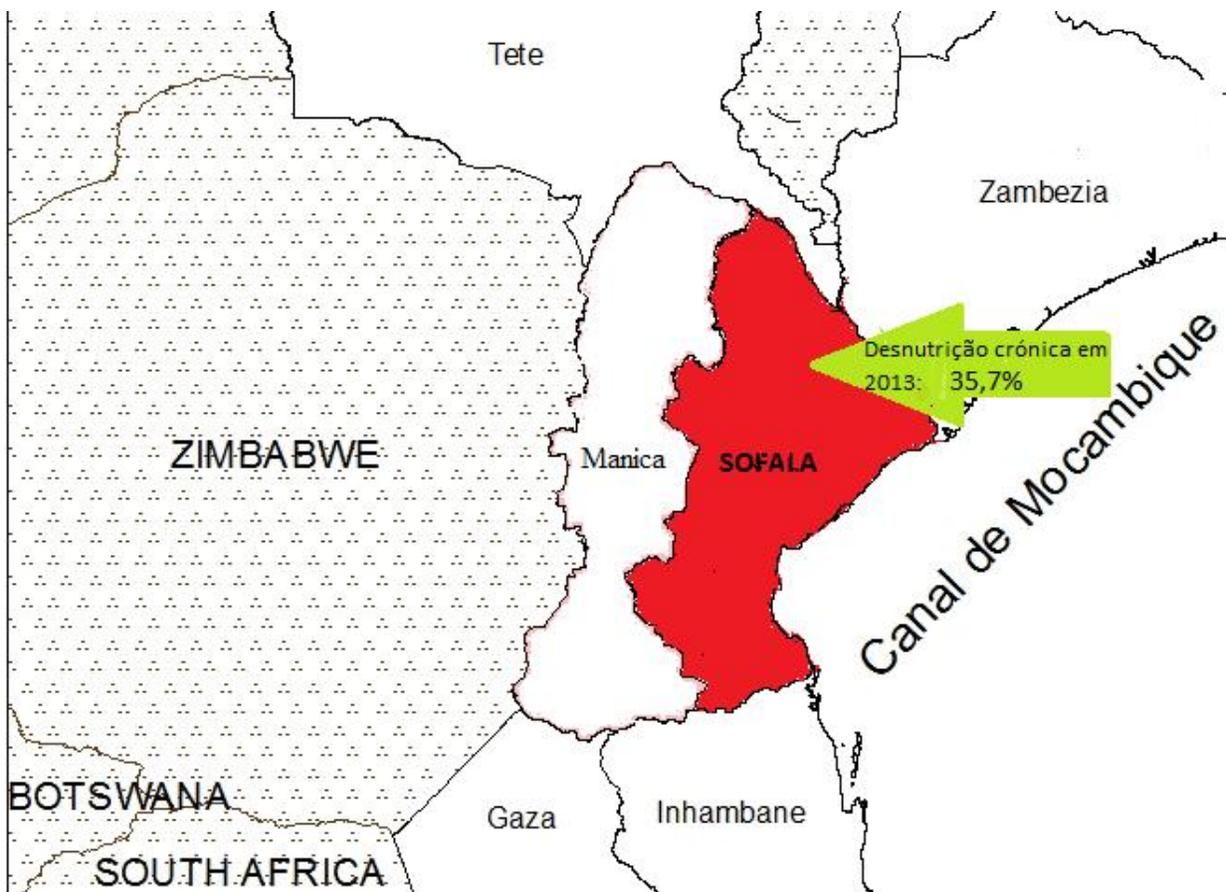




REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE SOFALA
PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL PARA A REDUÇÃO DA
DESNUTRIÇÃO CRÓNICA DA PROVÍNCIA DE SOFALA



Beira, Outubro de 2013

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica da Província de Sofala

AUTOR:

Governo Provincial de Sofala

Rua Poder Popular n.º 11 – 50, – Beira Sofala - Moçambique

FACILITADOR:

Mário Jorge Carlos

E-mail: mariojorge.carlos@gmail.com

COORDENADOR:

REACH/SETSAN

FINANCIADOR:

PMA

Índice

1.Introdução	8
1.1Breve descrição do PAMRDC e o processo de desenvolvimento do plano provincial	8
2.Contexto.....	10
2.1 Aspectos sócio culturais.....	10
2.1Perfil Nutricional da Província	12
3.Objectivos estratégicos, resultados esperados e principais intervenções.....	15
3.1 Objectivo geral.....	15
3.2.1 Objectivo Estratégico 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos Adolescentes	15
3.2.2 Objectivo Estratégico 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação	20
3.2.3 Objectivo Estratégico 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas as crianças nos primeiros 0 a 2 anos vida	24
3.4 Objectivo Estratégico 4: Fortalecer as actividades dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.....	26
Todos os distritos em particular Muanza, Chibabava, Búzi e Gorongosa	28
3.5 Objectivo Estratégico 5: Fortalecer a capacidade dos recursos humanos na área de nutrição	32
3.6 Objectivo Estratégico 6: Fortalecer a capacidade provincial para advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do plano.....	34
3.7 Objectivo Estratégico 7: Garantir a monitoria e avaliação do plano	39
4. Coordenação do Plano	42
5. Implementação e financiamento	43
5.1. Implementação.....	43
5.2 Financiamento.....	44
6. Factores Críticos de Sucesso.....	44
7. Monitoria e Avaliação.....	45
8. Análise de custos 2014.....	47
9. Documentos consultados	49

I. Tabela: Sumário de Indicadores

Sofala Painei de Análise Situacional

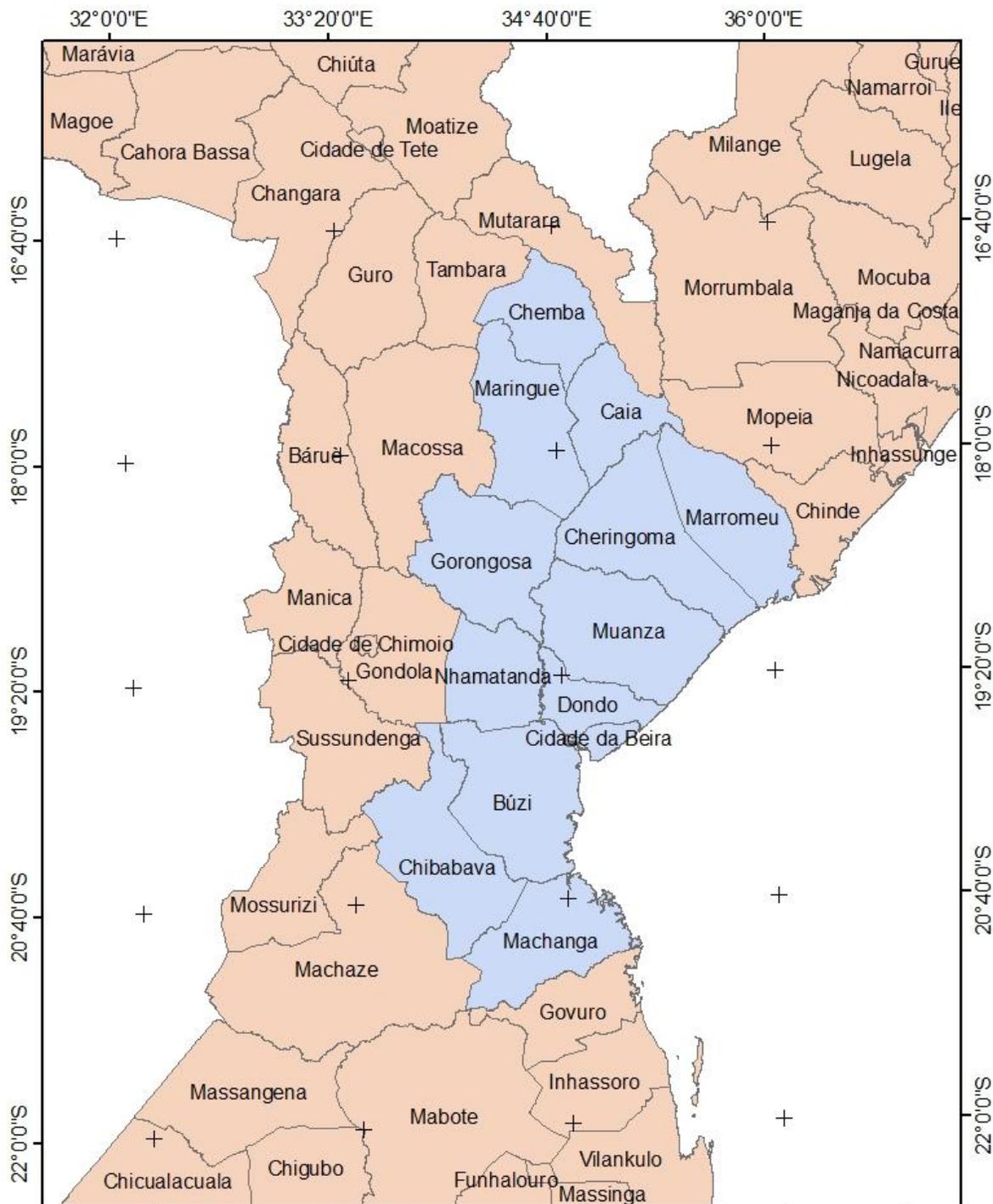
	Indicador	Situação	Fonte	Ano	Estado	Tendência	Varição	
Insegurança alimentar	Desnutrição crónica	Prevalência da desnutrição crónica entre crianças de 6-59 meses de idade	35.7	DHS	2011	●	↑	-12.5
	Desnutrição Aguda	Prevalência de GAM entre as crianças de 6-59 meses de idade	7.4	DHS	2011	●	↑	-1.8
		Prevalência de SAM entre as crianças de 6-59 meses de idade	1.6	DHS	2011	●	↑	-2.2
	Deficiência de vitamina A	Crianças <5 com deficiência de vitamina A	--	--	--	○	n.a.	--
	Deficiência de ferro	Crianças 6-59 meses com anemia	62.6	DHS	2011	●	n.a.	--
		Mulheres 15-49 anos com anemia	58.0	DHS	2011	●	n.a.	--
DDI	Mediana do iodo urinário (µg/L)	87.6	MISAU	2004	●	n.a.	--	
Saúde e saneamento	Segurança Alimentar	Agregados familiares com consumo de alimentos pobre ou no limite	28*/17**	SETSAN	2009	○	n.a.	--
		Índice Global de Fome Ranking / Pontuação	--	--	--	--	n.a.	--
	Saúde e Saneamento	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	105	DHS	2011	TBD	↑	-101
		Proporção de partos institucionais	73.4	DHS	2011	n.a.	↑	+21.8
		Agregados familiares com acesso a fontes melhoradas de água	65.6	DHS	2011	●	↑	+15.7
		Agregados familiares com acesso a instalações sanitárias melhoradas	22.3	DHS	2011	TBD	↑	+0.3
	Cuidados	Início oportuno da amamentação	87.7	DHS	2011	○	↑	+21.5
		Crianças de 0-5 meses de idade em aleitamento materno exclusivo	43.2	MICS	2008	○	↓	-12.0
		Crianças 6-23 meses de idade que receberam uma dieta aceitável	11.9	DHS	2011	○	n.a.	--
		Agregados familiares com um local para lavar as mãos equipada com água e sabão/material de limp	49.4	DHS	2011	n.a.	n.a.	--
Agregados familiares que levam >30 minutos (a pé) para buscar água		33.7	DHS	2011	TBD	↓	+11.9	
Educação	Educação	Mulheres com ensino primário completo ou mais	25.1	DHS	2011	TBD	↑	+14.4
		Mulheres de 15-49 anos que são alfabetizadas	39.6	DHS	2011	TBD	↑	+5.9
	População	Taxa global de fecundidade	6.1	DHS	2011	TBD	Det	+0.1
	Género	Mulheres casadas antes dos 18 anos	54.0	MICS	2008	n.a.	n.a.	--
		Mulheres com idades entre 15-19 anos, que já tiveram um filho ou estão grávidas	28.5	DHS	2011	n.a.	↑	-20.3
	Pobreza	População que vive abaixo da linha de pobreza nacional	--	--	--	--	--	--
Coefficiente de Gini		--	--	--	--	--	--	

