



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

ESTRATÉGIA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

2019 - 2024 (2029)

Ficha Técnica

Título: Estratégia Nacional de Alimentação Infantil, 2019-2024 (2028).

Coordenação e Edição: MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.

Autor: MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.

Colaboradores:

Marla Amaro (MISAU, Departamento de Nutrição)
Lucinda Manjama (MISAU, Departamento de Nutrição)
Cândido Começar (MISAU, Departamento de Nutrição)
Elda Famba (MISAU, Departamento de Nutrição)
Melanie Rodrigues (Anteriormente MISAU, Departamento de Nutrição)
Ana Cala (MISAU, Departamento de Qualidade e Humanização)
Gizela Azambuja (MISAU, Departamento de Saúde Materno-Infantil)
Celeste Camloi Bila (FHI360 /FANTA III)
Stelio Albino (FHI360/FANTA III)
Paula Cuco (FHI360/FANTA III)
Tina Lloren (FHI360/FANTA III)
Kali Erickson (Consultora para FANTA III)
Iracema Barros (MCSP)
Melanie Picolo (MCSP)
Cláudia Fidalgo (ANSA)
Lourdes Fidalgo (ANSA)
Cristina Chibindji (IBFAN)
Ara Emílio (SETSAN)
Isabel Trindade (SETSAN)
Neusa Pinto (OMS)
Nélia Mutisse(OMS)
Sónia Khan (UNICEF)
Júlia Nhancule (UNICEF)
Armanda Gani (UNICEF)
Nadia Osman (GAIN)
Paula Vilaça (Ariel Glaser)
Mércia Tembe (FDC)
Sara Paulino (PMA)
Svetlana K. Drivdale (PATH).

Agradecimentos institucionais: FANTA/FHI 360, USAID/Moçambique, UNICEF, OMS, ANSA, MCSP, GAIN, IBFAN, PMA, MISAU-DEPROS, INNOQ, SETSAN, MGCAS, MITESS, CIP, Fundação Ariel Glaser, FDC, PATH.

Formato: FANTA/FHI 360, USAID/Mozambique.

© Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição, Janeiro de 2019.

Prefácio

Moçambique abraçou a meta de melhoria do estado nutricional das crianças nos primeiros dois anos de vida, através do seu foco multisectorial sobre o combate à Desnutrição Crónica por meio da melhoria da saúde, segurança alimentar e alimentação infantil. A promoção da alimentação infantil é uma peça crucial e sensível na área de nutrição, e está no centro de uma abordagem multisectorial para reduzir a desnutrição e contribuir para a redução da mortalidade infantil.

A desnutrição infantil e a deficiência de micronutrientes limitam a sobrevivência infantil, desenvolvimento individual das crianças e das suas comunidades bem como o progresso económico do país. As práticas da alimentação infantil, em particular o aleitamento materno exclusivo (até aos seis meses) e aleitamento materno continuado (até dois anos ou mais) e a alimentação complementar adequada, representam o cerne para a prevenção da desnutrição.

Dados existentes em Moçambique revelam que a desnutrição crónica começa a estabelecer-se muito cedo devido a práticas de alimentação inadequada. Assim, é imperativo promover alimentação infantil durante os primeiros dois anos de vida.

Neste âmbito, o Ministério da Saúde desenvolveu a Estratégia Nacional de Alimentação Infantil para orientar a posição nacional sobre as intervenções de nutrição a serem implementadas por vários sectores (públicos, privados, parceiros de cooperação e sociedade civil).

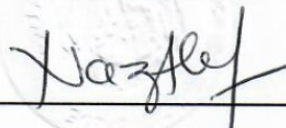
A presente Estratégia Nacional de Alimentação Infantil operacionaliza as orientações normativas globais da Organização Mundial da Saúde sobre a Alimentação Infantil, definindo as principais intervenções que o Governo de Moçambique deverá implementar em relação à promoção, protecção e apoio às práticas de alimentação infantil adequadas, visando assegurar o crescimento e desenvolvimento saudável dos latentes e crianças pequenas.

Após uma breve contextualização da situação da alimentação infantil no País, o documento apresenta os conceitos relacionados às práticas de alimentação infantil adequadas, os conteúdos técnicos-chave desenvolvidos com base nas evidências de diferentes programas implementados na área de alimentação Infantil, os objectivos estratégicos e resultados esperados, e as orientações normativas para a operacionalização da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil.

Com esta Estratégia, esperamos que as intervenções na área de nutrição sejam implementadas de forma coordenada e harmonizada, garantindo a adoção de práticas de alimentação infantil adequadas, com vista a redução da desnutrição crónica.

Maputo, 02 Janeiro de 2019

A Ministra da Saúde



Nazira Karimo Vali Abdula

Índice

Ficha Técnica.....	ii
Prefácio.....	i
Índice	ii
Lista de Abreviaturas e Acrónimos	iv
Glossário	vi
1. Antecedentes.....	1
1.1. Justificativa para a Estratégia Nacional de Alimentação Infantil	1
2. Análise da Situação da Alimentação Infantil e as Prioridades com Base nas Evidências	5
2.1. Estado Nutricional das Crianças e as Prioridades de Intervenção	5
2.2. Deficiências dos Micronutrientes e as Prioridades de Intervenção.....	7
2.3. Práticas de Alimentação Infantil	11
2.4. Alimentação Infantil em Circunstâncias Especiais	16
2.5. As Lacunas Relacionadas com o Conhecimento sobre os Temas Ligados à Alimentação Infantil no País	18
3. Análise da Situação Actual da Coordenação Institucional, Recursos Disponíveis, Políticas, Leis e Programas.....	19
3.1. Coordenação de Actividades Relacionadas com a Alimentação Infantil	19
3.2. Recursos Disponíveis para Promover uma Alimentação Infantil Adequada	19
3.3. Instrumentos Reguladores Aprovadas pelo Governo da República de Moçambique.....	20
3.4. Normas, Programas e Actividades de Apoio a Alimentação Infantil	21
3.5. Contributo da Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento no Apoio à Alimentação Infantil	23
4. Visão Geral da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil.....	24
4.1. Visão.....	24
4.2. Meta.....	24
4.3. Objectivos	24
5. Objectivos Estratégicos e Resultados Esperados da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil. 25	25
5.1. Objectivo Estratégico 1: Desenvolver, aprovar e aplicar as políticas e legislação que apoiam a alimentação infantil.....	25
5.2. Objectivo Estratégico 2. Implementar as intervenções de alimentação infantil a nível das unidades sanitárias e as comunidades conforme definido na PNAI	29
5.3. Objectivo Estratégico 3. Assegurar uma coordenação eficaz entre o governo e parceiros de modo a garantir a disponibilidade de fundos para a implementação de programas de alimentação infantil.....	35
5.4. Objectivo Estratégico 4. Fortalecer as estratégias multisectoriais na abordagem das necessidades de nutrientes para alimentação complementar	37
5.5. Objectivo Estratégico 5. Focalizar o apoio nas crianças em circunstâncias difíceis para alimentação infantil, conforme definido na PNAI	40
6. Orientações para a Operacionalização da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil.....	43
6.1. Princípios Orientadores	43
6.2. Requisitos & Pressupostos para o Sucesso da ENAI	43
6.3. Coordenação do trabalho com os parceiros que cooperam com o Governo.....	44

6.4. Mecanismos de Coordenação.....	46
6.5. Plano de Acção.....	47
7. Monitoria e Avaliação.....	48
8. Implicações da ENAI para Recursos Financeiros.....	50
Referências Bibliográficas.....	51
Anexo 1: Orientações Normativas Nacionais da Alimentação Infantil.....	56
Anexo 2. Indicadores Cruciais para a Monitoria e Avaliação dos Resultados da Implementação da ENAI.....	64
Anexo 3. Os Dez Passos para a Iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança.....	66
Anexo 4. Políticas, Normas, Estratégias, Planos e Programas que Integram Componentes de Protecção, Promoção e Apoio às Práticas de Alimentação Infantil Adequadas.....	67
Anexo 5. Alimentos Fortificados, com o Mínimo e Máximo de Fortificação segundo o Regulamento de Fortificação de Alimentos.....	68
Anexo 6. Membros do Conselho Nacional de Alimentação Infantil.....	69
Anexo 7. Plano de Acção da ENAI.....	70

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APE	Agente Polivalente Elementar
AZT	Zidovudina
ANSA	Associação de Nutrição e Segurança Alimentar
CCNAI	Conselho Consultivo Nacional de Alimentação Infantil
CCR	Consulta da criança em risco
CCS	Consulta da criança sadia
CMSC	Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento
CIP	Centro Internacional da Batata Doce
CONFAM	Conselho Nacional de Fortificação de Alimentos
DePROS	Departamento de Promoção de Saúde
DN	Departamento de Nutrição
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DSMC	Departamento de Saúde Materno e da Criança
DQH	Direcção de Qualidade e Humanização
ENAI	Estratégia Nacional de Alimentação Infantil
ESAN	Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FANTA	Assistencia técnica Alimentar e Nutricional
FHI 360	Família Saúde Intencional
GT-AI	Grupo Técnico da Alimentação Infantil
GAIN	Aliança Global para a Melhor Nutrição
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IIAM	Instituto de Investigação Agrária de Moçambique
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INAE	Inspecção Nacional de Actividades Económicas
INGC	Instituto Nacional de Gestão de Calamidades
INNOQ	Instituto Nacional de Normalização e Qualidade
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
MCTESTP	Ministério da Ciência e Tecnologia, Ensino Superior e Técnico-Profissional
MGCAS	Ministério de Género, Criança e Acção Social

MIC	Ministério da Indústria e Comércio
MISAU	Ministério da Saúde
MINEDH	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano
MITESS	Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social
MNP	Micronutrientes em Pó
OCB	Organizações Comunitárias de Base
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PAMRDC	Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica
PASAN	Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PNAI	Política Nacional de Alimentação Infantil
PNC HIV/SIDA	Programa Nacional de Controle de ITS e HIV/SIDA
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
PMA	Programa Mundial para a Alimentação
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SLM	Substitutos do Leite Materno
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS-MA	Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação
TARV	Tratamento Antirretroviral
TdR	Termos de Referência
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
US	Unidade Sanitária.

Glossário

Alimentação infantil

No contexto da presente estratégia, alimentação infantil refere-se à alimentação de crianças entre os 0 e os 24 meses de idade.

Alimento pré-lácteo

Qualquer alimento no estado líquido, semi-sólido ou sólido oferecido ao recém-nascido antes do início do aleitamento materno.

Aleitamento materno

Alimentação do lactente ou criança pequena ao peito, com o leite materno (i.e., lactação ou amamentação).

Aleitamento materno exclusivo

Alimentação do lactente só com o leite materno durante os primeiros 6 meses de vida, sem introduzir nenhum outro alimento líquido ou sólido, nem mesmo água, com excepção dos medicamentos e suplementos de vitaminas e minerais em forma de gotas e xarope, apenas quando recomendados pelo profissional de saúde qualificado.

Alimentação complementar

Fase de transição de aleitamento materno exclusivo para alimentação da família, a qual acontece entre os 6 e os 24 meses de idade. A alimentação complementar consiste na adição de alimentos esmagados, semi-sólidos ou sólidos à dieta da criança a partir dos 6 meses de idade, para permitir que as necessidades nutricionais que o leite materno, por si só, já não tem capacidade de satisfazer, sejam satisfeitas.

Baixo peso à nascença

Peso à nascença inferior a 2500g.

Baixo peso

Estado nutricional reflectido por baixo peso para a idade do indivíduo, quando comparado com padrões internacionais de crescimento infantil.

Boa pega

Verifica-se que o lactente está a pegar bem o mamilo quando a auréola é mais visível acima da boca do lactente do que abaixo da boca do lactente; a boca do lactente está bem aberta; o lábio inferior do lactente está virado para fora; e o queixo do lactente toca no seio da mãe.

Códex Alimentarius

Uma colecção de padrões, códigos de prática, directrizes e outras recomendações reconhecidas internacionalmente relacionadas com alimentos, produção alimentar e segurança dos alimentos.

Contacto pele-a-pele

Consiste em colocar o recém-nascido nu, com a cabeça coberta com um gorro e as costas cobertas com um cobertor, ao peito nu da mãe, imediatamente após o parto.

Crianças expostas ao HIV

Crianças em risco de transmissão vertical (de mãe-para-filho) do HIV durante a gravidez, trabalho de parto, parto e lactação.

Crianças pequenas e lactentes

No contexto da presente estratégia, lactentes e crianças pequenas referem-se a crianças entre os 0 e os 24 meses de idade.

Desnutrição

Estado nutricional resultante da ingestão alimentar inferior às necessidades nutricionais, ou da incapacidade do corpo de absorver ou assimilar os nutrientes de forma adequada. O termo desnutrição abrange o baixo peso, a desnutrição aguda, a desnutrição crónica e as deficiências de micronutrientes.

Desnutrição aguda

Estado nutricional resultante da ingestão de alimentos insuficiente ou doença recente, avaliado por peso-para-estatura ou perímetro braquial abaixo dos padrões internacionais de crescimento infantil, específicos para género e idade, ou magreza acentuada visível ou presença de edema bilateral.

Desnutrição crónica

Estado nutricional resultante da ingestão de alimentos insuficiente ou doença frequente ao longo do tempo, avaliado por estatura-para-idade abaixo dos padrões internacionais de crescimento infantil, específicos para género e idade.

Estimulação de desenvolvimento

As actividades de estimulação são jogos, brincadeiras e conversas com as crianças que têm por objectivo estimular o desenvolvimento físico, cognitivo, socio-emocional e linguístico da criança. Os atrasos do desenvolvimento cerebral devido a desnutrição levam ao baixo desempenho escolar, fraca participação social e baixa produtividade na vida adulta. Contudo, o atraso do desenvolvimento pode ser reduzido ou ultrapassado com estimulação. Por isso os provedores devem aconselhar os cuidadores em actividades de estimulação apropriadas para idade como parte rotineira de intervenções nutricionais.

Fortificação alimentar

Processo que consiste na adição de micronutrientes (vitaminas e minerais) aos alimentos de consumo massivo. A fortificação alimentar pode ser industrial, o que consiste em adicionar micronutrientes a alimentos processados industrialmente; biológica (biofortificação), o que consiste em criar culturas alimentares naturalmente ricas em micronutrientes específicos, através do melhoramento convencional de culturas localmente disponíveis e tradicionalmente consumidas; ou caseira, o que consiste em adicionar um suplemento nutricional aos alimentos imediatamente antes do consumo.

Idade fértil

Mulheres entre os 15 e os 49 anos.

Método mãe-canguru

Método de assistência neonatal que implica contacto pele-a-pele precoce entre a mãe ou o pai e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, vestindo apenas a fralda, na posição vertical, contra o peito do adulto. Isto assegura o estímulo fisiológico e psicológico, ajuda a regular a temperatura corporal do recém-nascido, e estimula o aleitamento materno.

Micronutrientes

Nutrientes que são necessários apenas em pequenas quantidades, mas sem os quais o crescimento e desenvolvimento ficam comprometidos. Os micronutrientes incluem vitaminas e sais minerais, entre

os quais se destacam a vitamina A, o ferro e o iodo, cujas deficiências representam um problema de saúde pública particularmente nos 1000 dias entre a concepção até aos dois anos da criança.

Nutrição

Todos os processos envolvidos desde a ingestão à utilização dos alimentos para o crescimento, metabolismo e reparação dos tecidos do corpo.

Pós de multi-micronutrientes

Mistura de micronutrientes em forma de pó adicionada a alimentos semi-sólidos, feita na hora e oferecidos imediatamente as crianças entre os 6 e os 24 meses.

Posicionamento correcto

O lactente está em boa posição para mamar quando a cabeça do lactente está no eixo do corpo; o lactente está junto do corpo da mãe; todo o corpo do lactente está virado de frente para a mãe; e o lactente está relaxado, feliz e a mamar.

Substitutos do leite materno

Qualquer alimento em estado líquido, semi-sólido ou sólido, que se comercialize ou de alguma forma se apresente como substituto total ou parcial do leite materno, seja este adequado para esse propósito ou não.

Suplementos nutricionais à base de lípidos

Produtos alimentares cujo teor energético é maioritariamente proveniente de lípidos (gorduras) usados como veículo para levar energia e nutrientes essenciais, incluindo proteínas, ácidos gordos essenciais e vitaminas e minerais, a pessoas vulneráveis.

1. Antecedentes

1.1. Justificativa para a Estratégia Nacional de Alimentação Infantil

Importância da Alimentação Infantil para o desenvolvimento humano e sobrevivência infantil

Apesar de Moçambique ter passado por duas décadas de um impressionante crescimento económico, a redução da pobreza e da desnutrição infantil tem caminhado a um passo lento.¹ A actual agenda de desenvolvimento nacional expressa através do Plano Quinquenal do Governo 2015-2019, Plano de Acção Multissetorial para a Redução da Desnutrição Crónica 2011-2015(20) (PAMRDC) e outros documentos chave, colocam maior ênfase sobre a abordagem da elevada taxa de mortalidade infantil e melhoria da nutrição infantil como elementos integrantes para o desenvolvimento do país. Contudo, a desnutrição infantil generalizada e a deficiência de micronutrientes ainda limitam muito a sobrevivência infantil e o desenvolvimento individual das crianças, suas comunidades e o progresso económico e social global de Moçambique. A alimentação infantil, em particular o aleitamento materno e a alimentação complementar da criança nos primeiros dois anos de vida, representa o cerne para o desenvolvimento humano, a sobrevivência infantil e sobretudo o avanço do país em todas as vertentes.

A desnutrição constitui a principal causa subjacente da mortalidade infantil em Moçambique, associada a pelo menos um terço das mortes infantis.² A desnutrição durante a infância pode ter um impacto permanente sobre o crescimento e desenvolvimento cognitivo das crianças, reduzindo o seu potencial para o sucesso educacional e futura produtividade económica.³ Por outro lado, estas crianças têm um risco acrescido de sofrer de doenças não-transmissíveis na vida adulta, tais como diabetes e doenças cardiovasculares.⁴ Para além disso, as mulheres desnutridas, geram filhos com baixo peso à nascença, susceptíveis a desnutrição e a morbi-mortalidade a ela associada passando de uma geração para a outra se não houver uma intervenção atempada nos primeiros 1000 dias (período que vai desde a gestação até aos 2 anos de vida).⁵

Estas consequências prejudicam o capital humano e a produtividade económica e limitam o progresso no alcance das Metas da Assembleia da Organização Mundial de Saúde para a nutrição e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados a pobreza, fome, saúde e educação. Foram apresentadas estimativas dramáticas referentes ao peso económico da desnutrição em Moçambique. O estudo “O Custo da Fome em África” (*The Cost of Hunger in Africa*) realizado em 2016 pelo Programa Mundial de Alimentação, calculou que a desnutrição tem um custo equivalente a mais de 10 por cento do Produto Interno Bruto de Moçambique, o que corresponde a cerca de 1.6 milhões de Dolares Americanos.⁶ Tendo em conta o nível de desnutrição e o potencial impacto do seu combate, as acções estratégicas para melhorar a alimentação infantil, incluindo a implementação da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil (ENAI), são essenciais para que Moçambique alcance os objectivos de desenvolvimento nacional.

¹ World Bank. 2016. Accelerating Poverty Reduction in Mozambique: Challenges and Opportunities, p.20.

² Black, R.E, Morris, S and Bryce, J. 2003. “Where and why are 10 million children dying every year?” *The Lancet* (361), pp. 2226–34.

³ Dewey, K.G and Begum, K. 2011. “Long-term consequences of stunting in early life.” *Maternal and Child Nutrition*. 7 (Suppl. 3), pp. 5–18.

⁴ Victora, C.G. et al. 2008. “Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital.” *The Lancet* 371 (9609). pp. 340–357.

⁵ Ibid.

⁶ World Food Program. 2017. Cost of Hunger in Africa: Mozambique Factographic.

Impacto da Alimentação Infantil na sobrevivência infantil e estado nutricional da criança

A Série de Sobrevivência Infantil da revista científica *Lancet* do ano 2003, avaliou a eficácia de 15 intervenções de sobrevivência infantil na prevenção da mortalidade infantil, classificando a amamentação como número um e a alimentação complementar como número três. A amamentação e a alimentação complementar adequadas juntas foram atribuídas uma estimativa de prevenção de cerca de um quinto da mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade nos países em vias de desenvolvimento, representando por isso o mais forte conjunto de intervenções para evitar a mortalidade infantil.⁷

Para além da amamentação e alimentação complementar, o estado nutricional da criança é influenciado pelo consumo de uma dieta adequada (as práticas de alimentação infantil e a ingestão alimentar da criança), bem como a exposição às doenças. O UNICEF considera o apoio para a amamentação e alimentação complementar, em conjunto com esforços visando abordar a segurança alimentar e prevenir e controlar doenças, como sendo as intervenções mais eficazes para reduzir a desnutrição.⁸ Contudo, a promoção da alimentação infantil é complexa e diferente, do ponto de vista programático, de muitas intervenções na área da saúde, exigindo para tal, acções deliberadas e bem implementadas para compreender e responder aos desafios da alimentação infantil, tendo em conta os hábitos culturais, questões de género e a forma como os recursos alimentares estão disponíveis ou acessíveis para as famílias.

Oportunidade para melhorar a nutrição infantil através da alimentação infantil em Moçambique

Existem muitas evidências sobre o impacto que se regista quando o aleitamento materno e a alimentação complementar são promovidos, protegidos e apoiados na “janela de oportunidade”, desde a gravidez até aos 24 meses de idade de uma criança.⁹ Em 2010 Moçambique, comprometeu-se em combater a desnutrição infantil e suas consequências através da aprovação do PAMRDC, que tem como foco acções de fórum multisectorial que prezam pela melhoria da saúde, segurança alimentar e alimentação infantil.¹⁰

O país encontra-se bem posicionado para alcançar o sucesso através da priorização de acções durante os 1000 dias que corresponde ao período entre a concepção e o segundo ano de vida da criança,¹¹ particularmente no enfoque sobre a promoção, proteção e apoio as práticas de alimentação infantil. Estas práticas de alimentação infantil e para crianças pequenas, conforme definidas na Política Nacional de Alimentação Infantil (PNAI), estão detalhadas no Anexo 1 e incluem:

1. **Início atempado do aleitamento materno** dentro de uma hora após o nascimento.
2. **Aleitamento materno exclusivo** até aos 6 meses.
3. **Aleitamento materno continuado** sob livre demanda até atingirem os 24 meses de idade ou mais.
4. **Orientação para o uso de Substituto de Leite Materno** em conformidade com o Código Nacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno. As normas de segurança e higiene devem ser estritamente observadas.

⁷ Jones G. et al. 2003. “How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. Child Survival Series. Vol. 362. No. 9377. pp. 65-71.

⁸ UNICEF. 2011. *Programming Guide: Infant and Young Child Feeding*. New York, NY, p.6.

⁹ Victora C.G. et al. 2010. “Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions.” *Pediatrics* 2010; 125:e473-e480.

¹⁰ Em particular, o enfoque multisectorial e apresentado no PAMRDC.

¹¹ Bhutta, Z. et al. 2013. “Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?” *The Lancet*. Maternal and Child Nutrition Series. pp. 40–65.

5. **Alimentação complementar adequada** para as crianças a partir dos 6 meses, de forma adequada em termos de quantidade, variedade, consistência e frequência; preparada de acordo com os mais elevados padrões de higiene; **responsiva e estimulante.**

A presente Estratégia Nacional de Alimentação Infantil representa um instrumento crucial para o alcance das metas de nutrição em Moçambique. Os planos nacionais tais como o PAMRDC reconhecem que as melhorias na nutrição infantil exigem avanços em torno de vários sectores que têm o seu impacto sobre a nutrição, incluindo tanto as intervenções específicas e sensíveis sobre a nutrição (vide Caixa 1. Intervenções Específicas versus Intervenções Sensíveis a Nutrição). Mas a promoção da alimentação infantil representa o alicerce do sucesso das intervenções sensíveis a nutrição e está no centro de uma abordagem multisectorial para reduzir a desnutrição infantil.^{12 13} Se as práticas alimentares e as dietas das crianças não melhorarem, ainda que Moçambique atinja bons resultados em outros elementos da agenda multisectorial, tal como o aumento da produção alimentar ou melhoria na geração de rendimentos, a desnutrição infantil vai permanecer.

Dado este contexto, a Política Nacional de Alimentação Infantil apresenta as orientações normativas em relação a promoção, protecção e apoio às práticas de alimentação infantil adequadas do aleitamento materno e alimentação complementar. A presente Estratégia Nacional de Alimentação Infantil foi elaborada para orientar, facilitar e assegurar a implementação de medidas que promovem, protegem e melhoram a alimentação infantil das crianças moçambicanas nos primeiros anos de vida.

Caixa 1. Intervenções Específicas versus Intervenções Sensíveis para a Nutrição

Intervenções/ Programas específicos para a nutrição abordam as causas imediatas, mais aproximadas da desnutrição materna e infantil, nomeadamente o consumo dietético diário, práticas de alimentação e cuidados, e o peso das doenças infecciosas. As intervenções que poderiam ser consideradas “específicas para a nutrição” incluem a suplementação dietética ou de micronutrientes para as mães; a diversificação dietética e a suplementação com micronutrientes para crianças; fortificação, tratamento da desnutrição severa e a prevenção e gestão de doenças.

Intervenções/ Programas sensíveis para a nutrição abordam as causas subjacentes da desnutrição materna e infantil, tais como a segurança alimentar, o acesso aos serviços e recursos de saúde, a nível materno, do agregado familiar e comunitário, para a provisão de cuidados e incluem metas e acções de nutrição específicas. Os exemplos de intervenções ou programas sensíveis para a nutrição incluem programas de agricultura e segurança alimentar; redes de segurança social; **estimulação do desenvolvimento da criança;** empoderamento da mulher; frequência à escola; água, higiene e saneamento; serviços de saúde e planeamento familiar.

Adaptado de Ruel et al. 2013

¹² UNICEF. Programmatic brief: “Multi-sectoral Approaches to Nutrition: Nutrition-specific and Nutrition-Sensitive Interventions to Accelerate Progress.” acessado a 09/03/2018 a partir de https://www.unicef.org/eu/devaid_nutrition.html#pid6147https://www.unicef.org/eu/devaid_nutrition.html#pid6147

¹³ Governo do Moçambique. 2010. Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020) (PAMRDC), p.18.

Harmonização com metas e estratégias a nível global

Os objectivos e acções da actual ENAI foram elaborados de acordo com as metas operacionais da Estratégia Global de Alimentação Infantil, aprovada pela Quinquagésima Quinta Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo do UNICEF em 2002.¹⁴

Em conformidade com o *Guião de Planificação do UNICEF/ OMS para a Implementação da Estratégia Global de Alimentação Infantil a nível Nacional*, a ENAI de Moçambique apresenta “um pensamento estratégico nacional de alto nível que define o motivo pelo qual a alimentação infantil está a ser abordada, quais são as metas e os objectivos específicos a serem alcançados, quais os princípios chave a serem observados, o que deve ser feito para alcançar os objectivos e por quem.”¹⁵ A ENAI também satisfaz as expectativas em termos de descrição da forma como as decisões foram tomadas na priorização das necessidades, oportunidades, colocando de lado as opções programáticas com menos possibilidades de produzir resultados efectivos.

¹⁴ World Health Organization. (WHO). 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva.

¹⁵ WHO. 2007. *Planning Guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva. p.102.

2. Análise da Situação da Alimentação Infantil e as Prioridades com Base nas Evidências

2.1. Estado Nutricional das Crianças e as Prioridades de Intervenção

Desnutrição crónica

A desnutrição crónica¹⁶ é um problema crítico a nível nacional afectando 43 por cento das crianças com menos de cinco anos de idade, estando dentro dos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos elevados níveis de preocupação na área de saúde pública (vide Tabela 1).¹⁷ A elevada prevalência de desnutrição crónica a nível nacional oculta as distinções notáveis, incluindo o crescente risco geográfico para crianças rurais versus urbanas e quase o dobro da prevalência de desnutrição crónica nas províncias a norte comparado com as do sul. Os fortes factores de risco socioeconómicos para as crianças incluem ter uma mãe desnutrida¹⁸ e a pobreza.¹⁹ Um quarto das crianças com menos de seis meses já tem desnutrição crónica, em resultado quer do fraco estado nutricional da mãe antes e durante a gravidez, práticas de amamentação exclusiva inadequadas, infecções – ou uma combinação destes factores.²⁰ O estado nutricional das crianças também é influenciado pelas desigualdades de género que limitam as oportunidades das mulheres na educação e geração de rendimentos.²¹

Desnutrição aguda

A desnutrição aguda²² afecta seis por cento das crianças menores de cinco anos, com taxas mais elevadas nas áreas rurais, e variação geográfica extrema desde um por cento em Gaza a nove por cento em Zambézia. A desnutrição aguda grave²³ afecta 2.1 por cento das crianças, qualificado pela OMS como “alto” problema para a saúde pública, mas nas crianças menores de seis meses o risco é duplicado, indicando graves riscos para a saúde destas crianças durante um período em que o aleitamento materno exclusivo (se for praticado) poderia satisfazer as necessidades nutricionais. De um modo geral, os riscos mais elevados para a desnutrição aguda são para as crianças menores de 18 meses e para as crianças das famílias mais pobres. Por isso, a ENAI inclui fortalecer o enfoque nas práticas de alimentação infantil integrada com o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), priorizar a idade de elevada prevalência (0-18 meses) e as províncias com taxas de prevalência elevadas. No outro extremo, 7 por cento das crianças de 0-59 meses têm sobrepeso,²⁴ o que é actualmente considerado problema “médio” para a saúde pública, pelo que requer monitoria particularmente para crianças com mães com sobrepeso, crianças dos quintis de riqueza mais altos e das zonas urbanizadas.²⁵

¹⁶ Baixa altura para a idade (P/I -2 DP).

¹⁷ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). 2013. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

¹⁸ Avaliada por: IMC <18,5.

¹⁹ MISAU, INE e ICFI. 2013.

²⁰ Ibid.

