

Sumário

Relatório do Estudo de Base

Avaliação para a tomada de decisões fundamentadas



Projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS) (2019 a 2021) do PMA Moçambique | Resumo do Relatório do Estudo de Base

Introdução

O presente Relatório de Linha de Base (BLR) é *um componente-chave da avaliação de impacto do Projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS), do Programa Mundial de para a Alimentação (PMA) de Moçambique*. O GTNS é financiado pela Agência Austríaca de Desenvolvimento (ADA), em três milhões de euros, ao longo de um período de dois anos e meio (2019-2021). O projecto está a ser implementado em 49 povoados do distrito de Chemba, província de Sofala. Tem como objectivo melhorar o empoderamento de mulheres e raparigas adolescentes, através do aumento da diversidade alimentar e a redução do desnutrição crónica nas crianças com idade inferior a cinco anos, no contexto de mudança climática. Esta avaliação foi solicitada pelo Escritório do PMA em Moçambique.

Objectivos e Alcance da Avaliação

A avaliação tem por objectivo mensurar a contribuição do projecto para a redução da desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos e o empoderamento de mulheres e raparigas. Pretende-se que a avaliação tenha a dupla **finalidade de prestação de contas** (avaliando e apresentando relatórios sobre o desempenho do projecto) e **também de aprendizagem** (gerando conhecimentos para apoiar e melhorar a expansão do modelo de intervenção integrado do GTNS para outros contextos).

Objecto da Avaliação

O grupo-alvo primário do programa GTNS é composto por 1.500 agregados familiares, compreendendo 7.500 indivíduos incluindo, pelo menos, 500 mulheres grávidas, 500 raparigas adolescentes e 750 crianças com menos de dois anos de idade. Estes devem ser alcançados através das componentes de Assistência Alimentar para Activos (FFA) e Perda Pós-Colheita (PHL). O grupo-alvo secundário é composto por 5.000 agregados familiares, compreendendo aproximadamente 25.000 indivíduos, que serão alcançados por meio da componente de Comunicação para a Mudança Social e Comportamental (CMSC). O impacto e os resultados esperados do programa são os seguintes:

Impacto: O empoderamento de mulheres e raparigas adolescentes permite uma melhor diversidade alimentar e a redução do desnutrição crónica entre crianças menores de cinco anos no contexto de mudança climática.

Resultado 1: Maior disponibilidade, diversidade e consumo de alimentos nutritivos por mulheres, raparigas adolescentes e crianças menores de dois anos, através da criação de bens familiares e comunitários sensíveis ao género e à nutrição, e dos treinamentos em matéria de gestão de perdas pós-colheita no distrito de Chemba e que contribuem para a gestão de riscos climáticos.

Resultado 2. Aumento do empoderamento de mulheres e raparigas adolescentes em relação ao casamento prematuro, à saúde sexual e reprodutiva e aos comportamentos de procura de saúde para doenças infantis básicas, através da CMSC intensiva destinada a homens, mulheres, rapazes e raparigas.

Seleção Geográfica: O programa está a ser implementado no Posto Administrativo de Mulima, no distrito de Chemba, província de Sofala (Figura 1). Este local foi identificado utilizando a ferramenta "Análise Integrada do Contexto" (ICA), do PMA. O ICA foi desenvolvido com o Governo e utiliza dados de tendências históricas para identificar pontos geográficos cruciais de intervenção. O distrito de Chemba foi classificado como pertencente à categoria 1, o que significa que sofre de insegurança alimentar persistente e de choques naturais recorrentes. Além disso, e de acordo com



Figura 1 Mapa da Província de Sofala

a Classificação da Fase Integrada (IPC), Chemba classificou-se como pertencente à categoria 3 - insegurança alimentar crónica grave.

Metodologia

Para avaliar o impacto do programa na nutrição, nos meios de vida e no empoderamento das mulheres, foi utilizado o "Desenho de Grupo Não Equivalente" (NEGD). Tal deve-se ao facto de as comunidades onde está a ser implementado serem escolhidas por conveniência, em vez de aleatoriamente. Além disso, nessas comunidades, os

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

agregados familiares que satisfazem os critérios de inclusão do projecto e que constituem o principal grupo beneficiário, foram seleccionados através de um processo participativo baseado na comunidade. E aqueles que foram escolhidos participam do projecto. Os dados de base foram recolhidos de uma amostra aleatória de 640 agregados familiares, e os dados antropométricos foram recolhidos de um total de 997 crianças menores de cinco anos dentro dos referidos agregados familiares.

Principais Conclusões

Esta secção apresenta os resultados do inquérito de base. Os resultados de 18 indicadores de resultados e de 1 indicador adicional para exposição ao programa são apresentados e revistos individualmente.

Indicadores da exposição do Programa

Proporção dos agregados familiares que recebem ajuda alimentar

No inquérito, os agregados familiares responderam a perguntas específicas relacionadas com a exposição a programas liderados pelo Governo, organizações de base comunitária (CBOs) e organizações não governamentais (ONGs). Uma percentagem muito elevada de agregados familiares nos povoados de intervenção relatou ter beneficiado de assistência externa (87%), contra apenas 3% dos agregados familiares nos povoados de controlo. Além disso, das famílias que relataram tal exposição, 93% relataram ter recebido assistência alimentar distribuída pelo PMA.

Do ponto de vista da concepção da avaliação de impacto, isto tanto é bom como mau. Por um lado, é bom pois a concepção da avaliação de impacto depende de uma elevada percentagem de agregados familiares com crianças menores de dois anos e mulheres grávidas/crianças menores de um ano nas comunidades de intervenção, que participam do projecto. No entanto, é mau porque provavelmente irá 'diluir' as estimativas de impacto do GTNS, conforme explicado no relatório de base completo.

