



SETSAN

**MINISTÉRIO DE AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL
DIRECÇÃO NACIONAL DE AGRICULTURA
Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição**



***Estudo de Caso Sobre
a Segurança Alimentar e
Nutricional no Processo
de Desenvolvimento
de Moçambique***

ESTUDO DE CASO, MOCAMBIQUE



Fevereiro de 2005

FICHA TÉCNICA

Membros e Parceiros do Task Force

NOME	INSTITUIÇÃO
Akosua Asante	OMS
Armanda Gani	MISAU/SETSAN
Carina Ismael	HKI
Custódio Meque	ANE/MOPH
Christiane Rudert	UNICEF
Esther Bouma	FAO/SETSAN
Elisa Mutisse	MMCAS/DNM
Elísio Mazive	INE
Lara Carilho	PMA
Lázaro dos Santos	LDH
Hanifa Hibrahimo	MPF/DNPO
Manuel Jamisse	MIC/DNC
Marcela Libombo	SETSAN
Sónia Khan	MISAU/Nutrição
Tomás Siteo	MADER/DPSA
Veronique Klollhoff	Visão Mundial

ÍNDICE

MEMBROS E PARCEIROS DO TASK FORCE.....	III
ÍNDICE.....	1
AGRADECIMENTOS.....	4
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	5
I. INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO	6
II. ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO E PROMOÇÃO DA SAN.....	7
<i>A. Plano de Acção de Redução de Pobreza Absoluta (PARPA).....</i>	<i>8</i>
<i>B. A Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN).....</i>	<i>10</i>
<i>1. Os pressupostos da ESAN.....</i>	<i>10</i>
<i>2. Unidade Permanente de Informação :.....</i>	<i>12</i>
<i>3. Unidade Permanente de Análise, Plano, Políticas e Monitoria:.....</i>	<i>12</i>
III. ANÁLISES DE VULNERABILIDADE A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	14
IV. PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO NUTRICIONAL DO MISAU	15
<i>1. Ligações ao tratamento do HIV/SIDA.....</i>	<i>17</i>
A. ESTRATÉGIA DE EQUIDADE DE GÉNERO.....	17
B. A AGENDA 2025: VISÃO E ESTRATÉGIAS NACIONAIS.....	18
V. DIAGNÓSTICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR.....	19
A. INFORMAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E MALNUTRIÇÃO.....	19
B. AS INTERVENÇÕES AOS GRUPOS VULNERÁVEIS.....	20
C. SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADE ALIMENTARES.....	21
VI. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO.....	23
A. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.....	23
B. HIV/SIDA.....	25
C. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	25
D. SITUAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE E SUAS MÃES	25
<i>1. Níveis de Desnutrição Crónica e Aguda.....</i>	<i>25</i>
E. ALEITAMENTO MATERNO	26
<i>1. Carência de Iodo.....</i>	<i>26</i>
<i>2. Iodização do Sal.....</i>	<i>27</i>
<i>3. Carência de Vitamina A.....</i>	<i>27</i>
<i>4. Anemia e Carência de Ferro.....</i>	<i>27</i>
VII. PRINCIPAIS CAUSAS DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DESNUTRIÇÃO	29
A. CAUSAS IMEDIATAS:	29
B. CAUSAS ADJACENTES:	29
C. CAUSAS BÁSICAS:	30
VIII. INTERVENIENTES CHAVES PARA A SAN.....	30
A. SISTEMAS DAS NAÇÕES UNIDAS	31
B. ASSISTÊNCIA TÉCNICA DAS NAÇÕES UNIDAS, DOADORES E ONGS NA ÁREA DE NUTRIÇÃO.....	31
C. O CUSTO DE UM PROGRAMA EFICAZ DE COMBATE A DESNUTRIÇÃO	32
XIX. PROGRAMAS E ACÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A SAN DA POPULAÇÃO MOÇAMBICANA.....	32
A. PROGRAMAS E ACÇÕES QUE CONCORREM PARA A DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS	32
B. PROGRAMAS E ACÇÕES PARA MAIOR ACESSO AOS ALIMENTOS	33
C. PROGRAMAS E ACÇÕES PARA MAIOR UTILIZAÇÃO DOS ALIMENTOS	33

D.	ACTUAÇÃO NUTRICIONAL EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA	34
X.	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	34
A.	SISTEMA DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL	34
B.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE	34
C.	OUTROS SISTEMAS:	35
XI.	PROGRAMAS E ACÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A SAN COMO INSTRUMENTO PARA A REALIZAÇÃO DOS ODMs EM MOÇAMBIQUE.....	35
XII.	A GARANTIA DO DHAA EM MOÇAMBIQUE.....	35
XIII.	CONCLUSÕES	37
A.	SITUAÇÃO SAN.....	37
B.	SITUAÇÃO INSTITUCIONAL E TRATAMENTO DA AGENDA DE SAN:.....	37
1.	ODM:	38
2.	DHAA:	39
XIV.	RECOMENDAÇÕES	39

Lista de Figuras

Figura 1 -Redução da Pobreza.....	8
Figura 2-Ligações do HIV SIDA e SAN.....	16
Figura 3- Regiões e Distritos Cobertos pelo Inquérito do GAV em 2004 (Fonte:GAV).....	20
Figura 4-Intervenções nas áreas com >15% de insegurança alimentar e > 10% HIV/SIDA.....	22
Figura 5-Taxa de mortalidade materna.....	24
Figura 6 -Taxa de Prevalência de HIV.....	25
Figura 7- Malnutrição Crónica, 2003.....	Error! Bookmark not defined.

Lista de Tabelas

Tabela 1 -Monitoria e Avaliação do PARPA	10
Tabela 2: Duração das Reservas Familiares.....	21
Tabela 3: Pontuação sobre a Qualidade de Dieta.....	21
Tabela 4. Resumo da situação nutricional do País.....	28
Tabela 5: Progresso de Moçambique no Desenvolvimento das Metas do Milénio	39

ACRÓNIMOS

AFs	Agregados Familiares
ANE	Administração Nacional de Estradas
CRM	Constituição da República de Moçambique
CNCS	Concelho Nacional de Combate ao SIDA
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DPADR	Direcção Provincial de Agricultura e Desenvolvimento Rural
DDADR	Direcção Distrital de Agricultura e Desenvolvimento Rural
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
ECN	Estudo de Caso Nacional
EPC	Ensino Primário Completo
EP1	Ensino Primário (Primeiro Grau)
EP2	Ensino Primário (Segundo Grau)
ESAN	Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FAEF	Faculdade de Agronomia e Engenharia Rural
HKI	Helen Keller International
IAF	Inquérito aos Agregados Familiares
IDS	Inquérito Demográfica de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
IMR	Taxa de Mortalidade Infantil
INE	Instituto Nacional de Estatística
LDM	Liga dos Direitos Humanos
MADER	Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural
ODMs	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
MIC	Ministério de Indústria e Comércio
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MMCAS	Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social
MOPH	Ministério de Obras Públicas e Habitação
MPF	Ministério do Plano e Finanças
M&A	Monitoria e Avaliação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OVC	Crianças Órfãs e Vulneráveis
OBC	Organizações Baseadas na Comunidade
PARPA	Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta
DPADR	Direcção Provincial de Agricultura e Desenvolvimento Rural
PEN II	Estratégia Nacional de SIDA 2004 (em processo de aprovação/PNCS)
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
TARV	Tratamento Antiretroviral
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Criança
VM	Visão Mundial

AGRADECIMENTOS

O Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição endereça os seus agradecimentos a todos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização do presente Estudo de Caso Nacional Nacional sobre a Segurança Alimentar e Nutricional e sua Contribuição no Desenvolvimento de Moçambique.

Particular agradecimento vai para a Direcção máxima do SETSAN, sua Presidência o Sr. Vice-Ministro João Carrilho e o Secretário Executivo Sr. Sérgio Gouveia, que autorizou a realização do Estudo de Caso em Moçambique sob a liderança da equipa de trabalho formada e a operar ao nível do SETSAN.

Endereçam-se profundos agradecimentos às instituições que colaboraram na disponibilização de informação e da participação dos seus técnicos nas diferentes etapas do processo de realização do Estudo, nomeadamente: MADER, MISAU, UNICEF, OMS, HKI, MMCAS, MIC, MOPH/ANE, MPF, INE, Save the Children- US, Visão Mundial, PMA, LHD e UEM/FAEF.

A participação equipa de trabalho na fase de consolidação do Estudo de Caso e da preparação da 32ª Sessão da SCN decorrida no Palácio da Presidência em Brasília, deveu-se ao apoio financeiro e logístico da UNICEF, OMS, FAO, GTZ, a quem expressamos os nossos profundos agradecimentos.

Pelo empenho e dedicação demonstrados aquando da realização do Estudo, especiais agradecimentos endereçam-se aos seguintes técnicos e gestores de programas: Bruno Araújo (UEM), Fauna Ibramugy (MADER), Albertina Alage (MADER), Francisca Cabral (MADER), Samuel Maibasse (Save the Children-US), Jémisse Baptista (MIC/DNC).

A análise da coerência do documento contou com as valiosas contribuições dos seguintes parceiros: Raúl Varela (FAO/SETSAN) e Alberto Vega/GTZ/SAPSAN).

À Sra. Elisabetta Recine, Consultora, que com sapiência conduziu o Task Force a alcançar os objectivos esperados. Neste âmbito, queremos enaltecer o papel impulsionador do Sr. o Roger Shrimpton, Secretário Executivo da SCN que atraiu os parceiros do SETSAN levando o apoio incondicional destes na realização do Estudo de Caso Nacional.

Ao pessoal de apoio logístico, ao secretariado do SETSAN e a todos os que contribuíram para o sucesso deste Estudo aqui fica o nosso muito obrigado.

Sumário Executivo

O Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), órgão responsável para coordenar as acções no âmbito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), liderou **O Estudo de Caso Nacional sobre a Segurança Alimentar e Nutricional e sua Contribuição no Desenvolvimento de Moçambique**, com objectivos delineados para responder as seguintes questões:

- Até que ponto os componentes de alimentação e nutrição estão efectivamente incorporados na planificação e operacionalização das políticas e programas relacionadas à SAN visando o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) em Moçambique?
- Como podemos otimizar nossa actuação visando a aceleração do alcance dos ODM?
- É importante institucionalizar a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) em Moçambique ?
- Como se poderá institucionalizar a garantia do DHAA em Moçambique?

No concernente a situação sócio-económica, os resultados do ECN mostram que níveis de pobreza e de insegurança alimentar e malnutrição são resultado de factores múltiplos, indo desde de duas guerras consecutivas, ao desequilíbrio geográficos devido a variações em recursos naturais até aos grupos sócio-económicos e culturais que criam um mundo dos “que têm ” e dos “que não têm”. Adicionalmente, o país está exposto de forma sistemática e cíclica às calamidades naturais (ex. secas, cheias e ciclones) que têm efeitos temporais e espaciais de forma diferente na sócio-economia em todo o território.

Moçambique é dotado de recursos naturais potenciais, que na base da boa governação políticas, estratégias e programas e com assistência de parceiros internacionais e participação efectiva de toda a franja da sociedade Moçambicana, poderá em pouco tempo inverter as tendências negativas da pobreza e da instabilidade alimentar e nutricional que atinge acima da metade (54%) da população. O Governo reconhece a necessidade de uma resposta multi-sectorial que inclui a implementação de leis, políticas, estratégias e planos de acção objectivamente focalizados e com indicadores mensuráveis como uma forma de garantir a monitoria e avaliação da implementação dos mesmos em prol de SAN e desenvolvimento social das populações de forma descentralizada.

A O Direito Humano à Alimentação Adequada deve constituir uma alta prioridade e um instrumento útil que apoia os governos a implementar leis, políticas e planos concretos.

Importa mencionar que em Moçambique existem várias iniciativas de aplicação do DHHA. Porém estas iniciativas não são suficientes para exercer os direitos, havendo assim a necessidade de se promover uma forte advocacia para o reconhecimento e inclusão do DHAA na lei, política, estratégias e planos de acção que concorrem para a SAN em Moçambique. Todavia, importa destacar dois programas essenciais do Governo ligado à Pobreza e Fome. O PARPA que têm como objectivo principal a redução da actual incidência da pobreza de 70% a 60% em 2005, até 50% em 2015 e a Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN), cujo objectivo é *garantir que todos os cidadãos tenham, a todo o momento, acesso físico e económico aos alimentos necessários, de modo a que tenham uma vida activa e saudável.*

Apesar do País estar a experimentar uma queda dos índices da pobreza de 15% estas melhorias não estão em harmonia com o estado nutricional das populações. Os índices de

desnutrição crónica (Altura/Idade), nas crianças (0-5 anos) passaram de 36% em 1997 para 41%, em 2003. Em Moçambique a malnutrição é responsável por cerca de metade dos óbitos que se registam em crianças <5 anos. O cenário é mais grave no meio rural (46%) que no urbano (29%), sendo mais pronunciado nas províncias do Norte onde chega a atingir 56%, em Cabo-Delgado. Todavia, a Desnutrição Aguda (Peso/Altura), observa uma descida (8% em 1997 e 4% 2003). O nível educacional da mãe tem uma estreita correlação com o estado nutricional da criança. As crianças cujas mães não têm nenhum nível educacional, têm uma probabilidade 3 vezes maior de serem crónicamente malnutridas, comparativamente às crianças de mães com o ensino secundário (47% contra 15%). Estudos realizados no país mostram que a desnutrição crónica reduz a produtividade em 2-3% do PIB. Para Moçambique isto equivale a 71,4 -107 milhões de dólares americanos por ano, usando o PIB de 2002 (\$197).

- A análise da causalidade desenvolvida pelo TF mostra que a insegurança alimentar e desnutrição em Moçambique assentam sobre os seguintes factores: imediatos, adjacentes e básicos, ligadas respectivamente à falta de reservas alimentares (carência de stocks em pelo menos 4 meses/ano), fraco poder de compra, baixo nível de escolaridade.
- Os programas e acções de SAN são agrupados neste documento à luz dos três pilares da ESAN: disponibilidade, acesso e utilização de alimentos.

Observam-se alguns desequilíbrios na implementação de programas de desenvolvimento vs emergência, estando de um modo geral os programas implementados nas três vertentes da ESAN mais concentrados em resolver os problemas de emergências, e assentam na implementação de actividades assistencialistas e pouca atenção é dada aos programas de desenvolvimento com génese estrutural. Apesar dos esforços positivos empreendidos pelo Governo de Moçambique no tocante ao crescimento económico robusto (15% em 2003) e aumento significativo da produção agrícola (8%), provavelmente Moçambique não irá atingir o ODM de “reduzir em 50% a população que sofre de fome” até 2015 se esforços não forem redobrados. O ECN observou que de um modo geral os ministérios sectoriais e o PARPA não têm mecanismos de Monitoria e Avaliação dos ODMs, sendo estas indirectamente M&A através dos Planos Económico e Social do Governo. É importantes que os sector público, a sociedade civil e o sector privado tenham mecanismos claros de monitoria e avaliação das metas.

I. INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A advocacia em torno do direito a alimento como um dos direitos humanos fundamentais está a produzir um novo *momentum* em torno da segurança alimentar e nutricional, que, associado aos esforços de combate a pobreza, poderá ser um dos instrumentos cruciais para priorizar a afectação de recursos, desenho de programas com abordagem focalizada e arranjos institucionais visando promover uma intervenção mais efectiva na minimização dos efeitos negativos desses dois flagelos no tecido social da população moçambicana.

É dentro desse contexto que o Comité Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas, decidiu convidar 4 países, de língua espanhola e portuguesa, nomeadamente, Angola, Brasil, Bolívia, e Moçambique a realizarem um estudo de caso nacional sobre alimentação e nutrição. Através desses estudos, o Comité Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas pretende, analisar o enquadramento das actividades de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) nos planos de desenvolvimento e combate à pobreza tendo em conta os esforços necessários para o cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM's) e a realização do Direito Humano à Alimentação

Adequada (DHAA). No ECN a SAN é usada como ponto de partida para analisar como ela influencia o processo de implementação dos ODM's dos diferentes sectores de desenvolvimento sócio económico no País. O DHAA é usado como um instrumento de análise para visualizar como os programas de SAN abordam questões ligadas aos princípios de: respeitar, proteger, realizar e garantir a implementação dos programas.

Os ODM's incluem: i) Erradicação da pobreza absoluta e a fome; ii) Massificação do ensino básico; iii) Promoção da igualdade entre sexos e a autonomia das mulheres; iv) Redução da mortalidade infantil v) Melhoria da saúde materna vi) Combate ao HIV/AIDS, a malária e outras doenças vii) Garantia da sustentabilidade ambiental e viii) Desenvolvimento de uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. Portanto, o ***Estudo de Caso Nacional sobre a Segurança Alimentar e Nutrição e sua Contribuição no Desenvolvimento de Moçambique, liderado pelo*** Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), permitirá uma reflexão profunda e participativa sobre prioridades e metas de SAN nos planos nacionais de desenvolvimento para redução da pobreza e erradicação da fome.

II. ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO E PROMOÇÃO DA SAN

Em Moçambique, os determinantes que afectam a situação de SAN abarcam diferentes sectores da actividade económica, e socio-cultural. Segundo a ESAN 1998 essas determinantes são:

- Desenvolvimento do Capital Humano;
- Reabilitação de infra-estruturas chaves;
- Restauração da produção agrária; e
- Criação de um ambiente propício ao desenvolvimento da iniciativa privada.

Em linha com as determinantes acima apresentadas, o Governo de Moçambique tem implementado diversas medidas políticas, estratégias e programas que visam contribuir para a minimização das causas reais que determinam a insegurança alimentar e desnutrição no país. Entre elas há a destacar:

Promoção do aumento de conhecimentos e melhoria de atitudes, hábitos e práticas alimentares: diversas acções estão em curso com vista a aumentar o conhecimento das populações a adoptar práticas mais apropriadas em relação aos diferentes factores que influenciam a situação nutricional dos agregados familiares (Afs);

Políticas Agrárias: Política e Estratégia de Implementação Agrária (PEIA, 1995), PROAGRI (1999-2004) e PROAGRI II (2005-2009), têm como o principal objectivo a recuperação da produção agrária, que concorre para a Segurança Alimentar (SA) e promoção dos níveis de comercialização de produtos de exportação, alívio a pobreza absoluta das populações e a melhoria de Segurança Alimentar, particularmente no meio rural;

Legislação da Terra: Estabelece mecanismos de segurança de posse e uso da terra, sendo particular prioridade dada ao sector familiar;

Política Comercial: Diversos programas estão em curso com vista a estimular a reabilitação, construção e modernização da rede comercial de modo a estimular o funcionamento da comercialização agrária.

Políticas e programas que estimulam infra-estruturas de transporte e comunicação:

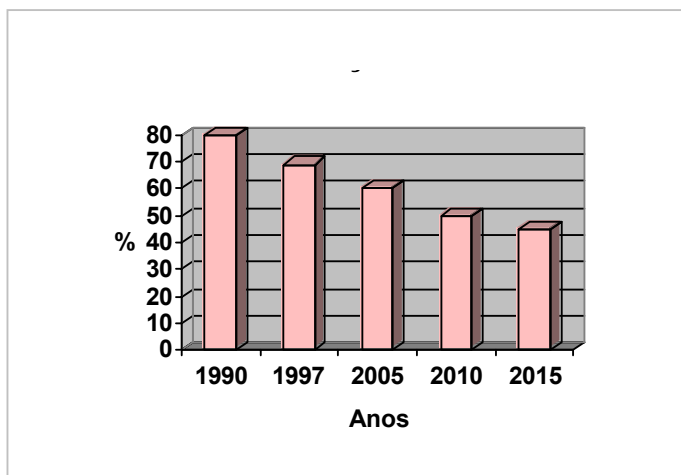
Reconhecendo a importância das ligações entre os pólos de produção e os centros de consumo é importante reabilitar, construir, e modernizar as vias e meios de transporte por forma a aumentar a acessibilidade física e o escoamento dos produtos, assim como promover o desenvolvimento rural.

As políticas, estratégias, planos de acção e programas em curso em Moçambique têm como alvo a população com baixa renda, normalmente identificada com o uso de critérios de elegibilidade sócio-económicos: mães solteiras pobres, crianças órfãs, velhos pobres e acrescidos por critério médicos: doentes crónicos pobres, etc.

No presente Estudo de Caso, o *Task Force* do SETSAN irá debruçar a atenção às políticas e estratégias aprovadas que directamente têm influenciado na SAN, nomeadamente o PARPA, ESAN, Plano Estratégico de Nutrição, Plano Estratégico de Combate ao HIV/SIDA, Estratégia do Género e a Agenda 2025.

A. Plano de Acção de Redução de Pobreza Absoluta (PARPA)

Figura 1 -Redução da Pobreza



O Plano de Acção de Redução da Pobreza Absoluta (PARPA, 2000-2004), endossado pelo Banco Mundial, serviu como o ponto de partida para o BM/Fundo Monetário atribuir os empréstimos e representou o marco claro do início do alívio da dívida através do HIPH. O PARPA descreve a macroeconomia do país, as políticas sociais e programas que visam promover o desenvolvimento e a redução da pobreza absoluta, e a ajuda externa necessária para

implementação de tais programas.

O PARPA (2001-05) foi aprovado pelo Conselho de Ministros em Abril de 2001, e oficialmente lançado pelo Presidente da República de Moçambique em Junho de 2001, dando assim o mais alto sinal de vontade política para a implementação deste plano. O PARPA é financiado pelos fundos do Orçamento Geral do Estado e traça as linhas orientadoras com um horizonte temporal quinquenal e com indicadores mesuráveis de médio termo. Por exemplo, o PARPA 2001-2005 indica que o objectivo geral do plano é a redução da pobreza de 70% em 1997 para níveis de 60% em 2005 e para menos de 50% até finais de 2010 (Figura 1).

O plano é implementado pelos ministérios sectoriais sob a coordenação do Ministério do Plano e Finanças (MPF), é dependente de um pressuposto básico da manutenção da **paz, e da estabilidade sócio-políticas**.

O PARPA actua como o guarda-chuva para a planificação, implementação e monitoria e avaliação das actividades implementadas pelos diferentes sectores do Sector Público. Os

seus planos operacionais são implementados pelos ministérios sectoriais e a coordenação e globalização dos mesmos é feita pelo Ministério do Plano e Finanças (MPF) através da Direcção Nacional de Planificação e Orçamento (DNPO). Para atingir os objectivos do PARPA foram definidas 6 prioridades: i) a educação, ii) a saúde, iii) as infra-estruturas básicas, iv) a agricultura e desenvolvimento rural, v) a boa governação, e vi) as políticas macro económicas e orçamento. De realçar que o HIV/AIDS e a SAN são abordados no PARPA no seu contexto geral mas não são incluídos como uma sétima prioridade. A definição das 6 prioridades do PARPA resultou do diagnóstico participativo das principais causas da Pobreza em Moçambique e de consultas com a sociedade civil e sector privado.

Para a análise da SAN no PARPA é fundamental usar as outras definições de Pobreza (PARPA) nomeadamente:

- “Falta de rendimentos suficiente para satisfazer as necessidades alimentares e não alimentares básicas, ou as necessidades calóricas mínimas” – **Pobreza Absoluta ou Extrema**;
- “Falta de rendimentos suficiente para satisfazer necessidades alimentares e não alimentares essenciais, de acordo com rendimento médio do País” – **Pobreza Relativa** ;
- “Falta de capacidade humana básica, como analfabetismo, malnutrição, esperança de vida reduzida, saúde materna fraca, incidência de doenças preveníveis com medidas indirectas tais como acesso à bens, serviços e infra-estruturas necessárias para atingir capacidades humanas básicas- saneamento, água potável, educação, comunicação, energia, etc.”- **Pobreza Humana**.

Os objectivos da nutrição incluem o melhoramento da SAN e a redução do índice de deficiência de micronutrientes nas crianças (0-5 anos) e as mulheres em idade reprodutiva.

Os objectivos de nutrição são abordados no PARPA, todavia estes são pouco claros, e dispersos . O indicador de saúde, Baixo Peso à Nascimento nos hospitais e centros de saúde é fortemente apreciado. Todavia, não é clara a lógica de monitoria e análise deste indicador. Ambos precisam de ser incluídos no PARPA II, a ser revisto em 2005.

Os indicadores da agricultura e do desenvolvimento rural e a sua ligação com a SAN não é clara. O Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN) está no presente momento a avaliar o grau de implementação da Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN), sendo o PARPA incluído dentro dos diferentes documentos multi-sectoriais. O Estudo da ESAN permitirá tirar ilações e tecer recomendações de como visualizar a SAN, particularmente no PARPA, e em outras estratégias de âmbito multisectorial como o Desenvolvimento Rural, Agenda 2025, Objectivos do Desenvolvimento do Milénio e o NEPAD. A avaliação da ESAN é uma oportunidade de Ouro uma vez que vai permitir ao Governo de Moçambique definir com mais clareza os principais indicadores de SAN a avaliar e monitorar, bem como assegurar a sua integração no PARPA II.

O nível de recolha da informação primária de pobreza ao nível nacional é representativo e fiável (ex, cerca de 8,727 AF entrevistados dos quais 4.020 correspondendo a 46% são das áreas urbanas e 4.707 correspondendo a 54% das rurais) e o mesmo acontece para o nível provincial, área residencial (urbano e rural) e regional (Norte, Centro e Sul).

A Tabela 1 sumariza o sistema de monitoria e avaliação dos indicadores de pobreza pelo MPF e pelos sectores. A monitoria dos diferentes sectores económicos é feita através do Plano Económico e Social (PES) que é anualmente enviado ao MPF/DNPO.

Tabela 1 -Monitoria e Avaliação do PARPA

Elementos de Monitoria e Avaliação	Grau de Confiança		
	Forte	Média	Fraca
Recolha da informação primária	X		
Existência de Sistema de Monitoria e Avaliação		X	
Análise estatística	X		
Capacidade de incorporar a análise estatística em políticas, planos e alocação de recursos	X		
ODM			X
Capacidade técnica sectorial			X
<i>Fonte: Ministério de Plano e Finanças/Direcção Nacional de Plano e Orçamento (MPF/DNPO), 2001</i>			

B. A Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN)

1. Os pressupostos da ESAN

A ESAN foi elaborada através de um processo participativo de auscultação e consulta aos diversos intervenientes de SAN dos sectores público, Nações Unidas, Doadores bilaterais e a sociedade civil. O documento abarca três fases: i) Análise da situação, e ii) Objectivos e pressupostos, e iii) Prioridades de intervenção.

O objectivo global do Governo é, no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional, **“garantir que todos os cidadãos tenham, a todo o momento, acesso físico e económico aos alimentos necessários, de modo que tenham uma vida activa e saudável”**.

A ESAN inclui três pilares da SAN:

1. **Disponibilidade dos alimentos:** “disponibilidade suficiente de alimentos em quantidade adequada, o que significa o aumento crescente do indicador relativo ao fornecimento de energia alimentar per-capita expresso em kilocalorias” ;
2. **Acesso aos alimentos:** “todos os cidadãos moçambicanos devem ter acesso aos alimentos através da produção, compra, trocas, ofertas, e outras formas”; e
3. **Utilização dos alimentos:** “as pessoas devem ser capazes de utilizar os alimentos de modo a que se assegure que cada membro receba e absorva os nutrientes adequados para as necessidades.

Portanto, a ESAN tem como **principal objectivo** estabelecer os principais vectores estratégicos para coordenar as políticas do Governo, ela é também o marco de referência para o Sector privado e a sociedade civil que trabalha na nobre missão de erradicação da **Fome e da Pobreza** no país.

Avaliação do Grau de Implementação da ESAN-1998 em curso inclui quatro componentes:

- Componente 1.** Análise da presença e relevância da SAN nas estratégias do governo nomeadamente nos sectores da Agricultura e Desenvolvimento Rural, Saúde, Educação, Comércio, Estradas, Acção Social, Água e Saneamento no PARPA, Agenda 2025, Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e outras.
- Componente 2.** Análise do ambiente institucional vigente para a execução de acções de SAN.
- Componente 3.** Análise da consistência do documento e da experiência na implementação de ESAN .
- Componente 4.** Apresentação da Avaliação da ESAN de 1998 ao Conselho Consultivo do **SETSAN** (composto pelos directores nacionais dos 10 ministérios e os representantes da Nações Unidas e os Directores das ONGs) e Conselho de Ministros.

A análise preliminar da ESAN aponta para as seguintes limitações:

- O Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutrição (PASAN), representa um forte instrumento para o Governo em Coordenação com a Sociedade Civil e os doadores planificarem e implementarem as actividades de SAN que a médio e longo prazos, irão minimizar as causas estruturais da Fome, particularmente nas províncias. Desde o ano 2000, o PASAN tem sido elaborado com a coordenação do SETSAN, embora, ao nível Provincial as actividades sectoriais de SAN estejam planificadas nos Planos Económicos e Sociais Provinciais (PESP), o que torna difícil entender as similaridades e diferenças entre o PASAN e o PARPA, a menos que haja um comum entendimento sobre pobreza e fome e assegurar que os indicadores de saúde, nutrição e agricultura sejam devidamente monitorados para as diferentes Regiões - Grupo Alvo. Uma maior articulação e coordenação entre o PARPA e a ESAN é imprescindível (Margaret McEwan, 2004).
- A análise do género na ESAN é fraca, particularmente na identificação do papel do homem e da mulher na produção de culturas de rendimento, geração de receita e na conservação das redes de segurança social e implicações de estratégias apropriadas de intervenção nas comunidades (incluindo ajuda alimentar e outros) (SETSAN, 2003).
- A ESAN não inclui a análise do HIV/SIDA e as ligações desta epidemia com a SAN.
- ESAN não inclui indicadores claros de monitoria e avaliação de médio e curto prazos.
- ESAN focaliza principalmente os problemas de insegurança alimentar e malnutrição rural em detrimento da SAN urbana.
- Falta de definição dos grupos alvo.
- Falta de plano operacional para coordenação multi-sectorial e a implementação dos programas sectoriais.

