



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2018-2022

Maputo, Novembro de 2019

FICHA TÉCNICA

© Novembro de 2018 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Título: Estratégia sobre Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde

Editor

Departamento de Nutrição

Direcção Nacional de Saúde Pública

Ministério da Saúde

Av. Eduardo Mondlane / Av. Salvador Allende. Caixa Postal 268

Telefones: +258-21-326164

Fax: +258-21321738

Extensão:321

Homepage: www.misau.gov.mz

Direcção

Dra. Rosa Marlene Cuco, Directora Nacional de Saúde Pública

Autores:

Marla Amaro (MISAU, Departamento de Nutrição)

Helga Mudanisse (MISAU, Departamento de Nutrição)

Elda Famba (MISAU, Departamento de Nutrição)

Gabriel Simango (MINEDH)

Nadia Osman (GAIN)

Patrícia Cunha (GAIN)

Colaboradores:

Ministério da Indústria e Comércio

Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar

Ministério da Juventude e Desporto

Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano

Ministério do Mar, Águas Interiores e Pescas

Instituto Nacional de Saúde

Instituto Nacional de Normalização e Qualidade

Instituto Nacional do Desporto

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Universidade Pedagógica

Centro de Investigação em Desporto e Actividade Física Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Food and Agriculture Organization (FAO)

Helen Keller International (HKI)

GLOSSÁRIO

Alimentação - Processo pelo qual os organismos obtêm e assimilam alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais, incluindo o crescimento, movimento, reprodução e manutenção da temperatura do corpo. Este processo é voluntário, educável e influenciável por factores sociais, económicos e culturais.

Alimentação Adequada - É aquela que tem todos os nutrientes necessários, mais do que para assegurar as funções vitais, suprir todas as necessidades específicas de cada indivíduo, garantindo um bom crescimento, desenvolvimento, prevenindo situações de doença. Uma alimentação adequada tem também em conta o contexto e as condições socio-económicas em que se insere, os valores culturais, a satisfação do gosto e os hábitos do indivíduo.

Alimentação Completa – Aquela que fornece ao organismo todas as substâncias que o integram: proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerais, oligoelementos, água e fibras.

Alimentação Equilibrada – Aquela que garante que a quantidade de alimentos é suficiente para cobrir as exigências energéticas do organismo e manter em equilíbrio o seu balanço. As calorias ingeridas através dos alimentos devem ser suficientes para suprir o gasto energético de cada indivíduo. As diferentes actividades determinam as diferentes exigências calóricas.

Actividade Física - A OMS define a atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso: atividades do dia a dia - andar, subir escadas, trabalhar no jardim ou dançar e realizar tarefas domésticas são bons exemplos de atividade física.

Alimentação Saudável - Uma alimentação saudável é aquela que, mais do que suprir as necessidades básicas e garantir as funções vitais, é completa, equilibrada e variada do ponto de vista nutricional.

Alimentação Variada - Deve também incluir todos os nutrientes que devem ser ingeridos diariamente. Dentro do mesmo grupo de alimentos, diferentes alimentos têm diferentes nutrientes, em quantidades diferentes.

Alimentos *in natura* – são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza. Estes alimentos, quando consumidos em grande variedade e de origem predominantemente vegetal, são a base para uma alimentação nutricionalmente equilibrada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar social e ambientalmente sustentável.

Alimentos minimamente processados - são alimentos *in natura* que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e embalados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriada ou congelados e leite pasteurizado.

Alimentos processados – são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar (ou outra substância de uso culinário como óleo ou vinagre) a um alimento *in natura* ou minimamente processado. As técnicas de processamento desses produtos assemelham-se a técnicas culinárias, podendo incluir cozimento, secagem, fermentação, embalagem dos alimentos em latas ou vidros e uso de métodos de preservação como salga, salmoura, cura e defumação. Alimentos processados em geral são facilmente reconhecidos como versões modificadas do alimento original. Alimentos processados incluem conservas de alimentos inteiros preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre, frutas inteiras preservadas em açúcar, vários tipos de carne adicionada de sal e peixes conservados em sal ou óleo, queijos feitos de leite e sal (e micro-organismos usados para fermentar o leite) e pães feitos de farinha de trigo, água e sal (e leveduras usadas para fermentar a farinha). Embora o alimento processado mantenha a identidade básica e a maioria dos nutrientes do alimento do qual deriva, os ingredientes e os métodos de processamento utilizados na fabricação alteram de modo desfavorável a composição nutricional.

Alimentos ultraprocessados - produtos cuja fabricação é feita por indústrias de grande porte, envolvendo diversas etapas e técnicas de processamento e vários ingredientes, incluindo sal, açúcar, óleos e gorduras e substâncias de uso exclusivamente industrial. Muitas dessas substâncias sintetizadas actuam como aditivos alimentares cuja função é estender a duração dos alimentos ultraprocessados ou, mais frequentemente, dotá-los de cor, sabor, aroma e textura que os tornem extremamente atraentes. Quando presentes, alimentos *in natura* ou minimamente processados representam proporção reduzida dos ingredientes de produtos ultraprocessados. Exemplos incluem vários tipos de guloseimas, bebidas adoçadas com açúcar ou adoçantes artificiais, pós para refrescos, embutidos e outros produtos derivados de carne e gordura animal, produtos congelados prontos para aquecer, produtos desidratados (como misturas para bolo, sopas em pó, “massas” instantâneas e “temperos” pronto), e uma infinidade de novos produtos que chegam ao mercado todos os anos. Pães e produtos panificados tornam-se alimentos ultraprocessados quando os seus ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos. Os alimentos ultraprocessados são com frequência ricos em gorduras, açúcares, e têm com frequência alto teor de sódio, de maneira a estender a duração dos produtos e intensificar o sabor, ou mesmo para encobrir sabores indesejáveis oriundos de aditivos ou de substâncias geradas pelas técnicas envolvidas no ultraprocessamento. Para que tenham longa duração e não se tornem rançosos precocemente, os alimentos ultraprocessados são frequentemente fabricados com gorduras que resistem à oxidação, mas que tendem a obstruir as artérias que conduzem o sangue dentro do nosso corpo, como as gorduras hidrogenadas, que, além de ricas em gorduras saturadas, contêm também gorduras transformadas. Alimentos ultraprocessados tendem a ser muito pobres em fibras, que são essenciais para a prevenção de doenças do coração, diabetes e vários tipos de cancro. A ausência de fibras decorre da ausência ou da presença limitada de alimentos *in natura* ou minimamente processados nesses produtos. Essa mesma condição faz com que os alimentos ultraprocessados sejam pobres em vitaminas, minerais e outras substâncias com actividade biológica que estão naturalmente presentes em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Doenças Cardiovasculares, DCV, (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos) - São as doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). A aterosclerose, ou seja, o depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias que dificultam a circulação sanguínea nos órgãos, podendo mesmo chegar a impedi-la. É uma importante causa destas doenças.

Estilo de Vida - É o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida. O estilo de vida inclui hábitos quotidianos relacionados com a alimentação, a actividade física, o tabagismo, o consumo de álcool e o comportamento sexual.

Hipertensão Arterial (HTA) - É o mais frequente e importante factor de risco para a morbimortalidade mundial e que ocorre quando a pressão do sangue nas paredes das artérias está elevada. Diagnostica-se quando a média de 3 medições consecutivas é igual ou superior a 140/90 mm/Hg.

Malnutrição - Condição nutricional caracterizada pela falta de equilíbrio na quantidade e qualidade dos alimentos consumidos e, consequente, carência nutrientes.

Nutrição - É a ciência que estuda os alimentos, seus nutrientes, bem como a sua interação, ação e balanço em relação à saúde e doença, além dos processos pelos quais o organismo ingere, absorve, transporta, utiliza e excreta os nutrientes.

Obesidade - A obesidade ou excesso de peso é caracterizado pelo acúmulo excessivo de gordura corporal associada a um risco para a saúde. Classificada através do índice de massa corporal (IMC), que por sua vez é calculado através da divisão do peso da pessoa (em quilogramas) pelo quadrado da sua altura ao quadrado (em metros), a partir de um valor igual ou superior a 30kg/m^2 , sendo o excesso de peso considerado a partir do valor do valor igual ou superior a 25kg/m^2 .

Saúde - Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças.

Sedentarismo - Falta de actividade física suficiente que pode afetar potencialmente a saúde de uma pessoa.

Segurança Alimentar – A segurança alimentar consegue-se quando qualquer individuo a qualquer momento tenha acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos, satisfazendo as suas necessidades nutricionais diárias, bem como preferências alimentares, de modo a contribuir para uma vida activa e saudável.

Transição Nutricional - A transição nutricional refere-se a um processo no tempo caracterizado por modificações no perfil alimentar e nutricional da população derivado de mudanças sociais, económicas e demográficas.

Transporte/Viagem Activa - também conhecida como mobilidade activa, é uma abordagem de mobilidade com enfoque na actividade física (caminhar ou andar de bicicleta), contrariamente aos meios de transporte motorizados e dependentes de combustível

Acrónimos

ADECOM: Associação de Defesa do Consumidor de Moçambique

AF: Actividade Física

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CTA: Confederação das Associações Económicas de Moçambique

DCV: Doenças Cardiovasculares

DDNT: Departamento de Doenças Não Transmissíveis

DEPROS: Departamento de Promoção para a Saúde

DM: Diabetes *Mellitus*

DMD: Departamento de Medicina Desportiva

DN: Departamento de Nutrição

DNAM: Direcção Nacional de Assistência Médica

DND: Direcção Nacional do Desporto

DNSP: Direcção Nacional de Saúde Pública

DNT: Doenças Não Transmissíveis

ESAN: Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional

FAO: Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FDA: Fundo do Desenvolvimento Agrário

FII/IIF: Fundação Internacional de Insulina/Internation Insulin Foundation

FMDT: Federação Moçambicana de Desporto no Trabalho

GAIN: Global Alliance for Improved Nutrition

HIV/SIDA: Vírus de Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HTA: Hipertensão arterial

IDS: Inquérito Demográfico de Saúde

INAE: Inspecção Nacional de Actividades Económicas

INADE: Instituto Nacional do Desporto

INNOQ: Instituto Nacional de Normalização e Qualidade

IOF: Inquérito do Orçamento Familiar

IMC: Índice de Massa Corporal

MASA: Ministério de Agricultura e Segurança Alimentar

MCTESTP: Ministério da Ciência e Tecnologia, Ensino Superior e Técnico Profissional

MGCAS: Ministério do Género, Criança e Acção Social

MIC: Ministério da Indústria e Comércio

MINEDH: Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano

MISAU: Ministério da Saúde

MITADER: Ministério da Terra Ambiente e Desenvolvimento Rural

MITESS: Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social

MJD: Ministério da Juventude e Desporto

MOPHRH: Ministério das Obras Públicas e Habitação e Recursos Hídricos

MTC: Ministério dos Transporte e Comunicações

MUFA: Monounsaturated Acids/ Ácidos Gordos Monoinsaturados

NIAFS: Núcleo de Investigação em Actividade Física e Saúde

OIT/ILO: Organização Internacional do Trabalho/International Labor Organization

ODM: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

ODS: Objectivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAMRDC: Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica

PEDSA: Plano Estratégico de Desenvolvimento do Sector Agrário

PESS: Plano Estratégico do Sector da Saúde

PNISA: Plano Nacional de Investimento do Sector Agrário

PODA: Plano Operacional para o Desenvolvimento Agrário

PRONAE: Programa Nacional de Apoio Estudantil

PUFA: Polyunsaturated fatty acids/ Ácidos Gordos Polinsaturados

SETSAN: Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

SNS: Sistema Nacional de Saúde

STEPS: STEP Wise Approach (avaliação de factores de risco cardiovasculares)

TARV: Tratamento Antiretroviral

TFA: Trans fatty acids/ Ácidos Gordos Transformados

US: Unidade Sanitária

USFDA: United States Food and Drug Administration/ Departamento de Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos

Índice

Prefácio	12
Agradecimentos.....	13
1. Introdução	14
1.1. Justificativa.....	15
2. Análise da Situação das DNTs em Moçambique	17
2.1. DNTs em Moçambique.....	17
2.2. Factores de Risco das DNTs em Moçambique	20
3. Mapeamento e Identificação de Acções Prioritárias para a Estratégia.....	28
3.1 Evidência de Intervenções Efectivas a Nível Global	28
3.2. Intervenções e Políticas Relevantes em Curso em Moçambique: oportunidades e lacunas	29
4. Orientação Estratégica.....	31
4.1. Missão e Visão	31
4.2 Objectivo Geral e Específicos	31
4.3. Objetivos Estratégicos para Alimentação Saudável e Actividade Física.....	32
4.4. Plano de Acção	34
5. Mecanismos de implementação e coordenação	35
6. Monitoria e Avaliação.....	36
7. Considerações Finais.....	37
8. Referências	38
7. Anexos.....	42
Tabela 1. Factores de Risco Relacionados com a Alimentação Não Saudável em Moçambique	42
Tabela 2. Evidência de Intervenções Efectivas a Nível Global	54
Tabela 3. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Alimentação Saudável: oportunidades e lacunas.....	61
Tabela 4. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Actividade Física: oportunidades e lacunas	67

Plano de Acção para Implementação da Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde (Parte 2 do documento).....	72
--	----

Prefácio

Para além de ser determinante para o desenvolvimento físico e intelectual do indivíduo, um estilo de vida saudável (e consequente redução da morbilidade entre a população) constitui um importante papel para o desenvolvimento social e económico do País.

A alimentação é um dos factores principais condicionantes (protector ou de risco) para um estilo de vida saudável, mas, a prática regular de actividade física, também tem a sua quota de responsabilidade aquando da adopção de um estilo de vida mais saudável e prevenção das doenças a este associadas.

A Estratégia Nacional de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2018-2022 tem como objectivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, com especial enfoque na prevenção doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com a alimentação, através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular da actividade física. Esta estratégia preconiza a formulação e implementação de linhas de acção efectivas que contribuirão para uma maior e mais eficaz adopção de hábitos de vida saudáveis e, consequentemente, para a redução da prevalência de Doenças Não Transmissíveis(DNTs) relacionadas com a alimentação em Moçambique.

O presente documento teve, como base orientativa, a Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovada em Maio de 2004 pela Assembleia Mundial de Saúde. Esta última, por sua vez, foi desenvolvida após várias consultas a todas as partes interessadas, em resposta a um pedido dos Estados-Membros durante a Assembleia Mundial da Saúde em 2002 ao se reconhecer a alta e crescente prevalência das DNTs em todo o mundo.

A Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde de Moçambique, está alinhada com as diretrizes e recomendações traçadas pela OMS ao longo dos últimos anos. Nesta Estratégia constam acções multisectoriais, lideradas pelo Ministério da Saúde, que devem ser implementadas em todos os sectores envolvidos, visando a promoção, protecção e apoio das populações para a adopção de hábitos de vida saudáveis.

Pretende-se que este documento sirva de guia orientador para a promoção da adopção de estilos de vida saudável, no que respeita, especificamente aos hábitos alimentares recomendados e à prática de actividade física, tanto para o governo de Moçambique como para todos os parceiros relevantes. Prevê-se que, quando implementadas, as suas intervenções contribuam para a melhoria do estado de saúde e de nutrição, para crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo, social e económico dos Moçambicanos.

Maputo, Novembro de 2019

O Primeiro Ministro

Carlos Agostinho de Rosário

Agradecimentos

O Ministério da Saúde agradece a todos os membros do grupo técnico de trabalho e colaboradores que tornaram possível a elaboração da presente estratégia. Sem esquecer os demais, endereçamos um especial agradecimento ao Prof. Doutor António Prista, ao Dr. Albertino Damasceno, à GAIN, e a todos os membros do grupo técnico de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde.

Os agradecimentos são também estendidos a todos que de forma directa ou indirecta apresentaram valiosas contribuições, que foram cruciais para a adaptação desta estratégia ao contexto local, considerando os desafios e as oportunidades existentes nos variados níveis de implementação, incluindo a nível comunitário.

1. Introdução

Até ao século XX a preocupação do sector de saúde a nível mundial estava virada para o combate das doenças infecciosas, contudo, uma nova realidade surgiu no final do mesmo século como resultado da industrialização e urbanização. Esta realidade marcada por uma crescente tendência na mudança dos estilos de vida, alteração dos padrões alimentares (transição nutricional) e inactividade física levou a um aumento do excesso de peso/obesidade e doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente a obesidade, diabetes, hipertensão e outras doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro, doenças estas, líderes actuais das causas de morte em todo o mundo.¹

A alteração dos padrões alimentares (transição nutricional), caracterizada pela substituição de uma dieta abundante em alimentos *in natura* e/ou minimamente processados* ricos em vitaminas e minerais tais como frutas e vegetais, e cereais ricos em fibra, por uma dieta rica em alimentos processados e ultra processados* ricos em gordura saturada, gordura transformada, açúcar e sódio, e alimentos de origem animal, especialmente as carnes processadas, acompanhada por outros hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde como o sedentarismo e consumo crescente de tabaco e de bebidas alcoólicas precipitou o crescimento do número de pessoas com excesso de peso e obesidade, aumentando, conseqüentemente, a incidência e prevalência de outras doenças crónicas não transmissíveis (DNT) relacionadas com a alimentação.²

A prática de actividade física é considerada umas das principais intervenções para a prevenção das DNTs, tendo vindo por isso a ganhar mais expressão a nível mundial.³ Contudo, nos países em desenvolvimento e ainda em alguns países desenvolvidos a percepção é que a actividade física seja apenas para o controlo da obesidade e do excesso de peso, negligenciando assim a importância desta prática como factor de prevenção para as outras DNTs.