Indicadores da segurança alimentar dos Agregados Familiares

Nesta avaliação, o consumo alimentar tem muito interesse porque aparece como um caminho através do qual se espera que a criação de activos, o treinamento em matéria de perdas pós-colheita e o apoio nutricional directo sejam capazes de melhorar a nutrição dos agregados familiares e indivíduos, incluindo os resultados da segurança alimentar. Por exemplo, a intervenção na criação de activos na comunidade e nos agregados familiares, pode aumentar a renda familiar e a produção de alimentos nutritivos, permitindo aos agregados familiares a prática de uma dieta mais diversificada e nutritiva.

O componente de FFA realça a criação de activos comunitários sensíveis à nutrição e activos dos agregados familiares sensíveis ao género e à nutrição, para aumentar a

disponibilidade e a diversidade dos alimentos a longo termo. No entanto, espera-se que a transferência condicional directa de alimentos aumente o consumo de alimentos nutritivos pelos agregados familiares. A tecnologia e o treinamento na matéria de gestão de perdas pós-colheita também devem aumentar a disponibilidade, a diversidade e o consumo de alimentos nutritivos. Portanto, para efeitos de avaliação é útil compreender a partir dos dados de base o quão diversificadas e adequadas as dietas eram nos agregados familiares de intervenção e de controlo.

Pontuação do consumo alimentar

A pontuação de consumo alimentar (FCS – *food consumption score*) é um indicador substituto para o acesso aos alimentos pelos agregados familiares, e é usado para classificar as famílias em diferentes grupos, com base na adequação dos alimentos consumidos na semana anterior ao inquérito. O indicador de FCS concentra-se em três dimensões do consumo alimentar: a diversidade dietética, a frequência alimentar e a importância nutricional relativa. A pontuação é calculada usando a frequência ponderada do consumo de nove grupos de alimentos consumidos por um agregado familiar durante os sete dias anteriores ao inquérito. Pesos mais elevados (ou mais baixos) são atribuídos aos melhores (ou piores) grupos de alimentos em termos de densidade calórica e conteúdo de macro e micronutrientes.

A Figura 2 ilustra a proporção estimada dos agregados familiares nos três grupos de consumo alimentar. Os valores médios são apresentados entre os agregados familiares de controlo e de intervenção, com barras de erro indicando um intervalo de confiança de 95% para cada grupo. Tal como se vê, 76% dos agregados familiares nos povoados de controlo enquadram-se na categoria de consumo pobre, enquanto isso ocorre em apenas 18% entre aqueles que residem nos povoados de intervenção.

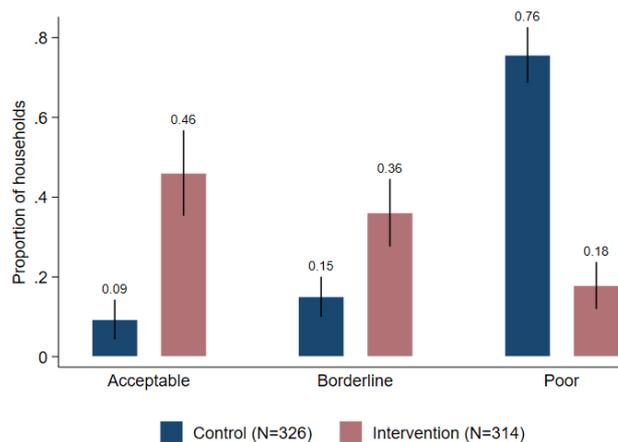


Figura 2 Adequação do Consumo Alimentar por grupos de categoria

Pontuação da Diversidade Dietética dos Agregados Familiares (HDDS)

A Pontuação da Diversidade Dietética dos Agregados Familiares (HDDS) é um indicador substituto da capacidade

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

económica de um agregado familiar ter acesso a uma variedade de alimentos. A sua administração envolveu a recolha de dados sobre o consumo do agregado familiar de 16 itens alimentares nos últimos 7 dias anteriores ao inquérito, agrupados em 13 categorias. O número médio de itens das 13 categorias de alimentos é consideravelmente maior para os agregados familiares de intervenção - quase cinco itens em comparação com os pouco menos de 3,2 itens para aqueles de controlo. A maioria dos agregados familiares (100% e 98% nos povoados de intervenção e controlo, respectivamente) relatou ter consumido cereais e tubérculos nos últimos sete dias. Isto não é surpreendente, dado que este grupo compreende itens alimentares que constituem o alimento básico principal do distrito - o milho. A maioria dos agregados familiares nos povoados de intervenção (90%) também relatou ter consumido leguminosas, em comparação com apenas 28% no grupo de controlo. Existem também diferenças grandes e estatisticamente significativas a favor dos agregados familiares de intervenção em relação ao consumo de carne, ovos e óleo/gorduras. É surpreendente, pois os dois primeiros itens não faziam parte da distribuição da ração alimentar. É possível que usem parte das suas economias de despesas alimentares para comprar estes itens alimentares mais desejados. No entanto, dado que o estudo não obteve dados de base puros, é difícil saber com absoluta certeza.

Pontuação do consumo alimentar – Nutrição

A Pontuação de Consumo Alimentar–Nutrição (FCS-N) é outro indicador de segurança alimentar familiar. Concentra-se na adequação nutricional da dieta ao agregado familiar. Ele usa os mesmos dados associados à FCS e fornece um nível adicional de informações sobre o valor nutricional dos alimentos consumidos pelo agregado familiar uma semana antes do inquérito de base.

