-country settings: policy and program implications of the results of a meta-analysis. *Food Nutr Bull*. 30(4 Suppl):S556-73
- ⁷⁷ Ronsmans C, Fisher DJ, Osmond C, Margetts BM, Fall CH; Maternal Micronutrient Supplementation Study Group. 2009. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy in low-income countries: a meta-analysis of effects on stillbirths and on early and late neonatal mortality. *Food Nutr Bull*. 30(4 Suppl):S547-55.
- ⁷⁸ Supplementation with Multiple Micronutrients Intervention Trial (SUMMIT) Study Group, Shankar AH, Jahari AB, Sebayang SK, Aditiawarman, Apriatni M, Harefa B, Muadz H, Soesbandoro SD, Tjiong R, Fachry A, Shankar AV, Atmarita, Prihatini S, Sofia G. 2008. Effect of maternal multiple micronutrient supplementation on fetal loss and infant death in Indonesia: a double-blind cluster-randomized trial. *Lancet*. 371(9608):215-27.
- ⁷⁹ Shankar AV, Asrilla Z, Kadha JK, Sebayang S, Apriatni M, Sulastri A, Sunarsih E, Shankar AH; SUMMIT Study Group. 2009 Programmatic effects of a large-scale multiple-micronutrient supplementation trial in

Indonesia: using community facilitators as intermediaries for behavior change. *Food Nutr Bull.* 30(2 Suppl):S207-14.

⁸⁰ Ruel MT, Menon P, Habicht JP, Loechl C, Bergeron G, Pelto G, Arimond M, Maluccio J, Michaud L, Hankebo B. 2008. Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomised trial. *Lancet.* 371(9612):588-95.

⁸¹ Huybregts L, Roberfroid D, Lanou H, Menten J, Meda N, Van Camp J, Kolsteren P. 2009 Prenatal food supplementation fortified with multiple micronutrients increases birth length: a randomized controlled trial in rural Burkina Faso. *Am J Clin Nutr.* 90(6):1593-600