Criado em 1998 por um despacho do Conselho de Ministros, o SETSAN é um Secretariado inter-ministrial dirigido pelo MADER que integra quadros dos Ministérios da Agricultura, Saúde, Comércio, Plano e Finanças, Obras Públicas e Habitação, Cooperação (INGC), Educação, Mulher e Acção Social, Meio Ambiente, e Pescas, visando assegurar a coordenação colectiva das acções de Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique. Os parceiros do SETSAN são as agências das Nações Unidas, doadores bilaterais, e ONGs nacionais e internacionais. Os ministérios têm um papel de *core* no funcionamento, desenvolvimento e implementação dos programas e planos de trabalho, enquanto que os parceiros têm o papel de observadores, conselheiros técnicos e doadores. A sociedade civil como parceira, tem um papel importante no apoio da definição das prioridades e no apoio à implementação dos programas de SAN no país, particularmente a nível provincial e distrital.

Com base na visão da SAN em Moçambique que preconiza a *criação de um ambiente saudável que permita o diagnóstico holístico da situação de segurança alimentar e nutricional tal como a tomada de decisões políticas atempadas que visam reduzir o impacto de situações de insegurança alimentar e malnutrição de forma descentralizada num período pre-estabelecido*, foi definida uma estrutura do SETSAN que inclui duas unidades permanentes: Unidade Permanente de Informação e Unidade Permanente de Análise, Plano, Políticas e Monitoria que são operacionais através do funcionamentos dos seguinte Grupos de Trabalho.

2. Unidade Permanente de Informação :

- Grupo de Análise de Vulnerabilidade (GAV)
- Grupo de Aviso Prévio para Segurança Alimentar e Nutrição (GAPSAN)
- Grupo da Segurança Alimentar e Nutricional e o HIV/SIDA (SANHA)
- Grupo de Avaliação da Campanha Agrícola Emergência para a Agricultura
- Grupo da Folha do Balanço Alimentar (FBA) e Funcionamento do Mercado

3. Unidade Permanente de Análise, Plano, Políticas e Monitoria:

- Grupo de Análise da Informação e Formulação de Políticas
 - o Avaliação da Implementação da ESAN
 - o Estudos de impacto
- Grupo de Ligação entre Género, Agricultura e Nutrição (GINA)
- Grupo de Monitoria do PARPA e PASAN
- Grupo de Planificação e Orçamentação das actividades de SAN
- Grupo de Coordenação dos principais intervenientes de SAN (GOM, Sociedade Civil e Doadores)

As Unidades Permanentes ainda não funcionam na sua máxima plenitude devido fundamentalmente à limitação de recursos: quadros nacionais que possam trabalhar a tempo inteiro e limitação de fundos do Orçamento do Estado. Com o apoio técnico e financeiro dos parceiros de cooperação, FAO, FEWS Net (na Unidade de Informação) e a GTZ (na Unidade de Análise, Políticas, Plano e Monitoria) o SETSAN tem produzido resultados concretos que apoiam na tomada de decisão e programação das actividades de SAN.

Os principais produtos do SETSAN são:

- Elaboração de recomendações para a tomada de decisão,

- Produção de relatórios dos Grupos de Trabalho (Vulnerabilidade, HIV/SIDA, etc)
- Relatório Trimestral (Parlamento)
- Info Flash para Informação do Público
- Relatórios Mensais (ainda em processo)
- WEB site

O **Objectivo geral do SETSAN** é de liderar a coordenação das actividades de SAN que concorrem para a: (1.) a planificação e implementação de intervenções às populações em situação de insegurança alimentar e exposta ao risco, (2.) a formulação de políticas, e (3.) a avaliação e monitoria das acções SAN às populações vulneráveis.

Os **objectivos Específicos do SETSAN** são os seguintes:

- Promover a advocacia dos assuntos ligados a SAN, de tal maneira que recebam uma alta prioridade na formulação de políticas;
- Criar um sistema de informação de base útil que permita um entendimento profundo sobre a SAN e as causas da insegurança alimentar e desnutrição no país, regiões e províncias;
- Promover a capacitação técnica ao nível central e provincial;
- Estimular a realização de estudos de caso (ex. HIV/SIDA, género, remessas, meio ambiente, comércio fronteiriço, ligação entre os programas de agricultura com a componente de nutrição, e género de modo a reflectir boas práticas de alimentação e nutrição, etc.);
- Encorajar o Reforço Institucional do SETSAN Central e Provincial;
- Promover a descentralização da agenda SAN provincial;
- Monitorar, avaliar e medir o impacto das actividades SAN.
- Coordenar e estimular a planificação e orçamentação das actividades sectoriais de SAN
- Estimular a elaboração de micro-projectos de SAN

O SETSAN está institucionalizado nas dez provinciais do país com a designação de SETSAN Provincial, e localizado a Direcções Provinciais de Agricultura e Desenvolvimento Rural (DPADR). A nível provincial o Governador é o presidente do SETSAN e o Gabinete do Director de Apoio e Controle é o Secretário Executivo. O orçamento para a coordenação dos programas SAN são assegurados pela DPADR e os orçamentos para implementação dos programas sectoriais são assegurados pelos sectores através das sua direcções provinciais.

O esforço nacional em relação a garantia da SAN engloba:

- Panorama da mobilização social em torno do tema (advocacia a todos os níveis);
- Mobilização dos organismos internacionais – Sistema das Nações Unidas e Bilaterais;
- Mobilização das ONGs nacionais e internacionais;
- Mobilização das Organizações baseadas na Comunidade (OBC);
- Definição de um regulamento de funcionamento e relacionamento entre as instituições governamentais e as parceiras.

III. ANÁLISE DE VULNERABILIDADE À SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A vulnerabilidade da população à segurança alimentar e nutricional tem sido analisada anualmente, envolvendo diferentes instituições do Governo, agências das NU, doadores e ONGs. Desde 1998 que o processo tem sido dirigido pelo Grupo de Análise de Vulnerabilidade (GAV) do SETSAN.

A amostra depende dos objectivos das análises de vulnerabilidade, que varia com as factores que são considerados críticos para o respectivo ano, tais como a precipitação, preços, níveis de pobreza e prevalência do HIV/SIDA. As avaliações nacionais tem sido qualitativas, embora nos últimos dois anos se tenha também efectuado uma avaliação quantitativa com validade estatística para as áreas de amostragem definidas.

Por exemplo, a análise de vulnerabilidade de 2004 incluiu uma avaliação quantitativa e qualitativa sendo os resultados apresentados por áreas de amostragem.

Na avaliação quantitativa foi utilizado um questionário à nível dos AFs com indicadores e objectivos comparáveis de vulnerabilidade e, com variáveis para descrever as causas e a dinâmica da vulnerabilidade familiar.

Para a avaliação qualitativa foi elaborado um guião com perguntas chaves. Na avaliação quantitativa os dados sócio-económicos foram analisados de modo a dar uma imagem geral da situação de bem estar da população, nomeadamente: composição do agregado familiar, saúde (incidência de doenças e doenças crónicas, acesso a serviços de saúde, mortalidade de adultos, morbidade infanto-juvenil), educação (alfabetização de adultos, escolaridade das crianças), HIV/SIDA, agricultura, pecuária, reservas da produção própria, terras, água e saneamento, consumo (número de refeições, diversificação e qualidade da dieta), situação financeira (fontes de rendimento, remessas, receitas e despesas, bens, poupança e pensão, crédito), choques e estratégias de sobrevivência. Estes dados foram comparados com os resultados de outras avaliações e levantamentos nacionais nomeadamente: o Inquérito Demográfico e de Saúde, Inquérito aos Agregados Familiares, o Trabalho de Inquérito Agrícola e análises de vulnerabilidade anteriores.

Outra análise foi feita agrupando variáveis que reflectem as componentes dos modos de vida, os níveis de exposição aos riscos e choques, gestão de riscos, actividades de mitigação e estratégias de sobrevivência. Neste caso os indicadores usados para agrupar as pessoas incluem a posse de animais, produção de cereais, produção de mandioca ou batata-doce, acesso à terra (número de machambas cultivadas), trabalho informal para homens e mulheres, e emprego formal, percentagem de alimentos consumidos comprados ou produzidos pelo AF, número de refeições e qualidade de dieta, incidência doenças crónicas e rácio de dependência efectiva. Foram assim formados sete grupos de diferentes modos de vida nomeadamente: Agricultores de Subsistência deficitária, Agricultores de Subsistência Básica, Agricultores Dependentes de Cereais, Agricultores com o Sistema de Produção diversificada e com oportunidades de trabalho informal, Agricultores com Sistema de Produção Diversificada e Animais, Agricultores auto-suficientes com Rendimento Agrícola e Agricultores com o Sistema de Produção diversificado, rendimento do emprego formal e remessas.

Os resultados de vulnerabilidade podem ser interpretados em forma de bem estar e dieta, servindo para descrever melhor a dinâmica entre a vulnerabilidade e a insegurança alimentar em Moçambique. Para dar uma estimativa do número de pessoas em situação de insegurança alimentar, foram seleccionados os indicadores de qualidade de dieta pobre (<12), ausência de reservas alimentares e ausência de culturas ainda por colher (GAV/SETSAN, Análise de Vulnerabilidade corrente nas sete províncias de Moçambique, Julho 2004).

IV. PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO NUTRICIONAL DO MISAU

Foi já elaborada uma proposta de Componente Estratégica de um Plano de Desenvolvimento Nutricional para Moçambique, a qual se encontra em processo de revisão para posterior aprovação pelo Conselho Consultivo do Ministério da Saúde.

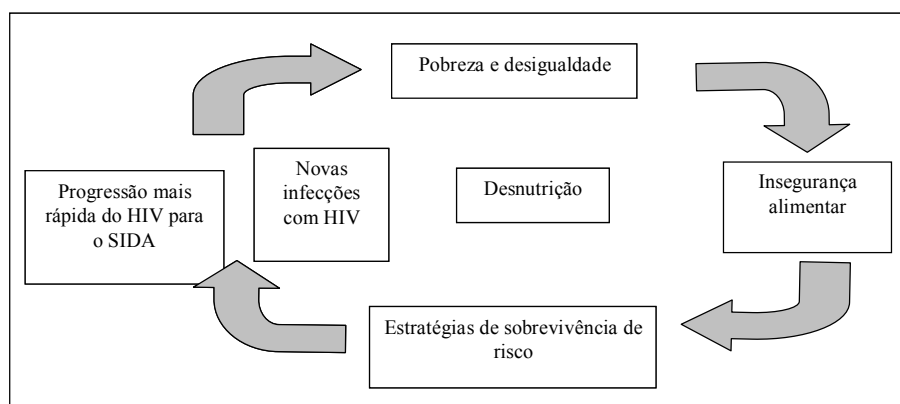
A Componente Estratégica de Desenvolvimento Nutricional da qual se pretende obter um guia de orientação para a implementação das actividades de nutrição no país, por um período de 5 a 10 anos, engloba 11 objectivos dos quais os seguintes 6, são prioritários.

1. Redução da prevalência de Desnutrição Crónica;
2. Redução da prevalência da Carência em Iodo;
3. Redução da prevalência da Carência de Vitamina A;
4. Redução da prevalência de Anemia;
5. Desenvolvimento da Capacidade de Investigação em Nutrição;
6. Reforço da Capacidade de Advocacia para a Nutrição.

Para cada um destes objectivos são apresentadas metas a serem atingidas e propostas as estratégias para alcançá-los. Após a aprovação da Estratégia, será elaborado um plano orçamental de implementação das actividades.

É cada vez mais reconhecido que a problemática da insegurança alimentar e malnutrição em Moçambique não pode ser completamente entendida se a análise do HIV/SIDA não for devidamente incluída. O HIV/SIDA é a causa e a consequência da insegurança alimentar e malnutrição. A ligação entre a segurança alimentar/nutricional e o HIV/SIDA é bidireccional: Por um lado, o HIV e SIDA podem aumentar a vulnerabilidade à insegurança alimentar/nutricional, e por outro, a insegurança alimentar pode contribuir para a susceptibilidade e infecção pelo HIV e seu progresso para a doença. As causas da ligação entre a segurança alimentar e nutrição e o HIV/SIDA ocorrem nas duas direcções. Portanto, é importante um conhecimento abrangente da relação existente entre o HIV/SIDA e a SAN, para que as intervenções desenhadas para mitigar o impacto do HIV/SIDA na SAN sejam devidamente implementadas, e não se incorra no risco de se fazer intervenções não apropriadas para o grupo alvo vulnerável (SANHA/SETSAN, 2004) (Figura 2).

Figura 2-Ligações do HIV/ SIDA e SAN



Fonte: Oxfam e SC-UK, 2002

Alguns Estudos sobre a ligação entre o HIV e SIDA e a SAN são: ODI (2002-2003) Save the Children UK (Nov. 2004), UNICEF "Drought, HIV/AIDS and Child Malnutrition in

Southern Africa Part 1" (Oct. 2004 draft), e um documento de discussão elaborado pelo SETSAN em Dez. 2004: *A Relação entre HIV/SIDA e Segurança Alimentar e Nutricional em*

Moçambique”.

A epidemia do HIV/SIDA tem um impacto multi-sectorial na medida em que poderá ameaçar o nível do estágio alcançado no progresso do desenvolvimento de redução da pobreza em Moçambique. O impacto de HIV e SIDA no sector agrícola deve ser avaliado em particular, tendo em conta que 77% da população vive em zonas rurais, e que este sector contribui com 32% de PIB, e abarca 95% da mão-de-obra, o que faz com que a produção agrícola tenha uma contribuição fundamental na segurança alimentar. A análise do TIA 2002 mostra que 44% das respostas estratégicas de famílias afectadas indicaram uma redução na área de colheita. Segundo uma projecção da FAO em 2003, indicam que até 2010 as perdas de mão-de-obra devido ao HIV/SIDA no sector agrícola serão de 20%.