A frequência de consumo de itens alimentares foi agregada em três grupos de alimentos ricos em nutrientes. Os alimentos ricos em vitamina A que incluem laticínios, ovos, vegetais e frutas alaranjadas. Os alimentos ricos em proteínas que incluem leguminosas, laticínios, carne, vísceras, peixes e ovos. Finalmente, os alimentos ricos em ferro que incluem carne, vísceras e peixes. Seguindo o módulo da Abordagem Consolidada para Apresentação de Indicadores de Segurança Alimentar (CARI), do PMA, os agregados familiares foram categorizados em três grupos de frequência de consumo para cada um dos três grupos de alimentos ricos em nutrientes. Os três grupos de categorias vão de zero vezes nos últimos 7 dias (Nunca), de 1 a 6 vezes nos últimos 7 dias (às vezes) e todos os dias (pelo menos diariamente). A Figura 3 mostra as percentagens dos agregados familiares nos três grupos de frequência de consumo de alimentos nutritivos. Se bem que os agregados familiares nos povoados de intervenção estão em melhor situação quanto ao consumo de vitamina A e proteína, há ainda espaço considerável para melhorias, como é o caso dos agregados familiares de ambos os grupos no que diz respeito aos alimentos ricos em ferro.

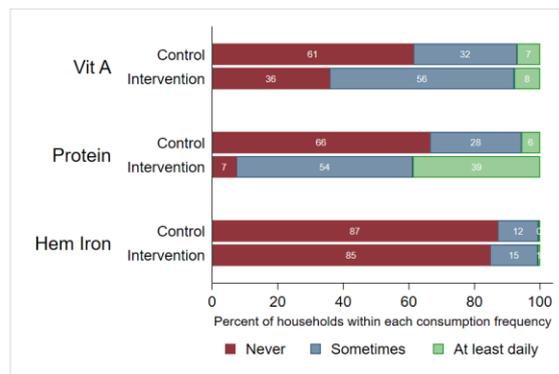


Figura 3 Percentagem dos agregados familiares nos três grupos de frequência de consumo de alimentos nutritivos

Proporção de Despesas com a Alimentação

A proporção das despesas alimentares é um indicador da vulnerabilidade de um agregado familiar; os pobres tendem a gastar uma parcela maior do seu rendimento em alimentos. Durante o inquérito, os entrevistados foram questionados sobre quanto gastaram nos vários itens alimentares durante o mês anterior, bem como em itens não alimentares (p.ex.: pasta dentífrica, transporte e produtos para o cabelo) comprados regularmente. Também foram questionados sobre os itens não alimentares comprados de forma irregular (p.ex.: insumos agrícolas, taxas escolares e hospitalares e equipamentos mecânicos) nos seis meses anteriores. Estes últimos foram convertidos em valores mensais a fim de calcular a proporção do total das despesas do agregado familiar com a alimentação.

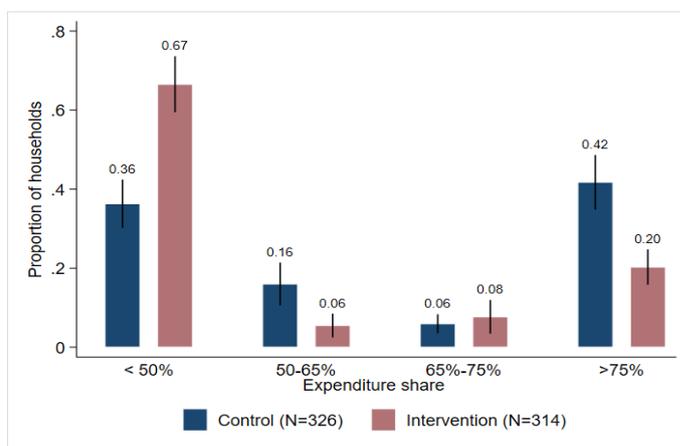


Figura 4 Gastos dos agregados familiares com alimentos

Uma razão de peso pela qual a parcela de despesas com alimentos provavelmente foi significativamente maior entre os agregados familiares nos povoados de controlo é que a maioria dos agregados nos povoados de intervenção beneficiaram da assistência alimentar do PMA e, portanto, gastaram menos em alimentos, tanto em dinheiro quanto à crédito. Por isso, concluir que os agregados familiares nos povoados de intervenção eram menos vulneráveis antes da implementação do programa pode induzir em erro.

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

Estratégias de Subsistência

O indicador Estratégias de Subsistência (LCS) é criado a partir de uma série de perguntas sobre a experiência do agregado familiar com a pressão nos meios de subsistência e no esgotamento de activos durante os 30 dias anteriores ao inquérito. Seguindo o módulo CARI do PMA, as estratégias de subsistência específicas relatadas pelo agregado familiar foram categorizadas em três grupos: estratégias de tensão, de crise e de emergência. A Figura 5 mostra a diferença entre os agregados familiares de controlo e de intervenção.

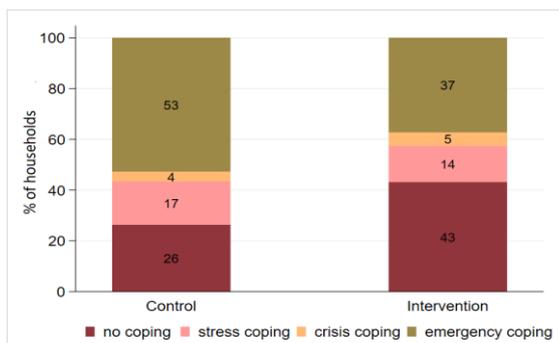


Figura 5 AF adoptaram estratégias para lidar com o sustento

As estratégias de tensão indicam a capacidade reduzida do agregado familiar em lidar com choques futuros, devido ao esgotamento de activos ou ao aumento do endividamento.

As estratégias adoptadas pelo agregado familiar podem incluir pedir dinheiro emprestado ou gastar poupanças. As estratégias de crise são estratégias que reduzem directamente a produtividade futura, incluindo a formação de capital humano, tal como a venda de activos produtivos. As estratégias de emergência podem afectar a produtividade futura e podem ser mais difíceis de emendar, tal como a venda de terrenos.