²¹ Carrilho, J. et al. 2015. Desafios para a Segurança Alimentar e Nutrição em Moçambique. Meio do Observatório Rural: p.41. Acessado a 09/04/18 a partir <http://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/livro-desafios-seguranca-alimentar-e-nutricao-em-mocambique.pdf>

²² Baixo peso para altura (P/A -2 DP)

²³ Baixo peso para altura (P/A -3 DP)

²⁴ Peso para altura acima de +2 DS.

²⁵ MISAU, INE e ICFI. 2013.

Baixo peso a nascença e a nutrição materna

Baixo peso²⁶ a nascença afecta 14 por cento das crianças, sendo prioridade média a nível nacional, mas com prevalências mais elevadas nas províncias do norte. Nascer com baixo peso é um factor contribuinte para a desnutrição infantil no país, indicando a importância de promover a alimentação da mãe e os cuidados pré-natais, como o tratamento das infecções relacionadas com os nascimentos prematuros e baixo peso ao nascer.²⁷ ²⁸ Segundo as normas internacionais, os dados nacionais indicam que o emagrecimento nas mulheres em idade fértil é de baixa prioridade, mas algumas províncias têm prevalência média, sendo que o baixo peso nas crianças é mais elevado nas mães menores de 20 anos de idade.²⁹ As acções da ENAI complementam as intervenções do sector de saúde para a saúde e a nutrição materna, especialmente a promoção da boa alimentação e suplementos nutricionais, para as gestantes e lactantes.

A taxa nacional de sobrepeso nas mulheres entre os 15 a 49 anos de idade, é de 16 por cento (mas atinge 40 por cento na Cidade de Maputo), em conformidade com a tendência geral de aumento do peso, em particular no seio das populações urbanas que estão a experimentar mudanças nos hábitos alimentares e um declínio na aptidão física.³⁰ ³¹ Esta transição em termos de nutrição enfatiza a importância de assegurar que seja alcançado o peso e altura ideal nas crianças pequenas, bem como a introdução de hábitos alimentares positivos para mitigar futuros riscos à saúde.

Fertilidade e as consequências para a nutrição infantil

A elevada taxa total de fertilidade de Moçambique de 5.3 nascimentos por mulher em idade reprodutiva e o curto espaçamento das gravidezes reduz o tempo que o corpo da mãe tem para recuperar depois da gravidez, e também limita o tempo que as mães têm disponível para providenciar óptimos cuidados à cada criança.³² Pelo facto das mulheres rurais terem uma taxa total de fertilidade de 6.1, as suas crianças estão em maior risco de desnutrição.³³ Quarenta e seis por cento das raparigas moçambicanas com menos de 19 anos já são mães e as suas crianças enfrentam riscos acrescidos de desnutrição e mortalidade.³⁴ A maternidade precoce e os curtos espaçamentos entre as gravidezes são factores que contribuem bastante para os problemas de saúde e nutrição no País. É importante que as intervenções da ENAI complementem e estejam harmonizadas com as iniciativas do governo para o adiamento da primeira gravidez, o espaçamento entre as mesmas e a redução das gravidezes não planificadas.

A comparação dos indicadores de nutrição de Moçambique com os critérios de referência internacionais apontam para um problema de saúde pública e permite a priorização das estratégias para usar como força de base e enfoque sobre áreas críticas. A Tabela 1 apresenta o perfil dos dados de antropometria e a suas implicações para o enfoque da ENAI.

²⁶ Peso à nascença inferior a 2500g

²⁷ Danaei, Goodarz et al. 2016. "Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels." PLoS Med 13(11): e1002164. doi:10.1371/journal.pmed.1002164

²⁸ MISAU, INE e ICFI. 2013.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Prista, A. 2012. "Sedentarismo, urbanização e transição epidemiológica." *Revista Científica Universidade Eduardo Mondlane*. Serie: Ciências Biomédicas e Saúde Pública, Vol. 1, No. 0, pp 28-38.

³² 2015. Inquérito de indicadores de imunização, malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International.

³³ Ibid.

³⁴ UNICEF. 2015. Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique: Causes and Impact. p.34. Acessado na 1/4/2018 a partir de <http://www.unicef.org/mz/wp-content/uploads/2015/07/EN-Statistical-Analysis-Child-Marriage-Adolescent-Pregnancy-aw-Low-Res.pdf>.

Tabela 1. Indicadores chave de antropometria, e a sua prioridade para a saúde e nutrição, segundo os critérios internacionais

Indicador	Prevalência*	Prioridade e implicações para o enfoque da ENAI	Referência para determinar a importância para a saúde pública ^{35 36 37}
Desnutrição crónica em crianças < 5 anos	43%	Muito-Alto	Muito alto: ≥40%
Desnutrição aguda moderada e grave < 5 anos	6%	Médio	Médio: 5-9%
Desnutrição aguda grave em crianças < 5 anos	2%	Alto	Alto: ≥1%
Sobrepeso em crianças < 5 anos	7%	Médio	Médio: 5-9%
Baixo peso à nascença	14%	Médio-Alto	Preocupação: >15%
Emagrecimento em mulheres adultas de 15-49 anos (IMC<18.5)	9%	Baixo	Baixo: 5-9.9%

* Fonte de dados: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011.

2.2. Deficiências dos Micronutrientes e as Prioridades de Intervenção

Os elevados níveis de deficiência de micronutrientes a nível infantil e materno em Moçambique representam uma grave situação de saúde pública que afecta o desenvolvimento cognitivo, reduz o desempenho escolar, impede a produtividade adulta, reduz a imunidade e eventualmente contribui para os elevados índices de morbilidade e mortalidade infantil. Estudos referem que existem nas dietas das crianças de 12-24 meses carências em termos do ferro, cálcio, zinco e B12, e em alguns casos para o ácido fólico, ácido pantoténico e vitamina A.³⁸

Anemia

O consumo inadequado de ferro, paralelamente à malária endémica e outros factores, contribuem para os elevados níveis de anemia em crianças pequenas e mulheres. Moçambique tem níveis alarmantes de anemia, o que prejudica o desenvolvimento cognitivo das crianças, a sua saúde e futura produtividade como adulto.³⁹ A anemia⁴⁰ afecta cerca de 64 por cento das crianças com idade compreendida entre os 6 e os 59 meses, dos quais 34 por cento tem anemia moderada e 3 por cento com anemia severa.⁴¹ As crianças com idade entre os 6-18 meses são as que mais sofrem de

³⁵ World Health Organization. 1995. Technical report series number 854: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. Geneva: Switzerland, p.208. <http://www.who.int/iris/handle/10665/37003>

³⁶ WHO and UNICEF. 2017. *Report of the Fourth Meeting of the WHO-UNICEF Technical Expert Advisory Group on Nutrition Monitoring (TEAM)*. Geneva: WHO and New York: UNICEF. <http://www.who.int/nutrition/events/2017-team-4thmeeting-report.pdf>.

³⁷ CORE Group. 2010. Nutrition Working Group. Nutrition Program Design Assistant (NPDA): A Tool for Program Planners. Washington: DC.

³⁸ SETSAN. 2018. *Fill the Nutrient Gap Study*, p. 129. Maputo, Moçambique.

³⁹ Horton, S. and Ross, J. 2003. "The Economics of Iron Deficiency." *Food Policy*. Volume 28, p. 51-75.

⁴⁰ Avaliada por: qualquer anemia: <11.0 g/dl; anemia ligeira: 10.0-10.9 g/dl; anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl; anemia grave: <7.0 g/dl.

⁴¹ MISAU. 2015. *Inquérito de indicadores de imunização, malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International. p.109.

anemia, cerca de 80 por cento, não obstante, a anemia é abrangente ao longo de toda a infância, em todas as províncias e níveis económicos em Moçambique.⁴² A deficiência de ferro é um factor importante para anemia em Moçambique, considerando que um terço das crianças urbanas de 12-23 meses tem deficiência de ferro.⁴³ Parte desta anemia deve –se ao fraco consumo de alimentos ricos em ferro. De acordo com o IDS do ano 2011, menos de metade das crianças com idade compreendida entre os 6 e os 24 meses tinha consumido alimentos ricos em ferro nas últimas 24 horas, e apenas um quarto tinha recebido um suplemento de ferro nos últimos sete dias.

A anemia em mulheres em idade reprodutiva está em 54 por cento, considerado nível crítico, neste contexto, é preciso dar ênfase nas intervenções do sector da saúde, em combinação com outras estratégias como a fortificação industrial, vinculado ao combate da anemia em crianças.⁴⁴

Iodo e vitamina A

Menos de metade do sal nos agregados familiares era iodado segundo o IDS 2011, indicando uma situação altamente preocupante tendo em conta que a falta de iodo prejudica o desenvolvimento intelectual nas crianças. Em constraste, a deficiência da vitamina A parece ter melhorado desde 2002, quando foi reportada em 69 por cento nas crianças com idade compreendida entre os 6 e os 59 meses.^{45 46} Dados de 2012-13 de cinco zonas urbanas reportam a deficiência de vitamina A de 19 por cento nas crianças entre os 6 e os 59 meses, e em 2015 encontraram quatro por cento das crianças de 6-59 meses com deficiência de vitamina A em Sofala.^{47 48} Os dados mais recentes sugeriram que a deficiência de vitamina A é um problema moderado ou leve para a saúde pública nas zonas urbanas, mais não é possível concluir a prevalência nacional sem incluir as zonas rurais. Contudo, o IDS de 2011 reportou que os alimentos ricos em vitamina A tinham sido consumidos nas últimas 24 horas por 71 por cento das crianças com idade compreendida entre os 6 e os 23 meses.

Iniciativas para o Combate das Deficiências dos Micronutrientes

As intervenções para o combate a anemia infantil ainda tinham baixas coberturas no IDS do ano 2011, como a suplementação com ferro de crianças de 6 aos 59 meses de idade que alcançou só um quarto delas e a desparasitação que alcançou menos da metade.⁴⁹ Mas a suplementação com vitamina A chegou a 75 por cento destas crianças. Para 2019, o MISAU tem planeado reforçar a capacidade comunitária da suplementação com micronutrientes e a desparasitação, como parte da expansão da provisão dos serviços de nutrição.⁵⁰

Moçambique foi bem sucedido nas experiências com a biofortificação, especialmente com o cultivo e promoção da batata doce de polpa alaranjada, incluindo sua importância para a segurança

⁴² Ibid.

⁴³ MISAU, Helen Keller International (HKI), Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN). 2017. *Mozambique Micronutrient Survey 2012-13*. Maputo, Mozambique.

⁴⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁴⁵ Ministério da Saúde. 2006. National survey on vitamin A deficiency, anemia, and malaria in children 6-59 months and their mothers. Maputo, Mozambique.

⁴⁶ Avaliada por: serum retinol: $\leq 70 \mu\text{mol/l}$.

⁴⁷ MISAU, Helen Keller International (HKI), Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN). 2017. *Mozambique Micronutrient Survey 2012-13*. Maputo, Mozambique.

⁴⁸ GAIN, Centers for Disease Control and MISAU. 2015. "Preliminary Results for Anthropometric and Biological Indicators: Baseline Survey for a Micronutrient Powder Intervention Among Young Children in Sofala, Mozambique." Powerpoint. Maputo: Mozambique.

⁴⁹ MISAU, INE e ICFI. 2013

⁵⁰ World Bank. 2017. Programa de Fortalecimento Da Saude Primaria de Moçambique: Notas Tecnicas para Os Indicadores Vinculados Ao Desembolso (DLI). Versao Final-Dezembro 2017. Maputo, Moçambique: World Bank.

alimentar quando as outras culturas foram danificadas por cheias e seca.^{51 52} Apesar da alta aceitabilidade e melhorias significativas no consumo da batata doce de polpa alaranjada rica em vitamina A, a cobertura do cultivo ainda é baixa. Precisa-se de mais ênfase para assegurar a disponibilidade de variedades adequadas para as diferentes zonas do País. A batata doce de polpa alaranjada já teve múltiplos exemplos de sucesso como alimento infantil e a ENAI apoia a expansão do cultivo dirigido para a alimentação complementar e sua promoção ao nível comunitário.⁵³

A Lei de Fortificação de 2016 foi implementada recentemente para a fortificação obrigatória da farinha de milho e trigo com ferro, do óleo alimentar e açúcar com vitamina A, segundo o Regulamento de Fortificação de Alimentos com Micronutrientes Industrialmente Processados.^{54 55} O uso de sal iodado vem sendo implementado desde 2000, mas a cobertura é baixa,⁵⁶ devido a deficiente aquisição do iodeto de potássio por parte dos produtores de sal, os quais, têm sido fornecidos pelos doadores. Para operacionalizar o Lei de Fortificação, existe o Comité Nacional para a Fortificação de Alimentos de Moçambique (CONFAM) que implementa o Programa Nacional de Fortificação de Alimentos.⁵⁷ No que concerne a implementação da Lei de Fortificação, a ENAI enfatiza a necessidade de garantir que a promoção dos alimentos fortificados inclua um enfoque especial sobre a alimentação complementar. Um desafio enfrentado pela fortificação de alimentos é que as famílias pobres com maior necessidade de micronutrientes adicionais consomem menos alimentos fortificados, como o açúcar e o óleo alimentar.^{58 59} Para além disso, dada a alarmante prevalência de deficiências de micronutrientes como o ferro, vitamina A e as necessidades acrescidas de nutrientes por parte das crianças, é pouco provável que essas necessidades de micronutrientes sejam satisfeitas através de alimentos locais em combinação com a fortificação dos alimentos básicos porque a quantidade dos alimentos que consomem é pequena relativamente as necessidades de micronutrientes.

Moçambique já iniciou as actividades piloto e a planificação da distribuição de micronutrientes em pó (MNP) para a fortificação caseira de alimentos complementares para crianças com idade compreendida entre os 6 e os 24 meses. A ENAI está alinhada a iniciativa de Fortificação Caseira com Micronutrientes em Pó, por ser um investimento necessário e valioso para abordar os sérios níveis de deficiência em termos de micronutrientes. Importa salientar que a massificação dos MNPs deve ser feita com os devidos critérios de distribuição, segundo as normas do MISAU e acompanhada de uma forte componente de educação nutricional por forma a incentivar de forma sustentável o uso dos alimentos localmente disponíveis na preparação das dietas equilibradas e

⁵¹ Hotz, Christine et al. "A large-scale intervention to introduce orange sweet potato in rural Mozambique increases vitamin A intakes among children and women." *British Journal of Nutrition*, 108(1), 163-176. doi:10.1017/S0007114511005174.

⁵² Low J et al. "Sweet Potato Development and Delivery in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Food Agriculture, Nutrition and Development*. 2017; 17(2): 11955-11972 DOI: 10.18697/ajfand.78.Harvest Plus07

⁵³ Jenkins, M; Shanks, C. B; Houghtaling, B. 2015. "Orange-fleshed sweet potato: Successes and remaining challenges of the introduction of a nutritionally superior staple crop in Mozambique." *Food and Nutrition Bulletin*36(3), 327–353. <http://doi.org/10.1177/0379572115597397>

⁵⁴ Governo de Moçambique. 2016. Decreto n.º 9/2016: Regulamento de Fortificação de Alimentos com Micronutrientes Industrialmente Processados. 18 abril de 2016.

⁵⁵ Anexo 4 apresenta uma tabela dos níveis de fortificação mínimas e máximas, segundo o Regulamento de Fortificação.

⁵⁶ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁵⁷ MIC. 2016. Estratégia de Comunicação para o Programa Nacional de Fortificação de Alimentos 2016-2020. Maputo, Mozambique.

⁵⁸ MIC. 2016.

⁵⁹ MISAU, HKI and GAIN. 2017. *Mozambique Micronutrient Survey 2012-13*. Maputo, Mozambique, p.29.

ainda neste contexto torna-se relevante enfatizar que os MNPs de forma alguma poderão substituir os alimentos.

A tabela 2 apresenta os indicadores chave de micronutrientes e as suas prioridades na ENAI.

Tabela 2. Indicadores chave de micronutrientes, e as suas prioridades na ENAI

Indicador	Prevalência*	Prioridade e implicações para o enfoque da ENAI*	Referência para determinar a importância para a saúde pública ^{60 61}
Anemia em crianças 6-59 meses (1)	64%	Muito-Alto	Alto: ≥40% ⁶²
Crianças de 6-59 meses que receberam suplemento de ferro nos últimos 7 dias	24%	Muito-Alto	Preocupação: <80%
Crianças de 12-59 meses que receberam desparasitantes nos últimos 6 meses ⁶³	46%	Muito-Alto	Preocupação: <80%
Anemia em mulheres adultas de 15 a 49 anos (2)	54%	Muito-Alto	Alto: ≥40%
Deficiência de vitamina A em crianças de 6-59 meses ^{64, 65} (3)	69%	Muito-Alto	Alto: ≥20%
Deficiência de vitamina A em crianças urbanas de 6-59 meses (4)	19%	Moderado na população urbana	Medio: 10-19.9%
Crianças de 0-59 meses que receberam suplemento de vitamina A nos últimos 6 meses	75%	Moderado	Preocupação: <80%
Casas que consomem sal iodado, sem indicação do nível de iodo ⁶⁶ (5)	45%	Muito-Alto	Preocupação: < 90% consomem adequadamente sal iodado de 20-40ppm**

*Fonte de dados: (1) IMASIDA 2015, (2) IDS 2011, (3) Inquérito Nacional Sobre a Deficiência de Vitamina A, Anemia e Malária nas Crianças dos 6 aos 59 Meses de Idade e Suas Mães (Dezembro 2001 a Fevereiro de 2002

** Para aplicar o critério de preocupação para iodização do sal requer os dados sobre o nível de iodo no sal, mas o IDS 2011 não apresenta esta informação.

⁶⁰ World Health Organization. 1995. Technical report series number 854: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. Geneva: Switzerland, p.208. <http://www.who.int/iris/handle/10665/37003>

⁶¹ CORE Group. 2010. Nutrition Working Group. Nutrition Program Design Assistant (NPDA): A Tool for Program Planners. Washington: DC.

⁶² A referência à preocupação com a saúde pública refere-se a percentagem de anemia na população geral e não especificamente em crianças com idade compreendida entre os 6 e os 59 meses. Contudo, esta tabela aplica esta referência para classificar a significância da saúde pública em termos de anemia para crianças com idade compreendida entre os 6 e os 59 meses.

⁶³ O IDS reporta para crianças de 6-59 meses, mas a política do MISAU e para desparasitar as crianças so de 12-59 meses.

⁶⁴ Avaliado por: serum retinol ≤ ,70 μmol/l

⁶⁵ Es importante notar que o Inquerito de Micronutrientes 2012-2013 teve uma mostra das crianças de seis cidades de Moçambique, e segundo o IDS, geralmente a população urbana tem melhor acesso a uma dieta diversificada; então os resultados desta população urbana podem-se variar quando comparado com uma população rural.

⁶⁶ Os dados disponíveis não indicam o nível de iodo.

2.3. Práticas de Alimentação Infantil

Como foi realçado na Política Nacional de Alimentação Infantil, as práticas de alimentação infantil inadequadas criam um défice de energia, proteínas e micronutrientes como a vitamina A e o ferro. Também são associadas as práticas inadequadas de higiene, água e saneamento e cuidados prestados de forma inadequada na infância, os quais aumentam o risco das crianças contraírem doenças graves resultantes de infecções comuns da infância, as quais, por sua vez, potenciam a desnutrição criando um ciclo vicioso.^{67 68} Visto que as causas directas da desnutrição são uma combinação de alimentação insuficiente e infecções, a ENAI enfoca-se na melhoria das práticas de alimentação infantil adequadas, na qualidade dos alimentos, na insegurança alimentar, complementando os esforços cruciais da prevenção e tratamento de infecções (por exemplo nas intervenções do sector de saúde, água e saneamento).

1. Aleitamento materno. Segundo os indicadores nacionais, alguns aspectos representam um ponto forte em termos da prática de aleitamento materno, tais como, aleitamento materno para quase todas as crianças (97 por cento), início atempado de amamentação durante a primeira hora depois do nascimento (77 por cento), baixo uso de leite artificial antes de iniciar o aleitamento materno (6 por cento) e a continuação do aleitamento materno durante o segundo ano de vida (91 por cento). Em contraste, a prática de aleitamento materno exclusivo requer uma alta prioridade, visto que menos da metade (43 por cento) das crianças menores de seis meses recebem só aleitamento materno.⁶⁹ Por outro lado, o uso comum do biberão prejudica o aleitamento materno e expõe as crianças a doenças, no qual cerca de 30 por cento estão expostas a infecções antes dos seis meses e até cerca de 80 por cento das crianças no segundo ano de vida.⁷⁰ Segundo dados de 2017 fornecidos pelo MISAU, cerca de 58 por cento⁷¹ das crianças expostas ao HIV receberam o aleitamento materno exclusivo até aos 5 meses de idade.⁷²

2. Práticas de alimentação complementar. Cerca de 40 por cento das crianças fizeram a introdução precoce de alimentos complementares, antes da criança completar seis meses de idade, que é nutricionalmente inadequada. Uma dieta mínima aceitável inclui três aspectos: o aleitamento materno (ou produtos de leite animal apenas para casos excepcionais para crianças não amamentadas), diversidade alimentar com quatro ou mais grupos de alimentos e frequência alimentar mínima segundo a idade. Existem evidências nacionais que mostram deficiências severas para a diversidade alimentar mínima, apenas alcançada por 30 por cento das crianças de 6-23 meses e a frequência alimentar mínima pela idade (41 por cento das crianças), o que faz com que apenas 15 por cento das crianças amamentadas e 6 por cento das crianças não amamentadas tenham uma dieta mínima aceitável.⁷³

Os dados identificam como prioridades: o atraso na introdução da alimentação até aos seis meses e não mais tarde, aumentar o consumo dos alimentos ricos em proteína (especialmente os produtos de origem animal como carne, peixe, galinha e ovos), mas também as leguminosas e nozes que são

⁶⁷ PNAI, p.5.

⁶⁸ World Health Organization. 2011. Executive Board 130 Background Paper 2 - Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition. Draft May 2011 pp. 2-3 (acessado a 09/01/2013 a partir de http://www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper2_A_reviewofhealthinterventionswithaneffectonnutrition.pdf).

⁶⁹ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁷⁰ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁷¹ Não é possível comparar a percentagem das crianças com aleitamento materno exclusivo das crianças de 0-5 meses coleccionado nos IDS com os dados do CCR, por variações das idades e estandardização das perguntas.

⁷² MISAU. 2017. Dados de CCR do ano 2017.

⁷³ MISAU, INE e ICFI. 2013.

consumidas por um mínimo de crianças de 6-23 meses, e muitas vezes introduzidas no segundo ano de vida.⁷⁴

3. Composição das dietas das crianças. Apesar de não haver disponibilidade de informação detalhada sobre a composição dos alimentos complementares para todas as zonas, os dados disponíveis indicam que as dietas das crianças é composta maioritariamente por alimentos de base (milho nas regiões centro e sul, e mandioca na região norte), com um baixo consumo de alimentos de origem animal e quantidades variáveis de legumes, frutos e vegetais ricos em micronutrientes, disponíveis de acordo com a época.⁷⁵ Um estudo realizado na região norte constatou que quase todas as crianças eram alimentadas com papas feitas de farinha de milho como primeiro alimento, no entanto apenas um quarto das mães reportou que enriquecia as papas com óleo ou amendoim em pó (adicionando deste modo gordura e energia).⁷⁶ Depois do início dos primeiros alimentos, este estudo constatou um consumo aceitável de legumes devido a sua elevada produção a nível local. Por isso, as dietas das crianças nas diferentes regiões reflectem os constrangimentos enfrentados pela falta de uma diversidade dietética na dieta familiar, incluindo a dependência na mandioca nas províncias localizadas na região norte do país. Também existe uma preocupação com o uso de açúcar nas dietas das crianças, mostrada por uma avaliação das dietas das crianças de 12-24 meses de idade nos distritos de Beira e Dondo que reportou que cerca de 15% das crianças foram oferecidas refrescos (ex. do tipo Cola) no dia anterior à entrevista e mais de um terço foram oferecidas bolachas, chocolates, guloseimas, bolos ou biscoitos.⁷⁷ Por outro lado, o IDS 2011 indicou um alto consumo de frutas e vegetais ricos em vitamina A (58%) e outras frutas e vegetais (30%), em crianças amamentadas de 6-24 meses no dia anterior à entrevista.⁷⁸

Factores que afectam a Alimentação Infantil

A insegurança alimentar afecta a alimentação infantil. Devido a estreita ligação entre a desnutrição infantil e o nível de riqueza do agregado familiar em Moçambique, compreende-se que a pobreza é um factor central que afecta a segurança alimentar.⁷⁹ Apesar da redução da insegurança alimentar crónica da população, de 35 por cento em 2006 para 25 por cento em 2013, a crise económica iniciada em 2015 pode prejudicar mais a insegurança alimentar.⁸⁰ De igual modo, um estudo recente em pequena escala sobre as práticas alimentares das crianças constatou que as mães e outros provedores de cuidados reportaram a falta de alimentos suficientes como sendo o constrangimento por detrás do seu impedimento em alimentar as crianças com mais frequência, contrariamente ao seu desejo.⁸¹

As carências sazonais de alimentos contribuem para o défice na alimentação complementar devido às variações na produção agrícola e a fraca capacidade de armazenamento e processamento, exacerbada pelas mudanças climáticas.⁸² A desnutrição aguda nas crianças regista o seu pico entre colheitas e durante os períodos de seca, que é a época de escassez que geralmente ocorre de Dezembro a Março

⁷⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013..

⁷⁵ Ganhão, C. 2017. "Maternal and children nutrition in northern Mozambique: a mixed methods study." *International Journal of Research*. Volume 4, Issue 10, pp. 1884-1902.

⁷⁶ Ganhão, C. 2017. pp. 1884-1902.

⁷⁷ MISAU, GAIN, and COWI Mozambique. 2017. Endline Survey Report of Micronutrient Powder Intervention among Young Children in Sofala Province, Mozambique. Maputo, Mozambique: GAIN, p. 48.

⁷⁸ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁷⁹ Carrilho, J. et al. 2015, p.24.

⁸⁰ SETSAN. 2013. Relatório do Estudo de Base de Segurança Alimentar e Nutricional. Maputo, Moçambique.

⁸¹ Picolo, M. et al. 2017. Crenças e Práticas Culturais que Influenciam a Alimentação Infantil em Moçambique: Resultados dos Estudos de Avaliação de Práticas Melhoradas. Maternal and Child Survival Project. Maputo, Moçambique, p.5.

⁸² Carrilho, J. et al. 2015, p.27.

no norte do País, e de Outubro a Fevereiro no Centro e Sul.⁸³ Exemplo recente deste tipo de situações foi verificada no período antes da colheita de 2017, em que foi declarada na fase crise de segurança alimentar em 20 distritos de oito províncias segundo o IPC, com cerca 30.000 crianças diagnosticadas com desnutrição aguda.⁸⁴ A PNAI aborda especificamente a necessidade de serviços especializados (incluindo o aconselhamento nutricional e a estimulação do desenvolvimento) e produtos nutricionais para prevenir o risco de consequências de desenvolvimento ao longo da vida das crianças afectadas pela insegurança alimentar crónica ou aguda.⁸⁵ Contudo, os produtos nutricionais especializados para evitar a desnutrição em crianças pequenas (LNS ou BP-5) não estão incluídos nas repostas nacionais durante as crises de segurança alimentar declaradas.⁸⁶ Para além disso, em 2017 os produtos para tratar os casos de desnutrição aguda não estavam disponíveis de forma consistente na maior parte dos distritos afectados pela insegurança alimentar.⁸⁷

Em 2017, um processo de advocacia designado “*Fill the Nutrition Gap*” (preencher a lacuna em nutrição) foi lançada em Moçambique com o objectivo de aferir o custo duma dieta das crianças pequenas, das adolescentes, das mulheres grávidas e lactantes, que cumpre com as suas necessidades nutricionais, e examinar quais políticas e opções programáticas podem ser seguidas para melhorar as dietas ao custo mais baixo.⁸⁸ Nesta avaliação foi constatada uma lacuna significativa no consumo actual de nutrientes das crianças (assim como para as adolescentes e mães), maioritariamente devido a falta de diversidade alimentar e a frequência alimentar.⁸⁹ Os factores principais foram a falta de diversidade e eficiência na produção da própria família, a fraca disponibilidade de alimentos nutritivos nos mercados e os factores limitantes ao acesso económico aos alimentos nutritivos.⁹⁰ Estimou-se que mais da metade das famílias Moçambicanas não têm recursos suficientes para uma dieta que satisfaz os requisitos de energia, proteína e micronutrientes, visto que o custo é quatro vezes maior que o custo de uma dieta que só provê suficiente energia mas não é nutricionalmente adequada.⁹¹ Apesar das dietas nutritivas terem sido inacessíveis a nível familiar, a dieta da criança de 12-23 meses foi de menor custo (5.2 MZN diário em 2015) em relação a das mães e adolescentes.⁹² Mas nas províncias onde a população tem recursos para o custo duma dieta adequada, as taxas de desnutrição crónica são as mais altas (vide a figura 1), o que sugere que a falta de conhecimento das práticas de alimentação infantil adequada e o fraco acesso dos alimentos constituem uma das barreiras para a melhoria das dietas das crianças.⁹³

⁸³ Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). Calendar sazonal para Moçambique a base de dados de SETSAN de 2013 (acessado a 27/04/2018 a partir de <http://fews.net/southern-africa/mozambique/seasonal-calendar/december-2013>).

⁸⁴ Governo de Moçambique. 2017. Situação de Segurança Alimentar e Nutricional: Resultados da análise de IPC conduzida em 20 distritos de 8 províncias no período de Março-Abril 2017. SETSAN. Maputo, Moçambique.

⁸⁵ PNAI, p.17.

⁸⁶ Comunicação pessoal, MISAU and WFP, February 2018. Estes produtos podem ser fornecidos por um doador particular, mas não estão disponíveis excepto para o tratamento de casos de desnutrição aguda.

⁸⁷ Governo do Moçambique. 2017, p.6.