Das 56,4 milhões de mortes globais em 2015, 39,5 milhões (70%) foram decorrentes de doenças não transmissíveis (DNTs). O peso dessas doenças tem vindo a aumentar desproporcionalmente entre os países em desenvolvimento e respectivas as populações. Em 2015, mais de três quartos das mortes por DNTs - 30,7 milhões no total - ocorreram em países de baixa e média renda, e destas, 48% ocorreram antes de se completar os 70 anos de idade.⁴

As principais causas de mortes por DNT, a nível global, em 2015 foram doenças cardiovasculares (17,7 milhões/45% de todas as mortes por DNTs), cancro (8,8 milhões/22% de todas as mortes por DNTs) e doenças respiratórias, incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (3,9 milhões). A diabetes causou mais 1,6 milhões de mortes.⁴

* ver definições no glossário

1.1. Justificativa

Moçambique apresenta actualmente um perfil epidemiológico misto caracterizado pela elevada prevalência de doenças infecciosas como a malária, tuberculose, HIV/SIDA e diarreias, onde, contudo, as DNTs já representam 23% das mortes totais do País⁵, sendo que, 7% são devidas a doenças cardiovasculares, 4% a cancros, 1% a doenças respiratórias crónicas, 1% a diabetes e 10% para outras DNTs.⁵ Das 23% de mortes 66% são consideradas prematuras (antes dos 70 anos)⁶.

As DNTs em Moçambique não estão a afetar apenas os adultos. Um estudo com duração de 10 anos sobre as causas de morte de crianças menores de 15 anos na Manhica, mostrou que, apesar das doenças infecciosas ainda serem a causa predominante de mortalidade (representando 73,6% das mortes totais), as doenças não transmissíveis representam 9.5% das mortes totais nas crianças deste distrito⁷.

Para além das mortes, as complicações, os tratamentos médicos e o facto das DNTs comprometerem o desenvolvimento e a produtividade do indivíduo, confere um peso económico e social muito grande para o País.⁸ A Federação Internacional de Diabetes, estimou que, em 2007 os custos dos cuidados de saúde aos doentes diabéticos em Moçambique, variaram entre US\$ 25,391,000 e US\$ 45,638,000 (o equivalente a US\$ 88 por pessoa), contra os US\$ 15,065,000 em 2003 e prevendo-se um aumento de entre US\$ 36.350.000 a US \$ 65.165.000 até 2025.⁹

Como mencionado na introdução, a alimentação de uma população é um dos principais factores responsáveis pelo aparecimento/crescimento da problemática das DNTs. Em Moçambique, a alimentação da população também contribui para as altas taxas de desnutrição crónica, que afectam 43% das crianças menores de 5 anos.¹⁰ Apesar do enfoque na alimentação no âmbito da desnutrição crónica ser prioritário no País, merecendo destaque em várias políticas que abordam especificamente a prevenção da desnutrição crónica, como o Plano de Acção Multisectorial para a Prevenção da Desnutrição Crónica (PAMRDC), se a experiência dos outros países da região e de todo o mundo onde a rápida urbanização é um factor presente for um exemplo, a prevalência das DNTs em Moçambique irá continuar a crescer. Por essa razão, dada a tendência actual e indo de encontro àquelas que são as directrizes globais da OMS, entendeu-se que fosse o momento oportuno para desenhar uma Estratégia focada na alimentação, mas olhando para “o outro lado da moeda”, isto é, na alimentação como factor promotor da saúde em geral e, neste caso concreto, aliado à actividade física, como factor de protecção das DNTs.

As altas taxas de desnutrição crónica em Moçambique, que se têm mantido inalteradas nos últimos 15 anos, em coexistência com o crescimento da DNTs tornam a situação actual ainda mais alarmante. A este cenário, onde a desnutrição e o excesso de peso/obesidade e/ou DNTs relacionadas com a alimentação coexistem, dá-se o nome de “duplo fardo da malnutrição” ou, em inglês, pela expressão mais conhecida, *double burden of malnutrition*. Para além do já preocupante cenário aquando das taxas de desnutrição no País, é sabido que a desnutrição no início da vida - e mesmo ainda em fase uterina – pode aumentar a predisposição para a obesidade e excesso de peso e doenças crónicas não transmissíveis como a diabetes e doenças cardiovasculares na fase adulta.¹¹

O estudo “Custo da Fome”, realizado em 2017 em Moçambique pelo Programa Mundial de Alimentação , calculou que o custo da desnutrição crónica equivale a mais de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) de Moçambique, o que corresponde anualmente, a cerca de 62 biliões de meticais.¹² Se formos adicionar a este valor, o custo das DNTs, a malnutrição torna-se extremamente custoso para o País.

A era dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), está mais direccionada para a nutrição como a chave para a melhoria da saúde mundial, por reconhecer que a dieta inadequada é o principal factor de risco associado à crescente prevalência das DNTs.¹³

A presente Estratégia está alinhada com o Objectivo 3 dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável – Boa Saúde e Bem-estar: que estabelece a redução em um terço das mortes prematuras causadas pelas DNTs até ao ano de 2030, através da prevenção e tratamento bem como da promoção do bem-estar.

Esta Estratégia enaltece a grande oportunidade de colaboração entre o MISAU e outras instituições do sector público, com destaque para a Agricultura e Segurança Alimentar, Indústria e Comércio, Educação e Desenvolvimento Humano, Juventude e Desporto, com o Sector Privado, Organizações da Sociedade Civil, parceiros de cooperação nacional e internacional entre outros intervenientes de papel relevante para a promoção de uma alimentação saudável e da prática de actividade física na população moçambicana.

2. Análise da Situação das DNTs em Moçambique

Nesta secção fez-se uma análise com vista a demonstrar qual a prevalência e respectiva tendência das DNTs em Moçambique, os grupos alvos mais afectados e os principais factores de risco, dando especial atenção à alimentação e à actividade física. A presente análise permitirá que se entenda melhor a problemática em causa, assim como desenhar intervenções específicas e melhor direccionadas.

2.1. DNTs em Moçambique

Na tabela I são apresentados, para alguns dos indicadores avaliados, os resultados obtidos nos estudos STEPS conduzidos em Moçambique no ano de 2005¹⁴ e, posteriormente em 2014/2015¹⁵. Os dados apresentados consideram apenas os participantes com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. E, como se pode ver pela tabela abaixo, na última década observou-se um aumento nas prevalências de obesidade, de hipertensão arterial e de diabetes em 4.7, 5.9 e 4.6 pontos percentuais, respectivamente.

Tabela I. Evolução de Indicadores entre 2005 e 2015 em Moçambique - em Participantes com Idades entre 25 e 64 Anos

	Prevalência (%)	
	2005	2014/2015
Obesidade (índice de massa corporal ≥ 30 kg/m²)	5.0	9.7
Hipertensão arterial	33.1	39.0 [†]
Diabetes	2.8	7.4

As secções que se seguem apresentam uma análise mais detalhada de cada umas das doenças referidas. Esta análise permite entender a gravidade da problemática das DNTs em Moçambique, as tendências, as regiões mais afectadas, os grupos alvos mais afectados e respectivas características.

[†] O STEPS 2014/15 recolheu estes dados para o grupo etário dos 15-64 anos de idade, no entanto, para a comparação com os resultados do STEPs 2005, foi necessário ajustar a prevalência para o grupo etário dos 25- 64 anos de idade.

2.1.1. Excesso de Peso e Obesidade

A prevalência da obesidade ($\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$) nas mulheres de idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos é mais que o dobro relativamente aos homens da mesma idade.¹⁵ Entre as mulheres, o problema do excesso de peso e obesidade ($\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$) é mais evidente em mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos de idade (25.4% destas mulheres têm $\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$) e apesar das zonas rurais também já apresentarem casos de excesso de peso e obesidade (10% das mulheres com idades entre 15-49 anos já têm um $\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$), a prevalência deste problema lidera nas mulheres residentes em áreas urbanas (27%), tendo maior concentração nas províncias do sul do País (média das 4 províncias: 31%).¹⁰

Enquanto que nos países desenvolvidos, a prevalência de excesso de peso/obesidade é menor nas camadas sócio-económicas mais altas e com nível de educação mais alto¹⁶, em Moçambique os dados do IDS 2011 mostram o contrário: 26.7% das mulheres com, pelo menos, o nível secundário e 36% no quintil de riqueza mais elevado têm um $\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$, quando comparadas com as 10.5-16% das mulheres sem escolaridade ou só com o ensino primário e 4.7% das mulheres pertencentes ao quintil de riqueza mais baixo.¹⁰

A prevalência de excesso de peso/obesidade aumenta com a idade, nas adolescentes dos 15-19 anos de idade a prevalência de $\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$ é de 6.9%, já nas mulheres de 40 - 49 anos de idade, a prevalência é de 25.4%.¹⁰

2.1.2. Diabetes mellitus

De acordo com os dados do STEPS 2014/2015 apresentados na tabela II), ao contrário do que acontece com a obesidade, a prevalência de Diabetes *mellitus* (DM) é mais alta no género masculino do que no feminino.¹⁵ Tal como acontece com a obesidade, a prevalência de diabetes também aumenta com a idade. A tabela II também nos mostra, por ordem decrescente, quais as províncias onde a DM é mais prevalente: a província de Gaza, seguida pela província de Inhambane, Maputo Cidade e província de Nampula, respectivamente.¹⁵

Tabela II. Diabetes em Moçambique, em Participantes com Idades entre 25 e 64 anos (STEPS 2014/15)*			
Todos os Participantes 7.4%			
Sexo	(%)	Local De Residência (Província)	(%)
Feminino	6.0	Cabo Delgado	1.0
Masculino	9.5	Gaza	20.2
Idade (anos)	(%)	Inhambane	16.3
25-44	5.7	Manica	10.9
45-64	10.1	Maputo Cidade	15.1
Escolaridade (anos completos)	(%)	Maputo Província	3.4
0	5.6	Nampula	13.2
1-7	8.4	Niassa	1.8
>7	7.8	Sofala	2.2
		Tete	2.1
		Zambézia	3.7
*Tabela retirada e adaptada do relatório final do estudo STEPS 2014/15 em Moçambique ¹⁵			

2.1.3. Hipertensão

De entre as DNTs aquela que mostra as taxas mais alarmantes, é a Hipertensão. De acordo com os dados do STEPS 2014/2015 apresentados na tabela III a prevalência de hipertensão arterial na população moçambicana é de 31,4%, semelhante entre homens e mulheres. Ao contrário do que acontece com o excesso de peso, com a obesidade e com a diabetes, que apresentam maiores tendência para prevalências mais altas nas províncias do sul, para o caso da hipertensão, os valores mais altos foram observados na província de Cabo Delgado (39,5%) e os mais baixos na província de Sofala (21,7%).¹⁵ Tal como nas outras doenças acima mencionadas, a prevalência da hipertensão aumenta com a idade (13,1% entre a faixa etária dos 15 aos 24 anos e 53,8% na faixa etária dos 45 aos 64 anos)¹⁵. Contrariamente ao que acontece com o excesso de peso e obesidade, a proporção de indivíduos hipertensos diminui à medida que a escolaridade aumenta¹⁵.

Tabela III. Hipertensão em Moçambique, em Participantes com Idades entre 15 e 64 anos (STEPS 2014/15)*			
Todos os Participantes 31.4%			
Sexo	(%)	Local De Residência (Província)	(%)
Feminino	31.5	Cabo Delgado	39.5
Masculino	31.2	Gaza	26.6
Idade (anos)	(%)	Inhambane	29.9
15-24	13.1	Manica	28.3
25-44	30.2	Maputo Cidade	34.2
45-64	53.8	Maputo Província	31.1
Escolaridade (anos completos)	(%)	Nampula	32.0
0	38.0	Niassa	33.1
1-7	32.0	Sofala	21.7
>7	22.3	Tete	31.3
		Zambézia	33.7
*Tabela retirada e adaptada do relatório final do estudo STEPS 2014/15 em Moçambique ¹⁵			

2.1.4. Dislipidémias

Dados relativos às dislipidemias na população moçambicana foram recolhidos recentemente através do estudo STEPS (2014/15). No entanto, não tendo ainda sido analisados nem publicados, e, na falta de outra referência/estudo que mencione estes valores em Moçambique não foi possível fazer uma análise das tendências deste distúrbio na população moçambicana.

2.2. Factores de Risco das DNTs em Moçambique

É muito importante entender quais os factores de risco para as DNTs em Moçambique. Perceber os factores de risco no contexto de Moçambique permite focalizar as intervenções para a melhoria desses mesmos factores e, assim, maior eficácia na prevenção das DNTs. Sendo o foco desta Estratégia a alimentação saudável e o exercício físico, fez-se uma análise mais detalhada sobre ambos, sem esquecer outros factores de risco como o consumo de álcool, o tabagismo e os demais.

Os objectivos Específicos desta Estratégia (ver secção 4), assim como todas as acções desenhadas no plano de acção da Estratégia (ver anexo – parte 2 do documento) foram definidos tendo em conta os factores de risco identificados na presente secção, tendo especial atenção à alimentação e à prática de actividade física.

2.2.1. Alimentação Não Saudável

Uma alimentação saudável é aquela que, mais do que suprir as necessidades básicas e garantir as funções vitais é variada, equilibrada e completa do ponto de vista nutricional. É também uma alimentação composta principalmente por alimentos *in natura* e/ou minimamente processados[‡] e por muito poucos alimentos processados[§], e quase nenhum alimento ultraprocessado^{**}.

A nível global, o aumento da produção de alimentos processados, e principalmente os ultraprocessados, a rápida urbanização e consequente mudança de estilos de vida, levaram a uma alteração dos padrões alimentares.² Desde a década de 1990, o consumo de alimentos processados, e principalmente os ultraprocessados, e de alta densidade energética, ricos em gordura, açúcar e/ou sal (ex. bebidas açucaradas e carnes processadas), contudo pobres em nutrientes e de custo relativamente baixo aumentou, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, em detrimento do consumo de alimentos de reconhecido valor nutricional como os alimentos *in natura* e minimamente processados (ex: frutas, vegetais, cereais integrais, nozes/sementes, leguminosas, frutos do mar, entre outros).^{17 18} Geralmente, tal tipo de alterações ocorre à medida que as condições económicas de um país melhoram e que a população urbana aumenta sendo, por norma, acompanhada por estilos de vida mais sedentários. À medida que os consumidores transitam para estilos de vida mais acelerados, onde, por norma, dedicam menos tempo à preparação de alimentos, a

[‡] Ver definições no glossário

[§] Ver definições no glossário

^{**} Ver definições no glossário

procura por alimentos processados e ultra processados cresce na mesma proporção. Simultaneamente, a globalização e a liberalização do comércio facilitaram a presença de alimentos processados e ultraprocessados em países em desenvolvimento, contribuindo, portanto, para a alteração da procura nos sistemas alimentares. Os dados disponíveis para países de baixa e média renda documentam essa tendência em todas as áreas urbanas e cada vez mais nas áreas rurais.¹⁹

A tabela 1 do anexo, identifica através de uma análise detalhada de vários estudos sobre as práticas actuais em Moçambique, e os vários factores de risco relacionados com a alimentação . A mesma tabela demonstra também a relação de causalidade entre os factores de risco apresentados e as DNTs, servindo assim, na falta de um Guia Alimentar para a População Moçambicana, como referência Nacional, uma vez que apresenta de forma clara as recomendações globais da OMS, pelas quais Moçambique deveria guiar-se.

De acordo com os estudos descritos na tabela 1 do anexo, a prática inadequada do aleitamento materno, o baixo consumo de frutas e vegetais e o baixo consumo de peixe são os factores de risco alimentar mais evidentes em Moçambique, suportados por dados recolhidos em diversos estudos, inquéritos e avaliações. Ainda assim, para melhor análise e posterior intervenção, identifica-se a necessidade crucial e urgente da realização de mais estudos e adaptação dos inquéritos existentes de abrangência nacional, com devida diferenciação da faixa etária, que identifiquem, dentro dos grupos de alimentos favoritos e/ou negligenciados, quais os alimentos mais ou menos consumidos, a quantidade e a frequência de consumo, bem como os determinantes comportamentais por detrás dos mesmos para melhor desenho de recomendações contextualizadas a Moçambique. Em relação aos outros factores de risco mencionados na tabela 1 do anexo, também se identifica o consumo excessivo de sal (sódio) e açúcares simples. Em relação ao último, os dados existentes alertam a um consumo excessivo de refrigerantes pelos adolescentes (ver imagem 1) e uma percentagem alta de consumo de alimentos açucarados pelas crianças dos 6-23 meses de idade.²⁰ Sendo a disponibilidade e a procura por alimentos processados e ultraprocessados em Moçambique alta, especialmente nas áreas urbanas (ver gráfico 1) e o açúcar, o sal, e as gorduras hidrogenadas e transformadas ingredientes prevalentes nos alimentos ultraprocessados, torna-se imprescindível que todos os estudos e inquéritos que recolham informação sobre o consumo alimentar da população, incluam esta categoria de alimentos. É também importante quantificar-se o consumo de açúcar e sal pelos vários grupos etários e procurar entender os factores que levam a estes comportamentos. Por último, apesar da Organização Mundial de Saúde e outras organizações identificarem certos tipos de gordura (gorduras transformadas) e carnes (especialmente as processadas) como factores de risco para algumas DNTs, e alimentos ricos em ácidos gordos essenciais ómega-3 como factores de protecção para as mesmas doenças, ainda não é possível determinar se o consumo destes alimentos em Moçambique constitui um factor de peso, uma vez que não há dados e estudos suficientes relativamente ao seu consumo pela população. Neste caso, é importante identificar-se os tipos e a frequência de gorduras e carnes consumidas no País, com especial atenção às carnes processadas e às gorduras transformadas, para poder quantificar-se e analisar o seu valor nutricional e então poder-se desenhar recomendações contextualizadas a Moçambique.