Índice reduzido das Estratégias de Subsistência (rCSI)

O rCSI diminui nas estratégias de subsistência relacionadas mais especificamente com os alimentos e, portanto, complementa o LCS. Baseia-se numa lista universal de cinco estratégias de subsistência e num conjunto comum de pesos de gravidade. Durante o inquérito, os entrevistados foram questionados sobre quantas vezes, ao longo dos últimos sete dias, dependeram de cada uma das cinco estratégias, conforme mostradas abaixo:

- Confiar em alimentos menos preferidos e menos caros
- Pedir alimentos emprestados ou contar com a ajuda de um parente ou amigo
- Diminuir o tamanho da porção das refeições na hora das refeições
- Restringir o consumo de adultos para que as crianças pequenas pudessem comer
- Reduzir o número de refeições feitas em um dia

Os dados mostraram que os agregados familiares nos povoados de controlo eram mais susceptíveis a recorrerem a mais (e mais severas) estratégias baseadas no consumo do

que os agregados de intervenção. A diferença média para o rCSI geral é estatisticamente significativa. Portanto, os agregados familiares nos povoados de controlo são muito mais propensos a encontrar-se em insegurança alimentar, do que os nos povoados de intervenção.

Índice da Segurança Alimentar

O Índice de Segurança Alimentar (FSI) representa a situação geral de segurança alimentar do agregado familiar. Este é criado combinando indicadores de segurança alimentar num indicador composto com base na abordagem CARI, do PMA. Trata-se de um indicador composto pela pontuação do consumo alimentar e da capacidade de reacção, representada pelo comportamento máximo de reacção e a proporção dos gastos alimentares. Mais especificamente, e em primeiro lugar, o FSI é calculado pela agregação das médias das estratégias de resposta referidas acima e as categorias de distribuição de despesas. Em seguida, este valor é combinado com o consumo alimentar do agregado familiar, calculando a média dos dois. O valor é arredondado, e agrupa os agregados familiares em quatro categorias distintas: 1) Segurança alimentar; 2) Segurança alimentar marginal; 3) Insegurança alimentar moderada; e 4) Insegurança alimentar grave.

Conforme mostrado na figura 6, são claramente visíveis grandes diferenças entre os agregados familiares de intervenção e de controlo. Por exemplo, 32% dos agregados nos povoados de controlo são classificados como tendo insegurança alimentar grave, enquanto esta é apenas 8% nos povoados de intervenção. Por outro lado, 21% dos agregados familiares nos povoados de intervenção têm segurança alimentar, enquanto é apenas 2% nos povoados de controlo. Estas diferenças são altamente significativas em termos estatísticos.

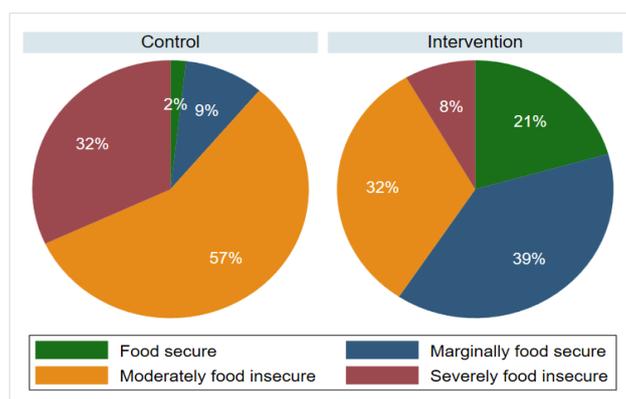


Figura 6 Segurança alimentar global dos agregados familiares nos grupos de intervenção e de controlo.

Perdas Pós-Colheitas

De acordo com a FAO, as perdas pós-colheita (PHL) são perdas de safra que ocorrem desde a colheita até ao momento em que chega ao consumidor. A perda pode dever-se a factores no campo, tal como a colheita inadequada, ou a factores exteriores, tal como a falta de acesso a estradas ou a meios de transporte adequados.

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

O inquérito recolheu informações sobre a produção e o rendimento das colheitas dos agregados familiares e sobre a avaliação dos entrevistados em relação às perdas pós-colheita. Aos entrevistados dos agregados com actividade agrícola na época agrícola anterior, foi solicitada avaliar as perdas pós-colheita devidas a factores internos e externos. O indicador de PHL é calculado como uma percentagem das perdas pós-colheita em relação à colheita total, medida em quilogramas.

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Médio	Dif. (2-1)
Factores de perda pós-colheita			
Qualquer perda de culturas produzidas, devido a factores na exploração	0.545 (0.499)	0.591 (0.493)	0.046 (0.057)
Qualquer perda de culturas produzidas, devido a factores fora da exploração	0.045 (0.208)	0.052 (0.222)	0.007 (0.028)
Perda pós-colheita (porção média perdida)	0.262 (0.355)	0.313 (0.390)	0.051 (0.045)
Observações	285	279	564

Figura 7 Proporções dos agregados familiares que relataram factores de perda na exploração e fora desta, e Perdas Pós-Colheita (PHL)

A colheita média por agregado familiar é de, respectivamente, 379 kgs e 275 kgs para os agregados de intervenção e controlo. A Figura 7 mostra os resultados de base das PHL para os grupos de intervenção e de controlo. As PHL estimadas são de 26% para os grupos de controlo e de 31% para os de intervenção, e esta diferença é estatisticamente insignificante. Os valores estimados estão dentro da faixa das perdas pós-colheita nacionais, que se estimam em mais de 30%. Aproximadamente, 55% dos agregados familiares no grupo de controlo e 59% dos do grupo de intervenção relataram perdas pós-colheita devido a factores na exploração (no campo), enquanto cerca de 5% dos agregados em ambos os grupos relataram perdas devido a factores fora da exploração.