Situação ● Não actualmente um problema grave ● Problema urgente necessidade de uma ação urgente
● Exigindo ação ○ Não aplicável

TENDÊNCIAS ↑ Melhoria, ↓ Agravar, → Sem Alteração

*Peri-urbana **Rural

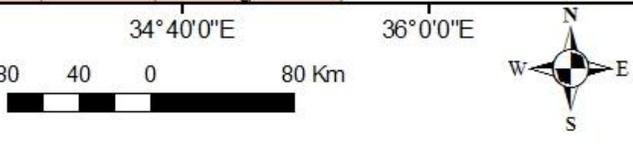
II. Mapa da Província de Sofala



Legenda

- Provincia de Sofala (Distritos)
- Distritos

80 40 0 80 Km



The scale bar shows distances of 80, 40, 0, and 80 kilometers. The compass rose indicates North (N), South (S), East (E), and West (W).

III. Tabela de Acrónimos e Abreviaturas

AF	Agregado Familiar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
DPA	Direcção Provincial de Agricultura
DPEC	Direcção Provincial de Educação e Cultura
DPIC	Direcção Provincial de Indústria e Comércio
DPMAS	Direcção Provincial da Mulher e Acção Social
DPOPH	Direcção Provincial de Obras Públicas e Habitação
DPP	Direcção Provincial de Pescas
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças
DPS	Direcção Provincial de Saúde
ESAN	Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FHI	Family Health International
GPS	Grupo de Parceiros de Saúde
GT- PAMRDC	Grupo Técnico do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica
HIV/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Adquirida
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
INGC	Instituto Nacional de Gestão de Calamidades
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV SIDA em Moçambique
MICS	Inquérito sobre Indicadores Múltiplos
MISAU	Ministério da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAMRDC	Plano Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica
PES	Plano Económico e Social
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PNB	Pacote Nutricional Básico
REACH	Iniciativa das Nações Unidas para Acelerar Acções para Redução da Desnutrição
SAAJ	Serviços de Saúde Amigos de Adolescentes e Jovens
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SMI	Saúde Materna e Infantil
TIA	Trabalho de Inquérito Agrícola
US	Unidade Sanitária

1.Introdução

1.1Breve descrição do PAMRDC e o processo de desenvolvimento do plano provincial

O plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) é resultado da constatação de que Moçambique é assolado pelo problema da desnutrição Crónica. Uma ilustração deste mal é que pelo ano de 1996 Moçambique assumiu na Cimeira Mundial da alimentação realizada em Roma, o compromisso de reduzir a desnutrição crónica em 50% até 2015. Neste sentido, o Governo adoptou um conjunto de medidas, desde a aprovação da Estratégia de Segurança Alimentar (ESAN) em 1998 e em 2007 a aprovação da Estratégia e Plano de Acção de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN II, 2008 – 2015). Apesar dos esforços levados a cabo pelo Governo e parceiros, a prevalência de desnutrição crónica em crianças pré-escolares em Moçambique continuava preocupante, tendo diminuído de 48% em 2003 para 44% em 2008. A elevada incidência de desnutrição crónica (pessoas com baixa estatura) acima de 40% representa um problema sério de saúde pública, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O PAMRDC pretende contribuir na redução da desnutrição crónica entre as crianças com menos de 5 anos de 44% em 2008 até 30% em 2015 e 20% em 2020. Este empreendimento decorre da constatação de que as consequências da desnutrição crónica são praticamente irrecuperáveis posteriormente mas que ela pode ser prevenida em crianças menores de dois (2) anos.

O plano reconhece, de facto, o carácter multisectorial da nutrição. Assim sendo as intervenções e actividades propostas juntam vários sectores relacionados com a nutrição (saúde, educação, agricultura, água e saneamento, indústria e comércio, juventude, e acção social) e vários actores (sociedade civil, parceiros de cooperação, sector privado). O plano tem sete objectivos estratégicos. A sua força fundamental (e o desafio que enfrenta) reside em conseguir que seja universalmente reconhecido que a desnutrição tem múltiplas causas e não é apenas o resultado de insegurança alimentar.

A análise nacional da situação nutricional mostrou uma variação em função das regiões que compõem o país, bem como uma variação em termos provinciais e dentro das províncias constatou-se igualmente haver uma variabilidade nos distritos. O PAMRDC foi experimentado inicialmente na província de Tete que se tornou a província de aprendizagem para ampliação da nutrição em Moçambique com a elaboração do seu primeiro PAMRDC provincial, apreciado numa conferência nacional sobre nutrição comunitária organizada pelo MISAU, presidida pelo Primeiro-Ministro em Março de 2012.

Depois da província de Tete, os Planos foram sendo estendidos para as outras províncias. Decorrente das experiências anteriores nas outras províncias do país a província de Sofala, criou o Grupo Técnico para a elaboração do PAMRDC provincial.

O plano foi desenvolvido num processo participativo liderado pelo Grupo Técnico Provincial através do SETSAN, envolvendo parceiros como REACH, MISAU e Cooperação Italiana. Em termos práticos este processo consistiu em: (i) encontros separados com directores de sectores para discussão sobre a problemática da desnutrição crónica na província, obtenção de informações importantes assim como para alinhamento do processo de planificação com o Grupo Técnico (GT) para o Desenvolvimento do PAMRDC provincial, (ii) workshop com o GT para apresentação da iniciativa, alinhamento metodológico e o processo de recolha de dados junto dos sectores e OSC que trabalham na área de nutrição, (iii) Mapeamento¹ das instituições públicas e OSC com recurso a base dados no Excel desenvolvida pelo REACH, (iv) Análise e interpretação dos dados colhidos no mapeamento incluindo a geração de resultados, (v) Trabalho com GT Distritais de Nhamatanda e Gorongosa, com o objectivo de se obter as percepções distritais sobre as causas e soluções para o combate da desnutrição crónica. (vi) workshop com grupo técnico para apresentação dos resultados do mapeamento e planificação estratégica, workshop de apresentação dos resultados preliminares aos Directores provinciais e obtenção de contribuições e harmonização da informação.

Este Plano Provincial é um instrumento operacional das actividades do PAMRDC nacional com enfoque nos resultados de nível Provincial, cuja parte significativa das acções devem ser incorporadas nos Planos Económicos e Sociais (PES) de cada ano e monitorada nos balanços e outros instrumentos de verificação de resultados e impacto.

¹ Os resultados do mapeamento que orientaram o processo de planificação estratégica, são apresentados em relatório separado e anexo a este plano.

2.Contexto

2.1 Aspectos sócio culturais

A província de Sofala com uma área geográfica de 68.018 km², com 13 distritos periféricos, dividido em 30 postos administrativos e com 53 localidades, localizada na zona Centro de Moçambique, tem segundo os dados do INE (2012) a população total de 1.903.728 habitantes com uma densidade de 7 habitantes por quilómetro quadrado. As crianças menores de 5 anos são 17.1% enquanto dos 15-49 anos de idade ocupam 49.1% da população.

A província é composta maioritariamente por 2 grupos sócio-culturais nomeadamente os Ndaus e os Senas² e o Subgrupo de Magorongoses, que representa um grupo sociocultural de confluência entre Senas-Tonga³ e Ndaus (Governo de Sofala, 2012:15). A designação “Magorongosa”, faz referência ao espaço em que as populações locais se identificam. De facto, elas se chamavam “Ma-Gorongosianos”, fazendo referência a constelação das montanhas Gorongosa que se acredita possuírem poderes míticos (Igreja; Dias-Lambranca; Richters, 2008:356). A palavra “Ndau”, por sua vez, foi inventada pelos Nguni e tem a ver com a forma como as populações no centro cumprimentavam os invasores Nguni batendo palmas e dizendo “ndawe, ndawe”. O termo “Ndau” refere assim a um grupo com um dialecto linguístico que ocupa a maior parte da região centro ocidental. Existem sub-grupos “ndau” que falam a mesma língua e partilham as mesmas crenças culturais. A maior diferença entre estes subgrupos é a maneira como falam e pronunciam certas palavras. Estes grupos incluem os *Vadanda* que ocupam o distrito de Chibabava, os *Vadondo* que ocupam o distrito de Dondo (Mawere & Rambe, 2012:2).

As línguas locais mais faladas na Província são Sena, Ndau, Mabangue, Mateve, Macaia e Gorongosa. Há a registar a prática de manifestações culturais relacionadas com cultos, cerimónias de casamento, falecimentos, ritos de iniciação entre outros. Trata-se de um grupo com elevadas taxas de poligamia, cerca de 40% seguido dos tsonga com uma taxa de 28% e macua com 22% e finalmente os *Lomwe* e *Chuwabo* com 15% (Mawere & Rambe, 2012:6). Kuzvarira, por exemplo, é uma prática costumeira de casamento sem consentimento do par feminino, geralmente de menor idade, às vezes com 8 anos de idade ou mesmo menor em troca de bens materiais que garantem que a sua família não sofra privações económicas agudas frequentes (Financial Gazette, 2/12/2004 citado por Mawere & Rambe, 2012:1).