Os desastres naturais, o HIV/SIDA e a capacidade de resposta das famílias, constiuem tripla ameaça à insegurança alimentar. Aliadas à desnutrição, fazem com que estas continuem a ser as principais causas das crises humanitárias. Na África Austral fala-se sobre uma “new variant famine” causada pela ligação entre o HIV/SIDA e a insegurança alimentar e malnutrição que inclui as seguintes evidências:

- As taxas mais elevadas da prevalência do HIV/SIDA tendem a estar associadas a níveis sócio-económicos mais elevados, enquanto que taxas mais elevadas de malnutrição (baixo peso para altura) tendem a estar associadas a níveis sócio-económicos mais baixos. Pelo menos dois tipos de áreas estão indicadas como merecendo particular atenção: as que estão mais perto das cidades, e as com elevado índices de HIV mas com elevados índices de pobreza. Observou-se que em áreas peri-urbanas e urbanas (a combinação da alta prevalência do HIV/SIDA e deterioração de factores sócio-económicos) que não constituíam uma preocupação antes da seca, a deterioração da situação nutricional da criança é mais elevada do que em áreas rurais.
- Resultados de vários estudos salientaram o aumento da vulnerabilidade de crianças a partir dos 18 meses, que depois de constringimentos no crescimento inicial devido a choques como a seca não progrediram como seria de esperar. Os motivos parecem estar ligados aos cuidados e práticas familiares e em particular os cuidados maternos que por vezes chegam a ser negligenciados, assim como a escassez de alimentos e a deterioração da pobreza a nível familiar.
- A crise nutricional na África Austral, incluindo Moçambique, não está ligada a elevados níveis de Desnutrição Aguda (que de qualquer das formas, é relevante apenas em situações de guerra e das populações deslocadas) mas sim ao aumento de baixo peso à nascença e de taxas de desnutrição crónica, que estão intimamente correlacionados e são bons indicadores de mortalidade. Apesar de ter havido algumas evidências de taxas mais elevadas de malnutrição aguda severa do que de malnutrição aguda global, o HIV/SIDA, não aumentou substancialmente o rácio global de desnutrição aguda e da desnutrição aguda severa na África Austral.

Tomando em consideração este aspecto, os resultados presentes chamam a atenção para novos grupos vulneráveis: Em primeiro lugar, os que estão nas economias mais modernas, muitas vezes perto das cidades, parecem ser vulneráveis à combinação HIV-Seca. Actualmente também se verifica que áreas muito pobres e com alta prevalência de HIV podem também ser vulneráveis. Os resultados evidenciaram maior vulnerabilidade em crianças a partir dos 18 meses, as quais não progrediram como seria de esperar, depois dum primeiro constringimento no crescimento.

1. Ligações ao tratamento do HIV/SIDA.

Provavelmente uma melhor nutrição melhora a efectividade do Tratamento Anti-retroviral (TARV); a medida que a doença é tratada, a nutrição vai acelerar a reabilitação para a vida produtiva, avaliada como ganho para os indivíduos pelo aumento do perímetro braquial. Este indicador, pode ser uma óptima forma de monitoria mensal, para reforçar de facto a aderência ao tratamento. A nível da comunidade, o TARV precisará de programas efectivos, a monitoria do peso pode fornecer uma forma de monitorar e vigiar o progresso. A SIDA está ligada a indigência, as pessoas estão esfomeadas e doentes e precisam de alimentos e medicamentos, de tal modo que o apoio em alimentos e outras formas de segurança social para a família deve ser um aspecto evolutivo de lidar com a epidemia. O TARV pode ser extremamente bem efectivo, mas muito mais será necessário para reabilitar a população e reverter as tendências perturbadoras da nutrição, e os factores subjacentes que os causam.

Esforços em promover a Advocacia, a Monitoria e Avaliação da implicação do HIV/SIDA na SAN têm sido desenvolvidos pelo Governo de Moçambique através do grupo de análise de vulnerabilidade do SETSAN. O GAV é composto por vários ministérios, Organizações da NU, e ONGs, e desde 2002 até 2004 vem conduzindo a recolha de informação primária de vulnerabilidade da SAN nos distritos afectados pela seca e prevalência de HIV/SIDA. Evidencias sólidas estão a demonstrar que a vulnerabilidade das famílias rurais está a aumentar e a capacidade dessas famílias mitigarem os efeitos da seca é cada vez mais reduzida. Esta análise permite fazer a advocacia para a importância de intensificar a intervenção nacional e a abrir o leque das intervenções para intervenções que vão para além da ajuda alimentar e para componentes como melhoria na qualidade da água, nutrição e educação.

A. ESTRATÉGIA DE EQUIDADE DE GÉNERO

A Política e Estratégia Nacional do Género (PENG) traça linhas orientadoras para que os planos e programas sectoriais incluam a análises do Género como uma forma de assegurar uma melhor equidade do Género, com o objectivo global de promover a mudança gradual de mentalidade no homem e na mulher relativamente à situação da desigualdade existente nas áreas sociais, económicas, políticas e culturais.

A Constituição de Moçambique inclui os Direitos Humanos da Mulher (DHM) que proíbem qualquer tipo de discriminação com base no sexo.

O PENG é um resultado concreto dos compromissos do Governo de Moçambique assumido aquando das Decisões de Beijin e observância dos DHM. O PENG é portanto um instrumento de inclusão social através do qual o Governo reconhece ser uma condição essencial para estimular o desenvolvimento sustentável com base no processo de reconhecimento dos direitos fundamentais da pessoa humana, nomeadamente:

- Igualdade de direitos entre o homem e a mulher, promovendo a participação equitativa em todas as esferas de desenvolvimento socio-económico;
- Aumentos dos níveis educacionais e de formação;
- Promoção do direito à saúde;
- Aumento do acesso à serviços de qualidade (incluindo água, habitação, etc.).

O PENG resulta de um exercício amplo de auscultação participativa com intervenientes chaves do Governo, parceiros internacionais e nacionais, ONGs e a sociedade civil, e fundamenta-se em documentos como o Plano Económico e Social do Governo (PES), o

PARPA, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, a Declaração de Copenhaga e da CPLP e a Declaração de Género da SADC, ratificados para permitir a realização da igualdade e equilíbrio de Género.

B. A AGENDA 2025: VISÃO E ESTRATÉGIAS NACIONAIS

A Agenda 2025 é um exercício estratégico de reflexão sobre a trajetória que Moçambique irá percorrer para atingir o progresso desejado no ano 2025. Ela, resulta da auscultação dos vários sectores da sociedade, em de todas as províncias do país, por um Comité de Conselheiros, envolvendo profissionais e académicos de diferentes áreas de conhecimento, que aplicaram o seu saber, experiência social e técnica, e com uma metodologia participativa e inclusiva analisaram e sistematizaram as aspirações da sociedade, assumindo um compromisso da nação perante o Chefe de Estado e Altos Dignatários.

Objectivos:

- Construir uma visão comum de longo prazo e traçar as principais linhas de força consensuais no plano político, económico, social, cultural a prosseguir nos próximos anos, através do diálogo inclusivo e participativo;
- Reforçar a democracia, fortalecer a acção governativa e a acção das instituições e da sociedade civil para melhor participarem na definição e implementação de políticas, programas e projectos económicos sociais e culturais, e apoiar a instituição de uma cultura mais participativa, cooperativa, inclusiva e tolerante.

Os elementos-chave deste processo assentam na participação dos cidadãos, na aprendizagem sobre o ambiente interno e externo em que o país se insere, de modo a reflectir o pensamento colectivo dos moçambicanos de todos os quadrantes, incorporar a essência do querer e do pensar colectivo das forças da sociedade, instituições e cidadãos e, desse modo, definir as estratégias que respondam aos objectivos identificados na Visão.

Após uma investigação multidisciplinar sobre temas de interesse nacional, e ampla consulta, através da auscultação e do diálogo, envolvendo os vários segmentos da sociedade, foram definidas as seguintes áreas prioritárias:

- **Capital Humano**- a caracterização do Homem Moçambicano;
- **Capital Social**- a forma como ele se organiza em sociedade;
- **Economia e Desenvolvimento**- a maneira como organiza e desempenha a actividade produtiva;
- **Governança** -como institucionaliza e prática a gestão do Estado.

Para cada uma destas prioridades, fez-se a avaliação sobre os Pontos Fortes, Fracos Oportunidades e Ameaças (FOFA), e como eles têm implicações nos seguintes eventos:

- Programa de Apoio à Redução da Pobreza Absoluta- PARPA;
- Programas de Apoio ao Desenvolvimento Rural;
- Política das Instituições Financeiras Internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional;
- Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD);
- Redução da Dívida Externa;

- Programa da Extensão da Rede Sanitária e da Rede Escolar de qualidade;
- Programa de Combate às Doenças Infecto-contagiosas e Endémicas
- Programa Nacional de Prevenção e Combate ao HIV/SIDA;
- Programas tendo como objectivo a Emancipação da Mulher;
- Lei da Família e outras leis que combatem a discriminação da mulher;
- Programas de Apoio aos Idosos e Portadores de Deficiência
- Programas de Segurança Alimentar;
- Programas de Investigação Científica;
- Programas Escolares para a Formação Integral de Crianças, Adolescentes e Jovens.

Esta grande abrangência, incorpora as prioridades da SAN.

V. DIAGNÓSTICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR

A. Informação de Insegurança Alimentar e Malnutrição

O acesso a alimentos em quantidade e qualidades suficientes em todo o tempo é um direito básico para todos os cidadãos (SETSAN- InfoFlash, 2003). Neste sentido, o Governo de Moçambique, a sociedade civil e os parceiros de cooperação têm vindo a empreender esforços significativos de modo a implementar as intervenções que concorrem para a melhoria da SAN ao nível dos AFs, a viverem nas áreas rurais vulneráveis.

O Grupo de Avaliação de Vulnerabilidade (GAV) do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN) identificou em 2003 659.000 pessoas em situação de extrema insegurança alimentar e 255.000 pessoas que poderiam estar na mesma situação até o final de 2003 devido a prevalência da seca.

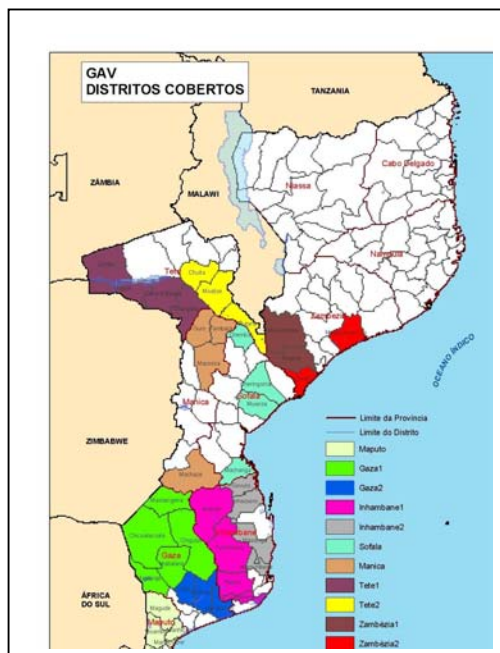


Figura 3- Regiões e Distritos Cobertos pelo Inquérito do GAV em 2004 (Fonte:GAV)

O governo e parceiros levaram a cabo esforços assinaláveis para minimizar este drama, através da monitoria minuciosa, intervenções de assistência alimentar e a realização de feiras de insumos agrícolas como uma forma de aumentar a disponibilidade alimentar e de insumos de produção tais como sementes, fertilizantes, agro-químicos e bombas pedestais. Na sua avaliação de Novembro de 2003, o GAV notou que a situação da segurança alimentar tinha-se estabilizado, devido a algumas intervenções selectivas, a produção da segunda época e fora da época, e o aumento substancial de leite bovino nas regiões remotas da províncias de Gaza e Maputo. As análises da vulnerabilidade realizadas nas áreas críticas (ex. Províncias de Zambézia, Tete, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza e Maputo (Vide Figura 3) afectadas devido

ao efeito combinado da seca e HIV/SIDA em 2004 indicaram que o número de famílias no meio rural em condições de insegurança alimentar extrema diminuiu nos últimos anos de 659.000 para 201.000, no período de 2003 à 2004, respectivamente. Esta redução deveu-se

essencialmente a uma melhoria nas condições de precipitação mas também a implementação de uma série de intervenções como a realização de feiras de insumos agrícolas (sementes, fertilizantes, bombas pedestais, etc.) que contribuem para a redução dos efeitos dos choques e a realização de sementeiras contínuas e alargamento das áreas semeadas com culturas alimentares.

A Tabela 2 mostra que a duração das actuais reservas alimentares das famílias melhorou – poucas famílias possuem menos de um mês de reservas. Além desta melhoria no nível das reservas alimentares, quase todas as famílias tinham nas suas machambas culturas ainda por colher. As colheitas tardias de 2004 farão uma grande contribuição à segurança alimentar das famílias.

Um outro indicador desta melhoria pode ser testemunhado através dos dados sobre a Qualidade de Dieta¹. Em relação ao ano passado, houve um crescimento significativo no número de famílias com uma dieta aceitável, e uma melhoria significativa da qualidade média da dieta, revelando uma maior diversificação e que alimentos de boa qualidade estão sendo consumidos (Tabela 3).

Tabela 2: Duração das Reservas Familiares

Duração	GAV 2003	GAV 2004
< 1 meses	79%	61%
1-3 meses	13%	23%
4-6 meses	5%	9%
>6 meses	3%	7%
Com culturas ainda por colher	66%	88%

Fonte: SETSAN/GAV 2004

Tabela 3: Pontuação sobre a Qualidade de Dieta

Qualidade da dieta	GAV 2003	GAV 2004
1 (< 12) muito pobre	54%	40%
2 (12-19) Pobre	40%	44%
3 (>19) Aceitável	6%	16%
Média	10.8	13.3

Fonte: SETSAN/GAV, 2004

B. As Intervenções aos Grupos Vulneráveis

As parecerias que o Governo tem desenvolvido com as ONGs (nacionais e internacionais), Organizações baseadas na Comunidade e o sector privado com vista a melhorar a resposta à vulnerabilidade, tem vindo a surtir efeitos muito positivos no sentido de aumentar a eficácia e eficiência das intervenções da SAN. Por exemplo, como resultado da informação da Análise de Vulnerabilidade desenvolvida pelo GAV/SETSAN que indicava que a malnutrição crónica em crianças (0-5 anos) aumentou de 46 para 56%, em 2003 o MISAU em parceria com o PMA e UNICEF implementou o Programa Integrado de Suplementação Alimentar (PISA) em 19 distritos afectados pelos efeitos da seca e HIV/SIDA, por dois anos consecutivos. As intervenções foram feitas em crianças (0-5 anos), mulheres grávidas lactantes. Estas intervenções cobriram 6 Províncias e 19 distritos do país (Figura 6) que apresentavam mais de 15% de insegurança alimentar e mais de 10% de prevalência de HIV/SIDA.

O objectivo principal do programa era responder a Tripla Ameaça (Seca-Pobreza-HIV/SIDA). As intervenções aos grupos vulneráveis realizadas pelas ONGs a operarem em

¹ O GAV utiliza um índice rápido de avaliação da "Qualidade de Dieta" criado pelo Ministério da Saúde. O índice avalia os alimentos de acordo com seguinte sistema de pontuação: quatro pontos para carnes e proteínas animais, três pontos para legumes, dois pontos para cereais e um ponto para frutas, vegetais e outros alimentos. Os totais das pontuações são agrupados consoante os três níveis indicados na Tabela 2. Uma descrição mais detalhada desta metodologia está disponível no SETSAN.

