



Avaliação Descentralizada

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

Relatório de Avaliação

Novembro de 2020

PMA, Moçambique

Gestor de Avaliação [Franck Gressard]

Elaborado por

Karl Hughes, ICRAF, Chefe da Equipa

Tesfaye Woldeyohanes ICRAF, Economista

Brian Chiputwa, ICRAF, Economista

Agradecimentos

A Equipa de Avaliação gostaria de agradecer os contributos e o apoio dedicados e altamente construtivos proporcionados pelo Escritório do PMA em Moçambique e pelo Escritório Regional do PMA para a África Austral, na facilitação e coordenação da concepção e execução do inquérito de base do GTNS. O Sr. Franck Gressard, Gestor de Avaliação do Escritório do PMA em Moçambique, deu uma enorme ajuda para se manter o ritmo, apesar de todos os obstáculos ao longo do processo. Estes obstáculos incluem o acesso às listas de agregados familiares necessários para a amostragem e a obtenção das aprovações éticas no país, até à logística e à coordenação com a dedicada empresa de recolha de dados ELIM Serviços Lda, assim como a abordagem aos procedimentos e processos oficiais do PMA. Apoio crucial de campo foi também fornecido pelo Sr. Nelson Quaria, Oficial de Campo do PMA. A Sra. Grace Igweta, Oficial de Avaliação, do Escritório Regional do PMA forneceu assessoria e contribuições úteis de forma a garantir que o nosso trabalho fosse adequado ao objectivo.

Obviamente, todo o esforço de recolha de dados não teria sido possível sem os esforços dedicados pela ELIM Serviços. O trabalho árduo da Sra. Rosa Matine, do Sr. António Tembe Jr. e de toda a equipa da ELIM deve certamente ser reconhecido. Recolher dados no contexto do distrito de Chemba, província de Sofala, teria sido um desafio mesmo em condições ideais. No entanto, a equipa conseguiu realizar uma recolha de dados com grande esforço e no meio de chuvas torrenciais e estradas destruídas. Facto para dizer *Bom trabalho!*

Estamos igualmente gratos a todas as famílias que disponibilizaram o seu tempo para responder às perguntas e fornecer informações valiosas para esta avaliação. Um agradecimento especial a todos os pais e cuidadores que ajudaram a nossa equipa na árdua e delicada tarefa de realizar as medidas antropométricas de todas as crianças menores de 5 anos, que às vezes não cooperavam e ficavam petrificadas ao ver estranhos tirarem as suas medidas.

Isenção de Responsabilidade

As opiniões expressas neste relatório são da Equipa de Avaliação e não reflectem necessariamente as do Programa Mundial para a Alimentação. A responsabilidade pelas opiniões expressas no presente relatório é exclusivamente dos autores. A publicação deste documento não implica o abono do PMA das opiniões expressas.

A designação empregada e a apresentação de material em mapas não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do PMA sobre a situação jurídica ou constitucional de qualquer país, território ou área marítima, ou sobre a delimitação de fronteiras.

Índice

Agradecimentos	II
Isenção de Responsabilidade	II
Sumário Executivo	6
1. Introdução	10
1.1 Visão Geral do Objecto da Avaliação.....	11
1.2 Contexto do Estudo.....	14
1.2.1 Análise das políticas nacionais e sectoriais relevantes.....	14
1.2.2 Características do contexto da intervenção.....	15
1.2.3 Harmonização.....	17
1.3 Metodologia da Avaliação e Limitações.....	18
1.3.1 Perguntas da Avaliação.....	18
1.3.2 Concepção da Avaliação de Impacto (Impacto e os Critérios de Efectividade).....	19
1.3.3 Amostragem.....	19
1.3.4 Instrumentos do Inquérito.....	20
1.3.5 Processo da Recolha de Dados.....	20
1.3.5 Ética.....	21
1.3.6 Garantia de Qualidade (validade e confiabilidade dos dados).....	21
1.3.6 Limitações.....	21
2.0 Conclusões da Avaliação (Inquérito de Base)	22
2.1 Exposição ao programa.....	22
2.1.1 Proporção dos agregados familiares que recebem assistência alimentar.....	22
2.2 Indicadores de segurança alimentar dos agregados familiares.....	23
2.2.1 Pontuação da Diversidade da dieta dos Agregados Familiares (HDDS).....	24
2.2.2 Pontuação do consumo alimentar.....	25
2.2.3 Pontuação do consumo alimentar – Nutrição.....	26
2.2.4 A proporção das despesas com os Alimentos.....	29
2.2.5 Estratégia de Subsistência.....	31
2.2.6 Índice das Estratégias de Subsistência reduzido (rCSI).....	34
2.2.7 Índice da Segurança Alimentar.....	35
2.3 Perdas Pós-colheita.....	36
2.4 Empoderamento da Mulher.....	37
2.4.1 A participação das mulheres na tomada de decisões no agregado familiar.....	37
2.4.2 Índice do Empoderamento da Mulher na Agricultura (Pro-WEAI).....	37
2.5 Atitudes em relação à Saúde e Acesso aos Serviços.....	39
2.5.1 Consultas de cuidados pré-natais 4+.....	39
2.5.2 Atitude favorável às práticas recomendadas.....	40
2.5.3 Atitudes em relação ao casamento prematuro.....	40
2.5.4 Parto Assistido na Unidade Sanitária.....	41
2.5.5 Comportamento de procura de saúde.....	41
2.6 Saúde Infantil e Situação Nutricional.....	41
2.6.1 Prevalência das Doenças Infantis.....	42
2.6.2 Diversidade da dieta (crianças de 6 a 23 meses).....	42
2.6.3 Dieta Mínima Aceitável (MAD)—Crianças.....	44
2.6.3 Resultados antropométricos de crianças menores de dois e menores de cinco anos.....	45
3. Conclusões e Recomendações	53
3.1 Avaliação Geral & Conclusão.....	53
3.2 Recomendações.....	54
3.3 Lições para a recolha de dados no futuro.....	57
Anexos	58
Anexo 1: Desempenho do Projecto/Indicadores de Impacto.....	58
Anexo 2: Termos de Referência.....	59
Anexo 3: Matriz de Avaliação.....	60
Anexo 4: Ferramentas de Recolha de Dados—Instrumento do Inquérito.....	64
Anexo 5: Lista de Acrónimos.....	65
Anexo 6: Número dos Agregados Familiares Inquiridos, por povoado.....	67
Anexo 7: Atitudes em relação às práticas recomendadas (resultados para cada prática).....	68
Anexo 8: Tabelas e gráficos antropométricos complementares.....	70
Anexo 9: Componentes e orçamento detalhados do projecto.....	77

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa do Distrito de Chemba	11
Figura 2: Mecanismo de Impacto do Projecto para a redução da desnutrição crónica	13
Figura 3: Como se situa o Inquérito de Base no meio da Concepção da Avaliação Geral do GTNS	18
Figura 4: Localizações dos agregados familiares inquiridos	20
Figura 5: Distribuições da FCS nos povoados de intervenção e de controlo.....	25
Figura 6: Adequação do consumo alimentar por grupos de categoria.....	26
Figura 7: Frequência de consumo dos grupos de alimentos ricos em nutrientes durante a semana anterior.....	27
Figura 8: Percentagens dos agregados familiares pelos três grupos de frequência de consumo.....	27
Figura 9: Percentagem dos agregados familiares no seio das três categorias de frequência de consumo de alimentos ricos em nutrientes	29
Figura 10: Proporção das despesas	29
Figura 11: Percentagem dos agregados familiares por categoria da proporção de despesas com alimentos.....	30
Figura 12: Despesas mensais per capita com itens não alimentares.....	31
Figura 13: Agregados que adoptaram estratégias de subsistência, por categoria.....	32
Figura 14: Índice das Estratégias de Subsistência ponderado (LCSI).....	34
Figura 15: Índice das Estratégias de Resposta reduzido (rCSI).....	35
Figura 16: Segurança alimentar global dos agregados familiares nos grupos de intervenção e de controlo.....	35
Figura 17: Índice Pro-WEAL e contribuição relativa ao índice de indicador.....	38
Figura 18: Número de consultas de cuidados durante a última gravidez, desagregados por idade da mãe e pelos povoados de intervenção e de controlo.....	40
Figura 19: Alimentos consumidos no dia anterior, por crianças de 6 a 23 meses de idade, por categoria etária	43
Figura 20: Prevalência da desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos, com base nas estimativas dos WDI e do estudo de base do GTNS.....	50
Figura A8.1: Prevalência da desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos em Moçambique.....	74
Figura A8.2: Prevalência do baixo-peso em crianças menores de 5 anos em Moçambique.....	74
Figura A8.3: Prevalência da desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos em Moçambique	75
Figura A8.4: Prevalência da desnutrição aguda grave em crianças menores de 5 anos em Moçambique	75
Figura A8.5: Prevalência do sobrepeso em crianças menores de 5 anos em Moçambique	76
Figura A8.6: Divisão orçamental do GTNS, por componente	79

Lista de Tabelas

Tabela 1: Tamanho da amostra previsto	19
Tabela 2: Tamanhos das Amostras Obtidas e Finais Aceites	21
Tabela 3: Proporções dos Agregados Familiares que Beneficiam da Assistência Externa	23
Tabela 4: Proporções dos agregados familiares que consumiram alimentos de grupos específicos ao longo dos últimos 7 dias anteriores ao inquérito	24
Tabela 5: Proporções dos agregados familiares que pertencem às três categorias de consumo alimentar	26
Tabela 6: Comparação das proporções dos agregados familiares em cada grupo de consumo de alimentos ricos em nutrientes	28
Tabela 7: Proporções dos agregados familiares por categoria de proporção das despesas	30
Tabela 8: Comparação mediana das despesas com itens não alimentares per capita do agregado familiar	31
Tabela 9: Diferença mediana na proporção dos AFs que adoptaram estratégias de subsistência	32
Tabela 10: Diferença mediana na proporção dos agregados familiares que adoptaram várias estratégias de subsistência, e o Índice das Estratégias de Subsistência (LCSI) resultante	33
Tabela 11: Diferença mediana nas frequências das estratégias de subsistência baseadas no consumo de alimentos, e o Índice das Estratégias de Resposta de subsistência (rCSI) resultante em todo o grupo	34
Tabela 12: Diferença mediana nas proporções dos agregados familiares nos diferentes níveis do índice da segurança alimentar	36
Tabela 13: Proporções dos agregados familiares e respectivos factores de perdas dentro e fora da produção	36
Tabela 14: Diferença média no poder de decisão das mulheres sobre o acesso aos serviços de saúde	37
Tabela 16: A diferença média no número estimado de consultas pré-natais feitas e o número de mulheres que fizeram, pelo menos, 4 consultas durante a última gravidez	39
Tabela 17: Diferença média na proporção de mulheres com atitude favorável às práticas recomendadas	40
Tabela 18: Diferença média na proporção das atitudes das mulheres face ao casamento prematuro	41
Tabela 19: Diferença média na proporção dos locais do parto reportados pelas mulheres	41
Tabela 20: Diferença média na proporção das mulheres com comportamento de procura de serviços de saúde	41
Tabela 21: Prevalência de doenças em crianças de 6 a 23 meses de idade	43
Tabela 22: Média de referência da diversidade da dieta no dia anterior em crianças de 6 a 23 meses	44
Tabela 23: Média dos resultados de MDD, MMF e MAD do dia anterior, crianças de 6 a 23 meses	45
Tabela 24: Prevalência da desnutrição crónica, aguda e baixo-peso em crianças de 6 a 23 meses	46
Tabela 25: Prevalência de desnutrição crónica, desnutrição aguda e baixo-peso em crianças de 24 a 59 meses de idade	49
Tabela 26: Resumo do estado dos indicadores de base, com recomendações de modificação das metas	55
Tabela A7.1: Diferença média na proporção de atitude das mulheres em relação à dificuldade de respiração da criança	68

Tabela A7.2: Diferença média na proporção de mulheres com diferentes atitudes para com o uso de contraceptivos para fins de espaçamento da gravidez, e o seu impacto na saúde da mãe e do bebé	68
Tabela A7.3: Diferença média na proporção de atitudes de mulheres com a segurança dos métodos de planeamento familiar em mulheres jovens	69
Tabela A7.4: Diferença média na proporção de atitudes das mulheres para com o casamento prematuro e as suas consequências negativas	69
Tabela A8.1: Prevalência de desnutrição crónica, desnutrição aguda e do baixo-peso em crianças de 6 a 59 meses de idade	70
Tabela A8.2: Prevalência da desnutrição crónica, do desnutrição aguda e do baixo-peso na área das amostras de controlo, por sexo	72
Tabela A8.3: Prevalência da desnutrição crónica, do desnutrição aguda e do baixo-peso na amostra dos povoados de intervenção, por sexo	73

Sumário Executivo

ES.1. O presente documento é o Relatório do Estudo de Base (REB) do Projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS), do Programa Mundial para a Alimentação (PMA) em Moçambique. O GTNS é financiado pela Agência Austríaca de Desenvolvimento (3 milhões de euros) ao longo de um período de dois anos e meio (2019 a 2021). O projecto visa empoderar mulheres e raparigas adolescentes e melhorar os resultados nutricionais, incluindo a redução do atraso de crescimento em crianças com menos de cinco anos de idade, no contexto de mudança climática. O principal grupo-alvo do GTNS é composto por 1.500 agregados familiares, compreendendo 7.500 indivíduos incluindo, pelo menos, 500 mulheres grávidas, 500 raparigas adolescentes e 750 crianças menores de dois anos de idade. Estes devem ser alcançados através dos seus componentes de Assistência Alimentar por Activos (FFA) e Gestão de Perdas Pós-Colheita (PHL). O grupo-alvo secundário consta de 5.000 agregados familiares, compreendendo aproximadamente 25.000 indivíduos. Estes devem ser alcançados através do componente de Comunicação para Mudança Social e Comportamental (CMSC) do GTNS).

ES.2. O GTNS está a ser implementado em 49 povoados no Distrito de Chemba, Província de Sofala. Este distrito tem infra-estruturas fracas, com redes rodoviárias deficientes e um sistema de saúde inadequado que não é capaz de fornecer cobertura adequada para satisfazer as necessidades de saúde. Existem 12 unidades sanitárias, com uma única unidade atendendo, em média, 6.083 pessoas. Existe ainda uma cama hospitalar para cada 1.140 pessoas e um profissional técnico para cada 1.057 pessoas. As longas distâncias até às unidades sanitárias e suprimentos inadequados de medicamentos são problemas comuns. O distrito de Chemba é propenso a inundações, secas e conflitos Homem-Fauna Bravia. A maior parte da sua população depende da agricultura de subsistência e de alimentos silvestres, tendo fontes limitadas de rendimento a partir de trabalho agrícola e da venda de produtos tal como o carvão vegetal. Frequentemente, os agregados familiares recorrem a estratégias de resposta negativas, tal como a redução do número de refeições diárias ou da diversidade de alimentos consumidos e a venda de bens produtivos, o que exacerba o casamento prematuro e a violência com base no género. As taxas de desnutrição crónica e aguda das crianças menores de cinco anos ao nível provincial são de 41,2% e 7%, respectivamente.

ES.3. O inquérito de base é um componente-chave da avaliação de impacto do GTNS, que faz parte da avaliação geral do projecto. O orçamento global da avaliação é de USD 250.000, dos quais USD 110.000 foram alocados para o inquérito de base. A avaliação tem como objectivo avaliar a contribuição do projecto para a redução da desnutrição crónica de crianças menores de cinco anos e o empoderamento de mulheres e raparigas, e a avaliação de impacto foi concebida para realizar este objectivo. A avaliação do GTNS destina-se a servir o duplo objectivo de prestação de contas (avaliando e apresentando um relatório sobre o desempenho do projecto) e de aprendizagem (gerando conhecimentos para apoiar e melhorar a expansão do modelo de intervenção integrado do GTNS para outros contextos). As questões de avaliação pertinentes (ver a Matriz de Avaliação, Anexo 3) para o inquérito de base (e a avaliação de impacto) incluem os que seguem:

- Até que ponto os principais grupos-alvo do GTNS foram expostos ao modelo de intervenção integrada do projecto?
- Até que ponto foram alcançadas as metas de indicadores de resultados de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) do GTNS?
- Até que ponto o GTNS alcançou as suas metas de resultados e impactos por exemplo; melhorar a segurança alimentar e a diversidade da dieta dos agregados familiares, empoderar as mulheres e melhorar o estado nutricional das crianças menores de cinco anos?
- Há evidências (quantitativas ou qualitativas) de que o GTNS teve um impacto diferente em subgrupos específicos de beneficiários visados, por exemplo; nos de agregados familiares relativamente mais ricos e mais pobres?
- As principais componentes do modelo de intervenção do GTNS contribuíram para a geração de quaisquer impactos evidenciados mais do que outros, ou houve sinergia significativa entre essas componentes?

ES.4. O objectivo deste Relatório de Estudo de Base (REB) e os dados que o compõem é servir como ponto de comparação para avaliar as mudanças relativas nos indicadores de resultado e de impacto do GTNS durante a avaliação final em relação com as amostras representativas de agregados familiares, mulheres e crianças residentes tanto nos povoados de intervenção como nos povoados de controlo. Pretende-se também apoiar o ajuste das metas estabelecidas para estes indicadores.

ES.5. Os usuários esperados deste relatório incluem:

- As **empresas** que serão contratadas para realizar a recolha de dados finais e a avaliação final.
- O **Escritório do PMA em Moçambique (CO)** e os seus parceiros envolvidos na implementação do projecto, particularmente para apoiar a tomada de decisões em relação à avaliação global do GTNS e ao ajuste das metas de resultados.
- O **Escritório Regional do PMA (RB)** usará este relatório para ajudar a orientar o CO na gestão da avaliação do GTNS.

- A **Divisão de Nutrição** da sede do PMA usará este relatório para ajudar as partes interessadas do projecto a interpretar os indicadores de nutrição.
- O **Gabinete de Avaliação do PMA** fornecerá apoio de qualidade independente para a avaliação global e o seu componente de avaliação de impacto.
- A **Agência de Desenvolvimento da Áustria**, como doadora do projecto, usará o relatório para responder às suas necessidades de prestação de contas, conforme apropriado, e ajudar a compreender as condições de base que o projecto pretende enfrentar.

Métodos

ES.6. Para avaliar o impacto do GTNS na nutrição, nos meios de subsistência e no empoderamento das mulheres (indicadores do Anexo 1), utiliza-se um Delineamento de Grupo Não Equivalente (NEGD). Tal acontece porque as comunidades onde o GTNS está a ser implementado foram seleccionadas por conveniência, e não aleatoriamente. Mais especificamente, estão a ser usados três métodos diferentes para abordar tanto a colocação do programa como a propensão de auto-selecção: o alinhamento das comunidades usando a Adequação da Pontuação da Propensão (*Propensity Score Matching* - PSM); a estimativa de diferença-em-diferenças; e a regressão dos quadrados mínimos de dois estágios (2SLS)

ES.7. A recolha de dados de base ocorreu entre 15 de Fevereiro e 15 de Março de 2020. Os dados aceites para análise foram recolhidos de um total de 640 agregados familiares amostrados aleatoriamente (314 e 326 residentes em 47 e 49 povoados de intervenção e de controlo, respectivamente). Os dados antropométricos foram recolhidos de um total de 997 crianças menores de cinco anos, das quais 680 crianças eram menores de dois anos.

ES.8. O inquérito de base enfrentou três desafios notáveis e não mitigáveis: 1) o não cumprimento dos tamanhos de amostra visados em todos os povoados seleccionados, em grande parte devido ao incumprimento dos critérios de inclusão da avaliação de impacto e aos dados antropométricos rejeitados; 2) a introdução de uma propensão significativa, dado que a implementação do GTNS (componente FFA) começou antes da recolha de dados; e 3) a falha na obtenção de dados completos sobre vários indicadores de resultados obrigatórios, tal como o indicador de Diversidade da dieta Mínima, o indicador de Mulheres (MDD-W), dada a longa extensão do instrumento de inquérito utilizado.

Principais conclusões da recolha e da análise dos dados de base

ES.9. O inquérito de base recolheu dados sobre 18 indicadores de resultado e um indicador de exposição do programa. Ao procurar o delineamento NEGD, é desejável (mas não necessário) que tais indicadores estejam equilibrados na linha de base. Isto dá confiança de que uns são comparados com os outros. O exercício de PSM das comunidades foi realizado para aumentar a probabilidade de chegar ao tal equilíbrio.

ES.10. Os indicadores associados ao empoderamento das mulheres e às mulheres com atitudes favoráveis em relação às práticas recomendadas e aos comportamentos positivos de procura de saúde, são estatisticamente equilibrados entre os agregados familiares de intervenção e de controlo. No entanto, os valores de base para os indicadores dos resultados de segurança alimentar do GTNS não o são. Isto deve-se provavelmente à assistência alimentar que ocorreu durante o projecto antes da recolha de dados. Especificamente, o GTNS realizou uma distribuição dupla de assistência alimentar aos agregados familiares-alvo nos povoados de intervenção em 21 de Dezembro de 2019, nove semanas antes da recolha de dados de base. Infelizmente, isto irá diminuir a capacidade da avaliação de impacto concebida em medir todos os potenciais impactos do projecto de GTNS.

ES.11. A tabela abaixo destaca os resultados do REB para cada indicador, tanto para as comunidades de intervenção como as de controlo:¹

Resumo das conclusões, recomendações e das lições aprendidas

ES.12. Os resultados do inquérito de base validam a relevância do GTNS no contexto em que está a ser implementado. O estado nutricional das crianças é baixo, com 39% e 37% dos menores de cinco anos a sofrerem de desnutrição crónica nos povoados de intervenção e de controlo, respectivamente. Quando desagregado por sexo, não encontramos diferenças significativas na prevalência e na gravidade da desnutrição crónica entre crianças do sexo feminino e masculino nas amostras de intervenção e de controlo. Embora a intervenção pela assistência alimentar do programa provavelmente já estivesse a ter um efeito no momento da recolha de dados, em termos de melhoria do consumo alimentar das famílias em geral, a diversidade da dieta 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

¹ Vários indicadores de impacto e de resultado do GTNS não constam nesta tabela. Os dados de vários devem ser recolhidos no final ou por meio de inquéritos de KAP planeados. Ver as notas de rodapé apresentadas no Anexo 1 para mais detalhes.

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. Os outros resultados visados pelo GTNS – o empoderamento de mulheres e raparigas, as perdas pós-colheita e as atitudes e os comportamentos de procura de saúde, embora não sendo tão precários, também merecem intervenção, tanto pela sua importância intrínseca como por forma a melhorar directa e indirectamente os resultados nutricionais. As principais recomendações incluem:

ES.13. **1. Assegurar que a componente de CMSC forneça de forma adequada mensagens educacionais sobre nutrição e esteja dirigida a homens e rapazes adolescentes, bem como a mulheres e raparigas adolescentes:** Tal como referido acima, melhorar a diversidade da dieta é uma questão fundamental que deve ser abordada para 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 do rendimento. Por isso a componente CMSC do GTNS 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, a componente de CMSC deve conceber intervenções apropriadas que visam ambos com base nas perspectivas obtidas pelo primeiro inquérito de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), e lidar com atitudes indesejadas detectadas no inquérito de base, por exemplo., as relacionadas com o uso de contraceptivos e o casamento prematuro de raparigas.

Resumo Tabela: Situação do Indicador de Base

#	Indicador do GTNS	Povoados de Intervenção	Povoados de Controlo
1.	% dos AF beneficiários da assistência alimentar	87%	3.4%
2.	Pontuação do consumo alimentar (FCS) % dos AFs ao Nível Aceitável	46%	9%
3.	Pontuação do Consumo Alimentar-Nutrição (FCS-N)		
	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 da dieta do AF (HDDS)	4.95	3.17
5.	Proporção das despesas Alimentares (FES) % dos AF com 65% FES ou maior	28%	48%
6.	Índice das Estratégias de Subsistência (LCSI) Pontuação ponderada média, de 29 pontos possíveis	3.7	4.7
	a. % dos AF sem nenhuma estratégia de resposta	26%	43%
	b. % dos AF pertencendo à categoria de tensão	17%	14%
	c. % dos AF pertencendo à categoria de crise	4%	5%
	d. % dos AF pertencendo à categoria de emergência	53%	37%
7.	Índice das Estratégias de Resposta reduzido (rCSI): Pontuação ponderada média de 56 pontos possíveis	9.4	17.9
8.	Perdas Pós-colheita (PHL) % média da cultura perdida pós-colheita	31%	26%
9.	Participação da mulher na tomada de decisão		
	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 de rendimentos	76%	71%
10.	Pro-WEAI (pontuação média de índice)	0.52	0.48
11.	% dos menores de 2 meses que fizeram visitas de cuidados pré-natais de 4+	73%	71%
12.	Atitude favorável em relação a acesso médico & uso de contraceptivos		6%
13.	Atitude favorável contra o casamento prematuro (Concorda que tem consequências negativas)	26%	33%
14.	Parto assistido na unidade sanitária (% dos menores de 2 anos nascidos na unidade sanitária)	82%	84%
15.	Comportamento de procura de saúde: Procura de cuidados ou conselho de saúde quando o filho está com tosse/febre)	89%	89%
16.	Prevalência das doenças infantis: % com uma ou mais doenças relatadas nas 2 semanas anteriores	68%	74%
17.	Dieta Mínima Aceitável para crianças de 6 a 23 meses (MAD): % atingindo o limite aceitável	1.1%	0%
18.	Prevalência de desnutrição crónica		
	a. Menores de 2 anos	32%	34%
	b. Menores de 5 anos	39%	37%
19.	Prevalência de desnutrição aguda		
	a. Menores de 2 anos	8%	11%
	b. Menores de 5 anos	6%	9%

ES.14. **2. Adaptar o CAP do GTNS e os inquéritos finais para recolher dados e percepções não cobertas pelo inquérito de base, incluindo os sobre homens e rapazes adolescentes e as principais barreiras contextuais que provavelmente impedem a mudança de comportamento desejada.** 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, por exemplo., as barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde e a 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 pelo GTNS devem, portanto, ser concebidos para abordar tais lacunas prioritárias. Dados sobre indicadores-chave não recolhidos 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.

ES.15. **3. Aproveitar as componentes de FFA e PHL do GTNS para a sustentabilidade.** Tal como foi acima salientado, há evidências de que a componente de FFA do GTNS já tenha feito diferença, mesmo seguindo a dupla distribuição única. Existe, evidentemente, a preocupação de que esses benefícios sejam postos em causa assim que a distribuição for interrompida. A componente de criação de activos da FFA e o componente da PHL do GTNS foram concebidos para promover tal sustentabilidade. Portanto, é fundamental que estes dois elementos sejam bem concebidos e implementados.

ES.16. **4. Considerar revisão de algumas das metas de indicadores do GTNS.** O REB conclui com as metas de indicador original do GTNS e as recomendações para possíveis revisões. Deve-se ter em mente também que muitos factores não relacionados com o projecto poderão moldar provavelmente a trajectória desses indicadores. Consequentemente, atenção deve ser prestada a avaliar como estes indicadores mudam ao longo da vida do projecto em relação aos agregados familiares, às mulheres e às crianças nos povoados de controlo.

ES.17. Além das recomendações referidas acima para melhorar a eficácia e o impacto do GTNS, há duas lições para orientar esforços futuros de recolha de dados desta natureza:

ES.18. **1. Assegurar ter o tempo de execução adequado para a preparação e implementação da recolha de dados:** Como já foi referido, a implementação da componente da FFA do GTNS começou antes da recolha de dados de base. Isto afectará seriamente a capacidade da avaliação de impacto em medir todos os potenciais impactos do projecto. É compreensível que tenha havido pressão para implementar as actividades planeadas do projecto dentro do prazo previsto. Por isso, deve-se assegurar que haja o tempo adequado no futuro para realizar a recolha de dados de base antes da implementação da actividade do projecto.

ES.19. **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 esforços maiores para 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 em 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.

1.Introdução

1. O presente Relatório de Base (REB) é um componente-chave da avaliação de impacto do Projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS), do Programa Mundial para a Alimentação (PMA) em Moçambique. O GTNS é financiado pela Agência Austríaca de Desenvolvimento (3 milhões de euros) ao longo de um período de dois anos e meio (2019 a 2021). O projecto está a ser implementado em 49 povoados no distrito de Chemba, província de Sofala, e visa empoderar mulheres e raparigas adolescentes e, ao mesmo tempo, melhorar a diversidade nutricional e reduzir a desnutrição crónica entre crianças com menos de cinco anos de idade, no contexto de mudança climática (ver as componentes detalhadas do projecto e o orçamento em Anexo 9). A avaliação de impacto faz parte da avaliação global do GTNS. A avaliação foi encomendada pelo Escritório do PMA em Moçambique.

2. O orçamento global da avaliação é de USD 250.000, dos quais USD 110.000 foram alocados para o inquérito de base. O objectivo definido é de avaliar a contribuição do projecto para redução da desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos e o empoderamento de mulheres e raparigas, sendo a avaliação de impacto também concebida para realizar este objectivo. A avaliação do GTNS destina-se a servir a duplo objectivo, de prestação de contas avaliando e apresentando um relatório sobre o desempenho do projecto, e de aprendizagem, gerando conhecimentos para apoiar e melhorar a expansão do modelo de intervenção integrado do GTNS para outros contextos. As perguntas de avaliação mais pertinentes (ver a Matriz de Avaliação, Anexo 3) para o inquérito de base (e a avaliação de impacto) incluem as seguintes questões:

- Até que ponto os principais grupos-alvo do GTNS foram expostos ao modelo de intervenção integrada do projecto?
- Até que ponto foram alcançadas as metas de indicadores de resultados de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) do GTNS?
- Até que ponto o GTNS alcançou as suas metas de resultados e de impacto, nomeadamente, melhorar a segurança alimentar e a diversidade da dieta dos agregados familiares, empoderar as mulheres e melhorar o estado nutricional das crianças menores de cinco anos?
- Há evidências (quantitativas ou qualitativas) de que o GTNS teve um impacto diferente em subgrupos específicos de beneficiários visados, por exemplo: nos de agregados familiares relativamente mais ricos e mais pobres?
- As principais componentes do modelo de intervenção do GTNS contribuíram para a geração de quaisquer impactos evidenciados, uns mais do que outros, ou houve sinergia significativa entre essas componentes?

3. Com base nos Termos de Referência (TdR) (Anexo 2), os principais objectivos do inquérito de base do GTNS foram:

- Avaliar a situação de base dos indicadores-chave (Anexo 1) antes do início do projecto, de modo que, o progresso e o impacto do GTNS possam ser avaliados em 2021.
- Ajudar a avaliar se as metas estabelecidas para o projecto são realistas ou precisam de ser ajustadas.

4. O presente REB foi produzido pela *World Agroforestry* (ICRAF), que também tinha um papel de liderança na concepção da estratégia de avaliação de impacto do GTNS e dos instrumentos de recolha de dados associados. O PMA contratou a ELIM Serviços Lda. (doravante referida como ELIM) para realizar a recolha de dados de base. A recolha de dados de base realizou-se entre 15 de Fevereiro de 2020 e 15 de Março de 2020. Uma visão geral completa da concepção da estratégia de avaliação de impacto e a forma como esta se encaixa na avaliação geral é apresentada no Relatório Inicial (IR) em anexo.

5. O REB estabelece valores de base para os principais indicadores de GTNS (Anexo 1). Estes destinam-se a apoiar a avaliação do impacto e do desempenho do GTNS durante a avaliação final do projecto (2021). Os usuários esperados deste relatório incluem:

- As **empresas** que serão contratadas para realizar a recolha de dados finais e a avaliação final.
- O **Escritório do PMA em Moçambique (CO)** e os seus parceiros envolvidos na implementação do projecto, particularmente para apoiar a tomada de decisões em relação à avaliação global do GTNS e ao ajuste das metas de resultados.
- O **Escritório Regional do PMA (RB)** usará este relatório para ajudar a orientar o CO na gestão da avaliação do GTNS.
- A **Divisão de Nutrição** da Sede do PMA usará este relatório para ajudar as partes interessadas do projecto a interpretar os indicadores de nutrição.
- O **Gabinete de Avaliação do PMA** fornecerá apoio de qualidade independente para a avaliação global e o seu componente de avaliação de impacto.

- A **Agência Austríaca de Desenvolvimento**, como doadora do projecto, usará o relatório para atender às suas necessidades de prestação de contas, conforme apropriado, e ajudar a compreender as condições de base que o projecto pretende enfrentar.

1.1 Visão Geral do Objecto da Avaliação

6. Sendo financiado pela Agência Austríaca de Desenvolvimento (3 milhões de euros), o GTNS - que começou em Junho de 2019 com um período inicial de arranque de 3 meses e que termina em Dezembro de 2021 - visa melhorar o empoderamento de mulheres e raparigas adolescentes e o estado nutricional de crianças menores de cinco anos no contexto de um clima em mudança. O GTNS compreende três componentes principais: a Assistência Alimentar por Activos (FFA), as Gestão de Perdas Pós-Colheita (PHL) e a Comunicação para a Mudança Social e Comportamental (CMSC).

7. O impacto e os resultados esperados e definidos do GTNS são os seguintes:

Impacto: O empoderamento de mulheres e raparigas adolescentes permite a melhoria da diversidade alimentar e a redução da desnutrição crónica entre crianças com menos de cinco anos de idade 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 activos familiares e comunitários sensíveis ao género e à nutrição, e treinamentos em matéria de gestão de perdas pós-colheita no distrito de Chemba e que contribuem para a gestão de riscos climáticos.

Resultado 2: Maior empoderamento de mulheres e raparigas adolescentes em relação ao casamento prematuro, à saúde sexual e reprodutiva e aos comportamentos de procura de cuidados de saúde para doenças infantis básicas, através de CMSC intensivas direccionadas a homens, mulheres, rapazes e raparigas.

8. **Seleção Geográfica:** O GTNS 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 na categoria 1, o que significa que sofre de insegurança alimentar persistente e de choques naturais recorrentes. Além disso, e de acordo com a Classificação Integrada de Fases de Insegurança Alimentar Crónica, classificou-se Chemba na categoria 3 - insegurança alimentar crónica grave.