Gráfico 1. Percentagem da população que consome alimentos de diferentes fontes de acordo com grupos de rendimento e áreas geográficas (Dados de Etiópia, Uganda, Tanzânia, Moçambique, Malawi e África do Sul).²¹

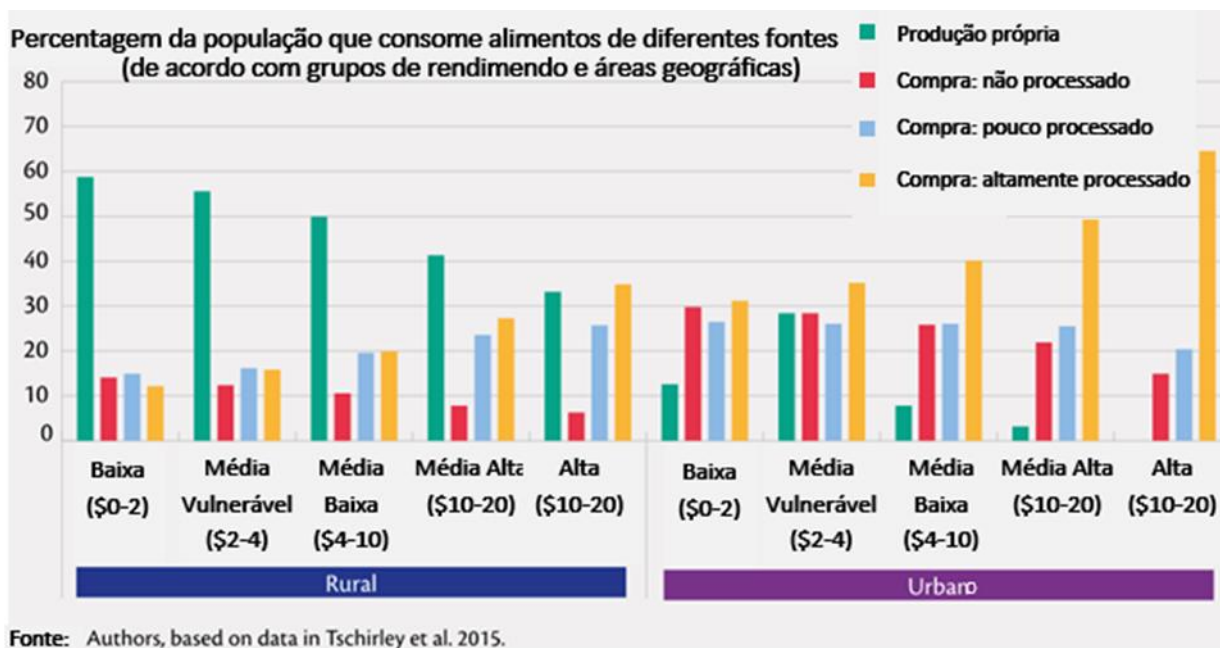
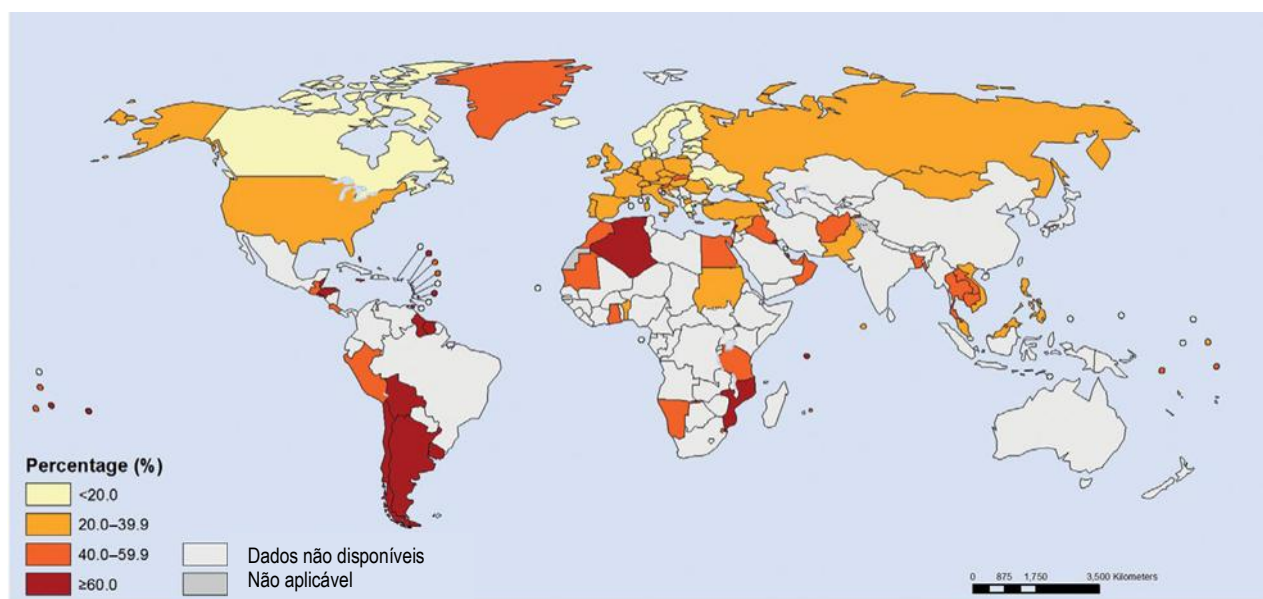


Imagem 1. Percentagem de adolescentes que bebem refrescos diariamente a nível global, incluindo Moçambique



Os limites e nomes mostrados e as designações usadas neste mapa não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde sobre o estado legal de qualquer país, território, cidade ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites.

Fonte de Dados: Pesquisa Global de Saúde do Estudante Escolar; Estudo do Comportamento de Saúde em Crianças em Idade Escolar (HBSC): Relatório Internacional do Inquérito 2009/2010.

Produção do Mapa: Evidência de Informação e Pesquisa (IER)

World Health Organization
© WHO 2016. All rights reserved.

2.2.2. Inatividade Física

A OMS define a actividade física como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que requerem gastos de energia - actividades do dia a dia - andar, subir escadas, trabalhar no jardim, realizar tarefas domésticas, dançar, etc, mas também qualquer outra actividade física feita durante o tempo de lazer, para locomoção, ou como parte do trabalho de uma pessoa, tem um benefício para a saúde. Além disso, a actividade física de intensidade moderada e vigorosa melhora a saúde.²²

A actividade física tem benefícios significativos para a saúde e contribui para prevenir DNTs. Como tal, a actividade física insuficiente é um dos principais factores de risco para a mortalidade global. A insuficiência de actividade física é um factor de risco fundamental para doenças não-transmissíveis (DNTs), como doenças cardiovasculares, cancro e diabetes.²²

As recomendações globais da OMS para a prática de actividade física por grupo alvo são:

Crianças e adolescentes entre os 5 a 17 anos de idade: pelo menos 60 minutos de actividade física de intensidade moderada a vigorosa diariamente. A actividade física com duração superior a 60 minutos por dia proporciona benefícios adicionais para a saúde. A esta actividade, devem ser incluídas actividades que fortaleçam o músculo e osso, pelo menos 3 vezes por semana.²³

Adultos entre os 18 a 64 anos: pelo menos 150 minutos de actividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou, pelo menos, 75 minutos de actividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de actividade de intensidade moderada e vigorosa. Para benefícios adicionais para a saúde, os adultos devem aumentar sua actividade física de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou equivalente. As actividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo grupos musculares principais em 2 ou mais dias por semana.²³

Adultos com 65 anos ou mais: pelo menos 150 minutos de actividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou pelo menos 75 minutos de actividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de actividade de intensidade moderada e vigorosa. Para benefícios adicionais para a saúde, devem aumentar a actividade física de intensidade moderada a 300 minutos por semana, ou equivalente. Aqueles com mobilidade condicionada devem realizar actividades físicas para aumentar o equilíbrio e prevenir quedas, 3 ou mais dias por semana. As actividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo grandes grupos musculares, 2 ou mais vezes por semana.²³

Prática de Actividade Física em Moçambique

Os dados do STEPS 2005 mostram que a percentagem de pessoas com níveis de actividade física baixa foi de, somente, 6.5%, para ambos os sexos, e a percentagem de pessoas com níveis de actividade física alta foi de 85.3% para ambos os sexos¹⁴. O tempo mediano (em minutos) passado, por pessoa, em actividade física foi de 385.7 minutos (mais de 6 horas) por dia. Isto mostra que a actividade física em Moçambique é consideravelmente alta¹⁴.

Os dados do STEPS 2014/15 para os mesmos indicadores ainda não foram analisados, portanto, não foi possível comparar a evolução dos índices de actividade física ao longo do tempo. Embora os dados dos STEPS 2014/2015 relativamente à actividade física ainda não tenham sido analisados, os dados relativos à prática de desporto, ginástica ou actividade recreativa com intensidade elevada ou moderada foram analisados, mostrando que 21.7% da população dos 15 aos 64 anos de idade pratica desporto em Moçambique¹⁵.

Em Moçambique, a prática inadequada de inactividade física observa-se principalmente nas áreas urbanas. A migração irreversível e cada vez mais frequente das populações rurais para zonas urbanas fez com que as estruturas citadinas tivessem que rapidamente adaptar-se a este afluxo rápido e descontrolado de pessoas. Estudos disponíveis mostram cada vez mais a rápida e progressiva redução dos espaços de recreação activa, abertos e de lazer, a favor de construções para suprir as necessidades do acelerado aumento populacional.^{24,25} O uso excessivo dos automóveis, a ocupação dos passeios para estacionamento, a transformação dos espaços de movimento para espaços de consumo, associado à industrialização e ao avanço simultâneo da tecnologia, que por sua vez facilitam o acesso a recursos cada vez automatizados, minimizam a necessidade de esforço, assim como a actividade física quotidiana noutros tempos presente, contribuindo para o estilo de vida mais acomodado e sedentário característico da Era em que nos encontramos. Este estilo de vida, associado a todos os factores previamente mencionados, é característico das zonas urbanas e está diretamente relacionado com os índices aumentados das DNTs nestas áreas.^{24,25 15}.

2.2.3. Consumo de Alcool

O álcool é causalmente ligado (em graus variados) a oito diferentes tipos de cancro sendo também, indirectamente, relacionado a muitos desfechos cardiovasculares, incluindo a hipertensão.²⁶

Houve uma redução em 14.2 pontos percentuais no consumo de álcool entre o estudo STEPS 2005 e o estudo STEPS 2015-2016. Os dados do último estudo mostram que a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista foi de 31,1%, sendo mais alta em Maputo Cidade (62,1%) e mais baixa na província de Niassa (17,9%), e cerca de duas vezes mais alta nos homens do que nas mulheres.¹⁵ Observou-se ainda uma tendência do aumento do consumo com a idade e com a escolaridade.¹⁵

2.2.4. Tabagismo

O uso do tabaco é o único fator de risco comum aos quatro grupos principais de doenças não transmissíveis - doenças cardiovasculares, cancro, doença pulmonar crónica e diabetes. É também a principal causa evitável de DNTs.²⁷

Foi verificada uma redução de 7 pontos percentuais no consumo de tabaco entre o estudo STEPS 2005 e o estudo STEPS 2014/2015. Os dados do último estudo mostram que a prevalência de consumo de qualquer tipo de tabaco, na faixa etária dos 15 aos 64 anos, foi de 13,7% , sendo mais alta nos homens (22,8%) do que nas mulheres (7,3%).¹⁵ A prevalência do consumo de tabaco com fumo foi 4 vezes mais elevada na província de Cabo Delgado (20,6%) quando comparada com Maputo Cidade (5,2%). Os dados mostram um aumento no consumo de tabaco com a idade e uma diminuição com a escolaridade.¹⁵

O tabagismo, o consumo de álcool e a dieta não saudável são conhecidos por potenciar o risco de desenvolver DNTs. Em Moçambique, um estudo realizado em 2011 sobre a associação entre consumo de tabaco e ingestão de álcool, legumes e frutas em áreas urbanas e rurais demonstrou que fumar cigarros fabricados está associado a uma ingestão menos frequente de frutas.²⁸

2.2.5. Outros Factores de Risco Relevantes para Moçambique

Outros Factores de risco	Geral
Urbanização	Em 2007/2008, Moçambique foi um dos países menos urbanizados da África Austral. No entanto, estima-se que até 2025 será o quarto mais urbanizado.²⁹ Globalmente, a urbanização está associada a um aumento no consumo de alimentos ricos em energia, incluindo alimentos processados, e redução da actividade física.³⁰ De acordo com a Gráfico 1, que reflecte a situação de Moçambique e outros países africanos, contrariamente ao que acontece nas zonas rurais, onde uma grande parte da população ainda produz o que consome, a população nas zonas urbanas depende principalmente da compra de produtos processados, e quanto maior o rendimento das pessoas, maior o nível de processamento dos produtos consumidos.²¹ Tudo isto explica o porquê da prevalência das DNTs em Moçambique ser mais alta nas zonas urbanas do que nas zonas rurais.
Nível Sócio-Económico	O IDS 2011 mostrou que a prevalência da obesidade é consideravelmente mais elevada nas mulheres pertencentes ao quintil de riqueza mais alto em comparação com as mulheres no quintil de riqueza mais baixo. Isto poderá estar relacionado com a urbanização, sendo que a maioria das mulheres no quintil de riqueza mais alto vive nas zonas urbanas. Enquanto que nos países desenvolvidos, a prevalência de excesso de peso/obesidade é menor nas camadas sócio-económicas mais altas e com nível de educação mais alto¹⁶, em Moçambique os dados do IDS 2011 mostram o contrário: 26.7% das mulheres com, pelo menos, o nível secundário e 36% no quintil de riqueza mais elevado têm um IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$, quando comparadas com as 10.5-16% das mulheres sem escolaridade ou só com o ensino primário e 4.7% das mulheres pertencentes ao quintil de riqueza mais baixo.¹⁰
Idade e género	A prevalência de obesidade nas mulheres em Moçambique é mais do que o dobro que nos homens.¹⁰ No que respeita a diabetes, a prevalência nos homens é 3.5 vezes maior que nas mulheres, sendo mais prevalente também no grupo de indivíduos de mais idade (45-64 anos) em detrimento dos outros (25-44 anos), com valores de 10.1% contra 5.7%, respectivamente.¹⁵ A idade é outro factor de risco, já que a prevalência das DNTs aumenta com o aumento da idade, e é mais alta na faixa etária dos 45 aos 64 anos de idade.
Genética	Factores hereditários como a genética, a história familiar, as diferenças raciais/étnicas - e os nossos meios socioeconómicos e socioculturais específicos têm demonstrado que afetam o risco de doenças adversas e dietas relacionadas com a dieta. No entanto, em Moçambique este fator de risco ainda não foi estudado.¹⁶

Tratamento anti-retroviral em pacientes com HIV/SIDA	Existe alguma evidência de que o tratamento antiretroviral aumenta significativamente o risco de Diabetes <i>melittus</i>³¹. Entre 2004 e 2013, em Moçambique, 455,600 adultos HIV-positivos (idade ≥15 anos) iniciaram a terapia antiretroviral (TARV),³² contudo, dado o aumento (de 11.5 por cento em 2009, para 13.2 por cento em 2015) da prevalência do HIV entre homens e mulheres com idades entre 15 e 49 anos, em Moçambique, prevê-se que a mesma continue a crescer e que mais pessoas HIV positivas em Moçambique que terão que iniciar o tratamento anti-retroviral, aumentando assim, como consequência, o risco de diabetes <i>melittus</i>.³³
Desnutrição crónica	Em Moçambique, 43% das crianças dos 0-59 meses de idade sofre de desnutrição crónica.¹⁰ Não está ainda estudado em Moçambique até que ponto a alta prevalência da desnutrição crónica contribui para a incidência de DNTs na idade adulta. No entanto, é sabido que o crescimento retardado na infância pode ser reflectido na falta de peso e na falta de aumento da altura. Tanto o crescimento retardado quanto o aumento excessivo de peso ou altura ("cruzamento dos centis") podem ser factores na incidência posterior de doença crónica. A estatura baixa, um reflexo da privação socioeconómica na infância, também está associada a um risco aumentado de doença cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC) e, até certo ponto, da diabetes.³⁴ Além disso, existem fortes evidências, principalmente de países desenvolvidos, de que o crescimento intra-uterino retardado (IUGR) está associado a um risco aumentado de doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes e hipertensão arterial.³⁴ Uma das causas da alta prevalência da desnutrição crónica em Moçambique está relacionada com a dieta das crianças pequenas (principalmente nos primeiros dois anos de vida), das raparigas adolescentes e mulheres grávidas e lactantes.

3. Mapeamento e Identificação de Acções Prioritárias para a Estratégia

A secção 3 faz um seguimento lógico da secção 2. Na secção 2 identificou-se os principais factores de risco para as DNTs em Moçambique com base nas práticas actuais, e na secção 3 mapeou-se e identificou-se as intervenções/acções com potencial para reduzir estes factores de risco. Estas intervenções/acções, por sua vez reflectidas no Plano de Acção da presente Estratégia (em anexo), foram desenhadas com base numa revisão da literatura onde foram identificadas algumas intervenções a nível global que mostraram ter sido efectivas. Seguindo-se de um mapeamento e análise das oportunidades de intervenções já em curso no País que permitiu identificar as acções mais relevantes para Moçambique. As intervenções/acções mapeadas e identificadas como relevantes para o Plano de Acção, por sua vez foram divididas em dois níveis: 1) Acções ao nível de políticas e infraestruturas, ao qual chamámos de “Ambiente Facilitador”, e 2) Acções concretas nas mais variadas plataformas de intervenção que possam melhorar a **oferta/acesso** de uma alimentação saudável e condições para a prática de actividade física, assim como acções de comunicação que incitem o aumento da **procura** destes comportamentos por parte do cidadão moçambicano.

