



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***

## 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 Gani	MISAU/Nutrição
Tomás Siteo	MADER/DPSA
Veronique Klollhoff	Visão Mundial

## ÍNDICE

FICHA TÉCNICA .....	I
MEMBROS E PARCEIROS DO TASK FORCE.....	I
ÍNDICE.....	I
AGRADECIMENTOS.....	2
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
A. SITUAÇÃO INSTITUCIONAL E TRATAMENTO DA AGENDA DE SAN- .....	6
I. INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	7
II. A EXPERIÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO.....	9
III. CARACTERIZAÇÃO GERAL.....	10
A. A VONTADE POLÍTICA.....	10
B. OS FACTORES GEOGRÁFICO, POLÍTICOS E DEMOGRÁFICOS .....	11
A. <i>Localização Geográfica e Clima</i> .....	11
B. <i>População e a Composição Étnica/ Linguística e Religiosa</i> .....	12
C. <i>Estrutura política ideológica</i> .....	12
IV. MACRO ECONOMIA E REDUÇÃO DA POBREZA.....	14
A. A PERCEPÇÃO DA POBREZA .....	14
B. ECONOMIA NACIONAL E SITUAÇÃO SOCIAL.....	15
C. USO E GESTÃO DE TERRAS .....	15
D. A PECUÁRIA E PESCA.....	17
1. <i>Pecuária</i> .....	17
2. <i>Pescas</i> .....	17
E. FLORESTAS, FAUNA BRAVIA E RECURSOS MINERAIS .....	18
F. A INDÚSTRIA E O COMÉRCIO .....	18
G. SERVIÇOS SOCIAIS, EMPREGO E GÊNERO.....	19
1. <i>Educação</i> .....	19
2. <i>Saúde</i> .....	22
3. <i>Promover, preservar, manter e melhorar a Saúde da Comunidade</i> .....	23
4. <i>Habitação</i> .....	24
5. <i>Trabalho</i> .....	25
6. <i>Gênero</i> .....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
7. <i>Outros Indicadores de Bem estar social</i> .....	27
FONTE DE ÁGUA.....	27
FONTE DE ENERGIA PARA ILUMINAÇÃO .....	27
SANEAMENTO.....	27
V. ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO E PROMOÇÃO DA SAN.....	27
A. <i>Plano de Acção de Redução de Pobreza Absoluta (PARPA)</i> .....	28
B. <i>A Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN)</i> .....	30
1. <i>Os pressupostos da ESAN</i> .....	30
2. <i>Unidade Permanente de Informação</i> : .....	32
3. <i>Unidade Permanente de Análise, Plano, Políticas e Monitoria:</i> .....	33
VI. ANÁLISES DE VULNERABILIDADE A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	34
VII. PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO NUTRICIONAL DO MISAU.....	35
VIII. PLANO ESTRATÉGICO DE COMBATE, CONTROLE E PREVENÇÃO HIV/SIDA DO MISAU (PEN) E DO CNCS (PNCS) .....	42

A.	PLANO ESTRATÉGICO DE COMBATE ÀS DTS/HIV/SIDA (PEN I, 2000-02; PEN II 2004-2008) .....	42
B.	PLANO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA (PNCS II), .....	43
C.	HIV/SIDA E INSEGURANÇA ALIMENTAR E MALNUTRIÇÃO .....	44
1.	<i>Implicações na programação</i> .....	46
2.	<i>Ligações ao tratamento do HIV/SIDA</i> .....	46
D.	ESTRATÉGIA DE EQUIDADE DE GÉNERO .....	47
E.	A AGENDA 2025: VISÃO E ESTRATÉGIAS NACIONAIS.....	47
<b>IX.</b>	<b>DIAGNÓSTICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR.....</b>	<b>49</b>
A.	INFORMAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E MALNUTRIÇÃO .....	49
B.	AS INTERVENÇÕES AOS GRUPOS VULNERÁVEIS .....	51
C.	SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADE ALIMENTARES .....	51
<b>X.</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO .....</b>	<b>53</b>
A.	DIAGNÓSTICO DE SAÚDE .....	53
B.	HIV/SIDA .....	55
C.	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL .....	56
D.	SITUAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE E SUAS MÃES .....	56
1.	<i>Níveis de Desnutrição Crónica e Aguda</i> .....	56
E.	ALEITAMENTO MATERNO .....	57
1.	<i>Carência de Iodo</i> .....	57
2.	<i>Iodização do Sal</i> .....	57
3.	<i>Carência de Vitamina A</i> .....	57
4.	<i>Anemia e Carência de Ferro</i> .....	58
<b>XI.</b>	<b>PRINCIPAIS CAUSAS DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DESNUTRIÇÃO .....</b>	<b>59</b>
A.	CAUSAS IMEDIATAS:.....	59
B.	CAUSAS ADJACENTES:.....	59
C.	CAUSAS BÁSICAS:.....	60
<b>XII.</b>	<b>INTERVENIENTES CHAVES PARA A SAN .....</b>	<b>60</b>
A.	SISTEMAS DAS NAÇÕES UNIDAS .....	61
B.	ASSISTÊNCIA TÉCNICA DAS NAÇÕES UNIDAS, DOADORES E ONGS NA ÁREA DE NUTRIÇÃO .....	62
C.	O CUSTO DE UM PROGRAMA EFICAZ DE COMBATE A DESNUTRIÇÃO .....	62
<b>XIII.</b>	<b>PROGRAMAS E ACÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A SAN DA POPULAÇÃO MOÇAMBICANA .....</b>	<b>62</b>
A.	PROGRAMAS E ACÇÕES QUE CONCORREM PARA A DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS.....	63
B.	PROGRAMAS E ACÇÕES PARA MAIOR ACESSO AOS ALIMENTOS.....	63
C.	PROGRAMAS E ACÇÕES PARA MAIOR UTILIZAÇÃO DOS ALIMENTOS.....	64
D.	ACTUAÇÃO NUTRICIONAL EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	64
<b>XIV.</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....</b>	<b>64</b>
A.	SISTEMA DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL .....	64
B.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE.....	64
C.	OUTROS SISTEMAS: .....	65
<b>XV.</b>	<b>APROGRAMA/ACÇÕES DE SAN COMO INSTRUMENTO PARA A REALIZAÇÃO DAS MDMS EM MOÇAMBIQUE.....</b>	<b>66</b>
	META 1: ERRADICAÇÃO DA POBREZA ABSOLUTA E A FOME .....	66
	META 2: MASSIFICAÇÃO DO ENSINO BÁSICO .....	68
	META 3: PROMOÇÃO DA IGUALDADE ENTRE SEXOS E A AUTONOMIA DAS MULHERES .....	68
	META 4 : REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL .....	68
	META 5: MELHORIA DA SAÚDE MATERNA.....	69
	META 6: COMBATE AO HIV/AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS -(OBJECTIVOS 7 E 8).....	69
	META 7 GARANTIA DA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL.....	70
	META 8: PARCERIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO.....	70
<b>XVI.</b>	<b>A GARANTIA DO DHAA EM MOÇAMBIQUE .....</b>	<b>70</b>

<b>XVII. CONCLUSÕES .....</b>	<b>72</b>
A. SITUAÇÃO SAN .....	72
B. SITUAÇÃO INSTITUCIONAL E TRATAMENTO DA AGENDA DE SAN:.....	72
C. A AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESAN (1998):.....	73
1. MDM:.....	73
2. DHAA: .....	75
<b>XVIII. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>75</b>

## 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	Pesquisa Nacional dos Agregados Familiares
IDS	Inquérito Demográfica e Sanitária
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
MDMs	Metas 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
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
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.

Particular agradecimento vai para a Direcção máxima do SETSAN, sua Presidência e o Secretario Executivo, que autorizou a realização do Estudo de Caso em Moçambique sob a liderança do Task Force formado e a operar ao nível do SETSAN.

Endereçamos 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 do Task Force na fase de consolidação do Estudo de Caso e de preparação da 32a Sessão da SCN decorrido 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).

A Sra. Elisabetta Recine, Consultora, que com sapiência conduziu o Task Force a alcançar os objectivos esperados. Neste âmbito, queremos enaltecer o papel impulsor do Sr. o Roger Shrimpton, Secretario 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

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, desenhos de programas e arranjos institucionais visando promover, prover e respeitar a intervenção mais efectiva na minimização dos efeitos negativos da pobreza e fome no tecido social das populações Moçambicanas.

É dentro desse contexto que se pretende organizar a 32ª Conferência do Comité Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas, a ter lugar em Março de 2005 na Brasília, Brasil. Nessa perspectiva, o Comité convidou 4 países, de língua espanhola e portuguesa, nomeadamente, Angola, Brasil, Bolívia, e Moçambique a realizarem o estudo de caso nacional (ECN) sobre alimentação e nutrição. Para Moçambique, a escolha foi oportuna e coincidiu com as sinergias em curso na implementação de uma nova dinâmica nacional encorajando um postura mais pró-activa do Governo e dos seus parceiros, incluindo a sociedade civil em torno da segurança alimentar e nutricional. O Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), órgão responsável para coordenar as acções no SAN, congratulou-se com a iniciativa e liderou ***O Estudo de Caso Nacional sobre a Segurança Alimentar e Nutrição e sua Contribuição no Desenvolvimento de Moçambique.***

Este exercício, em si, ainda que piloto, representará uma oportunidade para que os países seleccionados a realizar os estudos possam reflectir de forma profunda e participativa sobre prioridades e metas de SAN nos planos nacionais de desenvolvimento para redução da pobreza e erradicação da fome. Neste exercício, a SAN é o ponto de partida de análise no processo de implementação das MDM dos diferentes sectores de desenvolvimento sócio - económico. O DHAA é usado como um instrumento de visualização e análise dos programas de SAN em relação às seguintes considerações respeitar, proteger, realizar e garantir que constituem os componentes primordiais.

Os objectivos do ECN foram delineados com vista a responder as seguintes questões:

- Até que ponto os componentes de alimentação e nutrição estão efectivamente incorporados no planificação e operacionalização das políticas e programas relacionadas à SAN visando o alcance das MDM em Moçambique?
- Como podemos otimizar nossa actuação visando a aceleração do alcance dos MDM?
- É importante institucionalizar a garantia do DHAA em Moçambique ?
- Como se poderá institucionalizar a garantia do DHAA em Moçambique?

Com vista a alcançar os objectivos preconizados no presente ECN, formou-se o *Task Force (TF)* composto membros do Governo, Organizações da Nações Unidas, ONGs e a sociedade civil ao nível do SETSAN. Este documento resulta de um exercício participativo e interactivo de auscultação e trabalho com os membros do TF num período de Setembro 2004 à Fevereiro 2005, tendo por finalidade fornecer uma abordagem holística do tratamento da SAN em Moçambique. O ECN será apresentado na a 32ª Conferência do Comité Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas, a ter lugar em Março de 2005.

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-económicos em todo o território.

Moçambique é dotado de recursos naturais potenciais, que na base da boa governação política, 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 moçambicana. 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.

Moçambique não aderiu ao Pacto Internacional dos Direitos Sociais Económicos e Culturais (PIDESC) e nenhuma das revisões constitucionais acima referidas incluiu o Direito a Alimentação Adequada entre os direitos fundamentais dos Cidadãos. Apesar disso, a segurança alimentar e nutricional é preocupação do Estado, pois que ao mais alto nível Moçambique participou na Conferência Mundial de Alimentação e Nutrição em 1996. É necessário fazer-se uma forte advocacia no sentido de adesão e implementação dos instrumentos internacionais referidos e a inclusão do Direito à Alimentação na Constituição da República. O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) 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 DHAA nomeadamente:

- 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.)
- Existência de rede de ONGs que trabalham com a protecção dos alimentos e biotecnologia
- Fundo de Fomento agrário, e pesqueiro
- Lei sobre a Terra,
- Lei sobre a Família
- Programa de Acção de Redução da Pobreza Absoluta (PARPA)
- Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN), etc.

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. 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 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.* A ESAN surge como um resultado concreto da Cimeira Mundial de Alimentação em 1996 durante a qual Moçambique, na pessoa da Sua Excia Presidente da República, se comprometeu em reduzir o número de pessoas malnutridas em 50% até 2015. Embora a magnitude deste compromisso ainda não possa ser quantificado com exactidão, trata-se de um desafio gigantesco de toda a sociedade Moçambicana que, sob a liderança do SETSAN, juntaram as sinergias para de uma forma coordenada, participativa e descentralizada, actuar para minimizar as causas da pobreza e da insegurança alimentar e desnutrição crónica no País.

**Situação de SAN-** Desde 1992, observou-se no País um progresso significativo no âmbito da restauração da produção alimentar. A produção dos alimentos de base, particularmente o milho, tem aumentado e conseqüentemente a redução da ajuda alimentar. Virtualmente o País é 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 produtivo. A produção de alimentos é influenciada pelos choques associados à seca, cheias, ciclones e o HIV/SIDA o que, torna uma ameaça para perpetuar o ciclo da pobreza em Moçambique. Embora ao nível macro-económico o país consegue atingir a soberania alimentar importa referir que o acesso aos alimentos ainda não é para toda a população havendo regiões e grupos populacionais expostos à bolsas de fome transitória. Para minimizar os efeitos nefastos da fome o Governo, parceiros tem vindo a levar a cabo desde 1997 análises de vulnerabilidade com vista a identificar as populações em situação de insegurança alimentar e desnutrição. Com bastante agrado, nos últimos três anos o número de pessoas em situação de insegurança alimentar extrema têm vindo a diminuir graças ao efeito combinado das intervenções que visam essencialmente fortalecer a capacidade produtiva das famílias (ex. a realização das feiras de sementes), programas de maneio e gestão de água (bombas pedestais), plantio de culturas adaptadas à seca (mandioca e batata doce), a ajuda alimentar, desparasitação e vacinação das crianças (0-5 anos), educação da população na melhoria das práticas de preparação dos alimentos e outras.

**Situação nutricional-** 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 (Peso/Altura), 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/Idade), observa uma descida (8% em 997 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).

**Causas da insegurança alimentar e desnutrição-** 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. As causas imediatas estão ligadas à: falta de reservas alimentares (carência de stocks em pelo menos 4 meses/ano), Desastres naturais (secas recorrentes, cheias, ciclones) afectando 10% da população, Limitado poder de compra dos AFs, 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%). As causas Adjacentes estão directamente associadas à: Fraco poder de compra (68% do orçamento familiar é gasto em compras de alimentos sendo necessário 3 salários mínimos para ter cesta básica mensal), Acesso físico deficitário ao mercado nas zonas remotas, Altos custos de transporte das zonas excedentárias para deficitários , Baixo acesso (36%) aos serviços de saúde (ex. 68% nas áreas urbanas e 20.9% rural), 1 médico para 26,545 habitantes e 1 trabalhador de saúde para 969 habitantes, a percentagem de crianças (12 - 23 meses) completamente Imunizadas: 63, Alta taxa de mortalidade materna (408/100,000 mortes maternas), pobreza *absoluta* ( 54%, da população vive com menos de 1 usd/dia), e *baixo acesso à água potável e saneamento* ( 36% água). As causas básicas estão associadas à: Baixo nível de escolaridade (ex. Frequência do Ensino Primário é de 61% ), Alta taxa de analfabetismo (53.6%) sendo este mais acentuado nas mulheres ( 68%), Tabús, crenças e práticas tradicionais e religiosas e estilos de vida saudável, Fraca capacidade de descentralização (planificação, gestão, intervenção, monitoria e avaliação), e Falta de quadro jurídico .

**Programas e acções SAN** - Os programas e acções SAN são agrupadas neste documento à luz dos três pilares da ESAN:

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

Observam-se alguns desequilíbrios na implementação de programas de desenvolvimento vs emergência. De um modo geral os programas implementados nas três vertentes da ESAN são mais concentrados em resolver os problemas de emergências, e assentam na implementação de actividades assistencialistas e pouca atenção é dada aos programas de desenvolvimento que têm uma génese estrutural. Esta constatação indica a importância de se realizar uma planificação e implementação holística dos programas de SAN no País que visa de forma concreta reverter os altos índices de desnutrição crónica ora observados.

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 a MDM de “*reduzir em 50% a população que sofre de fome*” seja atingida até 2015 se esforços no forem redobrados.. O ECN observou que de um modo geral os ministérios sectoriais e o PARPA não têm mecanismos de Monitoria e Avaliação das MDMs, sendo estas indirectamente M&A através dos Planos Económico e Social do Governo. É importantes que os sector público, sociedade civil e o sector privado tenham mecanismos claros de monitoria e avaliação das metas.

#### **A. Situação institucional e tratamento da agenda de SAN-**

- A localização institucional do SETSAN e do Repartição de Nutrição mostra que o atendimento aos 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 fortalece-la, particularmente no tocante 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 tem um nível de actuação fraco. A coordenação de intervenções de SAN estão mais associados a ajuda alimentar no âmbito da emergência. Todavia existe uma iniciativa de louvar, ainda em estagio embrionário, do surgimento da Rede de Organizações de Segurança Alimentar (ROSA).

Em jeito de **conclusão** o ECN mostra que o Governo deu um salto qualitativo e digno de louvar na implementação de reformas económicas que permitiram reverter o declínio da produção, o aumento da renda das famílias e fortalecer a balança de pagamentos. Estas reformas combinadas com a Paz criaram um ambiente favorável para o País ter um desenvolvimento económico assinalável. Todavia existe a necessidade do Governo com o apoio da sociedade civil e dos parceiros de cooperação internacional adoptar uma abordagem pró-activa com vontade política, alocação de recursos humanos e financeiros para a implementação de programas SAN, através da abordagem do DHAA como uma das premissa para o desenvolvimento do capital humano. Por outro lado, é necessário imprimir mais visibilidade (colocando num nível que permita maior actuação e articulação inter-ministrial). No tocante a coordenação multi-sectorial a definição clara dos papéis (obrigações e deveres) de cada sector é determinante para o sucesso da implementação dos planos de acção sectoriais e multi-sectorial de SAN.

## 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, desenhos 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 das populações moçambicanas.

É dentro desse contexto que se pretende organizar a 32ª Conferência do Comité Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas, a ter lugar em Março de 2005 na Brasília, Brasil. Nessa perspectiva, o Comité decidiu convidar 4 países, de expressão espanhola e portuguesa, nomeadamente, Angola, Brasil, Bolívia, e Moçambique a realizarem um estudo de caso nacional sobre alimentação e nutrição. Para Moçambique, a escolha foi oportuna e coincidiu com as sinergias em curso na implementação de uma nova dinâmica nacional encorajando um postura mais pró-activa do Governo e dos seus parceiros, incluindo a sociedade civil em torno da segurança alimentar e nutricional. O Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), órgão responsável para coordenar as acções no SAN congratulou-se com a iniciativa e liderou o **Estudo de Caso Nacional sobre a Segurança Alimentar e Nutrição e sua Contribuição no Desenvolvimento de Moçambique**.

A iniciativa global do Comité Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas pretende, através desses estudos, 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 das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM's) e a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Este exercício, em si, ainda que piloto, representará uma oportunidade para com que os países seleccionados a realizar os estudos possam reflectir de forma profunda e participativa sobre prioridades e metas de SAN nos planos nacionais de desenvolvimento para redução da pobreza e erradicação da fome.

Pelo facto do estudo ter sido realizado de uma forma participativa envolvendo todos os sectores da sociedade de Moçambique, fará com que se eleve a consciência nacional sobre o assunto e ao mesmo tempo assegurar que o País tenha uma representação consciente e capaz durante 32ª Sessão, e daí poder influenciar de forma contundente, o processo de decisões futuras nos programas de intervenções para o combate a pobreza e á fome.

As MDMs 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 numa Parceria Mundial para o Desenvolvimento.

O DHHA é tratado neste documento como sendo *a disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais dos indivíduos, livres de substâncias nocivas e aceitáveis dentro do seu contexto cultural* onde os Estados tem como obrigação de i) Respeitar, ii) Proteger, iii) Realizar (nas suas dimensões de Promover/facilitar) e de iv) Garantir (Direito de recurso e reparação) que os sujeitos de direito tenham o acesso seguro e a todo tempo aos alimentos em quantidade e qualidade desejada.

No ECN a SAN é usada como ponto de partida para analisar como ela esta influenciar no processo de implementação das MDM dos diferentes sectores de desenvolvimento sócio economico no País. E o DHAA é usado como um instrumento de análise para visualizar como os programas de SAN abordam os questões ligadas ao respeitar, proteger, realizar e garantir a implementação dos programas.

O ECN tem como objectivos analisar as seguintes questões:

- Até que ponto os componentes de alimentação e nutrição estão efectivamente incorporados no planeamento e operacionalização das políticas e programas relacionadas à SAN visando o alcance das MDM em Moçambique?
- Como podemos otimizar nossa actuação visando a aceleração do alcance dos MDM?
- É importante institucionalizar a garantia do DHAA em Moçambique ?
- Como se poderá institucionalizar a garantia do DHAA em Moçambique?