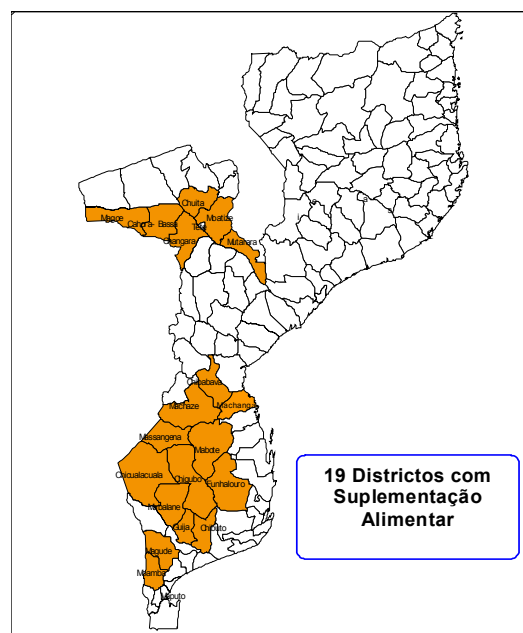
cada uma das províncias e/ou distritos jogaram um papel importante na selecção dos beneficiários tendo consistido nas seguintes actividades:

- a) Distribuição de CSB (mistura de soja, milho, leite, óleo de soja, vitaminas e minerais) às crianças, mulheres grávidas e lactantes;
- b) Treinamento em práticas de higiene e educação nutricional às comunidades rurais, compreendendo os seguintes tópicos:
 - sinais e sintomas da diarreia;
 - vias de transmissão e tratamento da diarreia;
 - práticas de preparação de alimentos;
 - aleitamento materno;
 - dieta alimentar para as crianças (0-5 anos).

- c) Distribuição da Vitamina A e a desparasitação das crianças;
- d) Medições antropométricas.

A avaliação do PISA em Junho de 2004 mostrou que a intervenção foi um modelo eficaz e replicável para proteger a sobrevivência, reduzir a mortalidade e reduzir a malnutrição das crianças. Todos os indicadores de malnutrição eram mais baixos nas crianças do grupo de intervenção, comparada ao grupo de comparação: 3.2% versus 5.3% para desnutrição aguda (P/A), 33.4% versus 40.7% para malnutrição crónica (A/I), e 18.5% versus 25.4% para crianças com insuficiência de peso (P/I). A taxa de mortalidade infante-juvenil era também mais baixa 40/1000 no grupo de intervenção contra 107/1000 no grupo de comparação.

Figura 4-Intervenção insegurança alim



C. Satisfação das Necessidade Alimentares

A satisfação das necessidades alimentares de toda população Moçambicana é garantida pela

- i) produção total agrícola, ii) importação, ii) ajuda alimentar para a emergência para o mercado.

O défice alimentar representado pelas quantidades de alimento que o país precisa de importar é definido com base no consumo alimentar da população Moçambicana durante todo o ano. As necessidades calóricas estabelecidas pelo MISAU são de 2,200 Kcal/dia/pessoa.

Moçambique está a atravessar uma fase positiva de desenvolvimento económico e social e o aumento do funcionamento do mercado. De uma situação de um país altamente deficitário e dependente de importação e doações externas de alimentos, Moçambique já consegue satisfazer consideravelmente as necessidades básicas de alimentos, e recentemente tem experimentado com bastante agrado a exportação de cereais, mandioca e feijões das zonas excedentárias (ex. as províncias de Zambézia, Manica, e Niassa) para

os Países vizinhos (ex. Malawi, Zimbabwe e Zâmbia). Na campanha agrícola de 2003/04 (Outubro a Março) o país atingiu a fasquia de 2 milhões TM de cereais. O grande desafio continua ser a capacidade do país produzir alimentos suficientes para o consumo interno. Actualmente as necessidades alimentares de Moçambique situam-se à volta de 2,300,000 T de cereais, existindo um défice médio de aproximadamente 300,000 T (MADER, 2004). O MADER está agora a definir uma estratégia de reduzir o défice em alimentos através da expansão do cultivo de culturas de rendimentos (ex. algodão, soja, e outras) como uma forma de aumentar a renda dos AFs rurais e a expansão do cultivo do arroz de sequeiro e irrigado.

O Ministério da Indústria e Comércio através da Direcção Nacional do Comércio (MIC/DNC, 2004) indica que o défice de cereais é de 423.000 Toneladas Métricas (TM) para o ano comercial de 2004/05 (Abril a Março). A nível nacional, à excepção do trigo que é importado, Moçambique pode presentemente satisfazer as necessidades alimentares através da produção interna de milho, arroz, mapira e meixoeira. Porém, devido às variações agro-ecológicas e diferentes níveis de riscos (ex. seca, cheias e ciclones), os níveis de produção agrícola no país não são uniformes. As variações entre as regiões geográficas e entre zonas urbanas e rurais têm como consequência o défice em satisfazer as necessidades calóricas da população durante ano. O défice de cereais é assegurado através da importação como uma forma de garantir o acesso e abastecimento contínuo dos mercados.

Dados do INE 2003, indicam que cerca de 54% da população vive numa situação de extrema pobreza, gastando menos de um Dólar por dia. A mesma fonte indica que 48% das despesas dos AFs são principalmente direccionadas à alimentação, 22.4% à habitação e combustível e 7.2% aos transportes. As despesas de educação (0.7%) e saúde (1.2%) apresentam uma proporção relativamente pequena podendo-se inferir que acesso à educação e saúde em Moçambique é subsidiado.

As despesas alimentares são mais baixas nas áreas urbanas representando 32.7%, contra 64.3% nas áreas rurais. De referir que nas áreas urbanas (29.7%), para além dos gastos em alimentação, a população também gasta mais em transporte e comunicações, enquanto que as zonas rurais (14.7%) onde a população anda vários quilómetros a pé ou de bicicleta estes gastos são relativamente mais baixos.

A informação sobre o nível de insegurança alimentar e desnutrição ainda não está disponível, todavia um grupo de consultores nacionais está a tecer esta análise e espera-se que em Dezembro o SETSAN tenha uma maior percepção do quadro de insegurança alimentar e nutricional crónica do país. Existe também uma forte dependência no consumo de alguns alimentos (ex. o milho no Sul e Centro do país e a mandioca em algumas províncias do Norte do país).

Os desastres naturais como a seca, cheias, ciclones são outras causas importantes para insegurança alimentar transitória e afectam directamente na quantidade bem como a disponibilidade de alimentos produzidos no país.

Em Moçambique, existe uma diversidade de riscos que influenciam na vulnerabilidade à SAN, nomeadamente o risco da produção agrícola devido aos desastres naturais (ex seca, cheias, ciclones) e as doenças das plantas e dos animais, risco de oscilação explosiva de preços, o desemprego, a malária, HIV/SIDA e outros riscos sociais (ex. divórcio).

VI. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

A. Diagnóstico de Saúde

Mortalidade Infantil e Infanto-Juvenil

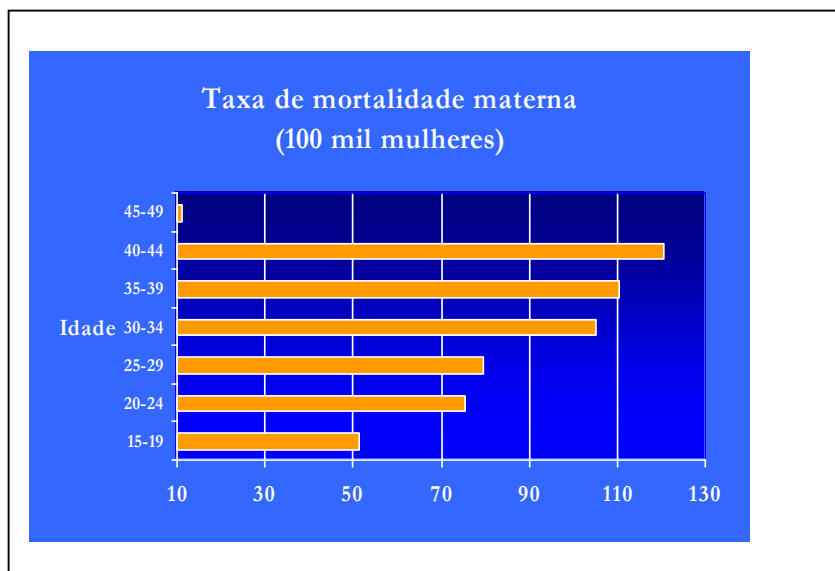
Entre 1997 e 2003, verificou-se uma redução de cerca de 18% da Taxa de Mortalidade Infanto-juvenil enquanto a Taxa de Mortalidade Infantil reduziu em cerca de 15%. Porém, as taxas actuais ainda são muito elevadas, o que significa que em cada 5 crianças, 1 morre antes de atingir os cinco anos de vida, com a Província de Cabo-Delgado apresentando a mais elevada Taxa de Mortalidade Infanto-Juvenil (241/1,000).

Com a redução da pobreza no meio rural, a taxa de mortalidade infanto-juvenil reduziu em 20% (de 237 para 192) comparativamente ao meio urbano, cuja redução foi de 5% (de 150 para 143). Todavia, as disparidades geográficas e por área residencial continuam elevadas. O nível educacional das mães tem uma correlação directa com o bem-estar das suas crianças. Em 2003, verificou-se que as crianças de mães sem educação, tinham uma probabilidade maior (200/1,000) de morrer antes de completarem 5 anos, comparativamente às crianças de mães com o ensino secundário (87/1,000) (IDS 2003).

Mortalidade Materna

A Taxa de Mortalidade Materna em Moçambique, decresceu para 408 óbitos maternos em cada 100 mil nados vivos (408/100,000), em 2003. Esta redução é atribuída à melhoria de acesso aos serviços de saúde, particularmente o planeamento familiar e cuidados pré-natais. A cobertura vacinal melhorou, particularmente no meio rural e entre mulheres com certo nível educacional, dado que em 2003 cerca de 59% de mulheres receberam pelo menos 2 vezes a vacina anti-tetânica, comparativamente a 1997 cuja cobertura foi de 29% (Figura 5).

Figura 5-Taxa de Mortalidade Materna



A cobertura de cuidados pré-natais aumentou de 71% em 1997 para 85%, em 2003, com particular realce nas zonas rurais (65% a 79%) comparativamente ao meio urbano (96% a 97%) (Gráfico 3). Todavia, os cuidados de assistência ao parto não reflectiram melhorias, com apenas 48% dos partos a serem assistidos por um profissional de saúde, em 2003,

comparativamente a 44% em 1997. A fecundidade continua elevada, com uma média de 5.6 filhos por mulher. Em 2003, as mulheres sem escolaridade tinham em média 6.4 filhos, comparativamente a 3 filhos das que tinham o ensino secundário.

A percentagem de crianças 12-23 meses que receberam todas as doses de vacinas (DPT, Tuberculose, Pólio, Sarampo, BCG), aumentou de 47% em 1997 para 63% em 2003. Esta melhoria foi notória no meio rural (de 36% em 1997, para 56% em 2003).

Contudo, as diferenças geográficas e por zonas residenciais são evidentes, variando entre 45% na Zambézia e 93% em Maputo. Cerca de metade de crianças de mães com um nível baixo de escolaridade não foram vacinadas, comparativamente às crianças de mães com o nível secundário de escolaridade (49% versus 98%) respectivamente.

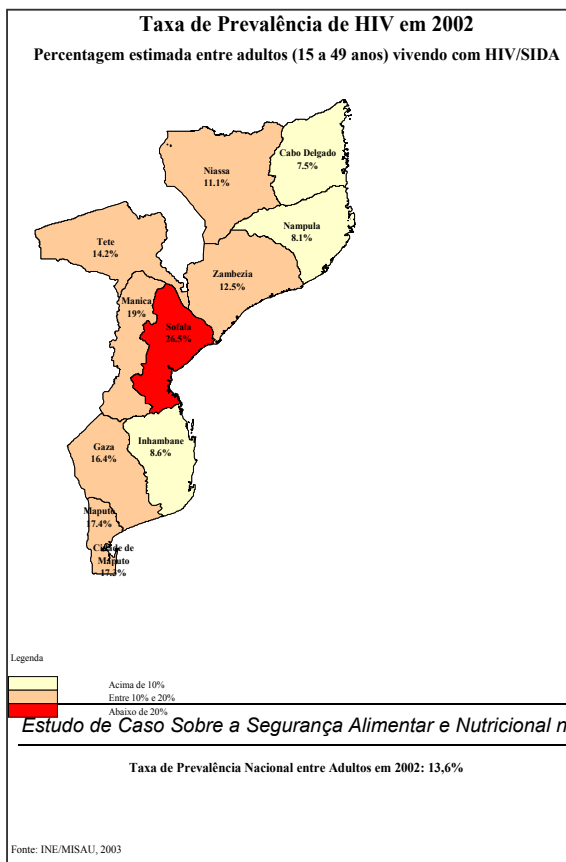
A análise sobre a qualidade do Programa Alargado de Vacinação, 1997-2003, revelou que este permaneceu estático, com cerca de 44% de crianças com idade compreendida entre 12-23 meses vacinadas.

Malária, Infecções Respiratórias Agudas, e Diarreia

A malária representa um enorme problema para a saúde pública em Moçambique. O plasmódio falciparum é responsável pelo elevado índice de mortalidade em crianças com menos de 5 anos e mulheres grávidas, por ser um factor de risco ao aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal.

Nas crianças, a malária é a principal causa de mortalidade (35%), seguida de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs, 31%), e malnutrição (8%). Outras causas de mortalidade estão relacionadas com as doenças diarreicas, e as que podem ser prevenidas através de vacinas, tal como o sarampo. A cólera também constitui uma grande ameaça, com epidemias repetidas. Em 2003, foi registada febre em 27% de crianças menores de 5 anos; IRAs (10%), e prevalência de diarreia em 14%. As taxas elevadas de diarreia e febre foram duas vezes superiores nas zonas afectadas pela seca e pela pandemia de HIV/SIDA, com 56% e 28% respectivamente.

Embora a incidência da malária possa ser reduzida através do uso de redes mosquiteiras, a maioria das crianças moçambicanas não dorme protegida pelas redes mosquiteiras, apesar de no país, as redes mosquiteiras serem priorizadas para mulheres com crianças menores de 5 anos.



De acordo com os dados de IDS, 2003, apenas 10 % de crianças menores de 5 anos dormiram em redes mosquiteiras, sendo a disparidade geográfica enorme, variando de 3% em Sofala, a 15 % ou mais, na Cidade de Maputo, Zambézia e Gaza.

Em Moçambique, a diarreia e consequente desidratação constituem ainda uma importante causa de mortalidade infantil e nos menores de três anos. Para além disso, episódios repetidos de diarreia são um dos factores etiológicos mais importantes da malnutrição grave. Foi amplamente divulgada a utilização da Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO), quer com os pacotes de Sais de Rehidratação Oral (SRO), quer com a preparação de misturas caseiras apropriadas. Os pacotes de SRO são distribuídos em todas as unidades

sanitárias do país, farmácias e agentes de saúde comunitários, como os APEs e Parteiras Tradicionais capacitadas pelo Serviço Nacional de Saúde (IDS, 2003). A elevada prevalência de diarreia em crianças, está relacionada com o fraco acesso a água potável, precárias condições de saneamento e práticas inadequadas de higiene.