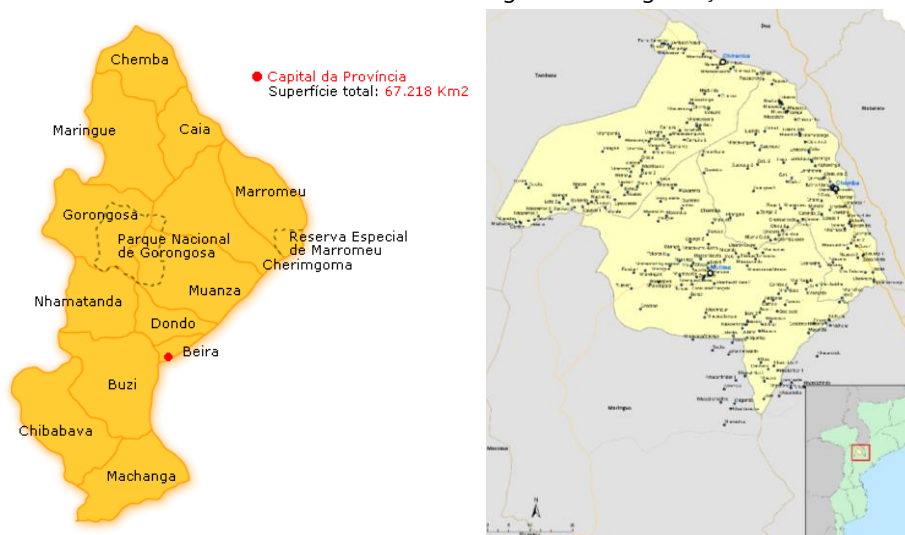


Figura 1: Mapa do Distrito de Chemba

9. **Seleção dos Agregados Familiares:** A seleção geográfica dos povoados de controlo é seguida pela identificação baseada nos agregados familiares. O componente de Assistência Alimentar por Activos (FFA) do GTNS visa cumprir dois objectivos: promover a segurança alimentar e nutricional dos agregados familiares através da provisão de transferências alimentares mensais, usando modalidade de senhas de espécie, e aumentar a produtividade do ecossistema, apoiando assim os meios de subsistência dos agregados familiares visados. Isto é feito através da criação e reabilitação de activos pelo GTNS, que se realizam ao nível da comunidade, do agregado familiar ou num nível intermediário. A componente gestão de Perdas Pós-Colheita (PHL) dá assistência técnica e fornece informações e treinamento de agricultores para reduzir as perdas pós-colheita, procurando melhorar o funcionamento das principais cadeias de valor de alimentos, com enfoque em culturas nutritivas (por exemplo: batata doce de polpa cor-de-alaranjada e grãos e leguminosas, além de frutas e vegetais). A

intervenção da PHL concentra-se no *processamento, na conservação e no armazenamento de alimentos*. Nestes termos, os agregados familiares são livres de por próprios decidirem a sua participação nas diversas componentes do projecto. No entanto, os participantes devem cumprir os seguintes requerimentos: ter capacidade física e vontade de trabalhar; ter insegurança alimentar e de rendimentos; ter idade produtiva; serem homens ou mulheres; e com meios de subsistência que dependem do meio ambiente.

10. A **componente de CMSC** do GTNS também visa os agregados familiares e as comunidades onde se implementam as intervenções de FFA e PHL. As CMSC usam três abordagens diferentes: a mobilização interpessoal, a mobilização através dos meios de comunicação social e a mobilização das comunidades. O alvo do componente interpessoal é o casal do agregado familiar que participa na FFA e nas PHL. Estes agregados participarão em clubes de diálogo sobre o género que abordam questões sensíveis, tal como os papéis e as normas de género, o planeamento familiar e o casamento prematuro. Espera-se que, a actividade dos meios de comunicação social do GTNS beneficie a comunidade em geral com mensagens direccionadas a grupos específicos (por exemplo: homens, pais e raparigas adolescentes). Finalmente, a mobilização da comunidade envolve os líderes comunitários (por exemplo: activistas comunitários, extensionistas, líderes comunitários e religiosos) para direccionar todos os agregados familiares da comunidade para disseminar as mensagens-Chave e ligar os membros da comunidade aos serviços.

11. **Grupo alvo:** O número total de agregados familiares beneficiários primários é de 1.500 (acerca de 7.500 indivíduos) incluindo, pelo menos, 500 mulheres grávidas, 500 raparigas adolescentes e 750 crianças menores de dois anos. Os beneficiários secundários são 5.000 famílias (25.000 membros da comunidade) a beneficiarem principalmente pelas actividades de CMSC. No que respeita aos agregados familiares beneficiários primários, concentra-se especialmente nos primeiros 1.000 dias de vida da criança, desde a concepção até completar dois anos de idade, já que esta é a oportunidade reconhecida internacionalmente com impacto na desnutrição crónica. Portanto, o GTNS visa os agregados familiares vulneráveis que satisfazem os seguintes critérios²: ***“Agregados familiares com uma mulher grávida; ou uma criança com menos de dois anos de idade; ou uma adolescente; ou uma mulher com fistula obstétrica”***³

12. Os beneficiários secundários do projecto incluem:

- Pelo menos 100 Activistas Comunitários de Saúde (ACS e Agentes Polivalentes Elementares APE)⁴, treinados nas boas práticas de diversidade da dieta e em planeamento familiar, e que estão envolvidos com a geração de procura de alimentos nutritivos, serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e serviços básicos de saúde infantil.
- Pelo menos 15 Extensionistas de Agricultura (TEA) treinados em gestão e tecnologia pós-colheita e em boas práticas de diversidade da dieta.
- Pelo menos 2 comerciantes agrícolas contratados para fornecer produtos de armazenamento hermético ao nível da comunidade.
- Pelo menos 1 estação de rádio comunitária e o seu pessoal envolvidos no GTNS para disseminar mensagens e programas sobre a diversidade da dieta, os impactos negativos do casamento prematuro, os impactos positivos do acesso aos SSR e aos serviços básicos de saúde infantil, e sobre tecnologias de perdas pós-colheita usando vários métodos, incluindo programas de rádio, discussões e radionovelas.
- Espera-se que, pelo menos, 5.000 famílias (25.000 indivíduos) beneficiem das actividades de CMSC, por exemplo., recebendo mensagens sobre a diversidade da dieta, os impactos negativos do casamento prematuro, os impactos positivos do acesso a SSR e aos serviços básicos de saúde infantil, e sobre tecnologias de perdas pós-colheita usando vários métodos, incluindo emissões-debate, discussões e radionovelas.

13. Políticas e orientações internacionais postulam que, para reduzir a desnutrição crónica é necessária uma programação multisectorial e com vários actores. O PMA, com a sua experiência nas áreas de segurança alimentar e nutrição, está a realizar um projecto sensível à nutrição que abrange os sectores da agricultura, do género, da saúde e do água e saneamento (WASH), abordando, assim, simultaneamente, vários factores subjacentes à desnutrição. A via de impacto do projecto reflecte esta lógica (ver Figura 2).

14. Uma avaliação recente que é relevante para este projecto é a avaliação do Programa Nacional do PMA em Moçambique (CP), de 2015.⁵ Esta avaliação recomendou que “tendo em consideração os elevados níveis de desnutrição

² A selecção dos agregados familiares dará preferência aos agregados que cumprem os critérios e têm membros com deficiência, familiares com doenças crónicas, idosos com responsabilidade por crianças, agregados familiares chefiados por mulheres e agregados familiares chefiados por crianças.

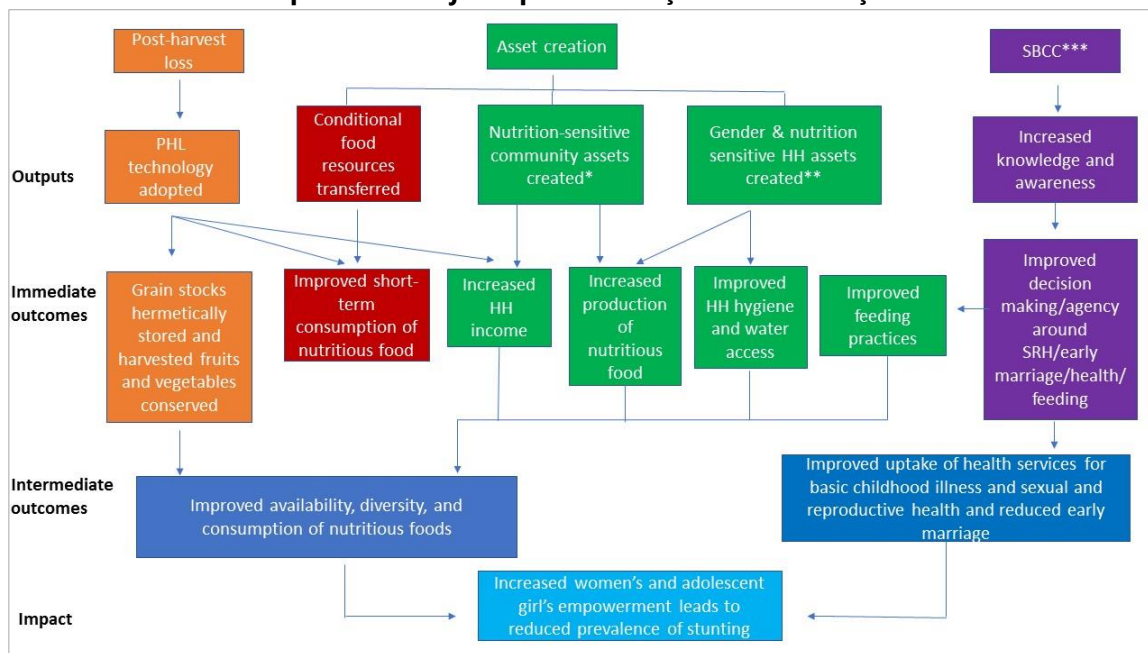
³ Com base em discussões com o UNFPA, inclui-se a fistula obstétrica como própria categoria, pois afecta desproporcionalmente mães adolescentes, leva ao isolamento social e à baixa qualidade de vida. Estas mulheres são frequentemente recusadas para cirurgia se não forem suficientemente ‘fortes’ e precisarem do benefício de assistência alimentar.

⁴ Os APEs são fornecedores de cuidados básicos de saúde comunitários que são treinados e recebem um salário do Ministério da Saúde.

⁵ Muriel, et al (2015), “*Mozambique, 200286 Country Programme: An Evaluation of WFP’s Operation (2012-2015): Operation Evaluation*”, World Food Programme, Office of Evaluation, Rome – Italy.

crónica em Moçambique e as prioridades do Governo de Moçambique, que se concentram na redução dos níveis da desnutrição crónica, o PMA deve priorizar a redução da desnutrição crónica no seu próximo CP. De acordo com a orientação global da Organização Mundial da Saúde (OMS), as decisões sobre o direccionamento para desnutrição aguda no componente de nutrição do próximo CP devem ser baseadas numa análise cuidadosa das desigualdades entre as populações, e concentrar-se nas áreas com grandes grupos de crianças com esta condição. Finalmente, em 2015, deveria realizar - com apoio de uma consultoria externa e em coordenação com outros parceiros (Governo e as ONU) - uma avaliação para identificar as razões das elevadas taxas de desnutrição aguda observados no actual CP e usar os resultados para adaptar a concepção das suas intervenções".⁶ O GTNS é, portanto, um esforço contínuo do PMA para abordar as questões de nutrição identificadas por esta avaliação e por outros estudos.

Figura 2: Mecanismo de Impacto do Projecto para a redução da desnutrição crónica



* Os activos da comunidade serão informados directamente pelo resultado do interesse, o aumento da disponibilidade e diversidade de alimentos e podem incluir batata-doce de polpa alaranjada, culturas bio-fortificadas, fruteiras, cercas vegetativas, irrigação, entre outros.
 ** Os bens do agregado familiar são sensíveis ao género e à nutrição, e são predefinidos. O pacote inclui fogões poupa-lenha, hortas, sistemas de irrigação e captação de água de pequena escala, e instalações de higiene e saneamento.
 *** As CMSC estão focadas em aumentar a diversidade da dieta, a absorção dos SSR e dos serviços básicos de saúde infantil, em reduzir o casamento e a gravidez precoces e em melhorar as dinâmicas de género. Utilizam a mobilização interpessoal, a mobilização através dos meios de comunicação social e a mobilização da comunidade para alcançar indivíduos, agregados familiares e comunidades, e promover a nutrição transformadora e a mudança de género.

15. **Parcerias:** As parcerias são cruciais para o sucesso do GTNS já que o PMA visa quebrar o ciclo vicioso entre a desnutrição e a doença. O PMA trabalha directamente com as autoridades governamentais centrais, provinciais e distritais em vários sectores. As organizações não governamentais (ONGs) também fornecem assistência técnica para apoiar a realização das intervenções ao nível das comunidades. O GTNS está localizado em Chemba em paralelo ao projecto de fornecimento e multiplicação de sementes da FAO, também apoiado pela Agência Austríaca de Desenvolvimento.

16. A Direcção Provincial de Saúde (DPS) e a Direcção Provincial de Agricultura e Segurança Alimentar (DPASA) apoiam a capacitação do pessoal ao nível distrital e dos voluntários através de formações, supervisão e monitoria do projecto. Os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), e a sua equipa de unidades sanitárias e a rede de Activistas Comunitários de Saúde (ACS) são essenciais para a implementação das intervenções das CMSC, especialmente na mobilização da comunidade, relacionadas com a melhoria das práticas de alimentação, a saúde sexual e reprodutiva e a prestação de serviços básicos de saúde infantil, além dos mecanismos de referência aos serviços de saúde. Os Serviços Distritais de Actividade Económica (SDAE) e os seus Extensionistas de Agricultura (TEA) serão envolvidos para apoiar intervenções de FFA e PHL, incluindo a geração de procura de tecnologias de PHL.

17. A Pathfinder é uma ONG internacional, actualmente a operar na província de Sofala, que fornece serviços de planeamento familiar, especificamente para aumentar o uso apropriado de contraceptivos. O Director Nacional é o antigo Director Médico do distrito de Caia e Chemba, e a organização está familiarizada com o ambiente operacional. A Pathfinder está a fornecer apoio técnico aos SDSMAS e aos ACS relacionado com as CMSC e os mecanismos de referência para as áreas de saúde sexual e reprodutiva e dos serviços básicos de saúde para crianças menores de dois anos. A Pathfinder também

⁶ Ibid.

está a apoiar o tratamento comunitário da desnutrição aguda moderada, utilizando alimentos disponíveis localmente e garantindo a referência de crianças com desnutrição aguda grave para a unidade sanitária. Finalmente, espera-se que a Pathfinder lidere a facilitação do clube de diálogo sobre a igualdade de género e empoderamento da mulher que envolve homens e mulheres e aborda temas sensíveis, tal como a violência baseada no género, o casamento prematuro, e o planeamento familiar.

18. A IREX é uma ONG internacional que dá apoio técnico às rádios comunitárias locais. Oferece uma ampla variedade de programação de rádio para envolver os membros da comunidade em tópicos importantes. Este projecto usa uma abordagem multifacetada para CMSC. Além do envolvimento dos SDSMAS, ACS, SDAE e TEA, a rádio comunitária deve ser utilizada para divulgar programas, conduzir entrevistas ao vivo, organizar debates e apresentar radionovelas. A IREX apoia as rádios comunitárias locais especificamente no desenvolvimento de conteúdos e metodologias para a programação de uma rádio interactiva e envolvente.

1.2 Contexto do Estudo

1.2.1 Análise das políticas nacionais e sectoriais relevantes

19. A nutrição tanto é uma contribuição para, como ao mesmo tempo um resultado de, todos os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (SDG).⁷ Os SDG 2 (zero fome), 3 (boa saúde e bem-estar), 5 (igualdade de género), 12 (consumo e produção responsáveis), 13 (acção climática) e 17 (parcerias) são todos relevantes para o GTNS.

20. **Prioridades do Desenvolvimento do País e o UNDAF:** O GTNS apoia a Prioridade 2 do Programa Quinquenal do Governo (PQG) (Desenvolvimento do capital humano e social) e alinha-se com os princípios fundamentais de programação do Quadro das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDAF 2017-2020), inerente a não deixar ninguém para trás, defender os direitos humanos, e promover a igualdade de género e o empoderamento, a resiliência e a responsabilidade da mulher. Apoia o Resultado 1 do UNDAF (As populações vulneráveis têm mais segurança alimentar e melhor nutrição) e o Resultado 4 (As mulheres e as raparigas desfavorecidas beneficiam de políticas, normas e práticas abrangentes que garantem os seus direitos humanos). Este projecto é uma contribuição para o Resultado Estratégico 1 (Os agregados familiares nas áreas de insegurança alimentar em Moçambique são capazes de manter o acesso a alimentos adequados e nutritivos ao longo do ano, incluindo em tempos de choque) e Resultado Estratégico 4 (De acordo com as metas nacionais até 2021, as pessoas visadas nas áreas prioritárias de Moçambique melhoraram o estado de nutrição), do Plano Estratégico Nacional do PMA (2017 a 2021).

21. **Políticas nacionais:** A segurança alimentar e nutricional são prioridades nacionais nos seguintes quadros políticos que se alinham com os objectivos do projecto:

- A Agenda 2025 prioriza o acesso aos alimentos com vista à melhoria das condições de vida e ao desenvolvimento do capital humano.
- O Plano Quinquenal do Governo 2015–2019⁸ concentra-se no empoderamento de mulheres e homens para a equidade e igualdade de género, na redução da pobreza, no desenvolvimento económico e na segurança alimentar e nutricional.
- O Plano Estratégico de Género de 2016–2020 e o 4º Plano Nacional para a Emancipação da Mulher 2018–2021.
- O Plano Operacional para o Desenvolvimento Agrícola 2015–2027 visa aumentar a soberania alimentar através do fortalecimento das cadeias de valor, das parcerias público-privadas e das organizações de agricultores.
- O Plano de Acção Multisectorial Nacional para a Redução da Desnutrição Crónica 2011–2020⁹ e sua Estratégia de Fortificação Alimentar visam reduzir a desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos, reconhecendo o desnutrição aguda nas mulheres grávidas e lactantes e nas raparigas e em crianças menores de 2 anos como factores de risco para atrasos no crescimento.
- A Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutrição 2008–2015.¹⁰
- A Estratégia Nacional de Comunicação para Mudança Social e Comportamental para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique 2015–2019¹¹
- O Plano Director Nacional para a Prevenção e Mitigação de Desastres Naturais 2017–2030 é a base para a gestão dos riscos de desastres.¹²

⁷ *Global Nutrition Report* (2017), <http://globalnutritionreport.org/the-report/>

⁸ Este plano está no processo de actualização. Provavelmente não mudará substancialmente e ainda incluirá a desnutrição crónica como indicador.

⁹ Este plano de acção provavelmente será actualizado no final de 2019 ou mesmo em 2020, com base nos resultados de uma revisão intercalar realizada recentemente.

¹⁰ Esta estratégia foi expandida para além de 2015 e foi recentemente revista. Foi apresentada ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSAN) em Dezembro de 2018 e aguarda homologação.

¹¹ Está em discussão se deve estender-se ou actualizar esta política.

¹² Além disso, informado pelo Plano Estratégico de Género do Instituto Nacional de Gestão de Desastres (INGC) 2016–2020.

22. Além disso, o programa do GTNS está alinhado com as políticas, programas e prioridades de adaptação e mitigação das mudanças climáticas do Governo, que incluem:

- A Comunicação Nacional Inicial à UNFCCC (2006).
- A Estratégia Nacional de Adaptação e Mitigação das Mudanças Climáticas (2013-2025), que preconiza o aumento da capacidade adaptativa das pessoas vulneráveis e promove mecanismos de plantio de árvores e o estabelecimento de florestas para o uso local.
- O Programa de Acção Nacional de Adaptação (MICOA, NAPA 2007) que priorizou a instalação de sistemas de irrigação sustentáveis em pequena escala, e encorajou o uso de culturas tolerantes à seca.
- A Contribuição Prevista Determinada ao Nível Nacional (INDC) para a UNFCCC que também preconiza o aumento da capacidade adaptativa dos grupos mais vulneráveis e a redução da degradação do solo e a promoção do plantio de árvores para o uso local.

1.2.2 Características do contexto da intervenção

23. Apesar de uma taxa média de crescimento anual do PIB de 7,9% durante grande parte do período de recuperação pós-guerra (1996-2015), a expansão económica teve apenas um impacto moderado na redução da pobreza, e Moçambique esteve no 180º lugar entre 189 países no Índice de Desenvolvimento Humano de 2017.¹³ Os desafios de desenvolvimento que Moçambique enfrenta são numerosos e variados. As taxas de malária e de HIV são elevadas e o acesso à água potável e saneamento, bem como a infra-estruturas e serviços de saúde é precário e desigual. Moçambique é altamente susceptível a choques climáticos, tal como ciclones, cheias e secas, bem como a choques económicos.¹⁴

24. **Nutrição:** A análise do Custo da Fome em África para Moçambique concluiu que 10,94% do PIB é perdido todos os anos, devido à desnutrição crónica. A maior parte deste custo é a perda do potencial de produtividade devido à mortalidade relacionada com a desnutrição, estimada em 53 mil milhões de meticais, ou 9,4% do PIB.¹⁵ Uma em cada duas crianças com menos de cinco anos sofre de desnutrição crónica, 26% de toda a mortalidade infantil em Moçambique está associada à desnutrição e as crianças com desnutrição crónica completam 4,7 anos de escolaridade a menos. Além disso, episódios repetidos de desnutrição aguda aumentam a probabilidade de uma criança sofrer de atrasos no crescimento, e crianças com desnutrição crónica e tenham desnutrição aguda são 12 vezes mais susceptíveis de morrer do que seus pares bem nutridos.¹⁶

25. **Género:** As mulheres grávidas e raparigas que foram cronicamente desnutridas quando crianças, e que são caracterizadas por atrasos no crescimento, têm maior probabilidade de dar à luz bebés com baixo peso ao nascer (<2500g) e de sofrerem complicações com risco de vida durante a gravidez e o parto.¹⁷ Em Moçambique, estima-se que 28% das crianças menores de seis meses sofrem de desnutrição crónica.¹⁸ A elevada prevalência de desnutrição crónica antes da alimentação complementar então é indicativa do mau estado de nutrição materna antes, durante e imediatamente após a gravidez, incluindo a precocidade (gravidez na adolescência), bem como práticas inadequadas de amamentação.

26. O inquérito antropométrico nacionalmente representativo e publicado recentemente indicou que a prevalência de desnutrição crónica (HAZ <-2) em Moçambique é de 43%, classificado como *muito elevado* pelos padrões da OMS, e houve apenas uma ligeira redução a partir das 45% em 1997.^{19,20,21} A esta taxa de prevalência, cerca de 2,15 milhões de crianças com menos de cinco anos são afectadas pela desnutrição crónica em Moçambique. Consequentemente, Moçambique classificou-se no 123º lugar entre 132 países para a prevalência da desnutrição crónica no Relatório Global de Nutrição de 2016 (GNR).²²

¹³ PNUD (2018), obtido em 26 de setembro de 2018, de <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>.

¹⁴ Banco Mundial (2017). Mozambique Overview. Obtido em 10 de outubro de 2017, de <http://www.worldbank.org/en/country/mozambique/overview>

¹⁵ União Africana (UA), NEPAD, Programa Mundial de Alimentos (PMA) & ECLAC (2017). Estudo do Custo da Fome em África: Impacto Social e Económico da Desnutrição em Crianças em Moçambique: Impacto Social e Económico da Desnutrição Infantil no Desenvolvimento a Longo Prazo de Moçambique. Maputo.

¹⁶ Tanya Khara e Carmel Dolan (2014). *Technical briefing paper: The relationship between wasting and stunting, policy, programming and research implications.*

¹⁷ SETSAN (2013). Inquérito de Base para Segurança Alimentar e Desnutrição. Maputo.

¹⁸ Instituto Nacional de Estatística (INE). (2013). Moçambique 2013 Anuário Estatístico. Maputo: INE.

¹⁹ Instituto Nacional de Estatística (INE). (2013). Moçambique 2013 Anuário Estatístico. Maputo: INE.

²⁰ OMS. (2017). Banco de Dados Global sobre Crescimento Infantil e Desnutrição: Moçambique. Obtido em 12 de Outubro de 2017, de <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/moz/en/>

²¹ Estimativas e Perfil da Pobreza em Moçambique: Uma Análise Baseada no Inquérito sobre Orçamento Familiar - IOF 2014/15. Direcção de Estudos Económicos e Financeiros (DEEF), Ministério de Economia e Finanças (MEF), Maputo, Moçambique.

²² *International Food Policy Research Institute.* (2016). *Global Nutrition Report 2016: from promise to impact: ending malnutrition by 2030.* Washington, D.C.

27. **Nutrição e mudanças climáticas em Moçambique:** A agricultura é um dos sectores-chave em Moçambique, representando 80% do Produto Interno Bruto do país. Setenta por cento da produção agrícola é realizada por pequenos agricultores nas áreas rurais em sistemas de sequeiro. Neste contexto, as mudanças e variabilidades climáticas têm um impacto considerável nos meios de subsistência, na segurança alimentar e na nutrição

28. Inundações e secas são os principais perigos climáticos em Moçambique, sendo também frequentes os ciclones e as tempestades tropicais. As inundações são motivo de preocupação nas áreas ao longo da costa e nas principais bacias hidrográficas. A seca é uma grande preocupação nas áreas semiáridas do país, incluindo as províncias de Tete, Sofala, Inhambane, Gaza e Maputo

29. Uma análise histórica do clima (PMA, 2018) conclui que as temperaturas já aumentaram, a variabilidade da precipitação piorou e, conseqüentemente, a cobertura vegetal diminuiu. As projecções de modelos climáticos indicam aumentos significativos de temperatura (2,2° - 3,3°C) até 2050 e chuvas mais variáveis. Além disso, todos os modelos de projecção climática mostram um aumento do estresse por calor, reduções na disponibilidade de água e eventos climáticos extremos mais frequentes e intensos, o que irá agravar a insegurança alimentar e a desnutrição.

30. Os impactos das mudanças climáticas já se fazem sentir, e incluem: i) o aumento das temperaturas médias durante o início da estação de cultivo, resultando na evaporação da água e em más condições de plantio; ii) a redução da precipitação durante a época de crescimento, com aumento da variabilidade, resultando em estiagem e épocas de cultivo mais curtas; iii) uma maior incidência de erosão dos solos, quando ocorrem eventos de chuva que promovem o escoamento da água da chuva, com diminuição da infiltração de água; iv) a diminuição da produção de alimentos básicos, incluindo o milho, com reduções de rendimento de até 30-45%; e v) as perdas de biomassa vegetativa, reduzindo assim as áreas de pastagem e a saúde do gado.

31. As implicações das mudanças climáticas para a segurança nutricional merecem muita atenção. As mudanças climáticas irão aumentar a desnutrição através de três principais causas: i) impactos no acesso dos agregados familiares a alimentos suficientes, seguros e adequados; ii) impactos nas boas práticas e alimentação; e iii) impactos na saúde ambiental e no acesso aos serviços de saúde. As mudanças climáticas afectam a nutrição por meio da segurança alimentar (redução da produção, aumento das perdas pós-colheita e diminuição da disponibilidade), do aumento da prevalência e da variação de doenças (por exemplo: malária, diarreia) e da redução da diversidade e acessibilidade alimentar.

32. **Igualdade do Género e Empoderamento da Mulher:** Moçambique é signatário de todas as convenções regionais e internacionais que visam a promoção da igualdade de direitos para mulheres e homens. No entanto, falta implementação em todas as áreas e Moçambique está colocado em 138º lugar entre 189 países no índice de igualdade de género.²³ Os Relatórios do Comité das Nações Unidas para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres indicam que, apesar dos avanços significativos registados em várias áreas, o país ainda enfrenta vários desafios onde a discriminação contra as mulheres continua a influenciar fortemente as oportunidades de emancipação da mulher moçambicana.²⁴ Tanto as mulheres como os homens nas áreas rurais são fortemente afectados pela pobreza mas, além disso, as mulheres e as raparigas enfrentam normas de género restritivas²⁵ e a violência baseada no género (VBG) é generalizada. Moçambique tem o décimo maior número de casamentos infantis a nível mundial, com uma em cada duas raparigas casada antes dos 18 anos de idade, e 40% dando à luz o seu primeiro filho antes dos 18 anos. As mães adolescentes têm uma maior probabilidade de morrer durante o parto e uma maior probabilidade de ter resultados negativos no parto. A principal causa de morte em todo o mundo para raparigas adolescentes de 15 a 19 anos são as complicações relacionadas com a gravidez e o parto.^{26,27} A tenra idade no primeiro parto também contribui para a elevada taxa de fertilidade de 6,6 nas áreas rurais, e para a elevada taxa de mortalidade materna de 489/100.000 nados vivos, uma das maiores do mundo.

33. **Chemba, Sofala:** O distrito de Chemba, província de Sofala, situa-se na zona semiárida central, com solos argiloarenosos e de fertilidade moderada. O distrito tem uma superfície de 3.991 km², 17.730 agregados familiares e uma

²³ PNUD (2018). Obtido em 26 de setembro de 2018 de <http://hdr.undp.org/en/composite/GII>. O índice da desigualdade de género é um indicador composto pela taxa de mortalidade materna, a taxa de natalidade adolescente, a proporção de assentos no parlamento, a taxa de participação na força de trabalho, e a população com, pelo menos, algum ensino secundário.

²⁴ Comité das Nações Unidas para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (2018). Relatórios periódicos (do terceiro ao quinto) combinados, apresentados por Moçambique ao abrigo do artigo 18 da convenção.

²⁵ Incluindo 'mitos' e crenças tradicionais que, muitas vezes, restringem o acesso de mulheres e raparigas a certos alimentos.

²⁶ Black et al (2013). Subnutrição e excesso de peso materno e infantil em países de baixa e média renda. Lancet 2013; 382: 427-451.

²⁷ Black et al (2013). Subnutrição e excesso de peso materno e infantil em países de baixa e média renda. Lancet 2013; 382: 427-451. OMS. Estimativas globais de saúde para 2015: mortes com causa, idade, sexo, por país e por região, 2000-2015. Genebra: OMS; 2016.

população total de 87.925 (41.077 homens e 46.848 mulheres). A agricultura de sequeiro é a principal fonte de sustento. O tamanho médio das explorações é de cerca de 2 hectares, com práticas agrícolas manuais dominantes e o uso limitado de tracção animal. O tamanho médio do agregado familiar é de cinco pessoas.²⁸ As principais culturas alimentares produzidas nesta área são o milho, a mapira, o feijão manteiga, o gergelim e as ervilhas. O milho é o principal alimento básico e as espécies pecuárias mais importantes são as vacas, as cabras e os porcos. A produtividade agrícola é baixa e afectada pelo clima semiárido e a baixa precipitação. Chemba possui recursos florestais usados pelas pessoas para fazer utensílios domésticos e artesanato. A lenha e o carvão vegetal são os principais combustíveis domésticos, situação essa que agrava o desmatamento e a erosão, e o distrito tem problemas de escassez de água.

34. Chemba tem infra-estruturas deficientes, com redes rodoviárias deficientes e um sistema de saúde inadequado que não é capaz de fornecer cobertura adequada para satisfazer as necessidades de saúde. Existem 12 unidades sanitárias, onde uma única unidade a atende, em média, 6.083 pessoas. Existe ainda um leito hospitalar para 1.140 pessoas e um profissional técnico de saúde para 1.057 pessoas. As longas distâncias até às unidades sanitárias e os suprimentos inadequados de medicamentos agravam ainda mais a situação.

35. Chemba é propenso a inundações, secas e conflitos homem-fauna bravia.²⁹ Grandes segmentos da sua população³⁰ dependem da agricultura de subsistência com capacidade de sustento de apenas quatro a cinco meses por ano. O consumo de alimentos silvestres, o recurso ao trabalho ocasional e a venda de produtos tal como o carvão vegetal são estratégias de resposta essenciais. As perspectivas do país, da FEWS NET, para Dezembro de 2018 a Maio de 2019 revelaram que, muitas áreas em Sofala, incluindo Chemba, enfrentaram níveis de crise (IPC 3) de insegurança alimentar. Além disso, houve indícios de que a situação poderia piorar. Em Sofala, as estratégias de resposta baseadas no consumo estão entre as mais altas (a segunda no país), o que reflecte uma situação IPC 3³¹ ou superior.

36. Os inquéritos nutricionais são realizados a nível provincial, e, na província de Sofala, as taxas de atraso de desnutrição crónica e aguda em crianças com menos de cinco anos são de 41,2% e 7%, respectivamente. Nas mulheres em idade reprodutiva, o sobrepeso e a obesidade são de 16% e a magreza (baixo índice de massa corporal) é de 8%, tendo ambos um impacto negativo na nutrição infantil. Apenas uma em cada duas famílias consome sal iodado e tem acesso aos mercados.

1.2.3 Harmonização

37. O programa de GTNS está alinhado com os Resultados Estratégicos 1 e 4 do Plano Estratégico Nacional do PMA em Moçambique 2017-2021, conforme descrito na Secção 2.1 acima. Este apoia a integração transformadora em termos de género e sensível à nutrição em todo o portfólio de trabalho do PMA, especificamente o relacionado aos seguintes resultados:

- As comunidades com insegurança alimentar visadas beneficiam da construção e/ou reabilitação de activos que melhoram a segurança alimentar e criam resiliência aos choques naturais e às mudanças climáticas.
- Os agregados familiares e as pessoas vulneráveis visadas beneficiam de melhores conhecimentos em matéria de nutrição, práticas de cuidados e dietas saudáveis, para melhorar o seu consumo alimentar e estado nutricional.
- As comunidades visadas com insegurança alimentar recebem transferências condicionais em dinheiro e/ou baseadas em alimentos, para melhorar o seu consumo alimentar.
- As pessoas vulneráveis em Moçambique beneficiam de uma capacidade nacional reforçada e baseada em evidências para combater a desnutrição crónica e as deficiências de micronutrientes, para melhorar o seu estado nutricional.

38. Ao nível central, o Coordenador do Projecto Sensível à Nutrição, do PMA, coordenará o projecto geral sob a orientação do Conselho de Nutrição, em colaboração com o SETSAN (Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional), o Ministério da Saúde, o Ministério da Agricultura e o GT-PAMRDC (Grupo de Trabalho para o Plano de Acção Multisectorial Nacional para a Redução da Desnutrição Crónica). O GT-PAMRDC é multisectorial e composto por membros

²⁸ O tamanho médio do agregado familiar definido pelo governo para as actividades de FFA é de 5 pessoas por agregado.

²⁹ Moçambique não tem os recursos para sustentar áreas separadas de conservação da fauna bravia. Com o crescimento da população, o conflito homem-fauna bravia é uma questão chave, sobretudo porque os recursos essenciais, tal como a água e a vegetação, estão a diminuir. Em Sofala, e em partes de Tete, onde Chemba está localizada, documentou-se a incidência do conflito homem-fauna bravia. Os crocodilos, entre outros animais, tal como os hipopótamos, são a principal preocupação.

³⁰ Com base no ICA, a proporção da população que enfrenta a insegurança alimentar de forma recorrente, supera o limite estabelecido de 20 por cento da população, olhando para o período de 2006 a 2016.

³¹ Mesmo com qualquer assistência humanitária, pelo menos um em cada cinco HH na área enfrenta as seguintes, ou piores, condições: lacunas no consumo de alimentos com desnutrição aguda elevada ou acima do normal OU ser apenas marginalmente capaz de satisfazer as necessidades alimentares mínimas com esgotamento acelerado dos bens de sustento, que levará a lacunas no consumo alimentar.

de vários ministérios.³² Consta ser fundamental que o SETSAN seja parte integrante para garantir que este projecto, que é multisectorial e incluirá vários ministérios, seja bem coordenado, e que os membros estejam bem familiarizados com a estrutura de programação integrada. O SETSAN tem participado em treinamentos sobre nutrição, tanto ao nível central como provincial, e está bem posicionado para disseminar e transmitir as ideias centrais desta abordagem para lidar com a desnutrição crónica.

39. Ao nível provincial, a delegação do PMA na Beira irá coordenar e colaborar com o SETSAN Provincial (SETSAN-P), a Direcção Provincial de Agricultura e Segurança Alimentar (DPASA) e a Direcção Provincial de Saúde (DPS), e fornecer supervisão directa às operações ao nível distrital. Ao nível distrital, o projecto será coordenado pelo Assistente de Monitoria de Campo do PMA (FMA), que está sediado no distrito. Serão assinados acordos com os Serviços Distritais de Actividade Económica (SDAE) e os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) de forma a garantir a assistência técnica adequada ao grupo-alvo e a apropriação das actividades do projecto e, assim, garantir a sua integração nos planos de desenvolvimento distrital. Os ACS e agentes de extensão agrícola (TEA) serão envolvidos especificamente para actividades de CMSC e referência.