⁸⁸ World Food Program. 2017. “Fill the Nutrient Gap Analysis: An Introduction.” Powerpoint webinar. Accesado a 9/4/18 a partir de http://www.implementnutrition.org/wp-content/uploads/2017/12/Fill-the-Nutrient-Gap-SISN-webinar-Nov-2017_FINAL.pdf.

⁸⁹ SETSAN. 2018. *Fill the Nutrient Gap Study*. Maputo, Moçambique, p.72.

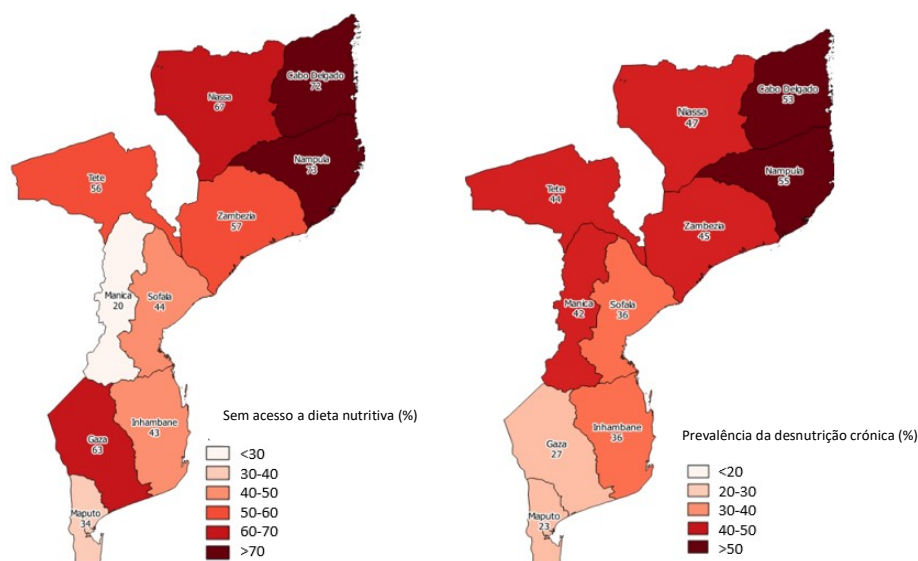
⁹⁰ SETSAN. 2018.

⁹¹ SETSAN. 2018a. *Fill the Nutrient Gap Study: Summary Report*, p.11. Maputo, Moçambique.

⁹² SETSAN. 2018a. p. 13.

⁹³ SETSAN. 2018a, p.13.

Figura 1: Comparação da percentagem de população que não tem recursos para uma dieta nutricionalmente adequada com a prevalência de desnutrição crónica, por província



A indisponibilidade de água e o fraco saneamento afectam a alimentação infantil. O acesso limitado às fontes de água melhoradas e às instalações de saneamento contribuem para os desafios de Moçambique na saúde das crianças, em particular para os agregados familiares das zonas rurais, uma vez que apenas um terço tinha acesso à uma fonte de água melhorada e 12 por cento tinha acesso ao saneamento melhorado não partilhado durante o IDS 2011.⁹⁴ A falta de água potável para a confecção e higiene dos alimentos, bem como a constante exposição a excrementos humanos, expõem as crianças à infecções quando comem, bebem e brincam. Em 2012, estimava-se que o fraco saneamento custava a Moçambique 4 biliões de Meticais por ano (o equivalente a 124 milhões USD) incluindo os custos de cuidados de saúde, fraca produtividade, desperdício de tempo e mortalidade.⁹⁵

Crenças sobre a alimentação infantil

Como foi mencionado na PNAI, um estudo das práticas de alimentação infantil constatou que na ausência do aconselhamento providenciado pelos serviços de saúde e agentes comunitários, as práticas de alimentação infantil estavam sujeitas a crenças culturais e espirituais, especialmente dos membros das famílias que influenciam directamente as decisões das mães tais como os parceiros, as sogras e as avós, afectando assim as práticas recomendadas.⁹⁶

⁹⁴ MISAU, INE e ICFI. 2013.

⁹⁵ World Bank. 2012. Water and Sanitation Program: *Economic Impacts of Poor Sanitation in Africa: Mozambique*. Washington, DC: World Bank.

⁹⁶ Arts, M. et al. 2011. "Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Exclusive Breastfeeding of Infants Younger Than 6 Months in Mozambique: A Qualitative Study." *Journal of Human Lactation* 27(1):25–32.

Tabela 3. Indicadores chave de práticas de alimentação infantil, e as suas prioridades na ENAI

Indicador	Prevalência*	Prioridade e implicações para o enfoque da ENAI	Referência para determinar a importância para a saúde pública**
Aleitamento Materno			
Aleitamento materno durante a primeira hora depois do nascimento	77%	Médio	<80% geralmente é uma prioridade
Aleitamento materno exclusivo em crianças 0-6 meses de idade	43%	Alto	<80% geralmente é uma prioridade
Aleitamento Materno Continuado para crianças 12-15 meses de idade	91%	Baixo	<80% geralmente é uma prioridade
Crianças que receberam leite artificial nos primeiros três dias de vida ⁹⁷	6%	Baixo	>20% geralmente é uma prioridade
Uso do biberão nas crianças 0-23 meses	0-5 meses=30% 6-9 meses=68% 12-23 meses=80%	Alto	Sem referência definida para preocupação
Alimentação complementar			
Introdução atempada de alimentos sólidos ou semi-sólidos para crianças de 6-8 meses	69%	Médio	<80% geralmente é uma prioridade
Diversidade alimentar mínima para crianças de 6-23 meses (≥4 grupos de alimentos)	30%	Alto, enfatizar crianças de 6-8 meses	<80% geralmente é uma prioridade
Frequência alimentar mínima para crianças 6–23 meses segundo idade ⁹⁸	41%	Alto, enfatizar crianças 9-23 meses	<80% geralmente é uma prioridade
Dieta mínima aceitável com as 3 práticas alimentação infantil ⁹⁹	15% AM*** 6% não AM***	Alto	<80% geralmente é uma prioridade
Carne, peixe, galinha consumido nas últimas 24 horas pelas crianças de 6-23 meses	39% AM 53% não AM 20% 6-8 meses	Alto, por ser fonte de proteína animal, enfatizar crianças 6-8 meses	Sem referência definida para preocupação
Consumo do leguminosas e nozes 6-23 meses	28%	Alto, por ser fonte de proteína vegetal, enfatizar crianças 6-11 meses	Sem referência definida para preocupação

⁹⁷ Este indicador mostra a percentagem das crianças amamentadas nascidas nos últimos dois anos que receberam leite artificial, no caso que receberam alguma coisa mais que o leite materno nos primeiros três dias de vida.

⁹⁸ Frequência mínima por idade é duas vezes para crianças amamentadas de 6-8 meses de idade, três vezes para crianças amamentadas de 9-23 meses, e quatro vezes para crianças não amamentadas de 6-23 meses.

⁹⁹ MISAU, INE e ICFI. 2013.

Indicador	Prevalência*	Prioridade e implicações para o enfoque da ENAI	Referência para determinar a importância para a saúde pública**
Consumo de ovos 6-23 meses	20%	Alto, por ser fonte de proteína animal	Sem referência definida para preocupação
Crianças 6-23 meses que consomem frutas e vegetais ricos em vitamina A	58% AM 61% não AM	Médio	Sem referência definida para preocupação
Crianças 6-23 meses que consomem frutas e vegetais em geral (ricos em vitamina A e outros)	22,6% AM 47% não AM	Baixo	Sem referência definida para preocupação
Crianças 6-23 meses que consomem alimentos ¹⁰⁰ ricos em ferro.	45%	Alto, enfatizar crianças de 6-8 meses	Sem referência definida para preocupação

* Fonte de dados: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011**Fonte de critério da classificação: Nutrition Program Design Assistant.

***AM: criança com aleitamento materno, Não AM: crianças não amamentada

2.4. Alimentação Infantil em Circunstâncias Especiais

As crianças em circunstâncias especiais são particularmente vulneráveis aos desafios da alimentação infantil, como referido na Estratégia Global para a Alimentação Infantil. Segundo a PNAI, estes factores incluem a exposição ao HIV, desnutrição aguda, baixo peso à nascença, emergências, outras circunstâncias sociais tais como, órfãos e crianças sob cuidados em acolhimentos familiares, crianças nascidas de mães adolescentes, mães sofrendo de deficiência física ou mental, dependência ao álcool e às drogas ou mães reclusas ou fazendo parte de grupos populacionais desfavorecidos ou de outra forma marginalizados.

Crianças vulneráveis

A PNAI refere-se à adopção à escala nacional das directrizes de alimentação infantil da OMS de 2010 para crianças expostas ao HIV e seropositivas. Essa adopção foi concretizada por meio de adaptação de materiais de formação da área de alimentação infantil no contexto do HIV, seguidas das formações provinciais e em trabalho para os profissionais de saúde, no entanto há necessidade de continuar esta disseminação para todo o pessoal envolvido. Existem protocolos nacionais sobre o apoio à alimentação infantil para bebés nascidos com baixo peso ou crianças doentes, no entanto, a implementação decorre de forma deficitária devido a falta de capacitação dos técnicos de saúde, necessidade de fornecimento dos materiais de apoio ou outros factores. Não há disponibilidade de informação sobre o estado nutricional e alimentação infantil de órfãos pequenos não amamentados, mas os dados do IDS 2011 indicam uma situação alarmante segundo a qual apenas 12 por cento das crianças não amamentadas são alimentadas com produtos lácteos e apenas seis por cento recebem uma dieta adequada.

Os órfãos e seus provedores de cuidados são elegíveis para a assistência do Ministério da Género, Criança e Acção Social (MGCAS)¹⁰¹ quando há disponibilidade de recursos. Contudo, os provedores

¹⁰⁰ Inclui carne (e carne de grãos), peixe, galinha e ovos.

¹⁰¹ Inclui a provisão de substitutos do leite materno e os biberões até aos 18 meses de idade e a provisão de farinha de milho e amendoim para crianças com mais de 6 meses de idade. Assistência financeira também pode ser concedida às famílias de baixa renda (tais como avós) que tomam conta de crianças órfãs.

de serviços para crianças órfãs e vulneráveis reportam que as práticas alimentares e de cuidados para crianças órfãs pequenas enfrentam grandes desafios, uma vez que os provedores de cuidados geralmente são avós com falta de recursos financeiros e apoio para alimentá-las adequadamente. As crianças órfãs que vivem nos Centros de Acolhimento também enfrentam sérios riscos relacionados com a alimentação infantil, apesar da assistência social, embora dados específicos sobre o seu estado nutricional ou dietas não estejam disponíveis.

Crianças com desnutrição aguda

Para a identificação e tratamento de crianças com desnutrição aguda, foi introduzido, à escala nacional, o Programa de Reabilitação Nutricional I (PRN I) para crianças e adolescentes de 0 aos 14 anos de idade e o PRN II para adolescentes e adultos com 15 ou mais anos de idade. Contudo, os serviços do PRN enfrentam muitos desafios, com frequentes rotura de stock de produtos terapêuticos e suplementos nutricionais.¹⁰² A alimentação infantil está integrada no PRN, uma vez que os protocolos e as ferramentas de admissão e seguimento incluem o uso de todo o historial de alimentação da criança para determinar o papel das práticas ou dietas alimentares adequadas (versus doenças recentes ou outros factores) na contribuição para a desnutrição aguda. Porém, os grandes desafios são o comprimento adequado do protocolo, a baixa cobertura do programa, a capacidade técnica dos profissionais de saúde e a rotura constante de suplementos nutricionais. **A componente de estimulação das crianças com desnutrição aguda foi recentemente revitalizado no PRN com objectivo de remediar os danos cerebrais causados pela desnutrição. Contudo, o aconselhamento em estimulação na CCR e nas enfermarias de pediatria necessitam de reforço.** A nível comunitário, a busca activa dos pacientes que abandonam o tratamento da desnutrição bem como o apoio no seguimento da alimentação infantil para evitar recaídas nas pessoas que terminam o tratamento ainda é fraco, o que aponta para a necessidade do fortalecimento das campanhas de sensibilização junto as comunidades.

Emergências

A elevada vulnerabilidade às cheias, tempestades/ciclones e secas exacerbam ainda mais a insegurança alimentar em Moçambique e os desafios de cumprir com as necessidades de alimentação infantil das crianças pequenas. Durante as situações de emergência, os bebés e as crianças pequenas posicionam-se entre as mais vulneráveis devido ao risco de interrupção da amamentação e alimentação complementar inadequada.¹⁰³ De acordo com as orientações nacionais de alimentação em casos das emergências,¹⁰⁴ a PNAI apresenta os serviços e o apoio necessários durante as situações de emergência, incluindo o apoio na amamentação e a prevenção do uso de substitutos inadequados do leite materno, bem como o uso de produtos alimentares complementares especiais. A protecção da alimentação infantil no contexto de emergência deve ser garantida através da observação do preceituado na PNAI e da monitoria do CCSLM protegendo assim a continuação do aleitamento materno. Os planos nacional e provinciais de emergência para nutrição incorporam os objectivos de alimentação infantil, no entanto, o Plano Nacional de contingência ainda não contém a componente de protecção e apoio a alimentação infantil e da criança pequena no contexto de emergência, o que exige uma maior harmonização.

¹⁰² Governo de Moçambique. 2013. Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. Maputo. p.19.

¹⁰³ WHO. 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva.

¹⁰⁴ Moçambique utiliza como base para as orientações nacionais as ferramentas de Emergency Nutrition Network (ENN) (*A Rede da Nutrição em Emergências*) com materiais em www.enonline.net.

2.5. As Lacunas Relacionadas com o Conhecimento sobre os Temas Ligados à Alimentação Infantil no País

Para elaborar e implementar uma programação de alimentação infantil eficaz, é essencial ter informação correcta sobre os desafios específicos à amamentação e alimentação complementar, a população afectada e os contextos nos quais elas vivem.¹⁰⁵ O UNICEF enfatiza a necessidade de identificar as prioridades em termos de pesquisa a nível nacional, definir os mecanismos para rever, disseminar e utilizar os resultados dos inquéritos, avaliações do programa e pesquisas para orientar as decisões políticas e de programas.

Os temas que requerem pesquisa ou mais exploração, entres outros a ser identificados, incluem:

- Dados detalhados ao nível nacional sobre a quantidade, qualidade, frequência e densidade energética das refeições complementares consumidas;
- Os cuidados em relação a forma como a alimentação é fornecida em termos de preparo das refeições e uso do prato próprio;
- Factores associados à desnutrição aguda infantil (detalhes sobre a alimentação da criança, o seu cuidado e as circunstâncias das crises para sua saúde, desmame ou outros factores) para identificação precoce de intervenções;
- Barreiras e factores facilitadores da alimentação infantil para as mães que trabalham fora da casa (zonas urbanas e rurais);
- Modelos programáticos que promovem as práticas de alimentação infantil no contexto multisectorial integrado, com um enfoque na disponibilidade e acesso a alimentos nutritivos, água segura e saneamento, e estimulação psicomotora entre outros temas sensíveis à nutrição;¹⁰⁶
- Estudos/pesquisas sobre o consumo de alimentos ultraprocessados e açucarados por crianças dos 6 aos 24 meses, devido a problemática da desnutrição e aumento de casos de doenças não transmissíveis.

¹⁰⁵ MISAU. 2015. Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique 2015-2019, p.46.

¹⁰⁶ Este tema está harmonizado com o objectivo do PESS de “Promover a realização de pesquisas operacionais que permitam fortalecer os programas de nutrição, incluindo a abordagem multisectorial” (PESS, p.55).

3. Análise da Situação Actual da Coordenação Institucional, Recursos Disponíveis, Políticas, Leis e Programas

Com base na documentação disponível a nível nacional e nas observações dos membros do GT-AI e outros profissionais envolvidos, a informação abaixo resume os esforços actuais relevantes à alimentação infantil e as lacunas percebidas, bem como as oportunidades para que a ENAI se focalize nestas áreas. É importante realçar que os objectivos da ENAI e as suas actividades respondem a estas áreas de intervenção.

3.1. Coordenação de Actividades Relacionadas com a Alimentação Infantil

A coordenação nacional da alimentação infantil baseia-se num conjunto de entidades com diferentes papéis dentro do governo e através de parcerias. A provisão de apoio ao sector da saúde na área da alimentação infantil é gerida pelo Departamento de Nutrição do MISAU, com responsabilidades específicas delegadas aos organismos técnicos tais como os grupos de trabalho para alimentação infantil, CMSC e PRN composto por pontos focais dos departamentos de Saúde Materno Infantil, de Qualidade e Humanização, de Saúde Escolar, de Promoção de Saúde, do Programa Alargado de Vacinação, entre outros, nos quais os profissionais de outros ministérios tais como o MGCAS, Ministério de Trabalho, Emprego e Segurança Social (MITESS) onde participam os parceiros de cooperação. Além disso, Moçambique, através da sua integração no movimento Scaling Up Nutrition desde 2011, apoia a implementação do PAMRDC por meio do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) e o Fórum de Parceiros de Nutrição que coordenam o apoio financeiro ao governo para a programação da nutrição.¹⁰⁷

3.2. Recursos Disponíveis para Promover uma Alimentação Infantil Adequada

A escassez de recursos é considerada um desafio primário nos esforços visando promover, proteger e apoiar a alimentação infantil, paralelamente com a incapacidade de controlar as despesas na área de nutrição ao longo dos diferentes sectores. As despesas com a saúde e nutrição têm vindo a crescer, estando na ordem de 7,8 por cento o que ainda representa um nível baixo em relação a porção recomendada no orçamento nacional¹⁰⁸ e dentro das despesas para a nutrição não é possível estimar o valor gasto, em particular para promover a alimentação infantil. Considerando a imensa eficiência dos custos no investimento de recursos visando a prevenção da desnutrição e as deficiências de micronutrientes durante os primeiros dois anos de vida, a ENAI inclui advocacia, bem como melhoria no processo de recolha de dados sobre alimentação infantil de modo a permitir o maior controlo dos fundos com os resultados do programa.

¹⁰⁷ Scaling Up Nutrition (SUN). SUN Mozambique webpage. Acessado a 10/4/18 a partir de <http://scalingupnutrition.org/sun-countries/mozambique/>.

¹⁰⁸ UNICEF. 2017. Health Budget Brief 2017. Acessado a 9/4/18 a partir de https://www.unicef.org/esaro/UNICEF_Mozambique_-_2017_-_Health_Budget_Brief.pdf.

3.3. Instrumentos Reguladores Aprovadas pelo Governo da República de Moçambique

Os objectivos e acções da ENAI apoiam e reforçam os diferentes planos e estratégias nacionais, focalizando-se sobre as prioridades para a alimentação infantil. A análise do ambiente político indica que a implementação das políticas, estratégias e directrizes constitui um desafio primário para Moçambique, e não a falta de políticas relevantes.¹⁰⁹ A lista das políticas e estratégias relevantes à alimentação infantil vide o anexo 4.

A ENAI operacionaliza as normas e serviços de protecção, apoio e promoção de alimentação infantil definidos na Política Nacional de Alimentação Infantil. Os objectivos, áreas estratégicas e resultados desta Estratégia foram desenhados para responder as prioridades da Política.

Entre as outras políticas, normas, estratégias, planos e programas que integram componentes de protecção, promoção e apoio às práticas de alimentação infantil adequadas, destaca-se, o Plano Quinquenal do Governo (2015–2019), que inclui o objectivo de reduzir a morbi-mortalidade por desnutrição crónica, com acções para reforçar o tratamento da desnutrição aguda, os programas de educação alimentar e nutricional, a educação e promoção da mudança de comportamento nutricional direccionados para a utilização de culturas e alimentos fortificados com micronutrientes.¹¹⁰ Outros documentos transversais relevantes incluem a Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN II 2008-2015/PASAN e a ESAN III que está em processo de elaboração), o Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) e o PAMRDC. Tendo em conta a PAMRDC, a ENAI está também harmonizada com vários dos objectivos estratégicos e acções, incluindo:

- Aleitamento materno exclusivo, feito por todas as mães, nos primeiros seis meses de vida da criança;
- Alimentação complementar adequada recebida por todas as crianças dos 6 aos 24 meses;
- Reduzir a taxa de prevalência da Desnutrição Crónica em crianças menores de 24 meses;
- Reduzir as deficiências de micronutrientes e anemia em todas as crianças dos 6 aos 24 meses.

A ENAI também reforça o Plano Nacional de Accção para a Criança II (PNAC) 2013-2019 que inclui objectivos e actividades necessários para melhorar a alimentação infantil, especialmente os relacionados com o objectivo de “Intensificar as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos de vida,” o que inclui promoção do aleitamento materno exclusivo, fornecimento trimestral de suplementos nutricionais fortificados às crianças de 6 aos 24 meses, promoção de alimentos locais de elevado valor nutritivo, disponibilização de sal iodado no mercado e melhorar a cobertura do saneamento do meio.¹¹¹

É importante enfatizar a harmonização da ENAI com a Estratégia Nacional de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2019-2023,¹¹² considerando a complementaridade da promoção de alimentação infantil adequada e diversificada para as crianças dos 0 aos 24 meses, com o seu enfoque em promover uma dieta diversa e nutritiva durante as etapas da juventude e a vida adulta.

¹⁰⁹ Carrilho, J. et al. 2015, p.4.

¹¹⁰ Plano Quinquenal do Governo 2015-2019, p.15.

¹¹¹ Governo do Moçambique. 2012. Plano Nacional de Accção para a Criança II (PNAC) 2013-2019, p.23.

¹¹² MISAU. 2018. Estratégia Nacional de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2019-2023, Versão não finalizada.

Moçambique ratificou vários instrumentos internacionais e regionais relevantes à promoção, protecção e apoio da alimentação infantil que oferecem uma plataforma legal para a elaboração de iniciativas nacionais. As leis mais importantes para os objectivos da ENAI estão incluídas na Tabela 4.

Tabela 4. Introdução e resumo das leis que são relevantes para a ENAI.

Nome da Lei ¹¹³
<p>A Lei de Defesa dos Direitos do Consumidor (Lei 22/2009, de 28 de Setembro), Artigos 5 a 20:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A qualidade dos bens (alimentos incluídos), a protecção da vida e da saúde, o direito à formação e informação do consumidor, a protecção jurídica, o direito a protecção contra publicidade enganosa e abusiva.
<p>A Lei do Trabalho (Lei 23/2007, de 1 de Agosto), Artigo 12:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protege o direito da mulher a gozar de uma licença de 60 dias consecutivos por maternidade e um dia para a licença por paternidade. • Confere uma hora diária para o aleitamento materno continuado durante o primeiro ano de vida da criança.
<p>Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (Lei 10/2017, de 1 de Agosto), Artigo 78, n° 2 e 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em 2017, o Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (EGFAE) estendeu a licença de maternidade a 90 dias consecutivos para os funcionários do estado e a licença de paternidade para sete dias. • Confere uma hora diária para o aleitamento materno continuado durante o primeiro ano de vida da criança.
<p>O Código Nacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (Diploma Ministerial Nº 129/2007, de 3 de Outubro), Artigo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disciplina, controla e regulamenta a comercialização, distribuição e publicidade de substitutos e complementos do leite materno e as formas da sua administração. • Assegura o uso apropriado de substitutos do leite materno apenas quando estritamente necessário e sob prescrição médica.

3.4. Normas, Programas e Actividades de Apoio a Alimentação Infantil

Várias intervenções têm vindo a ser implementadas para promover, proteger e apoiar as práticas de alimentação infantil adequadas, incluindo:

- Normas nos cuidados primários de saúde:
 - Pacote Nutricional Básico;
 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);¹¹⁴
 - Programa de Reabilitação Nutricional (PRN);
 - Estratégia RED e REC;¹¹⁵
 - Código Nacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (CCSLM).
- Programas Nacionais de apoio à Alimentação Infantil:
 - Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV);

¹¹³ Lei, política, estratégia, plano, programa ou norma.

¹¹⁴ A IHAC foi lançada pela OMS e UNICEF em 1991 para implementar os “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” nas maternidades, e facilitar os vínculos ao apoio comunitário (Veja o Anexo 3. Os Dez Passos).

¹¹⁵ RED e REC são estratégias da OMS de aumentar a cobertura de serviços de vacinação. RED é para alcançar cada distrito (*Reach Every District em inglês*) e REC é para alcançar cada comunidade (*Reach Every Community em inglês*).

- Atenção Integrada às Doenças Neonatais e de Infância;
- Bio-fortificação alimentar;
- Fortificação alimentar industrial;
- Suplementação com micronutrientes de acordo com os protocolos nacionais.
- Intervenções a nível da comunidade:
 - Pacote de Aconselhamento Comunitário em Alimentação Infantil (Grupos comunitários de apoio à alimentação infantil, ex. grupos de mãe-para-mãe, mães modelo);
 - Programas desenvolvidos pelos Agentes Polivalentes Elementares - APE (suplementação com Vitamina A, triagem nutricional e desparasitação);
 - PRN-Comunitário.
- Produção e divulgação de material de comunicação, ex.: materiais impressos e audiovisuais.
- Meios de comunicação social:
 - Formação de jornalistas em conteúdos relacionados com a alimentação infantil;
 - Utilização de figuras influentes para promoção e divulgação da alimentação infantil adequada;
 - Teatro comunitário que reforçam a importância de uma alimentação infantil adequada;
 - Divulgação de mensagens em documentários, anúncios de rádio e televisão, publicações nos meios de comunicação social;
- Monitoria do Código Nacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno;
- Celebração das datas comemorativas, como por exemplo: a semana mundial do aleitamento materno e dia mundial da doação do leite materno;
- Integração de conteúdo sobre alimentação infantil nos currículos de formação pré serviço dos profissionais de saúde.

Análise Situacional sobre o acesso e qualidade das intervenções de nutrição nos serviços de saúde

O aumento das despesas na área de saúde e a expansão dos serviços e pessoal de saúde contribuiu bastante para o acesso aos serviços de saúde, contudo ainda prevalecem graves constrangimentos aos cuidados de saúde, tais como o acesso, a qualidade e a capacidade do pessoal.¹¹⁶ Em relação ao acesso, em 2016, 90 por cento das áreas de Moçambique estavam a mais de 60 minutos de distância a pé de um serviço de saúde (apesar de a nível nacional apenas 6 por cento estarem a mais de 60 minutos de distância de carro dum serviço de saúde).¹¹⁷ Um estudo realizado em 2011 acerca das consultas em ambulatório no seio de uma variedade de unidades sanitárias na região centro de Moçambique reportou um tempo médio de consultas em ambulatório de cinco minutos, com 40 minutos de espera (após algum período adicional de espera no processo de registo).¹¹⁸

O estudo encontrou um tempo médio de 2.3 minutos para uma consulta da criança sadia, o que representa um período de tempo muito curto para avaliar o estado de saúde, nutrição e alimentação, e providenciar as mensagens focalizadas e o apoio com base nas circunstâncias da criança. Outros constrangimentos para os programas de nutrição incluem a falta de fundos para:

¹¹⁶ Pose, R., Engle, J., Poncin, A., and Manuel, S. 2014. *Against the Odds: Mozambique's gains in primary health care*. Development Progress, pp. 1-8. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8982.pdf> <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8982.pdf>

¹¹⁷ Do Anjos, A. e Cabral, P. 2016. *Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique*. International Journal for Equity in Health 201615:173 <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0455-0>.

¹¹⁸ Bradley H. et al. 2016. "Wait and consult times for primary healthcare services in central Mozambique: a time-motion study." *Global Health Action*. 9:1, DOI: 10.3402/gha.v9.31980.

formação, reprodução de materiais de apoio ao trabalho, aquisição de produtos nutricionais terapêuticos ou suplementares e micronutrientes em pó.¹¹⁹ Para além disso, o pessoal não está preparado para realizar todas as tarefas relacionadas com o aconselhamento de alimentação infantil e apoiar a extensão destes serviços para as comunidades, adicionada a frequente rotação do pessoal (o que exige repetição da formação) que constitui um desafio e a distribuição do pessoal de forma não equitativa.^{120 121}

3.5. Contributo da Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento no Apoio à Alimentação Infantil

Devido a importância da compreensão do contexto sociocultural e as experiências dos programas anteriores, a Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique (Estratégia de CMSC) oferece ferramentas e processos (tais como uma matriz de implementação) que serão utilizados na implementação da presente estratégia.¹²² A Estratégia de CMSC identificou muitas lacunas na cobertura das actividades de promoção de mudança de comportamento sobre a alimentação infantil, na capacidade de mudança de comportamento dos técnicos e activistas, bem como a falta de materiais e estratégias alinhadas com as recomendações da estratégia que utilizem diferentes canais e métodos para implementar e monitorar um programa abrangente a diferentes níveis (comunidade, unidade sanitária e Governo).

¹¹⁹ Entrevistas com membros do Governo de Moçambique e com parceiros.

¹²⁰ Entrevistas com pessoal do MISAU e parceiros (Fevereiro de 2018).

¹²¹ Governo do Moçambique. 2013. *PESS 2014-2019*. p.19.

¹²² MISAU. 2015. "Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique 2015-2019." p.48. Maputo.

4. Visão Geral da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil

4.1. Visão

Todas as crianças moçambicanas dos 0 aos 24 meses de idade são alimentadas adequadamente, possibilitando o crescimento e desenvolvimento saudáveis como parte da concretização do direito humano à alimentação adequada e do direito da criança ao mais alto padrão de saúde possível.

4.2. Meta

Contribuir para o alcance dos esforços nacionais para melhoria do estado nutricional das crianças dos 0 aos 24 meses de idade em Moçambique de 2019-2024(29).

4.3. Objectivos

Objectivo Geral

Melhorar as práticas de alimentação infantil e o consumo de alimentos nutritivos das crianças dos 0 aos 24 meses de idade.

Objectivos específicos

1. Aumentar a taxa do início atempado do aleitamento materno na primeira hora de vida de 77% a 82%;
2. Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças de 0-6 meses de 43% a 55%;
3. Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo para crianças expostas ao HIV aos 5 meses de idade de 58% a 60%;
4. Aumentar a taxa de aleitamento materno continuado de 12 a 15 meses de idade de 91% a 93%;
5. Aumentar a introdução de alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles nas crianças de 6 a 8 meses de 69% a 79%;
6. Aumentar a taxa de dieta mínima aceitável das crianças de 6-23 meses de 13% a 25%;
7. Aumentar a taxa da diversidade alimentar mínima das crianças de 6-23 meses de 30% a 45%;
8. Aumentar a taxa da frequência alimentar mínima das crianças de 6-23 meses de 41% a 55%.