Para responder as questões aqui apresentadas, o documento apresenta 14 capítulos sendo respectivamente:

- Introdução e objectivos do Estudo
- A Experiência de realização do estudo de caso
- Caracterização geral
- Macro economia e pobreza
- Serviços sociais, emprego e género
- Estratégias nacionais de desenvolvimento e promoção de SAN

- Diagnóstico de Segurança Alimentar
- Diagnóstico de Saúde e Nutrição
- Principais causas de Insegurança Alimentar e Desnutrição
- Intervenientes Chaves de SAN
- SAN como Instrumento para a realização das MDMs em Moçambique
- O DHAA em Moçambique
- Conclusões, e
- Recomendações

## II. A EXPERIÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O processo de elaboração do Estudo de Caso Nacional em Moçambique inclui os passos seguintes:

- Reunião introdutória, Brasília, Augusto 2004
- Formação de um Task Force: Setembro 2004

<p><b><u>Governo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INE</li> <li>• MADER</li> <li>• MIC</li> <li>• MISAU</li> <li>• MOPH/ANE</li> <li>• SETSAN</li> </ul>	<p><b><u>Nações Unidas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FAO</li> <li>• PMA</li> <li>• OMS</li> <li>• UNICEF</li> </ul>	<p><b><u>ONGs:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ANSA</li> <li>• Helen Keller International</li> <li>• Liga dos Direitos Humanos</li> <li>• Visão Mundial</li> </ul>
--	---	---

- Definição dos TdRs
- Elaboração dum Plano de Trabalho
- Definição de Subgrupos de Trabalhos:
  - Disponibilidade e acesso aos alimentos (MADER, MIC, ANE, PMA, FAO, VM, SETSAN),
  - Utilização e uso dos alimentos (MISAU, UNICEF, OMS, HKI, ANSA, VM, SETSAN)
- Recolha de informação e preenchimento da Ficha de Leitura (Set-Nov 2004)
- Análise da Consistência da Informação foi feita com o apoio da consultora do SCN 26 Oct. - 6 Nov 2004, em Maputo
- Realização do encontro de Trabalho à 4 Novembro com 60 participantes o qual foi financiado pela FAO e a UNICEF. Neste encontro foram apresentados os resultados preliminares do EC como uma forma de estimular as discussões e enriquecer o conhecimento tanto sobre o grau de implementação do DHAA nas políticas, planos e programas de SAN como também sobre realizar os trabalhos de grupo com os

diferentes sectores que lidam com a SAN. Nos trabalhos de Grupo foram feitas as análises de como a SAN está a influenciar e/ou contribuir para as MDMs em Moçambique.

- Consolidação do Estudo de Caso Nacional e Preparação da 32ª Sessão (Brasília, Nov. 22-26). Uma equipa de 5 de profissionais do Governo (SETSAN, MISAU), das ONU, a UNICEF e da Sociedade Civil, a LDH participaram nos encontros de Trabalhos que decorreram no Palácio da Presidência em Brasília. Este encontro permitiu a troca de experiência entre Angola, Brasil, Bolívia e Moçambique do ECN bem como traçar linhas orientadoras para a finalização do segundo draft do presente documento.

### III. CARACTERIZAÇÃO GERAL

#### A. A Vontade Política

A situação sócio-económica corrente em Moçambique e por inferência, os níveis da pobreza e da insegurança alimentar é resultado de factores múltiplos, indo desde de duas guerras consecutivas, até ao desequilíbrio geográficos devido a variações em recursos e nos grupos sociais 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 socio-economia em todo o território.

Não obstante isso, Moçambique é dotado de recursos potenciais excepcionais, que na base de boa governação e programas direccionados 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 que infelizmente, atinge ainda, acima da metade da população.

Nessa perspectiva o Governo criou e tem liderado dispositivos concretos que estão em curso e surtindo já efeitos positivos, conforme reconhecido pelos resultados estatísticos e granjeio da simpatia e mobilização dos parceiros internacionais. Por exemplo no ano 2002 durante a reunião do Club de Paris, O Governo de Moçambique submeteu a solicitação de 659,000 \$USD e recebeu- aproximadamente 700,000 , facto único e histórico na vida dos países em desenvolvimento.

De qualquer maneira, de entre muitos importa destacar dois dos programas essenciais do Governo ligado ao tema em apreço. Trata-se do programa do Governo de Moçambique para a Redução da Pobreza Absoluta, PARPA que tem como objetivo principal a redução da actual incidência da pobreza de 70% a 60% em 2005, até 50% em 2015 .

O outro programa tem a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ESAN cujo o objectivo global é de *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*. A ESAN surge como um resultado concreto da Cimeira Mundial de Alimentação em 1996 durante a qual Moçambique, na pessoa da Sua Excia Presidente da República, se comprometeu em reduzir o número de pessoas malnutridas em 50% até 2015. Embora a magnitude deste compromisso ainda não possa ser quantificado com exactidão, trata-se de um desafio gigantesco de toda a sociedade Moçambicana que, sob a liderança do SETSAN, juntaram as sinergias para de uma forma coordenada, participativa e descentralizada, actuar

para minimizar as causas da pobreza e da insegurança alimentar e desnutrição crónica no País.

Nesse contexto, as questões relacionadas à SAN são tratadas como uma das principais dimensões do processo de desenvolvimento económico e humano. Esta importância fundamenta-se no facto de: (i) uma alimentação adequada constituir uma necessidade humana básica, pelo que o acesso à alimentos suficientes, em quantidade e de qualidade apropriada, é uma exigência óbvia e vital; (ii) a produção, transformação, distribuição e consumo de alimentos, isto é; o sistema alimentar, joga um papel fundamental na actividade económica em geral, e contribui para determinar a sua eficácia e eficiência, deste modo, (iii) a garantia da SAN e o conjunto de aspectos relacionados, colocam-se entre os objectivos centrais que devem nortear as políticas económicas e sociais públicas em Moçambique.

## **B. Os Factores Geográfico, políticos e Demográficos**

### **A. Localização Geográfica e Clima**

Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' longitude Este. Ao Norte limita com a Tanzânia; ao Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia; e ao Sul com a África do Sul (Figura 1). Toda a faixa Este, banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2,780 km, tem um significado vital tanto para Moçambique como para os países vizinhos situados no interior que só têm ligação com o oceano através dos portos moçambicanos. A superfície territorial é de 799,380 km<sup>2</sup>.

**Figura 1-** Divisão Administrativa de Moçambique



Devido a localização geográfica, o país é atravessado por vários rios nomeadamente o Zambeze, o Save, o Limpopo, o Incomati, o Sabié, o Umbeluzi e o Maputo, o que implica uma grande diversidade climatologia que varia de Clima Semi-árido Tropical até o Tropical húmido, com duas estações: a chuvosa (Novembro- Março) e a seca (Abril – Outubro). As condições do clima são fortemente influenciadas pela topografia local. As áreas montanhosas (com altitude média de 1.000 m) perfazem 27% da superfície total e a precipitação média anual excede 1.400 m. As áreas de altitude média (400-600 m) cobrem 29 % da superfície total. A precipitação média anual varia entre 800 mm no sul e 1,200 mm no norte. As áreas de baixa altitude que cobrem os restantes 44% da superfície total do país, são predominante secas com precipitação média anual abaixo de 600 mm (Zonas de Economias Alimentares, 2002).

A sua localização geográfica aliado às condições climatéricas faz com que o país seja propenso as calamidades naturais (exemplos, secas, cheias e ciclones), as quais tem impactos sócio-económicos assinaláveis. O norte de Inhambane e interior de Gaza e Inhambane são as

regiões particularmente susceptíveis a secas. As zonas Sul e Centro do país são particularmente propensas a seca e cheias.

O País tem 11 províncias administrativas, incluindo a cidade de Maputo (a capital do País), que também é classificada administrativamente como província (Figura 1). As províncias são agrupadas geograficamente em três regiões: Região Norte (Niassa, Cabo Delgado, Nampula), Região Central (Zambézia, Tete, Sofala, e Manica), e Região Sul (Inhambane, Gaza, Maputo e a Cidade de Maputo).

## **B. População e a Composição Étnica/ Linguística e Religiosa**

As projecções demográficas do Censo de 1997 apontam para uma população de cerca de 18,9 milhões de habitantes em 2004, dos quais cerca de 52% são mulheres e mais de 44% com menos de 15 anos e 18% com menos de 5 anos de idade. Cerca de 32.6% da população vive na região Norte, 41.9% na região Sul e 24.5% na região Sul. A distribuição da população não é homogénea, as províncias de Nampula e Zambézia que cobrem 22 % da superfície total do país e possuem uma população de 38 e 30%, respectivamente.

As taxas anuais de crescimento da população aumentaram de 1.6% em 1950 para 2.8 em 1980. Os Dados do Censo Populacional de 1997 estima que a taxa de crescimento da população entre 1997 a 2010 venha ser de 1.4%, devido ao impacto negativo do HIV/SIDA. A esperança de vida em 2004, é de 46.7 anos e estima-se que a mesma reduza para 36.4 anos em 2010 devido à pandemia do SIDA.

Nas áreas urbanas, a taxa de crescimento da população é de 5.5%, largamente devido ao êxodo rural. Actualmente cerca de 30 % da população vive nas zonas urbanas, em comparação com 7 % à 20 anos atrás (INE,1997).

Na sociedade Moçambicana existe actualmente maior consciência e sensibilização em relação a pluralidade cultural, que se manifesta pela diversidade linguística, costumes religiosos, social, económica e histórica. A língua Portuguesa é considerada a língua oficial usada na vida pública, e uma fracção pequena da população (24.3%) é fluente em Português escrito e falado, enquanto as línguas Bantú restringem geralmente ao domínio das relações de família, vida social e tradicional e rituais religiosos. Sendo assim, uma grande maioria da população fala uma das 18 línguas nacionais (PNUD, 2000). A língua Makwa é falada por cerca de 27.8% da população seguida de Tsonga, com cerca de 12.4% (INE,1997). Hoje debate-se as vantagens e desvantagens da integração das línguas nacionais no sistema de ensino oficial, o que realmente é compreensível uma vez que as estatísticas nacionais indicam que apenas 6.5% dos 18 milhões de Moçambicanos têm o Português como língua materna (INE, 1997).

No tocante à religião, Moçambique é considerado como sendo um País animista. A religião Muçulmana é predominante no norte e partes do Centro do País; enquanto que, a religião católica e protestante prevalecem no Sul e no interior da região central de Moçambique (INE, 2004).

## **C. Estrutura política ideológica**

O País tornou-se independente de Portugal em 1975, após dez anos de luta armada de libertação nacional movida pela FRELIMO (Frente de Libertação Nacional de Moçambique). A

independência política de Moçambique foi negociada entre a Frelimo e o Governo português no acordo de Lusaka a 7 de Setembro de 1974.

O primeiro Governo moçambicano estabeleceu uma estratégia de transformação socialista da sociedade moçambicana. Entre as suas actividades, até finais da década de 80, o Governo de Moçambique levou a efeito programas amplos no âmbito da educação, saúde e habitação. Reconhece-se, por exemplo, que as campanhas nacionais de imunização contra a varíola, tétano e sarampo, bem como a formação de pessoal especializado, tiveram uma contribuição importante para a redução da mortalidade infantil.

Os anos que se seguiram à Independência foram marcados por um colapso da economia e uma deterioração crescente da estabilidade político-militar e social. Só em 1992 as forças políticas, nacionais e internacionais, chegaram a um acordo com vista ao fim do conflito armado e à estabilização política de Moçambique. Entre outros aspectos, a busca da paz e democratização conduziram à assinatura do acordo de Roma a 15 de Outubro de 1992, entre a Frelimo e a RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana).

Em Outubro de 1994, realizaram-se as primeiras eleições gerais e multi-partidárias, onde o partido Frelimo saiu vitorioso. O novo Governo tomou posse em Dezembro de 1994, tendo criado um programa quinquenal para o período 1995-1999 que foi aprovado pela Assembleia da República através da Resolução 4/95 de Maio do Boletim da República.

#### Caixa 1- resume a situação

##### Caixa 1: Resumo da estrutura política ideológica de Moçambique:

- **Independência** : 1975
- **Presidente** : Joaquim Alberto Chissano
- **Regime Político** : República Multipartidária,
- **O sistema do Governo**: presidencialista
- **Partido no Poder** : FRELIMO
- **Principal Partido da Oposição** : RENAMO
- **Últimas Eleições Legislativas**: 1999
- **Próximas Eleições**: Dezembro de 2004

A primeira revisão da Constituição da República de Moçambique (CRM) ocorreu em 1977 em que foi institucionalizada a Soberania Política e Económica de Moçambique. Em 1987 é aprovada pelo Parlamento a segunda CRM e em 1990 o Partido Frelimo aprovou a terceira CRM. Uma nova revisão da Constituição foi aprovada em Novembro de 2004.

Moçambique 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. Apesar disso, a segurança alimentar e nutricional é preocupação do Estado, pois que ao mais alto nível Moçambique participou na Conferência Mundial de Alimentação e Nutrição em 1996. É necessário fazer-se uma forte advocacia no sentido de adesão e implementação dos instrumentos internacionais referidos.

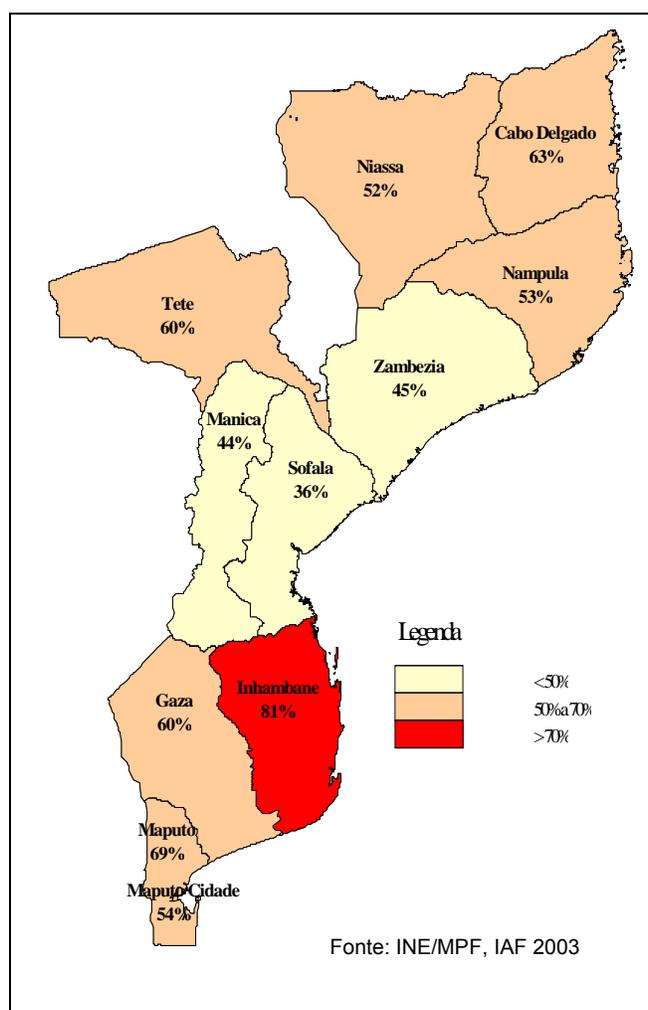
A democracia tornou-se numa realidade com a assinatura de acordo de paz em 1992, e a partir dessa data entrou-se numa fase de descentralização dando mais oportunidade as

autarquias: Com isso criou-se um ambiente apropriado, que ainda está por se consolidar, que irá permitir reverter as tendências das definições das prioridades de investimentos, sobretudo na área de combate á pobreza e a fome, dando maior oportunidade aos potenciais beneficiários de participantes no processo de diagnóstico, desenho, implementação e monitoria das diversas acções.

#### IV. MACRO ECONOMIA E REDUÇÃO DA POBREZA

Figura 2-Linha de Pobreza em 2003: Percentagem da População

Vivendo na Pobreza



A partir da 1985, o Governo de Moçambique iniciou um programa de reformas económicas e diálogo com as principais instituições económicas internacionais, nomeadamente o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, com vista a reactivar a economia. Em 1987, o *Programa de Reabilitação Económica* (PRE) foi introduzido em Moçambique com o objectivo de i) reverter o declínio da produção, ii) garantir um nível mínimo de consumo e renda, especialmente para a população rural, iii) reduzir os desequilíbrios financeiros, iv) fortalecer a posição da balança de pagamentos e v) criar as condições para o crescimento económico. O compromisso do Governo com a reforma económica tem-se traduzido num crescente controle dos mecanismos económico-financeiros e a reactivação da produção nacional. O crescimento económico do país nos últimos anos têm sido robusto, com uma taxa anual de crescimento do PIB de 8% (PARPA, 2001-2005). Apesar do país registar um significativo crescimento económico, Moçambique continua a ser classificado como um dos países mais pobres do Mundo com o Índice do Desenvolvimento Humano (IDH) que se situa em 170º lugar entre os 175 países.

##### A. A percepção da pobreza

O Inquérito aos Agregados Familiares (IAF, 2003) recentemente publicados indicam que a taxa de pobreza absoluta reduziu em Moçambique passando de 69.4% em 1996-7 para 54.1 % em 2002-3. A mesma fonte indica que em 2003 a população vivendo na pobreza nas áreas rurais (55%) era mais elevada que aquela das áreas urbanas (52%). No entanto, devido a factores

adversos a incidência da pobreza tem as suas variantes ao longo do país o que requer intervenções desagregadas e de acordo com o potencial e oportunidades geográficas. (vide figura 2)

Por outro lado os efeitos das intervenções tem sido diferente ao longo do território.

Por exemplo a DNPO et. al, 2003, indica que as provinciais com maiores taxas de redução da pobreza (ex. Zambézia, Tete, Manica e Sofala) apresentam altas taxas de seroprevalência do HIV/SIDA; o que, efectivamente poderá influenciar na redução da esperança de vida da população activa com impacto económicos futuros. Esta contradição aparentemente poderá ser atribuída pelo facto de que a projecção da curva da epidemia do HIV ainda não atingiu o *Plateau* desta feita a mortalidade devido ao SIDA continua a ser relativamente baixa até 2002/3, e um impacto mais visível será observado dentro de alguns anos.

## **B. Economia Nacional e Situação Social**

De um modo geral , o País possui recursos naturais favoráveis para impulsionar o desenvolvimento da economia. Com uma superfície territorial de 799,380 km<sup>2</sup>, as águas superficiais (rios, lagoas e lagos), cobrem cerca de 39 milhões de hectares. Das 31 bacias hidrográficas existentes, 15 são particularmente importantes e 9 destas bacias são secções terminais de rios internacionais. O escoamento médio anual é estimado em 216 milhões de m<sup>3</sup> de água, dos quais apenas 100 milhões têm origem em chuvas que ocorrem em Moçambique.

O País tem 10 regiões agro-ecológicas, reflectindo a grande variabilidade de solos e climas. Cerca de 78% da superfície é potencialmente produtiva, e ocupada por florestas com espécies de alto valor comercial que cobrem uma área territorial de cerca de 20 milhões de hectares, o que correspondente a cerca de 24% da superfície total do país.

## **C. Uso e Gestão de Terras**

A Constituição da República indica que a terra pertence ao Estado. O direito de uso da terra é garantido pelo Governo através de arranjos concessionários e aluguer.

A Lei de Terras foi aprovada em 1997, a qual estabelece mecanismos que permitem a segurança de acesso e uso da terra, particularmente para o sector familiar. A primeira prioridade de atribuição do uso da terra é dada às comunidades e às famílias camponesas que usam a terra como fonte primária de geração de alimentos e receitas monetárias. Recentemente, foi introduzida a Lei do Uso e Posse da terra para um período de 50 anos, o que está já a ter um impacto positivo e encorajador para o sector privado, pois este sente-se mais confiante em investir no sector agrário.

A terra cultivável é aproximadamente de 36 milhões de hectares, dos quais apenas 11% a 12% estão actualmente cultivados. Em Moçambique a terra ainda não constitui um factor de produção (MADER/DINA, 2003).

A produção agrícola representa cerca de 32% do PIB e ocupa mais de 80% da população dos quais cerca de 93% dos camponeses encontram-se no sector familiar, 5% esta no sector privado e 2% encontra-se no sector cooperativo (Tabela 2). A taxa de crescimento da produção alimentar indica um incremento na ordem de 8-9% nos últimos 10 anos. Apesar de 45% da terra em Moçambique ser viável para a agricultura, apenas 11% da terra arável está sendo

actualmente utilizada. Isso quer dizer que o impacto do aumento do PIB pode em grande medida ter um largo impacto sobre a pobreza, dado que a esmagadora percentagem da população moçambicana dedica-se à agricultura de subsistência, segundo a informação do Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural (MADER, 2004). Cerca de 4.09 milhões de hectares são cultivados com culturas alimentares diversas, cerca de 60 mil hectares (ha) são ocupados com culturas de rendimento dos quais a cana sacarina ocupa 30,000 ha.

Estudos e inquéritos realizados (MADER/DAP 2001; CAP 2000, 2002; e TIA 2002), distinguem a existência de três tipos de áreas/machambas/explorações: pequenas, médias, e grandes. O sector familiar detém as pequenas e médias machambas, enquanto que, o sector privado detém de grandes machambas (Tabela 1). As produções do sector familiar são maioritariamente para a subsistência da família, e a produção excedentária é destinada para a venda, particularmente nos anos bons. As grandes machambas são maioritariamente exploradas pelo sector comercial.