Indicadores do Empoderamento da Mulher

A participação das mulheres na tomada de decisões no agregado familiar

A capacidade de fazer escolhas é uma dimensão importante do empoderamento da mulher e do estado sociocultural. A actuação ou o empoderamento são definidos como a capacidade da pessoa definir os seus próprios objectivos e agir de acordo com estes, mesmo perante a oposição de outros. A situação de base dos indicadores refere-se ao envolvimento relatado pelas mulheres nas decisões, no controlo e na actuação.

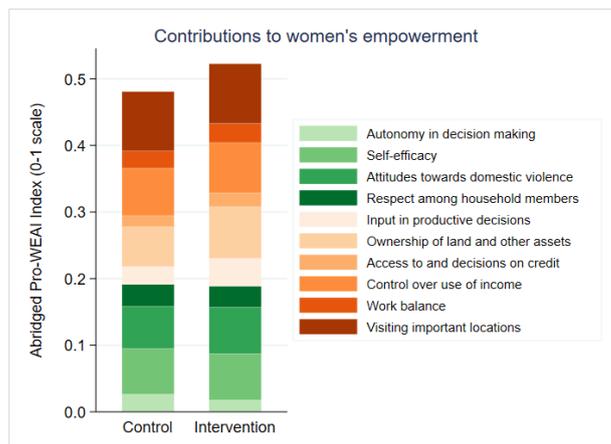


Figura 8 Índice Pro-WEAI e contribuição do índice do indicador relativo

Primeiro perguntou-se às mulheres quem geralmente decide, se elas poderiam ir ao hospital ou procurar serviços de saúde. Quase todas as mulheres (cerca de 95%) em ambas os lados de intervenção e de controlo informaram que são elas que decidem. Em seguida perguntou-se quem nos seus agregados familiares decide se elas podem visitar a família ou outros parentes. Apenas 28% relataram que nos seus respectivos agregados esta decisão teria ocorrido. Porém, entre aquelas para quem esta questão foi relevante, cerca de 90% relataram que são elas próprias que decidem.

A situação é semelhante, embora menos positiva, no que diz respeito às decisões sobre o uso de produtos agrícolas e rendimentos de fontes agrícolas e não agrícolas. Menos de 20% das mulheres nos povoados de intervenção e de controlo relataram que são apenas os homens nos seus respectivos agregados familiares que decidem. De acordo com estes três indicadores, a maioria das mulheres nos povoados de intervenção e de controlo parecem ter autonomia significativa.

O empoderamento da Mulher no Índice da Agricultura (Pro-WEAI)

Também foram obtidos dados de base sobre uma versão resumida do Pro-WEAI, que tem 10 indicadores sob três domínios de agência: agência intrínseca (poder próprio), agência instrumental (poder para) e agência colectiva (poder com). A mulher é considerada empoderada se a sua pontuação for positiva em três ou mais dos dez indicadores. Consequentemente, ela recebe uma pontuação de 1 quando se atingir este limite neste índice, que varia de 0 a 1. As mulheres que não atingem este ponto de corte e pontuam positivamente em, pelo menos, um dos indicadores ponderados, recebem uma pontuação de índice ponderada.

A Figura 8 mostra pontuações médias de WEAI para mulheres nos povoados de intervenção e de controlo. Os gráficos mostram pontuações médias relativamente mais elevadas em três indicadores: contribuição para decisões produtivas, propriedade da terra e outros activos e acesso a decisões sobre crédito. As mulheres nos povoados de intervenção parecem ser mais empoderadas do que as suas contrapartes nos povoados de controlo.

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

Atitudes em relação à Saúde e Acesso aos Serviços Consultas pré-natais de 4+

Os cuidados de saúde pré-natais (CPN) podem desempenhar um papel importante na saúde do bebé, da criança e da mulher, através do fornecimento de informações sobre gravidez saudável, despiste de factores de risco e de informações de saúde para mães e bebés. Durante o inquérito de base, pediu-se às mulheres para descreverem as suas experiências com os serviços de cuidados pré-natais, tendo como referência a criança menor de 2 anos para quem se fizeram as medidas antropométricas. Cerca de 83% e 77% das mulheres dos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente, relataram lembrar-se do número de consultas pré-natais realizadas. Apesar de condicionado pelo comparecimento nas consultas, o número médio das sessões frequentadas foi de cinco presenças, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de mulheres. A percentagem das mulheres que participaram em, pelo menos, quatro sessões pré-natais é de 71% para os povoados de controlo e de 73% de intervenção, e esta diferença é estatisticamente insignificante.

Atitude favorável às práticas recomendadas

O componente de SBCC pretende fortalecer o empoderamento das mulheres e raparigas adolescentes em relação ao casamento prematuro, à saúde sexual e reprodutiva e aos comportamentos de procura de serviços de saúde para doenças infantis básicas. O inquérito de base questionou as mulheres sobre as suas atitudes em relação às práticas recomendadas. Apenas 11% e 6% das entrevistadas nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente, concordaram categoricamente com as três práticas recomendadas. Dito isto, há variação nas respostas entre as práticas. A maior parte das entrevistadas em ambos os grupos concordou que é importante consultar um médico quando uma criança apresenta dificuldades respiratórias. Com isto fica óbvio que existem oportunidades para o programa de GTNS contribuir para a melhoria das atitudes e as percepções em relação às práticas de saúde.