Devido aos casamentos entre grupos étnicos diferentes e a convivência social, as culturas e costumes (lobolo), estão cada vez mais híbridos, constituindo um mosaico cultural (Governo de Sofala, 2010:15). No entanto, algumas instituições culturais tendem a perder a força que anteriormente tinham como é o caso do ritual *Kulangiwa*⁴, um ritual de passagem cujo cerne é ensinar aos mais novos sobre a vida, que já não é praticada regularmente (Monteiro, 2011:138).

A religião desempenha um papel importante na construção do cidadão. Na província, existem várias confissões religiosas nomeadamente: tradicionais africanas locais; Católica

² Tinnion (1973) citado por Convery (2006:543) argumenta que as tribos Sena (Kararga - Shona) chegaram em Sofala por volta de 1130 BP, como parte do comércio do Império de Muenemutapa.

³ Etimologicamente Sena-Tonga significa alguém que não corta toda árvore, mas a sua metade ou os ramos da mesma árvore (Monteiro, 2011:126-127).

⁴ É uma palavra sena que literalmente quer dizer executar uma acção de aconselhamento (Monteiro, 2011:138).

Romana; Islâmica; Hindu e Protestante (Pentecostal, Zione, Adventista, Metodista, Evangélica, Presbiteriana, Baptista)”. No que diz respeito à religião tradicional ou religiões africanas importa referenciar que não existe uma separação entre o mundo dos vivos e dos mortos, sendo que a maioria dos espíritos é do sexo masculino. No geral essa crença nos espíritos dos ancestrais⁵ é encorajada por todos sectores da sociedade com a excepção das religiões cristãs. Em certas ocasiões, por exemplo, mesmo quando a veracidade dos espíritos é contestada alguns indivíduos mudam a sua posição discursiva como resultado da falta de respostas efectivas às suas aflições que não podem ser toleradas. Eles eventualmente consultam os espíritos. Os espíritos podem possuir homens e mulheres e ambos os géneros podem ser iniciados para trabalhar como curandeiros, sendo os *mapaza* (especializados na resolução de conflitos) uma excepção por serem somente do sexo masculino. Contudo, mais mulheres do que homens tendem a ser possuídas pelos espíritos⁶ ou a trabalhar como curandeiras (Igreja; Dias-Lambranca; Richters, 2008:356).

A crença nos espíritos dos antepassados e na feitiçaria, e na realização de rituais⁷ acaba afectando aspectos relacionados com a desnutrição. As complicações relacionadas com a gravidez e durante a amamentação, por exemplo são, em alguns casos, relacionados com a feitiçaria, *uroya*, ou pela intervenção do mal do espírito. O medo do feitiço e do mal do espírito durante a gravidez faz com que algumas mulheres escondam suas gravidezes e evitem ir às Unidades Sanitárias (US) até a altura que já não conseguem esconder mais (Chapman, 2001:116; Floriano et al, 2001).

A poligamia por sua vez faz com que o agregado familiar seja extenso. Em situações em que há muitas crianças numa família a probabilidade de haver problemas de nutrição é maior na medida em que em algumas situações as crianças ficam sob cuidados de outras crianças enquanto os parentes trabalham (nas machambas) e às vezes comem no mesmo recipiente, facto este que tem prejudicado muito as crianças mais novas. A perda de valor de instituições como *Kulangiva*, um rito de iniciação onde os mais novos são ensinados a vida tem certamente impacto na nutrição uma vez que as raparigas casam sem uma espécie de formação relacionada com a reprodução. Por último os casamentos prematuros, *kuzvarira*, contribuem também para o quadro negativo da desnutrição na província de Sofala.

⁵ Mbepho, por exemplo, é uma palavra Sena que significa um espírito que é enviado por um antepassado para vir e restaurar ordem ou corrigir o comportamento das pessoas. Este espírito pode vir em forma de mal, porque causa má sorte que resulta em doenças, má sorte, morte ou problemas relacionados. Quando as pessoas experimentam estes problemas consultam os curandeiros para determinar a origem e por conseguinte a cura do problema (Monteiro, 2011:78).

⁶ Um exemplo é a possessão pelo espírito *Gamba* que conforme argumentam Igreja, ; Dias-Lambranca; Richters, (2008:354) contribui para uma renovação moral no distrito de Gorongosa.

⁷ O exemplo é Phiringaniso, que é uma doença que ocorre devido a falha de executar certos rituais quando é necessário. Os sintomas desta doença são parecidos com os de HIV/SIDA (Monteiro, 2011:215).

2.1 Perfil Nutricional da Província

No que tange a nutrição esta província ocupa, à escala nacional, uma posição intermédia com 35.7%, contudo, ainda alarmante. De facto, de acordo com o IDS (2011) “as províncias da região norte de Moçambique são as que registaram taxas de prevalência de retardo de crescimento mais elevadas, sendo as províncias de Nampula e Cabo Delgado as que se evidenciam com 55% e 52%, respectivamente comparadas com a taxa nacional de 42.6%.

Em contrapartida, as províncias da Região Sul com excepção da Província de Inhambane, apresentam as proporções menos elevadas, onde se destacam Maputo Província e Maputo Cidade, ambas com 23%. Embora tratando-se de uma província com um bom potencial agro-pecuário incluindo o sector de pescas⁸ já que dados totais da província sobre a produção alimentar indicam, por exemplo, que “a campanha agrícola 2011/2012 garante a satisfação das necessidades alimentares durante 1 ano e coloca à disposição para comercialização cerca de 76.344 toneladas de cereais” (DPA, 2013:19) os habitantes da mesma, mormente as crianças dos 0 a 5 anos de idade, sofrem de desnutrição. De facto em 2008 quando a World Initiative for Soy in Human Health (WISHH) conduziu uma pesquisa na mesma província constatou que cerca de 75% de crianças tinham reservas de proteínas inadequadas no corpo com sintomas que incluíam problemas da pele, problemas respiratórios e diarreias (Sherr et al. 2013:1-2), ainda que o IDS indique para a província 65.6% (IDS, 2011:18-19), a falta de tratamento de água na província de Sofala está generalizada (IDS, 2011).

A inventariação feita pelo INE em 2009 sobre as causas da mortalidade infantil indicavam que as quatro (4) principais causas da mortalidade de crianças entre os 0 e 5 anos de idade eram devido a malária (32%), infecções respiratórias agudas 10%, HIV/SIDA (9.9) e doenças diarreicas (8.9%). Trata-se, de facto, de doenças cujas estratégias de cura e prevenção efectiva são de baixo custo (Sherr et al., 2013:2). A contabilização das taxas de desnutrição crónica indica 35.7% para desnutrição crónica, 11.3% de baixo peso para idade em <de 5 anos e 7.4% para desnutrição aguda (IDS 2011). A evidência global mostra que 45% da mortalidade infantil é causada pela desnutrição (Lancet, 2013).

Pese embora a cobertura de serviços de cuidados pré-natal (pelo menos uma visita/consulta) ser alta em Sofala e ter aumentado de 82% para 95% na última década e no mesmo período as taxas de nascimentos institucionais terem aumentado de 51% a 71%. A utilização formal dos serviços de saúde para crianças sintomáticas menores de 5 anos de idade é também alta em Sofala se comparada com a taxa nacional incluindo aquelas que sofrem de sintomas diarreicas (71.2% em Sofala contra 58.5 à nível nacional)

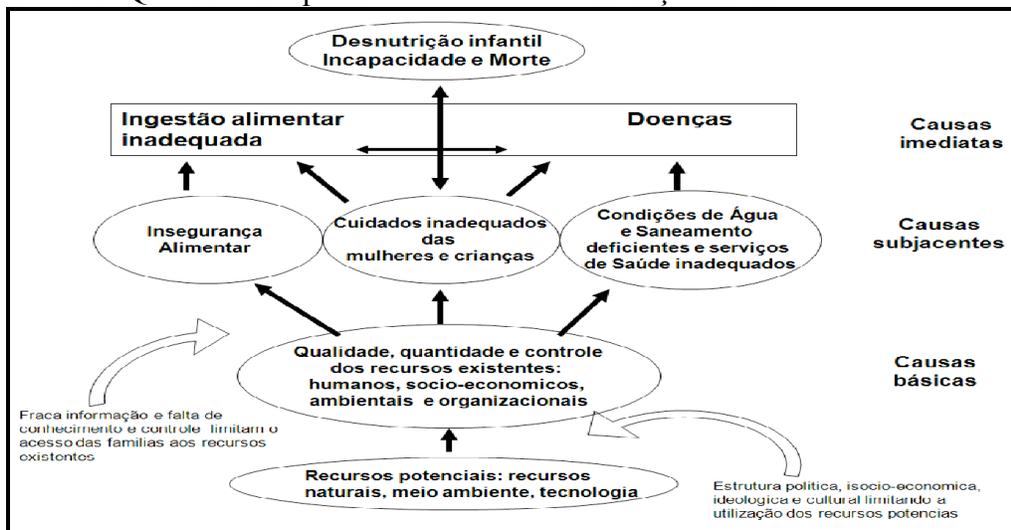
⁸ As principais culturas praticadas na província são: milho, mapira, arroz, ananás, girasol, gergelim, cajú, mandioca, feijão-nhamba, batata doce conforme as diferentes zonas ecológicas. Os produtos pesqueiros predominantes são o peixe, camarão, caranguejo, lagosta, amêijoia e lulas (Governo da Província de Sofala, 2010:20, 44). “As espécies animais predominantes na província são as aves de capoeira (galinhas e patos) e o gados (caprino e bovino). Os distritos de Búzi, Nhamatanda e Machanga são os que possuem maiores efectivos de bovinos com 11.199, 10.301 e 7.172 respectivamente” (Governo da Província de Sofala, 2010:45)

e febre (75.4% contra 58.8% à nível nacional) (INE, 2012) o quadro sombrio da desnutrição crónica continua alarmante.

Tratando-se de uma província com altas taxas de seroprevalência do HIV/SIDA (17.8% para mulheres entre os 15 e 49 anos de idade e 5.8% para homens entre os 15 e 49 anos de idade) a malnutrição, um fenómeno multicausal, está certamente a reduzir o tempo de vida não só de crianças entre os 0 e 5 anos de idade, mas também das outras faixas etárias.