**Tabela 1**-Sumário das Características do Sector Agrícola em Moçambique, 1999-2000

Indicadores	Tamanho das machambas			Total
	Pequenas	Medias	Grande	
Número de Machambas cultivadas	3,054,106	10,180	429	3,064,715
Total da área cultivada (ha)	3,736,619	67,727	120,977	3,925,324
Área cultivada por família (ha)	1.22	6.65	282	1.28
% das áreas cultivadas com as culturas alimentares básicas	84.4	74.2	7.6	81.8
% da área cultivada com culturas de rendimento	4.7	5.1	30.2	4.5

**Fonte:** Bias, C., and Cynthia Donovan, 2003. "Gaps and opportunities for the agricultural sector in Mozambique" Research Report No. 54E, MADER/DE Research Paper Series, April 2003.

As culturas alimentares principais são o milho, a mandioca, a mapira, a meixoeira, as olioginosas e leguminosas de grão. As principais culturas de rendimento são a cana de açúcar, copra, caju, chá e tabaco. As plantações de açúcar e refinarias são privadas.

As produções dos cereais são influenciadas pelas condições de precipitação observadas durante a campanha agrícola (Outubro/Março). Apesar de ter havido uma fraca distribuição das chuvas no início da campanha agrícola de 2003/04, de um modo geral a produção de cereais (milho, mapira, meixoeira e arroz) foi de 2 milhões de Toneladas (MT), cerca de 11% acima da produção da campanha passada. A produção total de milho foi de 1,437,044 Toneladas (T) ou seja cerca de 15% acima da produção observada em 2002/03. A produção de mapira e meixoeira foi estimada em 390, 494 T, o equivalente a um crescimento de 8% comparativamente a campanha passada. Contrariamente, a produção da cultura do arroz era de 177,419 T, o que, corresponde a 11% de produção mais baixa que aquela obtida em 2002/03 esta redução foi essencialmente causada pela redução das áreas irrigadas e a baixa produção (MADER/DINA, Julho 2004).

O sector da agricultura pode servir de polo de desenvolvimento da economia no País, sendo primordial a existência de um plano estratégico que possa dinamizar a actividade agrária, investigação, e a utilização de tecnologias melhoradas que estimula o crescimento da produtividade e produção da agricultura, e a segurança alimentar e alimentar dos moçambicanos. Altos níveis de produção agrícola tendem também a desenvolver o sector

industrial e a comercialização agrícola, e aumentar as oportunidades de emprego e bem estar, particularmente no meio rural.

O aumento da produção comercial em Moçambique é principalmente devido aos investimentos realizados com as culturas do açúcar, tabaco, chá, citrinos e na pecuária. De um modo geral, o uso de insumos, equipamento é limitado em Moçambique o que em parte contribui para o baixo nível de produtividade agrícola verificados até a data no País. De um modo geral, o uso de insumos, equipamento é limitado em Moçambique o que em parte contribui para o baixo nível de produtividade agrícola verificados até a data no País.

## **D. A Pecuária e Pesca**

### **1. Pecuária**

O sector pecuário é mais uma das importantes áreas da economia nacional e com impacto directo no bem estar da população. Após um declínio substancial, a pecuária está-se a tornar num complemento importante do sector agrícola, sobretudo pelo papel que desempenha para as famílias no combate a pobreza, e melhoria nutricional para além do contributo que dá ao desenvolvimento económico nacional. Estima-se que cerca de 3 milhões de famílias em Moçambique que vivem no meio rural tem actividade pecuária como recurso importante para melhorar a dieta alimentar e a geração de receitas.

Segundo os dados do Censo de 1999/00 estima-se a existência de 700.000 cabeças de gado bovino concentradas nas regiões Centro e Sul e 5 milhões de caprinos concentrados na região Centro do País. Esta fonte estima ainda que os efectivos de suínos rondam a volta de 2,4 milhões e de ovinos estão a volta de 174.000 cabeça. As aves que se encontram de uma forma geral distribuídas para todos os pontos do País também representam uma importante fonte de receitas, sobretudo para as famílias mais pobres (DINAP, 2003).

O Governo, através da Direcção Nacional da Pecuária tem prestado atenção especial a esta matéria, sobretudo nas regiões onde se tem verificado ocorrência de secas cíclicas e ou inundações. Neste sentido importa destacar as seguintes acções em curso: a) Fomento de gado bovino para a melhoria da produção de carne e leite; b) Fomentos de animais de pequenas espécies, especial ênfase para as galinhas locais; c) Promoção de programas de vacinação particularmente o “New castle” e mais recentemente a Febre Afetosa; e) Reabilitação e/ou construção de infraestruturas pecuária.

### **2. Pescas**

Moçambique tem cerca de 2,780 Km de costa coberta pelo Oceano Indico, rico em espécies marinhas. Sendo assim, o sector pesqueiro constitui uma importante fonte alimentar-nutricional e de geração de receitas para as comunidades. Ao nível macro-económico, em 2003, o sector pesqueiro contribuiu com cerca de 3.3% do PIB e cerca de 10% do total de exportação. Dados do Ministério das Pescas indicam que no mesmo ano, a exportação pesqueira contribuiu com cerca de USD 93.2 milhões de dólares americanos. Os produtos pesqueiros, particularmente o camarão são a maior fonte de entradas de divisas do País. Moçambique tem uma riqueza marinha que ainda não é completamente explorada.

O País tem quatro portos importantes, nomeadamente o Porto de Maputo, Beira, Quelimane e Nacala, que são usados para a pesca industrial e semi-industrial. Existe um número

considerável de portos pequenos que são também usados na actividade pesqueira de menor escala. A pesca artesanal é uma prática muito comum observada nas águas do País.

O sector pesqueiro emprega cerca de 80.000 pescadores dos quais mais de 90% encontra-se no sector artesanal.

A Política de Desenvolvimento do Sector Pesqueiro inclui a aquacultura. Nos anos mais recentes existe um grande interesse dos pescadores em desenvolver a aquacultura, particularmente nas zonas costeiras do País.

### **E. Florestas, Fauna Bravia e Recursos Minerais**

Moçambique é essencialmente um país agrário, onde cerca de 76% da terra é coberta por uma vasta floresta ou formações vegetais com uma diversidade biológica e um habitat riquíssimo para a fauna bravia. Os recursos florestais e faunístico (como exemplo os mamíferos, herbívoros, etc.) têm sido considerados como um capital disponível que, com baixos níveis de investimento, poderão gerar divisas ao País. Contudo as contribuições deste sector na economia de subsistência é muito maior que o seu papel na economia formal. No País cerca de 80% da energia consumida pelas famílias rurais e suburbanas provém da biomassa lenhosa e a contribuição dos recursos florestais para o PIB é de cerca de 706 milhões de dólares anuais (MAP, 1999).

O sector familiar é o principal beneficiário e consumidor dos produtos florestais e faunísticos.

O recursos minerais oferecem um potencial de contribuição para o crescimento económico rápido pelo facto deste sector ser directamente ligado à exportação.

### **F. A Indústria e o Comércio**

O programa do Governo tem como objectivos industrial a valorização dos recursos naturais, aumento do valor acrescentado, a diversificação da indústria nacional, a substituição das importações de bens intermediários e o fomento das exportações.

O sector industrial (composto pela indústria extractiva, transformadora e alimentar) era relativamente bem desenvolvido entre os anos 1960 até 1970 e decresceu a partir da independência em 1975 (devido essencialmente a saída massiva dos investidores e posteriormente devido à destruição do parque industrial durante a guerra civil, no pós independência). Depois de 1995, a indústria em Moçambique conhece um desenvolvimento acentuado, ocupando o terceiro lugar em termos de absorção da mão de obra, depois da agricultura e o comércio.

De referir que de 2001 a 2002, a taxa de crescimento económico do País estava associada em grande escala ao investimento externo, particularmente a 2 fase da Industria Metalúrgica (Mozal) e ao gaseduto de Inhambane para a África do Sul.

A indústria transformadora emprega cerca de 3% da população (176.001 pessoas) enquanto que a industria extractiva emprega cerca de menos de 1% da população (27.353 pessoas) segundo os dados do INE (1997).

A Política e Estratégia Industrial foi aprovada pelo Conselho de Ministros em Agosto de 1997 na Resolução 23/97. A política indústria é um instrumento orientador que visa

fundamentalmente contribuir para o desenvolvimento económico e social através do estímulo da produção agro-industrial, têxteis, confecções, metalo-mecânica, materiais de construção, indústria pesqueira, extracção mineira, e a indústria energética, usando recursos naturais numa base sustentável e tecnologias que promovem o emprego.

As políticas do governo no tocante a comercialização visam fundamentalmente a facilitação das trocas comerciais, o alcance da segurança alimentar, o desenvolvimento sócio-económico sustentável, e a redução dos níveis de Pobreza (MIC, 2001). O ambiente resultante da estabilidade política e económica do País desde a altura da assinatura do Acordo de Paz em 1992, impõe a necessidade da implementação de um conjunto de acções que a médio prazo estimule o desenvolvimento do comércio, o aumento da produção agrícola e uma maior competição entre os diferentes intervenientes do mercado. Neste âmbito, a missão do Ministério da Indústria e Comércio (MIC) é aumentar a oferta dos bens de consumo essenciais a vida das populações e reduzir o desequilíbrio das trocas com o exterior.

O comércio tem um papel preponderante para a segurança alimentar uma vez que, este garante o acesso aos alimentos e o intercâmbio entre as zonas excedentárias e as zonas deficitárias em bens de consumo. Na comercialização, o comércio agrícola tem uma particular atenção do Governo, como uma componente galvanizadora para o aumento da produção. O comércio ocupa o segundo lugar (9%) depois da agricultura em termos de absorção de força laboral (INE-QUIBB, 2001), e ocupa cerca de 5.5% da população em Moçambique.

A elevada percentagem da força de trabalho no sector comercial deve-se também a contribuição do sector informal, uma vez que, o sector comercial em Moçambique é dominado pelo sector informal. Não existe um registo exacto mas a informação do MIC indica que aproximadamente 5.911 trabalhadores são afectos aos sectores de venda a grosso e a retalho e a maioria dos operadores comerciais dedicam-se ao comércio informal de bens de consumo, e escoamento de produtos das zonas excedentárias para as deficitárias.

## **G. SERVIÇOS SOCIAIS, EMPREGO E GÊNERO**

A constituição nacional aprovada em 1990 institui como Direito e Dever Económicos e Sociais do cidadão à educação (**Artigo 92**), saúde (**Artigo 94**) trabalho (**Artigo 88**). O Governo optou por apoiar as áreas chaves que possam contribuir directamente no bem estar da população. Daí ter priorizado as áreas da educação, saúde fazendo prevalecer o contexto do género e dos direitos humanos.

### **1. Educação**

O Governo de Moçambique reconhece a educação como sendo um direito básico do cidadão e uma área chave de combate contra a pobreza absoluta, um factor principal do desenvolvimento do bem estar social de forma sustentável e um instrumento importante para a manutenção da Paz e reconciliação nacional.

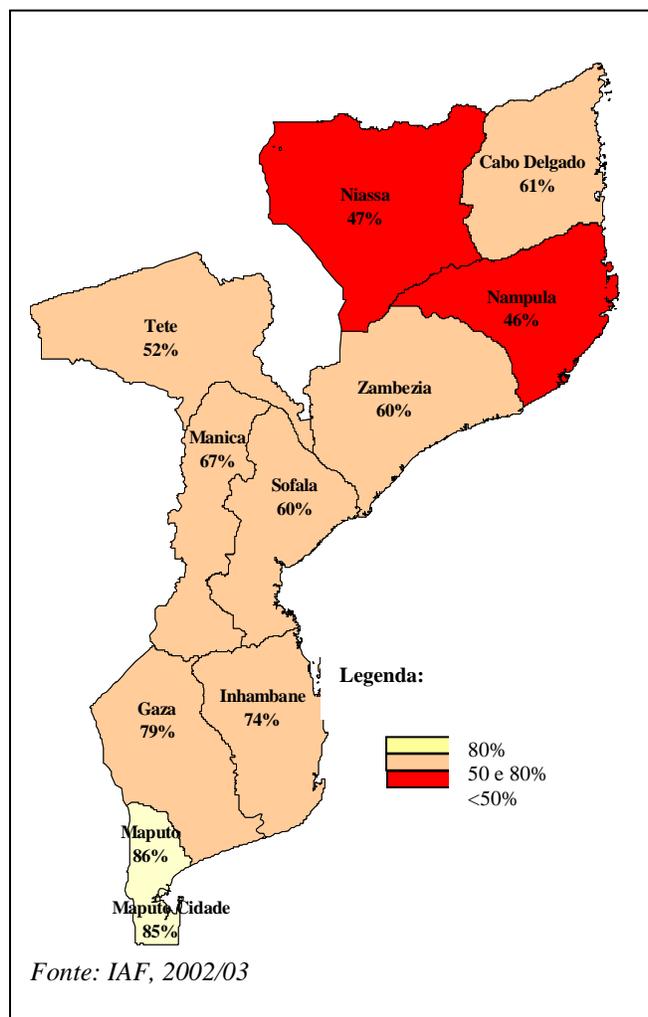
O primeiro Plano Estratégico de Educação (PEE) entrou em vigor em 1995 e inclui três principais objectivos para o sistema educativo:

1. O primeiro objectivo, consiste em aumentar o acesso ao sistema educativo de todos os Moçambicanos, a todos os níveis;

2. O segundo objectivo, consiste em manter e melhorar a qualidade da educação;
3. O terceiro objectivo, preconiza o desenvolvimento de um quadro institucional e financeiro que possa, no futuro, sustentar as escolas e os alunos.

O sucesso da implementação do PEE exigirá uma estreita colaboração entre o sistema educativo a ser implementado pelo Governo, pelas comunidades locais, pelas ONGs e pelas confissões religiosas.

**Figura 3-**Taxa Líquida de Frequência no Ensino Primário do Primeiro Grau (EP1)



A taxa de analfabetismo em Moçambique é acima de 60%, que novamente é exacerbada pelas diferenças das regiões geográficas e por sexo. De realçar que antes da independência a taxa de analfabetismo no País era de 97%, o que claramente indica que progressos galopantes foram registrados após a independência, há 25 anos. A taxa de analfabetismo entre as mulheres (71%) é mais alta que a dos homens (40%) segundo INE (2003). Ainda no esforço de melhorar o bem estar social da Mulher, o Governo tem disponibilizado bolsas de estudo para o ensino superior e outros incentivos como o livro escolar do nível básico, como forma de aumentar o acesso da rapariga nas escolas. Com os parceiros de cooperação, nomeadamente o PMA, UNICEF, o MINED está a implementar a distribuição da merenda escolar enriquecida (CSB, cereais, óleo e feijões) para as raparigas levarem para casa, como uma prática de estimular o acesso destas à escola bem como para contribuir na redução da desistência escolar das raparigas, particularmente nas regiões propensas aos desastres naturais.

A contribuição do sector privado ainda não é muito clara, todavia dados indicam que a concentração das escolas privadas é nos centros urbanos, contrariamente ao meio rural, onde a sua existência é nula devido aos factos destas serem onerosas.

O IAF (2003) indica que a percentagem de crianças com idade do EP1 (6 a 10 anos) em Moçambique é de 61%. A análise agregada mostra que as Províncias de Niassa (47%) e Nampula (46%) têm a mais baixa taxa líquida de frequência no EP1 enquanto que Maputo (86%) tem a mais alta (Figura 3). As discrepâncias são também notáveis para as áreas urbanas (76%) e rurais (59%) bem como para as raparigas (59%) e rapazes (63%).

O acesso das crianças em idade escolar (6 a 17 anos) à EP1 aumentou substancialmente no País nos últimos anos, devido a:

- Expansão e crescimento da rede escolar em 38%, entre 1998 e 2004;
- Existência em todos os distritos do País de uma escola EP2;
- Aumento da capacidade de oferta de serviços educativos (INE 2003).

A oferta educativa, que é normalmente expressa pela taxa bruta de admissão, revela um crescimento bastante acentuado conforme indica a Tabela 2.

**Tabela 2**-Evolução da Rede Escolar, Efectivos do Ensino Primário do 1º e 2º Graus, 1998 a 2004\*

Anos	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Escolas do EP1	6114	6605	7072	7513	7788	8071	8418
Alunos	1.876.154	2.074.708	2.271.266	2.505.811	2.644.405	2.826.362	3.127.624
%Raparigas	42.0	42.7	43.3	44.0	44.6	45.3	
Escolas do EP2	381	448	522	670	823	950	1.121
Alunos	168.777	185.979	209.230	262.134	302.912	351575	422.621
%Raparigas	40.5	40.1	39.4	39.3	39.4	40.0	
*Projecto do Plano para ano 2004							
<b>Fonte:</b> DP-MINED, 2003							

A Tabela 2 mostra que a taxa de matrícula das crianças para o Ensino Básico do Primeiro Grau aumentou de 38.5% em 1998, para 43.6%, em 2003. No mesmo período, tendência similar foi registada em relação à matrícula das raparigas de 42% para 45.3%, respectivamente.

A despesa no sector da educação aumentou cerca de 16 vezes no período de 1990-98, o que correspondeu a um crescimento médio anual de 41,5%. Este crescimento foi ligeiramente superior ao verificado a nível das despesas totais do Estado que foi de 40%. Este volume de crescimento de recursos afectados a educação revela em parte a prioridade que o Estado dá a educação.

As diferenças geográficas e de sexo em termos de acesso às escolas são notórios no País. As regiões Norte e Centro do País são relativamente mais pobres em escolas. A quantidade de escolas existentes numa determinada região é directa ou indirectamente ligada a uma situação de pobreza absoluta.

Embora o acesso à educação primária aumentou consideravelmente no País nos últimos anos, os dados estatísticos de 1999 indicam que Moçambique não irá atingir as MDMs nas quais se preconiza que *todas as crianças moçambicanas tenham o acesso ao ensino primário até 2015.*

De referir que, apesar dos esforços empreendido pelo Governo, os parceiros de cooperação e as ONGs no sentido de aumentar a disponibilidade de escolas e estimular o acesso a educação básica, os dados do INE 2003, indicam que cerca de 24.1% das crianças nunca foram à escola em Moçambique. Esta situação é ainda mais exacerbada nas zonas rurais (29.4%) e na região norte do País (32.7%).

Moçambique é vulnerável aos desastres naturais tais como a seca, cheias e ciclones. Os desastres naturais são infelizmente um factor que, afecta directamente no acesso das crianças moçambicanas à escola. Por exemplo, as devastadoras cheias de 2000 e 2001 afectaram largamente na desistência das crianças à escola, particularmente nas regiões Centro e Sul do país, estas crianças praticamente já foram re-enquadradas de volta à escola, através dos programas de assistência pós emergência e reassentamento da população em lugares seguros.

O Ensino Técnico Profissional tem a responsabilidade de formar e fornecer mão de obra e pessoal técnico altamente qualificado. Desde 1998 até 2003 o Ensino Técnico Profissional conheceu um incremento de 3 escolas para 8, respectivamente. Devido a importância deste sector, o MINED está no processo de reactivar e operacionalizar o Plano Estratégico do Ensino Técnico Profissional.

O Ensino Superior tem conhecido uma progressão assinalável nos últimos anos. Actualmente reconhece-se a necessidade de expandir as universidades nas diferentes regiões do País como uma forma de estimular o acesso ao Ensino Superior e promover o desenvolvimento sócio-económico das diferentes regiões de Moçambique.

## 2. Saúde

Desde a proclamação da Independência Nacional, em 1975, o Governo considera a Saúde como um bem e condição essencial para um desenvolvimento sustentável do Homem, estando actualmente referido na Constituição da República (**Artigo 94**) que *todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, e o dever de defender e promover a saúde.*

A pobreza influencia grandemente no estado de saúde da população e que, embora se possam estabelecer mecanismos para atenuar a pobreza e melhorar o estado de Saúde da população, a solução da pobreza passa pelo desenvolvimento económico e social, pelo que, em última análise, a Saúde da comunidade resulta de um esforço de desenvolvimento multi-sectorial. Desta forma a Política de Saúde do Governo é o somatório das políticas dos diversos sectores com implicações na saúde da população.

Tal como a Educação, a Saúde constitui um direito fundamental dos cidadãos em Moçambique. Portanto o acesso à infra-estruturas e a informação são cruciais para manter a população sã.

A política de saúde está baseada na estratégia de Cuidados de Saúde Primários, de modo a poder prestar assistência à grande maioria da população, em particular os seus grupos mais vulneráveis, tentando em reduzir as elevadas taxas de morbi-mortalidade no País. Os êxitos alcançados nesta política foram, no entanto, severamente afectados pela guerra que afectou o País até 1992.

De acordo com os resultados do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar, (IAF 2002/2003), apenas 36.1% da população moçambicana tem fácil acesso a uma unidade sanitária, ou seja, reside a menos de 30 minutos. Observa-se que a população residente na zona urbana tem maior acesso às unidades sanitária (68.1%) comparativamente à zona rural (20.9%).