Atitudes em relação ao casamento prematuro

Foi perguntado também às entrevistadas até que ponto concordavam que o casamento antes dos 18 anos traz consequências negativas para as raparigas. Das entrevistadas nos povoados de controlo e de intervenção, 33% e 26% concordaram categoricamente com esta afirmação, enquanto mais de um terço em ambos os grupos afirmaram que não sabiam se é este o caso. Esta constatação deixa também evidente que existem oportunidades para o programa GTNS contribuir para melhoria destas atitudes e percepções.

Parto Assistido na Unidade Sanitária

O inquérito de base recolheu informações sobre o local onde nasceram as crianças de 6 a 23 meses de idade, da qual se fizeram as medidas antropométricas. Relatou-se que 80%

nasceram numa unidade sanitária tanto nos povoados de intervenção como as de controlo. A pequena diferença a favor do grupo de controlo é estatisticamente insignificante.

Indicadores da Saúde Infantil e da Situação Nutricional

Prevalência das Doenças Infantis

Perguntou-se aos cuidadores se as crianças haviam sofrido de alguma doença duas semanas antes do inquérito e, se fosse esse o caso, qual o tipo da doença. A febre e a malária foram as mais comumente relatadas, em 50% e 46% nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente. Foram seguidas por diarreia e IRA/tosse. Menos de um terço das entrevistadas nos povoados de intervenção e de controlo informaram que, as crianças estavam livres de doença duas semanas antes do inquérito da linha de base.

Diversidade da Dieta (crianças de 6 a 23 meses)

A faixa etária para a diversidade da dieta e a análise de adequação nutricional entre as crianças é restrita a seis meses ou mais, visto que seis meses é a idade em que se recomenda a introdução da alimentação complementar para a criança - após 6 meses de aleitamento materno exclusivo, conforme recomendado pela OMS.

A Figura 9 mostra as percentagens dos alimentos consumidos por crianças de 6 a 23 meses no dia anterior ao inquérito, desagregados por faixa etária. Os alimentos feitos de grãos, raízes e tubérculos foram os mais consumidos (78%, 72% e 83% para as crianças de 6 a 11, 12 a 17 e 18 a 23 meses, respectivamente). Alimentos da categoria de frutas e vegetais estão muito atrás no segundo lugar, seguidos pelas leguminosa (legumes).

Dieta Mínima Aceitável (MAD) – Crianças

A **Diversidade Mínima da Dieta (MDD)** mede a proporção de crianças de 6 a 23 meses de idade que consumiram alimentos de quatro ou mais grupos de alimentos no dia anterior. Por outro lado, a **Frequência Mínima de Refeições (MMF)** mede a proporção de crianças amamentadas e não amamentadas de 6 a 23 meses de idade que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos incluindo leite (para crianças não amamentadas), um mínimo de vezes durante o dia anterior. A frequência mínima depende da idade da criança e de esta ser amamentada ou não. A frequência mínima diária é de duas vezes para bebés amamentados com idade entre 6 e 8 meses, três vezes para crianças amamentadas de 9 a 23 meses de idade e quatro vezes para crianças não amamentadas de 6 a 23 meses de idade. O MAD é um indicador composto que mede a proporção de crianças de 6 a 23 meses de idade que podem ser consideradas como tendo uma dieta mínima aceitável. Os resultados de base indicam que quase nenhuma criança de 6 a 23 meses atingiu o limite para a MDD (≥ 4 grupos de alimentos). Isto deve-se em grande parte aos baixos níveis de diversidade dietética, conforme indicado na Figura 9.

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

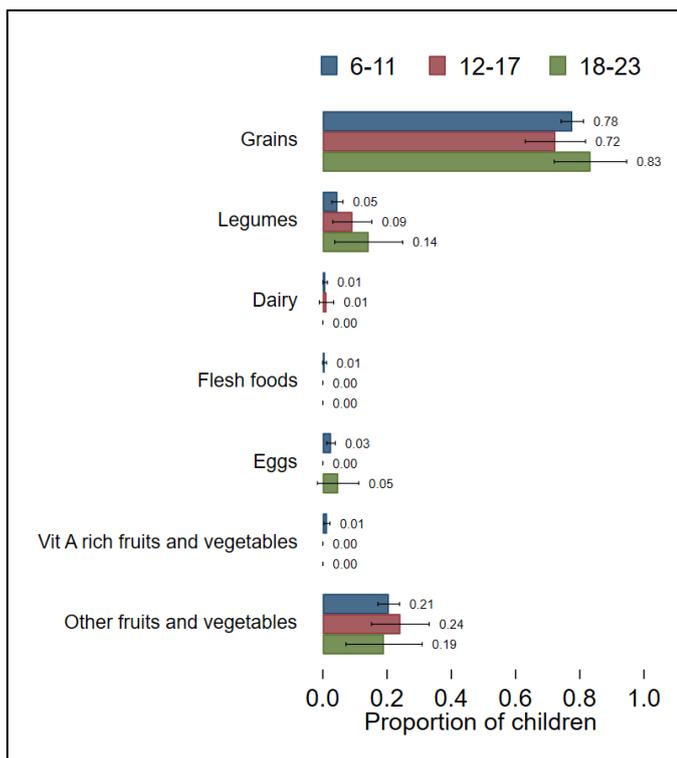


Figura 9 Alimentos consumidos ao longo do dia anterior por crianças de 6 a 23 meses de idade, por faixa etária

Resultados Antropométricos, de crianças com menos de 2 e de 5 anos de idade

Esta secção avalia o estado nutricional das crianças menores de 2 anos (i.e. de 6 a 23 meses) e das crianças entre 2 e 5 anos de idade (i.e. de 23 a 59 meses). O inquérito de base recolheu dados antropométricos de um total de 1517 crianças com base nas medidas de peso corporal, altura/comprimento e como eles se relacionam com a idade e o sexo da criança. Das 1517 medidas antropométricas registadas, apenas 997 estavam dentro dos limites aceitáveis para serem utilizadas na análise final.

