



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

---

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

# Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde 2019-2023

Maputo, Maio de 2018

## FICHA TÉCNICA

© Maio 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](http://www.misau.gov.mz)

Direcção

Dra. Rosa Marlene Cuco, Directora Nacional de Saúde Pública

Autores:

Ministério da Saúde/ Departamento de Nutrição

Colaboradores:

Ministério da Indústria e Comércio

Instituto Nacional de Normalização e Qualidade

Ministério da Educação e desenvolvimento Humano

Universidade Pedagógica

Centro de Investigação em Desporto e Actividade Física

Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)

## 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.

**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.

**Atividade 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.

**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). Quase todas são provocadas por aterosclerose, ou seja, pelo depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias que dificultam a circulação sanguínea nos órgãos e podem mesmo chegar a impedi-la.

**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 atividade física, o tabagismo, o consumo de álcool e o comportamento sexual.

**Hipertensão Arterial (HTA)** - É uma doença crônica não transmissível que ocorre quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, sendo considerado hipertensão o valor igual ou superior a 140/90 mmHg (pressão sistólica/pressão diastólica) em três medições consecutivas.

**Malnutrição** - Condição nutricional caracterizada pela falta de equilíbrio na quantidade e qualidade dos alimentos consumidos e, conseqüente, 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** - é uma doença não transmissível caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal associada a um risco para a saúde

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

**Sedentarismo** - é a falta de atividade física suficiente que pode afetar potencialmente a saúde de uma pessoa.

**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 Ativa** - também conhecida como mobilidade ativa, é uma abordagem de mobilidade com enfoque na atividade física (caminhar ou andar de bicicleta), contrariamente aos meios de transporte motorizados e dependentes de combustíveis

## Acrónimos

AF: Actividade Física

DCV: Doenças Cardiovasculares

DDNT: Departamento de Doenças Não Transmissíveis

DM: Diabetes *mellitus*

DMD: Departamento de Medicina Desportiva

DN: Departamento de Nutrição

DNT: Doenças Não Transmissíveis

FAO: Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

IMC: Índice de Massa Corporal

HTA: Hipertensão arterial

MASA: Ministério de Agricultura e Segurança Alimentar

MISAU: Ministério da Saúde

MIC: Ministério da Indústria e Comércio

MTC: Ministério dos Transporte e Comunicações

MTADR: Ministério da Terra Ambiente e Desenvolvimento Rural

MJD: Ministério da Juventude e Desporto

MOPHRH: Ministério das Obras Públicas e Habitação e Recursos Hídricos

MINEDH: Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano

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

OMS: Organização Mundial da Saúde

SNS: Sistema Nacional de Saúde

# Índice

Prefácio.....	3
Agradecimentos .....	4
1. Introdução .....	5
1.1. Justificativa.....	6
2. Análise da Situação das DNTs em Moçambique .....	8
2.1. DNTs em Moçambique.....	8
2.1.1. Excesso de Peso e Obesidade .....	9
2.1.2. Diabetes Mellitus .....	9
2.1.3. Hipertensão .....	9
2.1.4. Colesterol .....	Error! Bookmark not defined.
2.2. Factores de Risco das DNTs em Moçambique .....	10
2.2.1. Alimentação Não Saudável .....	10
2.2.2. Inatividade Física .....	11
2.2.3. Consumo de Alcool .....	13
2.2.4. Consumo de Tabaco .....	13
2.2.5. Outros Factores de Risco Relevantes para Moçambique: .....	14
2.3. Intervenções e Políticas Relevantes em Curso em Moçambique que Promovem a Alimentação Saudável e Actividade Física: oportunidades e lacunas .....	16
3. Evidência de Intervenções Efectivas a Nível Global .....	16
4. Orientação Estratégica.....	18
4.1. Missão e Visão .....	18
4.2. Objectivo Geral e Objectivos Específicos.....	18
4.3. Objectivos Estratégicos e Resultados Esperados.....	18
4.3. Ações Estratégicas.....	Error! Bookmark not defined.
5. Mecanismos de implementação e coordenação .....	20
6. Considerações Finais.....	22
7. Referências.....	23
8. Apêndices .....	25