No concernente ao tipo de agente ou instituições consultados, o Posto de Saúde (36.9%), o Centro de Saúde (31.7%) são as instituições que apresentam percentagens mais elevadas. O terceiro agente mais consultado é o curandeiro (14.5%), seguindo-se-lhe o Hospital (11.1%). A clínica privada (0.9%), o médico privado (1.0%), e a farmácia foram as instituições ou agentes menos consultados. Embora a percentagem seja insignificante, o médico privado é mais consultado por homens (1.6%), do que por mulheres (0.5%).

A análise residencial mostra que enquanto no meio rural a maioria da população vai para o Posto de Saúde (42.4%) e outras ao Curandeiro (18.9%), na urbana, o Centro de Saúde, e o Hospital têm uma frequência de 36.5% e 25.9%, respectivamente.

A maioria das pessoas que consultaram um agente de saúde manifestaram satisfação, em relação aos serviços prestados (62.4%). No entanto, 37.6% não ficaram satisfeitos devido a: (i) muito tempo de espera (51.7%); (ii) falta de medicamentos (32.6%); (iii) tratamento sem êxito (25%); (iv) muito caro (17.8%); (v) falta de pessoal (12.7%); (vi) corrupção (4.4%); (vii) falta de higiene (3.2%).

As províncias com maior acesso a infra-estruturas de saúde são: Maputo Cidade (75.2%), Maputo Província (69.4%) e Gaza (54.7%). As províncias menos beneficiadas são: Inhambane (21.1%) e Zambézia (21.5%). Porém importa referir que menos de 30% de pessoas tem acesso a infra-estruturas de saúde nas províncias de Tete, Manica, e Niassa.

### **3. Promover, preservar, manter e melhorar a Saúde da Comunidade**

Foram estabelecidas como prioridades da Política do sector saúde as seguintes:

- Preservar e melhorar a saúde da mulher e da criança, através dos programas de Saúde Materno-Infantil, Programa Alargado de Vacinação e Saúde Escolar, num Programa Nacional Integrado;
- Prestação de cuidados de saúde à população vulnerável, em particular às famílias ou indivíduos em pobreza absoluta;
- Prestação de cuidados de saúde à terceira idade;
- Desenvolver actividades que promovam a saúde dos trabalhadores, em particular as destinadas à prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;
- Diminuir a incidência e prevalência das doenças mais comuns e endémicas, particularmente as com maior responsabilidade nas taxas de morbilidade e mortalidade;
- Contribuir para a melhoria do estado nutricional da população, em particular das crianças, incluindo a prevenção e tratamento das deficiências em micro-nutrientes;
- Educação, informação e comunicação para a saúde;
- Concepção, implementação e desenvolvimento de programas de estudo e valorização da Medicina Tradicional.

Para atingir os seus objectivos o Sector Saúde previu a existência de um Sistema de Saúde subdividido em três sectores que se complementam: i) Sector Público, o Serviço Nacional de

Saúde, organizado por níveis de atenção de saúde, dispensando cuidados integrados de saúde; ii) Sector privado, podendo tratar-se de instituições com fins lucrativos ou não-lucrativos; iii) Sector comunitário que se pretende auto-sustentável, envolvendo as parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares, compreendendo os Postos de Saúde das aldeias.

De acordo com os resultados do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar, (IAF 2002/2003), apenas 36.1% da população moçambicana tem fácil acesso a uma unidade sanitária, ou seja, reside a menos de 30 minutos. Observa-se que a população residente na zona urbana tem maior acesso às unidades sanitária (68.1%) comparativamente à zona rural (20.9%).

De acordo com a Direcção de Recursos Humanos no MISAU, até 31 de Dezembro de 2003, o sistema pública de saúde contava com mais de 18,600 funcionários públicos, dos quais 48% de sexo feminino. Existe só 712 médicos no país (1/26,545 habitantes). Em termos de habitantes por trabalhador de saúde, a média do país é de 969 habitantes para cada funcionário do sector.

No concernente ao tipo de agente ou instituições consultados, o Posto de Saúde (36.9%), o Centro de Saúde (31.7%) são as instituições que ostentam percentagens mais elevadas. O terceiro agente mais consultado é o curandeiro (14.5%), seguindo-se-lhe o Hospital (11.1%). A clínica privada (0.9%), o médico privado (1.0%), e a farmácia foram as instituições ou agentes menos consultados. Embora a percentagem seja insignificante, o médico privado é mais consultado por homens (1.6%), do que por mulheres (0.5%).

A análise residencial mostra que enquanto no meio rural a maioria da população vai para o Posto de Saúde (42.4%) e outras ao Curandeiro (18.9%), na urbana, o Centro de Saúde, e o Hospital têm uma frequência de 36.5% e 25.9%, respectivamente.

A maioria das pessoas que consultaram um agente de saúde manifestaram satisfação, em relação aos serviços prestados (62.4%). No entanto, 37.6% não ficaram satisfeitos devido a: (i) muito tempo de espera (51.7%); (ii) falta de medicamentos (32.6%); (iii) tratamento sem êxito (25%); (iv) muito caro (17.8%); (v) falta de pessoal (12.7%); (vi) corrupção (4.4%); (vii) falta de higiene (3.2%).

As províncias com maior acesso a infra-estruturas de saúde são: Maputo Cidade (75.2%), Maputo Província (69.4%) e Gaza (54.7%). As províncias menos beneficiadas são: Inhambane (21.1%) e Zambézia (21.5%). Porém importa referir que menos de 30% de pessoas tem acesso a infra-estruturas de saúde nas províncias de Tete, Manica, e Niassa (*Relatório Final do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar. 2002/39*)

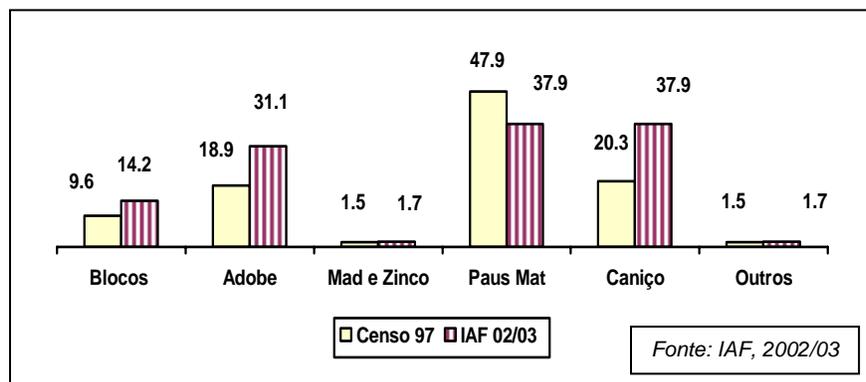
#### **4. Habitação**

O IAF (2003) recolhe que as condições físicas dos agregados familiares são requisitos básicos que determinam as condições sócio-económicas em que vivem as populações. Por isso, a habitação adequada para todos constitui um direito humano universal, reconhecido pelas Nações Unidas e declarado na Conferência de Habitat II (PNUD, 1998)

A habitação inclui o material usado na construção da casa bem como o acesso ao abastecimento água potável, saneamento, electricidade e transporte.

Em Moçambique, as características físicas da habitação são indicadores importante para caracterização do bem estar dos agregados familiares (AF) e seus membros. O IAF (2003) mostra que de um modo geral no País os AFs com as casa de parede maticada de caniço reduziu de 47.9% para 20.3% no período de 1997 à 2003, respectivamente. Em contrapartida a percentagem dos AFs com habitação com paredes de blocos de cimento aumentou de 9.6% para 14.2% no mesmo período (Gráfico 1).

**Gráfico 1-Distribuição Percentual dos AFs segundo Material Usado nas Paredes das Casas, Moçambique, 2002/03**



O capim é o material predominante na cobertura das habitações (74.3%), seguindo-se chapas de zinco, com 20.4%. Todavia, verifica-se uma redução gradual no uso da cobertura de capim, dando lugar a chapas de zinco. Excluindo as províncias de Maputo, Maputo Cidade e Gaza, todas as outras

províncias estão acima de 60% em termos de percentagem de casas cobertas de capim.

## 5. Trabalho

A política do trabalho aprovada pela Resolução N° 6/97 de 4 de Março, tem como objectivo *promover a criação e extensão de oportunidades de emprego produtivo e livremente escolhido para todos os cidadãos, sem discriminação de qualquer natureza e a valorização e desenvolvimento de recursos humanos como parte integrante das políticas de desenvolvimento social*. A privatização, falência das empresas, e o redimensionamento da força de trabalho, são factos que têm influenciado numa diminuição dos trabalhadores assalariados em Moçambique. Dados do Censo Populacional de 1997, indicam que Moçambique tem cerca 5,9 milhões de pessoas em idade activa (15 a 59 anos) e apenas 11,5% da população detém emprego assalariado. De acordo com MPF, 2004 a população activa, cerca de 65.4% trabalha por conta própria, 22.6% trabalha para o seu familiar, 6.9 trabalha no sector privado e 3.6% trabalha no aparelho de Estado.

Dados do IAF2002/3, reportam que cerca de 83% da população moçambicana constitui a População Economicamente Activa (PEA), sendo a participação nas actividades económicas muito elevada nas área rural (90%), que na urbana (69.7%). As mulheres do grupo etário (15-19) anos têm uma participação mais elevadas (58.2%) em relação aos homens, sendo este provavelmente facto atribuído ao abandono das raparigas às escolas, por várias razões. Por província, nota-se que em Maputo Cidade apresenta menor taxa de participação, 54.4%. Os dados por nível de educação nota-se que a participação nas actividades económicas vai diminuindo à medida que se eleva o nível educacional.

### Posição no Processo Laboral

De uma forma geral, nota-se que grande parte da PEA trabalha por conta própria (51.0%), seguindo-se os que trabalham para uma pessoa/agregado familiar (36.7%). Grande parte dos homens trabalham por conta própria (65.2% contra apenas 39.% de mulheres).

Por área de residência nota-se que 53.8% de pessoas na área rural trabalham por conta própria, contra 43.6% na zona urbana. Nesta última, uma percentagem significativa trabalham

para o sector privado (12.3%), e para o Aparelho do Estado (9.0%). Por províncias, Maputo Cidade é a que apresenta menos percentagem de pessoas a trabalharem por conta própria que as restantes províncias onde a maioria está concentrada nesta posição (IAF, 2002/3).

Por ramo de actividade económica assinala-se que cerca de 81.3% dos trabalhadores estão na agricultura, silvicultura e pesca seguido do comércio e Finanças que detêm cerca de 7% , e as restantes actividades têm peso reduzido de empregados.

### Formas de Remuneração

A maior parte da população economicamente ocupada não é remunerada, isto é trabalha por conta própria (50.6%); os trabalhadores familiares sem remuneração (36.0%); os que ganham salário em dinheiro ou em espécie são apenas 11.5%, sendo a maioria homens (20.0%), que mulheres (4.3%). Os trabalhadores que recebem remunerações em salário em dinheiro ou em espécie, na sua maioria encontram-se nas áreas urbanas, sendo esta forma predominante na Cidade e Província de Maputo (IAF, 2002/3).

### Desemprego

O desemprego no País tem tomado proporções preocupantes. Em 2000 estavam registrados cerca de 109.254 desempregados; em 2001 o número de desempregados subiu para 122.398, e em 2002, passou para 124.121.

As acções desenvolvidas pelo Governo no sentido de estancar o desemprego são as seguintes:

- i. Criação do Gabinete de promoção do emprego pelo decreto no 23/87 de Outubro e o INEFP pelo Decreto no 37/92, de 27 de Outubro;
- ii. Criação do SOCREMO, uma instituição que visa contribuir na promoção do emprego através da concessão de créditos a micro empresários; e
- iii. Programa Nacional Integrado de Acção Social, Emprego e Juventude .

## **6. Género**

Desde a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijin, em que se identificou claramente as disparidades económicas entre homens e mulheres, o Governo assumiu um compromisso de promover a equidade do género na tomada de decisão no país. Desta feita, o plano quinquenal do Governo advoga maior igualdade e equidade do género nas intervenções de desenvolvimento, e estimula a elevação do estatuto da Mulher nos órgãos directivos e ao nível da administração pública. Assim, os esforços têm sido no sentido de gradualmente se superar os desequilíbrios existentes a estes níveis. Da Governação de 1994-95 até 2000-04 houve um aumento em cerca de 13% de mulheres a ocuparem posições de ministras e cerca de 28 % nas posições de vice ministras. Estas cifras ilustram claramente o esforço do Governo tem imprimido nos dois períodos de governação para aumentar a visibilidade e a participação da Mulher na Tomada de decisão aos diferentes níveis de governação (MMCAS, 2003).

O Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social (MMCAS) tem o mandato de dirigir e coordenar a execução da política de emancipação e desenvolvimento da mulher através da promoção e preservação dos direitos humanos dos grupos mais vulneráveis da população nomeadamente crianças , idosos e pessoas portadoras de deficiência. A Implementação dos seus programas é feita através dos órgãos executores nomeadamente o Instituto Nacional de Acção Social -INAS, e o Conselho Nacional de Reinserção Social.

O MMCAS adopta duas formas de coordenação: inter-sectorial, que é o mecanismo de articulação entre este e os outros Ministérios e instituições públicas, e a inter-institucional que se efectua entre o Ministério e o sector privado, comunitário e a sociedade civil em geral.

## 7. Outros Indicadores de Bem estar social

### Fonte de Água

O acesso à água potável é indispensável para a melhoria da saúde preventiva da população. O IAF 2002/3, reportou que as principais fontes usadas para beber são: poços e furos, seguidos de rios, lagos e lagoas. Contudo, houve um aumento de AFs que utilizam água canalizada, de 8.6% em 1997, para 15.8%, em 2003, e uma diminuição ligeira de 66.5% para 61.7%, de AFs que utilizam água de poço ou furo. Cerca de 90.4% de AFs percorrem menos de 30 minutos para encontrar uma fonte de água.

### Fonte de Energia para Iluminação

A nível nacional, o petróleo/gás é a principal fonte de iluminação, seguida de lenha. Na área rural, depois de petróleo/gás, a segunda fonte é a lenha, enquanto no urbano, a electricidade ocupa o segundo lugar.

A nível das províncias, com excepção de Maputo Província (18.1%), e Maputo Cidade (45.9%), o uso de energia eléctrica para iluminação cobre menos de 10% de AFs.

### Saneamento

Este conceito foi usado no IAF para indicar o tipo de casas de banho que o agregado possui. Mais de 50% dos AFs usam o mato para satisfazer as suas necessidades. Na zona urbana 66.3% de famílias não tem casa de banho, ou seja, usam o mato, contra 27.3% na zona urbana. Em segundo lugar estão os AFs que usam latrinas não melhoradas, com mais de 30% em quase todos os domínios.

## V. 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 sociocultural. 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 a contribuir para a minimização da causas reais que determinam a insegurança alimentar e desnutrição no país a destacar as seguintes:

**Promoção do aumento de conhecimentos e melhoria de atitudes e hábitos alimentares:** diversas acções estão em curso com vista a aumentar o conhecimento das populações e a

adoptar práticas mais apropriadas em relação aos diferentes factores que influenciam a situação nutricional dos AFs;

**Políticas Agrárias:** Política e Estratégia de Implementação Agrária (PEIA, 1995) e PROAGRI (1999-2004) e PROAGRI II (2005-2009) têm como o principal objectivo a recuperação da produção agrícola, que concorre para a Segurança Alimentar (SA) e promoção dos níveis de comercialização de produtos de exportação, o 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, particular prioridade é dada ao sector familiar;

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

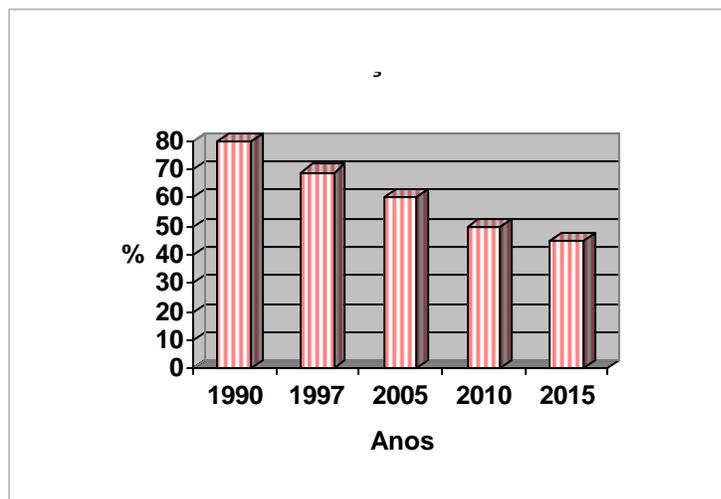
**Políticas e programas que estimulam infra-estruturas de transporte e comunicação:** Reconhecendo a importância das ligações entre os pólos de produção e os centros de consumo é importante reabilitar. Construir, e modernizar as vias e meios de transporte por forma a aumentar a acessibilidade física e o escoamento dos produtos, e promoção do desenvolvimento rural.

A políticas, estratégias, planos de acção e programas em curso em Moçambique têm como titulares de direito a população com baixa renda, normalmente identificados com o uso de critérios de legibilidade socio-economicos: mães solteiras pobres, crianças órfãs, velhos pobres e acrescidos pelo critérios de médico: doentes crónicos pobres, etc.

No presente estudo de caso o *Task Force* do SETSAN irá debruçar a atenção as políticas e estratégias aprovadas que directamente têm influencia 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)

Gráfico 2-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. O PARPA é financiado pelos fundos do Orçamento Geral do Estado. O PARPA foi 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 traça 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 em 70% em 1997 para níveis de 60% em 2995 e menos de 50% até finais de 2010 (Gráfico 2).

O plano é implementado pelos ministérios sectoriais sob a coordenação do Ministério do Plano e Finanças (MPF). Para atingir o objectivo do PARPA foram definidas 6 prioridades: i) a educação, ii) saúde, iii) infra-estruturas básicas, iv) agricultura e desenvolvimento rural, v) a boa governação, e vi) políticas macro económicas e orçamento. De realçar que o HIV/AIDS e a SAN e a SAN são abordados no PARPA no seu contexto geral e 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 das consultas com a sociedade civil e o sector privado e o plano depende 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 actividade implementadas pelos diferentes sectores do Sector Público. Os planos operacionais do PARPA são implementados pelos ministérios sectoriais e a coordenação e globalização dos planos é feito pelo MPF através da Direcção Nacional de Planificação e Orçamento (DNPO).

O observatório da pobreza foi criado com a intenção de se formar uma plataforma para o debate aberto, entre o Governo e a Sociedade Civil como um instrumento vital para a melhoria da governação em todas as dimensões. O contributo que a sociedade civil para o PARPA podem ser resumidos da seguinte maneira: i) desburocratização dos serviços ligados ao sector produtivo, ii) combate a corrupção na prestação dos serviços no sector de saúde, educação, serviço das forças policiais e alocação de direitos do uso e ocupação da terra, e iii) na identificação de formas operacionais de articulação entre os sistemas jurídico e judicial informal e formal (G20, 2004).

Para a análise da SAN no PARPA é fundamental usar as outras definições de Pobreza (PARPA, pag 11) nomeadamente:

- “Falta de rendimentos suficiente para satisfazer as necessidades alimentares e não alimentares básicas, ou requerimentos calóricos mínimos” –**Pobreza Absoluta ou Extrema**;
- “Falta de rendimentos suficiente para satisfazer necessidades alimentares a não alimentares essenciais, de acordo com rendimento médio do País” –**Pobreza Relativa** ;
- “Falta de capacidade humana básicas, como analfabetismo, má nutrição, 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 princípios de nutrição são abordados no PARPA, todavia estes princípios são pouco claros, e dispersos. Os indicadores de saúde na área de Baixo Peso a 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 ligação destes indicadores 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) dentro dos diferentes documentos multi-sectoriais incluindo o PARPA. O Estudo da ESAN permitirá tirar lições e tecer recomendações de como visualizar a SAN, particularmente no PARPA, e nas outras estratégias de cumpo multisetorial como o Desenvolvimento Rural, Agenda 2025 e Metas do Desenvolvimento do Milénio e o NEPAD. A avaliação da ESAN é um oportunidade de Ouro uma vez que vai doador ao Governo de Moçambique de 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 representativa e fiável (ex, cerca de 8,727 AF entrevistados dos quais 4.020 são das áreas urbanas e 4.707 das rurais) e o mesmo acontece para o nível provincial, área residencial (urbano e rural) e regional (Norte, Centro e Sul).

A Tabela 3 sumariza o sistema de monitoria e avaliação dos indicadores de pobreza pelo MPF e pelos sectores. O monitorio dos diferentes sectores económicos e feito através do Plano Económico e Social (PES) que é anualmente enviado ao MPF/DNPO.

**Tabela 3-**Monitoria e Avaliação do PARPA

Elementos de Monitoria e Avaliação	Grau de Confiança		
	Forte	Media	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		
MDM			X
Capacidade técnica sectorial			X
<i>Fonte: Ministério de Plano e Finanças/Direcção Nacional de Plano e Orçamento (MPF/DNPO)</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 iii) Objectivos e pressupostos, e iii) as Prioridades de intervenção.

O conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) é a volta da disponibilidade, acesso, e utilização dos alimentos. E o objectivo global do Governo é de **garantir que todos os cidadãos tenham, a todo o momento, acesso físico e económico aos alimentos necessários, de modo que tenham uma vida activa e saudável.**

A ESAN inclui três pilares da SAN:

1. **Disponibilidade dos alimentos:** “disponibilidade suficiente dos alimentos em quantidade adequada, o que significa o aumento crescente do indicador relativo ao fornecimento de energia alimentar pre-capital 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.

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

Esta em curso a Avaliação do Grau de Implementação da ESAN-1998. A avaliação inclui quatro componentes:

**Componente 1.** Análise da presença e relevância que tem a SAN nas estratégias do governo nomeadamente nos sectores da Agricultura e Desenvolvimento Rural, da Saúde, da Educação, do Comércio, Estradas, da Acção Social, do PARPA, da Agenda 2025, Metas do 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 apontam para o seguintes limitações:

- O Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutrição (PASAN) é elaborado desde 2000 sobre a coordenação do SETSAN. O 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 vão a médio e longo prazos minimizar as causas estruturais da Fome, particularmente nas províncias. Todavia, ao nível Provincial, as actividades sectoriais de SAN estão planificadas nos Planos Económicos e Sociais Provinciais (PESP). O que torna ainda mais difícil entender como os PASAN diferem ou similares ao PARPA, a menos que haja um comum entendimento sobre pobreza e fome e assegurar que os indicadores de saúde, nutrição e agricultura são devidamente monitorados para os 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 a conservação das redes de segurança social e as 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 nos 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.

O SETSAN é um secretariado inter-ministrial que visa assegurar a coordenação colectiva das acções de segurança alimentar e nutrição em Moçambique. O SETSAN foi criado em 1998 por um despacho deliberado pelo Conselho de Ministros. Os Membros do SETSAN pertencem aos ministérios da agricultura, saúde, comércio, plano e finanças, obras públicas e habitação, cooperação (INGC), educação, mulher e acção social, meio ambiente, e pescas. Os Parceiros do SETSAN são: as agências das Nações Unidas, os doadores bilaterais, e as ONGs nacionais e internacionais. Inicialmente, durante a criação o SETSAN funcionou no MPF e após a aprovação formal da ESAN, o Conselho de Ministros indicou que o secretariado seria dirigido pelo MADER. Os ministérios têm um papel de *core* no funcionamento e desenvolvimento e implementação dos programas e planos de trabalho, enquanto que os doadores, os organismos das Nações Unidas, designadas por parceiros do SETSAN, têm o papel de observadores, conselheiros técnicos e doadores, e a sociedade civil também designada por parceiros do SETSAN, têm um papel importante no apoio da definição das prioridades e no apoio à implementação dos programas de SAN no País, particularmente nas províncias e distritos.

O SETSAN é presidido pelo Gabinete dos Vice Ministros. Os ministérios de agricultura, saúde, Comércio e Cooperação deverão de numa base anual fazer a rotatividade da presidência. O Secretario Executivo do SETSAN, o Coordenador nacional e os Chefes das Unidades Permanentes são posições permanentes asseguradas pelo MADER.

A **Visão do Agenda** de SAN em Moçambique preconiza o seguinte: *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 preestabelecido.*

Com base nesta visão foi definida uma estrutura do SETSAN que inclui duas unidades permanentes as quais são operacionais através do funcionamentos dos Grupos de Trabalho. As Unidades e Grupos e trabalho do SETSAN são só seguintes:

## 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 Género, Agricultura e Nutrição (GAN)
- 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 á limitação de recursos: quadros nacionais a trabalharem a tempo inteiro e limitação de fundos através do Orçamento do Estado. Com as parecerias, nomeadamente 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)
- Inflo 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.

Como **Objectivos Específicos do SETSAN** são os seguintes:

- Promover a advocacia dos assuntos ligados a SAN, de tal maneira que recebem uma alta prioridade na formulação de políticas;
- Criar um sistema de informação de base SAN útil que permite 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, 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 esta institucionalizado nas dez provinciais do País e é designado por SETSAN Provincial. O SETSAN Provincial esta na Direcção Provincial de Agricultura e Desenvolvimento Rural (DPADR). O Governador é o presidente do SETSAN e o Gabinete do Director de Apoio e Controle é o Secretário Executivo do SETSAN e os assessores do SETSAN Provincial são rotativos pelas direcções provinciais de agricultura, saúde, Instituto Nacional de Gestão de Calamidades (INGC) e o comércio. 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:

- 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

Definição de um regulamento de funcionamento e relacionamento entre as instituições governamentais e as parecerias.

## **VI. ANALISES DE VULNERABILIDADE A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

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

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

Por exemplo, a análise de vulnerabilidade de 2004 incluiu uma avaliação quantitativa e qualitativa os resultados foram 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 chave. Da 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 e ao Trabalho de Inquérito Agrícola e análises de vulnerabilidade anteriores.

Outra análise foi feita agrupando variáveis que reflectem as componentes dos meios de vida, os níveis de exposição aos riscos e choques, gestão de riscos, actividades de mitigação e estratégias de sobrevivência. 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 de doenças crónicas e rácio de dependência efectiva. Foram assim formados sete grupos diferentes de modos de vida nomeadamente Agricultores de Subsistência deficitária, Agricultores de Subsistência Básica, Agricultores Dependentes de Cereais, Agricultores com o Sistema de Produção diversificado e com oportunidades de trabalho informal, Agricultores com Sistema de Produção Diversificado 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 vistos 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).

## VII. 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 engloba 11 objectivos dos quais 6, são prioritários (Tabela 4). Para cada um destes objectivos são apresentadas metas a serem atingidas e são também propostas as estratégias para alcançá-los.

Os 6 objectivos prioritários são os seguintes:

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.

Após a aprovação da Estratégia, será elaborado um plano orçamental de implementação das actividades.

Pretende-se com este documento, obter um guia de orientação para a implementação das actividades de nutrição no País, por um período de 5 a 10 anos.

**Tabela 4-Objectivos Prioritários e as estratégias do Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique:**

<p>1. <i>Redução da taxa de prevalência de desnutrição crónica dos actuais 41% para 30% em 5 anos e para 18% em 10 anos;</i></p> <p>1.1 Promoção intensiva do Aleitamento Materno Exclusivo Aumento da taxa de Aleitamento materno Exclusivo até aos 6 meses para:</p> <p style="padding-left: 40px;">50% no final do 3<sup>o</sup> ano de implementação deste plano; 70% no final do 5<sup>o</sup> ano; 85% no final do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>1.2. Aprovação do Código de Comercialização dos Substitutos de Leite materno.</p> <p style="padding-left: 40px;">Aumento da taxa de desmame apropriado para:</p> <p style="padding-left: 80px;">75% no final do 3<sup>o</sup> ano de implementação deste plano; 80% no final do 5<sup>o</sup> ano; 90% no final do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>1.3 Suplementação com suplementos alimentares e nutricionais proteico-calóricos de mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos.</p> <p>É uma actividade recente e de pequena escala, pois tem sido feita em</p>	<p>1.4 Assegurar suplementos alimentares e nutricionais ao grupo alvo constituído por:</p> <p style="padding-left: 40px;">11% das mães com deficiência crónica de energia: 41% das crianças com desnutrição crónica. Cobrir 30% do grupo alvo, até ao fim do 3<sup>o</sup> ano; Cobrir 50% do grupo alvo até ao fim do 5<sup>o</sup> ano; Cobrir 75% do grupo alvo até ao fim do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>1.5 Suplementação com suplementos alimentares proteico-calóricos a doentes crónicos, órfãos e crianças das Escolas primárias.</p> <p style="padding-left: 40px;">Cobertura aos doentes crónicos (HIV/SIDA e Tuberculose), e Órfãos:</p> <p style="padding-left: 80px;">40% até ao fim do 3<sup>o</sup> ano de implementação deste plano; 60% até ao fim do 5<sup>o</sup> ano 90% até ao fim do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>Crianças das escolas primárias:</p> <p style="padding-left: 40px;">Cobertura de 25% até ao fim do 3<sup>o</sup> ano de implementação deste</p>
--	--

<p>situações de emergência. É realizada pelas Administrações Distritais, pelo MIMCAS e ONGs, com apoio de Agências Internacionais. Estima-se que terão necessidade de suplementos alimentares:</p> <p>90% das mulheres grávidas (que representam 3.0% da população, pois as grávidas são 4.2% da população);</p> <p>70% das crianças menores de 5 anos, (que representam 11.9% da população, visto que estas representam deste grupo são 17% da população Moçambicana);</p>	<p>plano;</p> <p>50% até ao fim do 5<sup>o</sup> ano</p> <p>75% até ao fim do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>1.6 Desenvolvimento da capacidade de Orientação Nutricional (promoção e Educação) nas Unidade sanitárias e nas Comunidades, com vista da melhoria dos hábitos e práticas alimentares, assegurando a correcta utilização dos alimentos, contribuindo deste modo para a SAN. Isto passa necessariamente por:</p> <p>Reorganização da actividade de desenvolvimento dos materiais educativos até ao fim do 1<sup>o</sup> ano de implementação deste plano;</p>
---	--

**Tabela 4. Continuação**

<p>Acções de reciclagem e formação do pessoal dos Centros de Saúde e desenvolvimento de parcerias com ONG's e Associações comunitárias até ao fim do 3<sup>o</sup> ano;</p> <p>Implementação de acções de educação nutricional e de promoção de boas práticas nutricionais em 30% das comunidades e 50% das unidades sanitárias até ao fim do 5<sup>o</sup> ano; Implementação destas acções até 50% das comunidades e 80% unidades sanitárias até ao fim do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>2. <i>Redução da taxa de prevalência da carência de iodo (medida pelos níveis de iodo urinário) sobretudo nas províncias mais afectadas, para 35% em 3 anos, para 25% em 5 anos e para 5% em 10 anos;</i></p> <p>2.1 Resolução dos problemas ligados à iodização do sal continuação da promoção do uso de sal iodado, de modo a aumentar o seu consumo.</p> <p>Consumo de sal iodado a 60% em 3 anos; Consumo de sal iodado a 80% em 4 anos; Consumo de sal iodado a 100% no final dos 5 anos, com a aplicação integral do Diploma Ministerial 7/2000.</p> <p>2.2 Testar regular e periodicamente o conteúdo de iodo do sal iodado comercializado</p> <p>Atingir a cobertura de cada um dos grupos alvos de:</p> <p>50% até ao fim do 1<sup>o</sup> ano de implementação deste Plano; 70% até ao final do 3<sup>o</sup> ano; 85% até ao fim do 5<sup>o</sup> ano;</p> <p>2.3 Realizar um inquérito semelhante dentro de 5 anos.</p>	<p>3. <i>Redução da taxa de prevalência da carência de Vitamina A (medida pelos níveis de retinol no sangue) para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas crianças dos 6 aos 59 meses em 3 anos, 40% em 5 anos e 25% em 10 anos;</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">50% em 3 anos; 40% em 5 anos; 25% em 10 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas mulheres em idade fértil: 5% em 5 anos e 1% em 10 anos.</li> </ul> <p>3.1 Continuação da administração preventiva de Vitamina A, a crianças dos 6 aos 59 meses e as mulheres pós-parto</p> <p>Aumento das taxas de cobertura para:</p> <p style="margin-left: 40px;">60% no final do 3<sup>o</sup> ano de implementação deste Plano; 75% no final do 5<sup>o</sup> ano; 85% no final do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>3.2 Continuação da intensificação da promoção do consumo de alimentos ricos em vitamina A, com recurso a parcerias com ONG's e Associações de base comunitária.</p> <p>3.3 Continuação da suplementação curativa de Vitamina A, em casos de Xeroftalmia, sarampo, diarreia persistente, pneumonia grave e eventualmente de malária.</p> <p>4. <i>Redução da taxa de prevalência de Anemia( medida pelos níveis de Hemoglobina e do transferrina sérica) para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas crianças dos 6 aos 59 meses: 60% em 3 anos, 50% em 5 anos e 30% em 10 anos;</li> </ul>
---	--

**Tabela 4. Continuação**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventuais efeitos protectores de vários micro-nutrientes, em particular Zn, sobre a taxa de prevalência de desnutrição crónica, e redução da incidência de doenças nas primeiras fases da infância, incluindo doenças diarreicas e Infecções respiratórias agudas (IRAS), e a redução da mortalidade neo-natal;</li> <li>Inter-relação entre a infecção pelo HIV e Nutrição, no respeitante a micro-nutrientes;</li> <li>Hábitos e práticas alimentares nos diversos contextos ecológicos, culturais e religiosos do país;</li> <li>Os custos do peso que a desnutrição representa para o país, as consequências financeiras, económicas e sociais e de saúde, e os potenciais benefícios e poupanças resultantes da criação de programas para o controlo, etc.</li> </ul> <p>5. <i>Reforço da capacidade de advocacia para a Nutrição</i></p> <p>Reforçar a visibilidade da Nutrição junto da liderança do país, e outra face virada para junto da população, para um maior envolvimento comunitário.</p> <p><b>Enunciado de outros objectivos:</b></p> <p>6. <i>Melhorias substanciais na Higiene dos alimentos e da Água;</i></p> <p>7.1 Actualização da legislação sobre Higiene dos alimentos, em especial sobre pesticidas e aditivos alimentares;</p> <p>7.2 Reactivar e intensificar os programas de inspecção sanitária em conformidade com a legislação;</p> <p>7.3 Aplicar integralmente a legislação sobre Higiene dos Alimentos;</p> <p>7.4 Re-equipar o laboratório Nacional e Prov. de higiene de Alimentos e Águas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nas mulheres em idade fértil: 40% em 3 anos, 30% em 5 anos e 15% em 10 anos;</li> </ul> <p>4.1 Continuação e intensificação do Programa de Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico às grávidas e no pós-parto, para a melhoria das taxas de cobertura.</p> <p>Aumento das taxas de cobertura para:</p> <p>50% até ao fim do 3<sup>o</sup> ano de implementação deste Plano;</p> <p>75% no final do 5<sup>o</sup> ano;</p> <p>85% no final do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>4.2 suplementação com Sulfato ferroso e ácido fólico em crianças de 6 a 23 meses e adolescentes:</p> <p>Atingir as seguintes taxas de cobertura:</p> <p>40% até ao fim do 3<sup>o</sup> ano;</p> <p>50% no final de 5<sup>o</sup> ano;</p> <p>65% no final do 10<sup>o</sup> ano.</p> <p>4.3 Continuação e intensificação da promoção do consumo de alimentos ricos em Ferro e Vitamina B12</p> <p>4.4 Continuação da Suplementação curativa com sulfato ferroso e ácido fólico em todos os casos de anemia.</p> <p>4.5 Administração de Vit B12 em todos os caso de anemia resistente à administração de sulfato ferroso.</p> <p>4.6 Desenvolver e intensificar as investigações de anemia em Moçambique.</p> <p>7. <i>Desenvolvimento da capacidade de Investigação em Nutrição</i></p> <p>Continuação das actividades de Vigilância Nutricional, incluindo a realização dos estudos necessários à avaliação deste plano.</p> <p>Realização de estudos sobre: Determinação dos níveis séricos no conjunto da população de diversos micro-nutrientes;</p>
--	--

**Tabela 4. Continuação**

	<p>7.5 Colocar pelo menos 1 técnico superior em cada laboratório provincial.</p> <p>8. <i>Redução da Taxa de incidência de Paraparesia Espástica;</i></p> <p>9. <i>Início da Fortificação de Alimentos;</i></p> <p>10. <i>Desenvolvimento e melhoria de actuação em matéria de terapêutica Nutricional e Dietética Hospitalar;</i></p> <p>11. <i>Reforço da capacidade de Actuação Nutricional em Caso de Emergência.</i></p>
--	---

## VIII. PLANO ESTRATÉGICO DE COMBATE, CONTROLE E PREVENÇÃO HIV/SIDA DO MISAU (PEN) E DO CNCS (PNCS)

O Governo de Moçambique em coordenação com os parceiros de cooperação e a sociedade civil fez um grande progresso em definir claramente as acções prioritárias e acelerar o grau de implementação da resposta no país. Em 2003 foi particularmente notória a contribuição das ONGs, Organizações de Base Familiar (OBF) e Organizações de base na Comunidade (OBC) no âmbito de implementação de intervenções de HIV/SIDA.

### A. Plano Estratégico de Combate às DTS/HIV/SIDA (PEN I, 2000-02; PEN II 2004-2008)

O Ministério de Saúde (MISAU) criou o Programa Nacional de Combate as DTS e HIV/SIDA em 1988, que têm um enfoque médico de abordagem a problemática do HIV/SIDA. O Primeiro Plano Estratégico de Combate às DTS/HIV/SIDA (PEN I) é desenvolvido em 1999. Este plano tem a visão do impacto multi-sectorial do HIV/SIDA e é reconhecida a necessidade de incorporar a resposta à epidemia de forma integrada e multi-sectorial. É nesta perspectiva que o MISAU reconhece a necessidade de o plano ser visivelmente incluído no PARPA, como uma forma de assegurar a implementação das actividades de prevenção do HIV nos diferentes sectores. O PEN I tinha como prioridades de intervenção a prevenção e o tratamentos das pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS).

O PEN I foi um documento com enfoque médico que considera que os determinantes da HIV/SIDA como sendo: i) transmissão sexual, ii) transmissão vertical e, iii) a bio-segurança dos profissionais de saúde. As componentes de nutrição é negligenciada. O PEN I não analisou as ligações entre a nutrição e HIV/SIDA. O PEN I tem como Regiões e Grupos Alvos: i) região central do país, ii) corredores comerciais e as zonas fronteiriças, e iii) os grupos demográficos por Género e idade: mulheres, crianças e jovens, são os grupos alvo prioritários.

As intervenções do PEN I foram mais focalizados nas mães sero-positivas, crianças e a PVHS. A estratégia de intervenção usada foi:

- Instalação de redes integradas de saúde
- Visitas e Cuidados Domiciliários
- Desenvolvimento de parecerias com a ONGs, PMA, UNICEF, OMS

Os riscos do PEN I são:

- Fraca aderência aos TARVs
- Fraca entendimento e ligação entre o Alimento –TARV
- Fraco reconhecimento do papel da medicina tradicional
- Falta de financiamento para as actividades de nutrição associadas ao HIV/SIDA
- Indicadores de monitoria insipientes, particularmente para o acompanhamento da componente nutricional no contexto do HIV.

A Tabela 5 resume as componentes e serviços que serão implementadas à luz do PEN II (2004-2008) no país.

**Tabela 5-O PEN II ITS/HIV/SIDA (2004-2008)**

<b>Componentes do PEN ITS /HIV/SIDA</b>	<b>Serviços de apoio do PEN ITS /HIV/SIDA</b>
<p><b><u>Componentes preventivas</u></b></p> <p>1. Promoção e distribuição de preservativos                  2. Diagnóstico e tratamento das ITS                  3. IEC                  4. GATV                  5. PTV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos legais, jurídicos e do género</li> <li>• Formação e gestão dos recursos humanos</li> <li>• Planificação</li> <li>• Monitoria e avaliação</li> <li>• Gestão financeira (financiamento das actividades e dos implementadores)</li> <li>• Reabilitação e construção</li> <li>• Logística</li> <li>• Farmácia</li> <li>• Laboratórios</li> </ul>
<p><b><u>Componentes de cuidados e tratamento</u></b></p> <p>6. Tratamento das infecções oportunistas (incluindo TB)                  7. CD                  8. TARV</p>	
<p><b><u>Programas relacionados</u></b></p> <p>9. Biossegurança</p>	
<p>10. SAAJ                  11. Transfusão segura                  12. Saúde mental                  13. Intervenção comunitária                  14. Nutrição                  15. Medicina tradicional</p>	

O orçamento para o ano 2005 é cerca de US \$83 milhões e em Dezembro 2004 o MISAU recebeu compromissos de US\$ 60m.

### **B. Plano Nacional de Combate ao HIV/SIDA (PNCS II),**

Em 2000 o Conselho Nacional de Combate do HIV/SIDA (CNCS) foi criado com o mandato de coordenar as acções multi-sectoriais de prevenção, cuidado e tratamento do HIV/SIDA.

Em 2004 foi elaborado um plano multi-sectorial para o combate do HIV/SIDA do CNCS. O documento, o PNCS II, vem pois responder à necessidade de assegurar a continuidade dos ciclos de planificação. O PNCS II é concebido como um plano de médio termo e visa cobrir o horizonte temporal 2004 – 2009. A análise de situação do HIV/SIDA no país levou o CNCS a identificar 7 áreas prioritárias de intervenção tendo para cada um das quais fixado um Objectivo Geral (Vide Caixa 2).