3.1 Evidência de Intervenções Efectivas a Nível Global

Existem evidências de várias intervenções implementadas nos mais variados níveis e plataformas e em diferentes países que tiveram sucesso tanto no que respeita à melhoria de escolhas e do consumo alimentar, como no aumento dos índices de actividade física e, até mesmo, na melhoria de alguns dos indicadores das DNTs. De acordo com a tabela 2 do anexo as intervenções de sucesso focam-se nas seguintes plataformas: 1) ambiente facilitador: políticas, legislação e infraestrutura; 2) saúde (unidades sanitárias); 3) *mass media*; 4) escolas; 5) ambiente de trabalho; 6) comunidades; e 7) locais de venda/comércio.

Dentro do ambiente facilitador, recomendam-se políticas que criam ou facilitam infraestruturas para maior actividade física, como por exemplo passeios e ciclovias, como forma de lazer e transporte, políticas que criam melhores condições de transporte público de maneira que as pessoas deixem de usar o seu carro pessoal e optem pelo transporte público, o que faz com que, de certa forma, tenham que, em algum, momento fazer uma parte do percurso a pé ou de bicicleta; políticas de proibição de certos produtos de género alimentício (gorduras transformadas); políticas que impõem impostos sobre alimentos prejudiciais ou menos saudáveis e políticas que subsidiem alimentos saudáveis.³⁵

Foram vários os programas de “*mass media*” que conseguiram aumentar significativamente a prática de actividade física na população. Já no que respeita o consumo de alimentos saudáveis, foram poucos os programas que conseguiram um aumento significativo do mesmo, contudo, os que existem apontam para um aumento do consumo de frutas e vegetais. Estes programas são bastante compreensivos, usando diversos canais de comunicação. A vantagem de usar os canais de “*mass media*” é o facto dos mesmos conseguirem chegar, em curto período de tempo, a uma grande percentagem da população.³⁵

A escola é a melhor plataforma para chegar às crianças e aos adolescentes, pelo menos nos países em que uma grande proporção das crianças e adolescentes vão à escola. Existem vários programas a nível global com intervenções específicas que conseguiram melhorar significativamente os índices de actividade física e alimentação saudável deste grupo alvo. Estas intervenções concentram-se na promoção da actividade física e inclusão de conceitos relacionados com a alimentação saudável no currículo escolar, na disponibilidade de alimentos saudáveis nas escolas (sem custo ou subsidiados) e envolvimento dos pais.³⁵

O local de trabalho também é recomendado como uma plataforma para mudar comportamentos uma vez que permite chegar facilmente a um vasto grupo - a força de trabalho. A nível global, tem-se implementado vários programas de sucesso como parte de programas de “bem estar e saúde” para a força de trabalho. As intervenções principais têm-se focado na promoção de alimentação saudável e da actividade física no local de trabalho, assim como na disponibilidade de alimentação saudável (às vezes sem custo ou subsidiado) no local de trabalho.³⁵

Apesar de não ser uma plataforma fechada como as demais, a plataforma da “comunidade” permite chegar a todos os grupos. As intervenções principais que mostraram ter sucesso a nível global são: educação nutricional, hortas individuais e comunitárias e caminhadas comunitárias. Muitas vezes, estas intervenções são facilitadas por agentes comunitários de saúde.³⁵

Os níveis e plataformas para intervenções/acções eficazes mencionadas nesta subsecção foram por sua vez replicados na análise feita na sub-secção seguinte e no Plano de acção desta Estratégia.

3.2. Intervenções e Políticas Relevantes em Curso em Moçambique: oportunidades e lacunas

As tabelas 3 e 4 do anexo apresentam o mapeamento daquelas intervenções/acções em curso no País e daquelas planificadas que servem como uma oportunidade para a inclusão de intervenções/acções específicas com potencial para reduzir os factores de risco identificados na secção 2. Mais uma vez, esta análise foi feita em dois níveis: 1) Acções ao nível das Políticas e infraestrutura, a que chamamos de “Ambiente Facilitador”, e 2) Acções concretas nas mais variadas plataformas de intervenção que possam melhorar a **oferta/acesso** de uma alimentação saudável e condições para a prática de actividade física, assim como acções de comunicação que incitem o aumento da **procura** destes comportamentos por parte do cidadão moçambicano. Os mesmos níveis/plataformas usados na sub-secção anterior foram usados nesta análise de maneira a criar uma unanimidade.

Ao nível do “ambiente facilitador”, foram identificadas as Políticas, legislação e os documentos normativos existentes que apresentam uma oportunidade para a inclusão de intervenções/acções específicas com potencial para melhorar a disponibilidade e acesso à alimentação saudável e actividade física e controlar o acesso a alimentos nocivos à saúde, e foram também identificadas as Políticas e os documentos normativos existentes que apresentam uma oportunidade para educar o consumidor e garantir que este tenha a informação necessária para fazer as melhores escolhas no âmbito da alimentação saudável e actividade física.

Uma das maiores oportunidades para o sucesso da implementação da presente estratégia, em termos de políticas, prende-se, entre outras, ao facto de o Governo de Moçambique estar a elaborar no momento, a Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN III) e a Política e Estratégia de Alimentação Infantil do País, constituindo uma oportunidade para a reflexão de acções que garantam

uma alimentação saudável para a população moçambicana com o objectivo de prevenir as DNTs em ambos documentos. Desde a aprovação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) em 2010, que, em Moçambique, se tem envidado esforços para a melhoria da alimentação infantil e dos agregados familiares, em geral. No entanto, o objectivo principal destas intervenções tem sido a prevenção da desnutrição crónica que, por sua vez, é marginalmente diferente do objectivo de melhorar a alimentação saudável. Há que analisar as intervenções existentes e definir como adaptá-las de maneira a que respondam também ao objectivo de promover uma alimentação saudável, prevenindo assim, entre outras doenças as DNTs e promovendo a saúde.

Em relação as intervenções/acções concretas nos mais variados níveis/plataformas foram identificadas: 1) Programas existentes com base no canal de *mass media* que apesar de não focarem especificamente na alimentação saudável e actividade física podem ser usados como uma oportunidade para tal; 2) Intervenções na comunidade (urbana e rural) que podem permitir, de um lado, maior envolvimento das comunidades na produção de alimentos saudáveis e criação de infraestruturas e condições para venda de alimentos saudáveis e prática de actividade física, e de outro lado, maior envolvimento das comunidades em actividades de promoção de alimentação saudável e actividade física. Foi dado um especial foco as crianças dos 0 - 23 meses de idade, porque permite aproveitar as intervenções existente focadas na alimentação infantil, no âmbito da Estratégia de Alimentação Infantil (em elaboração) e fazer alterações ao conteúdo dos materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) de maneira que também incluam mensagens específicas sobre a alimentação saudável. Foi também dado um especial foco as crianças dos 24 - 59 meses de idade, porque a futura Estratégia de Alimentação Infantil não irá cobrir este grupo etário; 3) Intervenções para crianças e adolescentes em idade escolar dentro e fora da escola, que incluem o PRONAE e outros programas planificados pelo MINEDH, que podem permitir o maior acesso de crianças e adolescentes a alimentos saudáveis e a actividades de educação sobre alimentação saudável dentro da escola. Foram também identificadas futuras intervenções que pretendem promover alimentação saudável para adolescentes fora da escola dentro dos programas existente de saúde sexual reprodutiva existentes. Ainda nesta plataforma, foram identificadas intervenções que promovem a activade física com crianças e adolescentes e que podem ser expandidos para mais áreas; 4) um futuro projecto sobre nutrição no local de trabalho que pretende facilitar a disponibilidade de alimentação saudável para os trabalhadores e promoção de alimentação saudável; e 5) as acções dentro das unidades sanitárias que acontecem com frequência como é o caso das demonstrações culinárias e palestras;

Não se identificou nenhuma oportunidade em termos de intervenções/programas existentes com locais de venda e comércio. Para ambos os níveis, a análise também identificou várias lacunas nas políticas e intervenções, como a falta destas. Para estes casos, foi recomendado a criação de novas intervenções no Plano de Acção. Mas a preferência foi sempre por aproveitar acções existentes já que isso permite maior eficiência no uso dos recursos financeiros.

Esta sub-secção, juntamente com a sub-secção anterior, fundamentam a selecção de acções/intervenções reflectidas no Plano de Acção (em anexo) desta Estratégia.

4. Orientação Estratégica

4.1. Missão e Visão

Missão

Melhorar a o estado de saúde da população moçambicana através da promoção da uma alimentação saudável e da prática de actividade física regular.

Visão

Uma população moçambicana fisicamente activa, que se alimenta de forma equilibrada e adequada, contribuindo para a prevenção das DNTs e consequente desenvolvimento do capital humano do País.

4.2 Objectivo Geral e Específicos

4.2.1. Objectivo Geral

Melhorar a alimentação da população moçambicana segundo os princípios de uma alimentação saudável e aumentar a prática regular de actividade física.

4.2.2. Objectivos Específicos

- Aumentar o consumo de frutas e vegetais (em todas as faixas etárias)
- Aumentar o consumo de peixe (em todas as faixas etárias)
- Reduzir o consumo de alimentos açucarados (em todas as faixas etárias)
- Reduzir o consumo de sal/sódio (em todas as faixas etárias)
- Aumentar os índices de actividade física nas áreas urbanas (em todas as faixas etárias)

4.3. Objetivos Estratégicos para Alimentação Saudável e Actividade Física

Alimentação Saudável:

Para a componente de Alimentação Saudável definiram-se 3 objectivos estratégicos:

Objectivo Estratégico 1. Promover uma alimentação saudável (uso e utilização) na população em geral através de acções de sensibilização, educação e protecção do consumidor e comunicação para mudança de comportamento (CMC)

Este objectivo estratégico, define acções que garantem que a população seja exposta a informação necessária para a ajudar e a capacitar a fazer a escolha certa dos alimentos mais saudáveis e que seja sensibilizada e persuadida a consumir uma alimentação mais saudável. Estas acções foram por sua vez categorizadas em acções a alto nível, que envolvem advocacia ou/e actualização de políticas e legislação de maneira a criar um ambiente facilitador, e acções específicas a nível da comunidade, mass media, escolas, unidades sanitárias, locais de trabalho, e locais de venda/comércio.

Objectivo Estratégico 2. Contribuir para maior disponibilidade e acesso a uma alimentação saudável para a população em geral

Este Objectivo Estratégico define acções que contribuem para uma disponibilidade e acesso a uma alimentação saudável, com base nos pilares de Segurança Alimentar definidos pela FAO. Estas acções foram por sua vez categorizadas em acções a alto nível, que envolvem advocacia ou/e actualização de políticas e legislação de maneira a criar um ambiente que facilita uma maior disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis e que regula e dificulta o acesso a alimentos ultraprocessados, especialmente aqueles com alto teor de sal (sódio), açúcar e gorduras transformadas (trans), e acções específicas a nível da comunidade, escolas, centros de saúde, local de trabalho e locais de venda/comércio que facilitam uma maior disponibilidade e acesso à alimentos saudáveis e que dificultam o acesso a alimentos ultraprocessados.

Objectivo Estratégico 3. Promover a agregação e recolha sistemática de indicadores, através de avaliações e pesquisas sobre prevalência de excesso de peso, obesidade e outras DNTs, sobre o consumo alimentar e seus determinantes, com o objectivo de monitorar, avaliar e gerar evidências para a elaboração de guias de referência nacional e recomendações para futuras intervenções para a população Moçambicana

Durante a preparação da estratégia, e como demonstra a tabela 2 (ver anexo), verificou-se que existem muito poucos estudos em Moçambique sobre os factores de risco para a alimentação saudável, e que existem também muito poucas normas e directrizes para apoiar na definição de recomendações específicas por grupo alvo. Por essa razão, decidiu-se criar um objectivo estratégico em volta de mais estudos, pesquisas e documentos guia.

Actividade Física:

Para a componente de actividade física definiram-se 2 objectivos estratégicos:

Objectivo Estratégico 1. Promover a prática de actividade física regular e sistematizada na população em geral através de acções de sensibilização e comunicação para mudança de comportamento (CMC)

Este objectivo estratégico, define acções que garantem que a população seja exposta a informação necessária de modo a que seja sensibilizada para a importância da adopção de um estilo de vida activo e saudável para a promoção da sua saúde e prevenção de doenças. Este processo de sensibilização e comunicação com indivíduos das mais variadas faixas etárias, através das mais diversas plataformas, permitirá ao cidadão moçambicano fazer escolhas conscientes no que respeita à prática de actividade física, onde está incluído não só o desporto, como as mais variadas actividades do dia a dia. Estas acções foram por sua vez categorizadas em acções a alto nível, que envolvem advocacia ou/e sugestão de alteração de políticas e legislação de maneira a criar um ambiente facilitador, e acções específicas a nível da comunidade, *mass media*, escolas, unidades sanitárias e locais de trabalho.

Objectivo Estratégico 2. Promover a criação de mecanismos, ambientes e infraestruturas que incitem a prática regular e sistematizada de actividade física na população

O segundo objectivo estratégico para a potenciação da actividade física em Moçambique, consiste na criação de mecanismos, ambientes e infraestruturas que não persuadam indivíduos mais sedentários a um estilo de vida mais activo (em termos de opções de meios de locomoção, actividades recreativas e de lazer, prática de actividade física) como também facilitem e incentivem a progressão daqueles que já o têm, por iniciativa própria ou por recomendação.

4.4. Plano de Acção

Como já mencionado, as acções do Plano de Acção (ver anexo) foram seleccionadas por terem o potencial de reduzir os factores de risco identificados para Moçambique. As acções surgiram primeiro da análise descrita na secção 3 desta Estratégia, seguiu-se uma consulta com vários sectores e parceiros para confirmar as várias acções propostas. Deste processo consultivo resultou o Plano de Acção que se pode encontrar em anexo.

De referir, que inicialmente o objectivo estratégico 2 da componente de alimentação saudável incluía mais acções com vista a aumentar o acesso e disponibilidade a alimentos saudáveis, no entanto, o sector de Agricultura, alertou que as acções desta Estratégia deveriam focar-se naquelas acções que podem ser implementadas pelo Ministério de Saúde.

O Plano de Acção para Alimentação Saudável e Actividade Física, está dividido em objectivos estratégicos, que por sua vez estão agrupados em resultados esperados, e estes em acções estratégicas. As acções estratégicas por sua vez são compostas por várias acções específicas.

5. Mecanismos de implementação e coordenação

O Ministério da Saúde tem uma responsabilidade essencial de coordenar as intervenções e facilitar a inclusão das contribuições de outros ministérios, agências governamentais, sector privado e sociedade civil. As instituições que farão parte deste grupo de coordenação liderado pelo Ministério da Saúde são: instituições governamentais responsáveis pelas políticas de Nutrição e Saúde, Agricultura, Educação, Juventude e Desportos, Indústria e Comércio, Finanças, Acção Social, Sociedade Civil, Associação dos Consumidores, Sector Privado, Obras Públicas e Habitação.

No desempenho do seu papel de coordenador, o Ministério da Saúde terá responsabilidade de criar junto aos Ministérios envolvidos um grupo técnico que se reunirá regularmente com o fim de apresentar o ponto de situação da implementação da Estratégia e terá uma periodicidade de encontros trimestrais.

As responsabilidades do GT são as que se seguem abaixo:

- Apresentar o ponto de situação das Actividades realizadas pelos demais sectores;
- Preparar e enviar os relatórios de cumprimento das actividades aos demais sectores;
- Advocar junto aos demais sectores para que assegurem financiamento para a implementação das actividades.
- Apoiar os demais sectores em aspectos técnicos.

As actividades de implementação serão definidas a nível central e coordenadas pelas Direcções Provinciais de Saúde, Agricultura, Juventude e Desportos, Educação, Indústria e Comércio, Justiça e Obras Públicas como forma de assegurar um bom desempenho da intervenção a nível nacional. Para tal, serão realizadas formações dos gestores e implementadores locais, assim como encontros e reuniões de coordenação para uma melhor planificação das actividades a serem desenvolvidas.

Mecanismo de reporte dos indicadores

A Nível Técnico: Directora Nacional de Saúde Pública

A Nível Político: Ministra da Saúde

6. Monitoria e Avaliação

A Monitoria e Avaliação da estratégia terão como objectivos:

1. Servir como guia para recolha dos dados e análise dos indicadores seleccionados;
2. Monitorar a implementação das actividades de acordo com o plano de acção, de forma a solucionar atempadamente os problemas que possam surgir durante a fase de implementação;
3. Documentar os resultados atingidos em relação aos resultados estabelecidos;
4. Melhorar a implementação da actividade numa fase posterior;
5. Produção de informação (aos tomadores de decisão, parceiros de cooperação, entre outros).

Apesar da responsabilidade de implementação das acções reflectidas no plano de acção serem do Ministério de Saúde, por se tratar de um plano de acção com intervenções multisectoriais, será necessário usar como recurso as informações patentes nos planos dos outros sectores, permitindo assim, uma melhor monitoria do processo. Não serão usados mecanismos novos, esta será baseada nos canais já usados pelos demais sectores.

O processo de monitoria fará o devido acompanhamento das actividades previamente planificadas e plasmadas no plano de acção de forma a proceder com a avaliação/análise dos graus progresso das actividades em comparação com os resultados preconizados. A avaliação informa em que proporção o grupo alvo foi abrangido com a estratégia.