Tabela 1. Factores de Risco Relacionados com a Alimentação Não Saudável em Moçambique .....	25
Tabela 2. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Alimentação Saudável: oportunidades e lacunas (a ser preenchida) .....	35
Tabela 3. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para a Actividade Física: oportunidades e lacunas (a ser preenchida) .....	48
Tabela 4. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Consumo de álcool e tabaco: oportunidades e lacunas (a ser preenchida).....	50
Tabela 5. Evidência de Intervenções Efetivas a Nível Global .....	52
9. Anexos .....	57
Tabela 6. Diabetes, em participantes com idade entre 25 e 64 anos .....	57
(STEP 2014/15).....	57
Tabela 7. Hipertensão arterial, em participantes com idade entre 25 e 64 anos .....	57
(STEP 2014/15).....	57
<b>Plano de Acção para Implementação da Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde .....</b>	<b>58</b>



## 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 (protetor 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 2017-2021 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 Saude (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 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, aos \_\_\_\_\_ de Maio de 2018

A Ministra da Saúde

---

## **Agradecimentos**

*O Ministério da Saúde agradece a todos os membros do grupo técnico de trabalho que tornaram possível a elaboração da presente estratégia.*

*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 nestes níveis de implementação, incluindo a nível comunitário.*

# 1. Introdução

Até o 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.(OMS, 2015b)

A alteração dos padrões alimentares (transição nutricional), caracterizada pela substituição de uma dieta abundante em alimentos ricos em vitaminas e minerais tais como frutas e vegetais, e de cereais ricos em fibra, por uma dieta rica em alimentos de origem animal, especialmente as carnes processadas, baseada em alimentos industrializados e ultraprocessados, ricos em gordura saturada, gordura transformada, açúcar e sódio, 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.(Press, 2002)

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.(Lachat et al., 2013) 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. (OMS, 2017)

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.(OMS, 2017)

## 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 uma percentagem de 28% das mortes totais do País. Destas mortes, e tendo em consideração que 66% são consideradas prematuras (antes dos 70 anos), 12% são devidas a doenças cardiovasculares, 3% a cancro e doenças respiratórias, 2% diabetes e 7% para outras DNTs. (OMS, 2017)(OMS, 2014) Uma pesquisa de 2001 em 4 cidades de Moçambique mostrou que o peso das doenças não transmissíveis variou entre 13,1% e 24% das mortes.

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 mais predominante de mortalidade (73,6% mortes totais), as doenças não transmissíveis representam 13,4% do total de mortes nas crianças no País.

Para além das mortes, os tratamentos médicos como o facto destas doenças comprometerem a produtividade e o desenvolvimento cognitivo do indivíduo, conferem um peso económico e social muito grande para o País. (MISAU, 2014) A Federação Internacional de Diabetes, estimou que os custos de cuidados de saúde aos doentes diabéticos em Moçambique, foram de, a nível individual, \$273.6 dólares americanos ou 75% do PIB per capita. Os gastos na compra de insulina, num período de 18 meses (entre 2001 e 2003) representaram 10% das despesas públicas em aquisição de medicamentos. (MISAU; International Insulin Foundation, 2009)

Ao mesmo tempo que Moçambique apresenta um crescimento na prevalência das DNTs o País continua a apresentar uma taxa muito elevada de desnutrição crónica (43% em crianças menores de 5 anos, de acordo com o IDS 2011). A este cenário, onde a desnutrição e o excesso de peso/obesidade, e/ou DNTs provenientes da alimentação coexistem dá-se o nome de “duplo fardo da malnutrição” ou em inglês, pela expressão mais conhecida, *double burden of malnutrition*. Efetido na epidemiologia e apoiado por evidências, 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 não transmissíveis como a diabetes e doenças cardiovasculares em adulto. O estudo “Custo da Fome”, realizado em Moçambique pelo Programa Alimentar Mundial (2017), calculou que o custo da desnutrição crónica equivale a mais de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) de Moçambique, o que corresponde a cerca de 1,600 Milhões dólares.