## Caixa 2-Áreas de prioritárias de intervenção

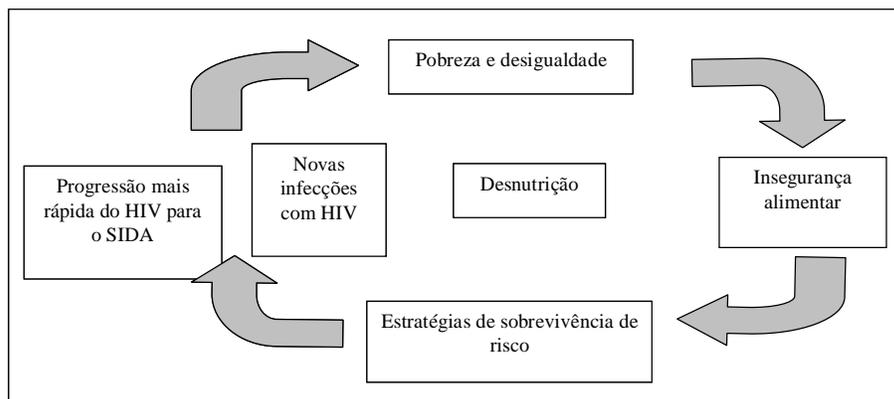
<p>1. <i>Área da Prevenção:</i> Objectivo Geral: Redução do número de novas infecções actual de 500 por dia, para 350 em 5 anos e 150 em 10 anos.</p> <p>2. <i>Área da Advocacia:</i> Objectivo Geral: Transformar o combate ao HIV/SIDA numa urgência nacional.</p>
<p>3. <i>Área do Estigma e Discriminação:</i> Objectivo Geral: Reduzir o Estigma e a Discriminação ligados ao HIV/SIDA.</p> <p>4. <i>Área do Tratamento:</i> Objectivo Geral: Prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e dos doentes de SIDA.</p> <p>5. <i>Área da Mitigação das Consequências:</i> Objectivo Geral: Reduzir as consequências do HIV/SIDA a nível dos indivíduos, das famílias, comunidades, empresas e ainda os impactos globais.</p> <p>6. <i>Área da Investigação:</i> Objectivo Geral: Aumentar o grau de conhecimento científico sobre o HIV/SIDA, suas consequências e as melhores práticas no seu combate.</p> <p>7. <i>Área da Coordenação da Resposta Nacional</i> Objectivo Geral : <i>Reforço da capacidade de planificação e coordenação e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão de recursos</i></p>

O enquadramento institucional e o reforço da capacidade institucional do CNCS oferece um oportunidade para a coordenação inter-sectorial com vista a obter resultados de impacto no combate contra esta epidemia. O desenvolvimento do PNCS II serviu como catalisador e bom modelo para fortalecer a coordenação inter-ministrial.

### C. HIV/SIDA e insegurança alimentar e malnutrição

É cada vez mais reconhecido que a problemática da insegurança alimentar e malnutrição em Moçambique não podem ser completamente entendidas se a análise do HIV/SIDA não é devidamente incluída. HIV/SIDA é a causa e a consequência da insegurança alimentar e malnutrição. A ligação entre a segurança alimentar/nutricional e HIV/SIDA é bidireccional: HIV e SIDA podem aumentar a vulnerabilidade na insegurança alimentar/nutricional, e a insegurança alimentar pode contribuir para a susceptibilidade a infecção pelo HIV e seu progresso para doença. Porque as causas da ligação entre a segurança alimentar e nutrição e o HIV/SIDA ocorre nas duas direcções, as intervenções desenhadas para mitigar o impacto do HIV/SIDA na SAN podem não ser devidamente implementadas se não houver um conhecimento abrangente das ligações existentes entre o HIV e SIDA e a SAN . Se esta ligação não é devidamente entendida corre-se o risco de não se fazer as intervenções apropriadas para o grupo alvo vulnerável (SANHA/SETSAN, 2004) (Figura 4).

**Figura 4-Ligações do HIV e SIDA e SAN**



Fonte: Oxfam e SC-UK, 2002

Estudos sobre a ligação entre o HIV e SIDA e a SAN inclui: 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 pela SETSAN em Dez. 2004: *A Relação entre HIV/SIDA e Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique*".

A epidemia do HIV/SIDA terá um impacto multi-sectorial na medida em que ameaçará 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. O balanço deste sector é de 32% de PIB, 77% da população vive em zonas rurais, e 95% da mão-de-obra encontra-se no sector agrícola. Por conseguinte, a produção agrícola tem uma contribuição fundamental na segurança alimentar. A análise da TIA 2002 das respostas estratégicas de lares afectadas concluiu que 44% dos mesmos indicaram uma redução na área de colheita. Os resultados dos estudos conduziram também à conclusão de que as famílias começavam a ajustar as actividades agrícolas durante o período da doença da mulher, enquanto que para o homem é feito depois da sua morte. Uma projecção das perdas do mão-de-obra no sector agrícola devido ao HIV/SIDA é de 20% até 2010 segundo a FAO.

A insegurança alimentar e a desnutrição continuam a ser uma das principais causas das crises humanitárias uma situação criada pela tripla ameaça à insegurança alimentar nomeadamente: desastres naturais-HIV/SIDA-capacidade de resposta das famílias. No África Austral fala-se sobre uma "new variant famine" causada pela ligação entre o HIV/SIDA e a insegurança alimentar e malnutrição. A evidencia para o "new variant famine" inclui o seguinte:

- 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) tendem a estar associados a níveis sócio económicos mais baixos. Aliás, o HIV parece contribuir para a deterioração da nutrição infantil também em áreas de populações com taxas de malnutrição anteriormente mais baixas, apesar das piores taxas de deterioração estarem nas áreas com baixo nível sócio económico e alta prevalência de HIV. 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 pior pobreza. Observou-se a continua deterioração pós-seca da situação nutricional da criança em áreas peri-urbanas e urbanas (a combinação da alta prevalência do HIV/SIDA e deterioração de factores sócio-económicos). A taxa de deterioração é mais elevada em áreas urbanas e peri-

urbanas do que em áreas rurais. As áreas com alta prevalência de HIV/SIDA não constituíam uma preocupação antes do seca. Ao mesmo tempo que há evidências de redução de resistência (portanto da realidade de 'nova variante de fome'), há também evidências de crianças até agora melhor nutridas a sofrerem uma deterioração e ligeiros melhoramentos pós-secas em áreas anteriormente piores. Portanto, as medias podem ocultar desenvolvimentos subjacentes (fome oculta).

- Os resultados de vários estudos salientaram o aumento da vulnerabilidade de crianças mais idosas a partir dos 18 meses, que depois da falência de 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 no aumento de baixo peso e de taxas de desnutrição crónica, que no caso da África Austral, estão intimamente correlacionados e são bons Indicadores de mortalidade. O rácio global de malnutrição aguda e da malnutrição aguda severa não aumentou substancialmente na África Austral por causa do HIV/SIDA, apesar de ter havido algumas evidências de mais elevadas taxas de malnutrição aguda severa do que de malnutrição aguda global. Aliás, a Desnutrição Aguda não é um bom indicador a colher porque as taxas são tão baixas que uma ou duas crianças podem elevá-las. A malnutrição global aguda e malnutrição aguda severa são apenas um bom factor predicativo da mortalidade em emergências de guerra e de populações deslocadas. O baixo peso (peso por idade) é um melhor indicador a partir do qual se pode colher dados nutricionais e observar tendências, porque a prevalência está geralmente no intervalo dos 20-30%, e não a volta dos 5% como no caso da falência de Desnutrição Aguda.

### **1. Implicações na programação**

Focalizando as prioridades: 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 verifica-se 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 anos, as quais não progrediram como seria de esperar, depois da primeira falência de crescimento.

### **2. 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 – e 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. ART 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, as Organizações da UN, e as ONGs, e desde 2002 até 2004 o GAV vem conduzindo 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 a 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 componentes como melhoria na qualidade da água, nutrição, educação, intervenções que vão para além da ajuda alimentar!

#### **D. 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.

O PENG é um resultado concreto dos compromissos do Governo de Moçambique assumido aquando das Decisões de Beijin e observância dos Direitos Humanos da Mulher (DHM). A Constituição de Moçambique inclui o DHM que, proíbe qualquer tipo de discriminação com base no sexo. O PENG fundamenta-se também nos vários documentos ratificados e procedimentos processuais definidos para permitir a realização da igualdade e equilíbrio de Género, tais 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.

O PENG tem 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. 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, as ONGs e a sociedade civil.

#### **E. A AGENDA 2025: VISÃO E ESTRATÉGIAS NACIONAIS**

A Agenda 2025 é um exercício estratégico de reflexão sobre a trajectória que Moçambique irá percorrer para atingir o progresso desejado, no ano 2025. Esta surge no ano 2001, sob a direcção do Comité de Conselheiros, envolvendo profissionais e académicos de diferentes áreas de conhecimento, que aplicaram o seu saber e a sua experiência social e técnica

para analisarem e sistematizarem as aspirações, assumindo um compromisso da nação perante o Chefe de Estado e Altos Dignatários.

A Agenda 2025, resulta da auscultação dos vários sectores da sociedade, em de todas as províncias do País, adoptando uma metodologia participativa e inclusiva.

### **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 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 no qual 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 e escolares para a formação integral de crianças, adolescentes e jovens.

Esta grande abrangência, incorpora as prioridades da SAN, como se pode ver reflectido na análise FOFA.

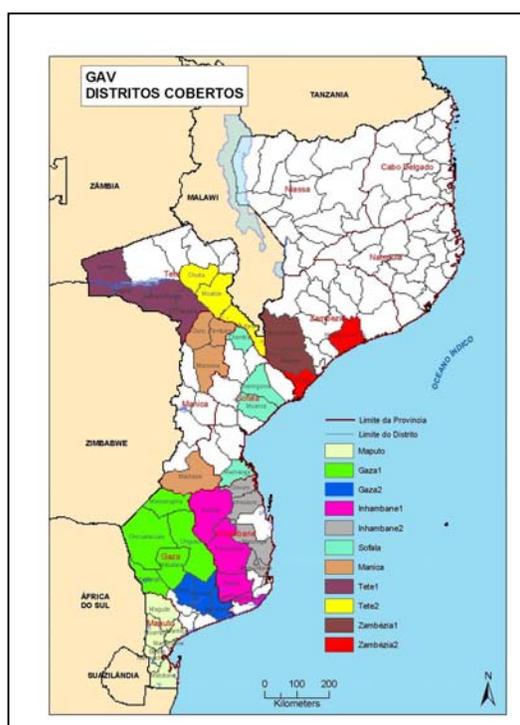
## IX. DIAGNÓSTICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR

### 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 no sentido de implementar as intervenções que concorrem para a melhoria da SAN ao nível dos AFs, a viverem nas áreas rurais vulneráveis.

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

**Figura 5-**Regiões e Distritos Cobertos pelo Inquérito do GAV em 2004



**Fonte:** GAV, 2004

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 e a produção da segunda época e fora da época, e o aumento substancial de leite bovino nas regiões remotas das províncias de Gaza e Maputo. As análises da vulnerabilidade realizados nas áreas críticas (ex. Províncias de Zambézia, Tete, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza e Maputo (Vide Figura 5) afectadas pelo 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 deve-se

essencialmente há 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 alimentos.



## **B. As Intervenções aos Grupos Vulneráveis**

As parcerias que o Governo tem desenvolvido com as ONGs (nacionais e internacionais), as OBC e o sector privado com vista a melhorar a resposta à vulnerabilidade, tem vindo a sortir efeitos muito positivos no sentido de aumentar a eficácia e eficiência das intervenções de SAN. Por exemplo, em 2003 como resultado da informação da Análise de Vulnerabilidade desenvolvida pelo GAV/SETSAN em que indicava que a malnutrição crónica nas crianças (0-5 anos) aumentou de 46 para 56%, o MISAU em parceria com o PMA e UNICEF implementou o Programa Integrado de Suplementação Alimentar (PISA) em 19 distritos afectados por dois anos consecutivos pelos efeitos da seca e HIV/SIDA. As intervenções foram feitas às crianças (0-5 anos), mulheres grávidas e em lactação. 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 HIV/SIDA. O PISA iniciou em 2003 e tinha como objectivo principal em responder a Tripla Ameaça (Seca-Pobreza-HIV/SIDA). A solicitação do MISAU para o PISA foi respondido pela UNICEF, PMA graças as doações financeiras do DFID e USAID.

As intervenções aos grupos vulneráveis foram realizadas pelas ONGs a operarem em cada uma das províncias e/ou distritos onde a OBC jogaram um papel importante na selecção dos beneficiários. Foram implementadas as seguintes actividades:

- a) Distribuição de CSB (Mistura de Soja e Milho) as crianças, mulheres grávidas e em lactação;
- b) Treinamento em práticas de higiene e educação nutricional as Comunidades Rurais
  - 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 desparasitação das crianças
- d) Medição antropométricas.

O avaliação do PISA em Junho de 2004 mostrou que o intervenção foi um modelo eficaz e replicável para proteger a sobrevivência das crianças, reduzir a mortalidade e reduzir a taxa de malnutrição. Todas as indicadores de malnutrição eram mais baixo 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 infanto-juvenil era mais baixo também: 40/1000 no grupo de intervenção vs 107/1000 no grupo de comparação.

## **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 e para o mercado. O défice alimentar é As quantidades de alimento que o país precisa de importar são definidas com base no consumo alimentar da população Moçambicana durante todo o ano. Os requerimentos alimentares estabelecidos pelo MISAU são de 2,100 Kcal/dia/pessoa.

Moçambique está a atravessar uma fase muito positiva de desenvolvimento económico e

social e o aumento do funcionamento do mercado. Pois, de um País altamente deficitário que dependência da importação e doações externas de alimentos, Moçambique já consegue satisfazer consideravelmente as necessidades básicas dos alimentos e mais recentemente o País têm 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 Zambézia). Na campanha agrícola de 2003/04 (Outubro a Março) o País atingiu a fasquia de 2 milhões TM de cereais. O Grande desafio continua a capacidade do país produzir alimentos suficientes para o consumo interno. Actualmente as necessidades alimentares situam-se a volta de 2,300,000 T de cereais, Moçambique têm um défice médio de cereais de aproximadamente 300,000 T (MADER, 2004). O MADER esta 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). Ao nível nacional, Moçambique pode presentemente satisfazer das necessidades alimentares através da produção interna de milho, arroz, mapira e meixoeira, com a excepção do trigo que é importado. Mas porque existem variações agro-ecológicas e diferentes níveis de riscos (ex. seca, cheias e ciclones), os níveis de produção agrícola no País não são uniformes o que esconde as variações regiões geográficas, urbana e rural em satisfazer as necessidades calorificas da população durante ano, o défice de cereais é assegurado através da importação como uma forma de garantir o acesso dos cereais e abastecimento continuo dos mercados.

Dados do INE 2003, indicam que cerca de 54% da população (19 milhões) vive numa situação de extrema pobreza, gastando menos de um Dólar por dia. A mesma fonte indica que as despesas dos AFs são principalmente virados a alimentação (48%), seguido pela habitação e combustível (22.4%) e transportes (7.2%). As despesas de educação (0.7%) e saúde (1.2%) apresentam uma proporção relativamente pequena o que se pode inferir que acesso a educação e saúde é subsidiado em Moçambique.

As despesas alimentares são mais baixas nas áreas urbanas (32.7%) e mais altas nas áreas rurais (64.3%). 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%) estes gastos são relativamente mais baixos, onde a população anda a pé ou bicicleta vários quilómetros.

A informação sobre o nível de insegurança alimentar e desnutrição ainda não estão disponíveis, todavia, um grupo de consultores nacionais estão a tecer esta análise e espera-se que em dezembro o SETSAN terá 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 de alimentos produzidos no país bem como a disponibilidade de alimentos.

Em Moçambique, existe uma diversidade de riscos que influencia na vulnerabilidade a 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 dos

preços, o desemprego, a malária, HIV/SIDA e outros riscos sociais (ex. divórcio) (Caixa 3, FAO, 2004).

## X. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

### A. Diagnóstico de Saúde

#### Mortalidade Infantil e Infanto-Juvenil

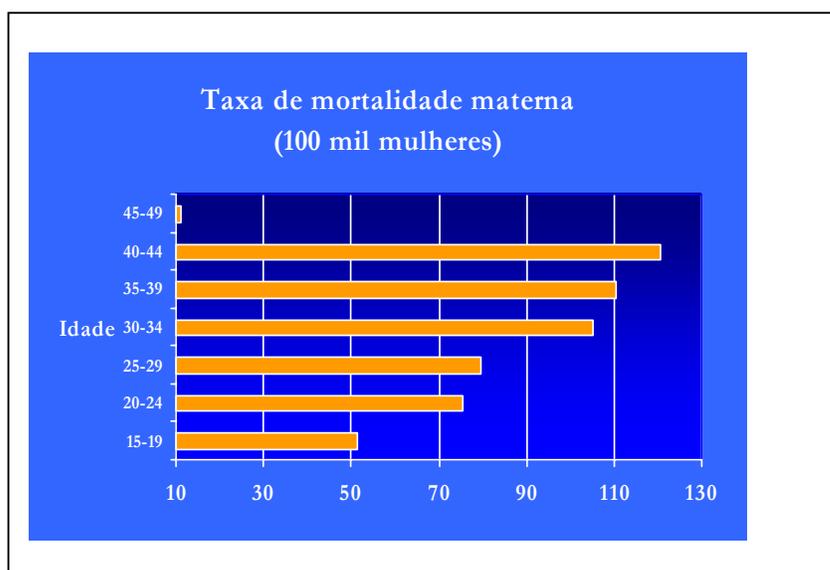
Entre 1997 e o ano 2003, verificou-se uma redução da taxa de Mortalidade Infanto-juvenil em cerca de 18% (de 219 para 178/1,000 nascidos vivos), enquanto a taxa de mortalidade infantil reduziu em cerca de 15% (de 147 para 124/1,000 nascidos vivos). Porém as taxas actuais ainda são muito elevadas, o que significa que em cada 5 crianças, 1 morre antes de atingir os cinco anos de vida. No conjunto de todas as províncias do país, Cabo-Delgado apresenta a maior 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 (200/1000) 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 atribui-se 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%. (Vide Gráfico 3)

**Gráfico 3**-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 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 as que tinham o ensino secundário, com apenas 3 filhos.

### Cobertura Vacinal

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 cujas mães são analfabetas não foram vacinadas, comparativamente às crianças de mães com o nível secundário de escolaridade (49% versus 98%) respectivamente

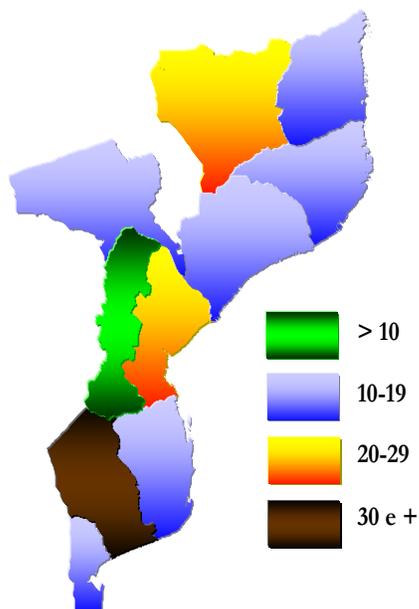
A análise sobre a qualidade do Programa Alargado de Vacinação, 1997-2003, revelou que este permaneceu estático, com cerca de 44% de crianças 12-23 meses vacinadas.

### Malária, Infecções Respiratórias Agudas, e Diarreia

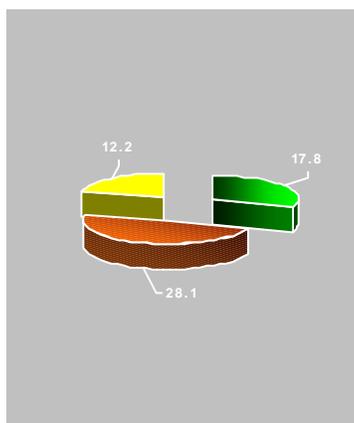
A malária representa um enorme problema para a saúde pública em Moçambique. O plasmódio falciparum é responsável pelo elevado índice de mortalidade em crianças < 5 anos e mulheres grávidas, por ser um factor de risco ao aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal.

No país, as redes mosquiteiras são priorizadas para mulheres com crianças menores de 5 anos.

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.