As taxas de desnutrição crónica agrupadas para todas as crianças com menos de 5 anos de idade em Moçambique, que se baseiam em estimativas representativas a nível nacional dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) para os três períodos de 2008, 2011 e 2015, bem como as estimativas de base dos povoados de intervenção e de controlo do GTNS conduzido em 2020 mostraram que, nos períodos referidos, a prevalência nacional de desnutrição crónica em rapazes menores de cinco anos se situou, em média, entre os 45% e 47%, enquanto a mesma em raparigas se situou, em média, entre os 38% e 41%. As taxas médias de desnutrição crónica nos povoados do estudo de base são de 42% para rapazes e 36% para raparigas. Embora as prevalências de desnutrição crónica na área-alvo do programa sejam ligeiramente inferiores às médias nacionais (que reduziram moderadamente ao longo dos três anos), são significativamente maiores do que a média do índice de gravidade da OMS para os países em desenvolvimento (25%) e a média global de 22%. Isto não é surpreendente, pois está

bem documentado que Moçambique tem uma das maiores prevalências de desnutrição crónica entre crianças com menos de cinco anos no mundo, embora a gravidade e os factores subjacentes possam variar, dependendo da localidade.

Algumas das principais causas subjacentes do atraso no crescimento, também conhecido como desnutrição crónica, entre crianças em Moçambique são a inadequação da ingestão nutricional e da diversidade dietética: poucos alimentos ricos em micronutrientes (outros vegetais, frutas e alimentos de origem animal), conhecimentos insuficientes de alimentos saudáveis, a preparação inadequada de alimentos, refeições pouco frequentes e elevados níveis de doenças. Conforme destacado anteriormente, o distrito de Chemba é classificado na categoria 3 - insegurança alimentar cronicamente grave, daí a elevada prevalência do atrasos no crescimento.

Conclusões e Recomendações

Avaliação Global

Os resultados do inquérito de base validam a relevância do programa GTNS no contexto em que está sendo implementado. O estado nutricional das crianças é baixo, com 39% e 37% dos menores de cinco anos a sofrerem de atrasos no crescimento nos povoados de intervenção e de controlo, respectivamente. Quando desagregado por sexo, a linha de base não encontrou diferenças significativas na prevalência e na gravidade do desnutrição crónica entre crianças do sexo feminino e masculino nas amostras de intervenção e de controlo. Embora a intervenção de assistência alimentar do programa já estivesse, provavelmente, a ter um efeito no momento da recolha de dados, em termos da melhoria do consumo alimentar das famílias em geral, a diversidade dietética do agregado familiar é uma preocupação: muito poucas crianças menores de cinco anos nos povoados de intervenção ou de controlo alcançaram o limite para o indicador da dieta mínima aceitável para crianças (MAD), e a ingestão de vitamina A e ferro é baixa ao nível do agregado familiar.

A ingestão de proteínas é consideravelmente maior nos povoados de intervenção, mas existe espaço considerável para melhorias. Embora não sendo tão desastrosos, os outros resultados visados pelo programa – o empoderamento de mulheres e raparigas, as perdas pós-colheita e as atitudes e comportamentos de procura de saúde – também merecem intervenção, tanto pela sua importância intrínseca como por ser um meio de melhorar directa e indirectamente os resultados nutricionais.

Apelo para a Acção: Recomendações

As observações e as conclusões deste inquérito de base levam às recomendações que se seguem:

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

1. Assegurar que a componente de SBCC forneça, de forma adequada, mensagens educacionais sobre nutrição e seja dirigida a homens e rapazes adolescentes, bem como a mulheres e raparigas adolescentes

Melhorar a diversidade dietética é uma questão fundamental que deve ser abordada de forma a melhorar os resultados nutricionais entre mulheres grávidas e lactantes e crianças menores de cinco anos. Evidências de outros contextos mostram que isto não acontece necessariamente de forma automática com a melhoria do acesso aos alimentos ou com melhorias de rendimentos. Por isso, o componente SBCC é altamente relevante e importante. É também amplamente reconhecido que a mudança das relações de género exige o envolvimento tanto das mulheres como dos homens. Consequentemente, o componente de SBCC deve conceber intervenções apropriadas que visem ambos com base nas percepções obtidas no primeiro inquérito de conhecimentos, atitudes e práticas (KAP), e abordar atitudes indesejadas detectadas no inquérito de base, p.ex: as relacionadas com o uso de contraceptivos e o casamento prematuro de raparigas.

2. Adaptar o CAP e os inquéritos finais para recolher dados e percepções não cobertas pelo inquérito de base, incluindo os dados sobre homens e rapazes adolescentes e as principais barreiras contextuais que provavelmente impedem a mudança de comportamento desejado

O inquérito de base recolheu dados sobre um conjunto predefinido de indicadores quantitativos, e não incluiu um componente qualitativo. Contudo, seria útil incorporar na concepção detalhada das intervenções perspectivas adicionais relacionadas com o contexto, p.ex: as barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde e à diversificação da dieta, e a compreensão dos conhecimentos e das atitudes de homens e rapazes adolescentes e de como estes podem mudar ao longo da vida do projecto. Os inquéritos de CAP planeados devem, portanto, ser concebidos para abordar tais lacunas prioritárias. Dados sobre indicadores-chave não identificados pelo inquérito de base, tal como a MDD de Mulheres, também podem ser recolhidos durante o inquérito final, mas recomenda-se realizar o inquérito em várias sessões para evitar o cansaço dos entrevistados e as deficiências de qualidade dos dados correspondentes.