1.3 Metodologia da Avaliação e Limitações

1.3.1 Perguntas da Avaliação

40. As questões de avaliação relevantes que pertencem ao inquérito de base e à avaliação de impacto geral são apresentadas na Secção 1, enquanto que as que pertencem à avaliação geral são apresentadas na Matriz de Avaliação (Anexo 3).

41. A Figura 3 resume os métodos associados à avaliação geral do GTNS vis-à-vis os quatro critérios de avaliação (à esquerda) e ilustra onde se situa o inquérito de base. Como está evidente, o inquérito de base e o inquérito final correspondente serão usados principalmente para avaliar o impacto do GTNS. No entanto, os dados associados a ambos os inquéritos também serão usados para avaliar sua efectividade, particularmente nos níveis de exposição às intervenções do GTNS e das mudanças desejadas em Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) entre os cuidadores. Este último (os CAP), será complementado por inquéritos sobre CAP dirigidos à população em geral, incluindo homens e rapazes e raparigas adolescentes. Isto irá permitir um certo grau de triangulação, e garantir que sejam recolhidos os dados sobre homens e rapazes adolescentes. Os principais métodos para avaliar os critérios de Eficácia e Sustentabilidade/Escalabilidade serão as discussões de grupos focais, entrevistas aprofundadas, a documentação e a análise de dados de monitoria.

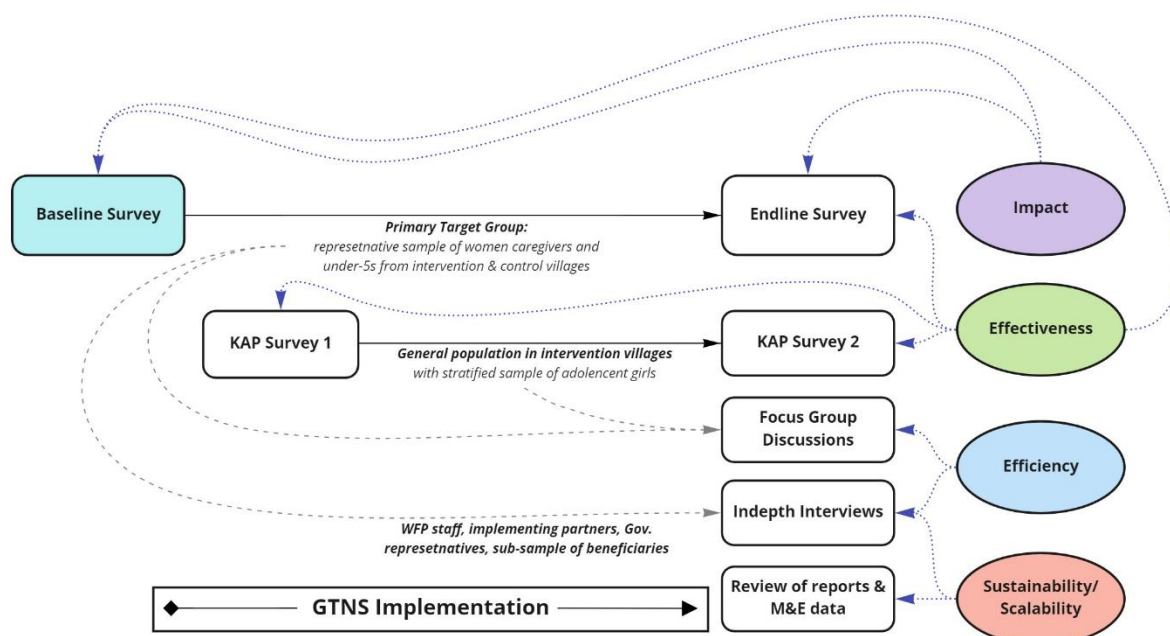


Figura 3: Como se situa o Inquérito de Base no meio da Concepção da Avaliação Geral do GTNS

³² Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura, Ministério das Finanças, Ministério da Indústria e Comércio, Ministério do Género e Acção Social, Ministério da Juventude e Desporto, Ministério das Obras Públicas e Habitação, Ministério do Planeamento e Desenvolvimento e o Ministério da Educação e Cultura.

1.3.2 Concepção da Avaliação de Impacto (Impacto e os Critérios de Efectividade)

42. Para avaliar o impacto do programa na nutrição, nos meios de subsistência e no empoderamento das mulheres (indicadores do Anexo 1), foi utilizado o “Delineamento de Grupo Não Equivalente” (NEGD). Tal deve-se ao facto de as comunidades onde este está a ser implementado serem escolhidas por conveniência, em vez de aleatoriamente. Além disso, nessas comunidades, os agregados familiares que satisfazem os critérios de inclusão do projecto e que constituem o principal grupo beneficiário do GTNS, foram seleccionados através de um processo participativo baseado na comunidade. Aqueles que foram escolhidos têm a opção de participar ou não nas componentes de FFA e PHL do projecto. Embora sensato do ponto de vista da programação, existem duas tendências que a avaliação de impacto deve abordar:

- Problemas com a localização do projecto, ou seja, os povoados de projecto e de controlo podem diferir de várias maneiras que **podem** afectar a evolução dos indicadores de resultado do GTNS ao longo do tempo, por exemplo, a distância aos mercados; e
- Problemas com a selecção de participantes, ou seja, o facto de os agregados familiares visados nos povoados do projecto que actualmente participam no projecto **poderem** diferir tanto em formas observáveis (por exemplo: níveis de educação) como em formas não observáveis (por exemplo: níveis motivacionais) de outros agregados familiares não participantes que residem nestas mesmas povoados.

43. Estão a ser usados três métodos – explícitos mais detalhadamente no Relatório Inicial - para mitigar os dois tipos de vies de selecção:

- a) o alinhamento das comunidades³³ usando a Adequação da Pontuação da Propensão ([Propensity Score Matching - PSM](#));
- b) a estimativa de diferença-em-diferenças ; ([Difference-in-differences estimation](#)); e
- c) a regressão dos quadrados mínimos de dois estágios ([Two-stage least squares \(2SLS\) regression](#).SLS).

1.3.3 Amostragem

44. As 49 comunidades de intervenção do GTNS foram seleccionadas antes de a avaliação ser concebida, e o PSM foi usado para identificar 49 comunidades de controlo correspondentes. Para as comunidades de controlo compreendendo mais de povoado, devia ser seleccionada um povoado de forma aleatória para ser incluído no componente de avaliação de impacto, da avaliação geral.

45. A listagem dos agregados familiares foi ser realizada nos 49 povoados de intervenção e nos 49 povoados de controlo correspondentes. A listagem dos agregados familiares registou a presença de uma mulher gestante/ lactante e de uma criança menor de 2 anos residindo em cada agregado familiar. Para aumentar a probabilidade de, no inquérito final em 2021, haver amostras suficientes de agregados familiares com menores de 2 anos que foram expostos às intervenções do GTNS, os quadros de amostragem filtrados do exercício de listagem apenas incluíram agregados familiares que satisfaziam dois critérios: 1. Criança com menos de 2 anos de idade; e 2. Mulheres gestantes/lactantes.

46. Todos os agregados familiares nos 49 povoados de intervenção e nos 49 povoados de controlo referidos acima com 1) mulheres grávidas ou lactantes e 2) crianças menores de dois anos foram listados.³⁴ Em cada povoado seleccionou-se aleatoriamente uma amostra de oito agregados familiares, mais cinco agregados familiares suplentes. Nos povoados menores, com menos de oito agregados familiares com mulheres gestantes/lactantes e crianças com menos de dois anos de idade, seleccionaram-se agregados familiares que satisfaziam, pelo menos, um destes critérios, o que resultou num tamanho total da amostra de 784, sendo 392 agregados familiares de GTNS e de 392 agregados familiares das comunidades de controlo, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Tamanho da amostra previsto

	Localidades	Povoados	Agregados familiares	Mulher gestante ou lactante	Crianças com menos de dois anos
Grupo de intervenção	Mulima-sede	49	392	100%	100%
Grupos de controlo	Catulene, Chemba-sede, e Goe	49	392	100%	100%

³³ Algumas comunidades incluem mais de uma aldeia. A comparação foi realizada na comunidade, e não na aldeia, uma vez que os dados do governo estão disponíveis apenas no nível da comunidade.

³⁴ Estes critérios devem garantir que a família terá uma criança com idade inferior a 2 anos durante um período significativo da vida útil do GTNS no momento em que o exercício de recolha de dados finais ocorrer. O período entre a gravidez e os 24 meses é o período crucial em que o projecto se concentra para reduzir a prevalência da desnutrição crónica.

Total	98	784	100%	100%
--------------	-----------	------------	-------------	-------------

1.3.4 Instrumentos do Inquérito

47. O questionário para os agregados familiares (Anexo 4) é composto por quatro partes principais: (1) informações sobre o agregado familiar, incluindo medidas de perdas pós-colheita e a situação em termos de segurança alimentar; (2) o Índice de Empoderamento das Mulheres na Agricultura (WEAI) e várias perguntas complementares; (3) informações sobre a amostra de mulher gestante/mãe de filho menor de 2 anos; e (4) informações sobre a criança menor de 2 anos da amostra. Os dados recolhidos das crianças incluíram informações sobre práticas alimentares e medições antropométricas (altura, peso e perímetro braquial [PB]). Se houvesse crianças de 3 a 5 anos de idade na casa, também se recolhiam os dados antropométricos. Dado o contexto cultural, se estivesse presente, o principal membro masculino do agregado familiar foi autorizado a participar na primeira parte do inquérito. No entanto, a mulher cuidadora seria em seguida entrevistada privadamente para o módulo WEAI.

48. As medições antropométricas foram realizadas pelo supervisor com o apoio de um dos entrevistadores da equipa, em estreita colaboração com o cuidador para garantir que a criança estivesse o mais confortável possível. As medições foram realizadas de acordo com as recomendações do Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde.

49. Os dados obtidos pelas entrevistas e as medições antropométricas foram registados em tabletes criptografados e protegidos por senha. Todos os tabletes tinham um cartão SIM, e os formulários preenchidos - desenvolvidos usando a Ferramenta de Dados Abertos (ODK) - foram carregados a servidor de Internet seguro e protegido por senha, operado pelo ICRAF (SurveyCTO) todas as noites. Após a submissão dos formulários, os dados recolhidos deixavam de estar acessíveis aos entrevistadores.

1.3.5 Processo da Recolha de Dados

50. O processo de recolha de dados foi realizado pela ELIM simultaneamente nas localidades de Mulima-sede, Catulene, Chemba-sede e Goe durante um período de quatro semanas (15 de Fevereiro a 15 de Março de 2020). A equipa do inquérito era composta por quatro subequipas de cinco entrevistadores, cada uma apoiada por um supervisor. A cada subequipa foi atribuída uma comunidade específica, com base nas listas de amostragem. Após a localização do agregado familiar seleccionado, os entrevistadores primeiro tiveram que verificar se o agregado cumpria os critérios de inclusão do inquérito. Ao perceber que muitas mulheres continuam a amamentar depois de os filhos ultrapassarem a idade de um ano, estes critérios foram modificados, de modo a que, cada agregado familiar fosse constituído por: 1. Uma criança menor de 2 anos; e 2) uma mulher grávida ou criança menor de 1 ano. Esta decisão foi tomada um pouco antes da recolha de dados e após a distribuição das primeiras folhas de amostragem dos agregados familiares. Isto criou desafios no campo, devido a um mal-entendido inicial sobre os critérios de inclusão revistos (veja abaixo), bem como a necessidade de seleccionar mais agregados familiares de reserva do que os cinco referidos nas folhas de amostra iniciais.

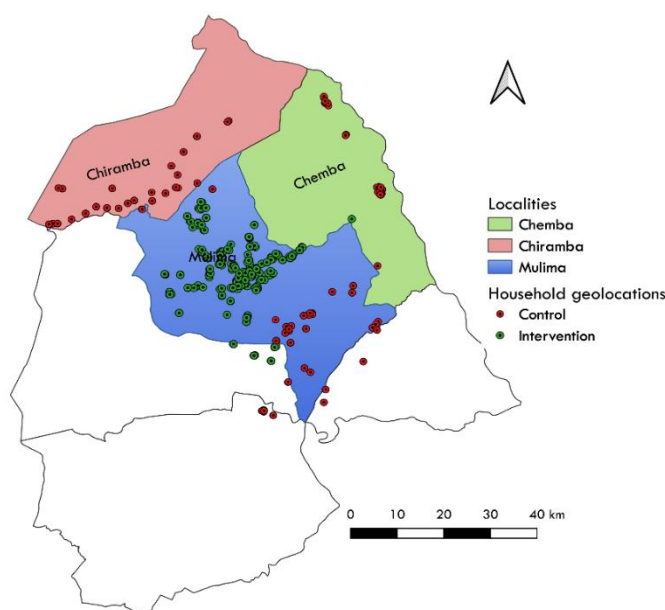


Figura 4: Localizações dos agregados familiares inquiridos

51. Assim que os critérios de inclusão fossem verificados, o entrevistador explicava os objectivos do inquérito, lia a cláusula de confidencialidade na introdução e solicitava o consentimento informado do principal respondente.

1.3.5 Ética

52. Foram implementados protocolos éticos durante a recolha de dados, e os entrevistadores receberam treinamento nos mesmos antes de iniciar o inquérito. Os padrões garantiram que a participação fosse voluntária e informaram a todos os participantes sobre as implicações de participar no exercício de recolha de dados (consentimento informado). A análise dos dados foi feita de forma anónima, os dados foram tornados anónimos e os geocódigos dos agregados familiares foram removidos. Isto fez-se para garantir que determinadas respostas ou resultados específicos não pudessem ser rastreadas até aos agregados familiares ou entrevistados específicos. Também foi estabelecido um sistema de referência para os casos em que o próprio processo de recolha de dados suscitou reacções negativas por parte dos entrevistados, ou quando foram identificados casos de desnutrição ou de violência doméstica (Ver o Relatório Inicial para obter mais detalhes.). Uma abordagem semelhante será usada durante a recolha de dados finais e para as entrevistas qualitativas que ocorrerão nessa altura.

1.3.6 Garantia de Qualidade (validade e confiabilidade dos dados)

53. A qualidade dos dados enviados ao servidor SurveyCTO foi posteriormente verificada e monitorizada pelo ICRAF através de fluxos de trabalho automatizados, incluindo:

- **A programação do instrumento de inquérito** com padrões lógicos de omissão, restrições e a configuração de limites de velocidade específicos do módulo. Isto ajudou a mitigar erros óbvios cometidos durante a recolha de dados.
- **Verificações diárias automatizadas.** Estas realizaram-se na plataforma de Monitorização e Visualização do SurveyCTO, que identifica automaticamente valores discrepantes, formulários com valores significativos em falta, etc. Além disso, verifica a consistência das respostas em todo o instrumento de inquérito e o intervalo no qual as respostas se enquadram.
- **Verificações de intervalo.** Além das verificações nocturnas realizadas no SurveyCTO, realizaram-se verificações de qualidade mais substantivas, usando fluxos de trabalho automatizados internos implementados no software R.

54. Além disso, os dados recolhidos através dos dois módulos de inquérito foram cuidadosamente verificados e limpos. Isso incluiu a identificação de inconsistências nos dados associados a questões específicas, valores ausentes e duplas entradas. O controlo de qualidade dos dados antropométricos foi avaliado diariamente pelo PMA através do *Software SMART Emergency Nutrition Assessment* (ENA), com recurso a testes de plausibilidade. Estes testes estatísticos específicos verificaram se as medições estavam dentro dos intervalos aceitáveis e conforme os padrões da OMS.

55. Durante os primeiros dias do inquérito, a equipa de inquérito ainda não tinha percebido completamente a importância de aderir aos critérios de inclusão supramencionados e àqueles recentemente modificados. Tal como é apresentado na Tabela 2, os dados foram recolhidos a partir de um grande número de agregados familiares, que não satisfaziam estes critérios. Estes agregados familiares tiveram que ser substituídos ou os dados a eles referentes descartados. Além disso, os dados fora dos intervalos-padrão da OMS sobre peso para idade e peso para altura foram excluídos da análise. Isto reduziu o número de povoados no grupo de intervenção de 49 para 47 e reduziu o número total de 392 agregados familiares amostrados para cada grupo, para 314 para o grupo de intervenção e 326 para o grupo de controlo (Tabela 2). Isto também fez variar o número de agregados familiares por povoado, conforme apresentado no Anexo 6.

Tabela 2: Tamanhos das Amostras Obtidas e Finais Aceites

	Localidades	# de povoados de inquérito previstos	# de povoados finais cobertos	Agregados familiares inquiridos ³⁵	AFs que satisfazem os critérios de inclusão	Crianças menores de 2 anos medidas	Crianças menores de 2 anos aceites	# final dos AFs aceites
Grupos de intervenção	Mulima-sede	49	47	526	327	569	330	314
Grupos de controlo	Catulene, Chemba-sede, e Goe	49	49	422	333	503	363	326
Total		98	96	948	660	1072	693	640

1.3.6 Limitações

56. **Falha no cumprimento dos tamanhos de amostra pretendidos, com tamanhos de amostra variados nos povoados.** Isto é explicado acima. O seu principal impacto é no poder estatístico, ou seja, na capacidade da avaliação de impacto identificar diferenças estatisticamente significativas entre as populações de intervenção e de controlo. Isto será

³⁵ 17 agregados familiares não capazes de corresponder aos dados antropométricos, e 8 duplicações não foram incluídos.

agravado no final se um número significativo de agregados familiares, mulheres entrevistadas e/ou crianças forem perdidas no acompanhamento. Os tamanhos variáveis de amostra entre as povoados são uma preocupação, mas foram mitigados pela aplicação de pesos amostrais.

57. **Intervenção antes da recolha de dados de base.** A componente de distribuição de comida do FFA do GTNS foi implementado antes da recolha de dados. Como tal, os dados recolhidos não podem ser tratados como se fossem dados de base puros. Existem vários indicadores (apresentados abaixo) que foram provavelmente afectados por esta intervenção, por exemplo: a pontuação do consumo alimentar e a proporção das despesas com alimentos. Outros indicadores, tal como algumas das medidas antropométricas mais sensíveis e até mesmo o WEAI, também podem ter sido influenciados de forma positiva. A implicação: muitas das estimativas de impacto do projecto que serão geradas na avaliação final, particularmente as relacionadas com indicadores relevantes e em rápida evolução, provavelmente foram diluídas consideravelmente, afectando assim a capacidade de a avaliação de impacto estimar os impactos totais do GTNS.

58. **Deficiências na recolha de dados de indicadores.** O instrumento de inquérito dos agregados familiares era consideravelmente grande e ao longo da sua elaboração e do processo piloto e de revista, foram feitos esforços para o reduzir. Por exemplo, visto que deviam ser recolhidos dados sobre a diversidade da dieta do agregado familiar para permitir o cálculo da Pontuação da Diversidade da dieta do Agregados Familiar (HDDS), decidiu-se não incluir o módulo de inquérito da Diversidade da dieta Mínima para Mulheres (MDD-W). Por esta mesma razão, questões que se concentraram na recolha de dados sobre outros indicadores também foram simplificadas. Além disso, vários indicadores apresentados no Anexo 1 foram considerados inadequados para a recolha de dados de base, por exemplo., porque dependem do facto de terem sido implementadas as actividades do projecto. As notas de rodapé no Anexo 1 descrevem estes desvios e a justificação associada.

59. Também houve uma lacuna sobre como os dados foram recolhidos para o indicador de proporção das despesas com alimentos. Idealmente, os entrevistados deviam ser questionados sobre se os seus agregados familiares consumiram os itens alimentares em questão sem os comprar, por exemplo., oriundos da própria produção do agregado familiar ou recebidos como oferta ou em espécie. No entanto, apenas foram recolhidos dados sobre itens alimentares que foram comprados directamente em dinheiro ou a crédito. Assim, se um agregado familiar dependesse significativamente de reservas alimentares ou recebesse assistência alimentar, a sua quota de despesas com alimentos podia ser baixa ou mesmo nula, apesar de ter baixos níveis de despesas não alimentares. Para resolver esta lacuna, oferecemos uma análise complementar comparando os agregados familiares de intervenção e de controlo no que diz respeito a tais despesas não alimentares. O raciocínio é semelhante ao que sustenta o indicador da proporção das despesas com alimentos: os agregados familiares mais pobres tendem a gastar uma proporção maior do seu rendimento em itens alimentares em vez de itens não alimentares, simplesmente porque os seus níveis gerais de rendimento são baixos. Consequentemente, comparar os agregados familiares quanto às suas despesas não alimentares é um complemento viável para o indicador de proporção das despesas com alimentos.

2.0 Conclusões da Avaliação (Inquérito de Base)

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

2.1 Exposição ao programa

2.1.1 *Proporção dos agregados familiares que recebem assistência alimentar*

60. Dado que a avaliação está preocupada com o efeito da nutrição directa e a criação de activos nos níveis familiar e comunitário, é fundamental avaliar o tipo e a extensão da participação em programas sociais, tanto o que está sendo avaliado como outros. Apesar de não se prever que, por definição, os agregados familiares do grupo de controlo participem nas intervenções do GTNS, é importante verificar isto e avaliar se eles estão expostos a outros programas semelhantes implementados pelo governo ou outras organizações, particularmente aqueles que podem influenciar a segurança alimentar e os resultados nutricionais.

61. Durante o inquérito de base, os agregados familiares responderam a perguntas específicas relacionadas com a sua exposição a programas liderados pelo governo, organizações de base comunitária (CBOs) e organizações não governamentais (ONGs). Tal como indicado pela Tabela 3, uma percentagem muito elevada dos agregados familiares nos povoados de intervenção relatou ter beneficiado de ajuda externa (87%), contra apenas 3% dos agregados familiares nos povoados de controlo. Além disso, dos agregados familiares que relataram tal beneficiação, 93% relataram ter recebido assistência alimentar distribuída pelo PMA. Ou seja, 78% dos agregados familiares nos povoados de intervenção relataram já terem beneficiado da componente FFA do GTNS, comparado com menos de 1% dos agregados familiares nos povoados de controlo. Do ponto de vista da concepção da avaliação de impacto, isto tanto é bom como mau. É bom porque 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 nos componentes do GTNS.³⁶ No entanto, é mau porque, provavelmente, irá 'diluir' as estimativas de impacto do GTNS, conforme explicado na subsecção de limitações acima.

Tabela 3: Proporções dos Agregados Familiares que Beneficiam da Assistência Externa

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
AFs que beneficiam da qualquer forma de assistência	0.034 (0.181)	0.873 (0.333)	0.839*** (0.029)
Observações	326	314	640
Se sim, que tipos de benefícios foram acedidos?			
Comida pelo Trabalho	0.328 (0.498)	0.036 (0.187)	-0.292 (0.178)
Assistência alimentar do PMA	0.193 (0.418)	0.930 (0.256)	0.737*** (0.102)
Assistência alimentar (sociedade civil/ONG/Gov)	0.000 (0.000)	0.051 (0.220)	0.051** (0.022)
Outras fontes	0.479 (0.530)	0.015 (0.123)	-0.464* (0.255)
Observações	9	263	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; Erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo.

2.2 Indicadores de segurança alimentar dos agregados familiares

62. A quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos no seio de um agregado familiar são uma determinante importante da segurança alimentar e do estado nutricional do agregado familiar. Nesta secção, exploramos as informações alimentares de base, a adequação do consumo dos principais alimentos macro e micronutrientes, as despesas com alimentos do agregado familiar, as estratégias de subsistência e a segurança alimentar geral. Isto permite obter mais conhecimentos sobre o estado de segurança alimentar e nutricional de base, tanto dos agregados familiares de intervenção como dos de controlo. Contamos com as directrizes do PMA, especificamente as do Módulo de Abordagem Consolidada para Relatórios de Indicadores de Segurança Alimentar (CARI),³⁷ para avaliar e apresentar indicadores-padrão relacionados com a segurança alimentar. Desagregar os dados por sexo do chefe do agregado familiar teria sido importante para avaliar a diferença entre agregados familiares chefiados por homens e mulheres. No entanto, a subamostra chefiada por mulheres é de apenas 36 (22 entre os agregados familiares de intervenção e 14 entre os de controlo), o que não é suficientemente grande para permitir uma análise estatística.

63. Nesta avaliação, o consumo alimentar é de particular interesse porque aparece como um caminho através do qual se espera que a criação de activos, o treinamento em matéria de gestão de perdas pós-colheita e o apoio nutricional directo sejam susceptíveis de afectar os agregados familiares e a nutrição individual, e os resultados da segurança alimentar. Por exemplo, a intervenção na criação de activos na comunidade e nos agregados familiares pode aumentar o rendimento familiar e a produção de alimentos nutritivos, permitindo aos agregados familiares consumir uma dieta mais diversificada e nutritiva. A componente de FFA do programa 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 prazo. 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 em matéria de perdas pós-colheita também devem aumentar a disponibilidade, a diversidade e o consumo de alimentos nutritivos. Portanto, para efeitos da avaliação é útil aprender a partir dos dados de base o quão diversas e adequadas as dietas eram nos agregados familiares de intervenção e de controlo.

³⁶ As estimativas do efeito ITT geradas serão semelhantes ao Efeito Médio do Tratamento (ATE), ou seja, o efeito do GTNS nesses agregados familiares, mulheres e crianças que participaram no seu componente de FFA.

³⁷ WFP. (2015). Consolidated Approach to Reporting Indicators of Food Security (CARI). https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp271449.pdf?_ga=2.181892007.1834170838.1593242821-248164796.1592995842

2.2.1 Pontuação da Diversidade da dieta dos Agregados Familiares (HDDS)

64. A obtenção de dados detalhados sobre a ingestão alimentar individual pode ser demorada e dispendiosa. O instrumento de inquérito de base era consideravelmente largo. Assim, ao longo da sua elaboração e do processo piloto e de revisão, foram feitos esforços para o reduzir. Neste contexto, decidiu-se usar o Pontuação da Diversidade da dieta do Agregado Familiar (HDDS), em vez de o Diversidade da dieta Mínima para Mulheres (MDD-W), para recolher dados de diversidade da dieta.

Tabela 4: Proporções dos agregados familiares que consumiram alimentos de grupos específicos ao longo dos últimos 7 dias anteriores ao inquérito

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1) (SE)
Consumo de cereais e tubérculos	0.979 (0.145)	0.995 (0.071)	0.016* (0.009)
Consumo de leguminosas	0.284 (0.452)	0.902 (0.298)	0.617*** (0.048)
Consumo de vegetais ricos em vitamina A	0.094 (0.293)	0.103 (0.304)	0.009 (0.030)
Consumo de hortaliças de folha verde	0.333 (0.472)	0.273 (0.446)	-0.060 (0.055)
Consumo de outros vegetais	0.366 (0.482)	0.324 (0.469)	-0.042 (0.060)
Consumo de frutas ricas em vitamina A	0.000 (0.000)	0.026 (0.159)	0.026 (0.016)
Consumo de outras frutas	0.064 (0.244)	0.117 (0.322)	0.054* (0.028)
Consumo de carne	0.207 (0.406)	0.540 (0.499)	0.333*** (0.052)
Consumo de ovos	0.120 (0.326)	0.521 (0.500)	0.401*** (0.047)
Consumo de peixe	0.028 (0.165)	0.052 (0.222)	0.024 (0.028)
Consumo de leite e laticínios	0.013 (0.113)	0.021 (0.142)	0.008 (0.011)
Consumo de óleos e gorduras	0.539 (0.499)	0.899 (0.302)	0.359*** (0.044)
Consumo de doces	0.138 (0.346)	0.173 (0.379)	0.034 (0.042)
HDDS (dos 13)	3.166 (2.464)	4.945 (2.193)	1.779*** (0.294)
Observações	326	314	640

* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$; Erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo.

65. O HDDS é um indicador da capacidade económica do agregado familiar em ter acesso a uma variedade de alimentos.³⁸ A sua administração envolveu recolher dados sobre o consumo doméstico de 16 itens alimentares ao longo dos últimos 7 dias antes do inquérito e, em seguida, agrupamento desses itens nas seguintes categorias:

- **Cereais e tubérculos:** por exemplo: cereais, grãos, raízes e tubérculos, arroz, massas, pão, mapira, milho, mexoeira, batata, batata doce, mandioca.
- **Vegetais ricos em vitamina A:** por exemplo: cenoura, pimento vermelho, abóbora, batata doce polpa alaranjada, etc.
- **Hortaliças de folha verde:** por exemplo: espinafres, brócolos, amaranto e/ou outras folhas verdes escuras, folhas de mandioca, etc.

38 Hoddinott, J. & Yohannes, Y. 2002. Diversidade dietética como indicador de segurança alimentar. FANTA 2002, Washington DC. (disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6289355.pdf>)

- **Outros vegetais:** por exemplo: espinafres, cebola, tomate, cenoura, pimento, feijão verde, alface, etc.
- **Frutas ricas em vitamina A:** por exemplo: manga, papaia, damasco, pêssego, etc.
- **Outras frutas:** por exemplo: banana, maçã, limão, etc.
- **Carne:** carne, miúdezas etc.
- **Leguminosas:** por exemplo: feijão, feijão-nhemba, amendoim, lentilha, noz, soja, feijão bóer e/ou outras nozes, etc.
- **Leite e laticínios:** por exemplo: leite fresco, leiteiro, iogurte, queijo, outros produtos lácteos.
- **Peixe:** por exemplo: peixes, incluindo atum enlatado, caracóis e/ou outros frutos do mar, etc.
- **Ovos:** ovos de várias aves.
- **Óleos e gorduras:** por exemplo: óleo vegetal, óleo de palma, manteiga, margarina, outras gorduras/óleos alimentares.
- **Doces:** por exemplo: açúcar, mel, compota, bolos, doces, biscoitos, tortas, bolos e bebidas açucaradas

66. A Tabela 4 mostra os resultados, ou seja, as proporções dos agregados familiares que relataram consumir os diversos itens alimentares ao longo dos sete dias anteriores ao inquérito. Há algumas observações dignas de nota. Primeiro, o número médio dos itens das 13 categorias de alimentos dos agregados familiares de intervenção é consideravelmente maior - quase cinco itens - do que os pouco menos de 3,2 itens dos agregados familiares de controlo. Em segundo lugar, quase todos os agregados familiares (100% e 98% nos povoados de intervenção e controlo, respectivamente) relataram 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. Terceiro, 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. Isto 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, como dados de base puros não foram recolhidos (pelas razões acima explicadas), é difícil saber com absoluta certeza.

2.2.2 Pontuação do consumo alimentar

67. A pontuação do consumo alimentar (FCS) é um substituto para o acesso dos agregados familiares aos alimentos, e é usada para classificar os agregados familiares em diferentes grupos com base na adequação dos alimentos consumidos durante a semana anterior ao inquérito. Aqui considera-se a frequência do consumo, ao longo dos últimos 7 dias, de cada um dos 16 itens acima mencionados. O indicador FCS concentra-se em três dimensões do consumo alimentar: a diversidade da dieta, 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 maiores (ou menores) são atribuídos aos melhores (ou piores) grupos de alimentos em termos da sua densidade calórica e do conteúdo de macro e micronutrientes.

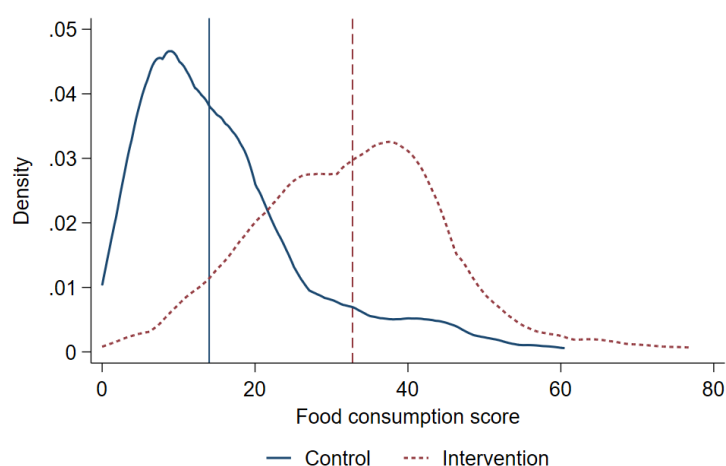


Figura 5: Distribuições da FCS nos povoados de intervenção e de controlo

Nota: As linhas verticais indicam os valores médios para os grupos de intervenção e de controlo

68. A soma ponderada da frequência do consumo pelos agregados familiares é uma variável contínua com uma escala possível de 0 a 112. Seguindo as directrizes de CARI, as pontuações de consumo alimentar foram agrupadas em três grupos de consumo alimentar, desde Consumo Pobre (<21) e Consumo Limítrofe (entre 21 e 35) a Consumo Aceitável (≥ 35).

69. A Figura 5 apresenta a distribuição da FCS de base calculada com a linha vertical, que mostra os valores medianos para os agregados familiares de intervenção e de controlo. De um modo geral, os agregados familiares nos povoados de intervenção estão claramente em melhor situação do que os dos povoados de controlo, com valores medianos de 32,75 e 14, respectivamente. Conforme referido anteriormente, o facto de, a maior parte dos agregados familiares de intervenção ter beneficiado da componente FFA do GTNS antes da recolha de dados, é provavelmente uma razão determinante para as diferenças nas duas distribuições.

70. O gráfico de barras da Figura 6 ilustra as proporções obtidas dos agregados familiares nos três grupos de consumo de alimentos. 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. Como se verifica, 76% dos agregados familiares nos povoados de controlo enquadram-se na categoria de consumo pobre, enquanto isso representa apenas 18% dos agregados familiares que residem nos povoados de intervenção.

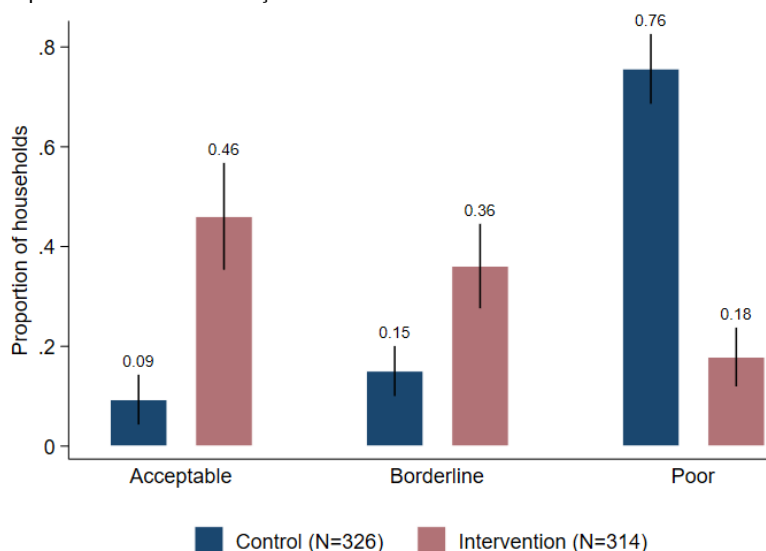


Figura 6: Adequação do consumo alimentar por grupos de categoria

71. A Tabela 5 apresenta as diferenças medianas nas proporções dos agregados familiares de intervenção e de controlo, abrangidas por cada um dos três grupos de consumo alimentar. Os resultados mostram claramente que, as diferenças aparentes entre os dois grupos de agregados familiares são altamente significativas do ponto de vista estatístico. A proporção dos agregados familiares de intervenção que se enquadram nos grupos de consumo limítrofe e de consumo aceitável são 21% e 37% superiores, respectivamente. Isto é consistente com os resultados associados à pontuação contínua da FCS.