A figura a baixo, originalmente proposta pela UNICEF, ilustra o quadro conceptual das causas da desnutrição crónica, universalmente aceites. As causas da desnutrição podem ser categorizadas em imediatas, subjacentes e básicas. São consideradas causas básicas da desnutrição o elevado índice de pobreza, falta de acesso a educação (especialmente das mães) e desigualdades de género (incluindo gravidez na adolescência). As causas subjacentes, relacionam-se ainda com a segurança alimentar, cuidados da mãe e acesso aos serviços de saúde e saneamento. E finalmente as causas imediatas estão relacionadas com a ingestão alimentar inadequada e com doenças infecciosas. A interacção entre esses dois factores leva ao aumento da morbilidade e mortalidade (PAMRDC, 2010; NU, 2011:12).

Tabela1: Quadro conceptual das causas da desnutrição crónica



Fonte: UNICEF

Vários factores podem ser mobilizados para explicar o problema de desnutrição na província de Sofala. De entre tais factores destacam-se os sociais, económicos e culturais. Estes últimos podem, em parte, justificar o fraco aleitamento materno exclusivo na província (cuja duração mediana é de 0.7 meses). De facto esta situação ocorre em parte do desconhecimento das qualidades nutritivas do leite. Na província, conforme as consultas feitas às comunidades, generalizou-se o pensamento de que depois de pouco tempo o leite materno é insuficiente para a criança daí a necessidade de incluir na dieta outros alimentos.

As crenças relativas a doenças ainda que tenham uma imbricação com a educação formal podem ser encaixadas no factor cultural. De facto as doenças de crianças ligadas a

nutrição são justificadas com recurso a adultério cometido pelos progenitores ou a feitiçaria. Este modelo explicativo obsta a que as mães façam algo, ainda que em menor esforço, para melhorar o quadro nutricional da criança. Os hábitos alimentares, por sua vez, interferem na nutrição da província. Apesar de Sofala ter um potencial agrícola não há separação dos pratos, ou seja, “as crianças comem todas no mesmo prato”. O facto de existirem casais com muitos filhos que chegam até 10 que comem no mesmo prato prejudica os mais novos pois, enquanto os mais velhos são mais rápidos a comer, os outros comem devagar acabando, muitas vezes, por não ficar saciados”. Nas zonas rurais o hábito de deixar os menores sob cuidado de outros menores enquanto os mais velhos vão para as machambas tem contribuído para a desnutrição na província, pois na hora de comer, e porque o fazem no mesmo prato os mais pequenos ficam sempre em desvantagem em relação aos mais velhos e, como consequência disso, acabam ficando sem se alimentar adequadamente, o que se repete quase que diariamente acabando, por isso, por causar desnutrição nas crianças mal alimentadas (entrevistas colectivas distritais realizadas nos dias 18-19 de Outubro de 2013).

O factor social aqui referido inclui o nível de escolaridade e a condição de vulnerabilidade da mulher e da criança e estatuto sócio-económico da mulher bem como a extensão dos serviços sociais na província. A educação tem uma distribuição assimétrica favorecendo aos homens. De facto enquanto ao nível nacional 1/3 (33%) das mulheres não tem nenhum nível de escolaridade nos homens a percentagem é de 19%. Esta situação desigual se reproduz na província de Sofala, facto que tem, por sua vez, condições negativas na nutrição não só das próprias mulheres como também das próprias crianças. Um exemplo que ilustra isso é o facto de que a percentagem das mulheres que toma desparasitante aumentar com o nível de escolaridade e quintil da riqueza. Além de mais, embora os dados não tenham maior precisão é facto assente que na província de Sofala o fenómeno de gravidez precoce se faz sentir com peso e muitas raparigas deixam de estudar por estarem grávidas. De facto, a percentagem de adolescentes mães ou grávidas na província de Sofala é de aproximadamente 30% (IDS, 2011).

3.Objectivos estratégicos, resultados esperados e principais intervenções

3.1 Objectivo geral

Reduzir a desnutrição crónica de 35.7% em em 2014 para 25.7% em 2018

3.2 Objectivos estratégicos

3.2.1 Objectivo Estratégico 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos Adolescentes.

Resultado 1.1. Anemia controlada em adolescentes (10-19 anos), dentro e fora da escola; Resultado 1.2. Gravidez precoce reduzida entre os adolescentes (10-19 anos); Resultado 1.3. Fortalecida a educação nutricional nos diferentes níveis de ensino como parte do currículo escolar, incluindo os curricula de alfabetização.

Estas actividades devem envolver não só a Direcção Provincial da Educação como também da Saúde e ONGs. A incidência nestas intervenções poderá ajudar a diminuir a gravidez precoce entre os adolescentes (10-19 anos) e a educação nutricional será fortalecida.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO NO 1: FORTALECER AS ACTIVIDADES COM IMPACTO NO ESTADO NUTRICIONAL DOS ADOLESCENTES																
RESULTADO: Resultado 1.1. Anemia controlada em adolescente (10-19 anos) dentro e fora da escola																
Produto	Actividade	Localização (Distritos)	Linha de Base	Meta 2018	Indicador de processo (actividade)	Indicador de impacto (intervenção)	Responsável	Executor	Parceiro Técnico	Orçamento (MTN)		Cronograma				
										OGE	Parceiros	14	15	16	17	18
Raparigas adolescentes suplementadas com ferro e ácido fólico	Sensibilizar raparigas, e conselhos de escola sobre a importância ferro e ácido fólico	Todos os distritos	-	45% raparigas suplementadas	# Raparigas por escola e por Palestras realizadas	% Anemia em adolescentes	DPS DPEC DPMAS	DPS DPEC	ADPP DPS UNICEF FHI	x	JAM UNICEF Cooperação Italiana	x	x	x	x	x
	Realizar visitas supervisão da distribuição de suplementos de ferro e		-		# de visitas de supervisão nas Escolas		DPS DPEC DPMAS DSMAS SDECT	DPS DPEC		x		x	x	x	x	x

	Promover brigadas móveis de tratamento da anemia nos bairros/aldeias.	Todos distritos	-	2 brigadas realizadas por cada distrito por ano	# de adolescentes tratados fora da escola		DPS SDMAS	DPS	UNICEF	x	OMS	x	x	x	x	x			

Resultado 1.2. Gravidez precoce reduzida entre os adolescentes

Uso de algum método de prevenção contra a gravidez pelas raparigas adolescentes (10-19 anos)	Sensibilizar adolescentes, professores sobre as consequências de gravidez precoce	Búzi, Caia, Chemba Beira Maringué	28.5%	38.5%	# de palestras/seminários realizadas	% de raparigas que engravidam nas escolas	DPS DPMAS DPEC SDMAS	DPS DPEC	MEPT DPS ADPP PSI FHI	x	JAM UNICEF SAVE the Children Cooperação Italiana	x	x	x	x	X
	Divulgar mensagens através de panfletos, cartazes e rádios comunitárias sobre o uso de métodos contraceptivos	Búzi, Caia, Chemba Beira Maringué			# de mensagens e panfletos veiculados nas escolas		DPS, DPMAS, DPEC, SDMAS	DPS; DPEC		x		x	x	x	X	
	Promover o uso adequado de contraceptivos nos adolescentes dentro e fora das escolas;	Búzi, Caia, Chemba Beira Maringué			# Contraceptivos distribuídos nas escolas		DPS, DPMAS, DPEC, SDMAS	DPS; DPEC		x		x	x	x	X	
Reduzir casamentos prematuros das raparigas adolescentes	Sensibilizar professores, líderes comunitários e religiosos sobre as causas e consequências de casamentos prematuros;	Todos distritos			# de ações de sensibilização nas escolas e bairros	% de casamentos prematuros reportados na província	DPEC, DPMAS, DPS	DPEC, DPMA S	MEPT Geraçã o BIZ	x	JAM UNICEF Cooperação Italiana	x	x	x	x	X

Resultado 1.3. Fortalecer a educação nutricional nos diferentes níveis de ensino como parte do currículo escolar, incluindo nos currículos de alfabetização

Adolescentes e adultos educados sobre a nutrição	Capacitar professores do EP2, Ensino Secundário Geral e	Dondo Chemba Maringué	-	Pelo menos x de	# de professores e	% da malnutrição na	DPEC, DPA, DPS;	DPEC, DPS	DPS JAM ADPP	x	JAM ADPP PMA	x	x	x	x	x
--	---	-----------------------	---	-----------------	--------------------	---------------------	-----------------------	--------------	--------------------	---	--------------------	---	---	---	---	---

	para actividades de piscicultura	a, Maringué, Marrromu, Muanza		x de farelo distribuída	disponibilizada														
	Incentivar a criação de alevinos			Pelo menos x alevinos adquiridos	# de alevinos disponibilizados	SDAE's, DPP	DPP;		x										
	Capacitar professores dos internatos em matéria de piscicultura			Capacitação de 11 escolas e Centros Internatos em matéria de Piscicultura	# de escolas e centros internatos capacitados	DPP, DPEC	DPP, DPEC		x										
	Distribuir farinha de soja nas escolas (lanche escolar);	Caia, Chemba, Cheringoma, Chibabava, Dondo, Gorongosa, Machanga, Maringué, Marrromu, Muanza		Pelo menos x de farinha distribuída	# de adolescentes beneficiados com lanche	DPEC, DPA, DPS	DPEC,		x						x	x	x	x	x

	Promover o plantio de árvores de elevado valor nutritivo.	caia, Chemba, Cheringoma, Chibabava, Dondo, Gorongosa, Machangana, Maringué, Marrromu, Muanza	-	-	# de árvores plantadas		DPEC DPA DPCA	DPEC DPA		x		x	x	x	x
--	---	---	---	---	------------------------	--	---------------------	-------------	--	---	--	---	---	---	---

3.2.2 Objectivo Estratégico 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação. Resultado 2.1. Reduzidas deficiências em micronutrientes e anemia antes e durante a gravidez e lactação; Resultado 2.2. Infecções antes e durante a gravidez e lactação controladas; Resultado 2.3. Aumento do ganho de peso na gravidez.