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. (ONU, 2015)

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 e Juventude e Desportos, com o Sector Privado, Organizações da Sociedade Civil, parceiros de cooperação nacionais e internacionais entre outros intervenientes, visto que todas elas dispõem de ferramentas que concorrem para melhorias da alimentação Saudável e actividade física.

## 2. Análise da Situação das DNTs em Moçambique

Nesta secção fez-se uma análise de maneira a demonstrar qual a prevalência e tendência das DNTs em Moçambique, os grupos alvos mais afectados e respectivas características e os principais factores de risco, dando especial enfoque à dieta e à actividade física. Também aqui são identificadas as intervenções relevantes já em curso no País, todas as oportunidades e lacunas relevantes para posterior ação. A análise feita nesta secção permitirá que se entenda melhor o problema e, assim, desenhar intervenções específicas e mais direccionadas.

### 2.1. DNTs em Moçambique

Na tabela 1 são apresentados, para alguns dos indicadores avaliados, os resultados obtidos no estudo STEPS conduzido em Moçambique no ano de 2005 e, posteriormente realizado em 2014/2015. Os dados apresentados consideram apenas os participantes com idades compreendidas entre 25 e 64 anos. Como se pode ver pela tabela abaixo, na última década observou-se um aumento nas prevalências de obesidade, diabetes e hipertensão arterial.

Tabela 1. Evolução de indicadores entre 2005 e 2015, em participantes com idade entre 25 e 64 anos

	Prevalência (%)	
	2005	2014/2015
Obesidade (índice de massa corporal $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> )	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.

### 2.1.1. Excesso de Peso e Obesidade

A prevalência da obesidade (IMC  $\geq 30\text{kg/m}^2$ ) nas mulheres dos 25-64 anos de idade é mais que o dobro do que nos homens (STEPS 2014-2015). Entre as mulheres, o problema do excesso de peso e obesidade (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 IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ), residentes em áreas urbanas (27% com IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ) com maior concentração nas províncias do sul do País (média das 4 províncias: 31%). (INE, 2011)

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 alto (Hruby & Hu, 2016), 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.

A prevalência de excesso de peso/obesidade reduz com a idade assim, nos grupos mais novos como as adolescentes menores de 19 anos e as crianças menores de 5 anos de idade, a prevalência de IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$  é 6.9% e 7.4%, respectivamente. As zonas rurais também já mostram casos de excesso de peso/obesidade (10.5% das mulheres 15-49 anos de idade já tem um IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ) contudo, e felizmente, a prevalência continua a ser líder nas zonas urbanas. (INE, 2011)

### 2.1.2. Diabetes Mellitus

De acordo com os dados do STEP 2014/2015 apresentados na tabela 2 (ver apêndice), ao contrário do que acontece com a obesidade, a prevalência de diabetes é mais alta no género masculino do que no feminino. Tal como acontece com a obesidade, a prevalência de diabetes também aumenta com a idade. De acordo com a tabela 2, as províncias mais afetadas são, por ordem decrescente, a província de Gaza, seguida pela província de Inhambane, Maputo Cidade e província de Nampula, respectivamente.

### 2.1.3. Hipertensão

De acordo com os dados do STEP 2014/2015 apresentados na tabela 3 (ver apêndice), a prevalência de hipertensão arterial foi de 31,4%, semelhante entre homens e mulheres. Ao contrário do que acontece com o excesso de peso/obesidade e diabetes que apresentam maiores prevalências nas províncias do Sul, para o caso da hipertensão foram observados os valores mais baixos em Sofala (21,7%) e os valores mais altos em Cabo Delgado (39,5%). Tal como nas outras doenças mencionadas em cima, a prevalência aumenta com a idade (13.1% entre a faixa etária dos 15 aos 24 anos e 53,8% na faixa etária 45-64 anos). Contrariamente ao que acontece com o excesso de peso e obesidade, a proporção de indivíduos hipertensos diminui à medida que a escolaridade vai aumentando.