Tabela 5: Proporções dos agregados familiares que pertencem às três categorias de consumo alimentar

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	diff (2-1)
Aceitável	0.093 (0.291)	0.460 (0.499)	0.367*** (0.060)
Limítrofe/Intermédio	0.150 (0.358)	0.361 (0.481)	0.210*** (0.050)
Pobre	0.756 (0.430)	0.179 (0.384)	-0.578*** (0.046)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e controlo.

2.2.3 Pontuação do consumo alimentar – Nutrição

72. A Pontuação do Consumo Alimentar–Nutrição (FCS-N) é outro indicador de segurança alimentar para os agregados familiares. Concentra-se na adequação nutricional da dieta do agregado familiar. Usa os mesmos dados associados à FCS e fornece um nível adicional de informação sobre o valor nutricional dos alimentos consumidos pelo agregado familiar durante a semana anterior ao inquérito de base.

73. Com base no módulo do PMA, a frequência do 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 cor-de-

laranja. Os alimentos ricos em proteínas que incluem leguminosas, laticínios, carnes, miudezas/vísceras, peixe e ovos. Finalmente, os alimentos ricos em ferro-heme que incluem carne, miudezas/vísceras e peixe.

74. A Figura 7 apresenta gráficos para as pontuações de FCS-N resultantes entre os agregados familiares de intervenção e de controlo. Os resultados tornam óbvio que os agregados familiares nos povoados de intervenção estão em melhor situação quanto ao consumo de alimentos ricos em vitamina A e, em maior medida, alimentos ricos em proteínas. Contudo, muito poucos agregados familiares nos dois conjuntos de povoados consumiram alimentos ricos em ferro durante a semana anterior ao inquérito.

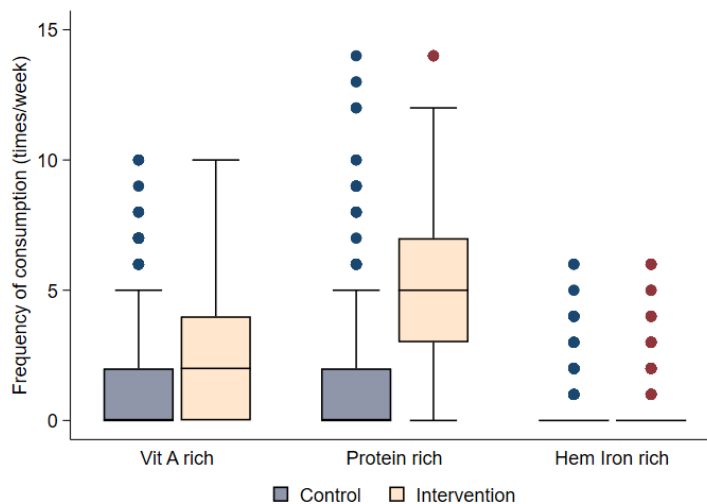


Figura 7: Frequência de consumo dos grupos de alimentos ricos em nutrientes durante a semana anterior

75. Seguindo o módulo CARI do PMA, os agregados familiares foram categorizados em três categorias de frequência de consumo para cada um dos três grupos de alimentos ricos em nutrientes. Assim, zero vezes de consumo nos últimos 7 dias (Nunca), 1 a 6 vezes nos últimos 7 dias (às vezes) e todos os dias (pelo menos diariamente).

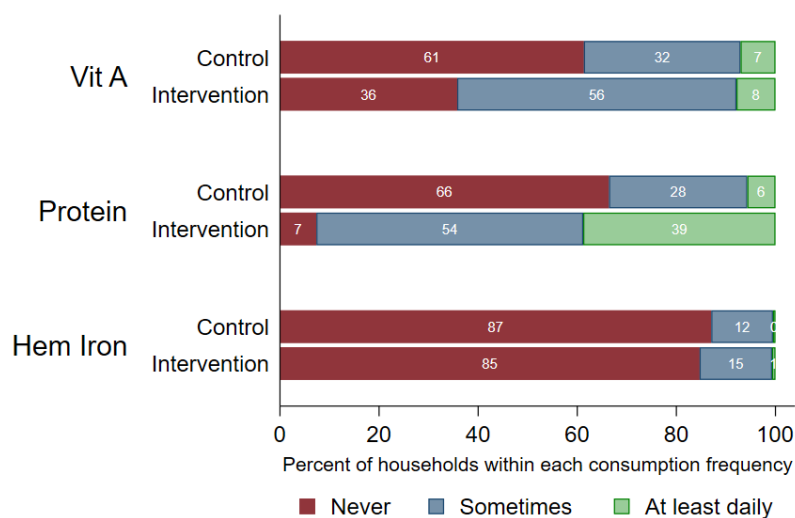


Figura 8: Percentagens dos agregados familiares pelos três grupos de frequência de consumo.

Nota: Nunca = zero consumo; Às vezes = 1 a 6 vezes por semana; Pelo menos diariamente = 7 ou mais vezes por semana.

76. A Figura 8 apresenta as percentagens dos agregados familiares nas três categorias de frequência de consumo de alimentos ricos em nutrientes. O padrão é semelhante aos gráficos da Figura 7. No entanto, se bem que os agregados familiares nos povoados de intervenção estão em melhor situação em relação ao consumo de vitamina A e proteína, o gráfico ilustra que ainda há espaço considerável para melhorias, como é o caso dos agregados familiares nos dois lados (intervenção e controlo) quanto aos alimentos ricos em ferro.

A Tabela 6 apresenta as diferenças medianas nas frequências de consumo entre agregados familiares de intervenção e de controlo nos três grupos de alimentos ricos em nutrientes. Mais uma vez, vemos que as diferenças entre as categorias de agregados familiares observadas acima para os grupos de vitamina A e proteínas são estatisticamente muito significativas. No entanto, as diferenças médias no caso dos alimentos ricos em ferro não são estatisticamente significativas. Este padrão sugere, mais uma vez, que a assistência alimentar distribuída antes do inquérito de base é provavelmente um dos impulsionadores das diferenças observadas entre os agregados familiares de intervenção e de controlo.

Tabela 6: Comparação das proporções dos agregados familiares em cada grupo de consumo de alimentos ricos em nutrientes

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Alimentos ricos em Vitamina A			
Nunca	0.613 (0.488)	0.358 (0.480)	-0.256*** (0.056)
Às vezes	0.316 (0.466)	0.564 (0.497)	0.247*** (0.053)
Pelo menos uma vez por dia	0.070 (0.256)	0.079 (0.270)	0.008 (0.029)
Observações	326	314	640
Alimentos ricos em proteínas			
Nunca	0.664 (0.473)	0.073 (0.261)	-0.591*** (0.045)
Às vezes	0.279 (0.449)	0.539 (0.499)	0.260*** (0.059)
Pelo menos uma vez por dia	0.057 (0.232)	0.388 (0.488)	0.331*** (0.048)
Observações	326	314	640
Alimentos ricos em ferro-heme			
Nunca	0.871 (0.336)	0.847 (0.361)	-0.024 (0.045)
Às vezes	0.125 (0.331)	0.146 (0.354)	0.022 (0.044)
Pelo menos uma vez por dia	0.005 (0.070)	0.007 (0.083)	0.002 (0.006)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e controlo

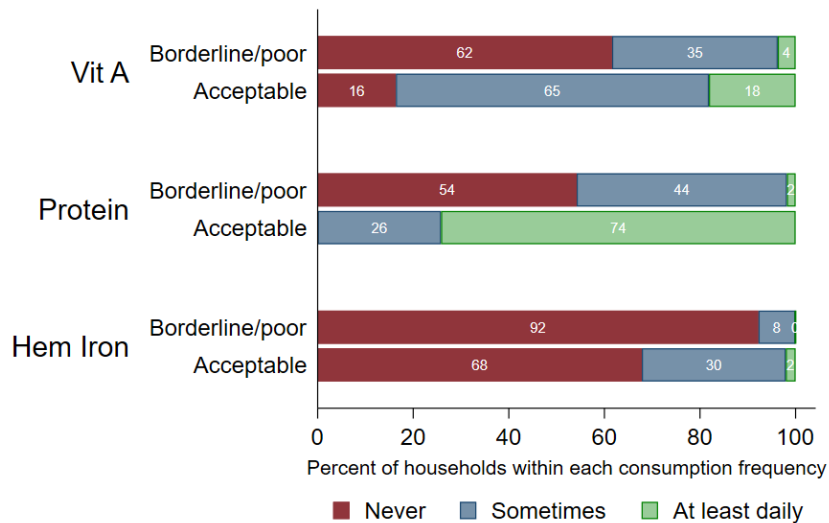


Figura 9: Percentagem dos agregados familiares no seio das três categorias de frequência de consumo de alimentos ricos em nutrientes

2.2.4 A proporção das despesas com os Alimentos

77. A proporção das despesas alimentares é um indicador da vulnerabilidade de um agregado familiar; agregados familiares 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 (por exemplo: pasta dentífrica, transporte e produtos para o cabelo) comprados regularmente. Também foram questionados sobre os itens não alimentares comprados de forma irregular (por exemplo, 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.

78. Em estudos desta natureza, é prática habitual estimar o valor em dinheiro dos alimentos produzidos pelo agregado familiar ou fornecidos na forma de prendas/ofertas ou ajuda alimentar, além dos que foram adquiridos. No entanto, isto não foi feito durante a recolha de dados de base. Consequentemente, os agregados familiares que podem ter consumido muitos alimentos oriundos da sua própria produção ou da assistência alimentar do PMA podem ser classificados erroneamente como agregados familiares com segurança alimentar, ou não vulneráveis. De facto, a maioria dos agregados familiares (80%) com uma proporção de despesa alimentar igual a zero provém dos povoados de intervenção. Isto pode ser esperado devido ao facto de que estes agregados familiares provavelmente consumiram os alimentos obtidos do PMA, que não foram avaliados e, portanto, excluídos do cálculo da proporção das despesas. Para resolver este problema, os resultados para o indicador de proporção das despesas com alimentos são complementados com a análise e a interpretação dos dados da despesa não alimentar.

79. A Figura 10 apresenta gráficos que revelam a distribuição da proporção das despesas com alimentos entre os agregados familiares de intervenção e de controlo. Na figura 10, é evidente que os agregados familiares com proporção zero na despesa, que principalmente se encontram no grupo de intervenção, têm distribuições distorcidas.

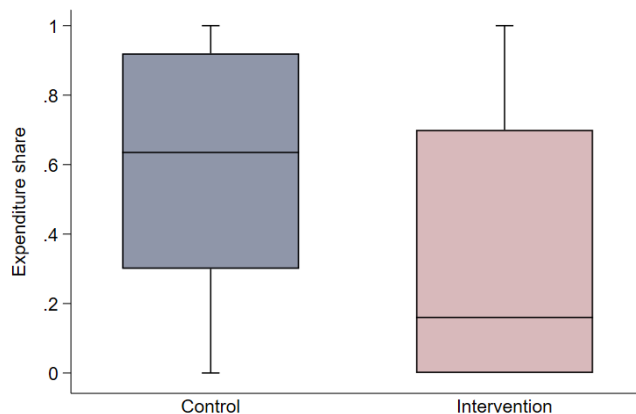


Figura 10: Proporção das despesas

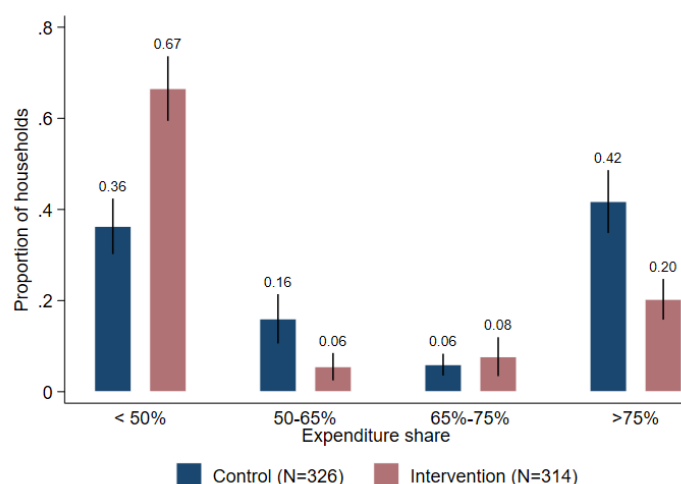


Figura 11: Percentagem dos agregados familiares por categoria da proporção de despesas com alimentos

80. De acordo com o módulo CARI do PMA, os agregados familiares foram categorizadas em quatro categorias da proporção das despesas: aqueles que gastam 75% ou mais; 65% a 74,9%; 50-64,9%; e menos de 50% do seu rendimento total em alimentos. Os resultados são apresentados na Figura 11. Tal como é o caso dos gráficos (Figura 10), a proporção das despesas com alimentos é consideravelmente maior no seio dos agregados familiares nos povoados de controlo.

81. As diferenças médias nas proporções dos agregados familiares que se enquadram em cada categoria da proporção das despesas com alimentos são apresentadas na Tabela 7. Esta mostra que as diferenças observadas nas Figuras 10 e 11 são altamente significativas do ponto de vista estatístico.

Tabela 7: Proporções dos agregados familiares por categoria de proporção das despesas

Proporção das despesas com alimentos	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	diff (2-1)
< 50%	0.363 (0.482)	0.665 (0.473)	0.302*** (0.047)
50-65%	0.160 (0.367)	0.055 (0.228)	-0.105*** (0.031)
65%-75%	0.059 (0.237)	0.077 (0.267)	0.017 (0.025)
>75%	0.417 (0.494)	0.203 (0.403)	-0.215*** (0.041)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e controlo

82. Conforme explicado acima, a razão fundamental pela qual a proporção de despesas com alimentos provavelmente é 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. Por isso complementamos a análise acima examinando as despesas não alimentares, calculadas numa base mensal per capita. A Figura 12 apresenta gráficos para os agregados familiares de intervenção e de controlo, enquanto a Tabela 9 compara os valores médios. Enquanto os gráficos revelam despesas não alimentares ligeiramente mais elevadas entre os agregados familiares de intervenção, a Tabela 9 revela que estas diferenças não são estatisticamente significativas. Isto mantém-se mesmo depois de os valores serem colocados numa escala logarítmica para mitigar a influência de valores extremos. Podemos concluir que, de um modo geral, as populações de intervenção e de controlo encontravam-se em níveis de pobreza de base semelhantes no início do GTNS.

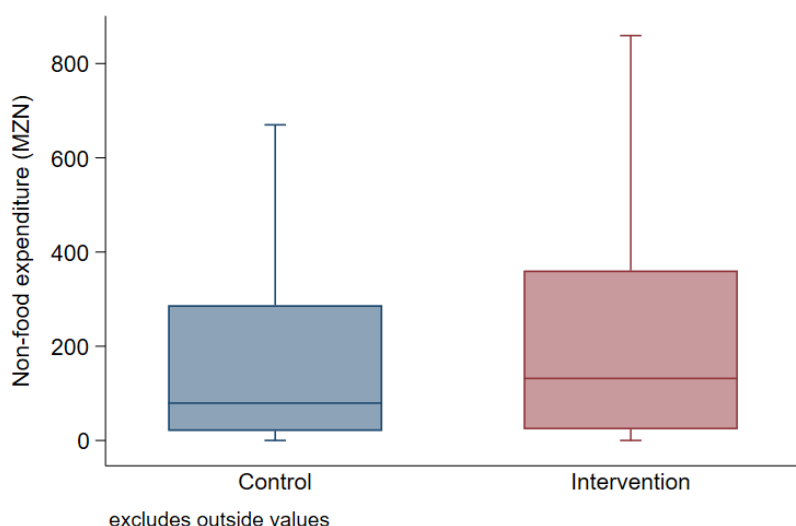


Figura 12: Despesas mensais per capita com itens não alimentares

Tabela 8: Comparação mediana das despesas com itens não alimentares per capita do agregado familiar

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Despesas com itens não alimentares mensais dos AFs (em MZN)	250.613 (373.456)	274.633 (368.514)	24.020 (36.730)
Despesas com itens não alimentares mensais dos AFs (em MZN) – escala logarítmica	4.757 (0.367)	5.007 (0.228)	0.251 (0.031)
Observações	326	314	640

* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e controlo

2.2.5 Estratégia de Subsistência

83. O indicador das Estratégias de Subsistência (LCS) foi estabelecido a partir de uma série de perguntas sobre a experiência do agregado familiar com tensões relacionadas com os meios de subsistência e o esgotamento de activos. Este indicador cobre o período de 30 dias anteriores ao inquérito de base. Seguindo o módulo CARI do PMA, as estratégias específicas de subsistência relatadas pelo agregado familiar foram categorizadas em três grupos alargados: estratégias de tensão, de crise e de emergência. O módulo contém, por definição, 10 indicadores fundamentais que podem ser substituídos por outros da lista principal, dependendo do contexto. O inquérito recolheu dados sobre todas as 17 estratégias de subsistência possíveis. Estes são apresentados por categoria na Tabela 9, que compara as diferenças entre os agregados familiares de intervenção e de controlo, para cada estratégia. O indicador LCS foi criado a partir de 10 estratégias principais que estão em itálico, e que podem ser adaptadas, dependendo do contexto. As estratégias em questão parecem ser as mais apropriadas para o contexto de Chemba e incluem quatro estratégias de tensão, três de estratégias de crise e três estratégias de emergência.

84. 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 recuperar, tal como a venda de terrenos.

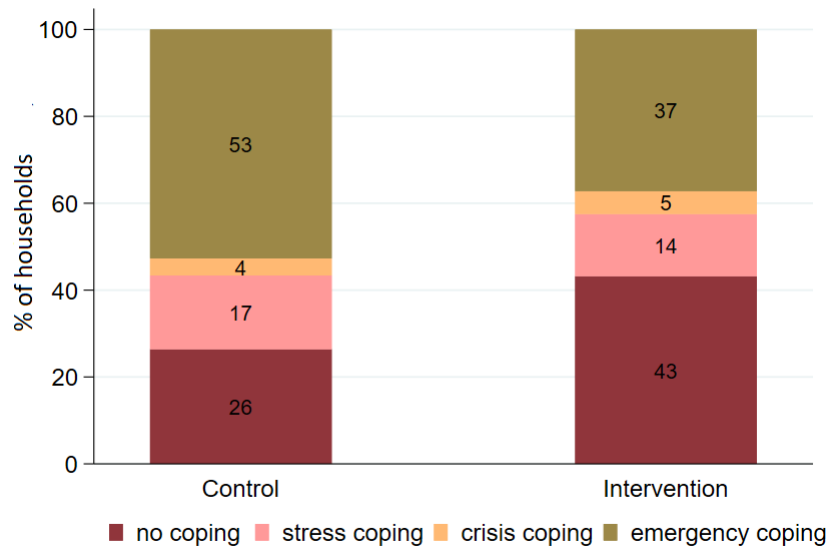


Figura 13: Agregados que adoptaram estratégias de subsistência, por categoria

85. A Figura 13 mostra as proporções dos agregados familiares de intervenção e de controlo nas quatro categorias de estratégias de resposta. O agregado familiar enquadra-se numa categoria específica dependendo da estratégia mais grave adoptada. Por exemplo, se o agregado familiar adoptou três estratégias de subsistência de tensão e uma estratégia de emergência, esse agregado enquadra-se automaticamente na última categoria, de emergência. A primeira observação fundamental da Figura 13 é que menos agregados familiares nos povoados de intervenção consideraram necessário seguir uma ou mais estratégias de resposta de qualquer tipo durante os 30 dias antes de serem entrevistados. Mais especificamente, 43% dos agregados familiares nos povoados de intervenção não o fizeram, contra 26% dos nos povoados de controlo. A Tabela 9 revela que esta diferença é altamente significativa em termos estatísticos. Elevadas proporções de agregados familiares, tanto nos povoados de controlo (53%) quanto nas de intervenção (37%), seguiram uma ou mais estratégias de emergência, indicando elevados níveis de vulnerabilidade. A Tabela 10 mostra que a diferença entre os dois grupos de agregados familiares é altamente significativa em termos estatísticos, enquanto a Tabela 9 revela que a estratégia de emergência mais comum em ambos os conjuntos de povoados foi mendigar.

Tabela 9: Diferença mediana na proporção dos AFs que adoptaram estratégias de subsistência

Estratégias de resposta adoptadas	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Estratégias de tensão			
<i>Vendeu bens domésticos</i>	0.110 (0.314)	0.110 (0.313)	-0.000 (0.037)
<i>Gastou poupanças</i>	0.282 (0.451)	0.188 (0.392)	-0.094** (0.043)
<i>Vendeu mais animais (não-productivos) do que normal</i>	0.149 (0.357)	0.216 (0.412)	0.066 (0.046)
<i>Pediu um empréstimo</i>	0.341 (0.475)	0.177 (0.382)	-0.164*** (0.045)
<i>Mandou um familiar comer noutra lugar</i>	0.185 (0.389)	0.219 (0.414)	0.034 (0.040)
<i>Comprou alimentos a crédito ou obteve alimentos emprestados</i>	0.313 (0.464)	0.108 (0.311)	-0.204*** (0.040)
<i>Mudou filhos para uma escola menos cara</i>	0.019 (0.137)	0.009 (0.094)	-0.010 (0.010)
Estratégias de crise			
<i>Vendeu um bem produtivo ou meio de transporte</i>	0.022 (0.148)	0.021 (0.144)	-0.001 (0.018)
<i>Tirou os filhos da escola</i>	0.000	0.000	0.000

	(0.000)	(0.000)	(0.000)
<i>Reduziu as despesas não alimentares essenciais</i>	0.080 (0.272)	0.067 (0.251)	-0.013 (0.029)
Colheu culturas ainda verdes	0.490 (0.501)	0.340 (0.474)	-0.150*** (0.051)
Consumiu estoques de sementes	0.482 -0.5	0.324 (0.469)	-0.158*** (0.054)
Reduziu as despesas com insumos agrícolas	0.031 (0.175)	0.057 (0.233)	0.026 (0.021)
Estratégias de emergência			
<i>Vendeu a casa ou terrenos</i>	0.019 (0.135)	0.006 (0.075)	-0.013 (0.009)
<i>la mendigar</i>	0.436 (0.497)	0.296 (0.457)	-0.140** (0.053)
<i>Envolveu-se em actividades ilegais para ganhar dinheiro</i>	0.008 (0.089)	0.004 (0.065)	-0.004 (0.006)
Vendeu as últimas fêmeas animais	0.136 (0.343)	0.079 (0.270)	-0.057** (0.027)
Grande parte ou todo o agregado familiar migrou	0.016 (0.126)	0.035 (0.183)	0.018 (0.017)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

Tabela 10: Diferença mediana na proporção dos agregados familiares que adoptaram várias estratégias de subsistência, e o Índice das Estratégias de Subsistência (LCSI) resultante

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Nenhuma estratégia adoptada	0.264 (0.441)	0.432 (0.496)	0.168*** (0.056)
Categoria de tensão	0.170 (0.376)	0.143 (0.351)	-0.026 (0.038)
Categoria de crise	0.039 (0.195)	0.053 (0.224)	0.013 (0.023)
Categoria de emergência	0.527 (0.500)	0.372 (0.484)	-0.155*** (0.050)
Total LCSI ponderado (10 estratégias fundamentais; a partir de 29 pontos)	4.660 (4.262)	3.705 (4.310)	-0.955** (0.475)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

86. Para complementar as quatro categorias de estratégias de resposta, o total do Índice das Estratégias de Subsistência ponderado (LCSI) foi calculado para os agregados familiares de intervenção e de controlo. Isto envolveu atribuir um peso de gravidade a cada uma das dez estratégias de subsistência fundamentais adoptadas pelos agregados familiares. Assim, cada estratégia de tensão recebeu um peso de gravidade 2, e pesos de 3 e 4 foram atribuídos às categorias de crise e de emergência, respectivamente. Os gráficos da Figura 14 mostram que o valor mediano do LCSI é significativamente maior para os agregados familiares nos povoados de controlo quando comparado com os povoados de intervenção. As diferenças medianas na Tabela 10 também são significativas do ponto de vista estatístico, e revelam que os agregados familiares nos povoados de controlo eram mais propensos a se envolver em estratégias de resposta mais severas no período de 30 dias antes da recolha de dados.

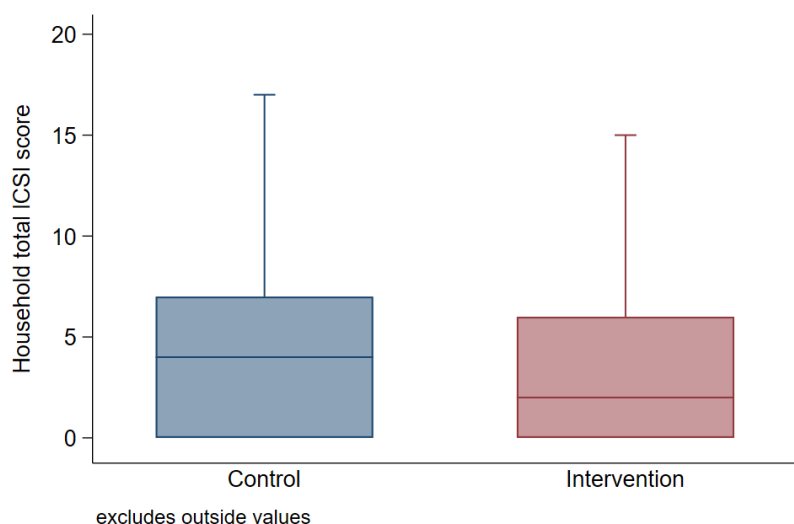


Figura 14: Índice das Estratégias de Subsistência ponderado (LCSI)

2.2.6 Índice das Estratégias de Subsistência reduzido (rCSI)

87. O rCSI restringe-se mais especificamente nas estratégias de subsistência relacionadas com os alimentos e, portanto, complementa o LCSI. Baseia-se numa lista universal de cinco estratégias e num conjunto comum de pesos de gravidade. Durante o inquérito, perguntou-se aos entrevistados dos agregados familiares quantas vezes durante os últimos sete dias teriam recorrido à cada uma das cinco estratégias, conforme se mostra na Tabela 11.

Tabela 11: Diferença mediana nas frequências das estratégias de subsistência baseadas no consumo de alimentos, e o Índice das Estratégias de Resposta de subsistência (rCSI) resultante em todo o grupo

Variável	Controlo (1)	Intervenção (2)	diff (2-1)
	Médio	Média	
Usar alimentos menos preferidos e menos caros (peso = 1)	2.813 (2.304)	1.642 (1.967)	-1.172*** (0.211)
Pedir alimentos emprestados e contar com ajuda de um parente ou amigo (peso = 2)	1.322 (1.534)	0.676 (1.074)	-0.646*** (0.116)
Diminuir o tamanho da porção das refeições na hora das refeições (peso = 1)	2.821 (2.253)	1.391 (1.616)	-1.429*** (0.169)
Restringir o consumo dos adultos para que as crianças pequenas possam comer (peso = 3)	2.198 (1.877)	1.097 (1.347)	-1.101*** (0.161)
Reduzir o número das refeições feitas num dia (peso = 1)	3.013 (2.225)	1.737 (2.035)	-1.277*** (0.207)
Pontuação total dos agregados familiares para o rCSI (de um máximo de 56 pontos)	17.885 (11.394)	9.414 (8.846)	-8.471*** (0.905)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

88. Os gráficos apresentados na Figura 15 mostram que os agregados familiares nos povoados de controlo eram mais susceptíveis a recorrerem a mais (e mais severas) estratégias de subsistência baseadas no consumo do que os agregados de intervenção. A Tabela 11 também revela que a diferença mediana no que diz respeito ao rCSI geral é estatisticamente significativa. No entanto, os agregados familiares nos povoados de controlo foram muito mais propensos a encontrar-se em insegurança alimentar, do que os nos povoados de intervenção.

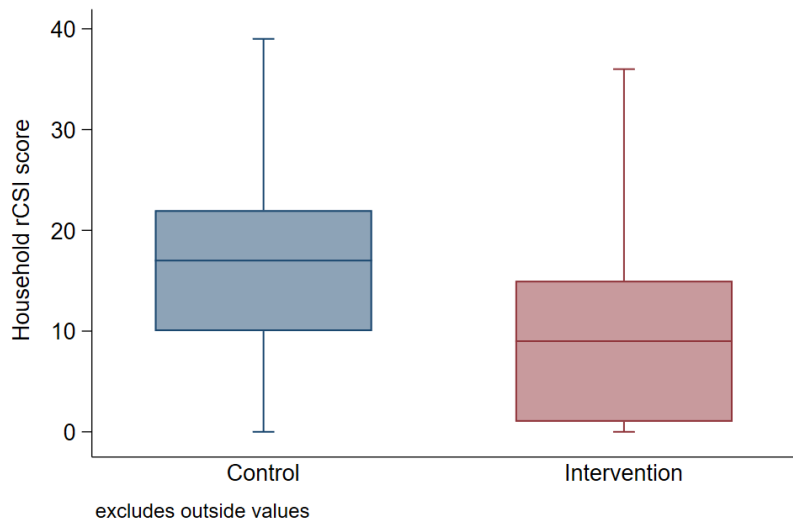


Figura 15: Índice das Estratégias de Resposta reduzido (rCSI)

2.2.7 Índice da Segurança Alimentar

89. O Índice de Segurança Alimentar (FSI) representa a situação geral de segurança alimentar do agregado familiar. Este índice é criado combinando indicadores de segurança alimentar em um indicador composto com base na abordagem CARI, do PMA. Trata-se de um indicador composto pela Pontuação do consumo alimentar (FCS) e da capacidade de resposta, representada pelo comportamento de resposta máximo e a proporção das despesas alimentares. Mais especificamente, e em primeiro lugar, o FSI de quatro pontos é calculado pela agregação das médias das estratégias de resposta referidas acima e as categorias de proporção das despesas. Em seguida, esse 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 limítrofe; 3) Insegurança alimentar moderada; e 4) Insegurança alimentar grave.

90. Os resultados de base para esta medida composta são apresentados como gráficos de sectores na Figura 16. As diferenças entre os agregados familiares de intervenção e de controlo são consideravelmente expressivas. Por exemplo, 32% dos agregados nos povoados de controlo foram classificados como tendo insegurança alimentar grave, comparado a apenas 8% nos povoados de intervenção. Por outro lado, 21% dos agregados familiares nos povoados de intervenção têm segurança alimentar face a apenas 2% nos povoados de controlo. Estas diferenças são consideravelmente significativas em termos estatísticos, conforme vê-se na Tabela 12.

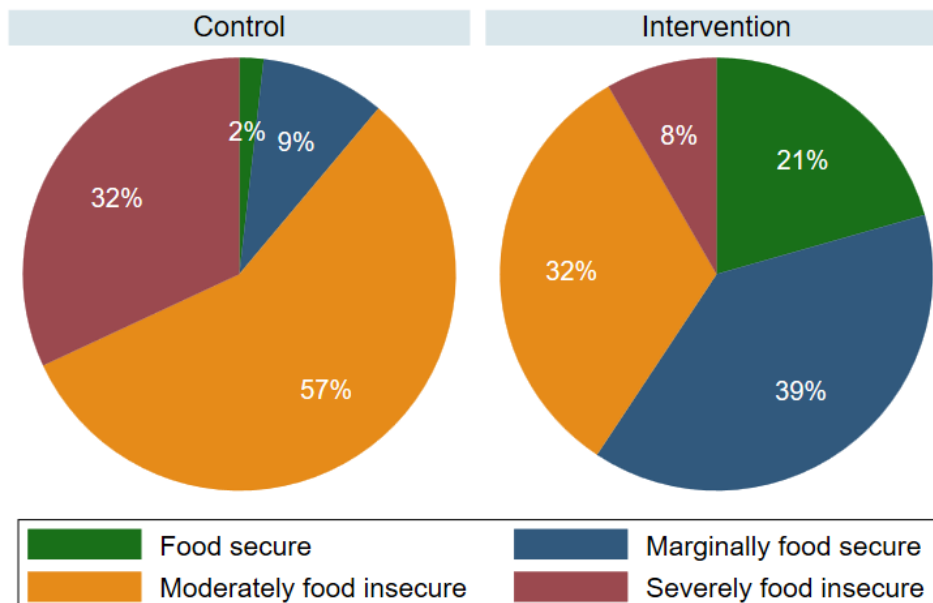


Figura 16: Segurança alimentar global dos agregados familiares nos grupos de intervenção e de controlo

Tabela 12: Diferença mediana nas proporções dos agregados familiares nos diferentes níveis do índice da segurança alimentar

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Segurança alimentar	0.018 (0.133)	0.206 (0.405)	0.188*** (0.032)
Segurança alimentar no limite	0.093 (0.291)	0.387 (0.488)	0.294*** (0.037)
Insegurança alimentar moderada	0.570 (0.496)	0.324 (0.469)	-0.246*** (0.044)
Insegurança alimentar grave	0.319 (0.467)	0.083 (0.276)	-0.236*** (0.040)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.3 Perdas Pós-colheita

91. De acordo com a FAO, as perdas pós-colheita (PHL) são perdas de safra que ocorrem desde o ponto de produção (colheita) até ao momento em que chega ao consumidor. A perda pode dever-se a factores na produção (machamba), tal como a colheita inadequada, ou a factores externos, tal como a falta de acesso a estradas ou a meios de transporte adequados.

92. O inquérito de base recolheu informações sobre a produção e o rendimento das colheitas dos agregados familiares e sobre a avaliação das perdas pós-colheita pelos entrevistados. Aos entrevistados dos agregados com actividade agrícola na época agrícola anterior, foi solicitado estimar as perdas pós-colheita devidas aos 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.

93. A colheita média por agregado familiar foi de 379 kg e 275 kg, respectivamente, para os agregados de intervenção e de controlo. A Tabela 13 mostra os resultados das PHL de base 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 corroboram a faixa das perdas pós-colheita nacionais, que se estimam em mais de 30%.³⁹ Aproximadamente, 55% dos agregados familiares no grupo de controlo e 59% dos do grupo de intervenção relataram perdas pós-colheita devido a factores na produção, enquanto cerca de 5% dos agregados em ambos os grupos relataram perdas devido a factores fora da produção.

Tabela 13: Proporções dos agregados familiares e respectivos factores de perdas dentro e fora da produção

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Factores de perdas pós-colheita			
Qualquer perda de culturas produzidas devido a factores na produção	0.545 (0.499)	0.591 (0.493)	0.046 (0.057)
Qualquer perda de culturas produzidas devido a factores externos	0.045 (0.208)	0.052 (0.222)	0.007 (0.028)
Perdas pós-colheita (proporção média perdida)	0.262 (0.355)	0.313 (0.390)	0.051 (0.045)
Observações	285	279	564

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

³⁹ https://www.fanrpan.org/sites/default/files/publications/Mozambique_PHM_Policy_Brief.pdf

2.4 Empoderamento da Mulher

94. O GTNS pretende empoderar mulheres e raparigas adolescentes tanto como um impacto intrinsecamente importante quanto como um meio de promover a melhoria da segurança alimentar e nutricional. Na presente secção, os resultados de base são apresentados em três indicadores sobre a participação das mulheres na tomada de decisões no agregado familiar e o Índice de Empoderamento da Mulher na Agricultura (WEAI).