As Direcções Provinciais de Saúde deverão integrar a avaliação destas intervenções nos balanços trimestrais e serão ainda elaborados e analisados os relatórios das reuniões de coordenação, visitas de supervisão após o primeiro ano e formações, que permitirão ter informação sobre o ponto de situação da intervenção e que actividades ou intervenções deverão ser desenvolvidas para um total desempenho.

A Tabela 5 do anexo apresenta mais detalhes sobre indicadores escolhidos para medir a avaliação do desempenho dos objectivos específicos desta Estratégia. Esta tabela apresenta ainda, as definições detalhadas dos indicadores, a metodologia para medir os indicadores, as metas, a fonte dos dados e a periodicidade de recolha dos dados. Como se pode ver pela tabela, planeia-se usar os resultados de inquéritos de cobertura nacional como o IOF, IDS e inquérito de base do SETSAN para medir o desempenho dos indicadores.

Deverão ser também realizados encontros anuais de balanço a nível provincial e/ou central, como forma de se aferir o grau de implementação da estratégia, colher lições aprendidas para os anos seguintes e também discussão sobre as outras acções que deverão complementar esta estratégia.

Um sistema de acompanhamento de todas as actividades dos sectores deve ser posto em prática, o que permitirá a comunicação frequente através do fórum intersectorial.

7. Considerações Finais

A promoção e protecção da saúde da população, a prevenção de doenças não transmissíveis e seus factores de risco, assim como a garantia de acesso à assistência, são atribuições do sector de saúde.

Esforços para controlar e melhorar os estilos de vida não podem residir exclusivamente com um indivíduo, porém exigem um maior envolvimento de todos os sectores da sociedade para gerar respostas eficazes para a melhoria dos estilos de vida e a prevenção e controle das DNT e outras doenças relacionadas. Uma abordagem multi-sectorial e multidisciplinar com liderança eficaz é essencial melhorar o perfil alimentar da População, aumentar os níveis de actividades física e assim, reduzir os níveis de doenças não transmissíveis e desnutrição.

Para garantir que todas as estratégias de promoção da saúde acompanhem uma linha de cuidado integral e efectivo, é necessário estruturar um sistema multisectorial capaz de combinar adequadamente, um conjunto de estratégias e medidas de alcance individual e colectivo, de responsabilidade tanto de sectores específicos da Saúde quanto de fora.

8. Referências

1. WHO. Noncommunicable diseases (NCD). Global Health Observatory (GHO) data. <http://www.who.int/gho/ncd/en/>. Published 2015. Accessed March 9, 2018.
2. Press Academic. *The Nutrition Transition: Diet and Disease in the Developing World*.; 2002.
3. Lachat C, Otchere S, Roberfroid D, et al. Diet and Physical Activity for the Prevention of Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Policy Review. *PLoS Med*. 2013;10(6). doi:10.1371/journal.pmed.1001465
4. WHO. Global Health Observatory (GHO) data: Noncommunicable Diseases. Global Health Observatory (GHO) data: Noncommunicable Diseases. <http://www.who.int/gho/ncd/en/>. Published 2017.
5. WHO. *Non Communicable Diseases Country Profiles*. Geneva; 2014. doi:10.1111/jgs.12171
6. WHO. WHO | Premature NCD deaths. *World Heal Organ*. 2015. http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_premature_text/en/.
7. Sacarlal J, Nhacolo AQ, Sigaque B, et al. A 10 year study of the cause of death in children under 15 years in Manhica, Mozambique. *BMC Public Health*. 2009;9(January 1997):1-10. doi:10.1186/1471-2458-9-67
8. MISAU. Plano Estratégico Nacional De Prevenção E Controlo Das Doenças Não Transmissíveis Para O Período 2008-2014. 2014:54.
9. MISAU; International Insulin Foundation. *Report on the Rapid Assessment Protocol For Insulin Access in Mozambique*.; 2009.
10. INE. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde*.; 2011.
11. World Health Organization. The double burden of malnutrition. *World Heal Organ*. 2017:1-12.
12. WFP. The Cost of Hunger in Africa (COHA). 2017.
13. ONU. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. *a/Res/70/1*. 2015:1-49. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
14. STEPS. Mozambique STEPS Survey 2005 Mozambique STEPS Survey 2005. 2010;(August 2005):1-2.
15. STEPS. *Relatório_STEPS_2015_20161006 (DRAFT)*.
16. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: The Big Picture. *Pharmacoeconomics*. 2016;33(7):673-689. doi:10.1007/s40273-014-0243-x.The
17. Panel G. Melhoria da nutrição através do aprimoramento dos ambientes alimentares. 2017.
18. FAO. *The Future of Food and Agriculture: Trends and Challenges*.; 2017. doi:ISBN 978-92-5-109551-5
19. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. The Pandemic of Obesity in Developing Countries. 2013;70(1):3-21. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x.NOW
20. MISAU; GAIN; Cowi. Endline Survey Report for a Micronutrient Powder Intervention among Young Children in Sofala, Mozambique. 2017.
21. David T (Michigan SU. The Rise of a Middle Class in East and Southern Africa: Implications for Food System Transformation. *J Int Dev*. 2015;96(1):10-14. doi:10.1002/jid
22. WHO. Physical Activity_factsheet_WHO 2017. 2018.

23. WHO. Physical Activity Factsheet. In: World Health Organization; 2018:1-6. <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/physical-activity>.
24. Padrão P, Damasceno A, Silva-Matos C, Prista A, Lunet N. Physical activity patterns in Mozambique: Urban/rural differences during epidemiological transition. *Prev Med (Baltim)*. 2012;55(5):444-449. doi:10.1016/j.ypmed.2012.08.006
25. Nhantumbo L, Manasse S. Alterações no padrão de atividade física em função da urbanização e determinantes socioculturais : um estudo em crianças e jovens de Maputo. 2009;16:17-24.
26. Parry CD, Patra J, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: Epidemiology and policy implications. *Addiction*. 2011;106(10):1718-1724. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03605.x
27. The NCD Alliance. Tobacco : a major risk factor for Non Communicable Diseases.2011:2.
28. Padrão P, Silva-Matos C, Damasceno A, Lunet N. Association between tobacco consumption and alcohol, vegetable and fruit intake across urban and rural areas in Mozambique. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(5):445-453. doi:10.1136/jech.2009.099440
29. Silva-matos C, Beran D. Non-communicable diseases in Mozambique : risk factors , burden , response and outcomes to date. *Global Health*. 2012;8(1):1. doi:10.1186/1744-8603-8-37
30. Yusuf S, Reddy S, Ôunpuu S, Anand S. Clinical Cardiology : New Frontiers Global Burden of Cardiovascular Diseases. 2001;(C):2746-2753. doi:10.1161/hc4601.099487
31. Butt A a, McGinnis K, Rodriguez-barradas MC, et al. HIV Infection and the Risk of Diabetes Mellitus. *Aging (Albany NY)*. 2010;23(10):1227-1234. doi:10.1097/QAD.0b013e32832bd7af.HIV
32. Auld AF, Shiraishi RW, Couto A, et al. A Decade of Antiretroviral Therapy Scale-up in Mozambique: Evaluation of Outcome Trends and New Models of Service Delivery Among more than 300,000 Patients Enrolled during 2004[FIGURE DASH]2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(2):11-22. doi:10.1097/QAI.0000000000001137
33. MISAU; INE. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). 2015.
34. WHO; FAO. Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases. In: ; 2003.
35. J. Anderson, W. Parker and N.P. Steyn; A. Grimsrud, T. Kolbe-Alexander EVL and ZM. *Interventions on Diet and Physical Activity: What Works.*; 2009. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
36. WHO. Media centre Healthy diet Factsheet nr 394. *World Heal Organ*. 2015:1-7.
37. Arts M, Geelhoed D, Schacht C De, Prosser W, Alons C, Pedro A. Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Exclusive Breastfeeding of Infants Younger Than 6 Months in Mozambique: A Qualitative Study. 2010. doi:10.1177/0890334410390039
38. MISAU. *Levantamento Das Barreiras Para o Aleitamento Materno Exclusivo Relatório Final.*; 2009.
39. WHO. WHO | Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases. 2014. http://www.who.int/elena/titles/bbc/fruit_vegetables_ncds/en/.
40. WHO. 5 A Day for Better Health Program Goal To increase consumption of fruits and vegetables to. 2003.
41. FANTA. *Dietary Diversity as a Measure of the Micronutrient Adequacy of Women's Diets: Results from Rural Mozambique Site.*; 2009.
42. Silva-matos C, Damasceno A, Lunet N, Laszczyń O. Low fruit and vegetable consumption in Mozambique : results from a WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance British Journal of Nutrition. 2011;(2012):428-435. doi:10.1017/S0007114511003023

43. SETSAN. *Relatório Do Estudo de Base de SAN*.; 2013.
44. World Health Organization W. Population nutrient intake goals for preventing diet-related chronic diseases. *World Heal Organ*. 2015;346(12):871-876.
45. Raatz SK, Silverstein JT, Jahns L, Picklo MJ. Issues of fish consumption for cardiovascular disease risk reduction. *Nutrients*. 2013;5(4):1081-1097. doi:10.3390/nu5041081
46. GAIN. Summary of Results from Moamba - mNutrition User's insights. 2016.
47. Helsinki U of. *Report_of_the_preliminary_project_English.pdf*. 2011.
48. GAIN Mozambique; Think Place Kenya. Understanding the nutritional behaviours of adolescent girls in Nampula Province: Research on the determinants of motivation and barriers affecting nutritional behaviours among adolescent girls in Nacala Porto and Nampula City in Nampula province. 2017.
49. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol*. 2015;2045(15):1599-1600. doi:10.1016/S1470-2045(15)00444-1
50. Fund World Cancer Research. *Meat , Fish and Dairy Products and the Risk of Cancer*.; 2018.
51. Khosla I, Khosla GC. Saturated Fats and Cardiovascular Disease Risk: A Review. *J Clin Prev Cardiol*. 2017;6(2):56-59. doi:10.4103/JCPC.JCPC_7_17
52. World Health Organization. *Fats and Fatty Acids in Human Nutrition. Report of an Expert Consultation*. Vol 91.; 2008. doi:11953E/1/11.10
53. WHO. 5.4.5 Disease-specific nutritional recommendations. 2007.
54. Dinicolantonio J, Lucan SC, Dinicolantonio JJ, Lucan SC, Keefe JHO. The Evidence for Saturated Fat and for Sugar Related to Coronary Heart Disease ScienceDirect The Evidence for Saturated Fat and for Sugar Related to Coronary Heart Disease. 2015;8(January 2016):1-9. doi:10.1016/j.pcad.2015.11.006
55. WHO. Taxes on sugary drinks : Why do it ? 2016:2-5.
56. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, et al. *Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement from the American Heart Association*. Vol 135.; 2017. doi:10.1161/CIR.0000000000000439.Added
57. WHO. *WHO Guideline: "Sugars Intake for Adults and Children."* (World Health Organization, ed.). Geneva: World Health Organization; 2015. doi:978 92 4 154902 8
58. World Health Organization. *Sodium Intake for Adults and Children*. Geneva; 2012. http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/en/.
59. World Health Organization. Towards More Physical Activity in Cities Transforming public spaces to promote physical activity — a key contributor to achieving the Sustainable Development Goals in Europe. *BMC Public Health*. 2017. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/353043/2017_WHO_Report_FINAL_WEB.pdf.
60. Gómez LF, Mateus J, Cabrera G. Leisure-time physical activity among women in a neighbourhood in Bogotá , Colombia : prevalence and socio-demographic correlates. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):1103-1109. doi:10.1590/S0102-311X2004000400026
61. Wright L, Montezuma R. Reclaiming Public Space: The Economic, Environmental and Social Impacts of Bogotá's Transformation. *Walk 21st Century*. 2004:1-18. doi:10.1177/0042098015583626
62. Härkänen T, Kotakorpi K, Pietinen P, Pirttilä J, Reinivuo H, Suoniemi I. The welfare effects of health-based food tax policy.

Food Policy. 2014;49(P1):196-206. doi:10.1016/j.foodpol.2014.07.001

63. Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, et al. Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. *Public Health Nutr*. 2002;5(1a):253-261. doi:10.1079/PHN2001301
64. Hoelscher DM, Mitchell P, Dwyer J, Elder J, Clesi A, Snyder P. How the CATCH Eat Smart Program helps implement the USDA regulations in school cafeterias. *Heal Educ Behav*. 2003;30(4):434-446. doi:10.1177/1090198103253517
65. Davis SM, Clay T, Smyth M, et al. Pathways curriculum and family interventions to promote healthful eating and physical activity in American Indian schoolchildren. 2003;37:1-21.
66. Alaimo K, Packnett E, Miles R, Kruger D. Fruit and Vegetable Intake among Urban Community Gardeners. *J Nutr Educ Behav*. 2008;40(2):94-101. doi:doi.org/10.1016/j.jneb.2006.12.003
67. Staten L, Cutshaw C, Davidson C, Reinschmidt K, Stewart R, Roe D. Effectiveness of the Pasos Adelante Chronic Disease Prevention and Control Program in a US-Mexico Border Community, 2005-2008. *Prev Chronic Dis*. 2011;9(2):1-9. doi:10.5888/pcd9.100301
68. Gittelsohn J, Rowan M, Gadhoke P. Interventions in Small Food Stores to Change the Food Environment, Improve Diet, and Reduce Risk of Chronic Disease. *Prev Chronic Dis*. 2012;9(May 2009):1-15. doi:10.5888/pcd9.110015

7. Anexos

Tabela 1. Factores de Risco Relacionados com a Alimentação Não Saudável em Moçambique

Factor de risco alimentar	Justificação	Recomendação Global	Prática em Moçambique
Prática Inadequada do Aleitamento Materno	Há evidências crescentes de que, entre os bebés termo e pré-termo, a aleitamento materno está associada a níveis significativamente mais baixos de pressão arterial na infância. O consumo de fórmula em vez do leite materno na infância também mostrou aumentar a pressão arterial diastólica e média na vida adulta. Há evidências cada vez mais fortes sugerindo que um menor risco de desenvolver obesidade pode estar diretamente relacionado ao período de aleitamento materno exclusivo, embora possa não se tornar evidente até mais tarde na infância. ³⁴	Os bebés devem ser amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida; ³⁶ Os bebés devem ser amamentados continuamente até 2 anos de idade e além; ³⁶	A prática do aleitamento materno contínuo não é particularmente um problema em Moçambique já que a duração mediana de aleitamento é de, quase, 20.9 meses. ³³ O grande problema é o aleitamento materno exclusivo, que tem uma duração mediana de 1.3 meses. Somente 55% das crianças dos 0-6 meses de idade é que foram exclusivamente amamentadas e, dentro destas, somente 37% das crianças dos 4-5 meses de idade foram exclusivamente amamentadas. ¹⁰ A introdução de alimentos sólidos e líquidos na dieta da criança antes dos 6 meses idade é influenciada por várias normas socioculturais, crenças e, até mesmo a valorização do leite de fórmula. ^{37,38}
Baixo consumo de vegetais e	As frutas e vegetais são componentes importantes de uma dieta saudável. O consumo reduzido de frutas e vegetais	A OMS sugere, consumir mais de 400 gramas de	Infelizmente, em Moçambique, não existem dados com representatividade Nacional sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) de frutas e vegetais nos vários grupos etários, somente para o agregado familiar como um todo

frutas	está associado a problemas de saúde e ao aumento do risco de DNTs. Em 2013, cerca de 5,2 milhões de mortes em todo o mundo foram atribuídas ao consumo inadequado de frutas e vegetais.³⁹	frutas e vegetais por dia para melhorar a saúde geral e reduzir o risco de certas DNTs.³⁹ Esta recomendação tem sido transformada por muitos países numa recomendação mais simples: “5 por dia”. Os “5” correspondem as porções de frutas e vegetais que os adultos deveriam consumir por dia. Cada porção por sua vez, deveria corresponder a 80g.^{32,40}	<u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u> O IDS 2011, mostrou que 57.9% das crianças amamentadas e 68.8% das crianças não amamentadas, consumiram frutas e vegetais ricos em vitamina A nas últimas 24 horas. Para outros vegetais e frutas a proporção é menor: 30% para as crianças amamentadas e 49% para as crianças não amamentadas.¹⁰ O IDS só apresenta dados sobre a prevalência de consumo e não se sabe se a frequência e quantidade consumida é suficiente. <u>Consumo pelas raparigas adolescentes e mulheres:</u> Um estudo feito em 2006 em 4 distritos da província da Zambézia em mulheres em idade reprodutiva (incluindo grávidas e lactantes) mostrou que quase 80% das mulheres consumiram frutas ricas em Vitamina-A nas últimas 24 horas. No entanto, somente 10% consumiu frutas ricas em Vitamina C e outras frutas. Em relação aos vegetais, quase 53% consumiu folhas verdes escuras, somente 2% consumiu vegetais amarelos/vermelhos ricos em vitamina A (principalmente batata doce de polpa alaranjada), um pouco mais de 20% consumiu vegetais ricos em vitamina C e 30% consumiu outro tipo de vegetais. Para aquelas que consumiram frutas e vegetais ricos em vitamina A, a quantidade mediana consumida foi de 239-434g, portanto alta, especialmente por causa da disponibilidade da manga. Já para os vegetais ricos em vitamina C (principalmente o tomate) e outros vegetais (principalmente a cebola), a quantidade mediana consumida foi muito baixa (29-40g). A quantidade mediana consumida de vegetais de folhas verdes escuras foi moderada (135g). As frutas ricas em vitamina C e outras frutas também foram consumidas em quantidades moderadas (85-174g).⁴¹ <u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u> O estudo STEPS 2005, de âmbito nacional, feito em populações de ambos os sexos e com idade entre os 25 e os 64 anos de idade, mostrou que a prevalência de consumo diário de, pelo menos, duas porções de frutas foi 17.8% e de vegetais de 18.7%. Já o consumo diário de, pelo menos 5 porções de fruta e vegetais, foi reportado somente por 4.2% dos moçambicanos.^{14,42}
----------------------	---	--	--