5. Objectivos Estratégicos e Resultados Esperados da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil

5.1. Objectivo Estratégico 1: Desenvolver, aprovar e aplicar as políticas e legislação que apoiam a alimentação infantil

Resultado 1.1. Definidas e orientadas as normas da alimentação infantil e a devida programação providenciada pelo governo e seus parceiros

A PNAI foi desenvolvida pelo MISAU foi revisto extensivamente pelos intervenientes e apresentado aos outros ministérios durante o ano de 2017. Actualmente, a PNAI está a ser submetida a uma integração dos comentários relevantes com a expectativa de ser aprovado em 2019. Logo que for aprovada e disseminada, a PNAI irá fixar o padrão para a programação básica da alimentação infantil e apoio pelo governo, e irá orientar os parceiros sobre as normas e serviços nacionais.

Actividades

- Actualizar o conteúdo conforme exigido;
- Elaborar o processo de aprovação para a PNAI;
 - Desenvolver e implementar um plano de disseminação.

Resultados

- Finalizada a PNAI;
- Aprovada a PNAI.;
- Disseminada a PNAI junto dos intervenientes a todos os níveis (nacional, provincial, distrital, a nível das Unidades Sanitárias e outros intervenientes).

Resultado 1.2. Definida e orientada a implementação da ENAI

Existe a necessidade de se desenvolver um plano de disseminação/socialização de modo a garantir uma ampla sensibilização da ENAI e iniciar um processo de implementação das principais actividades a nível provincial e distrital.

Actividades

- Seguir os protocolos para a aprovação da ENAI;
- Socializar a ENAI com actores, ministérios e organizações;
- Lançamento da ENAI e disseminação no seio do governo, parceiros e sociedade civil;
- Desenvolvimento do plano operacional da ENAI pelos níveis provincial e distrital.

Resultados

- Aprovada a ENAI;
- Socializada a ENAI com os diferentes actores (ministérios e organizações);
- Lançada e disseminada a ENAI;
- Desenvolvido o plano operacional da ENAI pelos níveis provincial e distrital.

Resultado 1.3. Operacionalizado o Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno

A monitoria e a aplicação do Código requerem apoio técnico e coordenação por parte do MISAU, Inspeção Nacional de Actividade Económicas (INAE) do Ministério da Indústria e Comércio (MIC) e o Instituto Nacional de Normalização e Qualidade (INNOQ), em colaboração com as Direcções Provinciais da Saúde e os parceiros do MISAU. As experiências de monitoria do Código proporcionaram valiosas lições e destacaram a necessidade de uma disseminação alargada de informação sobre o Código, bem como a definição e aplicação de penalizações.

Actividades

- Realizar campanhas alargadas de informação sobre o Código em estabelecimentos comerciais, organizações de base comunitária (OCBs), unidades sanitárias, entidades do governo e a sociedade civil;
- Criação de um sistema de monitoria intersectorial (MISAU, MIC e INAE);
- Desenvolver o Diploma Ministerial conjunto (MISAU, INAE e Ministério da Economia e Finanças) para operacionalização do Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno.

Resultados

- O Código é disseminado junto dos comerciantes, organizações de base comunitária (OCBs), unidades sanitárias, entidades do governo e a sociedade civil;
- Criado o sistema de monitoria intersectorial do Código (MISAU, MIC e INAE);
- Desenvolvido e aprovado o Diploma ministerial conjunto do Código.

Resultado 1.4. Aplicadas as Normas Nacionais para a Produção, Importação e Venda de Alimentos Infantis

Existe uma fraca sensibilização e aplicação das normas obrigatórias para produção, importação e venda de alimentos infantis, que vêm detalhado no Regulamento dos Alimentos Infantis¹²³. É necessário uma ampla disseminação e aplicação das normas de alimentos infantis e deve estar harmonizada com os mecanismos do Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno.

Actividades

- Desenvolver e implementar um plano de disseminação das normas dos alimentos infantis (MISAU e INNOQ);
- Harmonizar as normas dos alimentos infantis ao Código (MISAU, MIC, INNOQ e INAE).

Resultados

- Disseminadas e implementadas as normas dos alimentos infantis junto aos destinatários visados;
- Harmonizadas as normas de produtos e alimentos infantis ao Código.

¹²³ O Regulamento dos Alimentos Infantis é o conjunto de normas nacionais que foram baseadas no *Códex Alimentarius* artigos 11 e 12.

Resultado 1.5. As componentes da Lei do Trabalho sobre a licença de maternidade e intervalos para amamentar mais abrangentes

A Lei do Trabalho concede a trabalhadora o direito de licença por maternidade de 60 dias, paternidade por um dia e faz referência ao intervalo ou interrupção de uma hora para o aleitamento materno. No entanto, verifica-se no Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado a licença por maternidade de 90 dias, paternidade por sete dias e inclui o intervalo de uma hora para o aleitamento materno. Decorrem a nível do Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social (MITESS) acções com vista na revisão da Lei do Trabalho, julga-se oportuno que o MISAU/DN através do GT-AI fazer a advocacia junto do MITESS a pertinência e a relevância da actualização deste aspecto na Lei do Trabalho como forma de incentivar as boas práticas de alimentação infantil, concretamente a amamentação. É importante uma planificação conjunta entre o MITESS e MISAU em prol da melhoria da disseminação, implementação faseada e monitoria destas medidas de protecção.

Actividades

- Preparar uma nota conceptual para advogar ao Governo sobre a importância da licença de maternidade e paternidade para a amamentação e outros benefícios (GT-AI);
- Advogar para extensão da licença de maternidade para 90 dias e de paternidade para sete dias na revisão do artigo nº 12 da Lei do Trabalho (MISAU, MITESS, MGCAS);
- Promover a produção de materiais (impressos e audiovisuais) de divulgação para instituições do governo, sector privado e sociedade civil sobre as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a licença de maternidade e paternidade, e os intervalos para amamentação;
- Disseminar as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a licença de maternidade, paternidade e intervalos para amamentação para a sociedade em geral;
- Incentivar a criação de espaços adequados para a amamentação nas instituições do governo e no sector privado.

Resultados

- Preparada a nota conceptual sobre a importância da licença de maternidade e paternidade para a alimentação infantil;
- Realizada a advocacia (com base na nota conceptual) para extensão da licença a maternidade para 90 dias e a paternidade para sete dias na revisão do artigo nº 12 da Lei do Trabalho;
- Produzido os materiais (impressos e audiovisuais) de divulgação para instituições do governo, sector privado e sociedade civil sobre as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a licença de maternidade e paternidade, e os intervalos para amamentação;
- Disseminadas as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a licença de maternidade, paternidade e intervalos para amamentação para a sociedade no geral;
- Criados espaços adequados para a amamentação nas instituições do governo e no sector privado.

Resultado 1.6: Implementada a legislação sobre a fortificação de alimentos com maior enfoque no consumo para alimentação complementar

A Lei da Fortificação define os termos e o processo para a fortificação da farinha de milho e trigo com ferro; óleo alimentar e açúcar com vitamina A; assim como o sal com iodeto de potássio. É essencial que os alimentos fortificados sejam especificamente promovidos para a alimentação complementar e no seio das mulheres grávidas/lactantes porque elas têm maior risco de deficiências. Também é necessário desenvolver estratégias específicas de acesso para as zonas rurais pobres, visto que o consumo desses alimentos fortificados é baixo devido ao custo e acessibilidade.

Actividades

- Advocar com governo e organizações para estratégias de maior acesso aos alimentos fortificados para as populações de maior risco de deficiências (crianças dos 6-24 meses, mulheres grávidas e lactantes, em particular nas zonas rurais e desfavorecidas);
- Desenvolver materiais (impressos e audiovisuais) de informação para a sociedade em geral sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados direccionados a crianças dos 6 aos 24 meses, mulheres grávidas e lactantes;¹²⁴
- Disseminação da informação sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados com maior enfoque para crianças dos 6 aos 24 meses, mulheres grávidas e lactantes.

Resultado

- Realizada a advocacia e elaborado um plano para a expansão da fortificação considerando as questões da alimentação infantil e a facilitação do acesso aos produtos fortificados para os grupos de maior risco;
- Desenvolvidos materiais de informação para a sociedade em geral sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados para direccionados a crianças dos 6 aos 24 meses, mulheres grávidas e lactantes;¹²⁵
- Disseminada a informação sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados com enfoque para crianças dos 6 aos 24 meses, mulheres grávidas e lactantes.

¹²⁴ Nota: Resultado 2.2 inclui a promoção dos alimentos fortificados: Elaborar (o adequar) um livro de receitas para as demonstrações culinárias, enfatizando a diversidade alimentar, o uso dos alimentos fortificados o biofortificados, e recomendações de evitar os alimentos e bebidas açucarados, e alimentos ultraprocessadas.

¹²⁵ Nota: Resultado 2.2 inclui a promoção dos alimentos fortificados: Elaborar (o adequar) um livro de receitas para as demonstrações culinárias, enfatizando a diversidade alimentar, o uso dos alimentos fortificados o biofortificados, e recomendações de evitar os alimentos e bebidas açucarados, e alimentos ultraprocessadas.

5.2. Objectivo Estratégico 2. Implementar as intervenções de alimentação infantil a nível das unidades sanitárias e as comunidades conforme definido na PNAI¹²⁶

Resultado 2.1. Prestados os serviços de alimentação infantil a nível das unidades sanitárias a todas as crianças com menos de 24 meses de idade e seus cuidadores

É necessário finalizar e aprovar a actualização do Pacote Nutricional Básico e assegurar a sua implementação, enfatizando os recursos financeiros necessários para a formação dos profissionais; a actualização e produção de materiais de apoio; aquisição de suplementos nutricionais, proporcionando melhor cobertura das actividades e qualidade na supervisão das mesmas.

Actividades:

- Finalizar a actualização o Pacote Nutricional Básico para harmonizar com novas políticas e protocolos;
- Elaborar um plano de formações e supervisão em alimentação infantil, incluindo aconselhamento e educação nutricional;
- Elaborar (ou adequar) um livro de receitas para as demonstrações culinárias, enfatizando a diversidade alimentar, o uso dos alimentos fortificados e biofortificados; e recomendações para evitar os alimentos e bebidas açucarados, e alimentos ultraprocessadas;
- Fazer um plano e orçamento para a disseminação de quantidades suficientes de materiais de comunicação e de apoio ao trabalho (*job aid*);
- Treinar formadores de alimentação infantil para garantir uma equipa de formadores em cada província/distrito;
- Rever os conteúdos das materias de alimentação infantil, para os institutos de formação de profissionais e técnicos de saúde;
- Aconselhar sobre o aleitamento materno exclusivo dos 0 aos 6 meses;
- Aconselhar sobre a alimentação complementar adequada e responsiva, incluindo sobre o consumo atempado e contínuo de MNP dos 6 aos 23 meses;
- Desparasitar as crianças dos 12 aos 23 meses;
- Aconselhar sobre a melhoria das práticas em relação á água potável, higiene e saneamento ;
- Monitorar regularmente (mensalmente) os parâmetros antropométricos em crianças dos 0 aos 24 meses;
- Suplementar com Vitamina A a cada 6 meses as crianças dos 6 aos 24 meses;
- Suplementar com micronutrientes em pó (MNP) as crianças 6 aos 23 meses.

Resultados:

- Actualizado e aprovado o Pacote Nutricional Básico;
- Elaborado e aprovado o plano de formações em alimentação infantil, que inclui seguimento e supervisão da qualidade do aconselhamento e educação nutricional;

¹²⁶ Este objectivo estratégico está de acordo com o Indicador Vinculado a Desembolo número 4 (DLI4): Percentagem de crianças de 0-24 meses que de idade que recebem o Pacote de Intervenções de Nutrição (PIN) nas oito províncias com prevalência de desnutrição crónica mais elevadas (Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Zambézia, Sofala, Manica, Tete e Inhambane).

- Elaborado (ou adequado) um livro de receitas para as demonstrações culinárias, enfatizando a diversidade alimentar, o uso dos alimentos fortificados e biofortificados, e recomendações de evitar os alimentos e bebidas açucarados, e alimentos ultraprocessados;
- Desenvolvido o orçamento para a disseminação dos materiais de apoio;
- Formadores Treinados em alimentação infantil ao nível provincial e distrital;
- Actualizado/adaptado os conteúdos de formação para os futuros profissionais e técnicos de saúde;
- Comunidade aconselhada sobre o aleitamento materno exclusivo dos 0 aos 6 meses;
- Comunidade aconselhada sobre alimentação complementar adequada e responsiva, incluindo sobre o consumo atempado e contínuo de MNP dos 6 aos 23 meses;
- Criança dos 12 aos 23 meses desparasitadas;
- Comunidade aconselhadas sobre a melhoria das práticas em relação á água potável, higiene e saneamento (WASH);
- Monitorados regularmente (mensalmente) os parâmetros antropométricos das crianças dos 0 aos 24 meses;
- Crianças dos 6 aos 24 meses suplementadas com Vitamina A a cada 6 meses;
- Crianças dos 6 aos 23 meses suplementadas com micronutrientes em pó (MNP).

Resultado 2.2. Modelo comunitário fortalecido para promoção da alimentação infantil das crianças de 0-24 meses

É necessário avaliar o modelo actual de apoio comunitário da alimentação infantil e fazer adaptações para assegurar que as intervenções da PNAI de aconselhamento, promoção, e referência possam alcançar as famílias, com materiais suficientes para realizá-las. Também há uma necessidade de completar as formações dos actores comunitários de saúde, bem como a implementação comunitária do Pacote de Aconselhamento Comunitário sobre Alimentação Infantil. Em algumas comunidades, existem diferentes activistas e/ou grupos de mães que fazem promoção da alimentação infantil, demonstrações culinárias, etc., mas não são parte dum modelo nacional comunitário e assim que a estrutura de supervisão das actividades comunitárias não é garantida, quando os projetos cessam, as actividades desenvolvidas por esses actores deixam de ser monitoradas.

Actividades:

- Realizar encontros para mapear os papéis dos actores comunitários e analisar as experiências aprendidas no país (modelos, resultados, custos) para recolher factores de sucesso e adaptar à realidade, região e zona (urbano/rural);
- Propor um modelo adaptado para apoio comunitário dos activistas, considerando expandir as actividades de alimentação infantil para alcançar, além das mães, os influentes (as sogras/avós, pais/esposos/maridos, os filhos mais velhos que cuidam dos irmãos mais pequenos) e outros actores sociais na comunidade, alinhado com a Estratégia de CMSC;
- Desenhar um modelo padrão para reporte e monitoria de actividades de alimentação infantil realizadas a nível das unidades sanitárias e nas comunidades;
- Elaborar um plano de cobertura para as actividades comunitárias e advogar para suficiente orçamento;
- Elaborar e implementar um plano de monitoria das actividades comunitárias de alimentação infantil, incluindo os grupos comunitários (como grupos de mães e de pais);

- Capacitar os APEs, ACSs e OCBs no Pacote de Aconselhamento Comunitário sobre Alimentação Infantil.

Resultados:

- Feito o mapeamento das actividades específicas da alimentação infantil para cada tipo de actor comunitário identificando lacunas relacionadas com a promoção, apoio e referência;
- Adaptado e expandido o Modelo de apoio comunitário em alimentação infantil para os profissionais, voluntários e activistas, baseado nos modelos viáveis no país;
- Desenhado um modelo padrão para reporte e monitoria das actividades da alimentação infantil realizadas na US e comunidade;
- Planificadas e orçamentadas as actividades comunitárias no âmbito da alimentação infantil;
- Elaborado e implementado o plano de monitoria das actividades de alimentação infantil dos grupos que implementam as actividades ao nível da comunidade (por exemplo os grupos de mães e pais);
- Capacitados os APEs, ACSs e OCBs em Pacote de Aconselhamento Comunitário sobre Alimentação Infantil.

Resultado 2.3. Alimentação infantil promovida usando a abordagem da Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a prevenção da desnutrição a nível da unidade sanitária e da comunidade

A Estratégia de CMSC precisa ser plenamente implementada, assegurando a integração dos princípios de mudança de comportamento na formação de técnicos e activistas que promovam as práticas óptimas de alimentação infantil durante a comunicação interpessoal e na elaboração de campanhas de difusão massiva. Segundo a Estratégia de CMSC, para realizar a advocacia sobre a importância da alimentação infantil e o orçamento requerido, é necessário contar com uma informação factual e actualizada baseada em pesquisas, e um quadro de trabalho legal para advocacia dos resultados das pesquisas.

Actividades:

- Elaborar um plano de acções prioritárias de alimentação infantil definidas na Estratégia de CMSC;
- Elaborar uma agenda de pesquisa (formativa e outras) em alimentação infantil para identificar lacunas;
- Advocar fundos para pesquisa (formativa e outras) que recolham informação adicional sobre o consumo de alimentos fortificados, biofortificados, açucarados ou ultraprocessados pelas crianças dos 6 aos 24 meses;¹²⁷
- Criar e actualizar periodicamente um inventário de pesquisa e outros documentos relacionados com a alimentação infantil e nutrição em Moçambique.¹²⁸

¹²⁷ Esta actividade complementa a pesquisa sobre as dietas de diferentes grupos etários promovida da *Estratégia Nacional de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2019-2023*.

¹²⁸ MISAU. 2015. *Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique 2015-2019*, p.60.

Resultados:

- Elaborado o plano de acção para as componentes da alimentação infantil da Estratégia de CMSC.;
- Elaborada agenda de pesquisa (formativa e outros) sobre alimentação infantil;
- Realizada a advocacia de fundos e para que os inquéritos e pesquisa formativa recolham informação adicional sobre o consumo de alimentos/bebidas fortificados, biofortificados, açucarados e ultra processados pelas crianças dos 6 aos 24 meses;
- Desenvolvido um inventário de pesquisa e/ou outros documentos relacionados a alimentação infantil e nutrição em Moçambique.

Resultado 2.4. Indicadores da alimentação infantil e as actividades da unidade sanitária e comunidade monitorados regularmente

Durante as consultas individuais de saúde, as práticas alimentares da criança deveriam ser anotadas nos cartões de controlo do crescimento ou nos registos clínicos, no entanto, não existe um processo ou formato padrão para documentar a informação o que torna difícil direccionar as melhorias e garantir a assistência permanente no apoio da alimentação infantil. As práticas da alimentação infantil geralmente não têm sido monitoradas com regularidade como parte do Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação (SIS-MA), excepto para alguns poucos indicadores específicos que são recolhidos de forma irregular (ex. aleitamento materno exclusivo para crianças expostas ao HIV). Tendo em conta que a promoção das boas práticas é uma tarefa dos técnicos, estão a ser elaborados novos instrumentos de monitoria e avaliação dos serviços durante as Consultas da Criança em Risco (CCR) e as Consultas da Criança Doente (CCD) que incluem os dados de aleitamento materno exclusivo e aleitamento continuado aos 11 meses.¹²⁹

Actividades:

- Elaborar um guião prático com as ferramentas e processos para as unidades sanitárias e seus parceiros para a monitoria das actividades de alimentação infantil, a nível da unidade sanitária e da comunidade;
- Divulgar as ferramentas actualizados de CCR e CCS ao nível nacional para colecta dos dados de aleitamento materno;
- Analisar as opções para recolha de dados adicionais (ex. indicadores de alimentação complementar).

Resultados:

- Elaborado um guião prático das ferramentas e processos para as unidades sanitárias e seus parceiros para a monitoria das actividades de alimentação infantil, a nível da unidade sanitária e da comunidade;
- Divulgadas as ferramentas actualizadas de CCR e CCS ao nível nacional para colecta dos dados de aleitamento materno;
- Analisadas as opções para recolha de dados adicionais (ex. indicadores de alimentação complementar).

¹²⁹ As actividades da ENAI complementam a actividade do PESS: “Em colaboração com o SIS e instituições de investigação, fortalecer o Sistema de Vigilância Nutricional e promover estudos e pesquisas que apoiem a monitoria do estado nutricional, do consumo alimentar e nutricional” (PESS, p.54).

Resultado 2.5. Promovido e apoiado o aleitamento materno através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

As iniciativas de integrar o aleitamento materno nos cuidados institucionais de maternidade provaram que isto aumenta de forma eficaz o início do aleitamento materno e as taxas de duração do aleitamento materno exclusivo.¹³⁰ A implementação da IHAC actualmente abarca 13 hospitais no país, geridos pelos Comités de Aleitamento Materno, mas nenhum hospital foi certificado desde que iniciou a implementação em 2010. O MISAU e seus parceiros estão a avançar em termos da formação dos profissionais e mudanças intra-hospitalares, mas com dificuldades em chegar a certificação o que requer muitos passos para capacitação, supervisão, disponibilidade de recursos humanos e financeiros.

Precisa-se de uma análise da implementação da IHAC, para priorizar os aspectos que podem dar mais resultados na promoção e apoio do aleitamento materno exclusivo as crianças recém-nascidas, ainda que o hospital não esteja certificado como “Amigo da Criança.” Também, tendo em conta que muitos nascimentos ocorrem em instalações de saúde fora do foco do IHAC, é valiosa a promoção dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno¹³¹ em todas as unidades sanitárias onde existe uma maternidade, independentemente de estar a tentar alcançar ou não a certificação da IHAC. O apoio comunitário, que é o décimo passo da iniciativa, depende do envolvimento dos comités¹³² comunitários que precisam de fortalecimento e monitoria das suas actividades, garantido um bom sistema de referência.

Actividades:

- Implementar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em todas as unidades sanitárias, focalizando as com maternidades;
- Definir mecanismos de coordenação dos planos de trabalho das organizações parceiras da IHAC;
- Fortalecer o modelo do apoio comunitário para o aleitamento materno, dos Comités de Saúde e os Comités de Co-gestão para facilitar maior interação entre as mães e a unidade sanitária;
- Formar formadores de IHAC por província para abranger os provedores de saúde nos distritos.

Resultados:

- Implementados os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em todas unidades sanitárias com maternidade;
- Definido um plano mestre de acção para a IHAC que seja factível e inclui os mecanismos de coordenação dos planos de trabalho das organizações parceiras da IHAC;
- Fortalecido o modelo do apoio comunitário para o aleitamento materno, dos Comités de Saúde e Comités de Co-gestão para facilitar maior interação entre as mães e a unidade sanitária;
- Formados formadores em IHAC em cada província para abranger os provedores de saúde nos distritos.

¹³⁰ Fairbank I. et al. “A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding.” *Cochrane Review*. Health Technology Assessment 2000: 4 (25): 1-171.

¹³¹ Ver Anexo 3 para a lista dos Dez Passos.

¹³² Os comités que apoiam a IHAC são o Comité de Aleitamento Materno da unidade sanitária, o Comité de Saúde que é de base comunitária e o Comité de Co-gestão qual é composto de profissionais de saúde e membros da comunidade como as parceiras tradicionais, activistas que fazem seguimento, mãe modelos, líderes e outros. para fazer ligação entre a unidade sanitária e a comunidade.

Resultado 2.6. Promovidos os cantos de amamentação no local de trabalho para promover o aleitamento materno

Os cantos de amamentação facilitam a amamentação ou sucção do leite materno, garantindo para as crianças o alimento mais nutritivo e seguro, e beneficiando as entidades empregadoras cujos trabalhadores têm menos possibilidades de perder tempo de trabalho por motivos de doença das suas crianças.¹³³ Em 2017, o MISAU promoveu cantos de amamentação nas instituições públicas e privadas durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno. Estes esforços foram bem acolhidos por parte das entidades empregadoras, mas estima-se que o número de cantos efetivamente criados sejam reduzidos. É necessária uma estratégia definida para promover os cantos de amamentação, usando experiências piloto para aperfeiçoar um modelo que pode ser promovido em fases. Este resultado está vinculado com o Resultado 5.1.5 da ENAI que inclui a disseminação dos benefícios dos intervalos para o aleitamento materno (garantidos na Lei do Trabalho) e a promoção dos cantos de amamentação.

Actividades:

- Criar materiais orientadores simplificados para criação de um canto de amamentação;
- Desenvolver um modelo piloto de canto da amamentação adequado, a base de experiências/evidências;
- Apoiar a fase inicial da criação dos cantos de amamentação;
- Definir a estratégia para a expansão dos cantos de amamentação a iniciar pelas instituições do governo, organizações não governamentais (ONGs) e grandes empresas;
- Realizar uma campanha de disseminação da importância dos cantos de amamentação;
- Fornecer assistência técnica às instituições que pretendam criar um canto de amamentação;
- Avaliar as oportunidades para apoiar a amamentação em ambientes de emprego informal tais como mercados.

Resultados:

- Criados materiais para o auxílio na criação dos cantos de amamentação;
- Definido e adequado o modelo piloto dos cantos de amamentação a base de experiências e evidências;
- Apoiada a criação dos cantos de amamentação na fase inicial;
- Definida a estratégia e plano de expansão de cantos de amamentação, priorizando as instituições do governo, ONGs e empresas grandes;
- Realizadas campanhas de disseminação da importância dos cantos de amamentação;
- Prestada assistência técnica para a criação dos cantos de amamentação nas instituições;
- Identificadas oportunidades de apoio a amamentação no emprego informal.

¹³³ Cohen R, Mrtek M.B., Mrtek R.G. 1995. "Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations." *American Journal of Health Promotion*. 10(2),148-153.

5.3. Objectivo Estratégico 3. Assegurar uma coordenação eficaz entre o governo e parceiros de modo a garantir a disponibilidade de fundos para a implementação de programas de alimentação infantil

Resultado 3.1. Assegurado os mecanismos de coordenação do Governo para a operacionalização das actividades dos programas de alimentação infantil

O Conselho Consultivo Nacional de Alimentação Infantil (CCNAI) desempenha um papel de liderança para todas as actividades relacionadas com a componente de alimentação infantil. Há necessidade de actualizar os Termos de Referência (TdR) de modo a reflectir responsabilidades adicionais, uma vez que foram alterados a partir do anterior Conselho Nacional para o Aleitamento Materno. Será necessário fazer um mapeamento para a identificação de outros mecanismos que possam contribuir para a operacionalização das actividades de alimentação infantil.

Actividades:

- Actualizar e aprovar os TdR para o CCNAI;
- Revitalizar o CCNAI por meio de encontros de coordenação;
- Realizar o mapeamento de outras iniciativas, grupos ou actividades que contribuem para a operacionalização da ENAI, para integração e harmonização, definindo os mecanismos de coordenação.

Resultados:

- Aprovado os TdR do CCNAI.
- Encontros realizados do CCNAI, segundo definido nos TdR;
- Realizado o mapeamento de outras iniciativas, grupos ou actividades que contribuem para a operacionalização da ENAI, para integração e harmonização, com os mecanismos de coordenação definidos.

Resultado 3.2. Assegurada a funcionalidade, transparência dos mecanismos de coordenação entre o governo e os parceiros

O Conselho Consultivo Nacional de Alimentação Infantil (CCNAI) terá como responsabilidade apoiar o processo de implementação e monitoria das acções estratégicas e programáticas de alimentação infantil, bem como, promover a articulação entre as normas de cuidados de maternidade e a promoção do aleitamento materno, em conformidade com o Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e as recomendações relacionadas à alimentação infantil no contexto do HIV.¹³⁴

Actividades:

- Realizar encontros sistemáticos dos grupos de coordenação;
- Realizar encontros semestrais para o seguimento das actividades realizadas;
- Partilhar os resultados alcançados a diversos níveis (Governo, parceiros e sociedade civil).

¹³⁴ TdR (draft) do Comité Nacional para Realizar e Araparar Assistência Humanizada ao Parto, Nascimento e Aleitamento Materno. 2018. p.2.

Resultados:

- Realizados os encontros sistemáticos dos grupos de coordenação;
- Realizado encontros trimestrais para o seguimento das actividades realizadas;
- Partilhados os resultados alcançados a diversos níveis (Governo, parceiros e sociedade civil).

Resultado 3.3. Elaborado o plano de advocacia que apresente os recursos necessários para a operacionalização das actividades de alimentação infantil

O défice orçamental limita a cobertura, qualidade e equidade dos programas da alimentação infantil. Para avançar com a ENAI e maximizar os recursos humanos e financeiros, é importante definir as prioridades da alimentação infantil de acordo com indicadores e áreas geográficas de maior necessidade, e advogar pelo financiamento para as prioridades mais altas, incluindo gradativamente outras prioridades. Dever-se-á garantir a priorização dos recursos para a componente de alimentação infantil para as unidades sanitárias, distritos e províncias que documentam/reportam as actividades realizadas na componente de alimentação infantil e que registam melhorias. Esta documentação das actividades realizadas, assim como a monitoria das mudanças dos principais indicadores da alimentação infantil, podem elevar a visibilidade das melhorias e alertar sobre os constrangimentos em termos de recursos de modo a justificar um financiamento adicional.

Actividades:

- Priorizar actividades da alimentação infantil com base no actual financiamento e advogar para a massificação dos fundos;
- Documentar e reportar todas actividades em curso na componente de alimentação infantil aos níveis central, provincial e distrital;
- Desenvolver um plano de advocacia que apresente os recursos necessários para a operacionalização das actividades de alimentação infantil;
- Advogar para a inscrição das actividades prioritárias no Plano Económico e Social (PES) do nível central, provincial e distrital.

Resultados:

- Priorizadas as actividades programáticas da alimentação infantil com base no actual financiamento e advocada para massificação dos fundos;
- Documentadas e reportadas todas actividades em curso na componente de alimentação infantil;
- Desenvolvido o plano de advocacia que apresente os recursos necessários para a operacionalização das actividades de alimentação infantil;
- Inscritas as actividades prioritárias no PES do nível central, provincial e distrital.