2.4.1 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 estatuto sociocultural. A agência ou o empoderamento são definidos como a capacidade da pessoa definir os seus próprios objectivos e agir em conformidade, mesmo perante a oposição de outros.⁴⁰ A situação de base dos indicadores que se referem ao envolvimento das mulheres nas decisões, bem como no controlo e na agência é resumida na Tabela 14. Primeiro perguntou-se às mulheres quem geralmente decidia quando elas precisam de ir ao hospital ou procurar serviços de saúde. Quase todas as mulheres (cerca de 95%) em ambos os povoados, de intervenção e de controlo, informaram que são elas que decidem. Em seguida perguntou-se quem nos seus agregados familiares decidia se elas poderiam visitar a família ou outros parentes. Apenas 28% relataram que nos seus respectivos agregados se tomavam tais decisões. Porém, no seio daquelas para as quais 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.

Tabela 14: Diferença média no poder de decisão das mulheres sobre o acesso aos serviços de saúde

Variável	Controlo(1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
<i>Quem decide se você pode ir ao hospital ou ter acesso aos serviços de saúde?</i>			
O marido ou outros membros do agregado familiar	0.301 (0.459)	0.415 (0.493)	0.114** (0.045)
A própria mulher entrevistada	0.699 (0.459)	0.585 (0.493)	-0.114** (0.045)
Observação	326	314	640
<i>Quem normalmente decide se você pode ir visitar familiares ou parentes?</i>			
O marido ou outros membros do agregado familiar	0.066 (0.251)	0.101 (0.303)	0.034 (0.054)
A própria mulher entrevistada	0.934 (0.251)	0.899 (0.303)	-0.034 (0.054)
Observação	76	105	181
<i>Quem decide como utilizar os resultados para a produção agrícola e os rendimentos agrícolas e as fontes não agrícolas?</i>			
As mulheres têm alguma participação na tomada de decisão			
	0.711 (0.454)	0.759 (0.428)	0.048 (0.050)
São apenas os homens que decidem	0.148 (0.356)	0.167 (0.373)	0.019 (0.035)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.4.2 Índice do Empoderamento da Mulher na Agricultura (Pro-WEAI)

95. O inquérito de base também recolheu dados sobre uma versão resumida do Pro-WEAI.⁴¹ Este tem 10 indicadores,⁴² que se enquadram em três domínios de acção: acção intrínseca (poder interior), acção instrumental (poder para) e acção colectiva (poder com). Todos os 10 indicadores binários, ilustrados na Figura 17, foram igualmente ponderados. De acordo

⁴⁰ Kabeer, N. (1999). *Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment*. *Development and Change*, 30(3), 435–464. <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>.

⁴¹ Malapit et al. (2019) *Development of the project-level Women's Empowerment in Agriculture Index (pro-WEAI)*, *World Development*, <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.06.018>.

⁴² O Pro-WEAI original tinha 12 indicadores igualmente ponderados. Utilizámos só dez indicadores para criar o Índice porque houve dois indicadores relacionados com a acção colectiva que não foram recolhidos no inquérito de base.

com a construção do índice, a mulher é considerada empoderada se a sua pontuação for positiva em três ou mais dos dez indicadores. Consequentemente, ela obtém uma pontuação de 1 quando atinge o referido ponto-de-corte deste índice, que varia de 0 a 1. As mulheres que não atingem este ponto-de-corte, contudo pontuam positivamente em, pelo menos, um dos indicadores ponderados, recebem uma pontuação ponderada do índice. A Figura 17 apresenta um gráfico de barras empilhadas em relação ao índice resultante. A figura ilustra as pontuações médias do Pro-WEAI para as mulheres nos povoados de intervenção e de controlo, bem como a contribuição ponderada de cada um dos 10 indicadores. Segundo este índice, as mulheres nos povoados de intervenção parecem mais empoderadas do que as suas contrapartes nos povoados de controlo. Isto deve-se em grande parte às suas pontuações médias relativamente mais elevadas em três indicadores: a participação em decisões produtivas, a propriedade e terrenos e outros activos, e o acesso a e decisões sobre o crédito. A Tabela 15 revela diferenças entre as comunidades de intervenção e de controlo para cada indicador binário que compõe o Pro-WEAI resumido, bem como o índice geral. Na tabela, é interessante notar que mais mulheres nos povoados de controlo relataram ter maior autonomia sobre o rendimento. No entanto, quanto ao índice geral, a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa.

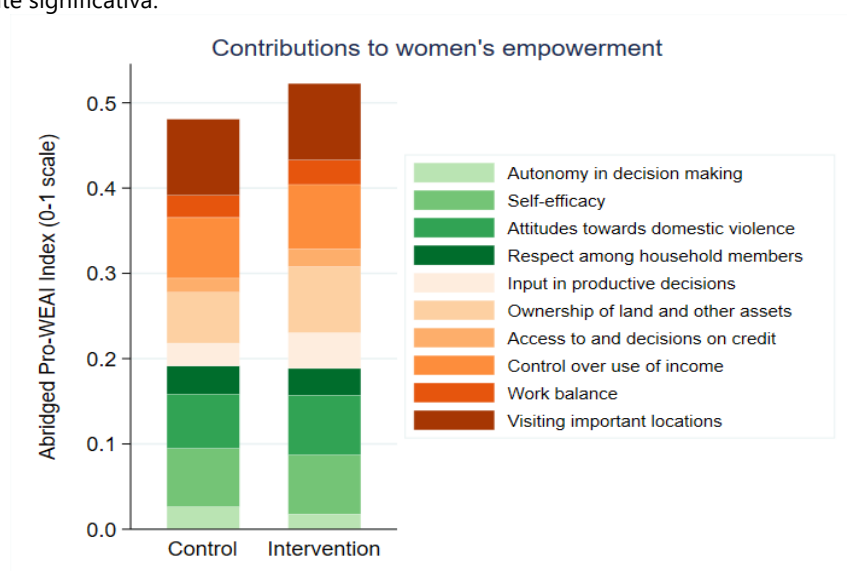


Figura 17: Índice Pro-WEAI e contribuição relativa ao índice de indicador

Tabela 15: Diferença média na proporção das mulheres que atingem adequação nos indicadores de Pro-WEAI & no Índice geral

Indicadores de Pro-WEAI	Controlo (1)	Intervenção (2)	Dif. (2-1)
Autonomia em termos de rendimento	0.262 (0.441)	0.176 (0.382)	-0.086** (0.042)
Auto-eficácia	0.695 (0.461)	0.697 (0.460)	0.002 (0.047)
Atitudes em relação à violência doméstica	0.688 (0.464)	0.747 (0.435)	0.058 (0.052)
Participação em decisões sobre produção	0.266 (0.443)	0.418 (0.494)	0.152*** (0.046)
Propriedade de terrenos e outros activos ⁴³	0.606 (0.489)	0.780 (0.415)	0.174*** (0.049)
Acesso a e decisões sobre crédito	0.174 (0.379)	0.209 (0.407)	0.035 (0.043)
Controlo do uso de rendimento	0.715 (0.452)	0.755 (0.431)	0.040 (0.050)
Equilíbrio de trabalho	0.260 (0.439)	0.289 (0.454)	0.029 (0.041)

⁴³ Outros activos incluem animais domésticos de grande e pequeno porte, aves e outros animais, peixes e equipamentos de pesca, equipamentos agrícolas mecanizados e não mecanizados, equipamentos não agrícolas, casa e construção, grandes e pequenos bens de consumo duráveis, telefone celular, terras não utilizadas para produção agrícola, e meios de transporte.

Visitar locais importantes	0.993 (0.085)	0.962 (0.192)	-0.031** (0.014)
Respeito entre os membros do agregado familiar	0.346 (0.476)	0.320 (0.467)	-0.026 (0.048)
Índice de empoderamento Pro-WEAI (global) (escala 0 a 1)	0.481 (0.000)	0.523 (0.000)	0.042 (0.000)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.5 Atitudes em relação à Saúde e Acesso aos Serviços

2.5.1 Consultas de cuidados pré-natais 4+

96. 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. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um mínimo de quatro consultas pré-natais com um profissional de saúde treinado.⁴⁴ 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 dois anos para quem se fizeram as medidas antropométricas.

97. Conforme indicado na Tabela 16, cerca de 83% e 77% das mulheres das 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 consultas frequentadas foi de cinco, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de mulheres. A percentagem das mulheres que participaram em, pelo menos, quatro consultas pré-natais é de 71% para os povoados de controlo e de 73% para os povoados de intervenção, e esta diferença é estatisticamente insignificante.

Tabela 16: A diferença média no número estimado de consultas pré-natais feitas e o número de mulheres que fizeram, pelo menos, 4 consultas durante a última gravidez

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Mulheres que se lembram do número das marcações pré-natais feitas	0.831 (0.375)	0.766 (0.424)	-0.065* (0.039)
Número de consultas de cuidados pré-natais estimadas durante a última gravidez	4.984 (2.038)	4.973 (2.187)	-0.011 (0.253)
Proporção de Mulheres que realizaram, pelo menos, quatro consultas de cuidados pré-natais	0.716 (0.452)	0.728 (0.446)	0.012 (0.053)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

⁴⁴ https://www.who.int/gho/urban_health/services/antenatal_care_text/en/

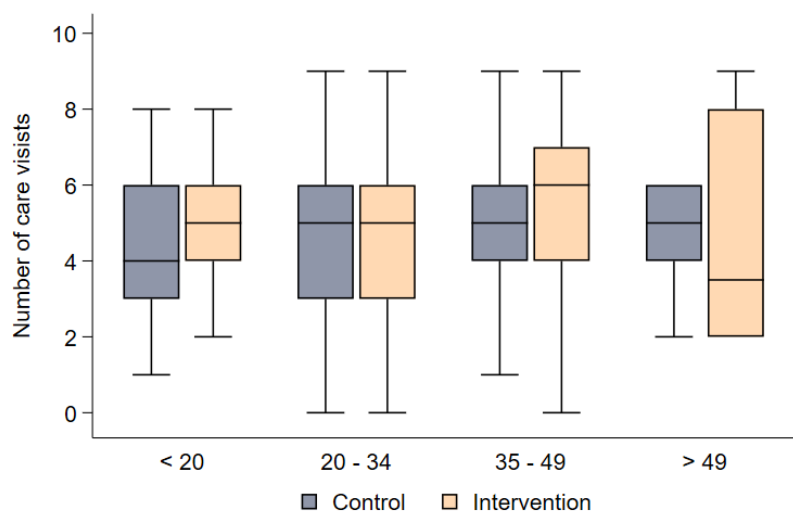


Figura 18: Número de consultas de cuidados durante a última gravidez, desagregados por idade da mãe e pelos povoados de intervenção e de controlo

98. A Figura 18 acima mostra as distribuições do número de consultas pré-natais desagregadas por idade das mulheres nos povoados de intervenção e de controlo. O resultado indica que a média das consultas de cuidados pré-natais frequentadas por mulheres de todas as categorias de idade é superior a quatro vezes, para os grupos de intervenção e de controlo. A exceção são as mulheres do grupo de intervenção com mais de 49 anos, que mostram uma distribuição truncada positivamente, e com grande parte das mulheres deste grupo a comparecer menos de quatro vezes.

2.5.2 Atitude favorável às práticas recomendadas

99. O componente de CMSC do GTNS pretende fortalecer o empoderamento das mulheres e raparigas adolescentes em relação ao casamento prematuro, à saúde sexual e reprodutiva (SSR) e aos comportamentos de procura de apoio de saúde para doenças infantis básicas. Isto inclui igualmente doenças relacionadas com as dificuldades respiratórias da criança e o uso de anticoncepcionais. Os resultados estão resumidos na Tabela 17, enquanto o Anexo 7 apresenta os resultados para cada prática específica. Conforme indicado na Tabela 17, apenas 11% e 6% das entrevistadas nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente, concordaram categoricamente com as três práticas recomendadas. Entretanto, há variação nas respostas entre as práticas. A maior parte das entrevistadas nos dois grupos concordou que é importante consultar um profissional de saúde quando uma criança apresentar dificuldades respiratórias. A promoção de atitudes melhoradas em relação ao uso de anticoncepcionais é, portanto, uma área para melhorias significativas, conforme revelado no Anexo 7.

Tabela 17: Diferença média na proporção de mulheres com atitude favorável às práticas recomendadas

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Atitude favorável às práticas recomendadas (Concordam com as 3 práticas recomendadas)	0.114 (0.318)	0.062 (0.242)	-0.051* (0.029)
Observações	326	314	640

* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.5.3 Atitudes em relação ao casamento prematuro

100. No inquérito, perguntou-se também às entrevistadas até que ponto concordavam que o casamento antes dos 18 anos traz consequências negativas para as raparigas. Conforme indicado na Tabela 18, 33% e 26% das entrevistadas nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente, concordaram categoricamente com esta afirmação. Por outro lado, mais de um terço nos dois grupos afirmaram não saber a respeito. Os resultados tornam evidente a existência de oportunidades para o programa GTNS apoiar a melhoria das atitudes e das percepções em relação ao casamento prematuro.

Tabela 18: Diferença média na proporção das atitudes das mulheres face ao casamento prematuro

Variável	Controlo ¹ Médio (SE)	Intervenção ² Média (SE)	diff (2-1) (SE)
Casar-se antes dos 18 anos de idade traz consequências negativas para as raparigas			
Concordo	0.326 (0.470)	0.264 (0.442)	-0.062 (0.048)
Concordo parcialmente	0.112 (0.316)	0.078 (0.269)	-0.034 (0.030)
Discordo	0.187 (0.390)	0.242 (0.429)	0.055 (0.040)
Não sei	0.375 (0.485)	0.416 (0.494)	0.041 (0.043)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.5.4 Parto Assistido na Unidade Sanitária

101. O inquérito de base recolheu informações sobre o local onde nasceram as crianças de 6 a 23 meses de idade, das quais se fizeram as medidas antropométricas. A Tabela 19 apresenta os resultados. O inquérito observou que mais de 80% nasceram numa unidade sanitária, tanto nos povoados de intervenção como as de controlo. A pequena diferença existente à favor do grupo de controlo é estatisticamente insignificante.

Tabela 19: Diferença média na proporção dos locais do parto reportados pelas mulheres

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Parto assistido numa unidade sanitária	0.841 (0.366)	0.819 (0.385)	-0.021 (0.042)
Parto em casa ou no caminho para a unidade sanitária	0.159 (0.366)	0.181 (0.385)	0.021 (0.042)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.5.5 Comportamento de procura de saúde

102. Finalmente, o inquérito de base recolheu informações sobre o comportamento de procura de saúde pelas mulheres em relação às doenças infantis. A Tabela 20 mostra que a maioria das mulheres (89%) nos povoados de intervenção e de controlo relatou recurso à unidade sanitária quando os seus filhos têm febre ou tosse.

Tabela 20: Diferença média na proporção das mulheres com comportamento de procura de serviços de saúde

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Quando a criança tinha febre ou tosse, você procurou aconselhamento ou tratamento médico?			
Sim	0.892 (0.310)	0.887 (0.317)	-0.006 (0.039)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.6 Saúde Infantil e Situação Nutricional

103. Nesta secção, são apresentados dados de base sobre a prevalência de doenças, a diversidade da dieta e a adequação nutricional em crianças da amostra com idade entre 6 e 23 meses nos povoados de controlo e de intervenção.

2.6.1 Prevalência das Doenças Infantis

104. Aos cuidadores foi perguntado se estas crianças haviam sofrido de alguma doença duas semanas antes do inquérito e, no caso afirmativo, qual foi o tipo de problema de saúde. A Tabela 21 apresenta os resultados. A febre e a malária foram os mais comumente relatados, em 50% e 46% nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente. Estes foram seguidos por diarreia e IRA/tosse. Menos de um terço dos entrevistados nos povoados de intervenção e de controlo informaram que as crianças estiveram livres de doença nas duas semanas antes do inquérito da linha de base.

2.6.2 Diversidade da dieta (crianças de 6 a 23 meses)

105. A faixa etária para a diversidade da dieta e a análise de adequação nutricional entre as crianças é restrita a seis meses ou mais. Isto está ligado ao facto de ser seis meses a idade em que se recomenda a introdução da alimentação complementar para a criança. Crianças menores de 6 meses devem ser exclusivamente amamentadas, conforme recomendado pela OMS.⁴⁵

⁴⁵ https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/

Tabela 21: Prevalência de doenças em crianças de 6 a 23 meses de idade

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Febre/malária	0.501 (0.501)	0.464 (0.499)	-0.037 (0.047)
Sarampo	0.000 (0.000)	0.001 (0.034)	0.001 (0.001)
Diarreia	0.248 (0.433)	0.188 (0.391)	-0.060 (0.053)
IRA/tosse	0.245 (0.431)	0.262 (0.441)	0.018 (0.048)
Doenças cutâneas	0.062 (0.241)	0.080 (0.272)	0.018 (0.020)
Doença ocular	0.007 (0.082)	0.023 (0.151)	0.016 (0.012)
Outras	0.050 (0.218)	0.047 (0.212)	-0.003 (0.024)
Sem doença	0.264 (0.441)	0.319 (0.467)	0.055 (0.056)
Observações	341	339	680

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

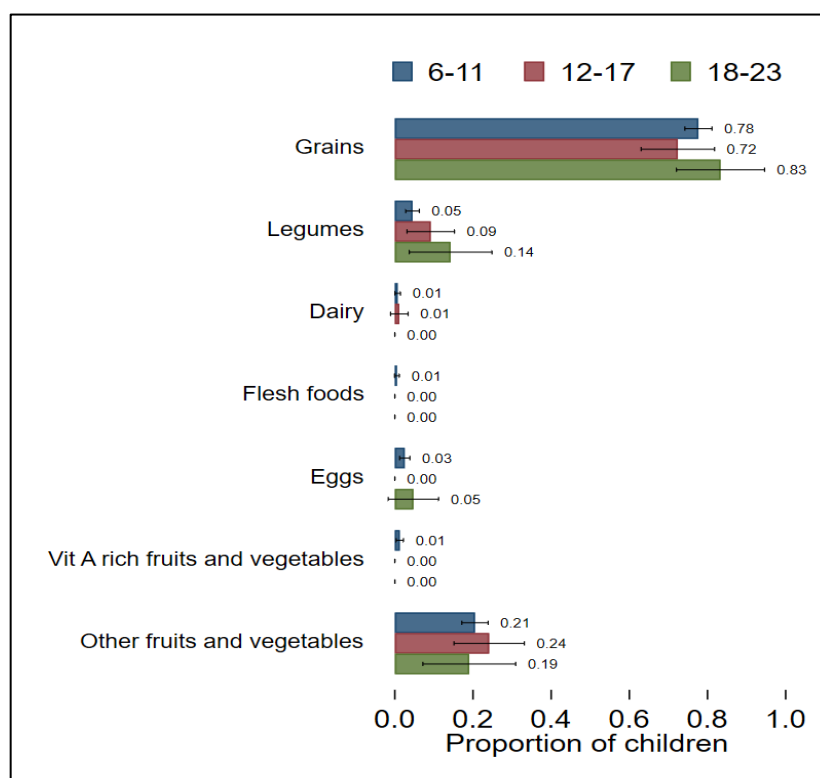


Figura 19: Alimentos consumidos no dia anterior, por crianças de 6 a 23 meses de idade, por categoria etária

Tabela 22: Média de referência da diversidade da dieta no dia anterior em crianças de 6 a 23 meses

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Consumiu grãos, raízes e tubérculos	0.753 (0.432)	0.792 (0.406)	0.040 (0.052)
Consumiu leguminosas e nozes	0.055 (0.228)	0.070 (0.255)	0.015 (0.024)
Consumiu produtos lácteos	0.008 (0.090)	0.004 (0.062)	-0.004 (0.008)
Consumiu carnes	0.008 (0.089)	0.000 (0.000)	-0.008* (0.005)
Consumiu ovos	0.009 (0.095)	0.034 (0.181)	0.025* (0.013)
Consumiu frutas e vegetais ricos em Vitamina A	0.003 (0.054)	0.018 (0.135)	0.016* (0.008)
Consumiu outras frutas e vegetais	0.217 (0.413)	0.188 (0.391)	-0.029 (0.044)
Número de grupos (de 7)	1.817 (0.498)	1.884 (0.558)	0.067 (0.052)
Observações	341	339	680

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

106. A Figura 19, na página anterior, mostra as percentagens dos alimentos consumidos por crianças de 6 a 23 meses no dia anterior ao inquérito, desagregados por faixa etária. Os grupos de alimentos compostos por 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). Os alimentos da categoria de frutas e vegetais estão muito abaixo no segundo lugar, seguidos pelas leguminosas. A Tabela 22 acima, por sua vez, compara o consumo de cada item nos povoados de intervenção e controlo, bem como o número total de itens consumidos. Os resultados para ambos os grupos são deveras semelhantes. De um modo geral, a diversidade da dieta parece ser pobre entre crianças de 6 a 23 meses, tanto nos povoados de intervenção como nos de controlo. O baixo nível da diversidade da dieta pode dever-se a uma série de factores, incluindo os baixos níveis de disponibilidade de alimentos, as práticas inadequadas de alimentação infantil ou uma subnotificação deliberada. O distrito de Chemba é caracterizado por secas e inundações recorrentes que afectam a produção agrícola e a disponibilidade de alimentos, e a maioria da população depende unicamente da agricultura de sequeiro. Convém notar que o inquérito de base ocorreu durante a época de cultivo – um período de escassez, caracterizado pela falta de alimentos.

2.6.3 Dieta Mínima Aceitável (MAD)—Crianças

107. A Diversidade da dieta Mínima (MDD), a Frequência Mínima de Refeições (MMF) e, um composto dos dois, a Dieta Mínima Aceitável (MAD), são indicadores recomendados para avaliar a situação nutricional de crianças menores de dois anos e o impacto das intervenções nutricionais. O indicador MAD depende de a criança ser amamentada ou não. Conforme apresentado na Tabela 23, o resultado de base mostra que a prevalência das crianças amamentadas é fortemente maior nos povoados de controlo (96%) e de intervenção (98%), sem diferença estatisticamente significativa entre as duas.

108. O 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. O MMF, por outro lado, mede a proporção das crianças amamentadas e não amamentadas de 6 a 23 meses de idade que receberam alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo o leite – no caso de crianças não amamentadas – num mínimo de vezes durante o dia anterior. A frequência mínima considerada depende da idade da criança e de esta ser amamentada ou não. A frequência mínima diária de refeições 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 das crianças de 6 a 23 meses de idade que podem ser consideradas como tendo uma dieta mínima aceitável.

109. A Tabela 23 mostra estatísticas sumárias para MDD, MMF e MAD, desagregadas por idade, nos povoados de intervenção e de controlo. Os resultados de base indicam que quase nenhuma criança de 6 a 23 meses atingiu o limiar da MDD, de pelo menos quatro grupos de alimentos. Isto deve-se em grande parte aos baixos níveis de diversidade da dieta, conforme indicado na Figura 19.

Tabela 23: Média dos resultados de MDD, MMF e MAD do dia anterior, crianças de 6 a 23 meses

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
<i>Amostra combinada</i>			
Leite materno	0.961 (0.193)	0.982 (0.135)	0.020 (0.016)
MDD	0.003 (0.050)	0.014 (0.116)	0.011 (0.008)
MMF	0.114 (0.319)	0.159 (0.366)	0.0345 (0.031)
MAD	0.003 (0.050)	0.011 (0.106)	0.009 (0.007)
Observações	341	339	680
<i>Criança de 6 a 11 meses</i>			
MDD	0.003 (0.056)	0.016 (0.126)	0.013 (0.010)
MMF	0.126 (0.333)	0.187 (0.391)	0.061 (0.038)
MAD	0.003 (0.056)	0.015 (0.121)	0.012 (0.010)
Observações	280	271	551
<i>Criança de 12 a 17 meses</i>			
MDD	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
MMF	0.071 (0.26)	0.062 (0.245)	-0.009 (0.059)
MAD	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
Observações	48	36	84
<i>Criança de 18 a 23 meses</i>			
MDD	0.000 (0.000)	0.013 (0.117)	0.013 (0.014)
MMF	0.058 (0.243)	0.07 (0.259)	0.074 (0.175)
MAD	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
Observações	13	28	41

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

2.6.3 Resultados antropométricos de crianças menores de dois e menores de cinco anos

110. O conceito de malnutrição refere-se a deficiências, excessos ou desequilíbrios na ingestão de alimentos em termos de energia e/ou nutrientes. A malnutrição manifesta-se de várias formas, incluindo *i)* o crescimento inapropriado da criança (atraso no crescimento, emaciação e baixo peso); *ii)* micronutrientes inadequados, tal como vitaminas e minerais; *iii)* excesso de peso ou gordura corporal (sobrepeso e obesidade). Esta condição está associada a doenças não transmissíveis, tal como a diabetes, as doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro.⁴⁶ Portanto, esta secção avalia o estado nutricional das crianças menores de 2 anos (ou seja, 6 a 23 meses) e as de 2 a 5 anos de idade (ou seja, 23 a 59 meses) que foram medidas durante o inquérito de base do GTNS. O inquérito recolheu dados antropométricos de um total de 1517 crianças, obtendo as medidas físicas do corpo como o peso, altura/comprimento e como estas se relacionam com a idade e o sexo da criança. Das 1517⁴⁷ abrangidas, dados de apenas 997 crianças estavam dentro das faixas aceitáveis para serem utilizadas na análise.

⁴⁶ WHO. (2019). *Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course*. World Health Organization.

⁴⁷ Deste amostra total, 520 medições foram rejeitadas pois as respectivas pontuações de Z eram < -6 ou > +6 em relação aos padrões de referência da OMS. Mercedes De Onis et al., *Development of a WHO Growth Reference for School-Aged Children and Adolescents* [2007] Bulletin of the World Health Organization; WHO, *Interpreting Growth Indicators* (2008).

111. A Tabela 24 mostra a distribuição das medidas antropométricas aceites, desagregadas por povoado e sexo das crianças menores de dois anos. As medidas antropométricas foram utilizadas para criar os principais índices, usados para classificar o estado nutricional das crianças, ou seja, a Altura para a idade (HAZ), o Peso para a idade (WAZ), o Peso para a altura (WHZ), e Perímetro braquial (PB). Em seguida, os índices foram usados para classificar as crianças em baixo peso (moderado e grave), com atraso no crescimento/desnutrição crónica (moderado e grave), desnutrição aguda (moderada e gravemente) e com sobrepeso (incluindo obesidade). Além disso, o estudo também avaliou o edema bilateral,⁴⁸ um sinal clínico de desnutrição aguda grave (DAG)

(i) Altura/comprimento para a idade (HAZ)

112. O índice HAZ reflecte o crescimento linear cumulativo da altura ou do comprimento⁴⁹ da criança e é usado para medir a desnutrição crónica. Uma criança é classificada com atraso no crescimento se for muito baixa para a sua idade. Para crianças menores de cinco anos, a desnutrição crónica é medida como a altura/ comprimento para a idade que é inferior a -2 desvios padrão⁵⁰ abaixo da mediana⁵¹ dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS. Os factores que contribuem para a desnutrição crónica em crianças nos primeiros 1.000 dias incluem a privação nutricional, a falta de água e saneamento adequados, a saúde materna deficiente, as práticas inadequadas de alimentação infantil, e as infecções recorrentes. Os efeitos a longo prazo da desnutrição crónica incluem o comprometimento da capacidade cognitiva e a redução do desempenho escolar e profissional.⁵²

113. Os resultados baseados nas pontuações do índice de altura/comprimento para a idade, na Tabela 24, mostram a prevalência da desnutrição crónica nas amostras de controlo e de intervenção das crianças entre 6 e 23 meses. De um modo geral, os resultados da amostra combinada mostram que, em média, cerca de 33% de todas as crianças nesta faixa etária sofrem de desnutrição crónica (desnutrição crónica), tanto nas amostras dos povoados de intervenção como nos de controlo. Das crianças com desnutrição crónica, 20% e 23% sofrem de atraso moderado no crescimento nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente. A prevalência de atraso grave no crescimento é de cerca de 14% entre todas as crianças nos povoados de controlo, comparado com 10% nos povoados de intervenção. Quando desagregados por sexo, os resultados mostram que a desnutrição crónica é consideravelmente superior entre as crianças do sexo masculino (40% tanto nos povoados de controlo como nas de intervenção), em comparação com uma média de cerca de 25% entre as crianças do sexo feminino em ambas as povoados. Da mesma forma, a desnutrição crónica grave também é superior entre as crianças do sexo masculino (com 16% nos povoados de controlo) em comparação com 10% nos povoados de intervenção. Entre as crianças do sexo feminino, a prevalência da desnutrição crónica é de cerca de 16% nos povoados de controlo, e de 10% nos povoados de intervenção. No entanto, é importante notar que todas as diferenças médias na prevalência da desnutrição crónica e sua profundidade (moderado e grave) entre crianças de 6 a 23 meses de idade, desagregadas por sexo e o tipo e povoado, não são estatisticamente significativas.

114. Com base nas pontuações do índice de altura/comprimento para a idade (Tabela 25), os resultados para crianças da faixa de 24 a 59 meses revelam taxas de prevalência mais elevadas de desnutrição crónica. Primeiro, em média, 45% e 50% das crianças agrupadas nesta faixa etária sofrem de desnutrição crónica nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente. Quando desagregados por sexo, não encontramos diferenças significativas na prevalência e na gravidade entre as crianças do sexo feminino nos povoados de intervenção e de controlo. Em média, entre 49% e 57% de todas as crianças do sexo feminino sofrem de desnutrição crónica, 29% a 35% sofrem de atraso moderado e 21% a 22% sofrem de atraso grave, nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente.

Tabela 24: Prevalência do desnutrição crónica, aguda e baixo-peso em crianças de 6 a 23 meses

Variável	Combinado			Sexo Feminino			Sexo Masculino		
	Controlo ¹ Média	Inter. ² Média	Dif. (2)-(1)	Controlo ³ Média	Inter. ⁴ Média	Dif. (4)-(3)	Controlo ⁵ Média	Inter. ⁶ Média	Dif. (6)-(5)
<i>Altura para a idade (HAZ)</i>									
Desnutrição crónica	0.337 (0.473)	0.323 (0.468)	-0.014 (0.768)	0.262 (0.441)	0.250 (0.435)	-0.012 (0.845)	0.398 (0.491)	0.396 (0.491)	-0.003 (0.966)
Desnutrição crónica moderado	0.202	0.227	0.025	0.158	0.157	-0.001	0.238	0.296	0.058

⁴⁸ Neste estudo, nenhuma das 997 crianças diagnosticadas pela equipa de campo apresentou qualquer sinal de edema.

⁴⁹ Para crianças com menos de 24 meses de idade, o comprimento é medido com a criança deitada, enquanto para crianças de 2 a 5 anos, a altura é medida enquanto a criança está de pé.

⁵⁰ WHO. (2006). *WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age*. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 95(SUPPL. 450), 76–85; De Onis, M., Borghi, E., Arimond, M., Webb, P., Croft, T., Saha, K., ... Flores-Ayala, R. (2019). *Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years*. Public Health Nutrition, 22(1), 175–179.

⁵¹ (i) Desnutrição aguda: HAZ < -2 SD, Desnutrição aguda moderada: HAZ < -3 to < -2 SD, e Desnutrição aguda grave HAZ < -3 SD do mediano dos padrões da OMS.

⁵² WHO. (2019). *Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course*. World Health Organization.

	(0.402)	(0.419)	(0.530)	(0.366)	(0.365)	(0.981)	(0.427)	(0.458)	(0.334)
Desnutrição crónica grave	0.135 (0.342)	0.096 (0.296)	-0.039 (0.170)	0.104 (0.306)	0.093 (0.291)	-0.011 (0.803)	0.160 (0.368)	0.100 (0.301)	-0.061 (0.101)
<i>Peso para a idade (WAZ)</i>									
Baixo peso	0.255 (0.436)	0.244 (0.430)	-0.011 (0.804)	0.191 (0.394)	0.207 (0.406)	0.016 (0.766)	0.307 (0.462)	0.281 (0.451)	-0.026 (0.656)
Baixo peso moderado	0.184 (0.388)	0.173 (0.379)	-0.011 (0.760)	0.130 (0.337)	0.162 (0.370)	0.032 (0.440)	0.228 (0.420)	0.184 (0.389)	-0.044 (0.391)
Baixo peso grave	0.071 (0.257)	0.071 (0.257)	-0.000 (0.993)	0.061 (0.240)	0.045 (0.207)	-0.016 (0.643)	0.079 (0.270)	0.097 (0.296)	0.018 (0.643)
<i>Peso para a altura (WHZ)</i>									
Desnutrição aguda	0.107 (0.310)	0.078 (0.268)	-0.029 (0.286)	0.099 (0.299)	0.056 (0.231)	-0.042 (0.218)	0.114 (0.318)	0.099 (0.300)	-0.015 (0.705)
Desnutrição aguda moderado	0.099 (0.299)	0.055 (0.229)	-0.043* (0.072)	0.090 (0.287)	0.027 (0.163)	-0.063** (0.023)	0.106 (0.308)	0.084 (0.278)	-0.022 (0.538)
Desnutrição aguda grave	0.008 (0.091)	0.022 (0.148)	0.014 (0.265)	0.009 (0.094)	0.029 (0.169)	0.020 (0.338)	0.008 (0.089)	0.016 (0.124)	0.008 (0.470)
Sobrepeso	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Obesidade	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
<i>Perímetro Braquial (PB)</i>									
Desnutrição aguda	0.170 (0.376)	0.115 (0.320)	-0.055 (0.133)	0.256 (0.438)	0.118 (0.324)	-0.138*** (0.010)	0.100 (0.300)	0.113 (0.317)	0.013 (0.786)
Desnutrição aguda moderada	0.147 (0.355)	0.095 (0.293)	-0.052 (0.126)	0.211 (0.409)	0.092 (0.290)	-0.119** (0.017)	0.095 (0.294)	0.097 (0.297)	0.002 (0.970)
Desnutrição aguda grave	0.018 (0.133)	0.013 (0.113)	-0.005 (0.667)	0.040 (0.196)	0.010 (0.102)	-0.030 (0.199)	0.000 (0.000)	0.016 (0.124)	0.016* (0.082)
Observações	363	330	693	165	164	329	198	166	364

Notas: As crianças que mostram desnutrição crónica incluem crianças com atraso moderado e atraso grave. As crianças com desnutrição aguda incluem crianças moderada e gravemente desnutridas. As crianças com baixo peso também incluem as com peso moderado e severamente abaixo. * p <0,1, ** p <0,05, *** p <0,01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

Tendo em conta a subamostra das crianças do sexo masculino, a prevalência de desnutrição crónica é de 45% nos povoados de intervenção e de 39% nos povoados de controlo, e esta diferença não é estatisticamente significativa. No entanto, quando desagregados por sexo, observa-se que há duas vezes mais crianças do sexo masculino com desnutrição crónica moderada nos povoados de intervenção (39%) em comparação com as de controlo (19%), e esta diferença é estatisticamente significativa ao nível de 1%. Em contrapartida, há mais crianças do sexo masculino com desnutrição crónica grave nos povoados de controlo (20%) do que nas de intervenção (7%), e esta diferença é estatisticamente significativa ao nível de 5%. Outros estudos passados realizados em Moçambique relataram taxas de desnutrição crónica nas crianças menores de cinco anos em torno de 43%, com base em dados representativos a nível nacional⁵³, enquanto estudos a nível provincial relataram taxas de desnutrição crónica de 11% entre crianças doentes na província de Maputo⁵⁴ e 36%⁵⁵ e 39%⁵⁶ na província de Tete.