			Este valor subiu para 10.3% em 2014/2015¹⁵ que demonstra um aumento no número de moçambicanos a seguir a recomendação internacional, apesar que se deve ter alguma cautela na interpretação dos resultados já que a colecta dos dados do STEPS 2014-2015 foi feita na época de maior disponibilidade de fruta.. Mesmo assim os dados mostram que o consumo de frutas e vegetais continua muito baixo Uma análise secundária dos dados do Inquérito do Orçamento Familiar (IOF 2014/2015) mostrou que em média, um adulto consome 18g de fruta por dia e 162g de vegetais por dia, o que é extremamente baixo. Esta análise também mostrou que a quantidade (em gramas) de vegetais e frutas consumidas, aumenta com o quintil de riqueza (os mais ricos consomem mais e os mais pobres consomem menos). As frutas mais consumidas (em termos de proporção de pessoas que consumiu), de acordo com esta análise, foram a banana em primeiro lugar, o limão em segundo, e a papaia e a manga em terceiro lugar. Os vegetais mais consumidos foram o tomate em primeiro lugar, a cebola e a couve em segundo lugar, e a folha de mandioca em terceiro lugar. Apesar do estudo de base do SETSAN 2013, ter mostrado que nas áreas urbanas o consumo de fruta e vegetais é mais frequente que nas áreas rurais⁴², análise secundária do IOF mostrou que em termos de quantidade (em gramas) consumida, os agregados familiares nas zonas rurais consomem um pouco mais fruta que os agregados familiares nas zonas urbanas. É necessário que os próximos estudos/inquéritos a nível nacional, como o STEPS e IOF, colectem informação específica para mais grupos etários. É também importante analisar o nível de disponibilidade de frutas e vegetais a nível nacional e nas respectivas épocas e entender melhor os determinantes que promovem/restringem o consumo das frutas e vegetais pelos vários grupos etários
Baixo consumo de peixe	O consumo crescente de peixe é recomendado por contribuir para a	A OMS recomenda o consumo regular	Infelizmente, em Moçambique, não existem dados com representatividade Nacional sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) de peixe nos vários grupos etários, somente

	ingestão de ácidos gordos ómega-3 (n-3), que por sua vez confere benefícios para a redução do risco de doenças cardiovasculares (DCV).⁴³	de peixe, 1-2 porções por semana e a porção deve fornecer um equivalente de 200-500 mg de ácido eicosapentaenóico e ácido docosa-hexaenóico.⁴⁴ A recomendação (2010) alimentar para os americanos para a ingestão de peixe é de pelo menos 227 gramas de frutos do mar cozidos por semana, e selecionar alguns frutos do mar ricos em ácidos gordos ómega-3, como salmão, trutas, sardinhas, carapau anchovas.⁴⁵	para o agregado familiar como um todo <u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u> Uma avaliação feita em 2017 nos Distritos da Beira e Dondo, mostrou que 45.6% das crianças dos 6-23 meses de idade em Dondo, e 57.2% na Beira consumiu peixe no dia anterior. No entanto, não sabemos se as quantidades eram adequadas.²⁰ O IDS 2011, só apresenta resultados para o consumo de peixe, carne e galinha como um grupo e não especificamente para peixe.. De acordo com estes dados, 39.4% das crianças amamentadas, e 52.7% das não amamentadas, consumiram carne/peixe/galinha nas últimas 24 horas.¹⁰ O consumo aumenta com a idade, sendo que para as crianças amamentadas dos 6-8 meses de idade, e dos 9-11 meses de idade, o consumo foi de 19,4% e 34.2%, respectivamente.¹⁰ Existe evidência de tabus em relação a dar peixe a crianças que não andam/não têm dentes e ainda não completaram os 2 anos de idade. ⁴⁶ <u>Consumo pelas raparigas adolescentes e mulheres:</u> Um estudo feito em 2006 em 4 distritos da província da Zambézia em mulheres em idade reprodutiva (incluindo grávidas e lactantes) mostrou que aproximadamente 40% das mulheres consumiu peixe (pequeno e grande) nas últimas 24 horas, mas a quantidade mediana de consumo era muito baixa (29-40g).⁴¹ Um outro estudo também feito em 2 distritos da província da Zambézia especificamente com raparigas adolescentes e uma pesquisa formativa feita em 2 distritos urbanos na província de Nampula em 2017, também mostram que apesar do consumo de peixe ser regular, as quantidades consumidas são pequenas.^{47, 48} <u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u> O estudo de base de 2013, de âmbito Nacional conduzido pelo SETSAN, mostrou que quase 40% dos AFs consumiu peixe fresco nos últimos 7 dias antes do inquérito e mais de 50%
--	--	--	--

			consumiu peixe seco. Para os que consumiram, a frequência de consumo nas regiões centro e norte do País foi de quase 3 dias para ambos tipos de peixe, e para a região sul, menos de 2 dias para peixe seco e dois dias para peixe fresco.⁴³ De acordo com a análise secundária dos dados do IOF 2014/2015, em média, um adulto consome 78g de peixe por dia, o que de acordo com as recomendações, é baixo. Esta análise também mostrou que a quantidade (em gramas) consumida, aumenta com o quintil de riqueza (os mais ricos consomem mais e os mais pobres consomem menos), mas estranhamente, a quantidade consumida, é maior para os agregados familiares das zonas rurais. O tipo de peixe mais consumido (em termos de proporção de pessoas que consumiu), de acordo com esta análise, foram o peixe seco em primeiro lugar (não se definiu o tipo de peixe), o peixe serra em segundo, e o carapau em terceiro lugar. O carapau, que é principalmente importado de águas mais frias (Namíbia e Angola), é uma ótima fonte de ácidos gordos ómega-3 (n-3). É necessário que os próximos estudos/inquéritos a nível nacional, como o STEPS e o IOF, coleccionem informação específica para mais grupos etários, mas os dados disponíveis parecem indicar que o nível de consumo de peixe é baixo. Os peixes mais comuns e recomendados como sendo aqueles mais ricos em ácidos gordos ómega-3 não são abundantes na costa de Moçambique, mas em águas mais frias. No entanto, a costa marinha de Moçambique, como os seus lagos e rios, poderão conter outros tipos de peixes e mariscos também ricos em ácidos gordos ómega-3.⁴¹ Recomenda-se a análise nutricional dos peixes e mariscos mais abundantes e consumidos em Moçambique para se determinar os mais ricos em ácidos gordos ómega-3.
Consumo excessivo de carne vermelha e especialmente carnes processadas	Em outubro de 2015, 22 cientistas de dez países se reuniram na Agência Internacional de Pesquisas sobre o Cancro (IARC) para avaliar a carcinogenicidade do consumo de carnes vermelhas e processadas. Em	O Fundo Mundial de Pesquisa para o Cancro recomenda que as pessoas limitem o seu consumo de carne	Infelizmente, em Moçambique, não existem dados com representatividade Nacional sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) de carne vermelha e carne processada nos vários grupos etários, somente para o agregado familiar como um todo <u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u> Uma avaliação feita em 2017 nos Distritos da Beira e Dondo, mostrou que somente 4.2% das crianças dos 6-23 meses de idade em Dondo, e 6.6% na Beira consumiu qualquer tipo de carne

	geral, o Grupo de Trabalho classificou o consumo de carne processada como "cancerígena para o ser humano" (Grupo 1) com base em evidências suficientes para o cancro colorretal. Além disso, uma associação positiva com o consumo de carne processada foi encontrada para o cancro de estômago. O Grupo de Trabalho classificou o consumo de carne vermelha como "provavelmente cancerígeno para os seres humanos" (Grupo 2A). O consumo de carne vermelha também foi positivamente associado ao cancro pancreático e à próstata.⁴⁹	vermelha a menos de 500g por semana, e muito pouco ou nenhum consumo de carne processada.⁵⁰	(de vaca, porco, cabrito, galinha, pato, roedores, pombos ou carne de caça) no dia anterior. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.²⁰ <u>Consumo pelas raparigas adolescentes e mulheres:</u> Um estudo feito em 2006 em 4 distritos da Província da Zambézia em mulheres em idade reprodutiva (incluindo grávidas e lactantes) mostrou que menos de 10% das mulheres consumiu carne/galinha (infelizmente não apresentam dados só para carne) nas últimas 24 horas, e a quantidade mediana de consumo foi muito baixa (85 – 174g).⁴¹ <u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u> De acordo com o estudo de base 2013 do SETSAN, de âmbito Nacional, o consumo de carne em geral em Moçambique é baixo. Somente 35% dos agregados familiares consumiram carne nos 7 dias anteriores ao inquérito, e dos que consumiram, consumiram, em média, 2 dias. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.⁴³ De acordo com a análise secundária dos dados do IOF 2014/2015, em média, um adulto consome 13.8g de carne vermelha (não processada) por dia, o que por semana totaliza menos de 100g. De acordo com as recomendações globais, este nível de consumo é muito baixo. Em relação ao consumo de carnes processadas, as quantidades são insignificantes, com Maputo Cidade a Província com o maior consumo nos adultos – 1g por dia. Esta análise também mostrou que a quantidade (em gramas) consumida de carne processada e não processada, aumenta com o quintil de riqueza (os mais ricos consomem mais e os mais pobres consomem menos), e é maior para os agregados familiares das zonas urbanas. É necessário que os próximos estudos/inquéritos a nível nacional, como o STEPS e o IOF, colectem informação específica para mais grupos etários, mas os dados disponíveis parecem indicar que o nível de consumo de carne e carnes processadas ainda não representa um
--	--	---	--

			problema em Moçambique. Atendendo à problemática da desnutrição crónica, há que ter atenção para que não se façam recomendações que limitam demasiado o consumo de carne em Moçambique. As recomendações deveriam sim limitar o consumo de carnes processadas.
Consumo excessivo de gorduras, especialmente as gorduras trans, e baixo consumo de ácidos gordos essenciais	O consumo de gordura fornece energia, suporta o crescimento celular, protege os órgãos do corpo e o mantém quente. No entanto, o excesso de consumo de gorduras é prejudicial à saúde. Apesar de nos últimos 30 anos ter se acreditado que as gorduras saturadas eram um factor de risco para as doenças cardiovasculares. Pesquisas recentes sugerem um papel protetor de ácidos gordos saturados natural (como óleo de coco) em relação à saúde e doenças cardíacas. Pesquisas actuais sugerem claramente que o verdadeiro vilão em nossas dietas são os ácidos gordos transformados provenientes de óleos vegetais hidrogenados e margarina hidrogenada e não alimentos com gorduras saturadas naturais. Estudos científicos relatam que os ácidos gordos	A recomendação do consumo total de gordura é específica por grupo alvo⁵²: <u>0-6 meses de idade</u>: 40-60% da energia total; <u>6-24 meses de idade</u>: redução gradual para 35% da energia total; <u>2-18 anos de idade</u>: 25-35% da energia total; <u>Adultos</u>: 20-35% da energia total; Ingestão de ácidos gordos saturados: menos de 10% da	Em Moçambique, não existem dados suficientes sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) dos vários tipos de gordura e por grupos etários. Os únicos estudos que existem, categorizam as gorduras num único grupo que inclui os vários tipos de gorduras disponíveis. <u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade</u>: O relatório do IDS 2011 não apresenta resultados para o consumo de gorduras. Mas uma avaliação feita em 2017 nos Distritos da Beira e Dondo, mostrou que 79.5% das crianças dos 6-23 meses de idade em Dondo, e 76.8% na Beira consumiu, no dia anterior a entrevista, produtos da seguinte categoria: óleo alimentar, óleo de coco, margarina, manteiga, outros óleos/gorduras ou alimentos preparados com estes produtos. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.²⁰ <u>Consumo pelos agregados familiares em geral</u>: De acordo com o estudo de base 2013 do SETSAN, de âmbito nacional, 75% dos agregados familiares consumiu óleo nos 7 dias anteriores ao inquérito. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas⁴³. Sendo que as gorduras têm uma influência tanto positiva como negativa (dependendo do tipo de gordura e da quantidade ingerida) no risco das DNTs, e não há dados nenhuns em relação ao tipo e quantidade de gorduras consumidas por grupo alvo. Recomenda-se a realização de mais estudos/pesquisas sobre este assunto.

	saturados alimentares estão associados ao aumento do risco de DCV e também pioram a resistência à insulina. Foi relatado que uma ingestão de 2-3 g de ácidos gordos saturados aumenta o risco de doença coronariana em 21% e uma ingestão de mais de 5 g aumenta o risco em 25%.⁵¹ A meta-análise de ensaios controlados randomizados, estudos prospectivos de coorte e biomarcadores revelaram que o n-3 PUFA (ácido α-linolénico e ácido linoleico) estão inversamente associados à mortalidade e morbilidade por doença cardíaca coronária. As duas metanálises mais recentes publicadas em 2014 informaram que o PUFA n-3 tem um benefício cardioprotetor.⁵¹	ingestão diária de energia de adultos³⁶; Ingestão de ácidos gordos trans (óleos e gorduras hidrogenados): menos de 1% da ingestão diária de energia de adultos⁴⁴; A dieta deve fornecer uma ingestão adequada de PUFAs, isto é, entre 6 a 10% da ingestão diária de energia. Também deve haver um equilíbrio ótimo entre a ingestão de PUFAs n-6 e PUFAs n-3, isto é, 5-8% e 1-2% da ingestão diária de energia,	
--	--	---	--

		respectivamente.⁵³ A ingestão de ácido oleico, um ácido gordo monoinsaturado, deve constituir o resto da ingestão diária de energia das gorduras, para dar uma receita diária total de gordura variando de 15% a 30% da ingestão diária de energia.⁵³	
Consumo excessivo de açúcares simples	O excesso de consumo de açúcar é um dos principais contribuintes para a obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, mesmo em crianças.^{54 55 56}	As diretrizes da OMS recomendam que, adultos e crianças reduzam seu consumo de açúcares livres para menos de 10% de sua ingestão diária de energia (equivalente a cerca de 12 colheres de	As bebidas açucaradas são uma das maiores fontes de açúcar na dieta. O consumo deste tipo de bebidas tem vindo a aumentar na maioria dos países, especialmente entre crianças e adolescentes.⁵⁵ Como se pode ver pela imagem 1, a nível global, Moçambique está no grupo dos países com maior prevalência de adolescentes que bebem refrescos diariamente.⁵⁵ Apesar de não termos esta informação para as outras faixas etárias, uma avaliação feita em 2017 nos Distritos da Beira e Dondo, mostrou que 13.8% das crianças dos 6-23 meses de idade em Dondo e 16.2% na Beira consumiram refrescos no dia anterior a entrevista.²⁰ Para além dos refrescos, o mesmo estudo em cima mostrou que 22.7% das crianças dos 6-23 meses de idade em Dondo e 33% na Beira consumiram sumos empacotados (incluindo

		chá de açúcar de mesa para adultos).⁵⁷ As diretrizes sugerem reduzir ainda mais a ingestão de açúcares abaixo de 5% da ingestão diária de energia (cerca de 6 colheres de chá de açúcar de mesa para adultos) para benefícios adicionais para a saúde.⁵⁷	concentrados), e 43.3% das crianças em Dondo e 31.7% na Beira consumiram alimentos açucarados (como bolachas, chocolates, doces, bolos, etc) no dia anterior a entrevista.²⁰ Uma pesquisa formativa feita em 2 distritos urbanos na província de Nampula em 2017, mostrou que as raparigas adolescentes tendem a consumir diariamente fritos, doces, salgados, refrescos e outros alimentos processados e ricos em açúcares quando estão na escola.⁴⁸ De acordo com a análise secundária dos dados do IOF 2014/2015, em média, um adulto consome 51g de alimentos acucarados por dia. No entanto, esta analise é limitada porque não nos diz qual a quantidade (em gramas) de açúcar total consumido por dia. Para tal, a base de dados dos alimentos açucarados usadas no IOF também deveria incluir informação sobre os açucares totais em cada alimento. A análise secundária do IOF também mostrou que a quantidade (em gramas) consumida de alimentos açucarados, aumenta drasticamente com o quintil de riqueza (os mais ricos consomem mais e os mais pobres consomem menos), e é maior para os agregados familiares das zonas urbanas. Os alimentos açucarados mais consumidos foram os bolos (secos e cremosos), açúcar amarelo granulado e os sumos de pacote. Em termos de prevalência, os dados do IOF mostram que 70% dos AFs do quintile mais rico consumiu alimentos açucarados no dia anterior em comparacao com 28% do quintile mais pobre, e 13.2% dos AFs do quintile mais rico consumiu refrigerantes no dia anterior em comparacao com 0.3% do quintile mais pobre. É necessário que os próximos estudos/inquéritos a nível nacional, como o STEPS e o IOF, incluam uma lista comprehensiva de alimentos açucarados, incluam o conteúdo de açúcar de cada um destes, e colectem informação sobre o consumo destes alimentos para mais grupos etários, Os dados disponíveis parecem indicar que o nível de consumo de alimentos açucarados já
--	--	---	--

			começa a representar um problema em Moçambique, especialmente nos quintis de riqueza mais alto e nas zonas urbanas.
Consumo excessivo de sal (sódio)	A ingestão elevada de sódio tem sido associada a uma série de DNTs (incluindo hipertensão, doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais), e a diminuição da ingestão de sódio pode reduzir a pressão arterial e o risco de doenças coronarianas associadas. Os dados sobre a ingestão de sódio mostram que populações em todo o mundo estão consumindo muito mais sódio do que é fisiologicamente necessário. ⁵⁸	A OMS recomenda uma redução de <2g/dia de sódio (5g/dia de sal) em adultos e isso deve ser ajustado para baixo com base nas necessidades energéticas das crianças em relação às dos adultos ⁵⁸ .	Sendo que o consumo elevado de sódio é fortemente associado a hipertensão e os níveis de hipertensão em Moçambique são altíssimos e os mais altos de entre as DNTs, o consumo sal/sódio em Moçambique deve ser estudado com mais detalhe. O estudo STEPS 2014/15 de âmbito nacional, feito em populações de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade, mostrou que 26% dos participantes referiram adicionar, sempre ou frequentemente, sal/caldos salgados à comida já preparada, sendo esta prática dez vezes mais prevalente na província da Zambézia (63.7%) do que na de Cabo Delgado (6%). Não se observam diferenças relevantes ou consistentes em função do sexo, idade ou escolaridade dos participantes.¹⁵ Os dados do IOF 2014/2015 apresentam uma prevalência de consumo de sal/caldos pelos Afs ainda mais alta que o STEPS 2014/15. De acordo com o IOF, 38.5% dos AFs adicionou caldos/sal na sua comida no dia anterior. Esta prevalência é principalmente alta no quintil mais rico (47.6%) e nas áreas urbanas (54.9%). A análise secundária do IOF também mostrou que a quantidade (em gramas) consumida de sal/caldos por adulto por dia é de 3.6 gramas. Temos que considerar que vários outros alimentos, como o pão e alimentos ultra processados também incluem sal/sódio, e de acordo com o IOF, 38.3% dos AFs consumiu pão no dia anterior e 41.6% dos AFs consumiu alimentos ultraprocessados no dia anterior. Estas taxas aumentam drasticamente para os quintis de riqueza mais altos e para as zonas urbanas. Um estudo realizado em 2012 analisou o conteúdo de sódio numa amostra de pão de 25 padarias na cidade de Maputo. Os resultados mostram que o conteúdo médio de sódio no pão

			era de 450.3 mg/100 g.⁴⁶ Um total de 88 % das amostras não cumpriam com a meta definida na vizinha Africa do Sul (≤ 380 mg/100 g).⁴⁶ Estes dados indicam que o consumo de sal/sódio em Moçambique poderá estar acima das recomendações da OMS.
--	--	--	--