Para o alcance deste objectivo estratégico na província de Sofala é preciso insistir na educação nutricional, aconselhamento e apoio das mulheres durante a gravidez e lactação e a expansão dos partos institucionais para que as mulheres tenham acesso aos cuidados de saúde. A rede de agentes de saúde deve ser expandida. Estas necessidades se estendem por toda a província. No entanto, maior atenção deve ser dada às zonas rurais dos distritos que compõem a província de Sofala. Com estas intervenções pode-se reduzir as deficiências com micronutrientes e anemia antes e durante a gravidez e lactação, pode-se igualmente reduzir as infecções nesta fase, bem como pode-se ganhar peso na gravidez.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO Nº 2. FORTALECER AS INTERVENÇÕES COM IMPACTO NA SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL DURANTE A GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Resultado 2.1. Deficiências de micronutrientes e anemia reduzida durante a gravidez e lactação

Produto	Actividade	Localização (Distritos)	Linha de Base	Meta 2018	Indicador de processo (actividade)	Indicador de impacto (intervenção)	Responsável	Executor	Parceiro Técnico	Orçamento		Cronograma				
										OGE	Parceiros	1 4	1 5	1 6	1 7	1 8

Todas as mulheres grávidas tomam no mínimo 180 comprimidos de sal ferroso e ácido fólico durante a gravidez e 90 depois do parto.	Suplementar mulheres grávidas e pós-parto com sal ferroso e ácido fólico	US de todos distritos	58%	68%	# de mulheres suplementadas	% de mulheres sem anemia durante a gravidez e lactação	DPS, DPMA S	SDSMAS APE's	OMS	x	OMS Cooperação Italiana	x	x	x	x	x
	Disponibilizar sal ferroso e ácido fólico através de APE's	US de todos distritos			# comprimidos de sal ferroso e ácido fólico disponibilizados pelos APE's					x		x	x	x	x	
	Sensibilizar as mulheres grávidas através de APE's para que tomem regularmente os micronutrientes	US e Comunidades cobertas pelos APE's	# de mulheres grávidas sensibilizadas nas áreas cobertas pelos APE's		x					x		x	x	x		
Todas as mulheres no pós-parto tomam uma cápsula de vitamina A	Suplementar com Capsula de vitamina A a todas as mulheres pós parto num intervalo não superior a 6 semanas.	US de todos distritos	75.7%	85.7%	# de mulheres pós parto que receberam a cápsula de vitamina A		DPS	SDSMAS		x	OMS Cooperação Italiana	x	x	x	x	x
Mães não voltam a engravidar antes de 2 anos	Sensibilizar as mães e pais, a aderirem ao planeamento familiar nas US com a utilização de matronas	Gorongosa Chibabava Cheringoma Chemba Búzi	-	50%	# de pessoas sensibilizadas	% de mulheres que não voltam a engravidar antes de 2 anos	DPS, DPEC	SDSMAS	OMS	x	OMS Cooperação Italiana	x	x	x	x	x
	Veicular mensagens de sensibilização em encontros e rádios comunitárias	Gorongosa Chibabava	8.3%	16.3%	# de rádios comunitárias que veicularam					x		x	x	x	x	

		Cheringo ma Chemba Búzi			mensagens de sensibilizaçã o																
	Promover a distribuição e aconselhamento do uso de métodos contraceptivos nas US, aldeias, bairros e escolas	Gorongo sa Chibabav a Cheringo ma Chemba Búzi			# de pessoal da saúde capacitado para o aconselham ento, # métodos contraceptiv os promovidos					x							x	x	x	x	x
Resultado 2.2. Doenças controladas antes e durante a gravidez e lactação																					
Todas as mães, além de tomar os suplementos de multi- micronutrientes, tomam medidas necessárias para controlar as doenças que causam anemia	Desparasitar as mulheres grávidas nas unidades sanitárias;	US de todos distritos	33.9%	43.9%	# de mulheres grávidas desparasitad as nas US	% de mulheres com doenças associadas a anemia durante a gravidez	DPS	SDSMAS	OMS	x	OMS	x	x	x	x	x					
	Oferecer o tratamento Intermitente Preventivo (TIP) da malária durante a gravidez;				# de mulheres grávidas que receberem o TIP durante a gravidez					x		x	x	x	x						
	Distribuir redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração e promover a utilização das mesmas;	US de todos distritos	# de Mulheres gravidas que receberem redes mosquiteiras	x	x					x		x	x								
	Fazer o tratamento com anti-retrovirais (TARV) para as mulheres grávidas vivendo com	US de todos distritos	# de Mulheres gravidas vivendo	x	x					x		x	x								

	HIV/SIDA;				com HIV/SIDA tratadas com TARV														
	Aumentar o número de US que oferecem TARV		42 US	100%	# US que oferecem TARV					x			x	x	x	x	x		
	Aumentar o tratamento das Infecções de Transmissão Sexual- ITS e a declaração voluntaria		4.5%	8.5%	# de Mulheres grávidas que receberam o tratamento					x			x	x	x	x	x		
	Continuar a capacitar profissionais da saúde para diagnosticar e tratar as infecções nas mulheres grávidas		-	100%	# de profissionais da saúde capacitados					x			x	x	x	x			x

Resultado 2.3. Aumento do ganho de peso na gravidez

Mulheres grávidas devidamente aconselhadas a fazerem controlo pré-natal e suplemento necessário	Fazer controlo do ganho de peso durante a gravidez nas consultas pré-natal, através do registo do ganho do peso na caderneta	US de todos distritos	-	95%	# de mulheres grávidas registadas	% de mulheres com ganho de peso esperado durante a gravidez	DPS	SDSMAS		x			x	x	x	x	x		
	Aconselhar a mulher sobre o procedimento a tomar para ganho de peso adequado nas US e mensagens em locais públicos	US de todos distritos	-	95%	# de mulheres grávidas aconselhadas					x			x	x	x	x	x		
	Aquisição de suplementos nutricionais	Todos distritos	-	95%	Quantidades de suplementos adquiridos e distribuídos		DPS	SDSMAS		x			x	x	x	x	x		
	Distribuir suplementos	Todos	-	95%	# de		DPS	SDSMAS		x			x	x	x	x	x		

	nutricionais as mulheres identificadas com desnutrição na consulta pré natal nas US	distritos			mulheres que receberem os suplementos nutricionais												
--	---	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.2.3 Objectivo Estratégico 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas as crianças nos primeiros 0 a 2 anos vida_ Resultado 3.1. Todas as mães fazem Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança; Resultado 3.2. Todas as crianças dos 6 aos 24 meses recebem alimentação complementar adequada; 3.3. Reduzidas deficiências de micronutrientes e anemia em todas as crianças dos 6 aos 24 meses de idade.

Uma vez que se constatou que o aleitamento materno exclusivo é um problema generalizado não por falta de informação porque todas as mulheres que pelo menos fazem uma consulta antes e sobretudo depois do parto são aconselhadas nas unidades sanitárias a fazerem aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis (6) meses de vida da criança. Neste sentido, é preciso mais insistência na Educação, Aconselhamento e Promoção do aleitamento materno exclusivo mas com cada vez maior envolvimento de mais actores incluindo ONGs, as autoridades locais ou grupos nas áreas de residência. Do mesmo modo, as intervenções sobre Suplementos de Micronutrientes a crianças dos 6 aos 24 meses de idade (MNP's) precisam ser priorizadas ao nível da província.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO Nº 3. FORTALECER AS ACTIVIDADES NUTRICIONAIS DIRIGIDAS AS CRIANÇAS NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE																
Resultado 3.1. Todas as mães fazem aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança																
Produto	Actividade	Localização (Distritos)	Linha de Base	Meta 2018	Indicador de processo (actividade)	Indicador de impacto (intervenção)	Responsável	Executor	Parceiro Técnico	Orçamento		Chronograma				
										OGE	Parceiros	14	15	16	17	18
US e Comunidades estão sensibilizadas, equipadas e capacitadas para	Expandir grupos de apoio e aconselhamento a alimentação infantil;	Todos Distritos	0.7%	10.7%	# de grupos de aconselhamento criados;	% de crianças 0-6 meses que	DPS,	SDSMA S		x	OMS UNICEF Cooperação Italiana	x	x	x	x	x

	(panfletos, cartazes) de IEC em alimentação infantil;			x material produzido	produzido		DPMA S	SDAE									
Resultado 3.2. Todas as crianças dos 6 aos 24 meses recebem alimentação complementar adequada																	
Todas as crianças seguem o padrão de crescimento adequado entre os 6 e os 24 meses de idade	Realizar aconselhamento nutricional dentro e fora dos serviços de atenção as crianças;	Gorongosa Dondo Machanga a Búzi	-	85%	# de palestras e seminários realizados	% de crianças dos 6 aos 24 meses alimentadas de acordo com as praticas de lactantes	DPS DPMA S	DPS DPMAS	OMS	x	UNICEF Cooperação Italiana	x	x	x	x	x	
	Promover demonstrações culinárias sobre a alimentação complementar usando os produtos locais;		-	85%	# de crianças com bom crescimento entre os 6 e os 24 meses					x		x	x	x	x		
	Sensibilizar as mães a fazerem consultas as crianças dos 6 aos 24 meses de idade;		-	95%	# de mães que levam as crianças as consultas					x		x	x	x	x		

3.4 Objectivo Estratégico 4: Fortalecer as actividades dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo.

Resultado 4.1. Alimentos com alto valor nutritivo produzidos localmente e utilizados pelas famílias mais pobres; Resultado 4.2. Reforçada a capacidade dos agregados familiares vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) para o processamento e armazenamento adequado dos alimentos; Resultado 4.3. Agregados familiares vulneráveis à InSAN com acesso aos serviços de apoio e protecção social para assegurar a alimentação suficiente e diversificada das mulheres grávidas, lactantes, adolescentes e crianças dos 6-24 meses de idade; Resultado 4.4. Aumentada a oferta e o consumo de alimentos fortificados nas comunidades, em particular o sal iodado; Resultado 4.5. Assegurado o saneamento básico nos domicílios dos agregados familiares mais pobres com raparigas adolescentes, mulheres grávidas, lactantes e crianças menores de 2 anos.

)				o)					os	4	5	6	7	8	
Aumentada a produção e consumo de alimentos locais de alto valor nutritivo	Estabelecer e massificar actividades de piscicultura;	Distritos de Nhamatanda, Machangana, Chibabava e Caia	100 (PES 2009)	110	# de tanques de pisciculturas criados	Consumo diversificado de alimentos com valor nutritivo	DPP DPOPH	DPP DPOPH	x	x	VALE OXFAM FAO	x	x	x	x	x	x
					DPA		DPP					DPP	x	x	x	x	x
					DPP		DPP					DPP	x	x	x	x	x
					DPPS e SDAEs		DPP					DPP	x	x	x	x	x
Resultado 4.2: Reforçada a capacidade dos agregados familiares vulneráveis à insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) no processamento e armazenamento adequados dos alimentos																	
Garantido o armazenamento e Processamento de alimentos para todo o ano ao nível dos agregados familiares nos distritos.	Aqdquir de maquinas de processamento de alimentos (mandioca, castanha de caju e ananases entre outros)	Todos os distritos em particular Muanza, Chibabava, Búzi e Gorongosa	-	12 distritos com maquinas de processamento de alimentos adquiridas	# de maquinas adquiridas	% de alimentos nutritivos processados e armazenados de forma apropriada pelos AFs	DPA DPEC DPP	DPA DPP	FAO	x	VALE FIDA	x	x	x	x	x	
	Identificar grupo alvo em cada distrito para prática de sistemas de conservação e processamento de alimentos;	Muanza Marrromeu Maringué Machangana Dondo Chibabava	-	Pelo menos um grupo por distrito identificado	# de AFs identificados		DPA DPP DPOPH INGC					DPA DPP DPOPH	FAO	x	VALE FIDA FAO	x	x

	Promover a cultura de lavagem das mãos nas escolas e comunidade	Todos Distritos			# de acções de sensibilização realizadas	meio	DPOPH DPCA DPEC DPS	DPOPH DPEC		x		x	x	x	x	x
	Conduzir pesquisas que permitam comparar a relação existente entre zonas livres de feccalismo a céu aberto e desnutrição crónica				# de pesquisas realizadas		DPOP H DPS DPA, DPIC	DPS DPOPH		x		x	x	x	x	

3.5 Objectivo Estratégico 5: Fortalecer a capacidade dos recursos humanos na área de nutrição. Resultado 5.1. Recursos humanos responsáveis pela nutrição provincial e distrital capacitados; Resultado 5.2. Profissionais dos sectores de saúde, segurança alimentar e educação capacitados em alimentação adequada e nutrição.