115. A Figura 20 mostra as taxas de desnutrição crónica agrupadas para todas as crianças com menos de 5 anos de idade em Moçambique, com base em estimativas nacionais representativas dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) para três períodos de 2008, 2011 e 2015, bem como as estimativas de base das povoados de controlo e de intervenção do

⁵³ UNICEF, WHO, & WB. (2016). *Joint child malnutrition estimates (JME)*. Obtido em 1 de Junho de 2020, de <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

⁵⁴ Nhampossa, T., Sigauque, B., MacHevo, S., MacEte, E., Alonso, P., Bassat, Q., ... Fumadó, V. (2013). *Severe malnutrition among children under the age of 5 years admitted to a rural district hospital in southern Mozambique*. Public Health Nutrition. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001080>

⁵⁵ García Cruz, L. M., González Azpeitia, G., Reyes Suárez, D., Santana Rodríguez, A., Loro Ferrer, J. F., & Serra-Majem, L. (2017). *Factors associated with stunting among children aged 0 to 59 months from the central region of Mozambique*. Nutrients. <https://doi.org/10.3390/nu9050491>

⁵⁶ Daniel, J. B., Pinto, E., Queiroz, V. de O., & Oliveira, A. M. de. (2019). *The Determinants of Anthropometric Deficits in Children under Five Years Old in Tete Province Mozambique Using Hierarchy Approach*. *Open Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.4236/ojepi.2019.91002>

GTNS, realizadas em 2020. A prevalência nacional média de desnutrição crónica em crianças do sexo masculino com menos de cinco anos situou-se entre os 45% e 47%, enquanto a de crianças do sexo feminino situou-se em média entre os 38% e 41% nos três períodos referidos. As taxas médias de desnutrição crónica nos povoados amostrados pelo presente estudo, em Chemba, são 42% para crianças do sexo masculino e 36% para crianças do sexo feminino. Embora as estimativas de desnutrição crónica do GTNS sejam ligeiramente inferiores do que as médias nacionais (que reduziram ligeiramente ao longo dos três anos), estas são significativamente superiores face aos parâmetros de gravidade da OMS^{57,58}, mesmo quando comparadas à média dos países em desenvolvimento de (25%)⁵⁹, e a média global de 22%.⁶⁰ O presente facto não é surpreendente, pois está documentado que Moçambique ostenta uma das maiores prevalências de desnutrição crónica no mundo, nas crianças com menos de cinco anos, embora a gravidade e os factores subjacentes possam variar, dependendo da região do país.^{61, 62, 63, 64}. Globalmente, estima-se que 144 milhões (aproximadamente 22%) das crianças menores de 5 anos no mundo sofreram de desnutrição crónica, com 57,5 milhões (perto 30%) delas vivendo na África em 2019.⁶⁵

⁵⁷ Os limiares do nanismo da OMS são: 'baixo' (<20 %); 'médio' (20–29 %); 'alto' (30–39 %); e 'muito alto' (≥40 %)

⁵⁸ De Onis, M., & Blössner, M. (1997). *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. Programme of Nutrition World Health Organization Geneva*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63750/WHO_NUT_97.4.pdf?sequence=1

⁵⁹ *Global Nutrition Report (2020). Mozambique Nutrition Profile*. Disponível em:

<https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/africa/eastern-africa/mozambique/#profile>

⁶⁰ *Global Nutrition Report (2020). Country Nutrition Profiles*. Disponível em <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/>

⁶¹ *The 2016 Global Nutrition Report (2016)*. Disponível em: <https://globalnutritionreport.org/reports/2016-global-nutrition-report>

⁶² García Cruz, L. M., González Azpeitia, G., Reyes Suárez, D., Santana Rodríguez, A., Loro Ferrer, J. F., & Serra-Majem, L. (2017). *Factors associated with stunting among children aged 0 to 59 months from the central region of Mozambique*. *Nutrients*

⁶³ Nhampossa, T., Sigauque, B., MacHevo, S., MacEte, E., Alonso, P., Bassat, Q., ... Fumadó, V. (2013). *Severe malnutrition among children under the age of 5 years admitted to a rural district hospital in southern Mozambique*. *Public Health Nutrition*.

<https://doi.org/10.1017/S1368980013001080>

⁶⁴ República de Moçambique (2010). Plano de Acção Multissetorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020). Disponível em: https://www.who.int/nutrition/landscape_analysis/MozambiqueNationalstrategyreductionstunting.pdf?ua=1

⁶⁵ UNICEF, WHO, & World Bank. (2020). *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2020 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*. Geneva: WHO. Joint Child Malnutrition Estimates, UNICEF, WHO and the World Bank Group. <https://doi.org/10.18356/6ef1e09a-en>

Tabela 25: Prevalência de desnutrição crónica, desnutrição aguda e baixo-peso em crianças de 24 a 59 meses de idade

Variável	Combinado			Sexo Feminino			Sexo Masculino		
	Controlo ¹	Inter. ²	Dif.	Controlo ³	Inter. ⁴	Dif.	Controlo ⁵	Inter. ⁶	Dif.
	Média	Média	(2)-(1)	Média	Média	(4)-(3)	Média	Média	(6)-(5)
<i>Altura para a idade (HAZ)</i>									
Desnutrição crónica	0.447 (0.499)	0.504 (0.501)	0.057 (0.415)	0.494 (0.503)	0.569 (0.499)	0.074 (0.450)	0.389 (0.491)	0.454 (0.500)	0.065 (0.451)
Desnutrição crónica moderado	0.245 (0.431)	0.373 (0.485)	0.128** (0.015)	0.290 (0.456)	0.352 (0.481)	0.062 (0.433)	0.190 (0.395)	0.389 (0.490)	0.198*** (0.004)
Desnutrição crónica grave	0.202 (0.403)	0.131 (0.338)	-0.071 (0.116)	0.205 (0.405)	0.217 (0.415)	0.012 (0.879)	0.199 (0.402)	0.065 (0.248)	-0.133** (0.032)
<i>Peso para a idade (WAZ)</i>									
Baixo peso	0.237 (0.426)	0.185 (0.389)	-0.052 (0.349)	0.229 (0.422)	0.288 (0.456)	0.058 (0.496)	0.246 (0.433)	0.107 (0.310)	-0.139* (0.065)
Baixo peso moderado	0.181 (0.386)	0.149 (0.357)	-0.032 (0.538)	0.170 (0.378)	0.213 (0.412)	0.042 (0.616)	0.194 (0.398)	0.100 (0.302)	-0.094 (0.154)
Baixo peso grave	0.056 (0.230)	0.036 (0.187)	-0.020 (0.471)	0.059 (0.236)	0.075 (0.265)	0.016 (0.764)	0.052 (0.223)	0.006 (0.079)	-0.045 (0.128)
<i>Peso para a altura (WHZ)</i>									
Desnutrição aguda	0.043 (0.204)	0.016 (0.126)	-0.027 (0.165)	0.053 (0.224)	0.037 (0.190)	-0.016 (0.630)	0.032 (0.177)	0.000 (0.000)	-0.032 (0.107)
Desnutrição aguda moderado	0.043 (0.204)	0.016 (0.126)	-0.027 (0.165)	0.053 (0.224)	0.037 (0.190)	-0.016 (0.630)	0.032 (0.177)	0.000 (0.000)	-0.032 (0.107)
Desnutrição aguda grave	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Sobrepeso	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Obesidade	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
<i>Perímetro Braquial (PB)</i>									
Desnutrição aguda global	0.021 (0.145)	0.025 (0.155)	0.003 (0.886)	0.039 (0.195)	0.015 (0.124)	-0.024 (0.346)	0.000 (0.000)	0.032 (0.176)	0.032 (0.312)
Desnutrição aguda moderada	0.016 (0.128)	0.025 (0.155)	0.008 (0.703)	0.030 (0.172)	0.015 (0.124)	-0.015 (0.530)	0.000 (0.000)	0.032 (0.176)	0.032 (0.312)
Desnutrição aguda grave	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Observações	148	156	304	79	71	150	69	85	154

Notas: As crianças que mostram desnutrição crónica incluem crianças com atraso moderado e atraso grave. As crianças com desnutrição aguda incluem crianças moderada e gravemente desnutridas. As crianças com baixo peso também incluem as com peso moderado e severamente abaixo. * p <0,1, ** p <0,05, *** p <0,01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

116. Algumas das principais causas subjacentes da desnutrição crónica em crianças, ou atraso no crescimento, em Moçambique, são a inadequação nutricional e da diversidade de dieta: poucos alimentos ricos em micronutrientes (vegetais variados, frutas e alimentos de origem animal), conhecimentos insuficientes de alimentos saudáveis, a preparação inadequada de alimentos, refeições pouco frequentes e elevados níveis de doenças.^{66,67} Conforme referido anteriormente, o distrito de Chemba é classificado na categoria 3 – de insegurança alimentar cronicamente grave, daí a elevada prevalência de atrasos no crescimento. A janela de oportunidade reconhecida internacionalmente para travar a desnutrição crónica em

⁶⁶ United Nations (2015). Common Agenda for the Reduction of Chronic Undernutrition. Maputo.

⁶⁷ WFP (2017). Mozambique Country Strategic Plan (2017–2021). Disponível em: <http://www.acsd.africa/static/site/pdf/mozambique/1.pdf>

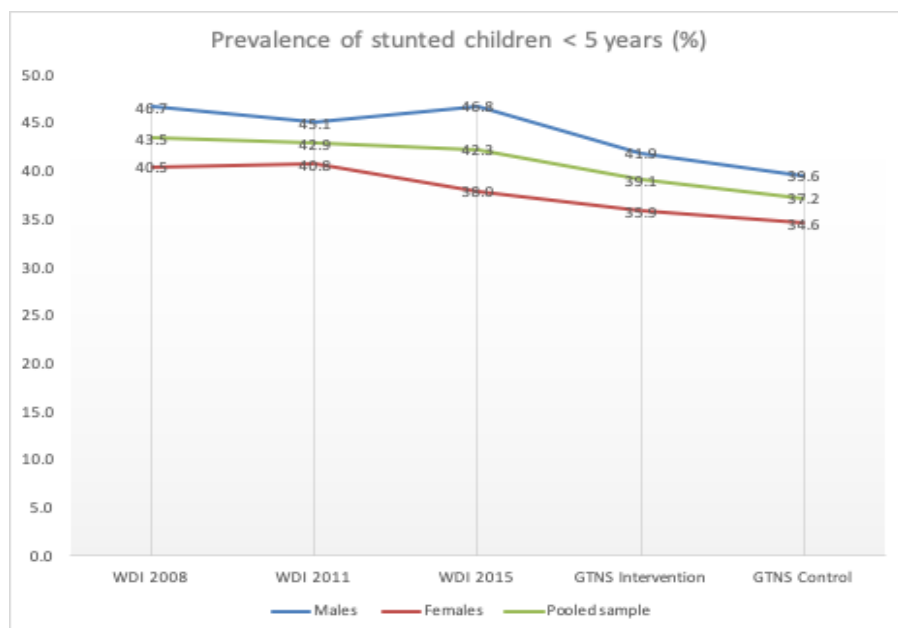
crianças reside nos primeiros 1.000 dias, contados desde a concepção até a criança completar dois anos de idade. Caso contrário, se não for tratada, a desnutrição crónica pode levar a riscos de desenvolvimento a longo prazo nas crianças.

117. Reconhecendo este problema omnipresente, o Plano Quinquenal do Governo de Moçambique (PQG 2015-2019) de 2015 inclui a redução da desnutrição crónica como um dos principais indicadores. A política e a orientação internacional postulam que a redução da desnutrição crónica requer uma programação multisectorial e com vários actores. No âmbito da Agenda das Nações Unidas para a Redução da Desnutrição Crónica (2015-2019) para Moçambique, a FAO, o IFAD, o UNFPA, o UNICEF, o PMA e a OMS pretendem trabalhar juntos de forma mais eficaz na redução da desnutrição crónica, de uma média de 43% em 2013 para 35% em 2019.⁶⁸

(ii) Peso para a idade (WAZ) em crianças de 6 a 23 meses

118. O índice peso-para-idade é uma medida antropométrica comum necessária para medir a massa corporal em relação à idade, e pode ser usado para classificar a prevalência de crianças com baixo peso. Para crianças com menos de cinco anos de idade, estar abaixo do peso é definido como peso-para-a-idade inferior a -2 desvios-padrão (≤ -2 WAZ)⁶⁹ abaixo da média dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.⁷⁰ Os resultados da Tabela 24 não mostram diferenças significativas nas taxas de baixo peso (moderado e grave) entre as amostras das crianças de 6 a 23 meses nos povoados de controlo e de intervenção, quando desagregadas por sexo.

119. As taxas de baixo peso, baixo peso moderado e grave na mostra combinada são aproximadamente 25%, 18% e 7%, respectivamente. Dentro da subamostra de crianças do sexo feminino desta faixa etária, as taxas correspondentes também não mostram grandes diferenças entre os povoados de controlo e de intervenção, cujas médias combinadas variam em cerca de 20%, 14% e 5%, respectivamente. Da igual modo, as taxas de baixo peso, baixo peso moderado e baixo peso grave nos povoados de controlo e de intervenção também não foram muito diferentes nas crianças do sexo masculino, cujas médias combinadas foram cerca de 29%, 20% e 8%, respectivamente. Ademais, note-se que as taxas são médias das amostras de controlo e de intervenção dado que a diferença entre as médias individuais é inferior, neste caso inferior a 3%.



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses), de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e 2015¹. As estimativas do GTNS têm como base os dados antropométricos de 997 crianças recolhidas num inquérito de base em 2020 no distrito de Chemba, em Moçambique.

Figura 20: Prevalência da desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos, com base nas estimativas dos WDI e do estudo de base do GTNS

(iii) Peso para a idade (WAZ) em crianças de 24 a 59 meses

120. O peso-para-idade é uma medida antropométrica comum que mede a massa corporal em relação à idade, e também pode ser usado para classificar a prevalência das crianças com baixo peso. Para as crianças com menos de cinco anos de

⁶⁸ FAO, IFAD, UNICEF, UNFPA, WFP, WHO and REACH (2015). *The United Nations Agenda for the Reduction of Chronic Undernutrition in Mozambique (2015-2019)*, Disponível em: <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2016/02/UN-Agenda-for-the-Reduction-of-Chronic-Undernutrition-Mozambique.pdf>

⁶⁹ WHO. (2006). *WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age*. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 95(SUPPL. 450), 76–85. <https://doi.org/10.1080/08035320500495548>

⁷⁰ (i) Baixo peso: WAZ < -2 SD, baixo peso moderado: WAZ < -3 to < -2 SD, e baixo peso grave: WAZ < -3 SD do mediano dos padrões da OMS.

idade, estar abaixo do peso é definido como peso para a idade inferior a menos 2 desvios-padrão (≤ -2 WAZ)⁷¹ abaixo da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil, da OMS.⁷² Os resultados na Tabela 24 não mostram diferenças significativas nas taxas de prevalência de baixo peso (moderado e grave) entre as amostras de crianças de 6 a 23 meses das povoados de controlo e de intervenção, quando desagregadas por sexo.

121. As taxas de baixo peso, baixo peso moderado e grave na mostra combinada são aproximadamente 25%, 18% e 7%, respectivamente. Dentro da subamostra de crianças do sexo feminino desta faixa etária, as taxas correspondentes também não mostram grandes diferenças entre os povoados de controlo e de intervenção, cujas médias combinadas variam em cerca de 20%, 14% e 5%, respectivamente. Da igual modo, as taxas de baixo peso, baixo peso moderado e baixo peso grave nos povoados de controlo e de intervenção também não foram muito diferentes nas crianças do sexo masculino, cujas médias combinadas foram cerca de 29%, 20% e 8%, respectivamente. Ademais, note-se que as taxas são médias das amostras de controlo e de intervenção dado que a diferença entre as médias individuais é inferior, neste caso inferior a 3%.

122. Tendo em conta o índice peso-para-idade em crianças de 24 a 59 meses, mostrado na Tabela 25, observa-se que, de um modo geral, não há diferenças estatísticas entre as povoados de controlo e de intervenção nas taxas de baixo peso, baixo peso moderado e grave, com excepção do grupo masculino. Há significativamente mais crianças do sexo masculino na amostra de controlo que estão abaixo do peso (25%) em comparação com os povoados de intervenção (11%). Entretanto, as prevalências de baixo peso moderado e grave no seio das crianças do sexo masculino não mostram diferenças estatísticas entre as povoados de controlo e as de intervenção.

123. Similarmente, não foram encontradas diferenças estatísticas entre as crianças do sexo feminino dos povoados de controlo e de intervenção. Mais especificamente, as taxas de (i) crianças com baixo peso são 23% (controlo) em comparação com 29% (intervenção); (ii) crianças com baixo peso moderado são 17% (controlo) em comparação com 21% (intervenção); e (iii) crianças com baixo peso grave são 6% (controlo) em comparação com 8% (intervenção). De acordo com os dados da OMS⁷³, a prevalência de baixo peso em crianças menores de cinco anos de idade tem diminuído em Moçambique, de uma média nacional de 25% em 1996 para cerca de 15% em 2015. Estas estimativas geralmente mostram que a prevalência de desnutrição crónica é consistentemente mais elevada nas crianças do sexo masculino do que nas crianças do sexo feminino.

(iv) Peso para a altura (WHZ)

124. O índice peso-para-estatura mede o peso corporal em relação à altura ou ao comprimento. Uma criança magra demais para a sua altura devido à rápida perda de peso ou à dificuldade de ganhar peso, é considerada como tendo desnutrição aguda. Uma das principais causas do desnutrição aguda é o impacto de uma dieta nutricional desequilibrada e infecções recorrentes, e estas podem afectar negativamente o crescimento linear e, portanto, prejudicar o crescimento e o desenvolvimento infantil. Para crianças com menos de cinco anos de idade, o desnutrição aguda é definida como peso para altura inferior a menos 2 desvios-padrão (≤ -2 WHZ) abaixo da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil, da OMS. O sobrepeso é definido como o peso para a altura maior que 2 desvios padrão (≥ 2 WHZ)⁷⁴ acima da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil, da OMS. A obesidade infantil é definida como o peso para a altura maior que 3 desvios-padrão acima da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil, da OMS.⁷⁵ O índice de massa corporal (BMI) é um índice de peso para a altura comumente usado para classificar crianças com peso a mais ou obesas.⁷⁶

125. Os resultados da Tabela 24 mostram que as crianças de 6 a 23 meses de idade nas amostras de controlo e de intervenção se encontravam em níveis geralmente semelhantes em termos de prevalência de desnutrição aguda. De um modo geral, as taxas de desnutrição aguda são de (i) de 11% para os povoados de controlo e de 8% nos de intervenção na amostra combinada; no sexo feminino isto corresponde a (ii) 10% nos povoados de controlo e de 6% nas de intervenção; ao passo que (iii) nas crianças do sexo masculino foi de 11% nos povoados de controlo e de 10% nos de intervenção. Estas diferenças não são estatisticamente significativas.

126. Na amostra combinada, a prevalência de desnutrição aguda moderada é significativamente maior nas crianças dos povoados de controlo (10%) do que nas das povoados de intervenção (6%). Mais uma vez, quando desagregada por sexo, a

⁷¹ WHO. (2006). *WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age*. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 95(SUPPL. 450), 76–85. <https://doi.org/10.1080/08035320500495548>

⁷² (i) Baixo peso: WAZ < -2 SD, baixo peso moderado: WAZ < -3 to < -2 SD, e baixo peso grave: WAZ < -3 SD do medioano dos padrões da OMS

⁷³ UNICEF, WHO, & WB. (2016). *Joint child malnutrition estimates (JME)*. Obtido em 1 de Junho de 2020, de <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

⁷⁴

⁷⁵ (i) Definhamento: WHZ is < -2 SD, Definhamento moderado: WHZ is < -3 to < -2 SD, e definhamento grave: WHZ < -3 SD da média dos padrões da OMS. Sobrepeso: WHZ > 2 e obesidade: WHZ < -3 SD do mediano dos padrões da OMS.

⁷⁶ WHO. (2014). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*. Rome: World Health Organization (WHO). <https://doi.org/WHO/NMH/NHD/14.3>

prevalência de desnutrição aguda moderada nas crianças do sexo feminino é significativamente maior nos povoados de controlo (9%) do que na amostra de intervenção (3%). Quanto à amostra masculina, a prevalência de desnutrição aguda moderada é de 11% e de 8% nos povoados de controlo e de intervenção, respectivamente. As taxas de desnutrição aguda grave são muito baixas neste grupo etário, com a prevalência mais elevada (cerca de 3%) sendo a de crianças do sexo feminino nos povoados de controlo. Por fim, não foi registada prevalência de sobrepeso e obesidade nesta faixa etária.

127. Quanto às crianças de 24 a 59 meses (Tabela 25), não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de desnutrição aguda e na sua gravidade, desagregada por povoados e sexo. Mais especificamente, as prevalências de desnutrição aguda moderada foram todas abaixo de 5%, e não houve casos de desnutrição aguda grave entre as crianças do sexo feminino e masculino. Os resultados também mostram que, quase não houve crianças com sobrepeso e obesidade. O desnutrição aguda pode ser tratada através de um melhor aporte nutricional, intervenções de cuidados de saúde e intervenções contra infeções. Uma das seis metas globais de nutrição para 2025 é reduzir e manter o desnutrição aguda nas crianças menores de cinco anos para menos de 5%.⁷⁷

128. A Figura 21 mostra a prevalência de desnutrição aguda agrupada para todas as crianças com menos de 5 anos de idade em Moçambique, com base em estimativas nacionais representativas dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) para três períodos de 2008, 2011 e 2015, bem como as estimativas do presente estudo realizado em 2020. A prevalência nacional de desnutrição aguda em crianças do sexo masculino com menos de cinco anos foi em média de 5%, de 7% e de 4%, enquanto a das crianças do sexo feminino foi em média de 4%, 6% e 5% em 2008, 2011 e 2015, respectivamente. As taxas médias de desnutrição aguda nos povoados do presente estudo de base, em Chemba, são de 6% para crianças do sexo masculino e de 5% para crianças do sexo feminino nos povoados de intervenção, e de 9% para crianças do sexo masculino e de 8% para crianças do sexo feminino nos povoados de controlo. A prevalência da desnutrição aguda nos povoados de controlo é maior do que a média global para menores de 5 anos - de 7%.⁷⁸ Quando ainda mais desagregada por faixa etária, a prevalência de desnutrição aguda nas crianças de 6 a 23 meses do povoados de controlo é de 10% para o sexo masculino e de 11% para o sexo feminino; por outro lado, nos povoados de intervenção é de 10% no sexo masculino e de 6% no sexo feminino. Com a exceção das crianças do sexo feminino dos povoados de intervenção, as taxas para os outros três grupos nesta faixa etária são classificadas como grave, com base no índice de gravidade, da OMS.^{79,80,81} A desnutrição aguda é geralmente o resultado de escassez significativa de alimentos, ingestão insuficiente de nutrientes e/ou doença, pelo que tende a variar em função das épocas do ano; a prevalência mais elevada esperada ocorre durante a estação de escassez, quando a disponibilidade de alimentos é mais baixa.⁸² As manifestações do desnutrição aguda nas crianças incluem a imunidade enfraquecida, a susceptibilidade a atrasos no desenvolvimento de longo prazo e o maior risco de mortalidade, especialmente em casos de desnutrição aguda grave. As crianças com desnutrição aguda grave precisam de alimentação, tratamento e cuidados urgentes para sobreviver. Globalmente, estima-se que 47 milhões (aproximadamente 6,9%) das crianças menores de 5 anos sofreram de desnutrição aguda (moderada e grave), com 12,7 milhões (aproximadamente 6%) delas vivendo na África em 2019.⁸³

129. O perímetro braquial (PB) mede a circunferência do braço, no ponto médio entre o ombro e a ponta do cotovelo. O PB pode ser usado como alternativa ao WHZ na avaliação do estado nutricional de crianças.⁸⁴ Para crianças menores de cinco anos de idade, a desnutrição aguda global é definida como PB inferior a 12,5 cm.⁸⁵

130. Os resultados da Tabela 25 mostram que a prevalência de desnutrição aguda global em todas as crianças de 6 a 23 meses de idade foi de cerca de 17% na amostra de controlo e de 12% na amostra de intervenção. Quando desagregados por sexo, observa-se que as taxas entre as crianças do sexo feminino foram de 26% na amostra de controlo e de 12% na amostra de intervenção (significativo ao nível de 1%). As taxas correspondentes para os crianças do sexo masculino nos povoados de controlo e de intervenção foram de 10 e de 11%, respectivamente.

⁷⁷ WHO. (2014). *Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition*. Geneva: World Health Organization (WHO).

⁷⁸ Global Nutrition Report (2020). *Country Nutrition Profiles*. Disponível em <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/>

⁷⁹ Os pontos de corte da desnutrição aguda da OMS são: 'Aceitável' (<5%); 'Pobre' (5–9%); 'Sério' (10–14 %); e 'crítico' (≥15 %).

⁸⁰ De Onis, M., & Blössner, M. (1997). *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition*. Programme of Nutrition World Health Organization Geneva. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63750/WHO_NUT_97.4.pdf?sequence=1

⁸¹ De Onis, M., Borghi, E., Arimond, M., Webb, P., Croft, T., Saha, K., ... Flores-Ayala, R. (2019). *Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years*. Public Health Nutrition. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002434>

⁸² WHO. (2014). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Wasting Policy Brief*. Rome: World Health Organization (WHO). <https://doi.org/WHO/NMH/NHD/14.3>

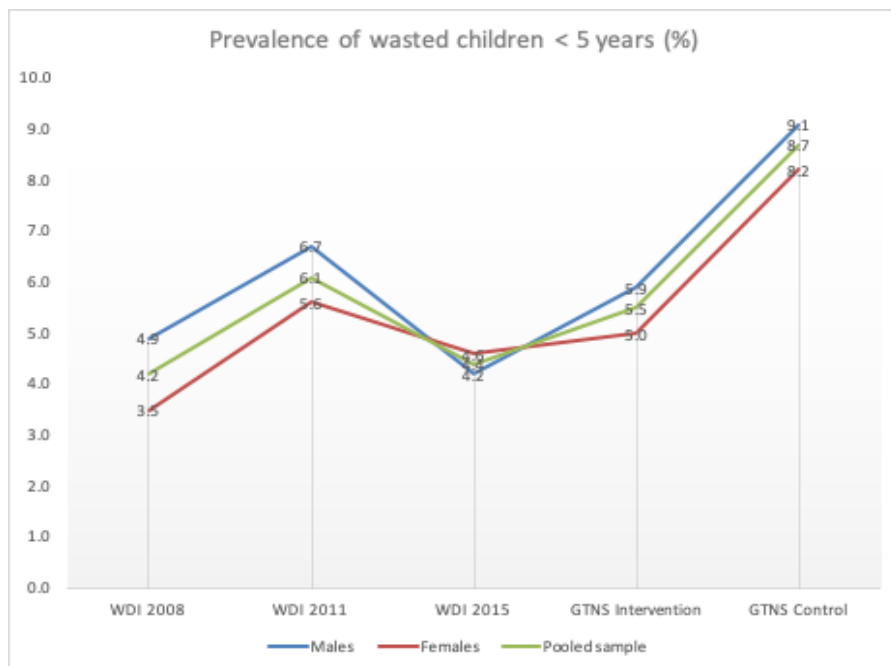
⁸³ UNICEF, WHO, & World Bank. (2020). *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2020 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*. Geneva: WHO. Joint Child Malnutrition Estimates, UNICEF, WHO and the World Bank Group. <https://doi.org/10.18356/6ef1e09a-en>

⁸⁴ FANTA. (2016). *Nutrition Assessment and Classification*. Nutrition Assessment, Counseling, and Support (NACS), 1(1), 12. Obtido em <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/NACS-Users-Guide-Module2-May2016.pdf>

⁸⁵ (i) Desnutrição aguda global: PB < 12,5cm; desnutrição aguda moderada: PB ≥ 11,5 a < 12,5 cm e desnutrição aguda grave: PB < 11,5 cm

131. A prevalência da desnutrição aguda moderada para a amostra agrupada é de 15% nos povoados de controlo e de 10% nos povoados de intervenção. Quando desagregada por sexo, a prevalência de desnutrição aguda moderada é duas vezes mais elevada nas crianças do sexo feminino nos povoados de controlo (21%) do que nas dos povoados de intervenção (9%). A prevalência de desnutrição aguda moderada para a subamostra dos crianças do sexo masculino é de cerca de 10% para ambos os povoados. Houve muitos casos de desnutrição aguda grave, e nenhum grupo excedeu 3% em todas as subamostras desta faixa etária.

132. As prevalências da desnutrição aguda global e da desnutrição aguda moderada entre crianças de 24 a 59 meses de idade foram similarmente muito baixas, com nenhuma das subamostras (ou seja, agrupadas, feminino e masculino) a ultrapassar a taxa de 4% (Tabela 25). Para a subamostra das crianças do sexo masculino, a taxa da desnutrição aguda grave nos povoados de intervenção foi de cerca de 2%, em comparação com nenhum caso nos povoados de controlo.



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses), de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e 2015¹. As estimativas do GTNS referem-se aos dados antropométricos de 997 crianças avaliadas num inquérito de base em 2020 no distrito de Chemba, em Moçambique

Figura 21: Prevalência da desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos, baseada em estimativas de WDI e o inquérito do GTNS

3. Conclusões e Recomendações

3.1 Avaliação Geral & Conclusão

133. O PMA encomendou uma avaliação do seu projecto GTNS. Um dos elementos fundamentais do projecto é a avaliação de impacto, da qual o presente Relatório de Estudo de Base constitui um componente-chave. A recolha de dados de base ocorreu entre 15 de Fevereiro e 15 de Março de 2020. Ao nível do campo foram encontrados desafios que resultaram na rejeição de alguns dos dados recolhidos. Tal deveu-se principalmente a (i) uma falha na satisfação de dois critérios de inclusão importantes para o inquérito, designadamente presença no agregado familiar de uma criança de 6 a 23 meses e presença no agregado familiar de uma mulher gestante ou criança menor de 12 meses, e (ii) a rejeição de um grande número de medidas antropométricas por não se enquadrarem nas faixas aceitáveis. No final, os dados de 640 agregados familiares foram válidos para análise, o que equivale a 82% da amostra originalmente prevista de 784 agregados familiares (314 dos 47 povoados de intervenção e 326 das 49 povoados de controlo correspondentes).

134. Os resultados do inquérito de base validam a relevância do GTNS para os agregados familiares, as mulheres e as crianças nos povoados de intervenção e de controlo. O estado nutricional das crianças é deficiente, onde 39% e 37% dos menores de cinco anos dos povoados de intervenção e de controlo, respectivamente, têm desnutrição crónica. A percentagem média é de 33% nos dois conjuntos de povoados para menores de dois anos. Muito poucas crianças deste último subgrupo alcançaram o limiar da Dieta Mínima Aceitável para Crianças (MAD). A intervenção de assistência alimentar

do GTNS teria tido, provavelmente, um efeito no momento da recolha de dados de base. Ainda assim, observou-se que 46% dos agregados familiares nos povoados de intervenção apresentaram pontuações de consumo de alimentos aceitáveis, contra 9% observado nos povoados de controlo, pelo que a diversidade da dieta dos agregados familiares é um motivo de preocupação. Destaque neste caso é a ingestão de vitamina A e de ferro. A ingestão de proteínas foi consideravelmente maior entre os agregados familiares nos povoados de intervenção, contudo prevalece espaço considerável para melhorias.

135. Embora não tenham sido alarmantes, 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 serem um mecanismo para a melhoria directa e indirecta do estado nutricional das crianças. O aspecto positivo por sublinhar foi o facto de mais de 80% das crianças de ambos os povoados de intervenção e de controlo terem sido nascidas numa unidade sanitária, e mais de 70% das suas mães realizarem, pelo menos, quatro consultas pré-natais antes do seu nascimento. Além disso, 89% dos cuidadores nos dois conjuntos de povoados relataram que levavam os seus filhos a uma unidade sanitária ou procuravam aconselhamento de um profissional de saúde quando os seus filhos tivessem tosse ou febre. Finalmente, embora não sendo o ideal, o empoderamento das mulheres, conforme medido pelo Pro-WEAI, foi considerado razoável – com pontuação de 0,52 e 0,48 numa escala de 0 a 1 entre as mulheres inquiridas nos povoados de intervenção e de controlo, respectivamente.

136. O recurso a estratégias de sobrevivência, com maior incidência nas de emergência, pela maioria dos agregados familiares de ambos os lados foi um dos resultados mais preocupantes. O comportamento relatado pelos inquiridos destaca a sua vulnerabilidade. Além disso, mais de dois terços dos cuidadores relataram que as crianças menores de dois anos sob seus cuidados tiveram uma ou mais doenças duas semanas antes do inquérito. A febre e a malária foram relatadas em cerca de metade das crianças menores de 2 anos, e a diarreia e a tosse em aproximadamente um quarto. Por fim, a maioria das mulheres entrevistadas relatou atitudes menos desejáveis em relação ao uso de anticoncepcionais e ao casamento prematuro.

137. A Tabela 26 resume as principais conclusões do inquérito de base para os grupos de intervenção e de controlo, por indicador.

3.2 Recomendações

138. Fazemos quatro recomendações fundamentais:

139. **Assegurar que a componente de CMSC do GTNS forneça mensagens educacionais sobre nutrição e seja dirigida a homens e a rapazes adolescentes, bem como a mulheres e a raparigas adolescentes:** tal como apresentado acima, melhorar a diversidade da dieta é uma questão fundamental que deve ser abordada de forma a melhorar os resultados nutricionais entre as mulheres grávidas e lactantes e as 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.⁸⁶ Um exemplo claro deste fenómeno é que a distribuição antecipada de assistência alimentar parece ter tido um impacto positivo no consumo do agregado familiar e, embora mais modestamente, na diversidade da dieta. Ainda assim, parece que isto não se traduziu em efeitos para as crianças com menos de dois anos. Por isso, a componente de CMSC do GTNS é crucialmente importante. As mensagens sobre o comportamento devem ser bem adaptadas e desenvolvidas com vista a provocar a mudança de comportamento desejada. Outrossim, convém considerar a incorporação nessas mensagens dos achados mais recentes da ciência comportamental e da economia.

140. O *Busara Center for Behavioral Economics*⁸⁷ dispõe de um quadro simples que seria útil considerar na concepção e na implementação do componente de CMSC do GTNS, e consiste em *EAST* (Fácil, Atraente, Social e Oportuno). Maiores esforços devem ser realizados, por exemplo, visando compreender as práticas locais de alimentação e preparação de alimentos, e identificar opções de melhoria nutricional simples e implementáveis, ou seja, **fáceis** e que facilmente possam ser implementadas pelos agregados familiares. O mero fornecimento de informações gerais, na ausência de opções localmente relevantes e 'facilmente implementáveis', provavelmente resultará numa mudança de comportamento mínima. Tal sucederia caso sejam promovidas opções cuja prossecução seja difícil e irrealista para a maioria dos agregados familiares, por exemplo, opções alimentares que exigem muito mais tempo e esforço de preparação, ou opções alimentares cujos ingredientes são caros e/ou de difícil acesso.