**Figura 7-Distribuição de Incidência de Malária**



Embora a incidência da malária pode ser reduzida através do uso de redes mosquiteiras, a maioria das crianças moçambicanas não dormem protegidas nas redes mosquiteiras. De acordo com os dados de IDS,2003, apenas 10 % de

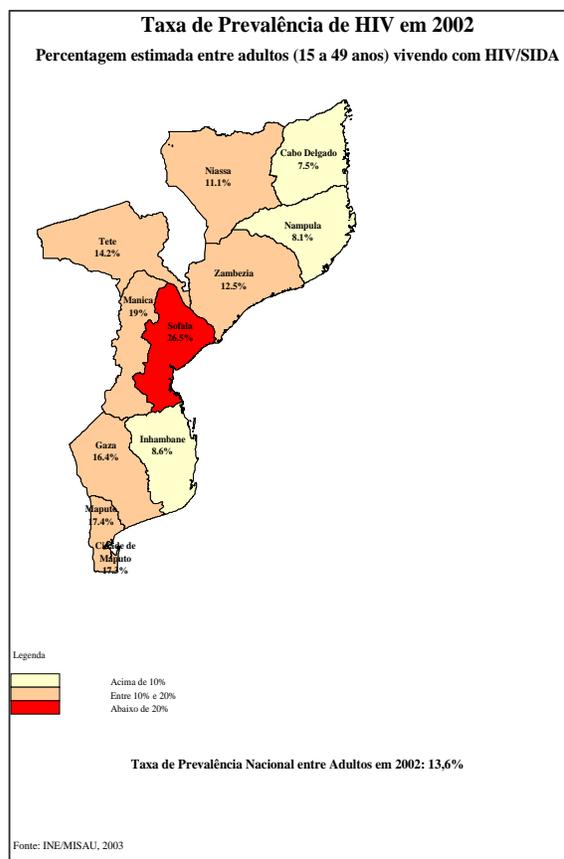
crianças menores de 5 anos dormiram em redes mosquiteiras (Figura 7), sendo a disparidade

geográfica enorme, variando de 3% em Sofala, a 15 % ou mais, na Cidade de Maputo, Zambézia e Gaza

Em Moçambique, a diarreia e conseqüente 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 as Parteiras Tradicionais capacitadas pelo SNS (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 8-Taxa de Prevalencia 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% 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), dois 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 < 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

### C. Diagnóstico Nutricional

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

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

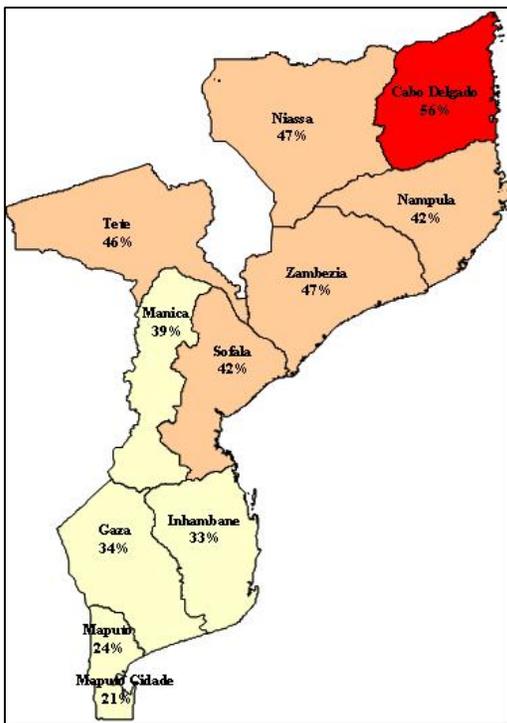
#### 1. Níveis de Desnutrição Crónica e Aguda

No País, a situação nutricional das crianças não registou melhorias entre 1997 a 2003, 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 <5 anos. O cenário é mais grave 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 9). 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 9-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). Para Moçambique isto equivale a 71,4-107 milhões de dólares americanos por ano, usando o PIB de 2002 (\$197).

Em 2003, em média 8,6% das mães de crianças < 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 tempo, a percentagem das mulheres com IMC >25 (muito pesadas e obesas) são 14.1% no país, 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), 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) O baixo peso à nascença é um factor preditivo da deficiência crónica de energia das mulheres durante o período de gravidez.

## **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 baixo (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**

Um estudo efectuado em 1992, calculou a Prevalência de Bócio Total em duas províncias endêmicas, nomeadamente Tete(63% ) e Niassa (76%). Os resultados preliminares do Estudo de 2004 (MISAU/UNICEF) da Deficiência de Iodo (bócio, sal iodado e deficiência de iodo na urina) mostraram que em 2004 a prevalência de bócio total nas duas províncias diminuíram: Tete (11% ) e Niassa (35% ). A taxa nacional de bócio é 14.5%.

Em 1997/98, 2/3 das crianças em idade escolar tinham níveis de iodo urinário abaixo do normal. A pesquisa foi realizada em Cabo Delgado, Manica, Gaza e Maputo.

Em 2003, estimou-se que 30% das mulheres em idade reprodutiva sofrem de deficiência de iodo (estrapulação/1998).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. Por outro lado, está demonstrado que nas populações com deficiência endémica, como é o caso de algumas regiões de Moçambique, o Coeficiente de Inteligência (QI) é em média 13,5 pontos mais baixo. Por conseguinte, considera-se esta deficiência em Moçambique, como “*uma mutilação invisível do capital humano e social*”. Por outro lado, a deficiência endémica de iodo causa a redução da produtividade em 5-25%, o que poderia causar a perda de 161 milhões de dólares americanos, até 2008.

### **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; estima-se que 48% da população moçambicana consuma sal iodado, devido à fragilidade da indústria salineira e falta de aplicação do Diploma na íntegra. Estimou-se em 2003 que somente 20% do sal produzido em Moçambique esta iodado, e que a qualidade do iodização deste sal é muito variável.

### **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 missiva 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 se conclui que 69% das crianças 6-59 meses e 11% das mães eram deficientes em Vit.A, tendo-se iniciado em 2002 a suplementação na rotina todas crianças 6-59 meses (2 doses por ano), cujas coberturas foram : 51% em 2002 e 44% em 2003.

Sabe-se porém que a carência de Vitamina A está associada à 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 Vit. A, é 1.75 vezes superior ao das crianças sem deficiência de Vit. A. Estima-se que “*caso não tomem as*

*medidas eficazes de controle da deficiência, cerca de 164.000 vidas de crianças moçambicanas menores de cinco anos se perderão no próximo quinquênio”*

#### 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 a 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.

As deficiências em micronutrientes têm consequências inaceitáveis também sobre a sobrevivência das mulheres moçambicanas. Estima-se que nos próximos cinco anos mais de 43.000 mulheres morrerão por causas relacionadas com a gravidez. Uma das principais causas desta elevada mortalidade é a anemia. De acordo com o estudo sobre a anemia realizado em 2002, cerca de 50% das mulheres em idade fértil são anémicas e correm um risco muito mais elevado de morte durante a gravidez. Em Moçambique, faz-se a suplementação sistemática de todas mulheres grávidas com sulfato ferroso e ácido fólico. Porém, ainda não há sistema de informação para avaliar os dados do seu impacto.

**Tabela 8. Resume a situação nutricional do País.**

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

## XI. PRINCIPAIS CAUSAS DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E DESNUTRIÇÃO

As principais causas imediatas, adjacentes e básicas da insegurança alimentar e desnutrição em Moçambique são as 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 acesso (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 sem educação: 49%. Entre crianças de mães com ensino secundário: 98%
- ✓ Percentagem de crianças que receberam todas as vacinas na 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%

*Altos níveis de pobreza absoluta*

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

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

*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-cuidado”
2. Fraco conhecimento e disseminação das “boas práticas tradicionais”
3. Fraco conhecimento dos direitos e como exigí-los

*Baixo 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

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 quisermos responder com sucesso aos objectivos do PARPA. Caso contrário, o valor económico actual da produtividade perdida resultante da deficiência de iodo na vida intra-uterina, da desnutrição crónica nos primeiros anos de vida e da anemia nas mulheres adultas nos próximos cinco anos atingirá os 663 milhões de dólares. A estas perdas económicas se adicionarão mais de 8.500 mortes de mulheres devido a anemia; 164.000 mortes de crianças devido a deficiência de vitamina A; 215.000 mortes de crianças devido a desnutrição protéico-energética; e 1.300.000 recém-nascidos com diferentes níveis de atraso mental devido à deficiência de iodo. A redução da pobreza não será possível sem a melhoria do estado nutricional das crianças e das mulheres moçambicanas.

## **XII. INTERVENIENTES CHAVES PARA A SAN**

Existe um número elevado de intervenientes de 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. SETSAN, está longe de atingir um cenário ideal desse processo, está consciente das sobreposição das intervenções; distorções nos usos de recursos com altos custos sociais e baixos benefícios sociais. Não obstante isso, é de salutar a tomada da consciência dos intervenientes e o espírito de maior

interacção que está a emergir entre a família de 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, apoiando o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), é de reduzir a pobreza absoluta em um terço o até 2010 e o seu compromisso para com as disposições internacionais dos direitos humanos, promover o desenvolvimento humano sustentável para habilitar politicamente todos os moçambicanos- independentemente do seu 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 primeiro UNDAF cobriu o período de 1998-2001. O UNDAF actual, referente ao período de 2002-2006 ostenta quatro objectivos estratégicos e que baseiam-se no PARPA e nas vantagens comparativas do Sistema das NU em Moçambique (analisada pelo Governo , doadores e parceiros não governamentais com base na Avaliação Conjunta do País ( CCA) feita pelo Sistema das NU em Moçambique). Esses objectivos são:

- Promover a garantia do direito a 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 a 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, 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 e ao Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN) , Educação ou outras actividades financiadas por estas agências/programa.

A assistência técnica tem sido garantido 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 agencias/programa incluem a desnutrição crónica proteico-calórica, carências em micronutrientes, vulnerabilidade e 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. Consideramos que em 2003, os beneficiários eram 16% da população, isto é, cerca de 2,59 milhões de pessoas, assim, o custo do programa para Moçambique, estaria compreendido entre \$15 e \$30 milhões em 2003.

### 1. Benefícios das Melhorias Nutricionais

Vamos agora avaliar os benefícios humanos e económicos para o nosso país caso as seguintes metas nutricionais sejam alcançadas nos próximos cinco anos:

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

Estas metas foram baseadas nas definidas pela Sessão Especial das Nações Unidas sobre as Crianças, em Maio 2002 e ratificadas por Moçambique. A nossa análise mostra que o valor económico do aumento da produtividade devido à redução da desnutrição nos próximos cinco anos atinge 97,4 milhões de dólares, em valor actual, e apenas para o caso das três deficiências nutricionais aqui consideradas. 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.

## **XIII. 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 dos 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 MDMs. Uma análise sobre o DHAA em cada um dos programas e 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 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 a 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 esta em vigor desde 2002 e conta com o apoio financeiro do DFID e assistência de Técnica. Neste momento o SETSAN esta a realizar uma avaliação do Impacto do plano. Resultados preliminares indicam que as acções desenvolvidas em prol das famílias vulneráveis permitiu fortalecer a capacidade produtiva e conseqüentemente 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 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 dos 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, a destacar os seguintes programas:

De um modo geral os programas de saúde tem como titular de direito toda a população, uma vez que a saúde é um direito básico da população.

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 HKI cujas contribuições globais estão orçadas em mais de 70.000,00 USD. O Pacote Nutricional integra 8 comportamentos: 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 nascença.

Os principais intervenientes nesta acção são: o PMA, INGC, MIMCAS, e MICOA  
E os principais programas de nutrição estão apresentadas na Tabela 10.

## **XIV. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

### **A. Sistema de Vigilância Nutricional**

Este é um Sistema paralelo ao Sistema de Informação de Saúde (SIS), que cuida apenas dos 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

## **XV. PROGRAMS E ACÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A SAN COMO INSTRUMENTO PARA A REALIZAÇÃO DAS MDMs EM MOÇAMBIQUE**

Progressos foram alcançados no País no sentido de cumprir com as 8 MDMs. Todavia, O país necessita de redobrar os seus esforços para atingir as MDM 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 parecerias 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 MDMs, usando nomeadamente o Plano Económico e Social (PES), e o desenvolvimento dos instrumentos de planificação e análise de políticas para dirigir as intervenções de longo prazo, médios e longo (2015).

O Conselho Económico do Conselho de Ministros aprecia regularmente as matérias de segurança alimentar e nutricional.

Os objectivos do MDMs devem ser preferencialmente descentralizados ao nível dos Países, e ao nível dos países 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.

### **Meta 1: Erradicação da pobreza absoluta e a fome**

O Governo de Moçambique tem priorizado a erradicação da Pobreza e Fome através da implementação das intervenções nas seguintes:

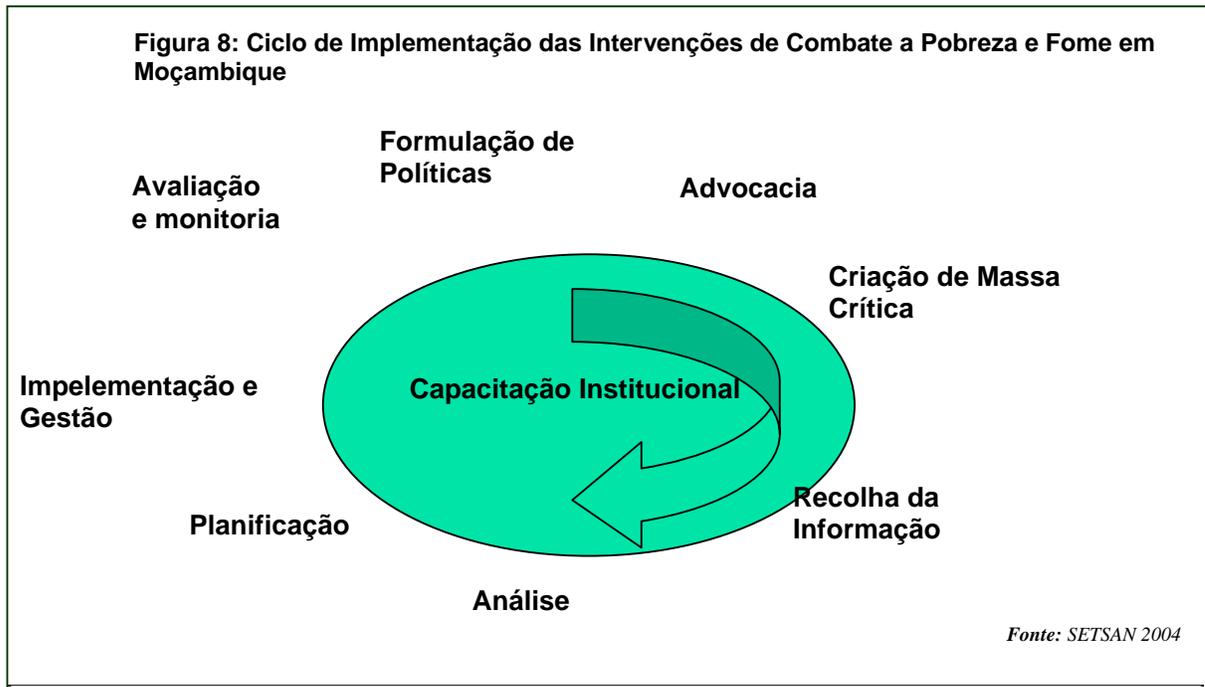
- Educação
- Saúde
- Infra-estrutura (estradas, água, habitação)
- Agricultura e desenvolvimento rural
- Boa governação, políticas macro económicas e orçamento
- Inclusão social
- Capacitação para o trabalho
- Género

A implementação das actividades que concorrem para o Combate a Pobreza Absoluta e a Fome são resumidamente apresentadas na Caixa 4.

De um modo geral as actividades da META 1 são implementadas pelos ministérios sectoriais tais como o MADER, MISAU, MOPH, MMCAS (INAS, CNCR), MT e MINED em parceria com o UNICEF, PMA, FAO, OMS, e organizações bilaterais como o GTZ/SAPSAN, USAID, DFID, as ONGs e a sociedade civil.

O financiamento anual do Orçamento do Estado é de aproximadamente \$700 milhões dólares americanos dos quais cerca de 54% provêm de financiamento externo e o restante é de fonte interna. O crescimento económico foi 7.1% em 2003 e esta projectada em cerca de 7-8% anualmente até 2006. Despesas do Governo para áreas prioritárias do PARPA aumento em valor absoluta, de MZM 13,774 biliões em 2001, a MZM 15,323 biliões em 2002, e MZM 18,196 biliões em 2003. Entre 2001 e 2003, despesas anuais nas áreas prioritárias do PARPA representou cerca 65% do total das despesas do Orçamento do Estado. A despesa total do orçamento do 2003 é de aproximadamente MZM 28,391 biliões, do qual 18.5% foi gasto no sector de educação, 13.6% no sector de saúde e 4.1% no sector de águas.

Os Titulares de Direito do PARPA e ESAN são *todos os moçambicanos sem distinção de sexo, raça, etnia e crenças religiosas*. Todavia, uma particular atenção é dada ao Grupo alvo dos mais pobres, através da implementação de um conjunto de programas assistencialistas, tais como i) Subsídio de Alimentos, e ii) Apoio Social Directo. Adicionalmente, o Governo têm implementado programas de desenvolvimento, como Benefício Social pelo Trabalho, Geração de Rendimentos e Desenvolvimento Comunitário. Os programas de inclusão social são desenvolvidas pelo MMCAS em parceria com as ONGs, e OBCs são intervenientes chaves para a redução da vulnerabilidade das AFs.



## **Meta 2: Massificação do ensino básico**

A educação é a condição básica na luta contra pobreza. O MINED para promover o ensino básico tem estado a levar a cabo várias intervenções, que estão sumarizadas abaixo:

- Alfabetização e educação de adultos
- Expansão do ensino secundário geral, técnico e profissional
- Formação de professores
- Expansão do acesso ao ensino superior
- Educação especial
- Educação em Saúde (HIV/SIDA) nas escolas.

Neste âmbito a Escolarização Universal deve assegurar a melhoria da qualidade e eficiência do ensino para que o País atinja a Meta 2. O cumprimento desta meta é feita da colaboração que o MINED tem com o MADER, INAS, MISAU, UNICEF, PMA, FAO, DANIDA, e a sociedade civil.

Os programas de Combate a Fome nas escolas são:

- Lanches escolares
- Rações para os agregados com raparigas e órfãos. Estas rações são distribuídas duas vezes por ano, no início de cada semestre. O principal requisito é a assiduidade.
- Comida pelo trabalho nas zonas rurais
- Hortas Escolares
- Comida pelo trabalho para mulheres chefes de agregado integrado com projectos de geração de rendimentos.

O programa também comporta componentes de saúde escolar, desparasitação e vacinação.

## **Meta 3: Promoção da igualdade entre sexos e a autonomia das mulheres**

Os determinantes-chaves para a meta 3 são: educação, alimentação e saúde. O programa de distribuição da ração para a rapariga da responsabilidade do MINED/PMA permite um maior ingresso das raparigas e a redução dos altos índices de vulnerabilidade e a partilha equitativa da alimentação entre os sexos.

O MINED em colaboração com o MISAU indica a necessidade de se activar o programa de hortas escolares com uma forte componente de nutrição que incentiva o cultivo de culturas alimentares melhoradas (ex. citrinos, batata doce, polpa alaranjada, etc).

## **Meta 4 : Redução da mortalidade infantil**

O cumprimento desta meta assenta nas seguintes áreas:

- Peso ao nascer, cuidados pré-natal e saúde materna.
- Educação
- Aleitamento e nutrição
- Saneamento da água potável

No que respeita ao primeiro ponto nota-se que a MISAU tem sido a instituição responsável e que os tipos de programas concentram-se principalmente na educação nutricional, saúde materna micronutrientes e profilaxia da malária. No entanto depara-se que urge incentivar a educação nutricional na extensão para poder tornar esses programas mais efectivos e com maiores benefícios sociais.

Em termos da educação a mesma tem priorizado a formação as raparigas e coordenado essencialmente pelo MINED. Entretanto, o reforço de programa poderia ter muito mais impacto mediante um maior envolvimento entre a escola e as comunidades; engajamento coerente dos pais e de líderes comunitários.

O aleitamento e nutrição está sob a alçada da MIAU e tem consistido na promoção de aleitamento materno e alimentação infantil. O programa na sua fase de alargamento tem tido como parceiro o Ministério de Comércio; o Instituto de Normalização e Qualidade. Torna-se no entanto oportuno a consolidação dessa intervenção privilegiando aspectos de processamento como forma de minimizar as perdas pós-colheita e permitir uma maior racionalização de alimento pelas famílias.

As questões de saneamento e abastecimento de água potável, são cruciais para SAN, cabendo a responsabilidade o Ministério de Obras Públicas e Habitação, e os Governos Locais.

Os programas actualmente existentes para o abastecimento e garantia da qualidade da água são: Higiene Ambiental, Higiene de Águas e Alimento, e Água Rural. Porém, é pertinente a legislação sobre poluição ambiental, e a coloração da água.

#### **Meta 5: Melhoria da Saúde Materna**

Neste âmbito, é sobejamente conhecido que a SAN através da melhoria da nutrição e habitação, o saneamento, as condições de vida, as oportunidades de trabalho e Renda, a educação da mulher, as condições de saúde e os cuidados pré-natais, são determinantes básicos para melhoria da Saúde Materna. Um grande adjuvante para o alcance desta meta é o facto de existirem programas de Género em todos os ministérios, e a Lei da Família e do Trabalho, sob tutela dos Ministérios da Mulher e do Trabalho, coadjuvados pela sociedade civil, tem contribuído significativamente para a consolidação da estrutura da família.

Os Programas de Promoção de Emprego e Comida pelo Trabalho, contribuem para a melhoria da SAN, através da criação de oportunidade de trabalho e de renda, particularmente para as famílias pobres. Os Ministérios do Trabalho e

de Plano e Finanças, têm a responsabilidade sobre estas acções, sendo porém ainda necessário promover mais a mulher no trabalho.

As melhoria das condições de vida são da responsabilidade de todos os sectores socio-económicos. Contudo, os ministérios das Obras Públicas e Habitação, Saúde e Educação são o fulcro para a garantia da SAN e conseqüentemente na melhoria das condições de vida.