Uma vez que na província de Sofala há um défice de nutricionistas contando apenas com 09 nutricionistas (01 licenciado em nutrição e 8 técnicos médios de nutrição), uma aposta na formação destes e em número considerável capaz de abranger a totalidade dos distritos é de louvar. A Direcção Provincial da Saúde não deve ser a única a empregar os nutricionistas. A Direcção Provincial da Mulher e da acção Social, a DPA, DPEC têm também um papel de relevo a desempenhar incluindo ONG's. Os nutricionistas disponíveis devem constantemente ser capacitados e orientados a contactos com as comunidades dos distritos. A capacitação deve igualmente incluir profissionais dos sectores de saúde, agricultura e educação capacitados em alimentação adequada e nutrição

OBJECTIVO ESTRATÉGICO Nº 5. FORTALECER A CAPACIDADE DOS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE NUTRIÇÃO

Resultado 5.1. Recursos humanos responsáveis pela nutrição a nível provincial e distritais capacitados

Produto	Actividade	Localização	Linha de Base	Meta 2017	Indicador de processo	Indicador de impacto	Responsável	Executor	Parceiro Técnico	Orçamento	Cronograma
---------	------------	-------------	---------------	-----------	-----------------------	----------------------	-------------	----------	------------------	-----------	------------

		(Distritos)			(actividade)	(intervenção)				OGE	Parceiros	1	1	1	1	1
												4	5	6	7	8
Materiais didácticos e métodos de capacitação estabelecidas	Desenvolver materiais de Educação (panfletos, cartazes, brochuras) sobre nutrição	Cidade da Beira	-	Melhor capacidade de intervenção	# de materiais desenvolvidos	% de execução do plano	DPS DPEC	DPS DPEC		x	UNICEF OMS	x	x	x	x	x
	Adquirir instrumentos para triagem nutricional (balanças, altímetros, fitas de perímetro branquial –PB)	Cidade da Beira	-	340 Balanças; 340 Altímetros; 950 Fitas de Perímetros	# de Instrumentos adquiridos		DPS	DPS		x		x	x	x	x	
	Produzir vídeos para a promoção de métodos audiovisuais de capacitação.	Todos Distrito	-	Melhor capacidade de intervenção	# de palestras e seminários Realizados com recurso a material audiovisual		DPS DPEC	DPS DPEC		x		x	x	x	x	
Aumento de profissionais capacitados em nutrição e segurança alimentar	Promover a formação inicial de técnicos de nutrição a nível provincial e distrital	Cidade da Beira	-	Melhorada a cobertura em	# de técnicos de nutrição em formação	DPS-ICSB, DPEC DPMA S, DPOP H, DPIC	ICSB		x			x	x	x	x	x
	Atribuir bolsas para capacitação de nutricionistas a curto		-	-	# de nutricionistas em	DPS DPEC	DPS DPEC		x			x	x	x	x	x

	prazo.				formação												
--	--------	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.6 Objectivo Estratégico 6: Fortalecer a capacidade provincial para advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do plano. **Resultado 6.1.**Estabelecido um grupo de coordenação multisectorial a nível Provincial; **Resultado 6.2.** Criado um grupo executivo multisectorial para a gestão da implementação do plano a distrital; **Resultado 6.3.** Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de monitoria e avaliação do plano a nível provincial; **Resultado 6.4.** Criado um grupo executivo multisectorial para gerir as actividades de advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica a nível provincial; **Resultado 6.5.** Estabelecido, aos níveis provincial e distrital, um grupo consultivo de coordenação multisectorial, capaz de coordenar a implementação do plano, realizar a advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica.

A província de Sofala precisa consolidar a acção do grupo multisectorial. Este grupo deve procurar ser o mais inclusivo possível. As instituições governamentais que operam na área da saúde, nutrição, agricultura, educação, obras públicas e habitação incluindo ONGs devem fazer parte deste grupo. O grupo executivo para gerir a monitoria e avaliação deve também ser inclusivo bem como os grupos da advocacia e mobilização social e consultivo de coordenação. Estes grupos poderão certamente fortalecer a capacidade provincial para advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do plano.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO Nº 6: FORTALECER A CAPACIDADE PARA ADVOCACIA, COORDENAÇÃO, GESTÃO E IMPLEMENTAÇÃO PROGRESSIVA DO PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL DE REDUÇÃO DE DESNUTRIÇÃO CRONICA.

Resultado 6.1. Estabelecido um grupo de coordenação multisectorial a nível Provincial

Produto	Actividade	Localização	Linha de	Meta 2018	Indicador de processo	Indicador de impacto	Responsável	Executor	Parceiro Técnico	Orçamento		Cronograma				
										OGE	Parceiros	1	1	1	1	1
												1	1	1	1	1

		(Distritos)	Base		(actividade)	(intervenção)						4	5	6	7	8		
Grupo de coordenação criado e funcional a nível provincial	Criar grupo de coordenação do plano (que inclui Directores Provinciais e Administradores Distritais)	Todos distritos	-		# Membros que participam nos encontros de coordenação		DPA DPS	DPA DPS		x		x	x	x	x	x		
	Definir os papéis e responsabilidades do grupo de coordenação	Todos distritos	-		Termos de referência disponíveis	% de execução do plano	DPS, DPA DPMS DPOPH DPIC DPEC DPPFD PCA AINGC , DPTC, SP	SP, INGC DPS DPA		x		x	x	x	x	x		
	Supervisar a implementação do plano	Todos distritos	-		# de reuniões de monitorias realizadas		DPS, DPA,D PMAS, DPOPH ,DPIC, DPEC, DPPF, DPCA A, INGC, DPTC, SP	DPS, DPPF		x		x	x	x	x	x		

Resultado 6.2. fortalecido o grupo de coordenação para gestão e a implementação do plano

Produto	Actividade	Localização (Distritos)	Linha de Base	Meta 2018	Indicador de processo (actividade)	Indicador de impacto (intervenção)	Responsável	Executor	Parceiro	Orçamento		Cronograma				
										OGE	Parceiros	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7
Grupo de gestão	Criar um espaço de	Distrito da Beira	-	-	Existência de espaço	% de execução	DPS, DPA,	DPPF, DPOPH	Gov Prov	x	Cooperação	x	x	x	x	x

com capacitado para implementação do plano	trabalho do Grupo de Coordenação				físico de trabalho	do plano	DPMS, DPOPH, DPIC, DPEC, DPPF, DPCAI, NGC, DPTC, SP				Italiana DANIDA GTZ					
	Integrar as actividades do PAMRDC no PES provincial	Todos Distritos	-		# intervenções integradas anualmente		DPS, DPA, DPMS, DPOPH, DPIC, DPEC, DPPF, DPCA A, INGC, DPTC, SP	DPPF, DPS, INGC		x		x	x	x	x	x
	Capacitar o Grupo de Coordenação em nutrição e advocacia para melhoria do seu desempenho	Distrito da Beira	-	-	# capacitações realizadas e conteúdos ministrados # acções de advocacia realizadas		DPS, DPA, DPOPH, DPPF	DPS, DPA	ISCISA ICSB	x		x	x	x	x	x
	Criar uma base de Dados para mapeamento das intervenções PAMRDC	Todos Distritos	-	-	# informações disponíveis sobre as intervenções PAMRDC e abrangência		DPS, DPA, DPMS, DPOPH, DPIC, DPEC, DPPF, DPCA AINGC, SP, INE	INE, DPS, DPMAS, DPA		x		x	x	x	x	x
	Sensibilizar instituições	Todos	-	-	#		DPS	DPS, SP,				x	x	x	x	x

	privadas e organizações da sociedade civil	Distritos			Instituições privadas e OSC que participam nos encontros do GE e na implementação do PMRDC		DPA, DPMS DPOPH DPIC, DPEC, DPPF, DPCA AINGC ,DPTC, SP, INE	INCG													
Disponibilizados recursos para implementação do PAMRDC	Desenvolver planos anuais orçamentados para integração no PES provincial	Distrito da Beira	-	80%	# de planos submetidos	% de recursos disponíveis e executados	DPS DPA DPMS DPOPH DPIC, DPEC, DPPF, DPCA A, INGC, DPTC, SP, INE	DPS, DPPF		x	Cooperação Italiana	x					x	x	x	x	
	Identificar fontes de alternativas financiamento	Cidade da Beira	-		# Instituições que financiam o PAMRDC		DPS, DPA, DPMS DPOPH DPIC DPEC DPPF,	DPS INGC DPA			x										
	Divulgar o plano junto das instituições financiadoras	Todos Distritos	-		# de ações de divulgação realizadas							x									

Resultado 6.3. Estabelecida capacidade de monitoria e avaliação do plano

Grupo de funcional e publicados resultados de monitoria de avaliação do plano M/A	Desenhar instrumentos de recolha de dados	Todos Distritos	-	-	# instrumentos de recolha de dados disponíveis	% Relatórios coerente com PAMRDC provincial e publicando informação	DPS DPA INE	DPA		x	DANI-DAS	x	x	x	x	x	
	Estabelecer níveis de recolha de informação	Cidade da Beira	-	-	# e tipo de informação disponível nos distritos e província sobre nutrição		DPS, DPA, DPMS DPOPH DPIC DPEC DPPF,	DPA, DPS		x		x	x	x	x	x	x
	Estabelecer um sistema de monitoria e avaliação	Cidade da Beira		-	# relatórios disponíveis		DPA DPS INGC DPOPH	DPS INFC DPA		x		x	x	x	x	x	x
	Divulgar os resultados nas secções do governo, e órgãos de informação	Todos distritos	-	-	# de divulgações realizadas		DPA DPS INGC	INGC DPS		x		x					

Resultado 6.4. Realizadas acções de advocacia e mobilização social para a redução da desnutrição crónica a nível provincial

Parceiros, governo, sociedade civil e sector privado colaborando para a redução da desnutrição crónica	Desenvolver estratégia de comunicação e advocacia	Todos os distritos	-		Autoridades (provinciais e distritais), sociedade e sector privado a tomam a	DPS, DPA, INGC	DPS	UNICEF OMS	UNICEF OMS	x	x	x	x	x
	Capacitar o grupo de coordenação em	Todos distritos				DPS, DPA, DPOPH,	DPS			x	x	x	x	x

	matérias de advocacia				desnutrição crónica como prioridade nos seus discursos	DPIC, DPEC												
	Organizar feiras sobre boas praticas de alimentação	Todos distritos				DPS DPEC	DPS			x			x	x	x	x		

3.7 Objectivo Estratégico 7: Garantir a monitoria e avaliação do plano. Resultado 7.1. Gestão adequada das actividades de Segurança Alimentar e Nutricional nos diferentes níveis (nacional, provincial e distrital); Resultado 7.2. Melhorada a disponibilidade da informação atempada e desagregada sobre SAN no país na província.