B. HIV/SIDA

Figura 6 -Taxa de Prevalência de HIV

O HIV/SIDA representa uma enorme ameaça para o desenvolvimento de Moçambique. A pandemia, reduziu a esperança de vida dos moçambicanos de 41 anos em 1999, para 38.1 anos em 2004. A prevalência do HIV/SIDA entre indivíduos de idade compreendida entre 15 – 49 anos aumentou significativamente de 8.2% em 1998, para 14.9% em 2004. Diariamente ocorrem cerca de 500 novas infecções, sendo cerca de 90 em crianças, através da transmissão vertical. Estima-se que actualmente cerca de 1,450,000 moçambicanos vivem com HIV/SIDA (8% da população total), dos quais a maioria são mulheres (600,000 homens contra 850,000 mulheres). Em 2004, a projecção do HIV/SIDA no grupo etário 20-24 anos é de 6.9% para homens e 20.9% para mulheres .

Dentre as pessoas que vivem com HIV/SIDA, 6% são crianças com menos de 15 anos (cerca de 83,000 crianças), e estima-se que cerca de 25% de óbitos ocorridos em indivíduos adultos estejam associados ao SIDA . Porém, estima-se que no presente ano o SIDA venha a causar a morte à cerca de 100 mil pessoas. O número total de órfãos maternos (0-17 anos) devido ao Sida estima-se em 227.834, no presente ano, sendo a região centro a mais afectada . A menos que medidas preventivas e terapêuticas eficazes sejam implementadas, este número de mortes anuais poderá alcançar cerca de 170 a 180 mil por volta do ano 2010, superando a taxa de 30% .

A prevalência do HIV/SIDA é maior na Região Centro (Manica, Sofala, Tete e Zambézia), onde cerca de 46% de pessoas vivem com o vírus (Figura 6).

C. Diagnóstico Nutricional

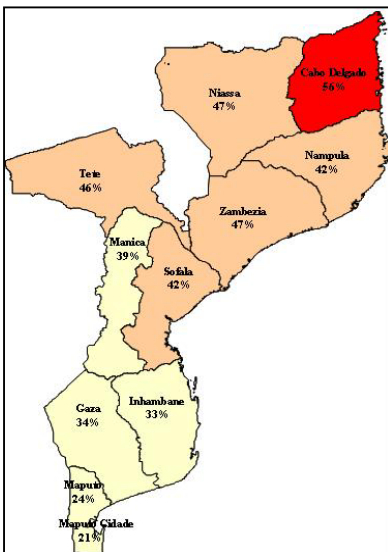
O combate à desnutrição deverá ser uma prioridade política se se quiser assegurar o capital humano que o país necessita para responder aos objectivos do PARPA.

D. Situação Nutricional das Crianças Menores de 5 anos de Idade e suas Mães

1. Níveis de Desnutrição Crónica e Aguda

Entre 1997 e 2003, a situação nutricional das crianças no país, não registou melhorias pois os índices de malnutrição crónica passaram de 36% em 1997 para 41%, em 2003.

A malnutrição é responsável por cerca de metade dos óbitos que se registam em crianças com menos de 5 anos. O cenário é mais grave no meio rural (46%) que no urbano (29%),



sendo mais pronunciado nas províncias do Norte onde chega a atingir 56%, em Cabo-Delgado (Figura 7). Em 1997 e 2003, a prevalência de Desnutrição Aguda (Peso/Altura), foi de 8% e 4%, respectivamente, enquanto que a prevalência de baixo peso (Peso/Idade), foi de 26% e 23.7%, respectivamente.

Figura 7- Malnutrição Crónica, 2003

O nível educacional da mãe tem uma estreita correlação com o estado nutricional da criança. As crianças cujas mães não têm nenhum nível de escolaridade, têm uma probabilidade 3 vezes maior de serem crónicamente malnutridas, comparativamente às crianças de mães com o ensino secundário (47% contra 15%).

Estimou-se que a desnutrição crónica reduz a produtividade em 2-3% do PIB, (*Shrimpton, 2001*), o que equivale a 71,4-107 milhões de dólares americanos por ano, para Moçambique, usando o PIB de 2002 (\$197),.

Em 2003, em média 8,6% das mães de crianças com menos 5 anos de idade tinham deficiência crónica de energia (Índice de Massa Corporal (IMC) <18.5). Esta percentagem era superior em 6 províncias, nomeadamente: Gaza (12,6%), Cabo Delgado (12,2%), Zambézia (11,0), Nampula (10%), Tete (10,6%) e Sofala (8,6%). No mesmo período, a percentagem das mulheres com IMC >25 (muito pesadas e obesas) no país era de 14.1%, com uma grande diferença entre áreas rurais (8.1%) e urbanas (24.4%), entre as níveis escolares (mais baixo 6%, mais alto 31.5%) e entre as províncias (Sofala 6.8%; Cabo Delgado 7%; Zambézia 7.7%; Maputo Cidade 33.9; e Maputo Província 31.8%). (IDS 2003, dados preliminares).

As Taxas de Baixo Peso à Nascimento (menos de 2,5kg), que é um factor preditivo de deficiência crónica de energia das mulheres durante o período de gravidez, registaram um aumento de 12.1% em 1997 para 23.7% em 2003, sendo particularmente altas nas províncias de Cabo-Delgado (34.2%); Nampula (28.2%); Zambézia (26.2%); Sofala (26.2); e Niassa (25.1).

E. Aleitamento Materno

Cerca de 64,7% dos bebés são amamentados na 1ª hora e 91,9% no primeiro dia. Contudo, a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo até 6 meses é muito baixa (31% em 1997 e 30% em 2003 (IDS). A maioria das crianças recebem aleitamento misto. Oitenta por cento das crianças tem uma alimentação complementar inadequada.

1. Carência de Iodo

A taxa nacional de bócio que indica a deficiência de iodo é 14.5%, com Tete e Niassa sendo as duas províncias endêmicas com as taxas mais altas, 63 e 76%, respectivamente. Está demonstrado que nas populações com deficiência endémica de iodo o Coeficiente de Inteligência (QI) é em média 13,5 pontos mais baixo. Por outro lado, uma análise das consequências da carência em iodo refere que 3% dos recém nascidos de mães com deficiência sofrem de atraso mental severo, 10% sofrem de atraso moderado e os restantes 87% sofrem de atraso mental ligeiro. Tendo em consideração estes dois aspectos, a deficiência de iodo em algumas regiões de Moçambique pode ser "*uma mutilação invisível do capital humano e social*". O facto se torna mais preocupante considerando que uma pesquisa realizada em Cabo Delgado, Manica, Gaza e Maputo em 1997/98, indicou que 2/3 das crianças em idade escolar tinham níveis de iodo urinário abaixo do normal, e que dados de 2003, estimam que 30% das mulheres em idade reprodutiva sofrem de deficiência de iodo (estrapulação/1998). Por outro lado, a deficiência endémica de iodo causa a redução da produtividade em 5-25%, o que poderia causar uma perda de 161 milhões de dólares americanos, até 2008. Porém, os resultados preliminares dum Estudo da Deficiência de Iodo (bócio, sal iodado e deficiência de iodo na urina), (MISAU/UNICEF) indica que em 2004 a prevalência de bócio total nas províncias de Tete e Niassa haviam decrescido para 11% e 35% , respectivamente.

2. Iodização do Sal

O Diploma Ministerial de 05/01/2000, cria a obrigatoriedade de que todo o sal alimentar produzido e comercializado seja iodado. Porém, dados de 2003 sugerem que somente 20% do sal produzido em Moçambique está iodado, e que a qualidade da iodização deste sal é muito variável, pelo que devido à fragilidade da indústria salineira e falta de aplicação do Diploma na íntegra se estima que apenas 48% da população moçambicana consuma sal iodado.

3. Carência de Vitamina A

Em 1998, identificou-se risco de deficiência de Vitamina A, em Cabo-Delgado, Manica, Gaza e Maputo, tendo-se levado a cabo uma campanha de suplementação de Vit.A, em 1999. Nos anos subsequentes, fez-se a promoção massiva do cultivo e consumo batata doce de polpa alaranjada, bem como de outros alimentos locais ricos neste micro-nutriente.

Em 2002, o MISAU, realizou uma pesquisa, na qual conclui que 69% das crianças na faixa etária 6-59 meses e 11% das mães eram deficientes em Vitamina A, tendo-se iniciado em 2002 uma suplementação de rotina a todas crianças 6-59 meses (2 doses por ano), atingido-se : 51% e 44% de cobertura em 2002 e 2003, respectivamente.

A carência de Vitamina A está associada a uma maior susceptibilidade às doenças infecciosas, sendo um factor de agravamento de mortalidade infantil. Estimou-se que o risco relativo de morte das crianças com deficiência de Vitamina A, é 1.75 vezes superior ao das crianças sem deficiência. *“Caso não se tomem medidas eficazes de controle da deficiência, cerca de 164.000 vidas de crianças moçambicanas menores de cinco anos se perderão no próximo quinquénio”*

4. Anemia e Carência de Ferro

Em 1997, chegou-se a conclusão que a anemia está entre as 4 principais causas de hospitalização e entre as 4 principais causas de morte nas Unidades Sanitárias de nível primário e secundário. No ano seguinte, realizou-se um estudo em 4 províncias, nomeadamente: Maputo, Gaza, Manica e Cabo-Delgado, no qual a anemia foi diagnosticada em cerca de 58% das mulheres em idade fértil e em 30% homens. Em 2002, um estudo nacional revelou que 75% crianças e 48% das mães são anémicas. Numerosas pesquisas mostram que a anemia tal como a carência do iodo contribui para reduzir o desenvolvimento intelectual, a capacidade de aprendizagem e o desempenho escolar das crianças. Isto significaria que o investimento económico previsto pelo PARPA na área de educação, não teria o efeito desejado se três quartos das criança que vão à escola são anémicas. Por outro lado, sabe-se que cerca de 20% mortes maternas são atribuíveis a anemia. As pesquisas disponíveis mostram que a produtividade das mulheres anémicas que trabalham na agricultura é em média 11% inferior à produtividade das mulheres não anémicas. Se nada for feito para reduzir as inaceitáveis taxas de anemia nas mulheres em idade activa, o valor económico da produtividade agrícola perdida resultante da anemia nos próximos cinco anos será de 258 milhões de dólares.

Tabela 4. Resumo da Situação Nutricional do País.

Indicadores Nutricionais	Fonte de Informação
○ Aleitamento materno exclusivo Nacional: 30% rural: 32.1% urbano: 24.6%	IDS 2003
○ % Crianças < 5 com Baixo Peso: (Peso/Idade): 23.7%	“
○ % Crianças < 5 com Desnutrição Crónica (Altura/Idade): 41.0%	“
○ % Crianças <5 com Desnutrição Aguda (Peso/Altura):4.0%	Amostra do Dia Nacional de Deficiência de Iodo 2003
○ % Famílias (estimativas) que consomem sal iodado: 40.9%	MISAU 2004, Estudo Nacional
○ % Bócio Total em crianças em idade escolar: 14.5%	Estimativas baseadas nos estudos de 1992 e 1998, MISAU.
○ % Crianças com Deficiência de Iodo (estimativa): 30%	MISAU, 2003 dados de rotina
○ % Crianças < 5 que recebeu pelo menos 1 dose de Vitamina A por ano: 44.5%	MISAU, 2002 Estudo Nacional
○ % Crianças < 5 com Deficiência de Vitamin A: 68.8%	“
○ % Mães com Anemia:10.9%	“
○ % Crianças < 5 com Anemia: 75%	DHS 2003
○ % Mulheres com Anemia: 48%	
○ % Mulheres grávidas que receberam Sal Ferroso + Ácido Fólico durante >90 dias: 14.3%; < 60 dias: 28%	

VII. PRINCIPAIS CAUSAS DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DESNUTRIÇÃO

As principais causas imediatas, adjacentes e básicas da insegurança alimentar e desnutrição em Moçambique são os seguintes:

A. Causas Imediatas:

Baixa disponibilidade de alimentos ao nível dos AFs :

- ✓ Falta de reservas alimentares (pelo menos 4 meses/ano);
- ✓ Desastres naturais (secas recorrentes, cheias, ciclones) afectando 10% da população;
- ✓ Limitado poder de compra dos Afs.

Deficiente estado de saúde:

- ✓ Alta taxa de mortalidade infanto-juvenil: 178/1,000 IDS 2003;
- ✓ Baixa percentagem de crianças exclusivamente amamentadas (30%);
- ✓ Alta incidência de febre (26.7%) e diarreia (14.1%) entre crianças;
- ✓ Alta prevalência de malária (30-40% da mortalidade <5);
- ✓ HIV/SIDA: 14.9% em 2004.

B. Causas Adjacentes:

Acesso limitado aos alimentos

- ✓ Fraco poder de compra (68% do orçamento familiar é gasto em compras de alimentos);
- ✓ Acesso físico deficitário ao mercado nas zonas remotas;
- ✓ Altos custos de transporte das zonas excedentárias para deficitários;
- ✓ Fraco poder de compra dos AFs (AF precisa de 3 salários mínimos para ter cesta básica mensal).

Baixa disponibilidade e acesso aos Serviços de Saúde

- ✓ Baixo aceso (36%) aos serviços de saúde (68% nas áreas urbanas e 20.9% rural);
- ✓ 1 médico para 26,545 habitantes;
- ✓ 1 trabalhador de saúde para 969 habitantes.

Cobertura vacinal inadequada:

- ✓ Percentagem de crianças 12 - 23 meses completamente Imunizadas: 63 % (Áreas Urbanas 81%, Áreas Rurais 56%). Entre crianças de mães com baixo nível de escolarização: 49%;
- ✓ Entre crianças de mães com ensino secundário: 98%;
- ✓ Percentagem de crianças que receberam todas as vacinas no 1º ano da vida: 43.5%.

Alta taxa de Mortalidade Materna:

- ✓ 408/100,000 mortes maternas em Moçambique (IDS 2003);
- ✓ Acesso aos serviços de cuidados pré-natais: 84.6%;
- ✓ Partos institucionais: 47%;
- ✓ Partos assistidos por uma profissional de saúde: 47%.

Altas níveis de pobreza absoluta

- ✓ 1997 IAF -2003 IAF pobreza absoluta de 69% - 54%.

Baixo acesso à água potável e saneamento:

- ✓ Baixo acesso a água potável: 36% (urbano 58%, rural 26%);
- ✓ Baixo acesso às condições de saneamento pelos AFs (urbano 72.7%, rural 33.7%).

C. Causas Básicas:

Baixo nível de educação:

- ✓ Frequência do Ensino Primário (EP1, 6-10 anos): 61% (Urbano 76%, Rural) 55% Raparigas 59%, Rapazes 63% (*Fonte:IAF, 2003*).

Alta Taxa de Analfabetismo

- ✓ Taxa de Analfabetismo: 53.6% (urbano 68%, rural 81%);
- ✓ Taxa de analfabetismo entre mulheres: 68% (*Quibb 2001 e IAF 2003*).

Fraca Sistema de Governação:

- ✓ Fraca capacidade de descentralização (planificação, gestão, intervenção, monitoria e avaliação);
- ✓ Falta de quadro jurídico.