## 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 a focalização de intervenções para a melhoria desses mesmos factores e, assim, maior eficácia. Sendo o foco desta Estratégia a alimentação saudável e exercício físico, fez-se uma análise mais detalhada sobre: 1) Alimentação não saudável e 2) Inatividade física.

### 2.2.1. Alimentação Não Saudável

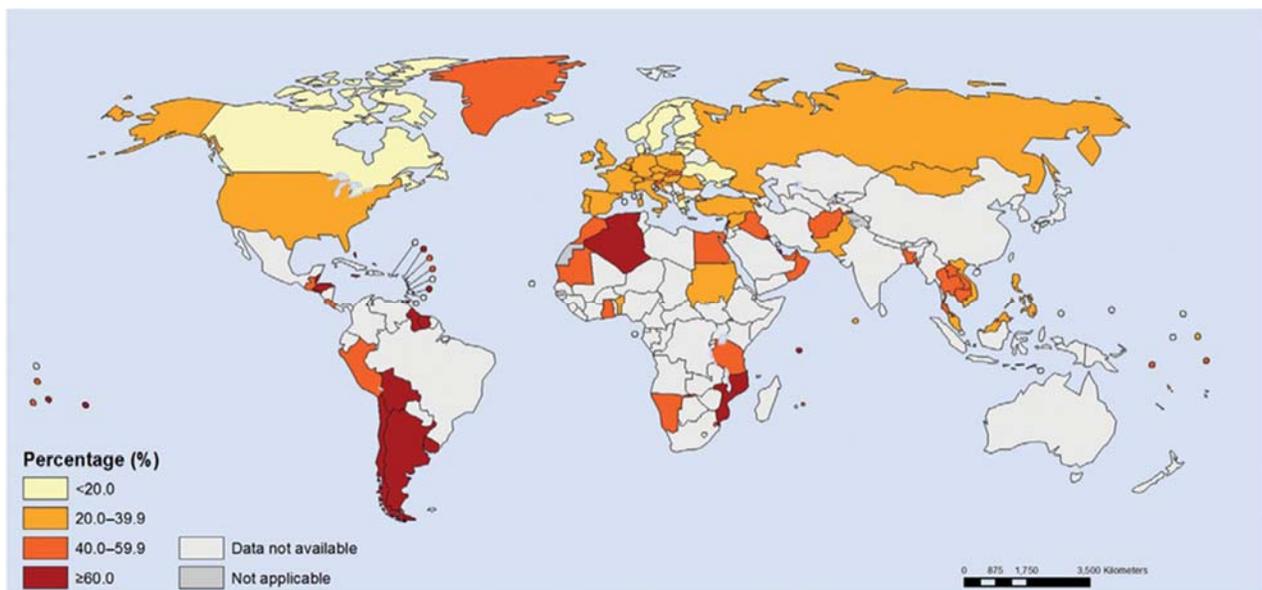
A nível global, o aumento da produção de alimentos processados, a rápida urbanização e a mudança de estilos de vida, levaram a uma alteração dos padrões alimentares. (Press, 2002) Desde a década de 1990, o consumo de alimentos processados, de alta densidade energética, ricos em gordura, açúcar e/ou sal (ex. bebidas açucaradas e carnes processadas), contudo pobres em nutrientes e de custo relativamente baixo aumentou relativamente ao consumo de alimentos nutritivos (por exemplo, frutas, vegetais, cereais integrais, frutos do mar). (Panel, 2017) O padrão alimentar foi alterado em todo o mundo decorrente da transição de uma dieta rica em leguminosas, vegetais e grãos para uma dieta caracterizada pela elevada ingestão de hidratos de carbono simples, açúcares adicionados, gorduras e alimentos de origem animal, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. (FAO, 2017) 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 com menos tempo disponível para a preparação de alimentos, a procura por alimentos processados cresce. Ao mesmo tempo, a globalização e a liberalização do comércio aumentaram a presença de alimentos processados em países em desenvolvimento, sendo, portanto responsáveis pela 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. (Popkin, Adair, & Ng, 2013).