5.4. Objectivo Estratégico 4. Fortalecer as estratégias multisectoriais na abordagem das necessidades de nutrientes para alimentação complementar

Resultado 4.1. Enfatizadas as estratégias multisectoriais sobre a disponibilidade de alimentos para a alimentação complementar

A insegurança alimentar contribui para uma alimentação complementar inadequada.¹³⁵ Existem iniciativas para melhorar a disponibilidade de alimentos através da promoção da agricultura, pescas e criação do gado. Todas as acções para melhorar a disponibilidade de alimentos devem incluir um objectivo para aumentar o consumo por parte das crianças durante a alimentação complementar. Também é imperioso que se inclua a mudança social e de comportamento como base para educar os provedores de cuidados de crianças, membros influentes da comunidade e escolas, e mitigar os efeitos dos tabús, uma vez que alguns alimentos nutritivos (carne, peixe, ovos, nozes e leguminosas) geralmente não são introduzidos até ao segundo ano de vida, enquanto a criança precisa de ter acesso a estes alimentos nutritivos a partir dos seis meses.¹³⁶

Actividades:

- Advocar para melhoria da disponibilidade de alimentos de alto valor nutritivo nos Planos do Governo destacando o uso dos mesmos para a alimentação complementar;
- Colaborar e influenciar junto ao Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar e outras instituições competentes de modo a integrar nas suas acções, as actividades de promoção da alimentação complementar e monitoria dos indicadores referentes às novas e as estratégias existentes;
- Colaborar com os Ministérios competentes de modo a integrar o desenvolvimento de habilidades e conteúdos de comunicação para mudança social e de comportamento na conservação, preservação, uso e promoção dos alimentos para a alimentação complementar, incluindo a mitigação de aflatoxinas;
- Advocar para inclusão de conteúdos sobre alimentação complementar nos currículos das instituições de ensino (escolas, institutos técnicos e superiores, universidades, etc.).

Resultados:

- Realizada advocacia para a melhoria da disponibilidade de alimentos de alto valor nutritivo nos Planos do Governo, enfatizando o uso dos mesmos para a alimentação complementar;
- Integradas as acções e actividades para promover a alimentação complementar e a monitoria dos indicadores de alimentação complementar;
- Realizada a colaboração com os ministérios competentes que promovem a produção alimentar para enfatizar o ensino de habilidades para armazenar, preservar e modificar alimentos para uma alimentação complementar, incluindo a mitigação de aflatoxinas;
- Incluídos nos currículos das instituições de ensino conteúdos sobre alimentação complementar.

¹³⁵ European Union. 2016. EU Action Document for "Nutrition Support Programme in Mozambique. p.6. Acessado a 19/4/18 a partir de <http://ec.europa.eu/transparency/readdoc/rep/3/2016/EN/3-2016-3105-EN-F1-1-ANNEX-1.PDF>.

¹³⁶ IDS 2011 dados sobre o consumo dos alimentos mencionados.

Resultado 4.2. Promovido e distribuídos os micronutrientes para alcançar todas as crianças com idade compreendida entre os 6 e 24 meses

Tendo em conta a gravidade das deficiências de micronutrientes das crianças que consomem alimentos complementares e a falta de outras opções viáveis para satisfazer as necessidades de micronutrientes por parte das crianças a curto e médio prazo, foi desenvolvido um draft da Estratégia Nacional de Fortificação Alimentar Caseira com Micronutrientes que foi implementada numa fase piloto. Foram testados diferentes mecanismos de disseminação e criados materiais de formação e aconselhamento. Contudo, actualmente a estratégia carece de ser finalizada com base no resultado da primeira fase de implementação, para posterior expansão em escala nacional de acordo com a disponibilidade financeira.

Actividades:

- Advocar para o financiamento da Estratégia Nacional de Fortificação Alimentar Caseira com Micronutrientes dentro do Governo e junto aos doadores, tendo em conta parcerias público-privadas;
- Alcançar consensos acerca dos mecanismos de distribuição e respectivo plano de implementação de forma faseada à escala nacional dos micronutrientes para todas as crianças entre os 6 e os 24 meses;¹³⁷
- Distribuir micronutrientes e fornecer educação nutricional para crianças elegíveis sobre o uso correcto associado a uma dieta a base de alimentos produzidos localmente.

Resultados:

- Finalizada e financiada a Estratégia Nacional de Fortificação Alimentar Caseira com Micronutrientes para crianças dos 6 e os 24 meses;
- Alcançados consensos acerca dos mecanismos de distribuição e respectivo plano de implementação de forma faseada à escala nacional dos micronutrientes para todas as crianças entre os 6 e os 24 meses;
- Distribuídos micronutrientes às crianças elegíveis, acompanhados de uma educação nutricional sobre o uso correcto associado a uma dieta a base de alimentos produzidos localmente.¹³⁸

Resultado 4.3. Alargado acesso aos alimentos biofortificados para alimentação complementar

As iniciativas no país para promover alimentos biofortificados, como a batata-doce de polpa alaranjada, mandioca e milho com a vitamina A e feijão com ferro, mostraram melhorias no indicadores relacionados com a vitamina A nas crianças, mas o consumo desses alimentos é reduzido.

Actividades:

- Colaborar com o MASA (IIAM) e parceiros para promover e massificar a distribuição e cultivo de sementes de alimentos biofortificados nos agregados familiares com crianças e mulheres em idade fértil;

¹³⁷ Em caso de disponibilidade de recursos, pode-se fazer a distribuição dos MNP a todas as crianças de 6-59 meses.

¹³⁸ Indicador do PESS: Percentagem de crianças elegíveis que recebe pelo menos 60 pacotes de micronutrientes em pó, nos últimos quatro meses. PESS, p. 54.

- Promover o uso e utilização dos alimentos biofortificados para a alimentação complementar nas comunidades e nas unidades sanitárias (através dos APE's, extensionistas do SETSAN, mães modelos, grupos de mães, nas consultas de CCS e/ou nas demonstrações culinárias realizadas a nível da comunidade e US).¹³⁹

Resultados:

- Promovida e massificada a distribuição e cultivo de sementes de alimentos biofortificados nos agregados familiares com crianças e mulheres em idade fértil;
- Promovido o uso e utilização de alimentos biofortificados para a alimentação complementar nas comunidades e unidades sanitárias.

Resultado 4.4. Fortalecidas as ações de assistência social para melhorar a alimentação complementar em grupos vulneráveis

A cobertura dos programas de assistência social é bastante baixa, comparada com a demanda, e de um modo geral, não há assistência alimentar especializada para crianças pequenas durante as crises alimentares. Há uma necessidade de analisar as opções para subsidiar os alimentos fortificados e os produtos nutricionais especializados, como as pequenas doses de suplementos nutricionais em uso no País, ou outra assistência às famílias em situação de insegurança alimentar com crianças menores de dois anos de idade. Esta análise pode ser baseada nos resultados do estudo “Preencher a Lacuna de Nutrientes” (*Fill the Nutrient Gap* em inglês) e/ ou outras evidências.

Actividades:

- Avaliar a necessidade e a oportunidade para a provisão de alimentos ou outra forma de assistência para apoiar a alimentação complementar às famílias ou grupos populacionais vulneráveis (MGCAS).

Resultados:

- Avaliadas e propostas intervenções para assistência alimentar focada no apoio às famílias vulneráveis e/ou grupos populacionais vítimas de insegurança alimentar.

¹³⁹ Nota: Resultado 2.2 inclui a promoção dos alimentos biofortificados: Elaborar (o adequar) um livro de receitas para as demonstrações culinárias, enfatizando a diversidade alimentar, o uso dos alimentos fortificados **o biofortificados**, e recomendações de evitar os alimentos e bebidas açucarados, e alimentos ultraprocessados.

5.5. Objectivo Estratégico 5. Focalizar o apoio nas crianças em circunstâncias difíceis para alimentação infantil, conforme definido na PNAI

Resultado 5.1. Apoiadas as crianças de mães seropositivas em relação a alimentação infantil adequada e aconselhamento em PTV, conforme definido na PNAI¹⁴⁰

Moçambique adoptou as recomendações da OMS de 2010 para a alimentação infantil no contexto do HIV, que estão definidas na PNAI e foram apresentadas nos protocolos, materiais de formação e materiais de apoio. No entanto, é necessário continuar com a formação de todos os profissionais que têm contacto com as mulheres grávidas ou mães seropositivas e advogar fundos para a reprodução dos materiais de apoio e comunicação.

Actividades

- Capacitar regularmente os profissionais de saúde que têm contacto com mulheres grávidas e seropositivas em matéria de alimentação infantil e PTV;
- Advogar para a obtenção de parcerias para reprodução e divulgação das normas de alimentação infantil no contexto de HIV;
- Disponibilizar e distribuir os materiais de apoio e comunicação às unidades sanitárias.

Resultados:

- Profissionais formados em alimentação infantil no contexto de HIV;
- Identificados parceiros para o apoio na reprodução e divulgação das normas de alimentação infantil no contexto de HIV;
- Disponibilizados nas unidades sanitárias materiais de apoio e comunicação.

Resultado 5.2. Fortalecido o aconselhamento sobre a alimentação infantil no PRN para facilitar tratamento da desnutrição aguda e prevenir recaídas

O PRN inclui componentes de promoção de práticas adequadas de alimentação infantil, mas tem lacunas na formação de técnicos nesta componente, nos protocolos e instrumentos utilizados para identificar dificuldades com a alimentação das crianças com desnutrição aguda. Iniciou em 2017, numa fase piloto, a introdução de uma nova abordagem no tratamento da desnutrição aguda na comunidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos APE/ACS. Esta abordagem comunitária fortalecerá a educação nutricional e promoverá o uso de alimentos localmente disponíveis para melhoria das práticas alimentares.

Actividades:

- Actualizar os conteúdos sobre alimentação infantil no pacote de formação e nos materiais de apoio do PRN;
- Realizar formações contínuas e regulares em serviço sobre alimentação infantil;
- Fornecer apoio técnico e fortalecer a monitoria da promoção de alimentação infantil.

¹⁴⁰ Este resultado apoia os objectivos do Plano de Aceleração a Resposta ao HIV e SIDA 2013-2015, especialmente “Reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho,” o que requer “alocação de mais recursos financeiros para os parceiros apoiam a AI.”

Resultados:

- Adequados o pacote de formação e materiais de apoio de PRN com mais conteúdo sobre alimentação infantil;
- Formados os técnicos implementadores de PRN em alimentação infantil;
- Fornecido apoio técnico para a realização e monitoria de promoção de alimentação infantil.r6

Resultado 5.3. Garantida a inclusão das intervenções da alimentação infantil durante as emergências

A alimentação infantil está parcialmente integrada no plano nacional e nos planos provinciais de combate às calamidades naturais, incluído nos Planos de Resposta a Emergência em Nutrição, mas não nos Planos de Contingência para Emergências, requerendo advocacia para a sua inclusão e participação conjunta do Grupo Técnico de Alimentação Infantil e o Grupo Técnico de Emergências. Muitos parceiros do MISAU, os Comitês Operativos de Emergência e activistas ao nível comunitário, não são formados para fazer uma resposta apropriada na componente de amamentação e alimentação da criança pequena tendo em conta os riscos para alimentação infantil nas situações de emergência, e os materiais de comunicação e módulos de formação precisam de ser aprimorados para responder a alimentação infantil neste contexto.

Actividades:

- Analisar a resposta actual de protecção, promoção e apoio para alimentação infantil em situações de emergência, comparando com as normas definidas na PNAI e recomendar adaptações;¹⁴¹
- Advocar para que os planos de contingência incluam aspectos para reforçar a capacidade técnica na área de alimentação infantil e a monitoria do CCSLM durante as situações de emergência;
- Elaborar um plano para difundir o CCSLM e o Kit de Monitoria do Código durante os períodos de alerta;
- Elaborar e adaptar os materiais para alimentação infantil em situações de emergência para guiar a resposta apropriada nos diferentes tipos de emergência (cheias, seca, etc.);
- Elaborar um módulo de alimentação infantil nas situações de emergência¹⁴² para o nível comunitário;¹⁴³
- Realizar formação para o nível comunitário de acordo com os materiais de emergência elaborados.

Resultados:

- Realizada análise da resposta actual para alimentação infantil em casos de emergências (cantos de amamentação, suplementos nutricionais, e outras respostas definidos na PNAI), como proposta para programação reforçada;
- Incluídos nos Planos de Contingência aspectos para reforçar a capacidade técnica na área de alimentação infantil e a monitoria do CCSLM durante as situações de emergência;

¹⁴¹ Esta análise inclui a revisão da provisão de alimentos especializados para crianças de 6-24 segundo as normas nacionais e internacionais, para prevenir a desnutrição aguda.

¹⁴² Materiais que podem ser adaptadas estão na referência: Save the Children, TOPS, USAID. *IYCF-E Toolkit: Rapid start-up resources for emergency nutrition personnel*. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit>

¹⁴³ Nível comunitário para a formação inclui Comitês de Emergência, activistas, e o grupos mãe-para-mãe, entre outros.

- Elaborado o plano de divulgação sobre o CCSLM em caso de emergência e difusão do kit de monitoria do mesmo nas fases de alerta;
- Elaborados e adaptados os materiais para alimentação infantil em situações de emergência, que distinguem a resposta apropriada nos diferentes tipos de situações de emergência (ex. árvore de decisões);
- Elaborado o módulo de formação em alimentação infantil nas situações de emergência para o nível comunitário;
- Realizada formação para o nível comunitário de acordo com os materiais de emergência elaborados.

Resultado 5.4. Fortalecido o apoio as crianças em circunstâncias difíceis em alimentação infantil de acordo com a PNAI

Existem orientações e protocolos sobre a promoção, protecção e apoio da alimentação infantil em circunstâncias difíceis, e existe apoio social para crianças em risco de acordo com a disponibilidade dos recursos. Contudo, o pessoal de alguns serviços de acção social, OCBs e Centros de Acolhimento, não estão formados em matérias de alimentação infantil e os seus programas não integram o apoio nesta componente conforme definido na PNAI. Há necessidade de assegurar que as entidades do estado e seus parceiros enfatizem as práticas adequadas para as crianças dos 0 aos 24 meses em risco, especialmente para as crianças que não têm acesso ao aleitamento materno (o IDS de 2011 reportou que só seis por cento das crianças não amamentadas têm uma dieta aceitável). A criação de um Banco do Leite Humano (BLH) está em processo para assistir os casos de morte materna, abandono ou outras situações que levam o bebé a não ter acesso ao leite materno directo do peito da mãe.

Actividades

- Difundir as orientações e os materiais de comunicação sobre a promoção, protecção e apoio de alimentação infantil, incluído do CCSLM, a nível dos serviços de Accção Social, OCB e centros de acolhimento de crianças órfãos;
- Definir programas e actividades para promover, proteger e apoiar as práticas adequadas de alimentação infantil de crianças órfãos e vulneráveis dos 0 aos 24 meses de idade a nível comunitário;
- Definir mecanismos de coordenação entre o MISAU-DN e Hospital Central de Maputo para a elaboração dos regulamentos do BLH;
- Elaborar estratégias para identificar as potenciais doadoras e beneficiários do leite materno para o BLH.

Resultados:

- Difundidas orientações e materiais de comunicação sobre a promoção, protecção e apoio de alimentação infantil, incluído do CCSLM, a nível dos serviços de Accção Social, OCB e centros de acolhimento de crianças órfãos;
- Definidos programas de apoio comunitário para crianças dos 0 aos 24 meses de idade em risco que oferecem serviços básicos de promoção, protecção e apoio a alimentação infantil;
- Definidos mecanismos de coordenação, regulamento, normas e passos necessários acordados entre o MISAU e Hospital Central de Maputo para a adequação do BLH;
- Identificadas as estratégias para captar potenciais doadoras e beneficiários do leite materno para o BLH.

6. Orientações para a Operacionalização da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil

6.1. Princípios Orientadores

A ENAI compartilha os princípios orientadores da Política Nacional de Alimentação Infantil, que são:

- **Comunicação.** Proporcionar informação actualizada, baseada em evidências, que seja transmitida de forma atempada a todos os indivíduos que exercem uma influência sobre as práticas de alimentação infantil adoptadas, respeitando a cultura local, necessidades e preferências dos beneficiários, sem causar danos ao utente, provedor e ambiente.
- **Empoderamento.** Dotar as pessoas de conhecimentos, oportunidades, capacidades, habilidades e recursos necessários para mudarem as suas próprias vidas, incluindo a adopção das práticas de alimentação infantil adequadas.
- **Equidade.** Assegurar a equidade no acesso à informação e aos recursos necessários para a adopção das práticas de alimentação infantil adequadas, de modo que a localização geográfica, as relações de género, a situação económica, ou condição de saúde não constituam barreira.
- **Humanização.** Providenciar um atendimento cuidadoso, gentil e tendo principalmente em conta os melhores interesses da mulher grávida e lactante e dos lactentes nos serviços de saúde e nutrição prestados a estes grupos vulneráveis.
- **Participação.** Assegurar a participação de todos os intervenientes a todos os níveis, inclusive ao nível da comunidade, em todos os processos de tomada de decisão e prestação de contas sobre as práticas de alimentação infantil adequadas.
- **Prestação de contas.** Promover serviços de saúde e nutrição onde todos os actores no exercício das suas funções oficiais, privilegiem o acesso livre e atempado à informação confiável sobre as decisões e o desempenho dos serviços, no qual o reporte do uso dos recursos públicos e a responsabilização pelo incumprimento seja uma prática corrente e regular a todos os níveis.
- **Universalidade.** Promover o acesso universal às práticas de alimentação infantil adequadas como um direito inerente à pessoa humana.

6.2. Requisitos & Pressupostos para o Sucesso da ENAI

Para que a Estratégia Nacional de Alimentação Infantil alcance o sucesso, é necessário:

- Engajamento político e investimento público;
- Maior consciencialização a nível dos ministérios, sector privado e sociedade civil acerca dos seus respectivos direitos e deveres de proteger a alimentação infantil;
- Implementação de todas as estratégias nacionais a nível provincial, distrital e comunitário de forma coordenada.

6.3. Coordenação do trabalho com os parceiros que cooperam com o Governo

Papéis Institucionais para a Implementação da Estratégia

A responsabilidade de apoiar a implementação da Estratégia é compartilhada entre todos os sectores e níveis do governo, com a colaboração dos parceiros de cooperação, a sociedade civil, o sector privado e outras entidades da sociedade moçambicana. Tratando-se de uma estratégia transversal há necessidade de definir os papéis institucionais e dos diferentes segmentos a todos os níveis de governação.

6.3.1. Governo

O Estado, as autarquias locais e autoridade tradicional têm um papel fundamental na garantia e criação de condições para a protecção da alimentação infantil adequada e em particular devem:

- Definir o quadro institucional adequado para a efectiva coordenação e implementação da Estratégia;
- Definir e promover mecanismos de protecção do aleitamento materno exclusivo e continuado nos locais de trabalho, na família e nas comunidades;
- Estabelecer mecanismos de controlo e vigilância nutricional para a comercialização de SLM;
- Monitorar e avaliar a implementação da estratégia e programas pertinentes;
- Inserir a alimentação infantil adequada nas políticas e estratégias multisectoriais e sectoriais pertinentes;
- Prestar cuidados primários de saúde especialmente aos grupos mais vulneráveis de mulheres grávidas ou lactantes;
- Mapear práticas inadequadas de alimentação infantil para melhorá-las;
- Compilar e disseminar as boas práticas de alimentação infantil adequadas com enfoque na promoção de consumo de alimentos localmente disponíveis.

6.3.2. Sociedade civil, associações profissionais e outras partes interessadas

- Participar na formulação de políticas e programas, monitoria e avaliação de alimentação infantil adequada, promovendo o envolvimento das populações;
- Contribuir para a inclusão de alimentação infantil adequada na planificação e implementação descentralizada, fortalecendo o papel das comunidades em todas as fases do processo;
- Educar o cidadão e sensibilizar a família e as comunidades sobre as boas práticas de alimentação infantil;
- Promover o aleitamento materno exclusivo e continuado nos locais de trabalho, na família e nas comunidades;
- Identificar, compilar e disseminar as boas práticas de alimentação infantil.

6.3.3. Organizações internacionais, nacionais, locais e OCB

- Prover assistência técnica e mobilizar recursos para a implementação da estratégia, para o Governo, sociedade civil e centros de formação;
- Apoiar a capacitação institucional e dos técnicos a todos níveis;
- Contribuir para o fortalecimento de sistemas de informação sobre alimentação infantil adequada;

- Apoiar as iniciativas de boa governação, descentralização e implementação da ENAI, do CCSLM, legislação e políticas pertinentes.

6.3.4. Meios de comunicação social

- Participar na formulação de políticas e programas, monitoria e avaliação de práticas de alimentação infantil adequada com enfoque na promoção de consumo de alimentos localmente disponíveis;
- Massificar a educação da sociedade sobre as boas práticas de alimentação infantil especialmente o aleitamento materno exclusivo e continuado nos locais de trabalho, na família e comunidades;
- Combater a publicidade enganosa sobre alimentos infantis, especialmente sobre o SLM;
- Difundir mensagens sobre as boas práticas de alimentação infantil a todos os níveis a preços bonificados no âmbito da responsabilidade social.

6.3.5. Sector privado

- Participar na formulação de políticas e programas, monitoria e avaliação de práticas de alimentação infantil adequada com enfoque na promoção de consumo de alimentos localmente disponíveis;
- Implementar os códigos de conduta para profissionais e locais de trabalho para proteger a alimentação infantil adequada, especialmente o aleitamento materno exclusivo e continuado;
- Educar o cidadão, os trabalhadores e empregadores sobre as boas práticas de alimentação infantil;
- Promover o aleitamento materno exclusivo e continuado nos locais de trabalho, na família e nas comunidades;
- Participar na monitoria e avaliação do CCSLM, legislação e políticas pertinentes;
- Sensibilizar aos demais membros para o aumento/extensão da licença maternidade para 6 meses de modo que as crianças possam ser amamentadas exclusivamente neste período;
- Estabelecer os cantos de amamentação nos locais de trabalho.

6.3.6. Academias de formação

- Participar na formulação de políticas e programas, monitoria e avaliação de alimentação infantil adequada;
- Realizar pesquisas no âmbito da alimentação infantil;
- Massificar o conhecimento sobre alimentação infantil adequada;
- Massificar a formação em áreas especializadas sobre a alimentação infantil.

6.4. Mecanismos de Coordenação

6.4.1. O Ministério da Saúde (MISAU)

O MISAU trabalha em estreita colaboração com os seguintes ministérios e instituições:

- Género, Criança e Acção Social;
- Agricultura e Segurança Alimentar;
- Indústria e Comércio;
- Trabalho, Emprego e Segurança Social;
- Finanças e Economia;
- Planificação;
- Educação e Desenvolvimento Humano;
- Obras Públicas e Habitação;
- Administração Estatal e Função Pública;
- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional/ SETSAN.

6.4.2. O Departamento de Nutrição do MISAU

O Departamento de Nutrição realiza a gestão das acções de alimentação e nutrição, sendo desta maneira a principal responsável pela implementação da Estratégia Nacional de Alimentação Infantil. As áreas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Promoção da Saúde focalizam-se sobre as intervenções relevantes.

6.4.3. O Conselho Consultivo Nacional de Alimentação Infantil (CCNAI)

O CCNAI é composto por titulares de altos cargos de direcção dos diferentes ministérios e conselhos do governo nas áreas de saúde, educação, acção social, comércio e comunicação, entre outros, também conta com a participação de dez membros técnicos das organizações de apoio, ou outras organizações interessadas. O Anexo 6 apresenta a lista dos membros do CCNAI. O Conselho é parte do sistema do governo, com fundos e directrizes aprovados com o fim de planificar, coordenar a implementação, monitoria e avaliação das estratégias de alimentação infantil ao nível nacional. O resumo das actividades do Conselho inclui:

- Definir estratégias, programas das actividades e planos para alcançá-los;
- Definir responsabilidades, identificar e organizar os recursos e actividades para atingir os objectivos;
- Acompanhar a avaliação dos processos e resultados, e a definição de padrões para medir o desempenho;
- Corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planeamento seja realizado.

6.4.4. O Grupo Técnico de Trabalho de Alimentação Infantil

O Grupo Técnico de Trabalho de Alimentação Infantil (GT-AI) é composto por técnicos do Departamento de Nutrição (área de alimentação infantil), Departamento de Saúde Materno Infantil, Departamento de Promoção de Saúde, Programa Alargada de Vacinação, Departamento de Qualidade e Humanização, pontos focais do MGCAC, MITESS, MASA, INNOQ, SETSAN, MIC, INAE, parceiros técnicos, parceiros de implementação e doadores. O grupo tem o fim de envolver os parceiros técnicos do MISAU na facilitação, coordenação e planificação das acções para promover, proteger e apoiar as práticas de alimentação infantil adequadas, com o objectivo de:

- Desenvolver e actualizar estratégias, políticas, normas e guiões, materiais de formação e comunicação, pesquisa, monitoria e avaliação sobre a alimentação infantil;
- Advocar, priorizar e mobilizar fundos para as intervenções de alimentação infantil;
- Divulgar/partilhar informações relacionadas com a alimentação infantil;
- Identificar, planificar, analisar e discutir a supervisão e a monitoria dos indicadores chave, e formular recomendações/medidas para maximizar os recursos.

6.4.5. Os Mecanismos Provinciais e Distritais para a Implementação da ENAI

A Estratégia Global de Alimentação Infantil recomenda que os países sigam a implementação de intervenções de alimentação infantil a nível nacional, uma vez que existem evidências suficientes e comprovadas sobre o impacto dessas acções.¹⁴⁴

Portanto, as intervenções da ENAI precisam de ser implementadas a todos os níveis sob uma estrutura definida e coordenada. A nível das províncias e distritos, as actividades de alimentação infantil devem ser coordenadas e geridas pelas DPS e SDSMAS respectivamente. Estas entidades serão responsáveis pela adequação do plano de acção da ENAI e a criação do sistema de monitoria.

Linhas Estratégicas

As acções da ENAI para a promoção, protecção e apoio para a alimentação infantil devem:

- Focalizar-se sobre a janela de oportunidade (1000 dias) com base nas evidências das intervenções durante o período dos 0 aos 24 meses;
- Complementar e reforçar as acções das outras estratégias, planos e iniciativas nacionais;
- Enfatizar a transferência de habilidades ao invés de focalizar apenas na transferência de conhecimentos;
- Envolver familiares e outros influentes que são importantes para apoiar as práticas de Alimentação Infantil;
- Enfatizar a identificação e alocação dos recursos humanos e financeiros para a implementação;
- Transmitir uma visão de implementação faseada, a escala nacional, com priorização das áreas geográficas segundo perfil de necessidade ou outros factores;
- Envolver as estruturas de base comunitária para permitir a compreensão dos costumes e tradições em relação a alimentação infantil, e o ultrapassar as barreiras de forma sensível e respeitosa.

6.5. Plano de Acção

Para a operacionalização da estratégia e implementação das actividades acima mencionadas, foi elaborado um plano de acção inicial (Anexo 7), que deverá ser ajustado a medida em que o processo de implementação estiver a decorrer. O plano faz ligação entre as actividades, os indicadores com as respectivas metas, os prazos, responsáveis e os parceiros envolvidos, tendo como ponto focal o MISAU que fará o seguimento da sua implementação.

¹⁴⁴ WHO. 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva. p.33.

7. Monitoria e Avaliação

A monitoria e avaliação dos resultados da implementação da ENAI fica a cargo do CCNAI. Os mecanismos para a monitoria e avaliação estão focalizados sobre métodos existentes para a recolha de dados e fortalecimento dos sistemas com o fim de orientar melhorias programáticas a longo prazo, evitando a recolha e a análise de dados adicionais sem ter uma utilidade definida e convincente.

Para monitorar e avaliar os principais indicadores dos resultados da ENAI (indicadores de alimentação infantil a nível nacional e provincial, apresentados abaixo, na Tabela 5), o MISAU irá recolher os indicadores dos inqueritos realizados (IDS, MIC, IMASIDA, SERSAN, etc). Para além disso, a monitoria de rotina de um conjunto limitado de indicadores infantis e de alimentação será realizada pelo MISAU através do SIS-MA, geralmente apresentado nos relatórios trimestrais ou anuais, e através de uma supervisão de rotina das actividades de saúde pelas autoridades provinciais, distritais e locais de saúde.

A monitoria dos indicadores do processo e/ou resultados para cada um dos objectivos estratégicos da ENAI será realizada trimestralmente pelo Departamento de Nutrição do MISAU, através do GT-AI e apresentada ao Conselho Consultivo Nacional de Alimentação Infantil - esta última a ser realizada semestralmente. Toda a programação da alimentação infantil realizada pelo MISAU e parceiros deve observar a forma como os indicadores actualmente recolhidos podem ser fornecidos ao Departamento de Nutrição do MISAU para apoiar na monitoria das actividades de alimentação infantil (formações, desenvolvimento de materiais, inqueritos realizados nas áreas de implementação do projecto, etc.) e integrar os indicadores de acordo com a sua viabilidade.

A Tabela 5. apresenta os indicadores dos resultados cruciais desenvolvidos a partir das recomendações globais para indicadores de alimentação infantil¹⁴⁵ (harmonizados com os indicadores recomendados da PNAI, com algumas adaptações). O Anexo 2 apresenta uma tabela das suas definições, formulas de cálculo, metodologia e periodicidade de recolha dos dados incluídos.

¹⁴⁵ World Health Organization. 2008. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneva.