141. As opções devem ser **atraentes**, e devem considerar também o contexto local. Estas devem corroborar as preferências alimentares dos habitantes locais e os alimentos considerados saborosos. Tem menos probabilidade de ter sucesso incentivar

⁸⁶ http://www.unscn.org/files/Publications/Review-country-level-programming-nutrition-sensitive_agriculture-UNSCN.pdf

⁸⁷ <https://www.busaracenter.org/>

as famílias a cultivar, comprar e/ou a preparar alimentos com os quais não estão familiarizadas. Um elemento crítico que, muitas vezes, não foi tido em conta nas mensagens nutricionais é a atractividade económica das opções em questão. Os agregados familiares pobres geralmente não podem dar-se ao luxo de seguir muitas das recomendações de boas práticas alimentares. Portanto, uma campanha de mensagens sobre alimentação melhorada excessivamente ambiciosa pode alienar a população-alvo. Isto é especialmente significativo nos locais onde os homens influenciam significativamente as despesas alimentares. Ao utilizar as mulheres como ponto de entrada para mudanças na alimentação que acarretam um aumento nos gastos com alimentos, estas dinâmicas sociais de prevalência do poder masculino podem limitar a absorção e até mesmo exacerbar as tensões intrafamiliares. Por isso é importante também envolver os homens de forma substancial na intervenção, assim como estar ciente das limitações financeiras inerentes enfrentadas pelos agregados familiares. Equilibrar a nutrição e as considerações financeiras provavelmente aumentará a aceitabilidade e a probabilidade de uma mudança de comportamento desejável.

142. O elemento **social** também é crucial. As pessoas estão mais propensas a mudar o seu comportamento quando vêem os seus colegas ou pessoas respeitadas assumindo o comportamento em questão. Por exemplo, as mães podem partilhar informações sobre os alimentos que dão aos seus filhos menores em grupos de pares onde as que cumprem as boas práticas são reconhecidas e elogiadas. Há de igual modo evidências de que a forma como as mensagens são estruturadas e comunicadas é importante.⁸⁸ À título ilustrativo, as mensagens sobre as práticas de alimentação infantil podem ser mais eficazes se tiverem um toque personalizado, tal como na frase *“as mães de menores de cinco anos promovem na sua comunidade a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos, alimentando-os com uma diversidade de alimentos bons todos os dias, incluindo fontes de proteína, tal como carne, feijões e produtos lácteos, e vegetais de folhas escuras e frutas ricas em vitamina A”*. Isto opõe-se às mensagens não personalizadas, tal como *“para garantir a boa saúde e o bom desenvolvimento, crianças menores de cinco anos devem consumir uma diversidade de alimentos bons todos os dias, incluindo fontes de proteína, tal como carne, leguminosas e produtos lácteos, e vegetais de folhas escuras e frutas ricas em vitamina A”*. A **pontualidade** (ou oportunidade) das intervenções e das mensagens também pode ser determinante. Se o consumo de determinados alimentos for promovido numa época em que estes não estiverem disponíveis, pode haver pouca aceitação, mesmo quando eles se tornam disponíveis. Por isso, a promoção de opções nutritivas provavelmente será mais frutífera se for sazonalmente oportuna.

143. Por último, é amplamente reconhecido que mudar as relações de género exige o envolvimento significativo tanto das mulheres como dos homens. Consequentemente, a componente de CMSC do GTNS deve conceber intervenções adequadas que visem ambos, com base nos conhecimentos obtidos através do primeiro inquérito CAP, e abordar atitudes indesejadas evidenciadas no inquérito de base. Algumas dessas atitudes incluem as relacionadas com o uso de anticoncepcionais e o casamento prematuro das raparigas.

144. **2. Adaptar o CAP do GTNS 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 desejada.** 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 do GTNS perspectivas adicionais relacionadas com o contexto. Isto passaria por, nomeadamente, abordar 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 pelo GTNS devem, portanto, ser concebidos atendendo a necessidade de abordar tais lacunas prioritárias. As áreas específicas que merecem maior atenção, articuladas durante o processo de revisão do relatório, referem-se à melhor compreensão (i) de motivos pelos quais algumas mulheres não dão à luz nas unidades sanitárias de modo que possam ser concebidas e implementadas intervenções para responder a quaisquer restrições identificadas; (ii) da importância dos papéis e da dinâmica de género nas práticas alimentares para orientar como mulheres e homens podem ser direccionados de forma diferenciada para operar melhorias; e (iii) das atitudes de mulheres e homens em relação às mudanças climáticas e à adopção de culturas resistentes a secas e inundações, bem como quaisquer barreiras não comportamentais inerentes, a saber, o acesso deficiente a variedades de culturas tolerantes à seca e resistentes às inundações. Conforme discutido, dada a extensão do instrumento de inquérito, dados sobre alguns indicadores-chave, tal como a MDD de Mulheres, não foram recolhidos. Tais dados ainda podem ser obtidos durante o inquérito final, para estimativa de impacto de diferença única. Dito isto, caso o corte feito no número de indicadores não for aceitável, o PMA pode considerar a administração do estudo subdividido em várias sessões uma vez que a qualidade dos dados tende a piorar no final de inquéritos longos e extenuantes aos respondentes.

Tabela 26: Resumo do estado dos indicadores de base, com recomendações de modificação das metas

⁸⁸ <https://academic.oup.com/jcr/article/35/3/472/1856257>

#	Indicador do GTNS	Povoados de Intervenção	Povoados de Controlo	Meta Inicial	Recomendação para as metas
1.	% dos AF que beneficiam da assistência alimentar	87%	3.4%	Nenhuma	Estabelecer
2.	Pontuação do Consumo Alimentar (FCS) (% dos AF a Nível Aceitável)	46%	9%	↑ em 5%	Aumentar significativamente
3.	Pontuação do Consumo Alimentar-Nutrição (FCS-N)			↑ em 5%	Aumentar para alimentos ricos em proteína
	d. Alimentos ricos em Vit A (consumo diário)	8%	7%		
	e. Alimentos ricos em Proteína (consumo diário)	39%	6%		
	f. Alimentos ricos em Ferro-heme (consumo diário)	0.7%	0.5%		
4.	Pontuação da Diversidade da dieta dos AF (HDDS) (Substituto para MDD-W)	4.95	3.17	Nenhuma	Estabelecer
5.	Proporção das despesas com alimentos (FES) (% AF com FES de 65% ou mais)	28%	48%	Nenhuma	Estabelecer
6.	Índice das Estratégias de subsistência (LCSI) (Pontuação ponderada média, de 29 pontos possíveis)	3.7	4.7	↑ em 30%	Manter mas formular como redução
7.	Índice das Estratégias de Resposta Reduzido (rCSI) (Pontuação ponderada média, de 56 pontos)	17.9	9.4	Nenhuma	Estabelecer
8.	Perdas pós-colheita (PHL) (% média da cultura perdida pós-colheita)	31%	26%	↓ em 5%	Considerar maior redução
9.	Participação das mulheres na tomada de decisões			↑ em 30%	Reavaliar a adequação dos primeiros dois sub-indicadores & reduzir o segundo em 10%
	d. Decisões sobre o seu próprio acesso aos cuidados de saúde	93%	95%		
	e. Decisões sobre a visita a familiares/parentes*	90%	93%		
	f. Contribuição para os resultados agrícolas e uso dos rendimentos	76%	71%		
10.	Pro-WEAI (pontuação de índice médio)	0.52	0.48	Nenhuma	Estabelecer
11.	Consultas pré-natais (4+)	73%	71%	↑ em 5%	Considerar um aumento até 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 prematuro (Concorda que traz consequências negativas)	26%	33%	Nenhuma	Estabelecer
14.	Parto assistido numa unidade sanitária (% dos menores de 2 anos nascidos numa unidade sanitária)	82%	84%	↑ em 5%	Considerar aumento até 10%
15.	Comportamento de procura de saúde (Consulta ou aconselhamento médico quando o filho estava com febre/tosse)	89%	89%	↑ em 3%	Considerar aumento até 5%
16.	Prevalência das doenças infantis (% com uma ou mais doenças relatadas nas 2 semanas anteriores)	68%	74%	Nenhuma	Estabelecer
17.	Dieta mínima aceitável para crianças de 6 a 23 meses (MAD): (% que atingiu o limiar)	1.1%	0%	↑ em 10%	Manter
18.	Prevalência de desnutrição crónica			↓ em 2%	Manter
	c. Menores de 2	32%	34%		
	d. Menores de 5	39%	37%		
19.	Prevalência de desnutrição aguda			Nenhuma	Estabelecer
	c. Menores de 2	8%	11%		
	d. Menores de 5	6%	9%		

145. **3. Alavancar as componentes FFA e PHL do GTNS para a sustentabilidade.** Tal como foi acima salientado, há evidências de que a componente de FFA esteja a criar diferenças, visto na base dos efeitos da dupla distribuição única. Existe, evidentemente, a preocupação de que esses benefícios sejam postos em causa assim que a distribuição for interrompida. A componente de criação de activos do FFA e a componente de PHL foram concebidos para promover tal sustentabilidade. Portanto, é fundamental que estes dois elementos sejam bem concebidos e implementados. Por isso, uma consideração cuidadosa deve ser feita avaliando se o plano actual e a concepção para estas componentes são suficientes diante dos objectivos de melhorias da segurança alimentar e nutricional dos agregados familiares-alvo a longo prazo.

146. **4. Considerar rever algumas metas dos indicadores do GTNS.** Na Tabela 26, apresentamos as metas originais dos indicadores do projecto e as recomendações da equipa do estudo de base com vista a possíveis revisões. Também se deve

ter em consideração que muitos factores não relacionados com o projecto, provavelmente, irão moldar a trajectória 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, conforme previsto na concepção da avaliação de impacto do GTNS.

3.3 Lições para a recolha de dados no futuro

147. **1. Assegurar um tempo de execução adequado para a preparação e implementação da recolha de dados:** Como foi referido, a implementação da componente da FFA teve lugar antes da recolha de dados de base. Isto, conforme descrito na secção de limitações, afectará seriamente a capacidade da avaliação de impacto para medir todos os potenciais impactos do projecto. Evidentemente, é compreensível que haja pressão para implementar as actividades planeadas dentro do prazo previsto. Por isso, no futuro, deve-se assegurar que haja tempo adequado para realizar a recolha de dados de base antes da implementação do projecto. A preparação e a recolha desses dados geralmente levam mais tempo do que o previsto. Indiscutivelmente, desde o envolvimento do ICRAF e da ELIM até ao início da recolha de dados de base, houve igualmente muito pouco tempo para preparar, desenvolver e testar os instrumentos de recolha de dados, o que resultou num esforço de recolha de dados bastante apressado.

148. **2. Investir fortemente na supervisão da qualidade da recolha de dados ao nível de campo e remotamente:** Em retrospectiva, nota-se que deveriam ter sido feitos maiores esforços no sentido de verificar e supervisionar a qualidade dos dados, tanto de forma virtual, por meio do servidor operado pelo ICRAF, como no campo. Quanto à primeira opção, isto requer um esforço dedicado a tempo integral, pelo que, nesse caso, devem ser reservados tempo e um orçamento adequado para o efeito. Quanto à segunda opção, são necessários procedimentos mais rígidos para conferir, verificar e corrigir, conforme necessário, os dados inseridos no campo antes do carregamento ou submissão. Mais uma vez, a pressão para concluir o exercício de recolha de dados em prazo previsto e dentro do orçamento, apesar dos desafios imprevistos vividos pela equipa de campo, atentou contra a verificação rigorosa da qualidade dos dados ao nível de campo.

Anexos

Anexo 1: Desempenho do Projecto/Indicadores de Impacto

#	Indicador	Quando	Unidade de Análise
1.1	Prevalência de desnutrição crónica, desagregada por idade e sexo (melhoria de 2 pontos percentuais em relação à linha de base)	Linha de base e linha final	Menores de 2/5
1.2	Participação das mulheres na tomada de decisões domésticas (acesso a cuidados de saúde, compras domésticas e visitas a familiares) Nota: As principais decisões serão determinadas como parte da análise de género e incorporadas no cálculo do indicador	Linha de base e linha final	Mulheres
2.1	Pontuação do Consumo Alimentar, desagregado por idade e sexo Nota: A Pontuação do Consumo Alimentar (FCS) doméstico é usado como substituto para a segurança alimentar do agregado familiar, para reflectir a quantidade e qualidade das dietas das pessoas.	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.2	Pontuação do Consumo Alimentar-Nutrição, desagregado por idade e sexo. Nota: FCS-N é uma medida da adequação dos principais grupos de alimentos ricos em macro e micronutrientes, do agregado familiar	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.2b	Proporção das despesas com Alimentos [FES]	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.3	Pontuação de Diversidade da dieta Mínima-Mulheres (MDD-W), desagregada por idade ⁸⁹ Nota: A diversidade da dieta mínima é definida como o consumo de 5 ou mais dos 10 grupos de alimentos, nas últimas 24 horas.	Linha de base e linha final	Mulheres
2.4	Dieta Mínima Aceitável (MAD) – Crianças de 6 a 23 meses, desagregada por idade e sexo. Nota: A criança é classificada como consumindo uma Dieta Mínima Aceitável se cumprir (1) a diversidade da dieta mínima e (2) a frequência mínima de refeições.	Linha de base e linha final	Crianças de 6 a 23 meses
2.5	Taxa de perdas pós-colheita, desagregada por idade e sexo Nota: relatado como média das perdas pós-colheita, pelos pequenos agricultores, de safras-alvo, como percentagem da produção anual	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.6a	Índice das Estratégias de Subsistência (LCSI), desagregado por idade e sexo. Nota: O índice das estratégias de subsistência é usado para entender melhor a capacidade de resposta de longo prazo, dos agregado familiares.	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.6b	Índice das Estratégias de Resposta baseadas no Consumo, CSI reduzido (rCSI)	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.8	Comparecimento a 4 ou mais consultas pré-natais, desagregado por idade	Linha de base e linha final	Mulheres
2.9	Parto assistido em unidade sanitária, desagregado por idade	Linha de base e linha final	Mulheres
2.10	Prevalência e comportamento de procura de saúde para febre, diarreia e infecção respiratória aguda, desagregado por idade e sexo. ⁹⁰	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
2.12	% de pessoas que têm uma atitude favorável em relação às práticas recomendadas	Linha de base e linha final	Mulher
2.16	Índice do Empoderamento da Mulher na Agricultura (WEAI) ⁹¹	Linha de base e linha final	Mulher
2.19	Desnutrição aguda (Baixo-peso para altura)	Linha de base e linha final	Menor de 2/5
#	Indicador recolhido pelo inquérito CAP	Quando	Unidade de Análise
2.11	Percentagem das pessoas capazes de lembrar-se de três mensagens principais sobre a diversificação da dieta, o casamento prematuro, a gravidez precoce e SSR e serviços de saúde infantil, desagregados por idade e sexo	Linha de base e linha final	Mulheres
2.13	% das pessoas que pretendem adoptar os serviços recomendados	Linha de base e linha final	Mulheres
#	Indicador apenas recolhido na linha final	Quando	Unidade de Análise
2.14	Proporção dos agregados familiares onde mulheres, homens ou mulheres e homens, tomam decisões sobre o uso de alimentos/dinheiro/senhas, desagregados por tipo de transferência. Nota: Este indicador tem como objectivo medir a igualdade na tomada de decisão, no controlo sobre dinheiro, senhas ou alimentação entre mulheres e homens, ao nível do agregado familiar;	Linha de base e linha final	Agregado Familiar
#	Indicador não recolhido pelo inquérito dos agregados familiares	Quando	Unidade de Análise
2.18	Baixo peso à nascença ⁹² Nota: a proporção de bebés com baixo peso ao nascer é um indicador de um problema de saúde pública multifacetado que inclui a desnutrição materna de longo prazo, problemas de saúde, trabalho árduo e cuidados de saúde precários durante a gravidez	Linha de base e linha final	Bebé

⁸⁹ A pontuação da diversidade dietética dos agregados familiares usado como substituto para reduzir o comprimento do questionário.

⁹⁰ A componente de diarreia foi esquecida e, portanto, não incluída na pergunta dirigida aos respondentes.

⁹¹ <http://weai.ifpri.info/versions/weai/>

⁹² Não é possível obter através do inquérito ao agregado familiar. Única opção viável é a revisão dos registos da unidade sanitária

Anexo 2: Termos de Referência



ToR for Baseline
Survey - Austria 1910

Anexo 3: Matriz de Avaliação

Consultar o [TN sobre a Matriz de Avaliação](#)

Pergunta Global: qual é a contribuição do programa transformador de género e sensível à nutrição para melhorar a diversidade alimentar, a redução da desnutrição crónica e o empoderamento de mulheres e raparigas?						
#	Perguntas de avaliação [de acordo com os TDR]	Medição/Indicador de Sucesso	Principais fontes de Informação	Métodos de Recolha de Dados	Métodos de Análise de Dados	Disponibilidade / Confiabilidade das Evidências
Critérios de Avaliação 1. Efectividade					Forte (Boa)	
					Média (Satisfatória)	
					Pobre (Frac)	
1.1.	Até que ponto as metas de produtos do GTNS foram alcançadas com as mulheres grávidas, crianças com menos de 2 anos e raparigas e rapazes adolescentes?	<ul style="list-style-type: none"> % de metas de produtos alcançadas ou ultrapassadas (desagregadas por sexo e idade, conforme apropriado) 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de progresso dos parceiros de implementação e do PMA para actividades previstas e resultados 	<ul style="list-style-type: none"> Compilação de relatório 	<ul style="list-style-type: none"> Revista/análise do relatório 	Forte
1.2	Até que ponto os principais grupos-alvo do GTNS foram expostos ao modelo de intervenção integrado do projecto?	<ul style="list-style-type: none"> Índice de exposição do programa 	<ul style="list-style-type: none"> Dados da linha final do inquérito 	<ul style="list-style-type: none"> Administração do inquérito de linha final 	<ul style="list-style-type: none"> Análise estatística e contra factual 	Forte
1.3	Até que ponto as metas de indicadores dos resultados em conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) do GTNS foram alcançadas?	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores CAP Até que ponto as metas do indicador de CAP foram alcançadas 	<ul style="list-style-type: none"> Dados dos inquéritos de linha de base e de linha final Dados de inquéritos CAP 	<ul style="list-style-type: none"> Inquéritos de linha de base e de linha final 2 inquéritos CAP 	<ul style="list-style-type: none"> Análise estatística e contra factual 	Forte
1.4	Até que ponto os processos de intervenção e de implementação do GTNS responderam aos desafios e oportunidades emergentes no contexto de implementação?	<ul style="list-style-type: none"> Conformidade no seio da natureza dos desafios, as oportunidades emergentes e as medidas adaptativas tomadas 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com pessoal do PMA e dos parceiros relevantes Entrevistas aprofundadas com informantes e beneficiários nos povoados 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com pessoal do PMA e dos parceiros relevantes Entrevistas aprofundadas com informantes e beneficiários nos povoados 	<ul style="list-style-type: none"> Para cada questão emergente ou oportunidade relevante, dar-se-á uma classificação de qualidade com uma justificação das medidas adaptativas realizadas 	Média
Critérios de Avaliação 2: Eficácia						
2.1.	Até que ponto as actividades do GTNS foram implementadas no prazo, e a duração da implementação das actividades foi favorável à geração de impactos previstos nos principais grupos-alvo?	<ul style="list-style-type: none"> % das actividades do projecto que foram implementadas dentro do prazo % de cada grupo-alvo que recebeu apoio para a duração e a dose pretendidas 	<ul style="list-style-type: none"> Documentos do projecto (planeamento, monitoria, relatório de actividades) Relatórios de progresso de parceiros de implementação Dados do inquérito de linha final Equipa de campo do PMA, equipa dos Parceiros Implementadores Representantes e informantes da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão de documentação relevante Compilação de Relatórios Administração do inquérito de linha final Entrevistas com informantes-chave Entrevistas aprofundadas com informantes dos povoados Grupos focais com beneficiários do sexo masculino e feminino 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão/análise do relatório Análise temática e de padrão dos dados qualitativos Análise do cronograma de implementação Análise estatística e contra factual 	Forte

#	Perguntas de avaliação [de acordo com os TDR]	Medição/Indicador de Sucesso	Principais fontes de Informação	Métodos de Recolha de Dados	Métodos de Análise de Dados	Disponibilidade / Confiabilidade das Evidências
2.2	Até que ponto as intervenções do GTNS estão de acordo com os padrões de qualidade do PMA?	<ul style="list-style-type: none"> Pontuações de concordância de implementação de qualidade para cada componente principal do projecto 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de progresso de parceiros de implementação Dados do inquérito de linha final Equipa de campo do PMA Representantes e informantes da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Compilação de Relatórios Administração do inquérito de linha final Entrevistas aprofundadas 	<ul style="list-style-type: none"> Revista/análise do relatório Análise temática e de padrão dos dados qualitativos Análise estatística e contra factual 	Média
2.3	Dado o contexto e as condições emergentes, até que ponto houve oportunidades para intervir e implementar as intervenções centrais do GTNS de formas alternativas que, provavelmente, teriam levado a resultados semelhantes, mas a um custo menor?	<ul style="list-style-type: none"> Até que ponto as abordagens alternativas podiam ter sido realizadas e provavelmente teriam alcançado um resultado semelhante a um custo menor. 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal do PMA e dos parceiros Representantes e informantes da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas aprofundadas 	<ul style="list-style-type: none"> Análise temática e de padrão dos dados qualitativos 	Média
Critérios de Avaliação 3: Impacto						
3.1.	Até que ponto o GTNS alcançou as suas metas de obter resultados e impactos melhores, por exemplo: melhorar a segurança alimentar e a diversidade da dieta do AF, empoderar as mulheres e melhorar o estado nutricional das crianças menores de cinco anos?	<ul style="list-style-type: none"> Mudança nos indicadores de resultados e impactos nos AFs, mulheres e menores de 2 / 5 anos nas comunidades de intervenção e de controlo 	<ul style="list-style-type: none"> Dados finais e de linha de base dos povoados de intervenção e de controlo 	<ul style="list-style-type: none"> Administração dos inquéritos de linha de base e de linha final sobre AF nos povoados de intervenção e nos de controlo correspondentes 	<ul style="list-style-type: none"> Análise econométrica dos dados de linha de base e de linha final 	Forte
3.2	Há evidências (quantitativas ou qualitativas) de que o GTNS teve diferentes impactos em subgrupos específicos de beneficiários visados, por exemplo: nos de AF relativamente mais favorecidos e mais pobres?	<ul style="list-style-type: none"> Mudança nos indicadores de resultados e impactos entre as diferentes categorias de beneficiários 	<ul style="list-style-type: none"> Dados finais e de linha de base dos povoados de intervenção e de controlo 	<ul style="list-style-type: none"> Administração dos inquéritos de linha de base e de linha final sobre AFs nos povoados de intervenção e nos de controlo correspondentes 	<ul style="list-style-type: none"> Análise econométrica dos dados de linha de base e de linha final, usando testes de interacção para avaliar se houve efeitos diferenciais significativos entre os subgrupos 	Forte
3.3	Os principais componentes do modelo de intervenção do GTNS contribuíram para a geração de impactos, uns mais evidenciados do que outros, ou houve sinergia significativa entre as componentes?	<ul style="list-style-type: none"> Alteração em todos os indicadores de resultados e de impacto do projecto entre os expostos a diferentes combinações de componentes do projecto 	<ul style="list-style-type: none"> Dados finais e de linha de base dos povoados de intervenção e de controlo, incluindo dados sobre a exposição à intervenção recolhidos na linha final Representantes e informantes da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Inquéritos de linha de base e de linha final sobre AFs nos povoados de intervenção e nos de controlo correspondentes Entrevistas aprofundadas com os parceiros de implementação, o governo local e o pessoal de campo do PMA, bem como, com informantes da comunidade Entrevistas aprofundadas com participantes no projecto 	<ul style="list-style-type: none"> Análise econométrica dos dados de linha de base e de linha final Análise temática e de padrão dos dados qualitativos 	Média

#	Perguntas de avaliação [de acordo com os TDR]	Medição/Indicador de Sucesso	Principais fontes de Informação	Métodos de Recolha de Dados	Métodos de Análise de Dados	Disponibilidade / Confiabilidade das Evidências
3.4	O GTNS gerou algum impacto social, ambiental ou económico não previsto ou não intencional, positivo ou negativo, e, se sim, qual a sua importância?	<ul style="list-style-type: none"> Até que ponto o projecto induziu impactos positivos inesperados Até que ponto o projecto induziu impactos negativos inesperados 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal de campo, do PMA Representantes e informantes da comunidade Parceiros de implementação e do governo local 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas aprofundadas com os parceiros de implementação, o governo local e o pessoal de campo do PMA, bem como com informantes da comunidade Discussões de grupos focais com os participantes do projecto 	Análise temática e de padrão dos dados qualitativos	Média
Critérios de Avaliação 4: Sustentabilidade [Reprodutibilidade]⁹³						
4.1	Quais são as principais questões que provavelmente afectarão a sustentabilidade dos principais resultados e impactos do GTNS, e foram tomadas medidas suficientes para resolvê-las? Quais as lacunas que devem ser abordadas, se houver?	<ul style="list-style-type: none"> Até que ponto foram realizadas acções suficientes para abordar cada questão fundamental que afecta a sustentabilidade dos principais resultados e impactos do GTNS 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal de campo, do PMA Representantes e informantes da comunidade Parceiros de implementação e do governo local 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas aprofundadas com os parceiros de implementação, o governo local e o pessoal de campo do PMA, bem como com informantes da comunidade Discussões de grupos focais com os participantes do projecto 	Análise temática e de padrão dos dados qualitativos	Forte
4.2	Em que medida quaisquer dos resultados e impactos evidenciados pelo GTNS provavelmente terão sustentabilidade no futuro? E este potencial varia entre as categorias de beneficiários?	<ul style="list-style-type: none"> Até que ponto os resultados e os impactos evidenciados induzidos pelo GTNS provavelmente terão sustentabilidade no futuro, desagregados por subgrupo 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal de campo, do PMA Representantes e informantes da comunidade Parceiros de implementação e do governo local 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas aprofundadas com os parceiros de implementação, o governo local e o pessoal de campo do PMA, bem como com informantes da comunidade Discussões de grupos focais com os participantes do projecto 	Análise temática e de padrão dos dados qualitativos	Média
4.3	Considerando outros modelos de intervenção possíveis, seria económico reproduzir o modelo de intervenção integrado do GTNS noutras comunidades vizinhas e noutras contextos, ou seria melhor concentrar-se apenas em componentes específicas? Sob que condições essa replicação seria adequada, e deveria em função disso	<ul style="list-style-type: none"> Medida em que as comunidades vizinhas e as de outros contextos poderiam beneficiar do modelo de intervenção integrado do GTNS, em termos de componentes específicas Medida em que condições específicas devem estar ser observadas para apoiar a 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal de campo, do PMA Representantes e informantes da comunidade Parceiros de implementação e do governo local Relatórios relevantes do PMA e do governo 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas aprofundadas com os parceiros de implementação, o governo local e o pessoal de campo do PMA, bem como com informantes da comunidade Compilação do relatório 	<ul style="list-style-type: none"> Análise dos dados sobre a exposição à intervenção relacionados com os participantes e não-participantes do projecto Análise temática e de padrão dos dados qualitativos Síntese/análise dos relatórios 	Forte

⁹³ A dimensão da reprodutibilidade dos critérios de avaliação de DAC faz parte de critérios revistos. Para mais detalhes veja https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/DAC-Criteria/ConsultationReport_EvaluationCriteria.pdf

#	Perguntas de avaliação [de acordo com os TDR]	Medição/Indicador de Sucesso	Principais fontes de Informação	Métodos de Recolha de Dados	Métodos de Análise de Dados	Disponibilidade / Confiabilidade das Evidências
	considerar-se qualquer adaptação? Quais são as barreiras / oportunidades para expandir / replicar o modelo do GTNS?	replicação e as respectivas adaptações ao modelo • Número e tipo de barreiras e oportunidades				

Anexo 4: Ferramentas de Recolha de Dados—Instrumento do Inquérito



Mozambique Gender
Transformative and N

Anexo 5: Lista de Acrónimos

APE	Agentes Polivalentes Elementares
REB	Relatório de Base
CARI	Abordagem Consolidada ao Relatar Indicadores de Segurança Alimentar
CBO	Organizações Baseadas na Comunidade
ACS	Activistas Comunitárias de Saúde
CO	Escritório Nacional
CP	Programas Nacionais
DD	Diferença-na-diferença
DPASA	Direcção Provincial de Agricultura e Segurança Alimentar
DPS	Direcção Provincial de Saúde
ELIM	ELIM Serviços Lda
EM	Gestor de Avaliação
ENA	Avaliação de Nutrição em Emergência
ET	Equipa de Avaliação
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FCS	Pontuação de Consumo Alimentar
FCS-N	Pontuação de Consumo Alimentar – Análise da Qualidade Nutricional
FFA	Assistência Alimentar por Activos
FMA	Assistente de Monitoria no Campo do PMA
GBV	Violência com base no género
GDP	Produto Bruto Interno
GEWE	Igualdade do Género e Empoderamento das Mulheres
GNR	Relatório Global da Nutrição
GTNS	Projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição
GT-PAMRDC	Grupo de Técnico do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da desnutrição Crónica
HAZ	Postuações do índice Altura-para-a-idade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HDI	Índice do Desenvolvimento Humano
HDDS	Pontuação da Diversidade da dieta do Agregado Familiar
ICA	Análise Contextual Integrada
ICRAF	Centro Internacional para a Investigação Agroflorestal/ Agroflorestal Mundial
IR	Relatório Inicial
IPC	Classificação Integrada de Fases
MAD	Dieta Mínima Aceitável
MAD-W	Dieta Mínima Aceitável para Mulheres
MAM	Desnutrição Aguda Moderada
N	Observações do Tamanho da Amostra
NEGD	Concepção do Grupo Não-equivalente
NGO	Organização Não-Governamental
ODK	Ferramenta de Dados Aberto
PHL	Perda Pós-Colheita
PMS	Adequação da Pontuação da Propensão
PRO-WEAI	Projecto de Empoderamento da Mulher- Índice Agrícola
RB	Escritório Regional
CMSC	Comunicação para Mudança Social e de Comportamento
SDAE	Serviços Distritais de Actividades Económicas
SDSMAS	Serviços Distritais da Saúde, Mulher e Acção Social
SE	Erro Padrão
SDGs	Metas de Desenvolvimento Sustentável
TEA	Técnico Extensionista de Agricultura
TdR	Termos de Referência
UNDAF	Quadro de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WAZ	Pontuações do índice de Peso-para-a-idade
WDI	Indicadores de Desenvolvimento Mundial

WEAI	Índice Agrícola de Empoderamento da Mulher
PMA	Programa Mundial para a Alimentação
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHZ	Pontuações do índice de Peso-para-a-altura
2SLS	Mínimo quadrado de duas etapas

Anexo 6: Número dos Agregados Familiares Inquiridos, por povoado

Povoados de Intervenção	AFs amostrados	Povoados de controlo	AFs amostrados
Bangwe	9	Cado Sede	6
Nhasulu	16	Mitoto	7
Zenguerere	2	Nhabobobo	2
Bucha	8	Ntchena	8
Castela	4	Nhacaimbe 2	5
Fernando	7	Nhacalickhatiwe	5
Nhancaca/Xitenge	6	Nhamissadze	8
Andrassone	5	Nhacatondo	8
Cassume	7	Capanga	7
Nhacagulagua 1	7	Cawiwe 1	8
Nhacagulagua 2	4	Chindio	8
Nhkuiyoyo	3	Maswe	5
Tsera	5	Nguirande	8
Mandue	8	Djane 1	7
Melo 1	11	Djane 2	6
Melo 2	9	Nhansinde	6
Nhacavunvu	5	Thava	8
Nhapwete	5	Djequicene	7
Deve	4	Panzala	6
Francalino	6	Swinda	8
Mulima-sede	14	Leite 1	8
Nhangue	4	Leite 2	7
Niquice	10	Matope	8
Ofece	11	Nhambeu	8
Thenda	8	Nhabswimbira	8
Zomdane 1	5	Bairro Chave	7
Zomdane 2	8	Bairro Jovem	9
Mateus/Nhansululue	4	Missirissire	8
Muandinhoza	9	Cnemba sede	2
Nhamazonde	10	Colofite	8
Nhatsetse	13	Correia	9
Tomucene 1	7	Catondo	5
Tomucene 2/Thimba	6	Nhabatua 1	7
Xavier	6	Nhabatua 2	8
Bhaumbha	1	Nhazemba 2	8
Dzunga 1	8	Ntunga	5
Dzunga 2	3	Nhacavungute	5
Nhalunga	5	Ndango	5
Nhambhandha	8	Alfinar	7
Nharugue	4	Bero 2	5
Shonsua	6	Goe sede	4
Arnelo	5	Nhambata	8
Candima	5	Estacha	8
Fumbe 1	8	Julinho	5
Fumbe 2	5	Mponha	8
Nhamaliwa	4	Nhacanzira 1	5
Nhamingale	6	Sossoto	5
		Macasado	5
		Nhatchetcha	8
Total	314		326

Nota: A meta original (instruções) era inquirir oito agregados familiares por povoado.

Anexo 7: Atitudes em relação às práticas recomendadas (resultados para cada prática)

Como se verifica na Tabela A7.1, cerca de 68% das mulheres do grupo de controlo concordam que uma criança com dificuldades respiratórias é motivo de preocupação, em comparação com 57% das mulheres nos povoados de intervenção. Além disso, 6% do grupo de controlo e 13% do grupo de intervenção discordam desta afirmação, respectivamente. As mulheres nos povoados de intervenção são, portanto, ligeiramente menos propensas a ter uma atitude positiva em relação a este indicador.

Tabela A7.1: Diferença média na proporção de atitude das mulheres em relação à dificuldade de respiração da criança

Variável	Controlo ¹ Média (SE)	Intervenção ² Média (SE)	diff (2-1) (SE)
A dificuldade de respiração, com respirações curtas e rápidas, é um sinal de perigo para uma criança?			
Concordo	0.683 (0.466)	0.571 (0.496)	-0.112** (0.051)
Concordo parcialmente	0.157 (0.365)	0.156 (0.364)	-0.001 (0.031)
Discordo	0.063 (0.244)	0.130 (0.337)	0.067** (0.033)
Não sei	0.097 (0.296)	0.143 (0.351)	0.046 (0.030)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

4 A Tabela A7.2 compara as atitudes das mulheres em relação ao uso de contraceptivos para evitar a gravidez e facilitar o aumento do espaçamento das gravidezes. Metade das mulheres dos povoados de intervenção e de controlo referiu não saber desta relação, quando esta questão as foi colocada. Em particular, 10% das mulheres nos povoados de intervenção discordaram da afirmação, em comparação com 18% nos povoados de intervenção.

Tabela A7.2: Diferença média na proporção de mulheres com diferentes atitudes para com o uso de contraceptivos para fins de espaçamento da gravidez, e o seu impacto na saúde da mãe e do bebé

Variável	Controlo ¹ Média (SE)	Intervenção ² Média (SE)	diff (2-1) (SE)
O uso de contraceptivos para aumentar o espaçamento da gravidez melhorará a sua saúde e a do bebé?			
Concordo	0.301 (0.459)	0.239 (0.427)	-0.062 (0.047)
Concordo parcialmente	0.103 (0.305)	0.089 (0.285)	-0.015 (0.030)
Discordo	0.096 (0.295)	0.183 (0.388)	0.087*** (0.033)
Não sei	0.500 (0.501)	0.489 (0.501)	-0.011 (0.061)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

5 A Tabela A7.3 apresenta e compara as proporções de diferentes atitudes das mulheres para com o uso de métodos de planeamento familiar por mulheres jovens. Pouco mais da metade das mulheres dos povoados de intervenção e de controlo responderam que não sabiam. Para as mulheres que expressaram ter uma opção,

aproximadamente metade concordou e metade discordou, sem haver diferenças estatisticamente significativas entre as povoados de intervenção e as de controlo.