3. Aproveitar os componentes de FFA e PHL para a sustentabilidade

Tal como foi acima salientado, há evidências de que a componente de FFA teria feito diferença na sequência da distribuição acumulada de comida. Existe, evidentemente, a preocupação que esses benefícios sejam postos em causa assim que a distribuição for interrompida. A componente de criação de activos da FFA e a componente de PHL foram concebidos para promover tal sustentabilidade. Portanto, é fundamental que estes dois elementos sejam bem concebidos e implementados.

4. Considerar rever algumas das metas do indicador

O estudo de base recomenda algumas revisões possíveis dos indicadores originais do projecto (Ver Anexo 1). Também se deve ter em consideração que muitos factores não relacionados com o projecto, provavelmente, irão moldar a trajetória desses indicadores. Consequentemente, a atenção deve ser direccionada para a avaliação de como estes indicadores mudam ao longo da vida do projecto em relação aos agregados familiares, às mulheres e às crianças nos povoados de controlo.

Lições Aprendidas

1. Assegurar o tempo de execução adequado para a preparação e implementação da recolha de dados:

Como já se referiu, a implementação da componente da FFA começou antes da recolha de dados de base. Isto afectará seriamente a capacidade da avaliação de impacto para medir todos os potenciais impactos do projecto. É compreensível que haja pressão para implementar as actividades planeadas do projecto dentro do prazo previsto. Por isso, deve-se assegurar que nos projectos futuros haja tempo adequado para realizar a recolha de dados de base antes da implementação da actividade do projecto.

2. Investir fortemente na supervisão da qualidade da recolha de dados tanto ao nível de campo como ao nível remoto:

Em retrospectiva, deveriam ter sido feitos maiores esforços no sentido de verificar e supervisionar a qualidade dos dados, tanto de forma remota por meio do servidor operado pelo ICRAF, como no campo. Quanto aos primeiros, isto requer um esforço dedicado a tempo integral, portanto, devem ser reservados tempo e um orçamento adequado para tal. Quanto ao último, são necessários procedimentos mais rígidos para conferir, verificar e corrigir, conforme necessário, os dados inseridos no campo, antes do carregamento.

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org

ANEXO 1 :

#	Indicador de GTNS	Aldeias de Intervenção	Aldeias de Controlo	Alvo Inicial	Recomendação para os alvos
1.	% dos HH beneficiários da assistência alimentar	87%	3.4%	Nenhum	Fixar de novo
2.	Pontuação do consumo alimentar (FCS) (% dos HHs ao Nível Aceitável)	46%	9%	↑ em 5%	Aumentar de modo significativo
3.	Pontuação do Consumo Alimentar-Nutrição (FCS-N)			↑ em 5%	Aumentar para alimentos ricos em proteínas
	a. Alimentos ricos em Vit A (consumo diário)	8%	7%		
	b. Alimentos ricos em Proteínas (consumo diário)	39%	6%		
	c. Alimentos ricos em Ferro Heme (consumo diário)	0.7%	0.5%		
4.	Pontuação da Diversidade Dietética do HH (HDDS) (Substituto de MDD-W)	4.95	3.17	Nenhum	Fixar de novo
5.	Partilha das Despesas Alimentares (FES) (% dos HH com 65% FES ou maior)	28%	48%	Nenhum	Fixar de novo
6.	Índice das Estratégias de Subsistência (LCSI) (Pontuação ponderada média, de 29 pontos possíveis)	3.7	4.7	↑ em 30%	Manter mas expressar como redução
7.	Índice das Estratégias de Subsistência reduzido (rCSI) (Pontuação ponderada média, de 56 pontos)	17.9	9.4	Nenhum	Fixar de novo
8.	Perdas Pós-colheita (PHL) (% média da cultura perdida pós-colheita)	31%	26%	□ em 5%	Considerar diminuir mais
9.	Participação da mulher na tomada de decisão			↑ em 30%	Reavaliar a adequação dos primeiros dois sub-indicadores & reduzir o segundo em 10%
	a. Decisões sobre o próprio acesso a cuidados de saúde	93%	95%		
	b. Decisões sobre visita a familiares/parentes*	90%	93%		
	c. Contribuição para produção agrícola e uso do rendimento	76%	71%		
10.	Pro-WEAL (pontuação média de índice)	0.52	0.48	Nenhum	Fixar de novo
11.	Visitas de cuidados prénatais 4+	73%	71%	↑ em 5%	Considerar aumentar em 10%
12.	Atitude favorável em relação a todas as 3 práticas recomendadas (acesso médico & uso de contraceptivos):	11%	6%	↑ em 25%	Manter
13.	Atitude favorável contra o casamento precoce (Concorda que tem consequências negativas)	26%	33%	Nenhum	Fixar de novo
14.	Parto assistido na unidade sanitária (% dos menores de 2 anos nascidos na unidade sanitária)	82%	84%	↑ em 5%	Considerar aumentar em 10%
15.	Comportamento de busca de saúde (Busca de cuidados ou conselho de saúde quando o filho está com tosse/febre)	89%	89%	↑ em 3%	Considerar aumentar em 5%
16.	Prevalência das doenças infantis (% com uma ou mais doenças relatadas nas 2 semanas anteriores)	68%	74%	Nenhum	Fixar de novo
17.	Dieta Mínima Aceitável para crianças de 6 a 23 meses (MAD): (% atingindo o limite)	1.1%	0%	↑ em 10%	Manter
18.	Prevalência do desnutrição crónica			□ em 2%	Manter
	a. Menores de 2 anos	32%	34%		
	b. Menores de 5 anos	39%	37%		
19.	Prevalência de definhamento			Nenhum	Fixar de novo
	a. Menores de 2 anos	8%	11%		
	b. Menores de 5 anos	6%	9%		

Referências:

O relatório completo da avaliação está disponível em <http://www1.wfp.org/independent-evaluation> Para mais informações entre em contacto com o Departamento de Avaliação wfp.decentralizedevaluation@wfp.org