Tabela 5. Indicadores dos resultados para a monitoria e avaliação da ENAI

Indicadores de alimentação infantil	Linea de base	Ano	Fonte	Meta 2024	Fonte
Indicadores de impacto aos quais a ENAI contribui					
Desnutrição crónica em crianças de 0-59 meses (baixa altura para idade abaixo de 2 DP)	43	2011	IDS	37	IN*
Desnutrição aguda em crianças de 0-59 meses (baixo peso para altura abaixo de 2 DP)	6	2011	IDS	4	IN
Desnutrição aguda em crianças de 0-17 meses (baixo peso para altura)	10	2011	IDS	6	IN
Crianças de 6-59 meses com anemia	64	2015	IMASIDA	59	IN
Crianças de 0-12 meses com anemia	81	2011	IDS	71	IN
Indicadores do Objectivos Específicos					
Aleitamento Materno					
1. Início atempado do aleitamento materno	77	2011	IDS	82	IN
2. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses de idade	43	2011	IDS	55	SIS-MA IN
3. Aleitamento materno exclusivo aos 5 meses para crianças expostas ao HIV	58	2017	SIS-MA	60	SIS-MA
4. Aleitamento materno continuado nas crianças de 12-15 meses	91	2011	IDS	93	IN
Alimentação complementar e micronutrientes					
5. Crianças 6-8 meses que consomem alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles	69	2011	IDS	79	IN
6. Diversidade mínima	30	2011	IDS	45	IN
7. Frequência mínima	41	2011	IDS	55	IN
8. Dieta mínima aceitável	13	2011	IDS	25	IN
9. Consumo de alimentos ricos em ferro 6-23 meses	45	2011	IDS	55	IN
10. Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados com ferro 6-23 meses		Não existe	Não existe		Propor IN
Outros Indicadores de Alimentação Infantil					
Crianças 6-23 meses que consomem frutas e vegetais ricos em vitamina A*	58/69	2011	IDS	68/79	IN
Crianças 6-23 meses que consomem leguminosas ou nozes**	28/27	2011	IDS	38/37	IN
Crianças 6-23 meses que consomem carne, peixe ou galinha**	39/53	2011	IDS	49/63	IN
Crianças 6-23 meses que consomem ovos**	13/22	2011	IDS	23/32	IN
Dieta mínima aceitável para crianças não amamentadas de 6-23 meses	6	2011	IDS	12	IN

*Inquéritos Nacionais

**Indicador dividido pelas crianças amamentadas e não amamentadas, como reportado na IDS 2011.

8. Implicações da ENAI para Recursos Financeiros

A carência dos recursos financeiros é reconhecida como sendo o principal constrangimento para a promoção, protecção e apoio à alimentação infantil a todos os níveis. Por isso, é necessária a provisão de um financiamento sustentável, recursos materiais e humanos suficientes para uma implementação e monitoria plena da ENAI. Os orçamentos sectoriais em Moçambique não exigem uma linha específica para nutrição e maior parte dos sectores não usam uma linha orçamental (apesar de o MISAU usar). A falta de uma linha orçamental para a nutrição constitui um desafio no controlo das despesas ao longo dos sectores que lidam com a nutrição e pode reduzir o interesse por parte dos doadores em providenciar recursos adicionais para a nutrição.¹⁴⁶

Apesar de já existirem alguns recursos humanos e infraestruturas necessárias para a implementação da ENAI dentro do MISAU ou outros ministérios, de um modo geral, os recursos para o pessoal, materiais e outros custos programáticos deverão ser massificados (ou re-programados) para realizar as acções prioritárias delineadas na ENAI.

Fazer a advocacia no seio de todas as instituições governamentais constitui uma das premissas básicas para o sucesso da implementação da ENAI. É essencial a priorização dos esforços e recursos para alimentação infantil, para tal todos os sectores deveriam priorizar a inclusão das actividades de alimentação infantil no PES de forma a garantir uma maior sustentabilidade e sucesso no decurso da implementação da ENAI.

¹⁴⁶ Billings, L., Moguees, T and do Rosario, S. "Political economy determinants of public investments for nutrition in Mozambique." 4th Annual LCIRAH Conference: Agri-Food Policy and Governance for Nutrition and Health Birkbeck College, London, 3-4 June 2014. International Food Policy Research Center.

Referências Bibliográficas

- Arts, M. et al. 2011. "Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Exclusive Breastfeeding of Infants Younger Than 6 Months in Mozambique: A Qualitative Study." *J Hum Lact*, 27(1):25–32.
- Bhutta, Z. et al. 2013. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *The Lancet*. Maternal and Child Nutrition Series. pp. 40–65.
- Billings, L., Mogues, T and do Rosario S. "Political economy determinants of public investments for nutrition in Mozambique." 4th Annual LCIRAH Conference: Agri-Food Policy and Governance for Nutrition and Health Birkbeck College, London, 3-4 June 2014. International Food Policy Research Center.
- Black, R.E, Morris, S and Bryce, J. 2003. "Where and why are 10 million children dying every year?" *The Lancet*. Child Survival Series. pp. 2226–34.
- Boletim da República de Moçambique. 2011. Conselho de Ministros Decreto nº 52/2011. I Série – Número 41, 12 Outubro 2011.
- Boletim da República de Moçambique. 2017. Assembleia da República Lei nº10/2017. I Série – Número 110, 1 Agosto 2017, Artigo 78.
- Bradley H. et al. 2016. "Wait and consult times for primary healthcare services in central Mozambique: a time-motion study." *Global Health Action*, 9:1, DOI: 10.3402/gha.v9.31980.
- Carrilho, J. et al. 2015. Desafios para a Segurança Alimentar e Nutrição em Moçambique. Meio do Observatorio Rural. Acessado a 09/04/18 a partir <http://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/livro-desafios-seguranca-alimentar-e-nutricao-em-mocambique.pdf>.
- Chantry et al. 2012. "Feasibility of using flash-heated breastmilk as an infant feeding option for HIV-exposed, uninfected infants under 6 months of age in urban Tanzania." *J Acquir Immune Defic Syndr*. 60(1): 43–50.
- Cohen R, Mrtek M.B., Mrtek R.G. 1995. "Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations." *American Journal of Health Promotion*. 10(2),148-153.
- Copenhagen Consensus. 2012. *Solving the world's challenges. Expert Panel Findings*. Copenhagen, Denmark.
- CORE Group. Nutrition Working Group. Nutrition Program Design Assistant: A Tool for Program Planners, Washington, DC: 2010.
- Danaei, Goodarz et al. 2016. "Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels." *PLoS Med* 13(11): e1002164. doi:10.1371/ journal.pmed.1002164.
- Do Anjos, A. e Cabral, P. 2016. "Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique." *International Journal for Equity in Health*. 201615:173. Acessado a 19/4/2018 a partir de <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0455-0>.
- Dewey, K.G and Begum, K. 2011. "Long-term consequences of stunting in early life." *Maternal and Child Nutrition*. 7 (Suppl. 3), pp. 5–18.
- European Union. 2016. *EU Action Document for "Nutrition Support Programme in Mozambique*. p.6. Acessado a 19/4/18 a partir de <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/3/2016/EN/3-2016-3105-EN-F1-1-ANNEX-1.PDF>.

- Fairbank I. et al. "A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding." *Cochrane Review*. Health Technology Assessment 2000: 4 (25): 1-171.
- Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). Calendar sazonal para Moçambique a base de dados de SETSAN de 2013 (acessado a 27/04/2018 a partir de <http://fewnets.net/southern-africa/mozambique/seasonal-calendar/december-2013>).
- GAIN. 2017. "Preliminary Results for Anthropometric and Biological Indicators: Baseline Survey for a Micronutrient Powder Intervention Among Young Children in Sofala, Mozambique." Powerpoint. Maputo: Mozambique.
- Ganhão, C. 2017. "Maternal and children nutrition in northern Mozambique: a mixed methods study." *International Journal of Research*. Volume 4, Issue 10, pp. 1884-1902.
- Governo do Moçambique. 2010. *Plano de Acção Multissectorial de Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020) (PAMRDC)*.
- _____. 2012. *Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) 2013-2019*. Maputo.
- _____. 2013. *Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019*. Maputo.
- _____. 2015. *Plano Quinquenal do Governo 2015-2019*. Maputo.
- _____. 2016. *Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Maputo.
- _____. 2016b. *Decreto n.º 9/2016: Regulamento de Fortificação de Alimentos com Micronutrientes Industrialmente Processados*. 18 abril de 2016.
- _____. 2017. *Situação de Segurança Alimentar e Nutricional: Resultados da análise de IPC conduzida em 20 distritos de 8 províncias no período de Março-Abril 2017*. SETSAN. Maputo.
- Hotz, Christine; Loechl, Cornelia; de Brauw, Alan et al. "A large-scale intervention to introduce orange sweet potato in rural Mozambique increases vitamin A intakes among children and women." *British Journal of Nutrition*, 108(1), 163-176. doi:10.1017/S0007114511005174.
- Jenkins, M., Shanks, C. B., & Houghtaling, B. 2015. "Orange-fleshed sweet potato: Successes and remaining challenges of the introduction of a nutritionally superior staple crop in Mozambique." *Food and Nutrition Bulletin*, 36(3), 327–353. <http://doi.org/10.1177/0379572115597397>.
- Jones G. et al. 2003. "How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. Child Survival Series. Vol. 362. No. 9377. pp. 65-71.
- Low J; Ball, A; Magezi, S et al. "Sweet Potato Development and Delivery in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Food Agriculture, Nutrition and Development*. 2017; 17(2): 11955-11972 DOI: 10.18697/ajfand.78.HarvestPlus07.
- Ministério de Indústria e Comércio (MIC) 2016. *Estratégia de Comunicação para o Programa Nacional de Fortificação de Alimentos 2016-2020*. Maputo, Mozambique.
- Ministério da Saúde (MISAU). 2006. *Inquérito Nacional Sobre a Deficiência de Vitamina A, Anemia e Malária Nas Crianças dos 6 aos 59 Meses de Idade e Suas Mães (Dezembro 2001 a Fevereiro de 2002)*. Departamento de Saúde da Comunidade e Repartição de Nutrição. Maputo.
- _____. 2014. *Sub-Grupo Técnico da Área de Alimentação Infantil Termos de Referência*.
- _____. 2015. *Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição em Moçambique 2015-2019*.
- _____. 2017. *Política Nacional da Alimentação Infantil 2015-2019. Versão não finalizada*.
- _____. 2018. *A Estratégia Nacional de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2019-2023, Versão não finalizada*.

- MISAU, GAIN, and COWI Mozambique. 2017. *Endline Survey Report of Micronutrient Powder Intervention among Young Children in Sofala Province, Mozambique*. Maputo, Mozambique: GAIN.
- MISAU, Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). 2013. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- _____. 2015. *Inquérito de indicadores de imunização, malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International.
- Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers on Infant and Young Child Feeding in Emergencies*. Version 2.1. February 2007. <http://www.enonline.net/ife/>.
- Pan American Health Organization (PAHO)/World Health Organization. 2004. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Washington, DC.
- Picolo, M. et al. 2017. *Crenças e Práticas Culturais que Influenciam a Alimentação Infantil em Moçambique: Resultados dos Estudos de Avaliação de Práticas Melhoradas*. Maternal and Child Survival Project. Maputo, Moçambique, p.5.
- Pose, R., Engle, J., Poncin, A., and Manuel, S. 2014. “Against the Odds: Mozambique’s gains in primary health care” *Development Progress*. pp. 1-8. Acessado a 19/4/2018 a partir de <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8982.pdf>.
- Prista, A. 2012. “Sedentarismo, urbanização e transição epidemiológica.” *Revista Científica Universidade Eduardo Mona*. Serie: Ciências Biomédicas e Saúde Pública, Vol. 1, No. 0, pp 28-38.
- Ruel, M.T. et al. “Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?” *The Lancet*. Volume 382. Issue 9891. pp. 536 – 551.
- SETSAN. 2013. *Relatório do Estudo de Base de Segurança Alimentar e Nutricional*. Maputo, Moçambique.
- SETSAN. 2018. *Fill the Nutrient Gap Study*. Maputo, Moçambique: SETSAN.
- SETSAN. 2018a. *Fill the Nutrient Gap Study: Summary Report*. Maputo, Moçambique: SETSAN.
- Scaling Up Nutrition (SUN). SUN Mozambique webpage. Acessado a 10/4/18 a partir de <http://scalingupnutrition.org/sun-countries/mozambique/>.
- UNICEF. Programmatic brief: “Multi-sectoral Approaches to Nutrition: Nutrition-specific and Nutrition-Sensitive Interventions to Accelerate Progress.” (acessado a 09/03/2018 a partir de https://www.unicef.org/eu/devaid_nutrition.html#pid6147).
- UNICEF. 2011. *Programming Guide: Infant and Young Child Feeding*. New York, NY.
- UNICEF. 2015. *Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique: Causes and Impact*. Acessado na 01/04/2018 a partir de http://www.unicef.org/mz/wp-content/uploads/2015/07/EN_Statistical_Analysis_Child_Marriage_Adolescent_Pregnancy_aw-Low-Res.pdf.
- UNICEF, 2016. *From the first hour of life*. New York, NY.
- UNICEF. 2017. *Health Budget Brief 2017*. Acessado a 9/4/18 a partir de https://www.unicef.org/esaro/UNICEF_Mozambique_--_2017_--_Health_Budget_Brief.pdf.
- Victora, C.G. et al. 2008. “Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital.” *The Lancet* 371 (9609). pp. 340–357.
- Victora C.G. et al. 2010. “Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions.” *Pediatrics* 2010; 125:e473-e480.

- Victora, C.G. et al. 2016. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*, Vol 387.
- World Bank. 2012. *Water and Sanitation Program: Economic Impacts of Poor Sanitation in Africa: Mozambique*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2016. *Accelerating Poverty Reduction in Mozambique: Challenges and Opportunities*.
- World Food Program. 2017. *Cost of Hunger in Africa: Mozambique Factographic*.
- _____. 2017. "Fill the Nutrient Gap Analysis: An Introduction." Powerpoint webinar. *Accesado a 9/4/18 a partir de http://www.implementnutrition.org/wp-content/uploads/2017/12/Fill-the-Nutrient-Gap-SISN-webinar-Nov-2017_FINAL.pdf*.
- World Health Organization. 1995. Technical report series number 854: *The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: Switzerland, p.208. <http://www.who.int/iris/handle/10665/37003>.
- . 1998. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Division of Child Health and Development. Geneva.
- . 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva.
- . 2011. *Executive Board 130 Background Paper 2 - Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition*. pp. 2–3 (acessado a 09/01/2013 a partir de http://www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper2_A_reviewofhealthinterventionswithaneffectonnutrition.pdf).
- . 2001. *Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age*. Geneva.
- _____. 2007. *Planning Guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva.
- . 2009. *Acceptable medical reasons for use of breast milk substitutes*. Geneva.
- . 2008. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneva.
- World Health Organization & LINKAGES. (2003). *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva: World Health Organization. *Accesado a 15/3/2018 a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/42794>*.
- WHO and UNICEF. 2017. *Report of the Fourth Meeting of the WHO-UNICEF Technical Expert Advisory Group on Nutrition Monitoring (TEAM)*. Geneva: WHO and New York: UNICEF. <http://www.who.int/nutrition/events/2017-team-4thmeeting-report.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: Orientações Normativas Nacionais da Alimentação Infantil

Este anexo apresenta as orientações normativas que foram apresentadas na PNAI que descrevem os compromissos nacionais em termos das mensagens, serviços ou benefícios que a criança, a mãe e outros familiares/cuidadores precisam para assegurar a promoção, apoio e protecção da alimentação infantil.

Início Atempado do Aleitamento Materno

- As mulheres em idade fértil, especialmente as mulheres grávidas, seus parceiros e demais familiares devem receber aconselhamento e apoio para iniciarem o aleitamento materno logo após o parto (sem exceder a primeira hora após o parto), e para darem o colostro ao recém-nascido;
 - Isto inclui a promoção do contacto pele-a-pele logo após o parto (não excedendo meia hora após o parto) e durante pelo menos uma hora.
- Não se deve dar aos recém-nascidos quaisquer líquidos ou sólidos para além do leite materno, a menos que sejam prescritos pelo médico. Nenhum alimento pré-lácteo de qualquer espécie deve ser oferecido aos recém-nascidos;
- Os pais e demais familiares devem receber aconselhamento e apoio para se manterem vigilantes quanto à adesão às práticas de alimentação infantil adequadas, salvaguardando-as das crenças e práticas culturais contrárias;
- As mães devem receber apoio para a prática do posicionamento correcto e boa pega para a amamentação;
- As mães devem também receber aconselhamento sobre a prevenção e tratamento de abscessos, fissuras e mastite na mãe, e candidíase oral no bebé.

Aleitamento Materno Exclusivo Até os 6 Meses

- As mulheres em idade fértil, especialmente as mulheres grávidas e lactantes, seus parceiros e demais familiares devem receber aconselhamento sobre a importância e os benefícios do aleitamento materno exclusivo e devem ser apoiadas a alimentar os seus bebés somente com leite materno durante os primeiros 6 meses de vida;
- As mães, pais e seus familiares devem ser educados sobre o facto de que, mesmo desnutrida, uma mulher tem capacidade para produzir leite materno adequado para nutrir e hidratar a sua criança até aos 6 meses de idade, sem precisar de dar água ou chás, mesmo quando está muito calor;
- As mães devem ser encorajadas a praticar o aleitamento materno em demanda, isto é, amamentar o bebé sempre que ele quiser, a qualquer hora do dia ou da noite e a reconhecer os sinais de fome e de saciedade do bebé;
- As mães devem receber apoio para a prática do posicionamento correcto e boa pega para a amamentação. As mães devem também receber aconselhamento sobre a prevenção e tratamento de abscessos, fissuras e mastite na mãe, e candidíase oral no bebé;
- As mães devem receber aconselhamento e apoio sobre como exprimir e como fazer o armazenamento correcto do leite materno para uso durante os períodos de separação da mãe e do bebé e para manter a saúde das mamas;
- Os cuidadores devem ser fortemente desencorajados a dar chuchas, biberões e copos de bico aos lactentes;

- Os empregadores devem assegurar a observância e cumprimento da Lei de Trabalho nº 23/2007, particularmente os Artigos 11 e 12, que suportam a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno exclusivo.

Continuação do Aleitamento Materno Até os 24 Meses ou Mais

- As mulheres em idade fértil, especialmente as mulheres grávidas e lactantes, seus parceiros e demais familiares devem receber aconselhamento sobre os benefícios do aleitamento materno durante o primeiro ano de vida da criança e devem ser apoiados a manter o aleitamento materno até os 24 meses de idade ou mais, mesmo que elas fiquem grávidas ou doentes durante a lactação. Práticas contrárias devem ser desencorajadas;
- Os empregadores devem assegurar a observância e cumprimento da Lei de Trabalho nº 23/2007, particularmente o Artigo 11, que suporta a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno continuado.

Introdução de Alimentos Complementares a Partir dos 6 Meses

- Antes da criança atingir os 6 meses de idade, todos os pais ou cuidadores devem ser aconselhados sobre as necessidades nutricionais da criança nesta faixa etária e quando e como introduzir alimentos complementares apropriados. O Anexo 1 da PNAI apresenta os princípios orientadores para a alimentação complementar adequada;¹⁴⁷
- A alimentação complementar deve ser:
 - Atempada**, isto é introduzida a partir dos 6 meses, quando o leite materno, por si só, deixa de ser suficiente para satisfazer as necessidades de energia e nutrientes;
 - Adequada**, ou seja, preparada com base em alimentos localmente disponíveis, capazes de fornecer energia, proteínas e micronutrientes (vitaminas e minerais) suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais da criança em crescimento;
 - Segura**, ou seja, preparada e guardada de acordo com os padrões de higiene recomendados, com as mãos correctamente lavadas, antes de preparar e alimentar a criança. Os alimentos devem ser frescos e a água deve ser tratada e armazenada de forma segura, e estes devem ser fornecidos com utensílios limpos;
 - Correctamente fornecida**, isto é, dada de acordo com os sinais de fome e saciedade que a criança transmite, e com frequência de pelo menos 5 refeições por dia e métodos apropriados para a idade da criança. Estes métodos incluem dar à criança o seu próprio prato e activamente encorajá-la a consumir comida suficiente usando uma colher, mesmo durante episódios de doença.
- Os cuidadores devem ser aconselhados e apoiados a iniciar a alimentação complementar com purés, frutas amassadas e papas espessas, duas a três vezes por dia, e a aumentar a consistência (de semi-sólida para sólida), diversidade e frequência das refeições complementares, de forma gradual, à medida que a criança vai crescendo;
- Os alimentos complementares promovidos devem estar disponíveis localmente e devem ser acessíveis para famílias de baixa renda, nutricionalmente balanceados e culturalmente aceitáveis;
- Antes da criança atingir os 6 meses de idade, todos os cuidadores de crianças *não amamentadas* devem ser aconselhados sobre as necessidades nutricionais da criança nessa faixa etária e sobre quando e como introduzir alimentos complementares apropriados. A alimentação complementar das crianças não amamentadas deve seguir os

¹⁴⁷ MISAU 2017. *Política Nacional da Alimentação Infantil 2015-2019*. Versão não finalizada. Anexo 1, p.26.

mesmos princípios que a alimentação complementar de crianças amamentadas, mas os cuidadores devem ser aconselhados e apoiados a seguirem os princípios adicionais abaixo listados:

- Fornecer 4 a 5 refeições, incluindo refeições de leite apenas, refeições de outros alimentos e refeições combinadas de leite e outros alimentos, e 1 a 2 lanches nutritivos por dia;
 - Fornecer 200 a 500 ml de leite diariamente, dependendo do consumo de outros alimentos de origem animal, isto é, quanto menos alimentos de origem animal a criança estiver a consumir, mais leite necessita;
 - Se a criança não estiver a consumir nem alimentos de origem animal, nem leite em quantidades adequadas, fornecer refeições contendo cereais e leguminosas;
 - Oferecer água limpa e tratada várias vezes ao dia; a criança precisa de 400 a 600ml de água por dia em dias de temperatura amena, e 800 a 1200ml de água por dia em dias de muito calor.
- Os cuidadores devem ser encorajados a usar a técnica de fermentação de alimentos para produzir refeições complementares para as crianças a partir dos 6 meses de idade, pois esta reduz a contaminação microbiana dos alimentos e ainda aumenta o seu valor nutricional.¹⁴⁸

Promoção de Alimentos Ricos em Micronutrientes e Suplementação/ Fortificação Apropriada

- Os cuidadores devem ser aconselhados e apoiados a incluir alimentos de origem animal, como ovo, fígado, peixe e carne, diariamente ou sempre que possível na dieta complementar da criança, para satisfazer as necessidades elevadas de ferro, zinco e vitamina A;
- A partir dos 6 meses de idade, as crianças devem receber suplementos de micronutrientes apropriados, conforme os protocolos nacionais; mas ao mesmo tempo deve ser estimulado o consumo de alimentos localmente disponíveis para fazer as papas enriquecidas e ou refeições equilibradas;
- Os cuidadores devem ser educados sobre as vantagens dos alimentos fortificados industrialmente (incluindo o sal iodado, os óleos alimentares, as farinhas de milho e de trigo, e o açúcar) e dos alimentos biofortificados (incluindo a batata doce de polpa alaranjada, feijão preto), e devem ser incentivados a preferi-los sempre que estiverem disponíveis;
- Os implementadores de intervenções de fortificação caseira de alimentos complementares com suplementos nutricionais, devem assegurar que os cuidadores de crianças elegíveis sejam educados sobre, e apoiados no uso dos mesmos. Moçambique tem em vista a introdução faseada das seguintes intervenções de fortificação caseira de alimentos complementares:

Multi-micronutrientes em pó para melhorar o estado de ferro e reduzir a anemia entre as crianças com idade compreendida entre os 6 e os 24 meses;¹⁴⁹

¹⁴⁸ Pan-American Health Organization/World Health Organization. 2004. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Division of Health Promotion and Protection. Washington, DC.

¹⁴⁹ World Health Organization. 2001. *Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age*. Geneva.

Suplementos nutricionais à base de lípidos em quantidades inferiores a 20 gramas por dia, para melhorar o crescimento e o **desenvolvimento psico-motor** das crianças com idade compreendida entre os 6 e os 24 meses.

- A implementação destas intervenções deve atender às considerações especificadas apresentadas no Anexo 2 da PNAI.¹⁵⁰

Uso de Substitutos do Leite Materno e Cumprimento do Código Nacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno

- O uso dos SLM apenas deve ser recomendado, temporária ou permanentemente, na existência de razões médicas aceitáveis para tal (detalhada no Anexo 3 da PNAI), ou para crianças órfãs de mãe;^{151,152 153}
- Os cuidadores de crianças para quem os SLM sejam recomendados devem ser educados e apoiados na preparação correcta dos substitutos do leite materno e na adopção das medidas de higiene necessárias na preparação e administração dos mesmos, para reduzir o risco de contaminação. Deve-se promover a alimentação usando uma chávena ou um copo;
- As crianças usando os SLM devem ser seguidas na consulta da criança em risco, para controlo do crescimento e do desenvolvimento psico-motor;
- Todos os intervenientes estatais, do sector privado e da sociedade civil implicados devem cumprir todas as medidas estipuladas no Código Nacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.¹⁵⁴

Saúde e Nutrição Materna

- As mulheres em idade fértil, especialmente as mulheres grávidas e lactantes, seus parceiros e demais familiares devem receber educação a todos os níveis sobre as suas necessidades nutricionais (incluindo as necessidades nutricionais aumentadas durante a gravidez e lactação) e devem ser apoiados a satisfazer essas necessidades, de modo a manterem reservas elevadas de nutrientes, particularmente micronutrientes, na fase que antecede a gestação, e durante a gravidez e lactação. Uma óptima nutrição materna durante a gravidez reduz o risco de nascer crianças com baixo peso e da morbi e mortalidade associados ao baixo peso à nascença;
- As mulheres em idade fértil, e sobretudo mulheres grávidas, devem ser encorajadas a conhecer o seu estado de saúde em relação ao HIV, para que as suas necessidades nutricionais acrescidas sejam observadas;
- As famílias e comunidades devem ser encorajadas a apoiar as mulheres em idade fértil, especialmente as mulheres grávidas e lactantes, a assegurar que as suas necessidades nutricionais sejam satisfeitas, façam regularmente o controlo de peso, descansem o suficiente, e tenham tempo e recursos para alimentar os seus bebés e crianças pequenas de forma adequada;

¹⁵⁰ MISAU. 2017. *A Política Nacional de Alimentação Infantil 2015-2019*. Versão não finalizada. Anexo 2, p.28.

¹⁵¹ World Health Organization. 2009. *Acceptable medical reasons for use of breast milk substitutes*. Geneva.

¹⁵² Boletim da República de Moçambique. 2011. Conselho de Ministros Decreto nº 52/2011. I Série – Número 41, 12 Outubro 2011.

¹⁵³ MISAU. 2017. *A Política Nacional da Alimentação Infantil 2015-2019*. Versão não finalizada. Anexo 3, p.30.

¹⁵⁴ MISAU 2017. *Política Nacional da Alimentação Infantil 2015-2019*. Versão não finalizada. Anexo 4, p.32.

- Todas as mulheres grávidas e até três meses após o parto devem receber suplementos de ferro e ácido fólico, de acordo com os protocolos nacionais;
- Todas as mulheres grávidas e lactantes devem receber os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das Infecções Transmissíveis Sexualmente (ITS) e outras doenças infecciosas que possam prejudicar o desenvolvimento da criança;
- Durante as consultas pré-natal e pós-parto, deve-se enfatizar a necessidade para o planeamento familiar de modo a otimizar a nutrição materna e infantil;
- Todas as mulheres grávidas e lactantes diagnosticadas com desnutrição aguda devem receber apoio nutricional, de acordo com os protocolos nacionais;
- Deve-se fazer advocacia para a implementação do direito à protecção da maternidade da mulher trabalhadora, de modo que esta possa prestar cuidados à criança e restabelecer a sua saúde e nutrição materna;
- As mulheres lactantes com dificuldades de amamentar devem ser apoiadas a iniciar, manter e reestabelecer a amamentação através da relactação, se for necessário, garantindo a saúde materna.

Alimentação Infantil em Circunstâncias Especiais

- **Bebés com baixo peso à nascença** (< 2.5 kg e bebés prematuros (nascidos antes de complementar 37 semanas de gestação ou de peso para gestação < percentil 10, ou ambos): os cuidadores devem ser encorajados e apoiados a praticar o aleitamento materno exclusivo sempre que as condições clínicas permitirem. Deve-se promover a prática do método mãe-canguru e o contacto pele a pele, bem como encorajar e apoiar a mãe cujo bebé de baixo peso não possa fazer a sucção, a extrair o leite e dar com copo, colherinha ou por tubo naso-gástrico.
- **Crianças doentes:** Durante o episódio de doença, os cuidadores devem ser aconselhados a aumentar o consumo de líquidos da criança, incluindo o aleitamento materno mais frequente¹⁵⁵, e a encorajar a criança maior de 6 meses a comer alimentos em forma de puré ou mais pastosos, variados, apetitosos e favoritos. Após o episódio de doença, os cuidadores devem ser aconselhados a oferecer mais comida do que o normal, e a encorajar a criança a comer mais, dando pequenas refeições com alta densidade nutricional mais vezes ao dia, para satisfazer as necessidades nutricionais aumentadas e o apetite reduzido da criança.
- **Crianças com desnutrição aguda.** As crianças identificadas com desnutrição aguda devem ser tratadas de acordo com os protocolos nacionais. Para prevenir uma reincidência, deve ser dada uma atenção extra tanto durante a fase de reabilitação, como a longo prazo às crianças desnutridas, particularmente no que toca ao aconselhamento e apoio prático para a adopção das práticas de alimentação infantil e estimulação do desenvolvimento adequadas. Para as crianças menores de 6 meses, é especialmente importante assegurar o aleitamento materno continuado e frequente e, quando necessário, reestabelecer a lactação para mães com dificuldades em amamentar.
- **Crianças expostas ao HIV.**
 - (1) As mães infectadas pelo HIV e/ou os seus filhos devem beneficiar de profilaxia antiretroviral para a prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV), de acordo com a opção

¹⁵⁵ As crianças doentes, com idade inferior a 6 meses de idade ou peso inferior a 4 kg e que estejam muito fracas para sugar eficientemente o leite do peito da mãe, devem ser referidas para o PRN.

disponível na Unidade Sanitária que frequentam (A ou B+),¹⁵⁶ para reduzir o risco de transmissão através do leite materno. Independentemente do esquema medicamentoso disponível, as orientações de alimentação infantil descritas abaixo devem ser seguidas.¹⁵⁷

(2) As mães infectadas pelo HIV, cujos filhos tenham um estado de HIV negativo ou desconhecido, devem ser aconselhadas a praticar o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, introduzir alimentos complementares adequados a partir dos 6 meses de idade, e continuar o aleitamento materno durante os primeiros 12 meses, em vigência de profilaxia. A partir dos 12 meses, o aleitamento materno deve cessar se uma dieta adequada e segura sem o leite materno puder ser oferecida (ver nota de rodapé nº 10).