Tabela 2. Evidência de Intervenções Efetivas a Nível Global

Categoria	Tipo de Intervenções	Exemplos de Intervenções de Sucesso	Resultados Positivos
Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura	Políticas de Transporte e de Aumento da Disponibilidade de Espaços Públicos para atividades recreativas têm o potencial de aumentar os níveis de atividade física na população e, conseqüentemente, proporcionar benefícios significativos para a saúde. ^{35,59}	- Em 1995, na Colômbia, iniciou uma vasta transformação do ambiente urbano físico. Foi construído um total de 260 km e 16 rotas para bicicletas: “ Ciclovia ”, com vista a incentivar a prática de atividade física no dia-a-dia. ⁶⁰ - Em 2012, a cidade de Moscovo incluiu no plano de desenvolvimento da cidade à melhoria das ruas e dos espaços públicos de maneira que ficassem mais atraentes para os pedestres e praticantes de atividade física, e para incentivar as caminhadas implementaram uma iniciativa de restrição do estacionamento no centro da cidade (adicionando estacionamento pago, aplicação de regulamentos de estacionamento, etc.); ⁵⁹	As mulheres que geralmente participam na Ciclovia têm sete vezes mais chances de ser fisicamente ativas; ^{60,61}
	Políticas de rotulagem têm sido utilizadas com sucesso por vários países para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis	Nos Estados Unidos, os fabricantes de alimentos tiveram de listar o conteúdo de gordura trans em seus rótulos desde 2006.	O FDA estima que o consumo de gordura trans diminuiu cerca de 78% entre 2003 e 2012 após a entrada em vigor da rotulagem ⁶²

	Políticas que proíbem o uso de alguns produtos alimentares têm sido utilizadas com sucesso por vários países para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis.	A Administração Americana de Alimentos e Drogas (Food and Drug Administration, FDA) estabeleceu um prazo de 2018 para as empresas de alimentos para eliminar as gorduras trans (TFAs) de seus produtos. Este processo já está em vigor não apenas nos EUA, mas também em outros países. O movimento ocorre depois de décadas de pesquisa encontrando consumo de gordura trans é fortemente ligada à doença cardíaca e à obesidade	Uma revisão sistemática sobre o impacto das políticas que proíbem o uso de gorduras trans nos produtos alimentares mostrou que as Políticas destinadas a reduzir os TFAs no fornecimento de alimentos são efetivas e provavelmente reduzirão a carga de doenças relacionadas à dieta, particularmente entre os grupos socioeconômicos mais vulneráveis. Embora todas as abordagens políticas conduzam a reduções nos TFAs nos alimentos, as proibições de TFAs são provavelmente a abordagem política mais efetiva, econômica e equitativa para a redução de TFAs no fornecimento de alimentos
--	---	--	---

	Políticas que impõem taxas aos alimentos não saudáveis e reduziram o IVA de alimentos saudáveis têm sido utilizadas com sucesso por vários países para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis e, como tal, reduzir a prevalência de DNTs.	Em termos de atribuição de taxas aos alimentos, vários países adotaram o imposto sobre o açúcar e o imposto sobre o sal. A Finlândia adotou um imposto sobre o açúcar e a Hungria um imposto sobre o açúcar e sal. A Finlândia também adotou um corte de IVA para frutas, vegetais e peixes.	O FDA estima que o consumo de gordura trans tenha diminuído cerca de 78% entre 2003 e 2012, depois que a rotulagem entrou em vigor.⁶² Na Finlândia, o imposto sobre o açúcar causa, em média, uma redução de aproximadamente 13% na incidência de diabetes tipo 2 e uma menor redução na incidência de Doenças Cardiovasculares. Na Hungria, o consumo de alimentos processados diminuiu 3,4% devido ao imposto sobre os alimentos não saudável, enquanto o consumo de alimentos não transformados aumentou 1,1%. Os grupos de menor renda foram os mais recetivos à introdução do imposto. Na Finlândia, as taxas reduzidas de IVA para o peixe fresco, frutas e vegetais têm um efeito positivo da saúde, pequeno, mas estatisticamente significativo, reduzindo a incidência de Doenças Cardiovasculares e mortalidade cardiovascular. Além disso, eles descobriram que os efeitos sobre a saúde são mais pronunciados para indivíduos de baixa renda, e as reformas podem, portanto, reduzir a desigualdade na saúde.
Mass media	Quando combinadas com outras intervenções as campanhas de mass media têm um papel de suporte bastante importante para a promoção e alteração de comportamentos.³⁵	São Paulo, Brasil (1996-presente): Agita São Paulo, um programa baseado no marketing social para mudança de comportamento, foi criado para combater o sedentarismo no Estado de São Paulo promovendo o nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativa através de mensagens. Uma das mensagens principais do Programa é a importância da prática de 30 minutos de atividade por dia, pelo menos 5 vezes por semana.⁶³	Na província de São Paulo, o número de indivíduos ativos ou muito ativos aumentou 10,2% e mais de metade da população local tem conhecimento da campanha ⁶³. Instituído em 1995, este programa é considerado um modelo de referência em projetos de intervenção para promoção da atividade física, tendo servido de modelo para o "Agita Brasil" e para o "Agita Mundo", lançado em 2002 pela a Organização Mundial da

			Saúde.⁶³ O sucesso do programa foi atribuído à promoção de uma mensagem simples e clara, com base científica.⁶³
Sector da Saúde	Intervenções no cenário de cuidados primários de saúde variam muito em sua intensidade e, portanto, em sua eficácia. Intervenções mínimas de contato, como exames de saúde, aconselhamento de visita única ou distribuição de informações, geralmente não são eficazes.³⁵ No entanto, as respostas individuais podem variar dependendo do estado de "prontidão". Em conclusão, esse cenário é eficaz na modificação de fatores de risco com intervenções moderadamente intensas que fornecem consultas crônicas sobre DNTs com acompanhamento por pessoal treinado e informações direcionadas. O potencial desse cenário em países de baixa ou média renda ainda é desconhecido mas uma possibilidade de explorar.³⁵	"The Green Prescription" ou "Receita Verde" é uma intervenção na Nova Zelândia com o objetivo de atingir pessoas fisicamente inativas que procuram atenção primária à saúde. Uma breve consulta com um profissional de cuidados primários envolve uma discussão sobre os benefícios do aumento da atividade física e do acordo conjunto sobre os objetivos. O objetivo acordado é então "prescrito" para o paciente em papel verde e enviado por fax para a fundação desportiva local. Os especialistas em exercícios acompanham pelo menos três telefonemas e o participante recebe boletins informativos trimestrais, delineando as oportunidades de atividade com a fundação.³⁵	Os resultados mostraram um aumento de 975 kcal / semana no gasto energético total entre os participantes do grupo de intervenção e um aumento no gasto energético de lazer de 247 kcal / semana. O tempo de lazer em minutos de atividade física também aumentou em 33,6 minutos por semana, e aqueles no grupo de intervenção relatam uma maior sensação de bem-estar. A Receita Verde tem mostrado ser eficaz na mudança de comportamento de atividade física e na qualidade de vida autorreferida, além de ser custo-efectiva. O sucesso do programa é corroborado pelo fato de que, desde que foi testado pela primeira vez em 1995, agora opera em todo o país na Nova Zelândia³⁵

Ambiente Escolar	A educação nutricional, a promoção de dietas saudáveis na escola, a disponibilidade de frutas e vegetais (muitas vezes sem custo) nas refeições escolares, o envolvimento dos pais nas actividades deste género nas escolas, e atividades práticas relacionadas com alimentos no ambiente escolar, como hortas e/ou demonstrações culinárias, podem aumentar o conhecimento das crianças, praticar alimentar e seu estado nutricional.³⁵ Há também evidências que mostram que as intervenções implementadas nas escolas para aumentar a atividade física podem ser bem-sucedidas.	Os programas <i>CATCH</i>⁶⁴, e <i>Pathways</i>⁶⁵, implementados em escolas nos Estados Unidos e <i>Know Your Body</i>, implementado em escolas na Grécia, são exemplos de intervenções abrangentes e multidirecionadas, baseadas na escola e com foco na dieta e na atividade física. Os programas incluíam a componente de currículos melhorados e lecionados por professores capacitados, uma componente de atividade física e refeições mais saudáveis oferecidas na cantina da escola (<i>CATCH</i> e <i>Pathways</i>). Havia também um forte enfoque no envolvimento dos pais.³⁵	Os programas mencionados demonstraram melhorias significativas no conhecimento e nas escolhas alimentares dos alunos. Crianças do programa <i>Know Your Body</i> demonstraram reduções substanciais na ingestão de gordura alimentar, especialmente gorduras saturadas, e aumentos de quatro a cinco vezes na atividade física. A avaliação de processo do programa <i>Pathways</i> mostrou que a intervenção foi implementada com sucesso: bom alcance e alta cobertura e fidelidade de intervenção. O facto de terem sido os professores a implementarem as intervenções tornou os programas sustentáveis e económicos. Dos componentes familiares, os eventos na escola foram os mais bem-sucedidos.
Ambiente de Trabalho	O local de trabalho é o local ideal para oferecer aos funcionários atividades estruturadas e planeadas para melhorar a sua saúde. Algumas intervenções que mostraram impacto positivo são: promoção de uma alimentação saudável no local de trabalho e fornecimento de alimentos saudáveis, sem custo ou a preços mais baixos.³⁵	Nos Estados Unidos, programas como o <i>Treatwell 5-a-day</i> é um programa multi-componente baseado no modelo socio-ecológico que promove hábitos alimentares saudáveis (aumento do consumo de frutas e vegetais e diminuição do consumo de alimentos ricos em gordura) no ambiente de trabalho.³⁵ O programa inclui exposição a campanhas nacionais de media, sessões de grupo (10-30min), atividades de educação alimentar, distribuição de informação sobre alimentação saudável, programas voltados para a mudança de comportamento individual neste âmbito, assim como mudanças no ambiente de trabalho (disponibilidade alimentar, com opções saudáveis)	O consumo total de frutas e vegetais aumentou significativamente, 19%, nos trabalhadores que tinham o grupo familiar envolvido e 7% nos trabalhadores sem familiares envolvidos.

Comunidades	Algumas intervenções que mostraram impacto positivo (aumento no conhecimento, acesso, e consumo de alimentos saudáveis, principalmente fruta e vegetais e do exercício físico) são: Educação nutricional comunitária, Hortas familiares e comunitárias⁶⁶ e Promoção de exercício físico, através de caminhadas comunitárias³⁵	O Programa “Kids Growing Healthy (GHK)”, com o objectivo de prevenir a obesidade infantil entre crianças latinas de baixa renda nos EUA: a intervenção piloto incluiu uma sessão semanal sobre hortas, uma oficina de culinária e sobre nutrição durante 7 semanas e eventos sociais para pais e filhos.³⁵ O Programa “California Healthy Cities (CHC)”: criou-se hortas em resposta a um pedido de propostas para melhorar a dieta comunitária e a atividade física, ou a segurança alimentar.³⁵ “Pasos Adelante” é uma campanha de participação comunitária para a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis nos países fronteiriços entre os Estados Unidos da América e o México. A intervenção consistia em profissionais comunitários de saúde darem aulas educativas semanais sobre alimentação saudável e organizarem caminhadas com as comunidades.⁶⁷	Os resultados do GHK mostraram que 17% das crianças obesas ou com excesso de peso melhoraram o seu valor de IMC. De acordo com os relatos dos pais, houve um aumento de 146% (p <0,001) na disponibilidade de frutas e vegetais e aumento do consumo de frutas (28%; p <0,001) e vegetais (33%; p <0,001) entre crianças de famílias que participam do programa GHK. Os resultados do programa CHC mostraram um aumento no consumo de frutas e vegetais de 3.4 para 3.8 porções por dia (10%). Os resultados do programa “Pasos Adelante” mostraram um aumento no tempo médio de actividade física (para 120 minutos) e um aumento no consumo de frutas e vegetais em quatro porções por pessoa por semana.
-------------	--	---	---

Locais de Venda/Comércio	Apesar de poucos, há exemplos de intervenções em locais de venda com o objectivo de aumentar o acesso a alimentos saudáveis, através de uma redução no custo, maior disponibilidade de alimentos saudáveis, e de aumentar o conhecimento, informação e capacidade de escolha de alimentos saudáveis através de intervenções que educam tanto o consumidor como o vendedor e que, conseqüentemente, levam a um maior consumo de alimentos saudáveis.	Uma revisão sistemática da literatura, identificou 16 estudos que mediram o impacto de várias intervenções relacionadas com locais de venda de pequeno tamanho localizados em áreas acessíveis por pessoas de baixa renda nos Estados Unidos e que mostraram alguns efeitos positivos nos seguintes indicadores: disponibilidade de alimentos mais saudáveis nos locais de venda, compra de alimentos mais saudáveis e mudança no IMC. Estas intervenções eram compostas por: promoção de certo tipo de alimentos (através do abastecimento de alimentos saudáveis e descontos para alimentos frescos), promoção e educação nutricional (através de material visual variado no local de venda, demonstrações culinárias ou degustação de alimentos), formação dos donos dos locais de venda em noções de nutrição-saúde e negócio, entre outras intervenções em termos de melhoria de infraestrutura (refrigeração) e redução do custo de alimentos.⁶⁸	A revisão sistemática mostrou que alguns estudos demonstram de um lado melhorias consistentes na disponibilidade e venda de alimentos saudáveis, e de outro lado aumento na compra e consumo de alimentos mais saudáveis e maior conhecimento por parte do consumidor. A maioria destes estudos usaram uma combinação de várias intervenções. Outros estudos mostraram que redução de preços através de descontos, cupões, senhas e empréstimos, aumentam a procura e consumo de alimentos saudáveis.⁶⁸
---------------------------------	--	--	--

Tabela 3. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Alimentação Saudável: oportunidades e lacunas

Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Políticas que promovem/ incluem a promoção de uma alimentação saudável	• ESAN II (em revisão) • PAMRDC • PNAI, ENAI e CCSLM • Estratégia de Comunicação para Mudança Social e de Comportamento (ECMSC) • BR N. 9/2016 de 18 de Abril, I Série (Fortificação dos Alimentos) • Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis	Documentos legais e orientadores que servem de base para a melhoria da nutrição da população moçambicana: ESAN II – Produção, acesso, uso e utilização de alimentos; PAMRDC – Abordagens multisectoriais específicas para o combate à desnutrição crónica, que, por sua vez, é um factor de risco para as DNTs; PNAI, ENAI e CCSLM – Documentos orientadores para a alimentação infantil adequada, desde o aleitamento materno à alimentação complementar, como factor protector das DNTs; ECMSC – Base orientadora para implementação harmonizada de programas de CMSC; Decreto 9/2016 (Fortificação dos Alimentos) – Combate à deficiência de micronutrientes, com vista à melhoria do estado nutricional da população; Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNTs – Reconhecimento da alimentação não saudável como um factor de risco para as DNTs	Parte dos documentos referidos (ESAN, PAMRDC, PNAI e ENAI) está neste momento em fase de revisão/elaboração, o que permite a inclusão da componente de alimentação saudável e a abordagem simultânea a determinados alimentos (ultraprocessados processados), que possam prejudicar a saúde. ECMSC- extensão da estratégia de comunicação de modo a que inclua a malnutrição; ENAI- abordar sobre as desvantagens do consumo dos alimentos processados e possível relação com as DNTs; Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNTs - inclusão de acções específicas relativamente à alimentação saudável	A maior parte dos documentos estão virados a alimentação infantil e de modo geral com poucas acções e intervenções de alimentação ligadas ao combate as doenças não transmissíveis ESAN - não aborda na especificidade quais alimentos saudáveis a produzir (frutas, vegetais, cereais, alimentos biofortificados;)
Política/Legislação de Rotulagem e de Publicidade de géneros alimentícios	• BR N. 15/2006 de 22 de Junho, I Série (Capítulo II – Rotulagem e Publicidade) • BR N. 35/2016 de 31 de Agosto, I Série (Código de Publicidade)	Documento legal que induz a obrigatoriedade da indicação, no rótulo, de todos os ingredientes, assim como a composição nutricional de alimentos embalados, em língua portuguesa, de forma legível e compreensível de modo a permitir que o consumidor faça uma escolha consciente;	Através do Diploma Ministerial entre o MISAU e o MIC (DM 51/84 de 3 de Outubro, I Série), existe a possibilidade de reforçar a componente da fiscalização de modo a fazer cumprir a lei e a garantir um maior controlo de publicidades enganosas e da informação disponibilizada ao	Deficiência na divulgação do decreto e no controlo do cumprimento do mesmo o que, dada à falta de conhecimento (ou de rigidez no controlo do seu cumprimento) leva ao seu incumprimento da lei por parte das empresas alimentícias a

	DM 51/84 de 3 de Outubro, I Série entre MISAU e MIC	O mesmo decreto proíbe a publicidade de géneros alimentícios nos meios de comunicação social que adoptem denominações, termos, frases ou desenhos publicitários susceptíveis de enganar o consumidor quanto à verdadeira natureza do produto ou que atribuam propriedades medicamentosas e/ou terapêuticas a produtos alimentares que não as tenham;	consumidor à cerca de cada produto. Com a aprovação da estratégia e implementação do plano de acção que vai desde advocacia e capacitação a todos os níveis sobre as violações no campo dos produtos de género alimentício, um maior controlo da publicidade será permitido - de maneira a que a mesma não engane a população sobre os benefícios ou danos de produtos alimentares à saúde	operar em Moçambique. Perigo da promoção de alimentos fortificados: estaremos a incentivar o consumo de alimentos que deverão ter o seu consumo moderado por conferirem prejuízo à saúde quando consumidos em excesso quando incentivamos o consumo do “alimento fortificado”?
Política/Legislação para impostos sobre géneros alimentícios que causam dano ou prejuízo à saúde de consumidor	Lei da autoridade tributária de Moçambique 17/2009	Com os impostos aplicados a alguns produtos de género alimentícios, ver a possibilidade de incluir alimentos com alto teor de sal, açúcar adicionado e gordura transformada (quantidades por determinar) por causarem prejuízo comprovado à saúde do consumidor, de modo a encarecê-los e, consequentemente, reduzir o seu consumo.	Possibilidade de incluir alimentos que causam prejuízo comprovado à saúde pública, nomeadamente, alimentos com alto teor de sal, de açúcares adicionados e de gorduras transformadas.	Inexistência de qualquer tipo de taxa ou controlo sob alimentos que causam prejuízo à saúde pública.
Política/legislação que subsidie a produção/compra de alimentos que promovam a saúde do consumidor	Subsídio de insumos e materias primas para produção de productos agrícolas	A existência de subsídios ou incentivos à produção de alimentos ou produtos que façam parte da cadeia de valor de alimentos considerados prioritários a nível do sector de saúde (em função da saúde da população) faria com que estes alimentos pudessem ser produzidos e consumidos em maiores quantidades, em detrimento àqueles que causam dano ou prejuízo à saúde.	Advocar/sensibilizar para que os incentivos sejam utilizadas em benefício da saúde da população de maneira a que os productos estejam acessíveis a população em geral	Inexistência deste benefício a nível do consumidor.
Políticas que promovem a produção de alimentos saudáveis	- PEDSA - PNISA - PODA	Planos nacionais para o investimento e desenvolvimento no sector agrário, onde são identificados os produtos prioritários para o País no sector da produção.		Não contemplação de produtos biofortificados nem de frutas (à excepção da banana) na lista de produtos estratégicos identificados para o desenvolvimento e investimento no sector agrário.
Estratégias de	Estratégia Nacional de	Inclui a transferência de renda para famílias	De momento em fase de revisão,	A falta de controlo sob o valor

Ação/Protecção Social	Segurança Social Básica II (2016-2024)	de crianças vulneráveis (dos 6-24 meses de idade).	dando possibilidade de indagar mecanismos eficazes para garantir que a transferência de renda seja específica para compra de alimentos saudáveis. Ex: Fornecimento de cestas básicas de valor equivalente ao fornecido; Sistema de senhas que as famílias poderão usar apenas em estabelecimentos de comércio de géneros alimentares; (UNICEF vai fazer um estudo piloto com a ILO para garantir que a renda é usada para a compra de alimentos saudáveis)	transferido não permite garantir que o mesmo é usado a favor da saúde da criança vulnerável.
Políticas/Estratégias que promovem Saúde/Alimentação Saudável nas Escolas	• Estratégia de Saúde Escolar • PRONAE	Aborda aspectos relevantes à alimentação e saúde nas escolas. O PRONAE inclui três pilares de actuação: 1) produção local de alimentos para o abastecimento das escolas; 2) fornecimento de lanches escolares e 3) educação nutricional.	Revisão da composição dos lanches fornecidos às escolas (garantia da qualidade nutricional dos lanches); Assegurar que se aborde temas sobre a alimentação saudável nos currículos escolares; Incentivo à produção de alimentos a nível das escolas (programas educativos); Extensão do PRONAE a mais escolas do país;	Falta de legislação que limite ou proíba a venda de alimentos altamente processados nas cantinas e proximidades das escolas; Limitação de alcance do PRONAE; Falta de controlo sob consumidores de alimentos destinados aos alunos (ex. árvores de fruta nas escolas);
Políticas/legislação que favoreçam a alimentação (saudável) no ambiente laboral	• Lei do trabalho • Regulamento da Segurança Social Obrigatória (Licença de maternidade, 1h diária para aleitamento materno)	A lei do trabalho preconiza a criação de condições para o trabalhador poder alimentar-se no local de trabalho.	A presente Estratégia prevê a criação do espaço e da oportunidade para advogar a pequenas intervenções que permitam que os trabalhadores de todos os sectores possam ter condições para ter uma alimentação saudável no local de trabalho;	Incumprimento de critérios da Segurança Social Obrigatória por parte de algumas empresas/instituições;
Guias e documentos de orientação para a alimentação saudável	• Cartaz “A Nossa Alimentação • “Tabela Moçambicana de Composição de	O cartaz “A Nossa Alimentação” dá directrizes claras de como deve ser uma alimentação equilibrada (tendo o contexto de Moçambique).	Desenvolver um guião alimentar para a população moçambicana, discriminado por faixa etária (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos), que servirá como	A tabela de composição de alimentos, nunca foi actualizada desde a sua elaboração (1998)

	Alimentos • Guia alimentar para crianças dos 0 aos 24 meses	A tabela Moçambicana de Composição de Alimentos, ainda que desactualizada, tem como objectivo fornecer informação sobre a composição nutricional dos mais variados produtos consumidos em Moçambique. O guia alimentar a ser desenvolvido este ano permitirá uma melhor orientação para aquelas que deverão ser as recomendações no que respeita à alimentação de crianças de 0-24 meses	base de recomendações para uma alimentação saudável no contexto de Moçambique	Não existe nenhum guia alimentar específico para a população moçambicana. Já existe o plano aprovado para a elaboração de um guia, contudo, este inclui apenas a infância.
Sector de Saúde				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Intervenções nas Unidades Sanitárias na área da prevenção e controlo de DNTs (relacionadas com a alimentação)	• Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis • Consultas de doenças crónicas; • Rastreio das DNTs • Consulta de Nutrição	O Plano Estratégico mencionado prevê o controlo dos factores de risco relacionados com o surgimento das DNTs. A consulta das doenças crónicas é o espaço onde o controlo de pacientes com doenças crónicas é realizado – controlo este que deveria incluir a componente de educação alimentar e respectivo acompanhamento.	Trabalho conjunto entre os diferentes departamentos (DNTS, DN, Desporto, etc) para abordagem comum e concisa com foco não só no tratamento como também na prevenção das DNTs. Capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da promoção de comportamentos preventivos, onde se insere com grande destaque a alimentação saudável e a prática regular de actividade física, para o combate às DNTs apoio na recuperação de outras patologias, promovendo assim, uma vida longínqua.	Carência de uma abordagem preventiva nos Sistema de Saúde: -O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis não faz qualquer tipo de menção à alimentação; -Durante as consultas não se faz promoção da alimentação saudável, da actividade física, nem se alerta sobre comportamentos de risco para esta doença.
Sector Privado e Sociedade Civil				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Intervenções com o Sector Privado e Sociedade Civil para potenciar a produção e o consumo de alimentos saudáveis, em detrimento dos outros	• Adecon • ProConsumer	Associações da sociedade civil, formadas e empoderadas para a defesa e educação do consumidor	Consumidor informado = consumidor consciente	Associações ainda pouco conhecidas e reconhecidas pelo consumidor
	Projectos financiados pela DFID: CPSP, e AgDEvCo que providenciam financiamento e apoio	Quanto mais produção de ovos, peixe, frutas, vegetais, alimentos fortificados – maior a disponibilidade e o acesso destes alimentos para a população	Partilhar as experiências positivas e advogar para expansão das mesmas em todo o tipo de empresas relacionadas com géneros alimentícios	Só abrangem algumas empresas, são poucos os casos de sucesso medido até à data

	técnico as empresas para produzirem alimentos saudáveis			
Intervenções de Mass Media				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Programas de televisão/rádio que abordem temas ligados à saúde, incluindo tópico “Alimentação e/ou Nutrição”	- Programa de TVM sobre nutrição e saúde ; “Saúde e Bem Estar” (TIM); “Belas Manhãs” (Miramar); “Manhãs Alegres” (STV); “Vidas em Directo” (STV); 1 Minuto de nutrição (STV, TVM, RM); “Tudo às 10” (TVM); “Moçambique em Concerto”;	Os <i>mass media</i> são plataformas de sucesso para a difusão de informação comprovada por captarem, em curto intervalo de tempo, uma grande audiência. Passar mensagens correctas e usar estes meios para promover estilos de vida saudável e sensibilizar a população é sem dúvida uma mais valia.	Criação de parcerias com canais/programas de interesse onde fosse possível passar, numa base regular, mensagens e informações importantes e actualizadas sobre a alimentação e estilo de saudável nos mais variados formatos (entrevistas, demonstrações culinárias, programas de entretenimento, publicidades, etc) para as diferentes faixas etárias.	Falta de conhecimento de alguns apresentadores sobre temas ligados a nutrição; Falta de criatividade no desenho da programação;
Intervenções nas Escolas				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Alimentação escolar	PRONAE - A decorrer em alguns distritos do País e algumas escolas	Através do PRONAE eleva-se a produção e consumo de alimentos localmente disponiveis, bem como informação sobre alimentacao e nutrição	Apesar da alimentação ser muito básica (arroz e feijão), há uma oportunidade de inclusão de alimentos mais saudáveis (como fruta) no lanche escolar	Existência de diferentes manuais de educação nutricional a nível das escolas, ocasionando confusão entre os alunos e os próprios professores
Intervenções no Ambiente de Trabalho				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Nutrição na força de trabalho	“Promoção de estilo de vida saudável no ambiente de trabalho” (MISAU) Projecto da GAIN “Nutrição na Força de Trabalho”	Projectos que visam ao incentivo da alimentação saudável e de um estilo de vida activo no local de trabalho.	Aproveitar que a lei do trabalho está a ser revista para propor a adição de nutrição na força de trabalho (MISAU e GAIN). Criando facilidades para alimentação saudável.	Não existe actualmente uma lei em Moçambique que mencione a nutrição na força de trabalho

Intervenções nas Comunidades				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Intervenções sobre alimentação infantil	Realização de Educação nutricional e demonstrações culinárias	Através das intervenções de E.N e demonstrações culinárias a comunidade dota de conhecimentos sobre a selecção e preparação de alimentos saudáveis	Possibilidade de incluir demonstrações culinárias saudáveis para alimentação da população adulta	A não observância (durante as palestras) da relação de uma alimentação não saudável na infância com o aparecimento das doenças crónicas
Locais de Venda				
	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
	Apoio ao conselho municipal mediante acções comunitárias q promovam a saúde pública (mercado de mavalane, benfica, 1 de junho).- Cruz roja	Através das palestras e campanhas porta-a-porta o projecto sensibiliza a mudança social e de comportamento em torno dos hábitos de higiene, saneamento do meio e alimentação.	Abranger as actividades a nível nacional como também formação dos vendedores de modo a que os mesmos aumentem a venda de produtos alimentares mais saudáveis.	

Tabela 4. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Actividade Física: oportunidades e lacunas

Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura				
Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Políticas que promovem uma maior actividade física	1) Estratégia de revitalização do desporto; 2) Lei do Desporto; 3) Estratégia de Implementação da Política do Desporto (EIPD) 2013-2020;			
Planos de infraestrutura dos Concelhos municipais das cidades	Espacos públicos para exercício na marginal da cidade de Maputo		Expandir esta iniciativa para mais cidades Incluir espaços para desportos	Moradores dos bairros periféricos não têm acesso a infrastuturas para maior actividade
Planos de infraestrutura das Direcções Provinciais de Obras Públicas				
Intervenções de Mass Media				
Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Programas de televisão	- Ginástica da TVM das 5-6 am (todos os dias); - Saúde e bem estar sobre exercício físico (INEF);			Necessidade de se fazer mais programas de rádio e televisão
Programas de rádio				
Intervenções nas escolas/ para crianças e adolescentes				
Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas

Organizações que promovem vários tipos de desporto com adolescente e jovens	Espaços das grandes escolas públicas têm sido privatizados por entidades externas à comunidade escolar - Rede Organizacional de Desportos para o Desenvolvimento; - Fundação Lurdes Mutola; - Fundação Clarisse Machanguana; - Futebol Dá Força; - Pro-Sport; - Beyond Sport; - Right to Play; - Favela United;	Estes espaços existem e podem ser utilizados para a promoção da actividade física e de vários tipos de desportos tanto para a comunidade escolar como para moradores das redondezas Promoção de vários tipos de desporto com adolescente e jovens nas escolas em todas as Províncias e no meio rural e urbano	Permitir o acesso facilitado a estes espaços por parte da comunidade escolar (alunos, professores, funcionários) Se os dados forem positivos: oportunidade de expansão para mais áreas do País e inclusão de outros grupos etários	Ao serem privatizados, estes espaços foram tornados completamente independentes das Escolas em que se inserem, roubando o espaço anteriormente existente e funcional para a prática de actividade física/desporto aos estudantes
Intervenções no ambiente de trabalho				
Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Espaços/iniciativas no local de trabalho que permitam a prática de actividade física por parte dos funcionários	Iniciativa de implementar ginásios a céu aberto para os funcionários do Ministério da Saúde Ações de promoção e sensibilização sobre a importância da actividade física como um dos factores de protecção para as DNTs/risco do sedentarismo principalmente nos locais de trabalho onde as	Esta intervenção é relevante na medida em que oferece aos funcionários um espaço agradável, acessível em termos de valor (custo zero) e relativamente perto do local de trabalho onde podem praticar actividade física	Advocar para que esta iniciativa seja aprovada, reconhecida e estendida a mais sectores; Divulgar intervenção e expandir a mais sectores.	Ainda não foi aprovada; Está limitada aos espaços disponíveis existentes bem como interesse e aprovação por parte dos municípios para utilização dos mesmos; Não existem resultados publicados desta intervenção, pelo que não sabemos se é eficaz ou não;

	actividades laborais são tipicamente sedentárias feitas pela Direção Nacional de Saúde Pública.	Esta intervenção é relevante na medida em que trabalhadores, ainda que apenas dos ministérios, já são expostos a este tipo de sensibilizações no local de trabalho, local onde passam a maior parte do tempo e onde recebem grande parte da informação durante o dia.		
Educação para os trabalhadores sobre a importância da actividade física				
Intervenções nas comunidades (rurais e urbanas)				
Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Organizações que promovem vários tipos de desporto com adolescente e jovens Organizações que promovem a actividade física entre adultos e idosos	Núcleos Desportivos (organizados e dinamizados pelo INADE) - Rede Organizacional de Desportos para o Desenvolvimento; -Fundação Lurdes Mutola; - Fundação Clarisse Machanguana; - Futebol Dá Força; - Pro-Sport;	Promoção de vários tipos de desporto com adolescente e jovens nas comunidades em todas as províncias e no meio rural e urbano	Coordenação entre as várias entidades e parceiros para que os esforços sejam conjuntos e, assim, potenciados, para maior e melhor eficácia destas iniciativas em termos de alcance (expansão para mais grupos alvos e áreas abrangidas) e impacto Se os dados forem positivos: oportunidade de expansão para mais áreas do País e inclusão de outros grupos etários	Grande parte destas iniciativas/actividades não é monitorada/avaliada, não permitindo assim a quantificação, em números, do seu impacto, os casos de sucesso e as lacunas que podem ser melhoradas e adaptadas para maior e melhor eficácia

	- Beyond Sport; - Right to Play; - Favela United; - Programa do NIAFS com idosos			
--	--	--	--	--

Plano de Acção para Implementação da Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde (Parte 2 do documento)