Tabus, crenças e práticas tradicionais e religiosas:

1. Fraco conhecimento de “boas práticas de saúde-nutrição-cuidados”;
2. Fraco conhecimento e dessiminação das “boas práticas tradicionais”;
3. Fraco conhecimento dos direitos e como exigí-los.

Baixa disponibilidade de recursos com que se criam as infra-estruturas de apoio.

- ✓ Baixo Produto Interno Bruto (PIB): US\$ 200 per-capita anual;
- ✓ 95% da força laboral está no sector agrícola e a maioria (70% da população total) pratica uma agricultura de subsistência, com baixo nível tecnológico e muito baixa produtividade.

Constatações: Os níveis de malnutrição continuam elevados. As províncias com maior redução de pobreza têm alta prevalência de HIV (*Fonte:IAF, 2003/03*)

Resumidamente, tendo em conta a análise anteriormente feita, a melhoria do estado nutricional das crianças e das mulheres de Moçambique deverá ser uma prioridade política se se quiser responder com sucesso aos objectivos do PARPA.

VIII. INTERVENIENTES CHAVES PARA A SAN

Existe um número elevado de intervenientes na SAN. Pelo facto da matéria não permitir nem exclusão nem exclusividade torna-se pertinente optar-se por uma coordenação inter-ministrial, promoção de parcerias e de multi-disciplinaridade. O SETSAN, está longe de atingir um cenário ideal desse processo, está consciente das sobreposição das intervenções; distorções no uso de recursos com altos custos e baixos benefícios sociais. Não obstante, é de salientar a tomada da consciência dos intervenientes e o espírito de maior interacção que está a emergir entre a família da SAN. De entre outros destacam-se os seguintes intervenientes:

A. Sistemas das Nações Unidas

O Sistema das Nações Unidas em Moçambique no Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF, 2002-06):

A missão do Sistema das Nações Unidas (NU) em Moçambique, que apoia o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), é de reduzir a pobreza absoluta em um terço até 2010. Também, a missão assumiu o compromisso para com as disposições internacionais dos direitos humanos, de promover o desenvolvimento humano sustentável para habilitar politicamente todos os moçambicanos- independentemente do sexo, raça, religião, filiação política ou estatuto económico ou social, para participarem no processo de desenvolvimento e dele beneficiarem de forma justa.

O Quadro das NU para Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF), é a principal componente da reforma global das NU ao nível do país para maximizar uma cooperação para o desenvolvimento dirigida por objectivos, em apoio ao desenvolvimento económico e social de Moçambique, em colaboração com seus parceiros. O UNDAF actual referente ao período de 2002-2006, ostenta quatro objectivos estratégicos baseados no PARPA e nas vantagens comparativas do Sistema das NU em Moçambique (analisados pelo Governo, doadores e parceiros de organizações não governamentais com base na Avaliação Conjunta do país (CCA). Tais objectivos são nomeadamente:

- Promover a garantia do direito à segurança social contra riscos como HIV/SIDA, calamidades naturais e minas;
- Promover a garantia do direito ao conhecimento e a uma vida longa e saudável através da criação de condições de Educação, Saúde, Nutrição, Água e Saneamento;
- Promover a garantia do direito a um modo de vida sustentável através do incremento da Agricultura e Desenvolvimento Rural, Segurança Alimentar, Promoção do Emprego e Desenvolvimento do sector privado;
- Promover a garantia do direito à participação total, protecção e igualdade efectivas dos cidadãos. Estes objectivos estratégicos complementam as estratégias de desenvolvimento dos parceiros e centram-se nas populações mais vulneráveis e na protecção de todos os cidadãos como participantes activos no processo democrático e do Governo como detentor da responsabilidade por este.

No UNDAF 2002-06, foram definidos cinco princípios transversais para centrar a atenção nas áreas comuns, referentes aos objectivos estratégicos, nomeadamente:

- 1) Priorizar o HIV/SIDA,
- 2) apoiar os mais vulneráveis;
- 3) Priorizar o género;
- 4) Reforçar a capacidade nacional de investigação e informação;
- 5) Promover uma maior participação da comunidade e dos cidadãos.

B. Assistência Técnica das Nações Unidas, Doadores e ONGs na área de Nutrição

As contribuições das NU para a área de Nutrição em Moçambique tem sido asseguradas através da assistência directa, técnica e financeira, da UNICEF, PMA, OMS, FAO incidindo-

se sobre a Repartição de Nutrição do Ministério da Saúde, ao Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), Educação ou outras actividades financiadas por estas agências/programa.

A assistência técnica tem sido garantida através da realização de Projectos de Investigação; Definição de políticas; Elaboração de Normas, Manuais e outros documentos; Avaliação de programas; Promoção e organização de actividades de formação, de divulgação e seminários no país e no exterior, e contratação de consultores.

As áreas assistidas por estas agências/programas incluem a desnutrição crónica proteico-calórica, carências em micronutrientes, vulnerabilidade à segurança alimentar e nutricional, aleitamento materno, entre outros.

C. O Custo de um Programa Eficaz de Combate a Desnutrição

Segundo Shrimpton, 2002, o custo de um programa eficaz de combate à desnutrição em Moçambique, seria da ordem de \$5-10 por beneficiário. Considerando que em 2003, os beneficiários eram 16% da população, isto é, cerca de 2,59 milhões de pessoas, o custo do programa para Moçambique, estaria compreendido entre \$15 e \$30 milhões em 2003.

1. Os Benefícios da Melhoria Nutricional

As metas de nutrição definidas pela Sessão Especial das Nações Unidas sobre as Crianças, em Maio 2002 e ratificadas por Moçambique, foram:

- Reduzir a anemia nas mulheres em idade reprodutiva em 20%;
- Reduzir a desnutrição infantil em 25%;
- Reduzir a deficiência em vitamina A e a deficiência em iodo em 50%.

Uma análise dos benefícios humanos e económicos para Moçambique caso as três metas sejam alcançadas e as três deficiências ultrapassadas nos próximos cinco anos, indica que o valor económico do aumento da produtividade devido à redução da desnutrição atingirá 97,4 milhões de dólares. A estes elevados ganhos económicos devem ser acrescentados: mais de 800 vidas de mães salvas pela redução da anemia materna; mais de 31.000 vidas de crianças salvas pela redução da deficiência em vitamina A; mais de 27.000 vidas de crianças salvas devido à redução da desnutrição; e mais de 327.000 recém-nascidos salvos do atraso mental devido à redução da deficiência em iodo nas mulheres em idade reprodutiva.

XIX. PROGRAMAS E ACÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A SAN DA POPULAÇÃO MOÇAMBICANA

Os programas e acções que concorrem para a SAN serão de forma sucinta apresentadas neste Estudo de Caso tomando em conta os três pilares da SAN:

- Disponibilidade de alimentos;
- Acesso aos alimentos;
- Utilização dos alimentos.

A. Programas e Acções que Concorrem para a Disponibilidade de Alimentos

O MADER, MIC, INGC, MMCAS, PMA, UNICEF, ONGs tais como a Visão Mundial, Care Internacional, Save the Children (SC-US e SC-UK), a sociedade civil são os maiores

intervenientes que asseguram a disponibilidade de alimentos em Moçambique. A Tabela 9 resume os principais programas em curso em Moçambique, Objectivos forma de implementação (responsabilidades nível nacional e local, parcerias governamentais, e apresentam uma análise sucinta como esses programas estão a contribuir para os ODMs. Uma análise sobre o DHAA em cada um dos programas é também aqui reflectida.

Principais metas dos programas que promovem a disponibilidade de alimentos:

- Reforço da capacidade produtiva das Famílias Rurais na abordagem multi-sectorial da estratégia nacional de segurança alimentar e nutricional;
- Maior número de pessoas informadas sobre aspectos agro-técnicos (quando semear, onde, potenciais cenários de seca, cheias, e pragas) disponibilidade de stocks e variação de preços dos produtos agrícolas;
- O PROAGRI é o principal financiador dos programas da agricultura que concorrem para a disponibilidade alimentar.

Dado que Moçambique é um país propenso à seca, o MADER através da Unidade de Emergência para Agricultura (UCEA/SETSAN) tem vindo a implementar o Plano de Acção para a Mitigação à Seca/Estiagem. Este plano está em vigor desde 2002 e conta com o apoio financeiro do DFID e assistência de Técnica. Neste momento o SETSAN está a realizar uma avaliação do Impacto do plano. Resultados preliminares indicam que as acções desenvolvidas em torno das famílias vulneráveis permitiram fortalecer a capacidade produtiva e consequentemente melhorar a disponibilidade das mesmas.

B. Programas e Acções para Maior Acesso aos Alimentos

Grande parte das acções relacionadas com o acesso aos alimentos são desenvolvidas pelo Ministério da Indústria e Comércio (MIC), não existe uma fronteira clara entre a disponibilidade e acesso pelo que algumas acções levadas a cabo pelo MIC tem uma acção directa na SAN e acabam reflectindo de forma indirecta na disponibilidade de alimentos.

Nestes programas/acções, o titular de direito é toda a população em geral com excepção do programa de crédito que tem grupos alvos e locais específicos (por exemplo população pobre).

O MIC em coordenação com a Unidade de Segurança Alimentar da União Europeia concebeu um programa de facilidade de crédito para o comércio rural na zona norte (Niassa, Nampula e Zambézia) feita através da AMODER e do GAPI. Estes programas financiam com créditos os comerciantes formais envolvidos na comercialização de produtos agrícolas, comércio geral e de pescado, pequena indústria entre outras actividades e abrange áreas onde o sector bancário não tem actuado. Para este programa foram disponibilizados 2.050.000 Mil Euros por um período de 3 anos. Este programa teve o seu início em Novembro de 2001.

As principais actividades de SAN são apresentadas nas Tabelas 9; 10 (Vide Anexo 1).

C. Programas e Acções para Maior Utilização de Alimentos

Os programas e acções que visam melhorar a utilização dos alimentos, estão centrados nas estratégias dos 11 objectivos prioritários do Plano de Desenvolvimento Nutricional, sendo de destacar os seguintes:

- Pacote Nutricional Básico será introduzido ao nível das Unidades Sanitárias através de treinos dirigidos aos trabalhadores da saúde. Este programa conta com o apoio da UNICEF e da Helen Keller International (HKI) cujas contribuições globais estão orçadas em mais de 70.000,00 USD. O Pacote Nutricional integra 8 componentes:
- Aleitamento Materno Exclusivo até aos 6 meses;
- Alimentação Complementar a partir dos 6 meses e amamentação contínua até aos 24 meses;
- Cuidados Nutricionais Adequados às Crianças Doentes e Desnutridas;
- Alimentação Equilibrada;
- Suplementação Adequada com Vitamina A (crianças e mulheres no pós-parto); Suplementação Adequada com Ferro às Mulheres Grávidas;
- Consumo Regular de Sal Iodado;
- Vigilância Nutricional.

D. Actuação Nutricional em Situação de Emergência

As principais metas do Programa Nacional Integrado de Atenção à Mulher e à Criança são:

- Atingir uma cobertura de 80 % no atendimento pré-natal e 45 % no parto institucional;
- Atingir uma cobertura de 20 % nas mulheres em idade reprodutiva utilizadoras de Planeamento Familiar;
- Redução de um terço da Taxa de Mortalidade Infantil, para menos de 100 óbitos em cada 1,000 nados vivos e da Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos para menos de 200 em cada 1,000 nados vivos;
- Erradicação da Poliomielite, eliminação do Tétano Neo-natal e diminuição significativa da incidência do Sarampo e, redução das taxas de Malnutrição Aguda, Crónica e de Baixo Peso à Nascimento.

Os principais intervenientes nesta acção são: o PMA, INGC, MIMCAS, e MICOA.

Os principais programas de nutrição estão apresentadas na Tabela 10.

X. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A. Sistema de Vigilância Nutricional

Este é um Sistema paralelo ao Sistema de Informação de Saúde (SIS), que se debruça apenas aos indicadores nutricionais. A recolha de dados é feita pelos responsáveis provinciais de nutrição que os enviam regularmente (em cada 3 meses), à Repartição de Nutrição no Ministério da Saúde. Neste sector os dados nacionais são compilados para a elaboração semestral do Boletim de Nutrição.

B. Sistema de Informação de Saúde

Este é o mais antigo Sistema de Informação do Sector Saúde, o qual recolhe analisa e divulga os indicadores de saúde e nutrição de todo o país. Está baseado no Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação e coordena as suas actividades com os Núcleos Provinciais de Estatística – NEP.

C. Outros sistemas:

- Aviso Prévio para a Segurança Alimentar
- Trabalho de Inquérito Agrícola
- Sistema de Informação de Mercados Agrícolas
- Balanço Alimentar e Mercados
- Análise de Vulnerabilidade
- Inquérito aos Agregados Familiares
- Questionário de Indicadores de Bem Estar

XI. PROGRAMS E ACÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A SAN COMO INSTRUMENTO PARA A REALIZAÇÃO DOS ODMs EM MOÇAMBIQUE

Progressos foram alcançados no país no sentido de cumprir com os 8 ODMs. Todavia, o país necessita de redobrar os seus esforços para atingir os ODMs e os compromissos assumidos durante a Cimeira Mundial de Alimentação de “reduzir o número da população malnutrida em 50% até o ano 2015”. Para tal, é necessário que Moçambique tenha um nível de desenvolvimento vigoroso com a taxa de crescimento do PIB ao redor de 8%.

Durante a década passada, o país aprovou uma série de políticas, estratégias e planos de acção multi-sectoriais e as actividades foram e continuam ser implementadas por vários intervenientes tais como o Governo, ONGs, sociedade civil e as parcerias com as organizações da Nações Unidas e bilaterais como uma forma de reforçar a resposta nacional na redução da Pobreza, Fome e Malnutrição Crónica no país, conhecida como a Tripla Ameaça.

O Ministério do Plano e Finanças através da Direcção Nacional do Plano e Orçamento, têm a responsabilidade de monitorar a implementação do PARPA e o conjunto do ODMs, usando nomeadamente o Plano Económico e Social (PES), e o desenvolvimento dos instrumentos de planificação e análise de políticas para dirigir as intervenções de curto, médios e longo prazo (2015).

O Conselho Económico do Conselho de Ministros aprecia regularmente as matérias de Segurança Alimentar e Nutricional.

Os ODMs devem ser preferencialmente descentralizados ao nível do país e deve-se permitir a desagregação dos diagnósticos a nível Regional, Provincial e Distrital, bem como, assegurar a existência de um sistema de monitoria e avaliação simples e mensurável como uma forma de garantir o acompanhamento dos programas de erradicação da pobreza, fome e malnutrição crónica.

XII. A GARANTIA DO DHAA EM MOÇAMBIQUE

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é reconhecido em vários documentos da lei internacional e pelos vários Estados. O DHAA surge como resultado do Compromisso Internacional aquando da Cimeira Mundial da Alimentação (1996), tendo sido definido como : *“A disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais dos indivíduos, os alimentos são livre de substâncias nocivas e alimentos são aceitáveis dentro do seu contexto cultural”*.