(3) As mães devem ser orientadas a não interromper bruscamente a amamentação; o desmame deve ser gradual, ao longo de um mês. Após o desmame, as mães devem ser aconselhadas e apoiadas a dar às suas crianças uma alimentação adequada e segura, para permitir um óptimo crescimento. Para crianças menores de 6 meses, bem como de idade igual ou superior a 6 meses deve-se discutir individualmente com as mães sobre as condições socio-económicas específicas a nível do domicílio^{158,159} e analisar os riscos da introdução da fórmula infantil e só deve ser usado pelo cuidador(a) se existirem condições específicas e adequadas a nível do domicílio.^{160,161}; por outro lado, pode-se dar algumas opções alimentares como o leite

¹⁵⁶ No país existem 2 opções concomitantes de profilaxia antiretroviral para PTV. As Unidades Sanitárias (US) que oferecem terapia antiretroviral (TARV), irão implementar TARV universal para todas as mulheres grávidas infectadas pelo HIV para toda a vida (Opção B+); a expansão desta intervenção seguirá a expansão da TARV para as periferias. Nas US onde são oferecidos serviços de PTV, mas não de TARV, continuará a ser avaliada a elegibilidade das mulheres grávidas para TARV (CD4 < 350 ou Estado III ou IV); no caso de mulheres grávidas não elegíveis, será oferecida a profilaxia com AZT a partir das 14 semanas de gestação, triploprofilaxia durante o parto e profilaxia para a criança durante o período de aleitamento materno e até uma semana após o desmame completo (Opção A).

¹⁵⁷ No caso de haver indisponibilidade temporária de profilaxia para a mãe e/ou a criança (ex. ruptura temporária de anti-retrovirais, casos de emergências), deve se manter as práticas de alimentação infantil conforme descritas nos itens (2) e (3).

¹⁵⁸ A fórmula infantil é uma alternativa adequada ao leite materno, desde que as mães disponham das seguintes condições: (a) água e saneamento seguro assegurados a nível do domicílio e na comunidade; (b) capacidade para fornecer consistentemente fórmula infantil suficiente para promover o crescimento e desenvolvimento normal da criança; (c) capacidade para preparar a fórmula infantil de forma limpa e frequente o suficiente para que seja segura e transporte um baixo risco de diarreia e desnutrição; (d) capacidade para, nos primeiros 6 meses, dar fórmula infantil exclusivamente; (e) apoio da família em relação a esta prática de alimentação infantil; (f) acesso a serviços de saúde que oferecem cuidados de saúde infantil compreensivos.

¹⁵⁹ Alternativamente à fórmula infantil, crianças menores de 6 meses poderão receber leite materno exprimido e aquecido como estratégia provisória de alimentação. O leite materno aquecido é recomendado em circunstâncias especiais, tais como quando o bebé nasce com baixo peso ou se está doente no período neonatal e não pode ser amamentado; ou quando a mãe não está bem e está temporariamente impedida de amamentar ou tem um problema temporário de saúde mamária, como mastite; ou para apoiar as mães a cessarem o aleitamento materno; ou se os anti-retrovirais estão temporariamente indisponíveis. O método de aquecimento consiste em colocar 50–150 ml de leite materno exprimido num frasco ou pote de vidro à prova de calor, previamente higienizado e esterilizado, numa pequena panela com água. O nível da água deve estar a dois dedos acima do nível no leite. A água é aquecida até que comece a ferver vigorosamente e então o frasco com o leite é removido cuidadosamente da água. Tapa-se o frasco e deixa-se o leite voltar à temperatura ambiente imergindo o frasco em água fria ou deixando-o arrefecer livremente antes de o usar para alimentar a criança usando uma chávena ou um copo. O leite materno aquecido deve ser usado dentro de uma hora (Chantray et al. 2012. "Feasibility of using flash-heated breastmilk as an infant feeding option for HIV-exposed, uninfected infants under 6 months of age in urban Tanzania." *J Acquir Immune Defic Syndr.* 60(1): 43–50).

¹⁶⁰ A fórmula infantil é uma alternativa adequada ao leite materno, desde que as mães disponham das seguintes condições: (a) água e saneamento seguro assegurados a nível do domicílio e na comunidade; (b) capacidade para fornecer consistentemente fórmula infantil suficiente para promover o crescimento e desenvolvimento normal da criança; (c) capacidade para preparar a fórmula infantil de forma limpa e frequente o suficiente para que seja segura e transporte um baixo risco de diarreia e desnutrição; (d) capacidade para, nos primeiros 6 meses, dar fórmula infantil exclusivamente; (e) apoio da família em relação a esta prática de alimentação infantil; (f) acesso a serviços de saúde que oferecem cuidados de saúde infantil compreensivos.

animal (se não for pasteurizado, deve ser fervido¹⁶² para crianças menores de 12 meses), como parte de uma dieta complementar rica em micronutrientes. As refeições, incluindo refeições só de leite, só de alimentos complementares, ou de leite e alimentos complementares, devem ser oferecidas 4 a 5 vezes por dia a partir dos 6 meses de idade.

(4) As mães infectadas pelo HIV, cujos filhos estejam infectados pelo HIV, devem ser encorajadas a praticar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, introduzir alimentos complementares adequados a partir dos 6 meses de idade, e continuar a amamentar segundo as recomendações para a população em geral, ou seja, até aos 24 meses de idade ou mais.

- **Emergências.** Em todas as situações de emergência, provedores de serviços e intervenções de auxílio devem cumprir com os princípios e orientações normativas da Política Nacional de Alimentação Infantil e com as Orientações Operacionais para Alimentação Infantil em Emergências.¹⁶³ As mães em situação de emergência devem receber aconselhamento, apoio e os recursos adicionais necessários para proteger e promover as práticas de alimentação infantil adequadas, incluindo a criação de cantos seguros onde as mães possam amamentar; o aconselhamento individual; e o apoio alimentar para crianças dos 6 aos 24 meses de idade, com aconselhamento e apoio para manterem altos níveis de aleitamento materno. Deve-se garantir que mães e bebês permaneçam juntos sempre que possível, de forma a garantir a continuação de uma alimentação infantil adequada.

Não é permitida a doação, nem a aceitação, de substitutos do leite materno (ou quaisquer produtos que possam ser usados como tal), biberões ou chuchas para a população em geral afectada pela emergência. Nos casos em que sejam prescritos pelo profissional de saúde responsável, a procura, aquisição e distribuição de SLM deve aderir ao *Códex Alimentarius* e ao Código Nacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, deve seguir os canais normais para compra, e os produtos devem fazer parte do inventário regular de alimentos e medicamentos distribuídos durante a emergência. A preparação e administração dos SLM deve atender aos padrões de higiene recomendados e o seu fornecimento contínuo deve ser assegurado.

¹⁶¹ Alternativamente à fórmula infantil, crianças menores de 6 meses poderão receber leite materno exprimido e aquecido como estratégia provisória de alimentação. O leite materno aquecido é recomendado em circunstâncias especiais, tais como quando o bebé nasce com baixo peso ou se está doente no período neonatal e não pode ser amamentado; ou quando a mãe não está bem e está temporariamente impedida de amamentar ou tem um problema temporário de saúde mamária, como mastite; ou para apoiar as mães a cessarem o aleitamento materno; ou se os anti-retrovirais estão temporariamente indisponíveis. O método de aquecimento consiste em colocar 50–150 ml de leite materno exprimido num frasco ou pote de vidro à prova de calor, previamente higienizado e esterilizado, numa pequena panela com água. O nível da água deve estar a dois dedos acima do nível no leite. A água é aquecida até que comece a ferver vigorosamente e então o frasco com o leite é removido cuidadosamente da água. Tapa-se o frasco e deixa-se o leite voltar à temperatura ambiente imergindo o frasco em água fria ou deixando-o arrefecer livremente antes de o usar para alimentar a criança usando uma chávena ou um copo. O leite materno aquecido deve ser usado dentro de uma hora (Chantry et al. 2012. “Feasibility of using flash-heated breastmilk as an infant feeding option for HIV-exposed, uninfected infants under 6 months of age in urban Tanzania.” *J Acquir Immune Defic Syndr.* 60(1): 43–50).

¹⁶² O método de fervura do leite animal não-pasteurizado consiste em colocar a quantidade de leite de vaca ou cabra necessária para uma refeição numa panela e pô-la ao lume até que o leite levante fervura. Assim que o leite levantar fervura, retira-se a panela do lume, tapa-se a panela e deixa-se a mesma livremente até que o leite voltar à temperatura ambiente. Para arrefecer o leite rapidamente pode-se imergir a panela num recipiente com água fria. O leite animal fervido e arrefecido deve ser dado à criança usando uma chávena ou um copo (World Health Organization. 2005. *Infant Feeding Counseling Flyers: Guidelines for use of breast-milk substitutes in emergency situations*).

¹⁶³ Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Version 2.1. February 2007. <http://www.enonline.net/ife/>.

Deve-se garantir a monitoria e vigilância nutricional periódicas, incluído avaliações rápidas do estado nutricional de mães e suas crianças.

Realizar apresentações técnicas no fórum de coordenação humanitária, e promover o engajamento de todos os sectores chaves para assegurar e garantir adequada e atempadamente as necessidades nutricionais das crianças e suas mães.

- **Outras circunstâncias especiais:** Crianças órfãs ou em centros de acolhimento, crianças nascidas de mães adolescentes, mães que sofrem de debilidade física ou mental, dependência química, ou mães presas ou pertencentes a populações em desvantagem ou marginalizadas, requerem atenção especial. Devem ser criadas as condições para proteger, promover e apoiar as práticas de alimentação infantil adequadas para as circunstâncias em que se encontram, incluindo a observância de condições médicas que justifiquem o uso dos SLM.

Água, Higiene e Saneamento

- Os cuidadores devem receber aconselhamento e apoio prático para praticarem a boa higiene e para manusearem os alimentos apropriadamente. Isto inclui:
 - A lavagem correcta das mãos com água e sabão/cinza do cuidador e da criança depois de defecar, antes de preparar os alimentos e antes de comer. Dever-se encorajar também a lavagem regular das mãos das crianças pois estas levam frequentemente as mãos à boca;
 - O consumo dos alimentos imediatamente depois de prepará-los ou o seu armazenamento de forma segura¹⁶⁴;
 - O uso de água tratada e armazenada de forma segura para preparar os alimentos e para beber;
 - O uso de utensílios limpos para preparar e servir os alimentos;
 - O uso de chávenas, copos, pratos e colheres limpos para alimentar a criança;
 - A proibição do uso de biberões, devido aos riscos que apresentam no caso de higienização inadequada; e
 - O descarte seguro das fezes da criança, despejando-as na latrina de casa para garantir que não haja contaminação da água e dos alimentos.
- Todos os cuidadores devem ter acesso a água tratada e armazenada de forma segura num recipiente limpo e com gargalo estreito, preferivelmente com uma torneira, para usar nas práticas de alimentação infantil. Devem criar-se ligações com programas existentes para assegurar o acesso a quantidades adequadas de água para limpeza, lavagem das mãos e preparação de alimentos;
- As comunidades devem ser engajadas de forma activa em assegurar condições de saneamento básico (instalação e manutenção regular de latrinas) para reduzir o risco de doenças e, portanto, contribuir para um óptimo crescimento das crianças;
- Os cuidadores devem ser aconselhados e apoiados a assegurar que a preparação e o consumo dos alimentos complementares observam os padrões de higiene recomendados.

¹⁶⁴ Para guardar os alimentos de forma segura: 1) não deixe alimentos cozinhados à temperatura ambiente por mais de 2 horas; 2) refrigere prontamente todos os alimentos cozinhados e perecíveis (preferivelmente a temperatura abaixo de 5° C); 3) mantenha os alimentos cozinhados bem quentes (mais de 60° C, com vapor visivelmente a sair da comida); 4) não guarde os alimentos por muito tempo, mesmo dentro da geleira; 5) descongele os alimentos na geleira; 6) tape os alimentos cozinhados e lave os alimentos crus para protegê-los de moscas e sujidade.

Anexo 2. Indicadores Cruciais para a Monitoria e Avaliação dos Resultados da Implementação da ENAI

Indicadores cruciais para a monitoria e avaliação dos resultados da implementação da ENAI, com definições, fórmula de cálculo, metodologia e periodicidade de recolha¹⁶⁵

#	Indicador	Definição	Fórmula de cálculo	Metodologia de Recolha de Dados	Periodicidade de Recolha de Dados
1	Início atempado do aleitamento materno	Proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses que foram postas ao peito dentro da primeira hora após o parto	Crianças nascidas nos últimos 24 meses que foram colocadas ao peito dentro da primeira hora após o parto ÷ crianças nascidas nos últimos 24 meses	Inquéritos Nacionais (IN)	A cada 5 ou 10 anos
2	Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses de idade	Proporção de crianças dos 0 aos 5 meses de idade que são alimentadas exclusivamente com leite materno	Crianças 0–5 meses de idade que receberam apenas leite materno durante o dia anterior ÷ crianças 0–5 meses de idade	SIS-MA IN	Anual A cada 5 ou 10 anos
3	Aleitamento materno exclusivo para crianças expostas ao HIV aos 5 meses de idade	Proporção de crianças expostas ao HIV aos 6 meses de idade que são alimentadas exclusivamente com o leite materno	Crianças expostas ao HIV aos 6 meses de idade que receberam apenas leite materno ÷ estimativa populacional de crianças expostas ao HIV	SIS-MA	Anual
4	Aleitamento materno continuado até 1 ano de idade	Proporção de crianças dos 06 aos 12 meses de idade que recebem leite materno	Crianças 06–12 meses de idade que receberam leite materno durante o dia anterior ÷ crianças 06–12 meses de idade	IN	A cada 5 ou 10 anos
5	Introdução de alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles	Proporção de crianças dos 6 aos 8 meses de idade que recebem alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles	Crianças 6–8 meses de idade que receberam alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles durante o dia anterior ÷ crianças 6–8 meses de idade	IN	A cada 5 ou 10 anos
6	Diversidade alimentar mínima	Proporção de crianças dos 6 aos 23 meses de idade que recebem alimentos de 4 ou mais grupos de alimentos	Crianças dos 6–23 meses de idade que receberam alimentos ≥ 4 grupos de alimentos durante o dia anterior ÷ crianças 6–23 meses de idade	IN	A cada 5 ou 10 anos

¹⁶⁵ PNAI, p. 15.

#	Indicador	Definição	Fórmula de cálculo	Metodologia de Recolha de Dados	Periodicidade de Recolha de Dados
7	Frequência alimentar mínima	Proporção de crianças amamentadas e não-amamentadas dos 6 aos 23 meses de idade que recebem alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles o número mínimo de vezes ou mais	<p>Crianças amamentadas 6–23 meses de idade que receberam alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles o número mínimo de vezes ou mais durante o dia anterior ÷ crianças amamentadas 6–23 meses de idade</p> <p>E</p> <p>Crianças não-amamentadas 6–23 meses de idade que receberam alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles, ou leite, o número mínimo de vezes ou mais durante o dia anterior ÷ crianças não-amamentadas 6–23 meses de idade</p>	IN	A cada 5 ou 10 anos
8	Dieta mínima aceitável	Proporção de crianças dos 6 aos 23 meses que recebem uma dieta mínima aceitável (sem leite materno)	<p>Crianças amamentadas 6–23 meses de idade que tiveram pelo menos a diversidade alimentar mínima e a frequência alimentar mínima durante o dia anterior ÷ crianças amamentadas 6–23 meses</p> <p>E</p> <p>Crianças não-amamentadas 6–23 meses de idade que receberam pelo menos duas refeições de leite e tiveram pelo menos a diversidade alimentar mínima, excluindo o leite, e a frequência alimentar mínima durante o dia anterior ÷ crianças não-amamentadas 6–23 meses</p>	IN	A cada 5 ou 10 anos
9	Consumo de alimentos ricos em ferro 6-23 meses	Proporção de crianças dos 6 aos 23 meses que consomem alimentos ricos em ferro	Crianças dos 6–23 meses de idade que receberam alimentos ricos em ferro durante o dia anterior ÷ crianças 6–23 meses de idade	IN	A cada 5 ou 10 anos

Anexo 3. Os Dez Passos para a Iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança

Os Dez Passos para facilitar o aleitamento materno são a base da Iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança da Organização Mundial da Saúde/UNICEF. Os passos descrevem as práticas que apoiam a decisão da mulher de fazer aleitamento materno e ter sucesso. As maternidades que são “Amigos da Criança” precisam de:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Anexo 4. Políticas, Normas, Estratégias, Planos e Programas que Integram Componentes de Protecção, Promoção e Apoio às Práticas de Alimentação Infantil Adequadas

- O Diploma Ministerial sobre a Iodização do Sal (1/2000);
- A Componente Estratégica do Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique (2004);
- A Norma Nacional para a Utilização dos Suplementos de Micronutrientes nos Programas de Saúde (2005);
- O Pacote Nutricional Básico (2007);
- Os Planos Estratégicos do Sector Saúde (2007–2012; 2013–2017);
- A Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN II 2008–2015);
- A Estratégia Nacional de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2019-2023 (em processo);
- A Estratégia para o Fortalecimento das Intervenções da Parteira Tradicional (2009);
- O Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno (2009–2013[2015]);
- O Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODM 4 e 5 (2009–13[15]);
- A Estratégia de Segurança Social Básica (2010–2014);
- O Plano Quinquenal do Governo (2010–2014; 2015-2019) e respectivo Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (2011–2014);
- Regulamento de Fortificação de Alimentos com Micronutrientes Industrialmente Processados, aprovado pelo Decreto nº 9/2016;¹⁶⁶
- O Regulamento dos Centros de Acolhimento e Infantários;¹⁶⁷
- Os Planos e Estratégias do HIV (Plano de Eliminação da Transmissão Vertical 2012–2015; Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA em Moçambique 2018–2020);
- O Decreto nº 52/2011 do Conselho de Ministros (2011) Artigo 3: Programa de Apoio Social Directo;
- O Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (2011–2015[20]);
- O Plano Nacional de Acção para a Criança (2013–2019);
- A Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Prevenção da Desnutrição em Moçambique (2015-2019).

¹⁶⁶ Fortificação da farinha de milho, farinha de trigo, óleo alimentar, açúcar e sal destinados ao consumo humano e animal em Moçambique, em observância das Normas Moçambicanas.

¹⁶⁷ Aprovado pelo Diploma Ministerial N° 278/2010, de 31 de Dezembro.

Anexo 5. Alimentos Fortificados, com o Mínimo e Máximo de Fortificação segundo o Regulamento de Fortificação de Alimentos

Veículo	Mínimo	Máximo
Farinha de trigo	20 mg Ferro/kg	140 mg Ferro/kg
Farinha de milho	20 mg Ferro/kg	140 mg Ferro/kg
Óleo alimentar	15 mg de Vitamina A / L	43 mg de Vitamina A/L
Açúcar	1 mg/100g Vitamina A	3 mg/100g Vitamina A
Sal	25 ppm/kg KIO3	55 ppm/kg KIO3

Anexo 6. Membros do Conselho Nacional de Alimentação Infantil

- Ministro da Saúde – Presidente;
- Vice-Ministro da Saúde -Vice-Presidente;
- Vice-Ministro da Indústria e Comércio;
- Director Nacional de Saúde Pública;
- Director Nacional de Assistência Médica;
- Inspector-geral da Inspeção Nacional de Actividades Económicas;
- Director Nacional do Comércio;
- Director Geral das Alfândegas;
- Director do Instituto Nacional de Normalização e Qualidade (INNOQ);
- Director Nacional Adjunto de Saúde Pública, que será o Secretário;
- Director Nacional da Criança;
- Director Nacional do Género;
- Director Nacional de Acção Social;
- Director do Instituto Nacional de Desenvolvimento da Educação
- Presidente do Conselho Superior da Comunicação Social
- Director do Gabinete de Informação ligado ao Gabinete do Primeiro Ministro;
- Chefe do Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde, que coadjuvará o Secretário;
- Responsável do Departamento de Saúde Materno e Infantil no Ministério da Saúde;
- Responsável do Departamento de Promoção de Saúde no Ministério da Saúde;
- Responsável do Departamento de Humanização no Ministério da Saúde.

Para além dos membros por inerência de funções, o Ministro da Saúde nomeará dez outros membros, nomeadamente, pediatras, nutricionistas, dirigentes e/ou técnicos de ONGs e de agências de cooperação com marcado interesse no aleitamento materno, dirigentes de associações profissionais de trabalhadores da saúde, jornalistas ou outros de ciências da comunicação, que servirão a título pessoal.

Anexo 7. Plano de Acção da ENAI

Objectivo Estratégico 1. Desenvolver, aprovar e aplicar as políticas e legislação que apoiam a alimentação infantil						
Resultado 1.1. Definidas e orientadas as normas da alimentação infantil e a devida programação providenciada pelo governo e seus parceiros						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
01	Actualizar o conteúdo da PNAI conforme exigido pelo grupo multisectorial de alimentação infantil	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados para actualização da PNAI Validação: Actas dos encontros do Grupo multisectorial	4 encontros	Junho 2019	GT-AI	MISAU-GT-AI
02	Elaborar o processo de aprovação para a PNAI.	<ul style="list-style-type: none"> PNAI aprovada Validação: Nota de aprovação do PNAI pela DNSP	---	Junho 2019	MISAU -DN e Gabinete Jurídico	MISAU-GT-AI
03	Desenvolver e implementar um plano de disseminação da PNAI junto dos intervenientes a todos os níveis (nacional, provincial, distrital, a nível das US e outros intervenientes).	<ul style="list-style-type: none"> Número de plano de disseminação da PNAI desenvolvido PNAI lançado a nível nacional Validação: Meios de comunicação	1 Plano	Julho 2019	MISAU-DN	MISAU-GT-AI, parceiros
		<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões de disseminação realizadas a nível Provincial Validação: Actas de reuniões	1 Laçamento a nível nacional	Julho de 2019	MISAU -DN	
		<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões de disseminação realizadas a nível distrital Fonte: Actas de reuniões	6 Reuniões provinciais	Dez 2019	Governo Provincial/DPS	
			6 Reuniões distritais	Dez 2019	Governo Distrital/SDSMAS	
Resultado 1.2. Definida e orientada a implementação da ENAI						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
04	Seguir os protocolos para a aprovação da ENAI.	<ul style="list-style-type: none"> ENAI aprovada Validação: Nota de aprovação do ENAI pela DNSP	---	Fev 2019	DN	MISAU DN-GT-AI
05	Socializar a ENAI com actores, ministérios e organizações.	<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões de socialização da ENAI realizadas 	6 Reuniões	Mar 2019	GT-AI	MISAU DN

		Fonte: Actas de reuniões com as recomendações dos actores integradas na ENAI				
06	Realizar o lançamento e disseminação da ENAI no seio do governo, parceiros e sociedade civil.	<ul style="list-style-type: none"> Número de lançamento da ENAI a nível nacional realizado Validação: Meios de comunicação	1 Lançamento	Mar 2019	DN	MISAU, parceiros
07	Desenvolver o plano operacional da ENAI pelos níveis provincial e distrital.	<ul style="list-style-type: none"> Número de planos provinciais de actividades desenvolvidos e aprovados Número de planos distritais de actividades desenvolvidos e aprovados Validação: Nota de aprovação	11 planos 22 planos	Dez 2019 Fev 2020	Governo Provincial/DPS Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, parceiros
Resultado 1.3. Operacionalizado o Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
08	Realizar campanhas alargadas de informação sobre o Código em estabelecimentos comerciais, organizações de base comunitária (OCBs), unidades sanitárias, entidades do governo e a sociedade civil.	<ul style="list-style-type: none"> Número de campanhas alargadas de informação realizadas nos estabelecimentos comerciais, OCB, US, entidades do governo e sociedade civil Validação: Relatórios das campanhas	5 Campanhas	Dez 2020	GT-AI	MISAU, MGCAS, INAS, INAE, parceiros
09	Criação de um sistema de monitoria intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> Número de sistema de monitoria intersectorial criado 	1 Sistema	Jun 2020	GT-AI	MISAU e INAE
10	Desenvolver o Diploma Ministerial conjunto para operacionalização do Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno.	<ul style="list-style-type: none"> Número de Diploma ministerial conjunto do Código desenvolvido e aprovado Validação: Boletim da República	1 Diploma ministerial conjunto do Código	Mai 2019	GT-AI	MISAU, INAE, MIC e Ministério da Economia e Finanças
Resultado 1.4. Aplicada das Normas Nacionais para a Produção, Importação e Venda de Alimentos Infantis						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
11	Desenvolver e implementar um plano de disseminação das normas dos alimentos infantis	<ul style="list-style-type: none"> Número de Plano de disseminação desenvolvido Número de entidades alcançadas pela disseminação 	1 Plano 5 entidades	Julho 2020 Dez 2020	GT-AI	MISAU e INNOQ

		<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades de disseminação realizadas 	4 por ano (Trimestral)	Contínuo		
12	Harmonizar as normas dos alimentos infantis ao Código	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de harmonização realizados Validação : Actas dos encontros <ul style="list-style-type: none"> Número de normas dos alimentos infantis harmonizadas ao Código Validação: Documento que define a coordenação(norma)	5 Encontros 1 Norma harmonizada	Out 2021 Dez 2021	GT-AI	MISAU, INNOQ e INAE
Resultado 1.5. As componentes da Lei do Trabalho sobre a licença de maternidade e intervalos para amamentar mais abrangentes						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
13	Preparar uma nota conceptual para advogar ao Governo sobre a importância da licença de maternidade e paternidade para a amamentação e outros benefícios.	<ul style="list-style-type: none"> Número de notas conceptuais finalizadas e aprovadas 	—	Março 2019	GT-AI	MISAU-GT-AI, MITESS
14	Advogar para extensão da licença de maternidade para 90 dias e de paternidade para sete dias na revisão do artigo nº 12 da Lei do Trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia realizados Validação: Actas dos encontros de advocacia <ul style="list-style-type: none"> Número de instituições que receberam advocacia Validação: Actas dos encontros de advocacia	10 Encontros 10 Instituições	Dez 2022 Dez 2020	GT-AI	MISAU, MITESS, MGCAS
15	Promover a produção de materiais (impressos e audiovisuais) de divulgação para instituições do governo, sector privado e sociedade civil sobre as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a licença de maternidade e paternidade, e os intervalos para amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de promoção realizados Validação: Actas dos encontros	12 por ano (mensal)	Contínuo	GT-AI	MISAU GT-AI, MITESS

16	Disseminar as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a licença de maternidade, paternidade e intervalos para amamentação para a sociedade em geral.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados para divulgar as componentes da Lei do Trabalho relacionadas com a alimentação infantil Validação: Actas dos encontros de disseminação	6 por ano (Bimensal)	Contínuo	GT-AI	MISAU, MITESS, MGCAS
17	Incentivar a criação de espaços adequados para a amamentação nas instituições do governo e no sector privado.	<ul style="list-style-type: none"> Número de instituições do governo e do sector privado que foram incentivadas para a criação de espaços adequados para a amamentação Número de instituições do governo e do sector privado que criaram um espaço adequado para amamentação Número de instituições que utilizam um espaço adequado para amamentação Validação: Actas dos encontros	10 Instituições	Dez 2020	DN	MISAU, MITESS, MGCAS
			6 Instituições	Dez 2024	DN	
			2 Instituições	Dez 2021	DN	

Resultado 1.6: Implementada a legislação sobre a fortificação de alimentos com maior enfoque no consumo para alimentação complementar						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
18	Advocar com governo e organizações para estratégias de maior acesso aos alimentos fortificados para as populações de maior risco de deficiências (crianças dos 6-24 meses, mulheres grávidas e lactantes, em particular nas zonas rurais e pobres).	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados de advocacia para a priorização de alimentação infantil na expansão de fortificação Validação: Actas dos encontros	6 por ano (Bimensal)	Contínuo	GT-AI	MISAU, MIC, CONFAM, parceiros
19	Desenvolver materiais (impressos e audiovisuais) de informação para a sociedade em geral sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados direccionados a crianças dos 6 aos 24 meses, mulheres grávidas e lactantes.	<ul style="list-style-type: none"> Número de materiais sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados pelos grupos de maior risco, criados 	3 materiais	Junho 2021	GT-AI	MISAU-DN, GT-AI, DePROS, CONFAM, parceiros
20	Disseminação da informação sobre os benefícios do consumo dos alimentos fortificados com maior enfoque para crianças dos 6 aos 24 meses, mulheres grávidas e lactantes.	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades de disseminação realizadas sobre a importância dos alimentos fortificados para crianças dos 6-24 meses, mulheres grávidas e lactantes Validação: Relatório das actividades	6 por ano (Bimensal)	Contínuo	GT-AI	MISAU-DN: GT-AI, CONFAM, parceiros