Um dos problemas enfrentados pela província de Sofala é a gestão de informação. A informação sobre desnutrição deve fluir frequentemente. Deve estar disponível e acessível desde o nível distrital até provincial para que esteja garantida a monitoria e avaliação. A circulação da informação entre os diferentes actores que trabalham na nutrição permitirá não só se ter o quadro da província como também o retrato do país da província sobre a nutrição

OBJECTIVO ESTRATÉGICO Nº 7: FORTALECER O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Resultado 7.1. Gestão adequada das actividades de Segurança Alimentar e Nutricional nos diferentes níveis

Produto	Actividade	Localização (Distritos)	Linha de Base	Meta 2017	Indicador de processo (actividade)	Indicador de impacto (intervenção)	Responsável	Executor	Parceiro Técnico	Orçamento		Cronograma				
										OGE	Parceiros	1 4	1 5	1 6	1 7	1 8
Criar um sistema de vigilância alimentar e nutricional que	Fortalecer os postos sentinelas de vigilância nutricional	Todos distritos		Pelo menos x de sistema	# de postos sentinelas fortalecidos	informação fiável providen	DPS, SDMAS	DPS		x	UNICEF OMS Cooperação Italiana	x	x	x	x	x

providencie informações fiáveis sobre SAN de forma regular e atempada				s de vigilância fortalecidos		ciada sobre SAN														
	Expandir os postos sentinela para outros distritos	Todos distritos		Pelo menos x de sistema de vigilância criados	# de posto sentinelas		DPS, SDMAS	DPS		x										X X X X X
	Aquisição de material de Postos Sentinelas de vigilância nutricional	Todos distritos		Pelo menos x material adquirido	# de material adquirido		DPS, SDMAS	DPS, SDMAS		x										X X X X X
	Capacitação dos técnicos de Saúde em matéria de PSVN	Todos distritos		Pelo 75% dos técnicos com conhecimento sobre a matéria	# de técnicos de saúde capacitados		DPS, SDMAS	DPS, SDMAS	ISCISA ICSB	x										X X X X X

Resultado 7.2. Melhorada a disponibilidade da informação atempada e desagregada sobre SAN na província

Disponibilizada, de forma regular e atempada, informação sobre SAN a todos os níveis e para todos	Fortificar o sistema de vigilância nutricional que providencie informações fiável sobre SAN de forma regular e atempada	Todos distritos		% de sistemas de vigilância fortificado	# de postos de vigilância fortificados	% de informação disponibilizada	DPS, SDMAS	DPS,		x	UNICEF OMS									X X X X X
	Aquisição de um computador de Mesa e	13 distritos		Pelo menos	# de computado	% dos distritos	DPS	SDMAS		x			X							

4. Coordenação do Plano

Para a coordenação da agenda de SAN o Governo através do Conselho de Ministros criou o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional, abreviadamente designado por SETSAN como pessoa colectiva, tutelada pelo Ministro que superintende a área da Agricultura, dotada de personalidade jurídica e autonomia administrativa, através da qual o Governo garante e coordena a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Sendo este órgão que coordena a implementação do PAMRDC ao nível central, assim deve acontecer ao nível mais descentralizado de maneira a assegurar uma coordenação efectiva.

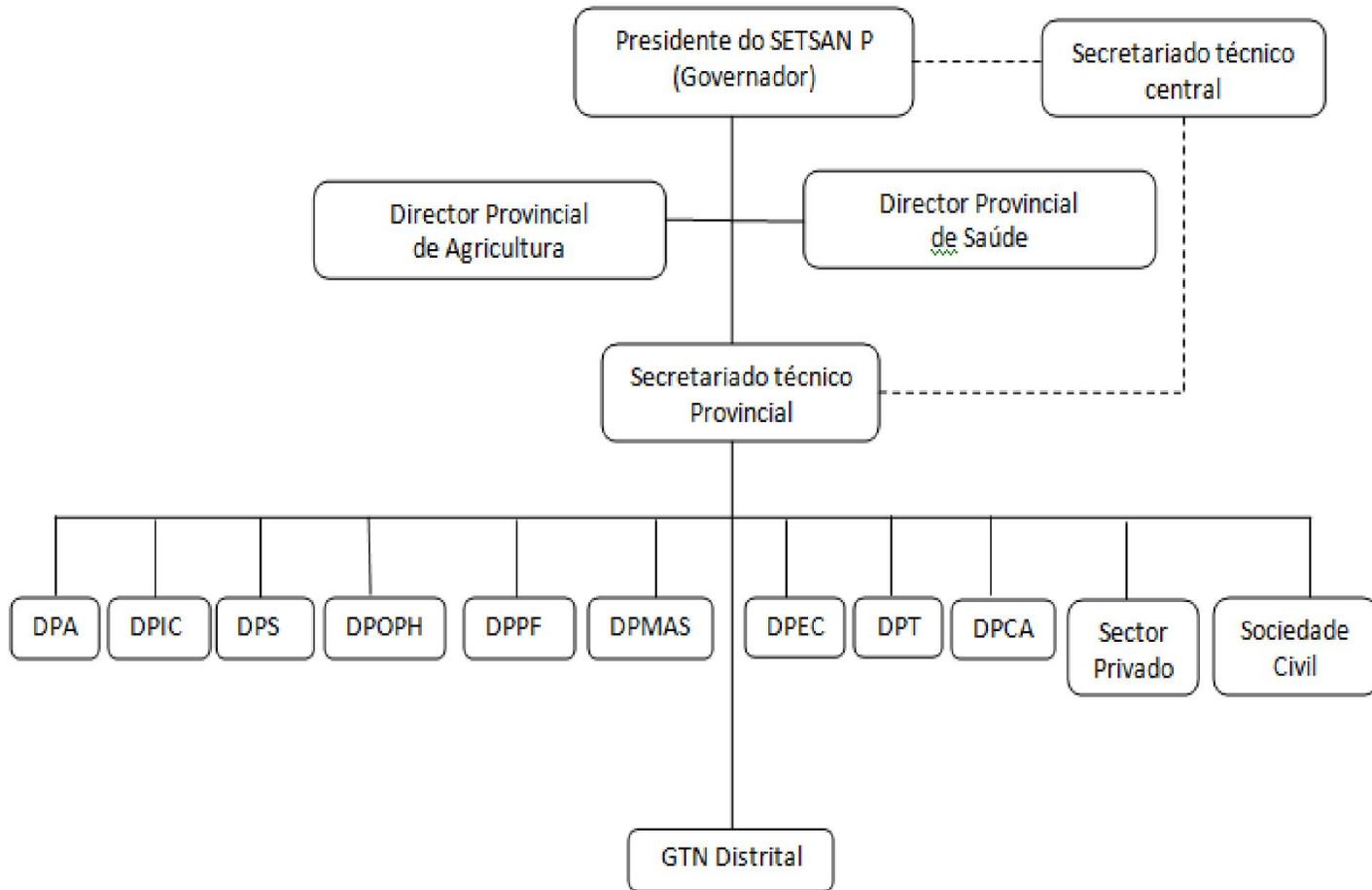
Ao nível da Província, como rege o Regulamento Interno do SETSAN aprovado pelo Ministro da Agricultura em Julho de 2013, no seu artigo 30 “A estrutura e funções dos serviços ao nível local são coordenados pelos Secretariados Técnicos de Segurança Alimentar e Nutricional Provinciais (SETSAN-P) e/ou Distritais (SETSAN-D), que são unidades administrativas operacionais e coordenam a assistência técnica aos distritos” criando assim as representações do SETSAN ao nível provincial.

O SETSAN para assegurar a coordenação da implementação da agenda de SAN, tem vários grupos de técnicos de trabalho. Este facto nota-se na própria estrutura de coordenação provincial que seria uma boa prática para disseminação, pois dentro do SETSAN Provincial existem vários grupos de trabalho, respectivamente: Grupo Técnico do GAV, presidido pelo INGC e o Grupo Técnico de Nutrição, presidido pela DPS e a nível do Distrito grupo Técnico Distrital presidido pela SDSAS.

Contudo, para assegurar uma melhor coordenação e operacionalização do plano ao nível provincial, recomenda-se a criação de um Grupo Técnico para Coordenação do PAMRDC Provincial, com as seguintes características básicas:

1. O GT-PAMRDC é um grupo multisectorial e multidisciplinar de trabalho que sob a liderança do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN), para facilitar a planificação e implementação de acções do PAMRDC nas Instituições do Governo, da Sociedade Civil e do Sector Privado ao nível nacional, provincial, distrital e comunitário.
2. O GT -PAMRDC é composto por técnicos provinciais das instituições do Estado nomeadamente Ministério da Agricultura, Ministério da Saúde, Ministério das Pescas, Ministério da Indústria e Comércio, Ministério da Educação, Ministério das Obras Públicas e Habitação, Ministério de Planificação e Desenvolvimento, Ministério das Finanças, Ministério da Mulher e Acção Social, bem como pelas Organizações da Sociedade Civil nacionais e internacionais, Sector Privado, Doadores, e Nações Unidas.

Este grupo irá trabalhar directamente com o GT-PAMRDC do nível central e assegurar ao nível provincial e distrital a coordenação e implementação do plano, reportando as autoridades locais sobre o plano, o grau de implementação e desafios. Vide organigrama abaixo.