#### **Meta 6: Combate ao HIV/AIDS, a malária e outras doenças -(Objectivos 7 e 8)**

A existência dos seguintes programas no Ministério de Saúde no Sector Privado, nomeadamente: o Programa de Medicamentos Essenciais, os medicamentos anti-maláricos, anti-retrovirais, e os medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas, constituem um enorme contribuição para a melhoria da SAN no país. Paralelamente o controle de vectores levado a cabo pelos programas existentes nos vários ministérios, com particular realce para MADER e MISAU, são cruciais para a garantia da SAN.

## **Meta 7 Garantia da sustentabilidade ambiental**

O MICOA em coordenação com o MINED, MISAU, MADER, UEM, MITUR, ONGs, e a sociedade civil encontram que as acções de SAN afectam os seguintes determinantes:

- Tecnologia e Forma de Produção
- Informação e Comunicação
- Educação
- Saúde
- Saneamento do meio
- Acesso e uso da Terra
- Biodiversidade
- Trabalho e
- Modos de Vida da população.

As tecnologias melhoradas e formas de produção são desenvolvidas pela Investigação (INIA) e transferência das mesmas, pelo (DNER).

A Informação, Educação e Comunicação (IEC), são factores importantes para educar, informar as comunidades e intervenientes chaves para preservar o meio ambiente.

A conservação do meio ambiente é importante para a SAN uma vez que garante uma maior conservação dos recursos naturais, modos de vida e saneamento do meio, evitando-se assim a erosão e garantindo a continuidade da utilização do meio ambiente.

## **Meta 8: Parceria Mundial para o Desenvolvimento.**

O governo de Moçambique reconhece a necessidade de uma resposta multi-sectorial que inclui a implementação de políticas e planos operacionais sectoriais por forma a assegurar um desenvolvimento humano-socio-cultural-económico do País. É importante estabelecer-se uma plataforma em que os diferentes parceiros do Governo podem apoiar na resposta nacional de eliminar a tripla ameaça: Seca-Pobreza-HIV/SIDA.

É indispensável que no desenvolvimento das parecerias sejam fortalecidas as intervenções de descentralização por forma à:

- Dar um melhor tratamento as agendas de SAN tomando em conta a variabilidade sócio-cultura e económica do país
- capacidade de resposta de cada uma das regiões, províncias e distritos do país.

As parecerias devem ser feitas tomando em consideração as áreas de interesse e especialidades de cada um dos parceiros nacionais e internacionais a operar no país por forma a garantir uma melhor articulação entre o Governo e os parceiros e melhor resposta dos programas implementados.

## **XVI. 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 passa 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; 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 baseadas na comunidade e as 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: 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 seu 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 as capacidades as pessoas de resistirem às adversidade 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 X tomadores de decisão, buscando corrigir as medidas adoptadas.

## XVII. CONCLUSÕES

### A. Situação SAN

Desde 1992, o país fez já um progresso significativo no âmbito da restauração da produção alimentar. A produção dos alimentos de base, particularmente o milho, tem aumentado com a redução 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 produtivo. A produção de alimentos é influenciadas pelos choques associados à seca e o HIV/SIDA o que, torna uma ameaça para perpetuar o ciclo da pobreza em Moçambique.

**Figura 10- Situação da malnutrição Crónica**



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:

- Desequilíbrios na implementação de programas de desenvolvimento vs emergência, e, no âmbito das intervenções de emergência, tem 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 as outras causas de insegurança alimentar e nutricional, (além do acesso aos alimentos), que também contribuem para o processo de desenvolvimento ao 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 fortalece-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 existe uma iniciativa de louvar, ainda em estagio embrionário, do surgimento da Rede de Organizações de Segurança Alimentar (ROSA)

### **C. A avaliação da implementação da ESAN (1998):**

Está em processo a avaliação 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 da sociedade civil. Ao nível central o resultados preliminares da ESAN indicam que a SAN não é visualizada numa 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. MDM:**

Apesar de um forte crescimento económico e aumento significativo da produção agrícola no país, a situação actual mostra que é pouco provável que a MDM de “*reduzir em 50% a população que sofre de fome*” seja atingida até 2015. As MDM’s não são claramente monitoradas e avaliadas (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 MDMs

**Tabela 11: Progresso de Moçambique no Desenvolvimento das Metas do Milénio**

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

**Fonte:** Report on the Millennium Development Goals Mozambique 2002

## 2. DHAA:

Em Moçambique existem várias iniciativas de aplicação do DHAA. Todavia, constata-se que Moçambique 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.

## XVIII. RECOMENDAÇÕES

### **Tripla ameaça:**

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

### **Situação institucional e Avaliação da Implementação da ESAN:**

- ✓ 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 litigação alimentar e nutricional
- ✓ Melhorar a coordenação e o desenvolvimento da Sociedade Civil;
- ✓ Fortalecer programas de comunicação sobre o DHAA a todos os níveis

### **MDM**

- ✓ Importante definir indicadores e acções de M&A das MDMs no PARPA
- ✓ Em termos específicos é necessário criar mecanismos de desenvolvimento industrial que possibilitem acções 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, m Hélder et al. 2004. Primeira parte da Versão Preliminar da Análise da Situação em vista ada “Componente Estratégica dum Plano Nacional Multi-sectorial de Combate ao HIV/SIDA.
18. Martins, m Hélder et al. 2004. Proposta de “Componente Estratégica dum Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique.
19. Mather, David; Marulle, Higino; 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 d 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.

Anexo 1

Tabela 9. Programas, Objectivos, e Metas que Concorrem para a Disponibilidade e Acesso de Alimentos

Programas	Objectivos	MDM	DHAA	Responsável Primário	Implementadores
1. Recolha, análise e disseminação de informação sobre produção das culturas alimentares básicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a Tomada de decisão para a Segurança Alimentar</li> <li>Informar os intervenientes sobre os stocks e preços dos produtos agrícolas</li> </ul>	MDM 1 e 2, Objectivo 1  Meta 1 e 2, Objectivo 1	1.1 Este programa visa a recolha de informação para auxiliar o Estado na formulação de Políticas e Estratégia. Não tem sujeito de DHAA.	DAPSA-DINA  SIMA-DEA PAMA	DPADR  SIMAP-DPADR  DPADR, ONGs, e Igrejas
2. Recolha, análise e disseminação de preços e stocks	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar o acesso ao crédito rural</li> </ul>	Meta 12 Obj. 8,  Meta 1 e 2, Objectivo 1  Meta 12 , Obj. 8	<p>2.1 O sujeito do direito está definido (produtores), e está informado (existe um sistema de recolha e disseminação de informação quinzenal/mensal). O método de recolha e disseminação de informação é participativo envolvendo produtores e comerciantes.</p> <p>2.2 O programa promove a equidade distributiva e tem cobertura nacional pontual</p> <p>2.3 O titular da obrigação esta claramente definido (MADER-DAPSA, SIMA, PAMA), MIC (DNC)</p> <p>2.4 O programa do DAPSA atravessa e interage com o SIMA e PAMA</p> <p>2.5 Constrangimentos: Os programas normalmente tem financiamento externo</p> <p>2.6 O programa enquadra-se na capacidade evolutiva e desenvolvimento do País</p> <p>2.7 Não existem metas Progressivas de implementação. Os mecanismos de M&amp;A são baseados no comportamento dos preços de futuro num horizonte de 3 anos.</p> <p>2.8 O Programa não dispõe de mecanismos legais de exigibilidade e não está concebido em termos de Direito. Porém, o programa em si constitui um mecanismo de protecção contra terceiros.</p>		
3. Programa de Micro Crédito e Micro-Finanças			<p>3.0 O Programa tem sujeito definido a partir de critérios de ilegitimidade.</p> <p>3.1 O titular de obrigação está claramente definido (Estado- Fundo de Fomento Agrário, ONG's).</p> <p>3.2 Estimula a produtividade Local e Nacional.</p> <p>3.3 A cobertura é nacional e promove inclusão social (facilitação ao micro-crédito)</p> <p>3.4 Constrangimentos: - Fraca capacidade de gestão financeira por parte dos sujeitos de direito. Porém, existem algumas acções de capacitação levadas a cabo pelas ONG's, cuja cobertura é fraca.</p>		

Programas	Objectivos	MDM	DHAA	Responsável Primário	Implementadores	
			<p>-Baixo nível de escolaridade dos produtores</p> <p>- O programa tem um elevado risco de criar dependência em relação à determinadas formas de financiamento ligadas às culturas de rendimento, em detrimento da segurança alimentar.</p> <p>3.5 O programa possui Metas progressivas e mecanismos de M&amp;A</p> <p>3.6 O programa não está concebido em termos de direito e não dispõe de mecanismos de exigibilidade em casos de violação de Direito. Por conseguinte é difícil defender contra a acção de terceiros.</p>			
<p>4. Apoio à produção de alimentos</p> <p>(produção de semente local, realização de feiras de sementes, produção de alimentos nas escolas)</p> <p>-Programas de desenvolvimento comunitário através da instalação de machambas comunitárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a Produção e Produtividade agrária</li> <li>Promover a renda comunitária</li> </ul>	<p>Meta 1 e 2</p> <p>Objectivo 1</p> <p>Meta1, 2</p> <p>Meta 9</p> <p>Objectivo 7</p> <p>Meta 4</p> <p>Objectivo 3</p>	<p>4.1 O sujeito está claramente definido (os produtores e criadores), informado e é participativo,</p> <p>4.2 Promove bons hábitos e práticas alimentares, respeitando a cultura alimentar local, tendo em conta os aspectos socio-culturais;</p> <p>4.3 Não cria dependência em relação aos incentivos do programa.</p> <p>4.4 Tem um titular de obrigação definido (Estado: MADER, DPADR, DDADR, ONG's)</p> <p>4.5 Constringimentos:</p> <p>- Dependência do Clima (agricultura de sequeiro), pragas e doenças, fraco acesso às tecnologias melhoradas, perdas pós-colheita, acesso aos mercados e volatilidade de preços.</p> <p>4.6 Dispõe de Metas Progressivas de Implementação.</p> <p>4.6 A monitoria e Avaliação é anual</p> <p>4.7 Apesar da Constituição definir a agricultura como base da economia, os programas não estão concebidos em termos de Direito e os respectivos sujeitos não dispõem de mecanismos legais de exigibilidade.</p> <p>4.8 Não há protecção contra a acção de terceiros</p>	<p>-Departamento de Produção/DINA</p> <p>-UCEA/SETSAN</p> <p>-MINED/DNEB</p> <p>-MMCAS/INAS</p>	<p>DPADR, OCB</p> <p>ICRISAT, DPADR,</p> <p>Sociedade civil (Igrejas)</p> <p>Visão Mundial, Care, SC-UK, EP1, DPADR, DDADR, INAS, ONGs, Sociedade Civil</p>	
<p>5. Promoção de Culturas de Rendimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuir para o aumento do PIB</li> <li>Aumentar a renda dos AFs</li> <li>Melhorar a SAN dos AFs</li> </ul>	<p>Meta 1 e 2</p> <p>Objectivo 1</p> <p>Meta 4 e objectivo 3</p> <p>Meta 12 e Objectivo 8</p>	<p>5.1. Sujeitos de direito claramente definidos (produtores nos AFs)</p> <p>5.2 Titular de obrigação são as empresas concessionárias</p> <p>5.3 Facilita o acesso dos AFs aos nutrientes essenciais, todavia aumenta a dependência dos AFs em relação às concessionárias.</p> <p>5.4 Aumenta o acesso aos insumos de produção, e a capacidade produtiva e de produção local</p> <p>5.5 O programa não se importa com as culturas alimentares locais nem com a promoção dos bons hábitos alimentares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a Produção e Produtividade agrária</li> <li>Promover a renda comunitária</li> </ul>	<p>4.1 O sujeito está claramente definido (os produtores e criadores), informado e é participativo,</p> <p>4.2 Promove bons hábitos e práticas alimentares, respeitando a cultura alimentar local, tendo em conta os aspectos socio-culturais;</p> <p>4.3 Não cria dependência em relação aos incentivos do programa.</p> <p>4.4 Tem um titular de obrigação definido (Estado: MADER, DPADR, DDADR, ONG's)</p>	<p>-Departamento de Produção/DINA</p> <p>-UCEA/SETSAN</p> <p>-MINED/DNEB</p> <p>-MMCAS/INAS</p> <p>DPADR, OCB</p> <p>ICRISAT, DPADR,</p> <p>Sociedade civil (Igrejas)</p> <p>Visão Mundial, Care, SC-UK, EP1, DPADR, DDADR, INAS, ONGs, Sociedade Civil</p>

Programas	Objectivos	MDM	DHAA	Responsável Primário	Implementadores
			<p>5.6 O programa tem cobertura nacional porém o mesmo esta altamente condicionado a aptidão agro-ecologica das culturas de rendimento</p> <p>5.7 O programa é sustentável sobre ponto de vista macro-económico</p> <p>5.8 O programa tem os seguintes constrangimentos:</p> <p>-Deficiente políticas e estratégias para o sector</p> <p>-Choca com as relações do género na familia porque o poder fica concentrado nas mãos de homem e pouco beneficio é direccionado à Segurança Alimentar.</p> <p>-Afecta a disponibilidade da força de trabalho e outros factores de produção tal como a terra.</p> <p>-Ausência de agro-processamento, reduz o valor acrescentado no produto final e consequentemente a renda disponível dos produtores.</p> <p>-Tem o risco de introdução transgénica sem a tomada das devidas preocupações em relação a saúde humana e risco ambiental</p> <p>-Programa não promove a equidade distributiva, ele tem como grande meta o crescimento económico e não pensa no factor humano.</p> <p>-O programa bloqueia a transmissão dos conhecimentos locais de geração em geração.</p> <p>5.9 O programa dispõe de metas progressivas de implementação e dispõe de mecanismos de M&amp;A</p> <p>5.10 O programa não dispõe de mecanismos legais de exigibilidade e não está concebido em termos de Direito. Também não dispõe de mecanismos de protecção dos produtores contra acção de terceiros</p>		<p>4.5 Constrangimentos:</p> <p>- Dependência do Clima (agricultura de sequeiro), pragas e doenças, fraco acesso às tecnologias melhoradas, perdas pós-colheita, acesso aos mercados e volatilidade de preços.</p> <p>4.6 Dispõe de Metas Progressivas de Implementação.</p> <p>4.6 A monitoria e Avaliação é anual</p> <p>4.7 Apesar da Constituição definir a agricultura como base da economia, os programas não estão concebidos em termos de Direito e os respectivos sujeitos não dispões de mecanismos legais de exigibilidade.</p> <p>4.8 Não há protecção contra a acção de terceiros</p>
<p>7. Controle de doenças e pragas das culturas alimentares e de rendimentos</p> <p>Melhoramento das variedades tolerantes a seca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover o aumento da produtividade e produção.</li> <li>Reduzir as perdas pós-colheita.</li> </ul>	<p>Meta 1 e 2</p> <p>Objectivo 1</p> <p>Meta 5</p> <p>Objectivo 4</p> <p>Meta 6</p> <p>Objectivo 5</p> <p>Meta 8</p> <p>Objectivo 6</p>	<p>7.1 O programa respeita as quatro dimensões do DHAA.</p> <p>7.2 Este programa esta relacionado com os pontos 5 e 6.</p>	<p>DSV-DINA, INIA, DNER</p>	<p>INIA, DNER, ONGs e investigação nas machambas dos Camponeses</p>

Programas	Objectivos	MDM	DHAA	Responsável Primário	Implementadores
8. Repovoamento pecuário (gado bovino, caprino e avícola) e Promoção da sanidade animal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover o aumento dos efectivos</li> <li>Aumentar a renda dos AFs</li> <li>Melhorar a dieta dos AFs</li> <li>Estimular o uso de tracção animal</li> </ul>	<p>Meta 1 e 2</p> <p>Objectivo 1</p> <p>Meta 4</p> <p>Objectivo 3</p>	<p>8.1 O programa tem titulares de direito bem identificado, mas nem sempre estão informados</p> <p>8.2 O programa é participativo.</p> <p>8.3 O titular de obrigação está identificado estado (MADER, MMCAS), ONGs, igrejas</p> <p>8.4 O programa facilita o acesso e utilização dos alimentos</p> <p>8.5 O programa respeita a cultura alimentar local e promove bons hábitos alimentares</p> <p>8.6 O programa tem os seguintes constrangimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-não preserva a biodiversidade local</li> <li>-o programa por vezes não se ajusta aos valores culturais da zona (ex. cerimónias e rituais)</li> <li>-cria dependência em relação às espécies de repovoamento</li> <li>-tem uma forte dependência de fundos externos.</li> <li>-espécies introduzidas nem sempre estão adaptadas às condições locais (ex. doenças, pragas) o que cria uma dependência à bio-veterinária em detrimento da etno-veterinária.</li> </ul> <p>8.7 O programa tem cobertura nacional e promove a inclusão social e equidade distributiva.</p> <p>8.8 O programa é sustentável do ponto de vista macro-económico, apesar da dependência da ajuda externa.</p> <p>8.9 O programa dispõe de metas progressivas de implementação e de mecanismos de monitoria e avaliação.</p> <p>8.10 O programa não foi concebido em termos de direito e não dispõe de mecanismos de exigibilidade.</p>	<p>DINAP</p> <p>Visão Mundial</p> <p>ORMA</p>	<p>Visão Mundial, Care, SC-UK, SC-US, ADRA, ORAM</p> <p>MMCAS</p>

## ANEXO 1

Tabela 10: Continuação

Programas	Objectivos	Responsável Primário	MDM	DHAA	Implementadores
5. Terapêutica Nutricional e Dietética Hospitalar	Tratar casos de desnutrição grave	Unidades sanitárias com enternamento Clínicas	Meta 5, Objectivo 4; Meta 8, Objectivo 6	<p>Tem sujeito do direito definido e informado; Promove bons hábitos alimentares; Respeita os hábitos alimentares locais, não cria dependência em relação à suplementação alimentar; Facilita o acesso aos micronutrientes essenciais; Titulares da obrigação bem definidos – entidades hospitalares (MISAU); Cobertura do Programa – Nacional. O programa é incluyente. Porém tem constrangimentos ao nível de implementação devido às dificuldades do país;</p> <p>Promove equidade distributiva; É sustentável; É programa já estabelecido pelo que as metas progressivas são as do próprio crescimento do sector. Dispõe de mecanismos de supervisão anual.</p> <p>Não dispõe de mecanismos de exigibilidade e não está concebido em termos de direito.</p>	Técnicos de Nutrição Pessoal de saúde treinado
6. Actuação Nutricional em Casos de Emergência	Estabelecer normas para intervenções em situação de emergência, onde haja vulnerabilidade alimentar.	MISAU  Unidades sanitárias	Meta 2, Objectivo 1; Meta 5, Objectivo 4; Meta 6, Objectivo 5; Meta 7, Objectivo 6	<p>Sujeito de Direito definido mas não informado. O sujeito do direito não é participante activo;</p> <p>O programa promove bons hábitos alimentares, (através da elaboração e disseminação de Normas de Intervenção Alimentar e Nutricional em Situação de Emergência pelo Titular da obrigação – neste caso o MISAU);</p> <p>Facilita o acesso aos nutrientes essenciais; Tradicionalmente não tem respeitado as culturas alimentares locais (isto acontece por parte dos doadores de ajuda alimentar, qdo não obedecem às normas, e não pelo titular da obrigação). Porém está em curso acção no sentido de promover compras de excessos</p> <p>Com esta mudança de atitude vai estimular-se a capacidade produtiva nacional e local; Cria dependência em relação aos suplementos alimentares. Esta situação tenderá a melhorar na medida em que se estabelecer o tráfico interno de alimentos;</p>	Unidades Sanitárias, INGC, ONG's, Agências das nações unidas (UNICEF, PMA, IMMICAS, MICOA etc).

Programas	Objectivos	Responsável Primário	MDM	DHAA	Implementadores
				<p>O titular da obrigação está definido. É o Estado através do DPCCN (Departamento de Prevenção e Combate às Calamidades Naturais) e; o MISAU (Repartição de Nutrição) no que respeita à determinação do estado nutricional das populações afectadas e definição de normas de intervenção alimentar e nutricional. A cobertura do programa tem carácter nacional.</p> <p><b>Constrangimentos:</b> a completa dependência de ajuda externa. Quanto à orçamental prevista, por vezes o MISAU só recebe 1%</p> <p>O programa cabe perfeitamente na capacidade evolutiva e no Desenvolvimento do Estado. Porém vive dependente da ajuda externa, o que urge alterar</p> <p>O programa não dispõe de metas progressivas de implementação nem de mecanismos de monitoração e avaliação atente-se que por parte da Saúde têm sido feitas avaliações do impacto nalguns programas de intervenção;</p> <p>A sua concepção, o Programa Promove a Equidade Distributiva e a Inclusão Social. Porém a prática de implementação tem demonstrado uma falta de rigor. Nestes aspectos</p> <p>O programa não dispõe de mecanismos legais de exigibilidade e não está concebido em termos de direito.</p> <p>Daí é difícil de vislumbrar mecanismos de protecção contra a acção de terceiros</p>	