Objectivo Estratégico 2. Implementar as intervenções de alimentação infantil a nível das unidades sanitárias e das comunidades conforme definido na PNAI						
Resultado 2.1. Prestados os serviços de alimentação infantil a nível das unidades sanitárias a todas as crianças com menos de 24 meses de idade e seus cuidadores						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
21	Finalizar a actualização o Pacote Nutricional Básico para harmonizar com novas políticas e protocolos.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros para actualização do Pacote Nutricional Básico 	6 encontros	Dez 2019	DN	MISAU, parceiros
22	Elaborar um plano de formações e supervisão em alimentação infantil, incluindo aconselhamento e educação nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> Número de plano de formações e supervisão elaborado Número de formações sobre alimentação infantil realizadas Validação: relatório das formações Número de supervisões realizadas Validação: relatório das supervisões 	1 Plano 15 Formações 12 por ano (Mensal)	Dez 2019 Dez 2020 Contínuo	DN	MISAU GT-AI, parceiros
23	Elaborar (ou adequar) um livro de receitas para as demonstrações culinárias, enfatizando a diversidade alimentar, o uso dos alimentos fortificados e biofortificados; e recomendações para evitar os alimentos e bebidas açucarados, e alimentos ultraprocessados.	<ul style="list-style-type: none"> Número de livros de receitas para as demonstrações culinárias elaboradas (ou adequadas) 	1 Livro	Dez 2021	DN	MISAU-DN, parceiros
24	Fazer um plano e orçamento para a disseminação de quantidades suficientes de materiais de comunicação para e apoio ao trabalho (job aid) sobre Alimentação Infantil.	<ul style="list-style-type: none"> Número de planos e orçamento para a disseminação elaborado 	1 Plano	Set 2020	DN	MISAU GT-AI
25	Treinar formadores de alimentação infantil para garantir uma equipa de formadores em cada	<ul style="list-style-type: none"> Número de formações de formadores realizadas Validação: relatório das formações 	15 Formações	Agosto 2021	DN	MISAU, parceiros

	provincia/distrito.	<ul style="list-style-type: none"> Número de participantes das formações de formadores por provincia e distrito Validação: lista de presença das formações	550 participantes			
26	Rever a formação e prática pré-serviço em alimentação infantil, actualizar os conteúdos para institutos de formação de profissionais e técnicos de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Número de formações e prática pré-serviço em alimentação infantil revistas Validação: material de formação <ul style="list-style-type: none"> Requisitos para institutos de formação de profissionais e técnicos de saúde actualizados Validação: Pacote/programa/material de formação actualizado	3 materiais de formação 1 Pacote/Programa	Agosto 2022	DN	MISAU, MINEDH, MCTESTP, parceiros
27	Aconselhar sobre o aleitamento materno exclusivo dos 0 aos 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Número de comunidades aconselhadas sobre o aleitamento materno exclusivo dos 0 aos 6 meses. 	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, Governo Distrital/DPS, parceiros
28	Aconselhar sobre alimentação complementar adequada e responsiva, incluindo sobre o consumo atempado e contínuo de MNP dos 6 aos 23 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Número de comunidades aconselhadas sobre complementar adequada e responsiva, incluindo sobre o consumo atempado e contínuo de MNP dos 6 aos 23 meses. 	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, Governo Distrital/DPS, parceiros
29	Desparasitar as crianças dos 12 aos 23 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Número de crianças dos 12 aos 23 meses desparasitadas. 	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, Governo Distrital/DPS, parceiros
30	Aconselhar sobre a melhoria das praticas em relação á água potável, higiene e saneamento (WASH).	<ul style="list-style-type: none"> Número de comunidades aconselhadas sobre a melhoria das praticas em relação á água potável, higiene e saneamento (WASH). 	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, Governo Distrital/DPS, parceiros
31	Monitorar regularmente (mensalmente) os parâmetros	<ul style="list-style-type: none"> Número de crianças dos 0 aos 24 meses com parametros 	80% do grupo alvo	Contínuo	Governo Distrital/	MISAU, Governo Distrital/DPS,

	antropométricos em crianças dos 0 aos 24 meses.	antropométricos monitorados mensalmente.	(2023)		SDSMAS	parceiros
32	Suplementar com Vitamina A a cada 6 meses crianças dos 6 aos 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> Número de crianças dos 6 aos 24 meses suplementadas com Vitamina A a cada 6 meses 	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, Governo Distrital/DPS, parceiros
33	Suplementar com micronutrientes em pó (MNP) crianças dos 6 aos 23 meses	<ul style="list-style-type: none"> Número de crianças dos 6 aos 23 meses suplementadas com micronutrientes em pó (MNP). 	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	Governo Distrital/SDSMAS	MISAU, Governo Distrital/DPS, parceiros
Resultado 2.2. Modelo comunitário fortalecido para promoção da alimentação infantil das crianças de 0-24 meses						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
34	Realizar encontros para mapear os papéis actuais ao nível comunitário e analisar as experiências aprendidas no país (modelos, resultados, custos) para recolher factores de sucesso e adaptar à realidade, região e zona (urbano/rural).	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros ou outras actividades realizadas para analisar as experiências aprendidas no país. Validação: Actas dos encontros	6 por ano (Bimensal)	Contínuo	GT-AI	MISAU-DQH, Comitês de Saúde, parceiros
35	Propor um modelo adaptado para apoio comunitário dos activistas, considerando expandir as actividades de alimentação infantil para alcançar, além das mães, os influentes (sogra/avós, os filhos mais velhos (que cuidam dos irmãos mais pequenos) e outros actores sociais na comunidade, alinhado com a Estratégia de CMSC.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros para discussão do modelo adaptado para apoio comunitário dos activistas Validação: Actas dos encontros para propor o modelo adaptado de apoio comunitário <ul style="list-style-type: none"> Modelo adaptado de apoio comunitário dos activistas aprovado Validação: Nota de aprovação <ul style="list-style-type: none"> Número de comunidades que receberam o modelo de apoio comunitário adaptado Validação: Relatório das formações dos activistas para a actualização do	6 Encontros 1 modelo aprovado 15 Formações	Agosto 2020 Dez 2020 Dez 2021	DN	MISAU, DPS, SDSMAS, Parceiros

		modelo de apoio comunitário				
36	Desenhar um modelo padrão para reporte e monitoria de actividades de alimentação infantil realizadas a nível comunitário.	<ul style="list-style-type: none"> Número de modelo e ferramentas para reportar e monitorar as actividades da alimentação infantil nas comunidades 	1 modelo	Março 2021	DN e Programa de APE's	MISAU, Parceiros
37	Elaborar um plano de cobertura para as actividades comunitárias e advogar para suficiente orçamento.	<ul style="list-style-type: none"> Número de Plano e orçamento para actividades comunitárias de AI elaborados 	1 Plano	Março 2021	DN e Programa de APE's	MISAU, Parceiros
38	Elaborar e implementar um plano de monitoria das actividades comunitárias de alimentação infantil, incluindo os grupos comunitários (como grupos de mães e de pais).	<ul style="list-style-type: none"> Número de plano de monitoria das actividades comunitárias de AI elaborado Número de actividades comunitárias de AI, incluindo as dos grupos comunitários, monitoradas pelos técnicos <p>Fonte: relatórios de monitoria das actividades comunitárias</p>	1 Plano 7 Actividades	Abr 2021 Contínuo	DN e Programa de APE's	MISAU, Parceiros
39	Capacitar os APEs, ACSs e OCBs no Pacote de Aconselhamento Comunitário sobre Alimentação Infantil.	<ul style="list-style-type: none"> Número de APEs e ACS capacitados em Pacote de Aconselhamento sobre AI <p>Validação: Relatório e lista de presença das formações; lista do total de APEs e ACSs existentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de OCBs capacitados em Pacote de Aconselhamento sobre AI <p>Fonte: relatórios das formações</p>	De acordo com as Necessidades do MISAU 55 a 110 OCB's (5 – 10 OCB's por província)	Contínuo	DN e Programa de APE's	MISAU, MGCAS, INAS, parceiros
Resultado 2.3. Alimentação infantil promovida usando a abordagem da Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a prevenção da desnutrição a nível da unidade sanitária e da comunidade						
N	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
40	Elaborar um plano para implementar as acções prioritárias de alimentação infantil da	<ul style="list-style-type: none"> Número de Plano para implementar as acções prioritárias de AI da Estratégia 	1 Plano	Dez 2019	GT-AI e GT-CMSC	MISAU, parceiros

	Estratégia de CMSC.	<ul style="list-style-type: none"> CMSC elaborado a nível nacional Número de províncias que elaboraram o plano Número de planos aprovados 	<p>11 Províncias</p> <p>11 Planos</p>	<p>Dez 2020</p> <p>Dez 2020</p>		
41	Advocar fundos e para que os inquéritos e pesquisa formativa recolham informação adicional sobre o consumo de alimentos fortificados, biofortificados, açucarados ou ultraprocessados pelas crianças dos 6 aos 24 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia realizados com IDS, SETSAN, DN:GT-AI e parceiros <p>Validação: Acta dos encontros</p>	5 encontros	Dez 2020	DN	INE, SETSAN, MISAU DN:GT-AI, CONFAM, Parceiros
42	Criar e actualizar periodicamente um inventário de pesquisa e outros documentos relacionados com a alimentação infantil e nutrição em Moçambique.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros com parceiros para a actualização do inventario de pesquisa formativa Número de inventário criado <p>Validação: Actas dos encontros</p>	<p>4 por ano (Trimestral)</p> <p>1 Inventário</p>	<p>Contínuo</p> <p>Dez 2020</p>	DN	MISAU-DN, parceiros

Resultado 2.4. Indicadores da alimentação infantil e as actividades da unidade sanitária e comunidade monitorados regularmente

Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
43	Elaborar um guião do uso das ferramentas e processos para as unidades sanitárias e seus parceiros para a monitoria das actividades de alimentação infantil, a nível da unidade sanitária e da comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> Número de guiões do uso dos ferramentas e processos para a monitoria das actividades de alimentação infantil elaborado 	1 Guião	Dez 2019	DN-Monitoria e Avaliação	MISAU, parceiros
44	Divulgar as ferramentas actualizados de CCR e CCS ao nível nacional para colecta dos dados de aleitamento materno.	<ul style="list-style-type: none"> Número de US que estão a usar as ferramentas actualizadas de CCS e CCR 	Todas US	2019	GT-AI	MISAU, parceiros
45	Analisar as opções para recolha de dados adicionais (ex.base de dados	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados para analisar as opções de 	7 Encontros	2019	GT-AI	MISAU, parceiros

	das formações realizadas).	recolha de dados adicionais Validação: Actas dos encontros				
Resultado 2.5. Promovido e apoiado ao aleitamento materno através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
46	Implementar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em todas as unidades sanitárias, focalizando as com maternidades.	<ul style="list-style-type: none"> Número de US que implementam os Dez Passos como parte dos protocolos. Validação: Ficha de avaliação da IHAC	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	GT-AI, CCNAI	MISAU, Parceiros
47	Definir mecanismos de coordenação dos planos de trabalho das organizações parceiros da IHAC.	<ul style="list-style-type: none"> Número de planos padrão e mecanismos de coordenação definidos 	1 Plano	Maior 2022	GT-AI, CCNAI	MISAU, Parceiros
48	Fortalecer o modelo de apoio comunitário para o aleitamento materno, dos Comitês de Saúde e os Comitês de Co-gestão para facilitar maior interação entre as mães e a unidade sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros para o fortalecimento do Modelo de apoio comunitário para o apoio ao aleitamento materno Número de relatórios de formações de refrescamento sobre o pacote comunitário de alimentação infantil Validação: actas dos encontros Validação: Relatório de formação	4 encontros 4 por ano (Trimestral)	Maior 2023 Contínuo	DEPROS, DN, Programa de APE's e DQH	MISAU DN, DQH, Parceiros
49	Formar formadores de IHAC por província para cobrir as formações dos provedores de saúde nos distritos.	<ul style="list-style-type: none"> Número de formações de formadores realizadas Número de participantes da formação de formadores por província Validação: Relatório de formação Validação: lista de presença da formação	10 Formações 300 participantes	Dez 2024	DN	MISAU, Parceiros
Resultado 2.6. Promovidos os cantos de amamentação no local de trabalho para promover o aleitamento materno						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
50	Criar materiais orientadores	<ul style="list-style-type: none"> Número de materiais 	3 materiais	Agosto 2019	DN GT-AI	MISAU, parceiros

	simplificados para criação de um canto de amamentação.	desenvolvidos para o auxílio na criação dos cantos de amamentação				
51	Desenvolver um modelo piloto de canto da amamentação adequado, a base de experiências/ev evidências.	<ul style="list-style-type: none"> Número de modelo piloto definido 	1 Modelo	Dez 2019	DN GT-AI	MISAU GT-AI, parceiros
52	Apoiar a fase inicial de cantos de amamentação (MISAU primeiro, outra entidade do governo e uma empresa privada grande).	<ul style="list-style-type: none"> Número de cantos de amamentação estabelecidos em MISAU, outra entidade do governo e uma empresa privada 	3 Cantos de amamentação	Dez 2020	DN GT-AI	MISAU GT-AI, parceiros
53	Definir a estratégia para a expansão dos cantos de amamentação a começar pelas instituições do governo, organizações não governamentais (ONGs) e grandes empresas.	<ul style="list-style-type: none"> Número de estratégia e plano de expansão definidos para cantos de amamentação 	1 Estratégia para expansão	2021	DN GT-AI	MISAU GT-AI, parceiros
54	Realizar uma campanha de disseminação da importância dos cantos de amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> Número de campanhas realizadas 	1 campanha	2021	DN GT-AI	MISAU GT-AI, MITESS, Parceiros
55	Fornecer assistência técnica às instituições que pretendam criar um canto de amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> Número de empresas que receberam assistência técnica para a criação de cantos de amamentação Validação : Relatório de assistência técnica	10 empresas	2024	DN GT-AI	MISAU GT-AI, MITESS, Parceiros
56	Avaliar as oportunidades para apoiar a amamentação em ambientes de emprego informal	<ul style="list-style-type: none"> Advocaia para o apoio a amamentação no emprego informal avaliadas e propostas Validação: Actas de encontros de advocacia	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	DN GT-AI	MISAU GT-AI, MITESS, Parceiros

Objectivo Estratégico 3. Assegurar uma coordenação eficaz entre o governo e parceiros de modo a garantir a disponibilidade de fundos para a implementação de programas de alimentação infantil

Resultado 3.1. Assegurado os mecanismos de coordenação do governo para a operacionalização das actividades dos programas de alimentação infantil

Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
----	-------------	-------------	-------	--------	-------------	----------------------

57	Actualizar e aprovar os TdR para o CCNAI.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados para actualizar e aprovar os TdR do CCNAI 	03	Março 2019	DN, GT-AI	MISAU e instituições governamentais envolvidas
58	Revitalizar o CCNAI por meio de encontros de coordenação.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros do CCNAI <p>Fonte: Actas dos encontros de coordenação; lista final dos membros do CCNAI</p> <p>Validação: Actas dos encontros; cronograma de encontros do CCNAI</p>	2 por ano (Semestral)	Dez 2019 Contínuo	DN	MISAU e instituições governamentais envolvidas
59	Realizar o mapeamento de outras iniciativas, grupos ou actividades que contribuem para a operacionalização da ENAI, para integração e harmonização, definindo os mecanismos de coordenação	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados com parceiros para mapear a sua participação na implementação da ENAI <p>Validação: Actas de encontros</p>	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	DN	MISAU GT-AI, Parceiros

Resultado 3.2. Assegurada a funcionalidade, transparência dos mecanismos de coordenação entre o governo e os parceiros						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
60	Realizar encontros sistemáticos dos grupos de coordenação e documentar através de actas.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados Validação: Actas dos encontros	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	DN	MISAU
61	Realizar encontros semestrais para o seguimento das actividades realizadas e partilha de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados Validação: Actas de encontros de seguimento	2 por ano (Semestral)	Contínuo	DN	MISAU
62	Partilhar os resultados alcançados a diversos níveis (Governo, parceiros e sociedade civil).	<ul style="list-style-type: none"> Número de instituições que enviaram relatórios ao MISAU Validação: Nota/protocolo de recepção dos relatórios	04 instituições	Contínuo	DN	MISAU, DPS, SDSMAS
Resultado 3.3. Elaborado o plano de advocacia que apresente os recursos necessários para a operacionalização das actividades de alimentação infantil						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
63	Priorizar as necessidades da alimentação infantil com base no actual financiamento e advogar para a massificação dos fundos.	<ul style="list-style-type: none"> Número de planos de necessidades da Alimentação infantil prioritizadas Validação: Lista de Prioridades orçamentadas	1 plano	Dez 2019	DN	MISAU, DPS, SDSMAS, Parceiros
		<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia para massificação de fundos realizados Validação: actas dos encontros de advocacia	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	Revisão contínua de acordo com a necessidade	
64	Documentar e reportar todas actividades realizadas na componente de alimentação infantil aos níveis central, provincial e distrital.	<ul style="list-style-type: none"> Número de Relatórios de actividades de alimentação infantil elaborados Validação: Relatórios de actividades.	2 por ano (Semestral)	Contínuo	DN, Governo Provincial/DPS, Governo Distrital/SDSMAS	MISAU GT-AI, Parceiros
65	Desenvolver um plano de advocacia que apresente os recursos	<ul style="list-style-type: none"> Número de planos de advocacia desenvolvido e aprovado 	1 Plano	Dez 2019	DN	MISAU GT-AI, Parceiros

	necessários para a operacionalização das actividades de alimentação infantil.					
66	Advocar para a inscrição das actividades de alimentação infantil prioritárias no Plano Económico e Social (PES) do nível central, provincial e distrital.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia para inscrição de actividades de alimentação Infantil no PES realizados Validação: Actas dos encontros de advocacia <ul style="list-style-type: none"> Número de províncias e distritos, que inscreveram actividades de alimentação infantil no PES Validação: PES provincial/distrital	1 por ano por província 11 Províncias 75% dos distritos	Contínuo Dez 2021	DN	MISAU GT-AI, Parceiros
Objectivo Estratégico 4. Fortalecer as estratégias multisectoriais na abordagem das necessidades de nutrientes para alimentação complementar						
Resultado 4.1. Enfatizadas as estratégias multisectoriais sobre a disponibilidade de alimentos para a alimentação complementar						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
67	Advocar para melhoria da disponibilidade de alimentos de alto valor nutritivo nos Planos do governo destacando o uso desses alimentos para a alimentação complementar.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia para melhoria da disponibilidade realizada Validação: Actas dos encontros realizados	2 por ano (Semestral)	Contínuo	DN, SETSAN	MISAU GT-AI, MASA, SETSAN, Parceiros
68	Colaborar e influenciar o Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar (MASA) e outras instituições competentes de modo a integrar nas suas acções, as actividades de promoção da alimentação complementar e monitoria dos indicadores referentes às novas e existentes estratégias e planos.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados para integração de acções de alimentação complementar pelo MASA Validação: Relatórios de encontros <ul style="list-style-type: none"> Número de projectos ou iniciativas que têm um enfoque em promover a alimentação complementar Validação: Nota de aprovação <ul style="list-style-type: none"> Número de projectos ou iniciativas que monitoram 	2 por ano (Semestral) 3 notas de aprovação 3 Relatórios	Contínuo	DN	MASA, SETSAN, MISAU

		<p>indicadores sobre a alimentação complementar</p> <p>Validação: Relatórios de monitorias dos projectos</p>				
69	<p>Colaborar com os ministérios competentes de modo a integrar o desenvolvimento de habilidades e conteúdos de comunicação para mudança social e de comportamento na conservação, preservação, uso e promoção dos alimentos para a alimentação complementar, incluindo a mitigação de aflatoxinas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de colaboração com os ministérios para integração de habilidades para armazenar, preservar e modificar alimentos para uma alimentação complementar, incluído a mitigação de aflatoxinas <p>Validação: Relatórios de encontros de colaboração</p>	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	DN	MISAU GT-AI, GT-CMSC, SETSAN, IIAM, MASA, parceiros
70	<p>Advocar para inclusão de conteúdos sobre alimentação complementar nos currículos das instituições de ensino (escolas, institutos técnicos e superiores, universidades, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia realizados para inclusão de conteúdo sobre a alimentação complementar nos currículos das instituições de ensino <p>Validação: actas dos encontros de advocacia</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de instituições que incluíram os conteúdos de alimentação complementar nos currículos. 	4 encontros 6 instituições	2022	DN	MISAU, MINEDH, MCTESTP, parceiros

Resultado 4.2. Promovido e distribuídos os micronutrientes para alcançar todas as crianças com idade compreendida entre os 6 e 24 meses						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
71	Advocar para o financiamento de micronutrientes dentro do governo e junto aos doadores, tendo em conta parcerias público-privadas.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia realizados para o financiamento da Estratégia Nacional de Fortificação Alimentar Caseira com Micronutrientes para cobrir todas as crianças dos 6 e os 24 meses. Validação: Relatórios de encontros	4 por ano (Trimestral)	Contínuo	DN	MISAU, parceiros
72	Alcançar consensos acerca dos mecanismos de distribuições e respectivo plano de implementação de forma faseada à escala nacional dos micronutrientes para todas as crianças entre os 6 e os 24 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Número de planos de implementação elaborados Validação: Plano de implementação	1 Plano	2020	DN, DPS	MISAU, parceiros
73	Distribuir micronutrientes para crianças elegíveis e fornecer educação nutricional para mães e cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> % de crianças elegíveis que recebem micronutrientes e aconselhamento nutricional, por província % de crianças elegíveis que recebem micronutrientes e aconselhamento nutricional, por e zona (rural/urbano). Validação: Base de dados SIS-MA	80% do grupo alvo (2023)	Contínuo	DN, DPS	MISAU, parceiros

Resultado 4.3. Alargado acesso aos alimentos biofortificados para alimentação complementar						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
74	Advocar junto ao MASA (IIAM) e parceiros para promover e massificar a distribuição e cultivo de sementes de alimentos biofortificados e o seu consumo pelas crianças e mulheres em idade fértil.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros realizados de advocacia para promover a massificação e distribuição das sementes Validação: Actas dos encontros	2 por ano (Semestral)	Contínuo	DN, MASA	MASA, IIAM, Parceiros
75	Promover o uso e utilização dos alimentos biofortificados para a alimentação complementar nas comunidades e nas US (através dos APEs, extensionistas do SETSAN, mães modelos, grupos de mães, nas consultas de CCS e/ou nas demonstrações culinárias realizadas a nível da comunidade e US).	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades de promoção realizadas sobre o uso e utilização de alimentos biofortificados para a alimentação complementar nas comunidades e US Validação: Relatórios de actividades de promoção	Mensal	Contínuo	DN, Programa de APE e SETSAN	MASA, IIAM, CIP, SETSAN, MISAU
Resultado 4.4. Fortalecidas as acções de assistência social para melhorar a alimentação complementar em grupos vulneráveis						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
76	Avaliar a necessidade e a oportunidade para a provisão de alimentos ou outra forma de assistência para apoiar a alimentação complementar às famílias ou grupos populacionais vulneráveis (através do MGCAS).	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontro de advocacia para provisão de alimentos e assistência aos grupos vulneráveis Fontes: Relatórios dos encontros	02 por ano (Semestral)	Contínuo	INAS	MISAU, MGCAS, INAS
Objectivo Estratégico 5. Focalizar o apoio nas crianças em circunstâncias difíceis para alimentação infantil, conforme definido na PNAI						
Resultado 5.1. Apoiadas as crianças de mães seropositivas em alimentação infantil óptima e aconselhamento em PTV, conforme definido na PNAI						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos

77	Capacitar regularmente os profissionais de saúde que têm contacto com mulheres grávidas e seropositivas em matéria de alimentação infantil e PTV.	<ul style="list-style-type: none"> Número de formações realizadas Número de profissionais formados em AI no contexto de HIV Validação: Relatórios de Formação e Lista de Presenças	4 por ano (Trimestral) 1100 profissionais por ano	Contínuo	Governo Provincial/DPS, Governo Distrital/SDSMA S	MISAU- DN, DSMC, Programa Nacional de controlo ITS e HIV/SIDA, parceiros
78	Advocar para a obtenção de parcerias para reprodução e divulgação das normas de alimentação infantil no contexto de HIV no sector de saúde, às ONG e à população geral.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia realizados. Validação: Relatórios dos encontros de advocacia.	6 por ano (Bimensal)	Contínuo	DN	MISAU-DN, DSMC, Programa Nacional de controlo ITS e HIV/SIDA, INNOQ, MIC, INAE, parceiros
79	Disponibilizar e distribuir os materiais de apoio às unidades sanitárias.	<ul style="list-style-type: none"> Percentagem de US que receberam os materiais de apoio (Ex. o algoritmo de AI no contexto de HIV) Validação: Notas de entrega	80% US (2023)	Contínuo	DN	MISAU, parceiros
Resultado 5.2. Fortalecido o aconselhamento sobre a alimentação infantil no PRN para facilitar tratamento da desnutrição aguda e prevenir recaídas.						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
80	Actualizar os conteúdos sobre alimentação infantil, cuidados responsivos e estimulação no pacote de formação e nos materiais de apoio do PRN.	<ul style="list-style-type: none"> Número de Pacote de formação e materiais de apoio de PRN adequados com conteúdo actualizado sobre alimentação infantil. Validação: Pacote de Formação	1 Pacote de formação	Nov 2024	DN	MISAU-DN e parceiros
81	Realizar formações contínuas e regulares em serviço sobre alimentação infantil.	<ul style="list-style-type: none"> Número de formações contínuas e em serviço sobre alimentação infantil realizadas Número de técnicos implementadores de PRN formados em alimentação infantil. Validação: Relatórios de formação e lista de presenças	4 por ano (Trimestral) 550 por ano	Contínuo	DN	MISAU-DN e parceiros

82	Fornecer apoio técnico e fortalecer a monitoria de promoção de alimentação infantil.	<ul style="list-style-type: none"> % de US onde foi provido apoio técnico para a realização e monitoria de promoção de alimentação infantil. Validação: Relatório de apoio técnico e de monitoria	80% das US (2023)	Contínuo	DN GT-PRN	MISAU-DN e parceiros
Resultado 5.3. Garantida a inclusão das intervenções da alimentação infantil durante as emergências.						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
83	Analisar a resposta actual de protecção, promoção e apoio para alimentação infantil em caso de emergência, comparando com as normas definidas na PNAI e recomendar adaptações.	<ul style="list-style-type: none"> Número de pesquisas sobre análise da resposta para alimentação infantil em casos de emergência Validação: Relatório final da pesquisa	1 Pesquisa	Dez 2024	GT-Emergências	MISAU GT-Emergências, GT-AI, parceiros
84	Advocar para que os planos de contingência incluam aspectos para reforçar a capacidade técnica na área de alimentação infantil e a monitoria do Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno durante as situações de emergência.	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de advocacia realizados para inclusão de aspectos de reforço da capacidade técnica na área de alimentação infantil e a monitoria do Código em casos de emergência nos planos de contingência Validação: Planos de contingência actualizados	4 por ano (trimestral)	Out 2022	GT-Emergências e GT-AI	MISAU-DN, INGC, GT-Emergências, GT-AI
85	Elaborar um plano para difundir o Código Nacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e o Kit de Monitoria do Código nos períodos de alerta.	<ul style="list-style-type: none"> Número de plano elaborado 	1 plano	Out 2021	DN GT-Emergências e GT-AI	MISAU-DN- GT-Emergências, GT-AI, INGC, SETSAN
86	Elaborar e adaptar os materiais para alimentação infantil em situações de emergência para guiar a resposta apropriada nos diferentes tipos de emergência (cheias, seca, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> Número de materiais elaborados e adaptados por tipo de emergência. Validação: Notas de aprovação	5 materiais específicos para cada tipo de emergência	Dez 2021	DN GT-Emergências e GT-AI	MISAU-DN- GT-Emergências, GT-AI, INGC

87	Elaborar um módulo de alimentação infantil nas situações de emergência para o nível comunitário.	<ul style="list-style-type: none"> Número de módulos de formação em AI nas situações de emergências para o nível comunitário elaborado Validação: Pacote de apoio comunitário	1 Módulo	Agosto 2021	DN GT- Emergências e GT-AI	MISAU DN, GT- Emergências, GT-AI
88	Realizar formações em alimentação infantil em situações de emergência para o nível comunitário com base no módulo actualizado.	<ul style="list-style-type: none"> Número de formações realizadas para o nível comunitário Validação: Relatórios de formação <ul style="list-style-type: none"> Número de comités comunitários, OCB, e outros grupos comunitários formados em AI em situações de emergências. Validação: Relatórios de Formação; lista de presença	1 por ano (anual) 550 participantes	Dez 2022	DN GT- Emergências e GT-AI	MISAU-DQH, INGC

Resultado 5.4. Fortalecido o apoio as crianças em circunstâncias difíceis em alimentação infantil de acordo com a PNAI.						
Nº	Actividades	Indicadores	Metas	Prazos	Responsável	Parceiros Envolvidos
89	Difundir as orientações e os materiais de comunicação sobre a promoção, protecção e apoio de alimentação infantil, incluindo o CCSLM, a nível dos serviços de Accção Social, OCB e centros de acolhimento de crianças órfãos.	<ul style="list-style-type: none"> % de gabinetes de Accção Social, OCBs, centros de acolhimento, e outras entidades que servem as COV orientadas para alimentação infantil, incluindo o Código, através dos materiais de comunicação Validação: Relatórios dos encontros	80% (2023)	Contínuo	MGCAS	MISAU, MGCAS, INAS, Parceiros
90	Definir programas e actividades para promover, proteger e apoiar as práticas óptimas de alimentação infantil e de estimulação do desenvolvimento de crianças órfãos e vulneráveis dos 0 aos 24 meses de idade a nível comunitário.	<ul style="list-style-type: none"> Número de programas de apoio comunitário (como para COV) que integram serviços básicos sobre AI e estimulação de desenvolvimento. Validação: Termos de referência do programa	1 programa	Agost 2022	MGCAS e DN MGCAS e DN	MGCAS, INAS, MISAU, parceiros
91	Definir mecanismos de coordenação entre o MISAU-DN e Hospital Central de Maputo para a elaboração dos regulamentos do BLH	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros de coordenação e plano de monitoria definidos Validação: Relatórios de encontros	6 por ano (Bimensal)	Contínuo	GT-AI	MISAU-DN GT-AI, HCM
92	Elaborar estratégias para identificar potenciais doadoras e beneficiários do leite materno para o BLH.	<ul style="list-style-type: none"> Número de estratégia de captação de potenciais doadoras e beneficiários do leite materno Fonte: documento estratégico elaborado	1 Estratégia elaborada	Set 2019	HCM	MISAU-DN GT-AI, HCM, DEPROS

Nota: As metas apresentadas são referentes as primeira fase de implementação (2019-2024), e no ano de 2024 será realizada uma avaliação de meio termo e ajuste das metas referentes a segunda fase de implementação (2024-2029) bem como a actualização do plano de acção de acordo com a necessidade.