5. Implementação e financiamento

5.1. Implementação

O Plano Provincial é por si um plano multisectorial, pelo que deve ser implementado de forma participativa. Ele estabelece os objectivos, actividades e suas prioridades, metas e indicadores específicos, os responsáveis pela implementação de cada actividade estratégica, os colaboradores e o cronograma de acção; indica a estrutura de coordenação, o orçamento para todas as actividades, incluindo a monitoria e avaliação. Assim deve ter em conta que:

- A identificação das acções específicas inscritas no plano anual que deve ser realizado num processo participativo de resolução de problemas de médio e longo prazos, ou seja, de sustentabilidade do combate desnutrição crónica tendo em conta os aspectos de integração territorial à luz dos esforços do governo em que toma o distrito como o pólo de planificação e desenvolvimento.
- O Plano deve estar alinhado com o ciclo de planificação anual do Governo e em particular com a planificação distrital. O processo deve essencialmente ter dois produtos, sendo o primeiro referente a integração nos Planos Estratégicos de Desenvolvimento Distrital (Cinco anos) e os Planos Económicos Sociais (PES).

A implementação do Plano Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) será feita de forma multidisciplinar, criando sinergias entre os actores. Ao nível da Província de Sofala, a implementação obedecerá a ligação directa entre os objectivos versus resultados e intervenções.

A implementação do plano, está directamente ligada a necessidade de assegurar a sustentabilidade dos processos, por via da contratação e formação dos recursos humanos e na integração sistemática das actividades nos processos de planificação provincial.

5.2 Financiamento

As políticas públicas são financiadas pelo Orçamento do Estado, tendo em consideração os Planos Económicos e Sociais do Sector (PES) que são elaborados anualmente e os Cenários Fiscais de Médio Prazo (CFMP) que fazem referência as despesas que o Estado terá num período de três anos. A mobilização de Fundos junto aos doadores e parceiros de apoio programático, o apoio das Agências das Nações Unidas e Organizações não Governamentais tem contributo para o financiamento das políticas públicas.

Assim, deve-se implementar um conjunto de actividades de advocacia e lobby para mobilização de recursos ao mais alto nível provincial. O cometimento político tanto ao nível central e provincial de ser a chave do sucesso de alocação de recursos não só através do Governo, como também por via de parceiros.

6. Factores Críticos de Sucesso

Durante a fase de implementação e operacionalização do presente plano é preciso ter sempre em atenção alguns factores críticos de sucesso a considerar:

- Cometimento político a todos os níveis em particular ao nível provincial;
- Fortalecimento e empoderamento da comunidade deve ser efectivo;

- Alinhamento do plano com o processo de planificação, orçamentação e descentralização do Estado;
- Compromisso financeiro a sectorial do Governo, para a implementação do plano;
- Participação de parceiros de apoio programático;
- Reforço da capacidade institucional (recursos humanos, financeiros e institucionais) do SETSAN Central e Provincial; e,
- Harmonização dos indicadores dos indicadores de monitoria e avaliação na área de SAN
- Monitoria e Avaliação qualitativa e quantitativa.

7. Monitoria e Avaliação

É parte integrante do ciclo de planificação, a Monitoria e Avaliação cria capacidade de prestação de contas para racionalizar estratégias e acções para redução da desnutrição crónica. Com efeito, actualmente o Balanço do Plano Economico e Social (BdPES), principal instrumento de Monitoria e Avaliação do Governo. Este deve ser o critério para a monitoria dos indicadores de processo que constam no plano. Sendo elaborado trimestralmente usando a Metodologia do Processo Único fortalecendo cada vez mais neste âmbito, o Balanço do PES (BdPES).

A Monitoria e Avaliação do plano visa assegurar o conhecimento do grau de implementação e aplicar medidas correctivas em tempo oportuno.

Os meios de verificação da monitoria e avaliação do processo são os seguintes:

- Plano Económico e Social (PES) que dá o balanço das actividades implementadas pelo Governo;
- Análise anual da evolução dos indicadores de nutrição realizados pelo SETSAN através do GAV, e
- Análise dos indicadores do sistema de vigilância nutricional realizados pelo sector de saúde.

Os instrumentos da monitoria e avaliação do impacto são:

- Resultados do Estudo de Base de SAN em 2020;
- Resultados do Inquérito demográfico de Saúde em 2018;
- Resultados do Inquérito de Orçamento Familiar (IOF);

- Outros inquéritos nacionais tais como: censo populacional, censo agro-pecuário, IAD, TIA, e
- Outros estudos específicos.

Os principais produtos da Monitoria e Avaliação são:

- Relatórios de SAN PES Provincial;
- Relatório da Avaliação do Impacto da Implementação do PAMRDC;
- Outros estudos e relatórios sobre a SAN.

8. Análise de custos 2014

Objectivos	Orçamento (Mtn)	%	Intervenções com maiores custos
OBJECTIVO ESTRATÉGICO NO 1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes.	6.478.151,00	11%	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes periodicamente desparasitados; Melhorada a alimentação e saúde dos alunos
OBJECTIVO ESTRATÉGICO N ^o 2. Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil durante a gravidez e lactação	325.991,50	1%	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação de profissionais da saúde para diagnosticar e tratar as infecções nas mulheres grávidas
OBJECTIVO ESTRATÉGICO N ^o 3. Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas as crianças nos primeiros dois anos de idade	7.656.660,00	13%	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação de APE's, grupos de mães-para-mães, praticantes de medicina tradicional sobre a importância AME; Promoção demonstrações culinárias sobre a alimentação complementar usando os produtos locais.
OBJECTIVO ESTRATÉGICO N ^o 4: Fortalecer as actividades, dirigidas aos agregados familiares, para a melhoria da produção, disponibilidade, acesso, uso e utilização de alimentos.	21.905.285,00	38%	<ul style="list-style-type: none"> Construção de fontes de água segura; Reabilitação de fontes de água segura; Promoção de construção e uso correcto de latrinas melhoradas; Conduzir pesquisas que permitam comparar a relação existente entre desnutrição e zonas livres de feacalismo a céu aberto
OBJECTIVO ESTRATÉGICO N ^o 5. Fortalecer a capacidade dos recursos humanos na área de nutrição	12.163.819,00	21%	<ul style="list-style-type: none"> Formação inicial de técnicos de nutrição a nível provincial e distrital; Aquisição de instrumentos para triagem nutricional (balanças, altímetros, fitas de perímetro branquial –PB)
OBJECTIVO ESTRATÉGICO N ^o 6: Fortalecer a capacidade nacional para advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do plano de acção multisectorial de redução de desnutrição crónica.	7.103.129,00	12%	<ul style="list-style-type: none"> Criação dum grupo de coordenação a nível dos Directores Provinciais e Administradores Distritais; Criação um espaço de trabalho do Grupo Executivo multisectorial. Organização formações de curto, médio e longo prazo em nutrição.
OBJECTIVO ESTRATÉGICO N ^o 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional	1.722.215,90	3%	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação dos técnicos de Saúde em matéria de PSVN; Aquisição de um computador de

			Mesa e seus acessórios para instalar a base de dado
Total	57.355.251,00	100%	

9. Documentos consultados

Chapman, Rachel. (2001). “Endangering Sage motherhood in Mozambique: Prenatal care as pregnancy risk” In Bledsoe, Caroline (ed.) *Discovering Normality in Health and Reproductive Body*. Proceedings of a Workshop Held at the Program of African Studies Northwestern University, March 9-10, pp. 107-124.

Convery, Ian. (2006). “Lifescapes & Governance: The Régulo System in Central Mozambique” In *Review of African Political Economy*, Vol. 33, No. 109, Mainstreaming the African Environment in Development pp. 449-466.

DPA. 2013. Balanço económico e social de 2012. Beira: DPA.

Governo de Moçambique. 2010. Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique. 2011 – 2015 (2020). Maputo.

Floriano, F.; A. Soler; S. Gloyd; K. Sherr; R. Benoit; B. Cristovo; et al. (2001). Razões para o Início tardio: Primeira consulta pre-natal nas provincias de Manica e Sofala. Chimoio: Health Alliance International.

Governo Provincial de Sofala. (2010). “Plano Estratégico de Desenvolvimenbto de Sofala, 2009-2020”. Beira: Governo Provincial de Sofala.

INE/MISAU. 2013. “Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011”.

INE. 2012. “Mulheres e homens em Moçambique – indicadores seleccionados de género 2011”. Maputo: INE.

INE. 2008. “Trabalho de Inquérito Agrícola (TIA) ”. Maputo: INE.

Igreja, Victor; Dias-Lambranca, Beatrice; Richters, Annemiek. (2008). *Gamba spirits, gender relations, and healing in post-civil war Gorongosa, Mozambique* *Journal of the Royal Anthropological Institute (N.S.)* 14, 353-371.

Mawere, MUNYARADZI & Rambe, Patient.(2012).;“Violation and Abuse of Women’s Human Rights in the Customary Practice of Kuzvarira Among the Ndaу People of Mozambique” In *International Journal of Politics and Good Governance*, Volume 3, No. 3.1 Quarter I.

MISAU. 2012. “Moçambique: Apoio ao Programa Sectorial de Saúde e Nutrição, Fase V”. Maputo: MISAU/DANIDA.

Monteiro, Ana Piedade. (2011). “HIV/AIDS Prevention Interventions in Mozambique as Conflict of Cultures: the case of Dondo and Maringue Districts in Sofala Province”. Johannesburg: University of the Witwatersrand. (Dissertação de Doutoramento).

MPD/DNEAP, 2010. “Pobreza e bem estar em Moçambique – Terceira Avaliação Nacional”. Maputo: MPD/DNEAP.

Jornal Notícias, “Sofala – Malnutrição continua a matar em Gorongosa” 12 de Maio de 2013 (disponível em: <http://www.noticias.mozmaniacos.com/2013/05/sofala-malnutricao-continua-a-matar-em-gorongosa.html#ixzz2gfekv367>, acessado aos 17 de Junho de 2013).

Nações Unidas. 2011. “Pobreza Infantil e disparidades em Moçambique 2010 – relatório resumo”. Maputo: NU.

Sherr, khennet et al. 2013. Strengthening Integrated Primary Health Care in Sofala, Mozambique” In *Health Service Research*, 13 (Supl 12) S4.

Weitzel, Carolyn; Avilan, Hemma Hernandez; Davis, Tom. 2007. “Achieving Equity, Coverage, and Impact through a Care Group Network, Sofala Province, Mozambique.

FH/Mozambique Expanded Impact Child Survival FY07 Annual Report October 1, 2005 – September 30, 2010. Mozambique.