Em 2000 a Convenção sobre Direito Económico-social- cultural passou a incluir o DHAA.

As vantagens da abordagem do DHAA são as seguintes:

- Permite uma visão global de todos os direitos humanos e da sua divisibilidade, evidenciando que outros direitos não podem sobrepor-se às necessidades básicas de sobrevivência das pessoas com dignidade;
- Permite estabelecer claramente as responsabilidades, não só do Estado nas suas várias formas, mas também de outros actores sociais, tais como os grupos privados, a sociedade civil, etc.

Em Moçambique : existem várias iniciativas de aplicação do DHAA, sendo de destacar:

1. Iniciativas multi-sectoriais envolvendo Estado, ONGs e algumas instituições da sociedade civil (ex: conteúdos de educação SAN nas escolas; a criação de laboratórios nacionais, e leis que tratam da qualidade dos alimentos, da água, do saneamento, uso de produtos químicos, etc.);
2. Existência de redes de ONGs que trabalham com a questão de protecção dos alimentos e biotecnologia;
3. Fundos de Fomento Agrário ;
4. Lei sobre a Família;
5. Programa Acção de Redução da Pobreza Absoluta (PARPA);
6. Hortas Escolares;
7. Estudos sobre Alimentação nas Prisões.

Porém, estas iniciativas não são suficientes, verificando-se ainda muitos estrangulamentos para que esses direitos sejam exercidos. Por outro lado, verifica-se um distanciamento entre as intenções das iniciativas e a sua real implementação.

Um dos principais factores a serem observados é a falta do envolvimento do nível de base: famílias, comunidades, ONGs e as Organizações baseadas na comunidade (OBC). Há também uma lacuna enorme em relação à educação e ao conhecimento dos direitos por parte dos indivíduos e da colectividade.

Actualmente, os constrangimentos identificados como mais importantes para o DHAA, são:

- Fraco poder implementação de Programas, o que requiere: maior descentralização, melhor gestão, combate à corrupção no interior do Estado;
- Confrontação de barreiras sócio-culturais, especialmente no que se refere às questões de Género;
- Falta de estruturas para exigir o cumprimento do direito (e eventuais reparações, no caso do não cumprimento), tais como tribunais, magistrados, etc.;
- Ausência de quadro jurídico que institucionalize o DHAA.

Como forma de superar esta situação, é preciso, entre outras acções, reforçar a capacidade das pessoas resistirem às adversidades para poderem buscar, através da sua organização, a solução para os problemas. Em outras palavras, promover o empoderamento das populações pobres.

Ao nível técnico é necessário definir os indicadores facilmente mensuráveis e claros, para favorecer o diálogo entre a população e os tomadores de decisão, buscando corrigir as medidas adoptadas.

XIII. CONCLUSÕES

A. Situação SAN

Desde 1992, o país atingiu um progresso significativo no âmbito da restauração da produção alimentar. A produção dos alimentos de base, particularmente o milho, tem aumentado com a redução dos níveis da ajuda alimentar. Actualmente o país é virtualmente auto-suficiente em termos de produção de stock alimentar com excepção do arroz e trigo. Este crescimento é regionalmente assimétrico sendo o Sul o mais deficitário e o centro e norte mais produtivos. A produção de alimentos é influenciada pelos choques associados à seca e o HIV/SIDA o que, torna uma ameaça para perpetuar o ciclo da pobreza em Moçambique.

O crescimento de produção não tem estado a caminhar paralelamente com a melhoria do estado nutricional. De realçar que na última década a Taxa de Desnutrição Aguda reduziu ligeiramente no país, mas a Taxa de Malnutrição Crónica aumentou nos últimos cinco anos. A situação de SAN para uma grande parte da população mantém-se precária.



B. Situação Institucional e Tratamento da Agenda de SAN:

- Os desequilíbrios na implementação de programas de desenvolvimento vs emergência, têm proporcionado mais intervenções ligadas a ajuda alimentar em detrimento das intervenções integradas (melhoria do acesso aos serviços de saúde e água, desparasitação, insumos de produção, vacinação, IEC, etc.), que incluem outras causas de insegurança alimentar e nutricional, (além do acesso aos alimentos), que também contribuem para o processo de desenvolvimento a longo prazo.
- A localização institucional do SETSAN e da Repartição de Nutrição mostra que o atendimento dos assuntos de SAN são subestimados em termos de advocacia, alocação de recursos humanos e financeiros e priorização na implementação dos programas tanto ao nível central como provincial.
- A coordenação com os intervenientes de SAN tem vindo a melhorar, todavia existe a necessidade fortalecê-la, particularmente no tocantes a multi-sectoriedade dos assuntos (saúde, pobreza e desenvolvimento rural) e descentralização dos programas multi-sectoriais ao nível das províncias e distritos.

A sociedade civil que lida com a SAN está fraca. A coordenação de intervenções de SAN estão mais associados a ajuda alimentar no âmbito da emergência. Todavia, o surgimento da Rede de Organizações de Segurança Alimentar (ROSA), ainda que em estagio embrionário, é uma iniciativa de louvar.

A Avaliação da Implementação da ESAN (1998):

Está em processo a avaliação da implementação da ESAN. Ao nível das províncias os resultados preliminares indicam que o SETSAN-Ps começam a ter uma maior visibilidade

de coordenação inter-institucional e multi-sectorial incluindo as ONGs, e a sociedade civil. Ao nível central, os resultados preliminares indicam que a SAN não é visualizada de uma maneira forte dentro programas sectoriais do governo, incluindo o PARPA. É importante fazer uma forte advocacia para inserir a ESAN no PARPA II (Março 2005)

1. ODM:

Apesar de um forte crescimento económico e aumento significativo da produção agrícola no país, a situação actual mostra que é pouco provável que o ODM de “*reduzir em 50% a população que sofre de fome*” seja atingida até 2015. Os ODM’s não são claramente monitorados e avaliados (M&A) ao nível do PARPA e dos sectores: estes são indirectamente M&A através do PES do MPF. É importante que as instituições do sector público, sociedade civil e o sector privado tenham mecanismos claros de monitoria e avaliação dos ODMs.

Tabela 5: Progresso de Moçambique no Desenvolvimento das Metas do Milénio

Fonte: Report on the Millennium Development Goals Mozambique 2002

Progresso de Moçambique no Desenvolvimento das Metas do Milénio								
Metas/Objectivos	Metas/Obejectivo serao Atingidos?				Abiente Favoravel			
Pobreza Absoluta Reduzir a metade o número de pessoas vivendo de miseria absoluta	Provavel	Potencial	Pouco Provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
HIV/SIDA Reverter a dessiminação do HIV/SIDA ate 2015	Provavel	Potencial	Pouco Provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Fome Diminuir a metade o numero de pessoas que sofre de fome ate 2015	Probably	Potentialy	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Accessoa Água Potável Diminuir a metade a porporção sem accessoa Água potavel ate 2015 e alcançar uma melhoria significativa para pelo menos 100 milhoes de campneses ate 2020	Provavel	Potencial	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Educação Alcançar o acesso universal a educação primaria ate 2015	Provavel	Potencial	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Igualidade de Género Eliminar a desigualdade de genero na escola primaria e secundaria preferencialmente ate 2005 e a todos os niveis	Provavel	Potencial	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Mortalidae infantil Reduzir a mortalidade de criança >5 anos em 2/3 ate 2015	Provavel	Potencial	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Saúde materna Reduzir a taxa de mortalidade materna em 3/4 ate 2015	Provavel	Potencial	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
MALARIA Reverter a incidencia da Malaria e outra grandes endemias ate 2015	Provavel	Potencial	Pouco	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac
Meio Ambiente Integrar os principio os desenvolvimentos sustentaveis nas politicas do pais e reverter a perda dos recursos ambientais	Provavel	Potencial	Pouco provavel	Sem Dados	Forte	Razoavel	Frac mas em desenvolvimento	Frac

2. DHAA:

Em Moçambique existem várias iniciativas de aplicação do DHAA. Todavia, constata-se que o país ainda não aderiu ao Pacto Internacional dos Direitos Sociais Económicos e Culturais e nenhuma das revisões constitucionais acima referidas incluiu o Direito a Alimentação Adequada entre os direitos fundamentais dos cidadãos. É necessário fazer-se uma forte advocacia no sentido de adesão e implementação dos instrumentos internacionais referidos.

XIV. RECOMENDAÇÕES

Tripla Ameaça:

- ✓ Programas para responder a crise humanitária têm que ser holisticamente concebidos e não focalizados apenas na ajuda alimentar.

Situação institucional do SETSAN:

- ✓ De maneira a viabilizar a articulação inter-institucional e coordenação de acções, o SETSAN deveria estar num nível hierárquico de governo ligado à Presidência;
- ✓ Deve-se operacionalizar a funcionalidade do SETSAN no Conselho Económico de Ministros, segundo foi previsto durante a sua aprovação.

Avaliação da implementação da ESAN

- ✓ Em termos de garantia do DHAA é necessário ratificar as convenções relevantes e criar uma lei nacional e mecanismos de mitigação alimentar e nutricional;
- ✓ Melhorar a coordenação e o envolvimento da Sociedade Civil;
- ✓ Fortalecer programas de comunicação sobre o DHAA a todos os níveis.

ODM

- ✓ É importante definir indicadores e ações de M&A dos ODM's no PARPA;
- ✓ Em termos específicos é necessário criar mecanismos de desenvolvimento industrial que possibilitem ações de fortificação de alimentos

XXIII. REFERÊNCIAS

1. MADER, 2003. Plano de Acção para a redução do impacto da estiagem e seca.
2. INE, 2001. Questionário de Indicadores Básicos de Bem Estar, Relatório Final.
3. MPF, 2001. População e Desenvolvimento em Moçambique, Cairo +7.
4. República de Moçambique, 1990, Constituição de Moçambique.
5. MADER, s/a, Novembro. Anteprojecto do Documento Estratégico do ProAgri.
6. Boletim da República, 2004. Lei da família. Suplemento No 34.
7. Instituto Nacional de Estatística, 2004. Índice da Actividade Económica. Série de Estatísticas Básicas.
8. Instituto Nacional de Estatística, 2004. Estatísticas Sociais, Demográficas e Económicas de Moçambique.
9. Inquérito Demográfico e de Saúde, 2004.
10. FAO, 2000. Food Security and Nutrition Profile.
11. Economist Intelligence Unit “Country Profile, 1995/96
12. Economist Intelligence Unit “Country Report: Mozambique, Malawi”, January 2002.
13. Economist Intelligence Unit “Country Report: Mozambique”, 2000.
14. World Bank “ World Development Report 2000/2001 – Attacking Poverty “.
15. Sam Moyo, Phill O Keefe and Michael Sill “ The Southern African Environment – Profiles of the SADC Countries” Earths Publications Limited, 1993.
16. PNUD, 2000. Moçambique, Educação, desenvolvimento humano: Percurso, lições e desafios para o século XXI. Relatório de Desenvolvimento
17. Martins, Hélder et al. 2004. Primeira parte da Versão Preliminar da Análise da Situação em vista da “Componente Estratégica dum Plano Nacional Multi-sectorial de Combate ao HIV/SIDA.
18. Martins, Hélder et al. 2004. Proposta de “Componente Estratégica dum Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique.
19. Mather, David; Marulle, Higinio; Donovan, Cynthia; Weber, Michael; e Alage, Albertina, 2004. Analysis of Adult Mortality within Rural Households in Mozambique and Implication for Policy.
20. Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Rural, DINA, 2004. Relatório Final da Situação da Campanha Agrícola 2003/2004 em Moçambique
21. Ministério de Desenvolvimento Rural, DINA, 2004. Relatório Anual da VII Reunião Anual da DINA.
22. Metas do Desenvolvimento do Milénio
23. Ministry of Health, 1999. Nutrition Department “Strategy to combat micronutrient deficiencies in Mozambique.
24. Ministério do Plano e Finanças, Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura e Pescas, Ministério da Industria Comercio e Turismo “Plano de Acção Sobre Alimentação e Nutrição, Dezembro 1995.
25. Ministério da Industria e Comercio, DNC, 2004. Balanço da Estratégia da Comercialização Agrícola 2000/04 e Perspectivas.
26. Ministério da Indústria e Comércio, Direcção Nacional do Comércio, 2004. Estimativas de Excedentes e Défice de Milho, Boletim No 66.
27. Ministério da Saúde, Departamento de saúde da Comunidade. Proposta de “ Componente Estratégica dum Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique. Amputo, Março 2004
28. USAID, MISAU, 1997. Nutrition of Young Children and Their Mothers in Mozambique.
29. World Bank “Consultative Group Meeting for Mozambique”, Maputo, October, 2001.
30. Government Document, Consultative Group “Poverty Reduction Strategy Steps to Follow”, October 2001.

31. Roger Shrimpton, 2002. A strategic Plan for Nutrition in Mozambique.
32. Republica de Moçambique, 1998. Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional.
33. República de Moçambique, 2004. Conselho Nacional para o Avanço da Mulher: proposta sobre a institucionalização das unidades de Género.
34. República de Moçambique, Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Rural, Unidade do Género, 2002. Resultados Preliminares do Diagnóstico do Género-2002.
35. República de Moçambique,, Instituto Nacional de Gestão de Calamidades, 1999. Política Nacional de Gestão de Calamidades.
36. República de Moçambique, 2001. Estratégia da Comercialização Agrícola para 2000-2004.
37. República de Moçambique, MIC/DNC, 2004. Balanço da Estratégia da Comercialização Agrícola 2000/04 e Perspectivas.
38. República de Moçambique, 1997. Política e estratégia Industrial.
39. Republica de Moçambique, 2001. Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2001-2005.
40. República de Moçambique, 2004. ProAgri II Documento Estratégico.
41. República de Moçambique, Ministério das Pescas, 2003. política Pesqueira e Estratégia de Implementação (PPEI).
42. República de Moçambique, Sem Ano. Política e Estratégia Nacional do Género , em processo de aprovação.
43. Republic of Mozambique, 2002. Report on the Millenium Development Goals.
44. Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição/Grupo de Análise de Vulnerabilidade, 2004. Análise de Vulnerabilidade Corrente em Sete Províncias de Moçambique.
45. Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição, 2003. INFOFlash No 2.
46. Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição, 2004. INFOFlash No 3.
47. Secretariado Técnico de segurança Alimentar e Nutrição e UNICEF, 2003. Sumário da Análise adicional dos dados demográficos de Nutrição e de Saúde: avaliação multi-sectorial do impacto da situação humanitária nas vidas das mulheres e crianças Moçambicanas.
48. Suneetha Kadiyala and Stuart Gillepsie, 2003. IFPRI Discussion Paper Brief: Rethinking Food Aid to Figh HIV/AIDS
49. UNICEF, 2004. Country Programme of Co-operation 2002-06. Mid-Term Review.
50. UNICEF, PMA, MISAU, 2004. Evaluation of the Integrated Supplementary Feeding Programme.
51. UNDP. 2001. Mozambique-United Nations Development Assistance Framework (UNDAF), 2002-2006.