Tabela A7.3: Diferença média na proporção de atitudes de mulheres com a segurança dos métodos de planeamento familiar em mulheres jovens

Variável	Controlo (1) Média	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Uma jovem que nunca esteve grávida pode usar um método de planeamento familiar sem risco para a sua fertilidade?			
Concordo	0.129 (0.336)	0.114 (0.318)	-0.015 (0.031)
Concordo parcialmente	0.099 (0.299)	0.091 (0.288)	-0.008 (0.030)
Discordo	0.220 (0.415)	0.275 (0.447)	0.055 (0.052)
Não sei	0.552 (0.498)	0.520 (0.500)	-0.032 (0.050)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

6 A Tabela A7.4 apresenta os resultados das às atitudes das entrevistadas em relação ao casamento prematuro. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as povoados de intervenção e as de controlo. No entanto, uma percentagem ligeiramente superior das mulheres nos povoados de controlo concordou ou concordou parcialmente com a afirmação (44% contra 34%). Mais de um terço das mulheres em ambas as povoados relataram que não sabiam.

Tabela A7.4: Diferença média na proporção de atitudes das mulheres para com o casamento prematuro e as suas consequências negativas

Variável	Controlo (1) Médio	Intervenção (2) Média	Dif. (2-1)
Casar antes dos 18 anos traz consequências negativas para as raparigas?			
Concordo	0.326 (0.470)	0.264 (0.442)	-0.062 (0.048)
Concordo parcialmente	0.112 (0.316)	0.078 (0.269)	-0.034 (0.030)
Discordo	0.187 (0.390)	0.242 (0.429)	0.055 (0.040)
Não sei	0.375 (0.485)	0.416 (0.494)	0.041 (0.043)
Observações	326	314	640

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01; erros padrão entre parênteses e agrupados ao nível do povoado; pesos de amostragem usados para ajustar as diferenças na população nos povoados de intervenção e de controlo

Anexo 8: Tabelas e gráficos antropométricos complementares

Tabela A8.1: Prevalência de desnutrição crónica, desnutrição aguda e do baixo-peso em crianças de 6 a 59 meses de idade

Variável	Crianças de 6 a 59 meses								
	Combinado			Sexo Feminino			Sexo Masculino		
	Controlo ¹	Tratamento ²	Dif	Controlo ³	Tratamento ⁴	Dif	Controlo ⁵	Tratamento ⁶	Dif
Média	Média	(2)-(1)	Média	Média	(4)-(3)	Média	Média	(6)-(5)	
Altura para a idade (HAZ)									
Atraso no crescimento	0.372 (0.484)	0.391 (0.489)	0.019 (0.577)	0.346 (0.477)	0.359 (0.481)	0.013 (0.785)	0.396 (0.490)	0.419 (0.494)	0.024 (0.640)
Atraso no crescimento moderado	0.216 (0.412)	0.282 (0.450)	0.066** (0.022)	0.206 (0.405)	0.224 (0.418)	0.018 (0.633)	0.225 (0.418)	0.333 (0.472)	0.109** (0.012)
Atraso no crescimento grave	0.156 (0.364)	0.109 (0.312)	0.047** (0.018)	0.140 (0.348)	0.136 (0.343)	-0.005 (0.887)	0.171 (0.377)	0.086 (0.281)	-0.085*** (0.008)
Peso para a idade (WAZ)									
Baixo peso	0.249 (0.433)	0.222 (0.416)	-0.028 (0.432)	0.205 (0.404)	0.234 (0.425)	0.030 (0.492)	0.290 (0.455)	0.210 (0.408)	-0.080 (0.105)
Baixo peso moderado	0.183 (0.387)	0.164 (0.371)	-0.019 (0.517)	0.144 (0.352)	0.179 (0.385)	0.035 (0.344)	0.219 (0.414)	0.150 (0.358)	-0.069 (0.106)
Baixo peso grave	0.066 (0.249)	0.058 (0.233)	-0.008 (0.651)	0.060 (0.238)	0.055 (0.228)	-0.005 (0.855)	0.071 (0.258)	0.060 (0.238)	-0.011 (0.647)
Peso para altura (WHZ)									
Desnutrição aguda	0.087 (0.282)	0.055 (0.227)	-0.032* (0.095)	0.082 (0.275)	0.050 (0.218)	-0.032 (0.202)	0.091 (0.288)	0.059 (0.236)	-0.032 (0.211)
Desnutrição aguda moderado	0.081 (0.273)	0.041 (0.197)	0.041** (0.017)	0.076 (0.266)	0.030 (0.172)	-0.046** (0.028)	0.085 (0.280)	0.050 (0.218)	-0.036 (0.136)
Desnutrição aguda grave	0.006 (0.075)	0.014 (0.118)	0.008 (0.305)	0.006 (0.075)	0.019 (0.138)	0.014 (0.337)	0.006 (0.075)	0.009 (0.096)	0.004 (0.605)
Sobrepeso	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 ()	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 ()	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 ()
Obesidade	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

	(0.000)	(0.000)	()	(0.000)	(0.000)	()	(0.000)	(0.000)	()
Perímetro Braquial (PB)									
Desnutrição aguda global	0.123 (0.329)	0.081 (0.273)	-0.042 (0.129)	0.178 (0.383)	0.083 (0.276)	-0.095** (0.010)	0.072 (0.259)	0.080 (0.271)	0.007 (0.833)
Desnutrição aguda moderada	0.106 (0.308)	0.068 (0.253)	-0.037 (0.143)	0.146 (0.353)	0.066 (0.249)	-0.080** (0.016)	0.069 (0.254)	0.070 (0.256)	0.002 (0.965)
Desnutrição aguda grave	0.012 (0.110)	0.008 (0.090)	-0.004 (0.597)	0.026 (0.158)	0.007 (0.082)	-0.019 (0.215)	0.000 (0.000)	0.009 (0.096)	0.009* (0.093)
Observações	511	486	997	244	235	479	267	251	518

Notas: As crianças com atraso no crescimento incluem tanto as com atraso moderado como as com atraso grave. As crianças com desnutrição aguda são a soma das crianças com desnutrição aguda moderada e grave. As crianças com baixo peso também incluem a soma das crianças que estão moderada e gravemente abaixo do peso. O valor exibido para os testes de *t* são as diferenças nas médias entre os grupos. Os erros-padrão são agrupados no *código vil* variável. As observações são ponderadas, usando o *peso vil* variável como peso *p*. ***, ** e * indicam a significância no nível crítico de 1, 5 e 10 por cento, respectivamente.

Tabela A8.2: Prevalência da desnutrição crónica, do desnutrição aguda e do baixo-peso na área das amostras de controlo, por sexo

Variável	Amostra dos povoados de controlo								
	Combinada			Crianças de 6 a 23 meses			Crianças de 24 a 59 meses		
	Feminino ¹	Masculino ²	Dif	Feminino ³	Masculino ⁴	Dif	Feminino ⁵	Masculino ⁶	Dif
Média	Média	(2)-(1)	Média	Média	(4)-(3)	Média	Média	(6)-(5)	
Altura para a idade (HAZ)									
Atraso no crescimento	0.346 (0.477)	0.396 (0.490)	0.050 (0.267)	0.262 (0.441)	0.398 (0.491)	0.136*** (0.005)	0.494 (0.503)	0.389 (0.491)	-0.105 (0.215)
Atraso no crescimento moderado	0.206 (0.405)	0.225 (0.418)	0.019 (0.622)	0.158 (0.366)	0.238 (0.427)	0.079 (0.102)	0.290 (0.456)	0.190 (0.395)	-0.099 (0.190)
Atraso no crescimento grave	0.140 (0.348)	0.171 (0.377)	0.031 (0.409)	0.104 (0.306)	0.160 (0.368)	0.056 (0.156)	0.205 (0.405)	0.199 (0.402)	-0.006 (0.940)
Peso para a idade (WAZ)									
Baixo peso	0.205 (0.404)	0.290 (0.455)	0.085** (0.033)	0.191 (0.394)	0.307 (0.462)	0.116** (0.010)	0.229 (0.422)	0.246 (0.433)	0.017 (0.816)
Baixo peso moderado	0.144 (0.352)	0.219 (0.414)	0.074** (0.034)	0.130 (0.337)	0.228 (0.420)	0.098** (0.015)	0.170 (0.378)	0.194 (0.398)	0.024 (0.703)
Baixo peso grave	0.060 (0.238)	0.071 (0.258)	0.011 (0.584)	0.061 (0.240)	0.079 (0.270)	0.018 (0.534)	0.059 (0.236)	0.052 (0.223)	-0.007 (0.871)
Peso para a altura (WHZ)									
Desnutrição aguda	0.082 (0.275)	0.091 (0.288)	0.009 (0.696)	0.099 (0.299)	0.114 (0.318)	0.015 (0.643)	0.053 (0.224)	0.032 (0.177)	-0.021 (0.440)
Desnutrição aguda moderado	0.076 (0.266)	0.085 (0.280)	0.009 (0.692)	0.090 (0.287)	0.106 (0.308)	0.016 (0.616)	0.053 (0.224)	0.032 (0.177)	-0.021 (0.440)
Desnutrição aguda grave	0.006 (0.075)	0.006 (0.075)	-0.000 (0.999)	0.009 (0.094)	0.008 (0.089)	-0.001 (0.902)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Sobrepeso	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Obesidade	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Perímetro Braquial (PB)									
Desnutrição aguda global	0.178 (0.383)	0.072 (0.259)	-0.106*** (0.000)	0.256 (0.438)	0.100 (0.300)	-0.157*** (0.000)	0.039 (0.195)	0.000 (0.000)	-0.039* (0.055)
Desnutrição aguda moderada	0.146 (0.353)	0.069 (0.254)	-0.077*** (0.003)	0.211 (0.409)	0.095 (0.294)	-0.116*** (0.004)	0.030 (0.172)	0.000 (0.000)	-0.030* (0.096)
Desnutrição aguda grave	0.026 (0.158)	0.000 (0.000)	-0.026* (0.079)	0.040 (0.196)	0.000 (0.000)	-0.040* (0.073)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Observações	244	267	511	165	198	363	79	69	148

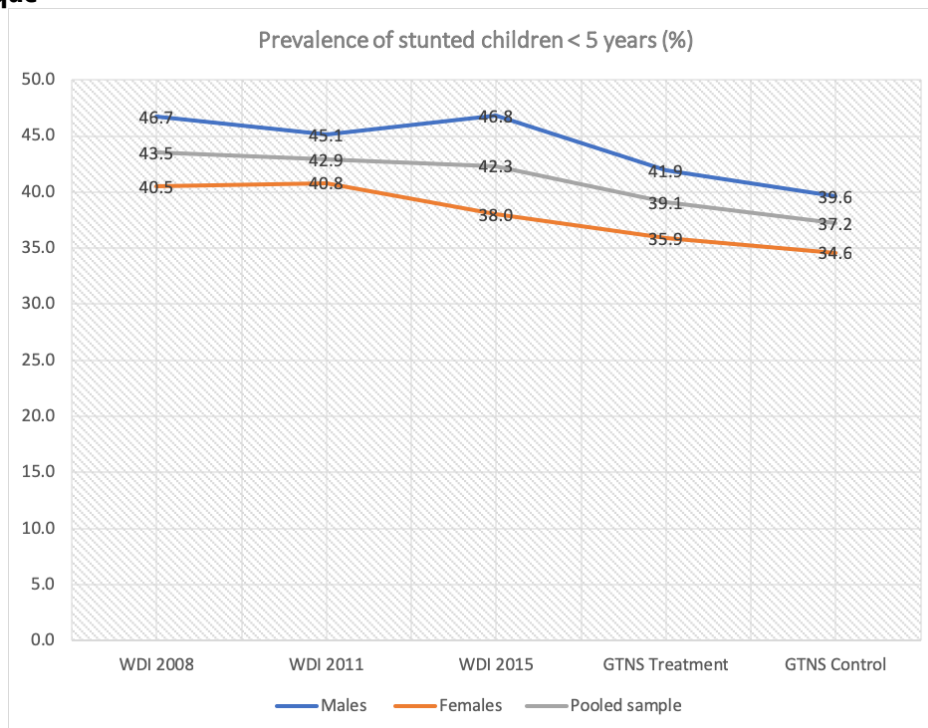
Notas: As crianças com atraso no crescimento incluem tanto as com atraso moderado como as com atraso grave. As crianças com desnutrição aguda são a soma das crianças com desnutrição aguda moderada e grave. As crianças com baixo peso também incluem a soma das crianças que estão moderada e gravemente abaixo do peso. O valor exibido para os testes de *t* são as diferenças nas médias entre os grupos. Os erros-padrão são agrupados no código *vil* variável. As observações são ponderadas, usando o *peso vil* variável como peso *p*. ***, ** e * indicam a significância no nível crítico de 1, 5 e 10 por cento, respectivamente.

Tabela A8.3: Prevalência da desnutrição crónica, do desnutrição aguda e do baixo-peso na amostra dos povoados de intervenção, por sexo

Variável	Amostra dos povoados de intervenção								
	Combinado			Crianças de 6 a 23 meses			Crianças de 24 a 59 meses		
	Feminino ¹	Masculino ²	Dif	Feminino ³	Masculino ⁴	Dif	Feminino ⁵	Masculino ⁶	Dif
Média/SE	Média/SE	(2)-(1)	Média/SE	Média/SE	(4)-(3)	Média/SE	Média/SE	(6)-(5)	
Altura para a idade (HAZ)									
Atraso no crescimento	0.359 (0.481)	0.419 (0.494)	0.060 (0.304)	0.250 (0.435)	0.396 (0.491)	0.145** (0.041)	0.569 (0.499)	0.454 (0.500)	-0.114 (0.180)
Atraso no crescimento moderado	0.224 (0.418)	0.333 (0.472)	0.109** (0.020)	0.157 (0.365)	0.296 (0.458)	0.139** (0.022)	0.352 (0.481)	0.389 (0.490)	0.037 (0.641)
Atraso no crescimento grave	0.136 (0.343)	0.086 (0.281)	-0.050 (0.201)	0.093 (0.291)	0.100 (0.301)	0.007 (0.879)	0.217 (0.415)	0.065 (0.248)	-0.151* (0.051)
Peso para a idade (WAZ)									
Baixo peso	0.234 (0.425)	0.210 (0.408)	-0.024 (0.615)	0.207 (0.406)	0.281 (0.451)	0.074 (0.191)	0.288 (0.456)	0.107 (0.310)	-0.181** (0.046)
Baixo peso moderado	0.179 (0.385)	0.150 (0.358)	-0.029 (0.492)	0.162 (0.370)	0.184 (0.389)	0.022 (0.662)	0.213 (0.412)	0.100 (0.302)	-0.112 (0.192)
Baixo peso grave	0.055 (0.228)	0.060 (0.238)	0.005 (0.878)	0.045 (0.207)	0.097 (0.296)	0.052 (0.256)	0.075 (0.265)	0.006 (0.079)	-0.069 (0.157)
Peso para a altura (WHZ)									
Desnutrição aguda	0.050 (0.218)	0.059 (0.236)	0.009 (0.704)	0.056 (0.231)	0.099 (0.300)	0.043 (0.254)	0.037 (0.190)	0.000 (0.000)	-0.037 (0.118)
Desnutrição aguda moderado	0.030 (0.172)	0.050 (0.218)	0.019 (0.325)	0.027 (0.163)	0.084 (0.278)	0.057* (0.066)	0.037 (0.190)	0.000 (0.000)	-0.037 (0.118)
Desnutrição aguda grave	0.019 (0.138)	0.009 (0.096)	-0.010 (0.463)	0.029 (0.169)	0.016 (0.124)	-0.014 (0.507)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Sobrepeso	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Obesidade	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Perímetro Braquial (PB)									
Desnutrição aguda global	0.083 (0.276)	0.080 (0.271)	-0.003 (0.936)	0.118 (0.324)	0.113 (0.317)	-0.005 (0.920)	0.015 (0.124)	0.032 (0.176)	0.016 (0.642)
Desnutrição aguda moderada	0.066 (0.249)	0.070 (0.256)	0.005 (0.901)	0.092 (0.290)	0.097 (0.297)	0.005 (0.928)	0.015 (0.124)	0.032 (0.176)	0.016 (0.642)
Desnutrição aguda grave	0.007 (0.082)	0.009 (0.096)	0.002 (0.743)	0.010 (0.102)	0.016 (0.124)	0.005 (0.657)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0)
Observações	235	251	486	164	166	330	71	85	156

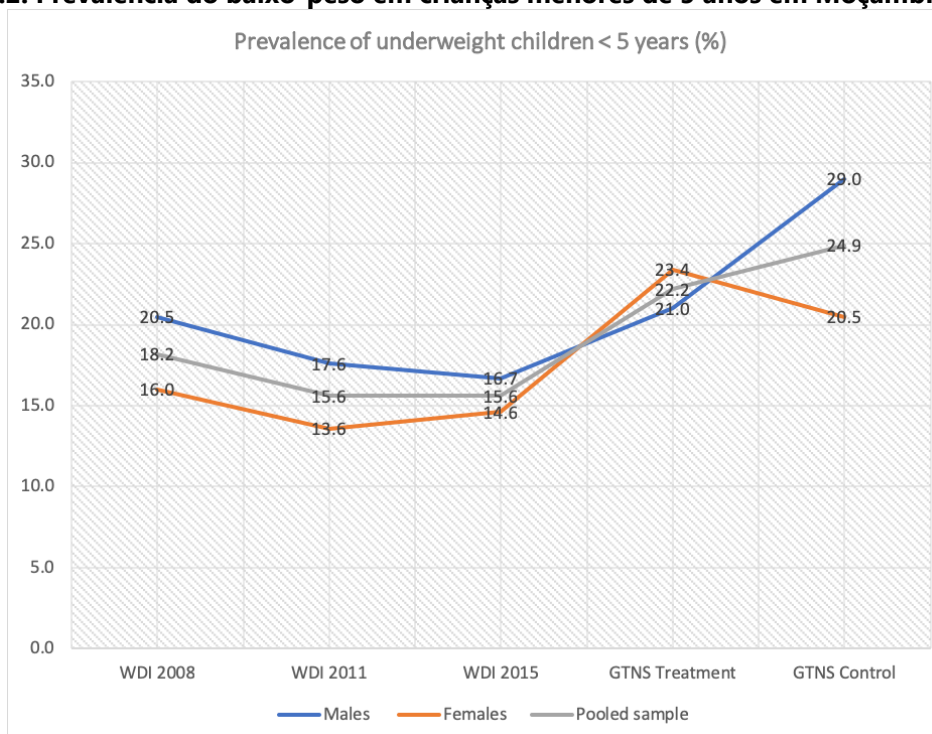
Notas: As crianças com atraso no crescimento incluem tanto as com atraso moderado como as com atraso grave. As crianças com desnutrição aguda são a soma das crianças com desnutrição aguda moderada e grave. As crianças com baixo peso também incluem a soma das crianças que estão moderada e gravemente abaixo do peso. O valor exibido para os testes de *t* são as diferenças nas médias entre os grupos. Os erros-padrão são agrupados no código *vil* variável. As observações são ponderadas, usando o *peso vil* variável como peso *p*. ***, ** e * indicam a significância no nível crítico de 1, 5 e 10 por cento, respectivamente.

Figura A8.1: Prevalência da desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos em Moçambique



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses) de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e 2015 (UNICEF et al., 2016). As estimativas do GTNS baseiam-se em dados antropométricos de 997 crianças avaliadas num inquérito de base em 2020, no distrito de Chemba, em Moçambique.

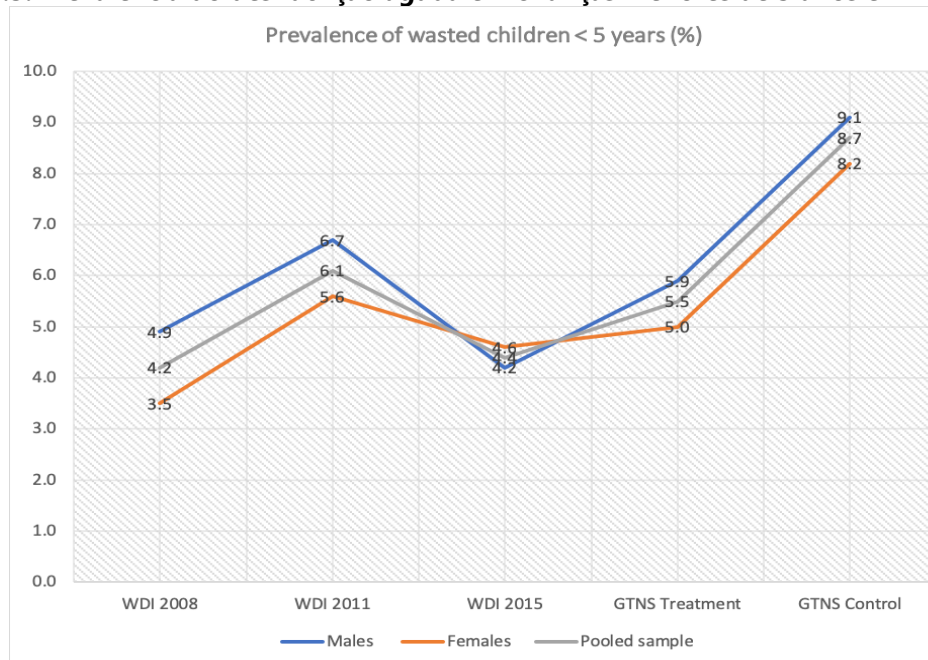
Figura A8.2: Prevalência do baixo-peso em crianças menores de 5 anos em Moçambique



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses) de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e

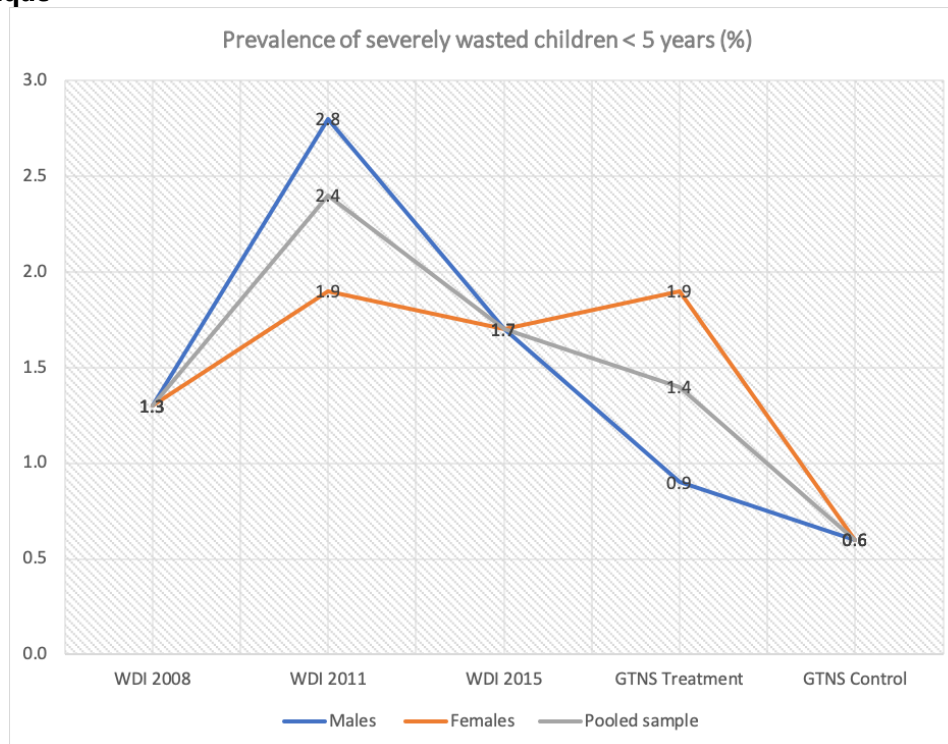
2015 (UNICEF et al., 2016). As estimativas do GTNS baseiam-se em dados antropométricos de 997 crianças avaliadas num inquérito de base em 2020, no distrito de Chemba, em Moçambique.

Figura A8.3: Prevalência do desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos em Moçambique



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses) de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e 2015 (UNICEF et al., 2016). As estimativas do GTNS baseiam-se em dados antropométricos de 997 crianças avaliadas num inquérito de base em 2020, no distrito de Chemba, em Moçambique.

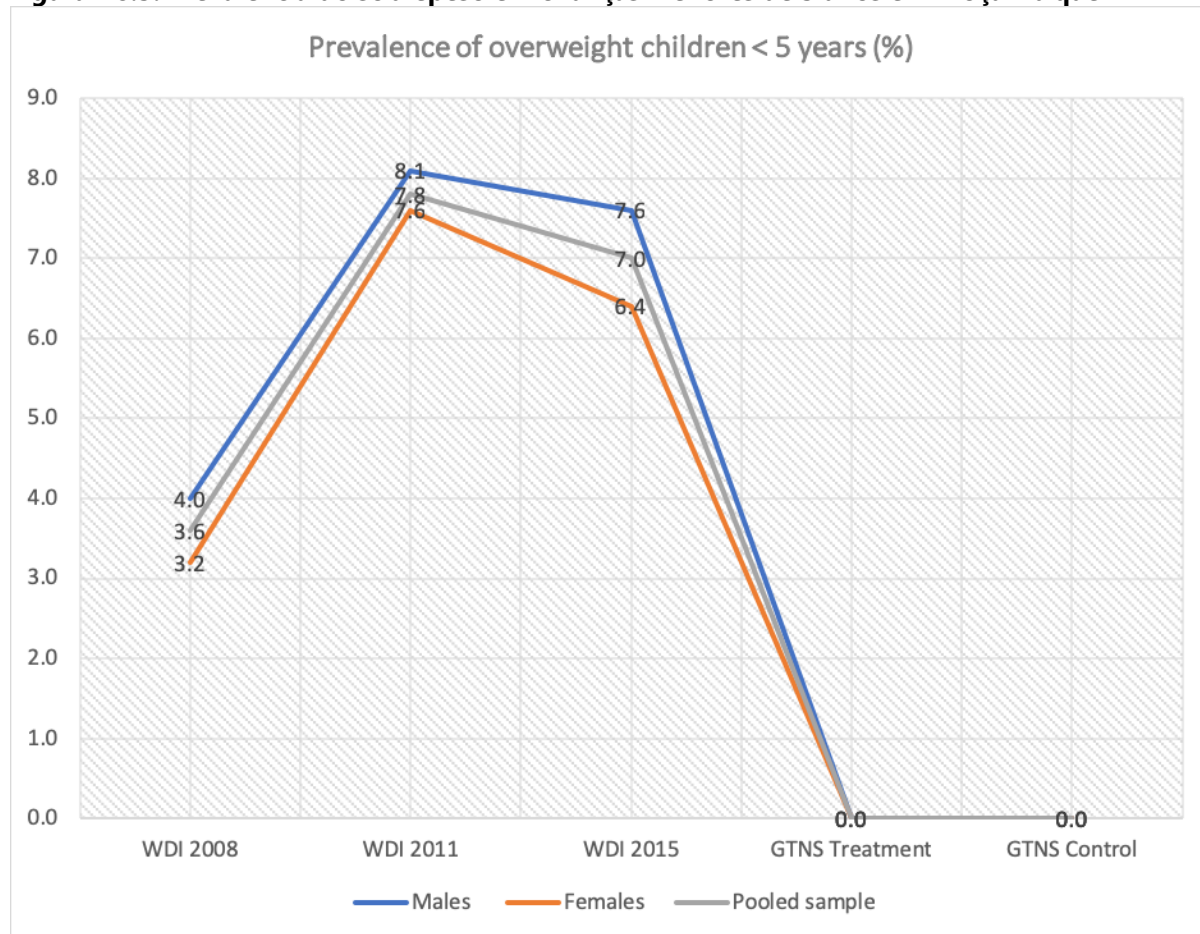
Figura A8.4: Prevalência do desnutrição aguda grave em crianças menores de 5 anos em Moçambique



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses) de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e

2015 (UNICEF et al., 2016). As estimativas do GTNS baseiam-se em dados antropométricos de 997 crianças avaliadas num inquérito de base em 2020, no distrito de Chemba, em Moçambique.

Figura A8.5: Prevalência do sobrepeso em crianças menores de 5 anos em Moçambique



Notas: Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI) são estimativas de desnutrição infantil (0 a 59 meses) de Moçambique, com base em dados de inquéritos nacionais harmonizados pela UNICEF, OMS e Banco Mundial para os anos de 2008, 2011 e 2015 (UNICEF et al., 2016). As estimativas do GTNS baseiam-se em dados antropométricos de 997 crianças avaliadas num inquérito de base em 2020, no distrito de Chemba, em Moçambique.

Anexo 9: Componentes e orçamento detalhados do projecto

Lógica da Intervenção

O mecanismo do impacto do GTNS reflecte a política e as orientações internacionais que postulam que para reduzir a desnutrição crónica é necessário uma programação multisectorial e com vários actores. O PMA, com a sua experiência na área de segurança alimentar e nutrição, concentrar-se-á num projecto sensível à nutrição que abrange os sectores da agricultura, do género, da saúde e de água e saneamento, abordando, assim, simultaneamente vários factores subjacentes à desnutrição (ver Figura 2 Mecanismo de Impacto do Projecto).

Mecanismo de Impacto do Projecto

O projecto irá empoderar mulheres e raparigas adolescentes e contribuir para a redução da desnutrição crónica de crianças menores de cinco anos, o coincide com o objectivo de longo prazo do Programa Quinquenal do Governo (PQG) 2015-2019, apoiado pelo Plano Estratégico Nacional do PMA de Moçambique 2017- 2021 (ver Figura 2). O PQG é ainda apoiado pela priorização da redução da desnutrição crónica no âmbito do Plano de Acção Multisectorial Nacional para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC), 2011-2020 e da Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional 2008-2015 (ver figura 2, na página 7).⁹⁴

Grupo-alvo

O número total dos beneficiários primários é de 1.500 agregados familiares (7.500 indivíduos), incluindo, pelo menos, 500 mulheres grávidas, 500 raparigas adolescentes e 750 crianças menores de dois anos. Os beneficiários secundários são 5.000 agregados familiares (25.000 membros da comunidade) através das actividades de CMSC.

Os esforços de atingir os beneficiários primários concentrar-se-ão nos primeiros 1.000 dias de vida, contados desde a concepção até a criança completar dois anos de idade. Esta é a oportunidade de entrada reconhecida internacionalmente com impacto na desnutrição crónica. Portanto, o projecto terá como alvo agregados familiares vulneráveis que satisfazem aos critérios abaixo.⁹⁵

Agregados familiares com uma mulher grávida ou; uma criança menor de dois anos ou; uma rapariga adolescente ou; uma mulher com fistula obstétrica.⁹⁶

Os beneficiários secundários do programa incluem:

- 208 Activistas Comunitários de Saúde (138 homens e 70 mulheres) treinados em melhores práticas de diversidade da dieta e no planeamento familiar, e envolvidos na geração de demanda por alimentos nutritivos, serviços de saúde sexual e reprodutiva e serviços básicos de saúde infantil.
- 40 agricultores líderes (36 homens e 4 mulheres) treinados em gestão e tecnologia pós-colheita e nas melhores práticas de diversidade da dieta.
- Pelo menos 2 comerciantes agrícolas contratados para fornecer produtos de armazenamento hermético a nível da comunidade.
- Pelo menos 1 estação de rádio comunitária e o seu pessoal envolvidos no projecto para disseminar mensagens e programas sobre a diversidade alimentar, os impactos negativos do casamento prematuro, os impactos positivos do acesso aos SSR e aos serviços básicos de saúde infantil, e sobre tecnologias de gestão de perdas pós-colheita usando vários métodos, incluindo difusão de debates, discussões e radionovelas.

⁹⁴ A Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional 2008-2015 continua a ser válida. Foi revista e está a aguardar o aval oficial. Será válida de 2020 a 2030.

⁹⁵ A selecção dos agregados familiares dará preferência aos agregados que cumprem os critérios e têm membros com deficiência, familiares com doenças crónicas, idosos com responsabilidade por crianças, agregados familiares chefiados por mulheres e agregados familiares chefiados por crianças.

⁹⁶ Com base em discussões com o UNFPA, inclui-se a fistula obstétrica como uma categoria própria, pois afecta desproporcionalmente mães adolescentes, leva ao isolamento social e à baixa qualidade de vida.

- Pelo menos 5.000 agregados familiares (25.000 indivíduos) beneficiam das actividades de CMSC através de mensagens relacionadas com a diversidade da dieta, os impactos negativos do casamento prematuro, os impactos positivos do acesso a SSR e serviços básicos de saúde infantil e tecnologias de gestão de perdas pós-colheita usando vários métodos, incluindo difusão radiofónica de debates, discussões e radionovelas.

Discriminação Detalhada dos Componentes

1. Assistência Alimentar para Activos (FFA)

Distribuições de Cestas de Alimentos em paralelo a activos sensíveis ao género e à nutrição estabelecidos ao nível das comunidades e do agregado familiar para melhorar o acesso a uma grande variedade de alimentos, incluindo proteínas de origem animal, e para contribuir para a gestão de riscos climáticos. As actividades a serem realizadas para cada fase de implementação da FFA:

Parceiro de implementação: **Visão Mundial**, no primeiro ciclo, e **CEFA** após o primeiro ciclo

- Distribuições de cestas básicas padrão;
- Criação de activos do agregado familiar, compostos por um pacote padrão de activos sensíveis ao género e à nutrição;
- Criação de activos comunitários com base em processos de planificação participativa destinada à selecção de activos comunitários sensíveis à nutrição;
- Comunicação para a mudança social e de comportamento destinada a melhorar a diversidade da dieta.

2. Tecnologia de gestão de Perdas Pós-Colheita (PHL)

Tecnologias apropriadas adoptadas por pequenos agricultores, mulheres e homens, para reduzir as perdas pós-colheita e melhorar a disponibilidade de alimentos.

Parceiros de implementação: - **agricultores líderes da comunidade**,

- **HELVETAS**, e

- **os Serviços Distritais de Actividades Económicas**.

- Realização de treinamentos sobre as perdas pós-colheita, incluindo o processamento, a conservação e o armazenamento de alimentos;
- Geração de demanda para a adopção de tecnologias de perdas pós-colheita.

3. Comunicação para a Mudança Social e Comportamental (CMSC)

A Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento foi implementada para aumentar e melhorar os conhecimentos, as atitudes e as práticas relacionadas com o casamento prematuro, a saúde sexual e reprodutiva, a nutrição e os cuidados sobre as doenças infantis básicas. A componente de CMSC é implementado pela Pathfinder International e a PCI Media, em coordenação com os serviços de saúde distritais (SDSMAS).

A Pathfinder, em coordenação com os SDSMAS irá implementar:

- Mensagens interpessoais e educação, fornecidas por activistas comunitários de saúde e referências aos principais serviços de saúde para a saúde sexual e reprodutiva e as doenças infantis.
- Clubes de diálogo comunitário, relacionados com a igualdade de género e o empoderamento das mulheres. As áreas temáticas incluirão papéis e normas de género, a tomada de decisão no agregado familiar, a análise da dinâmica de poder, o casamento prematuro, o planeamento familiar e a nutrição materna, dos bebés e crianças, entre outros tópicos a serem seleccionados com a comunidade.

O PCI Media irá implementar:

- A rádio comunitária transmite spots de rádio, debates ao vivo e radionovelas.

Divisão Orçamental para os Componentes

Dos 3.000.000 EUR concedidos ao projecto de 2,5 anos, a divisão entre os diferentes componentes é como se segue:

Figura A8.6: Divisão orçamental do GTNS, por componente