A tabela 4 (ver apêndice) faz uma análise detalhada dos vários factores de risco alimentares que compõem a “Alimentação não Saudável”. A análise feita demonstra a relação de causalidade entre estes factores de risco alimentares e as DNTs, apresenta as recomendações globais da OMS a que Moçambique deveria guiar-se, e identifica a prática em Moçambique relacionada com cada um destes factores de risco.

De acordo com a tabela 4, a prática inadequada de aleitamento materno, o baixo consumo de frutas e vegetais e o baixo consumo de peixe são factores de risco alimentar óbvios em Moçambique por haver mais estudos, especialmente de âmbito Nacional. No entanto, é necessário fazer-se mais pesquisas a nível nacional para se quantificar e entender melhor os comportamentos relacionados com o baixo consumo de frutas, vegetais e peixe, identificar-se o tipo de frutas, vegetais e peixes mais consumidos em Moçambique e analisar o seu valor nutricional para se puder desenhar recomendações contextualizadas a Moçambique. Em relação aos outros factores de risco mencionados na tabela 4, também se identifica claramente o consumo excessivo de sal (sódio) e açúcares simples. Em relação ao último, os poucos 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. Sendo que a disponibilidade e a procura por alimentos processados e altamente processados em Moçambique é alta, especialmente

nas áreas urbanas (ver gráfico 1) e que o açúcar e o sal são ingredientes prevalentes nos alimentos (altamente) processados, é extremamente importante que todos os estudos em que se recolhe 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 WHO e outras organizações identificarem certos tipos de gordura (gorduras transformadas) e carnes (especialmente as processadas) como factores de risco para algumas DNTs, e gorduras omega-3 como factores de protecção de algumas DNTs, não é possível determinar se em Moçambique se aplica também, porque simplesmente não há informação/dados/estudos suficientes para se concluir. Neste caso, é importante identificar-se os tipos de gordura e carnes consumidas no País, quantificar-se e analisar o seu valor nutricional para se puder desenhar recomendações contextualizadas a Moçambique.

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 atividade 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 atividade física de intensidade moderada e vigorosa melhora a saúde.

## Justificação

A actividade física tem benefícios significativos para a saúde e contribui para prevenir DNTs. Como tal, a actividade física insuficiente é um dos principais fatores de risco para a morte em todo o mundo. A insuficiência de actividade física é um fator de risco fundamental para doenças não-transmissíveis (DNTs), como doenças cardiovasculares, cancro e diabetes.

### Recomendações Globais da OMS (2018):

Crianças e adolescentes entre os 5 a 17 anos de idade: Deve fazer 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.

Adultos entre os 18 a 64 anos: Deve fazer 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.

Adultos com 65 anos ou mais: Devem fazer 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 moderada intensidade 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.

### Prática de Actividade Física em Moçambique

Os únicos dados sobre a prática de actividade física de âmbito nacional provêm dos dois estudos STEPS, o de 2005 e o de 2014/15. Os dados do STEPS 2005 mostram que a percentagem de pessoas com níveis de actividade física baixa foi 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 sexos. O tempo mediano (em minutos) passado, por pessoa, em actividade física foi de 385.7 min (mais de 6 horas) por dia. Isto mostra que a actividade física em Moçambique é consideravelmente alta.

Infelizmente, não temos dados mais recentes porque o STEPS 2014/15 não mediu os mesmos indicadores e, portanto, não foi possível comparar os dados em relação a actividade física ao longo do tempo. Embora o STEPS 2014/2015 não tenha medido a actividade física, mediu a prática de desporto, ginástica ou actividade recreativa com intensidade elevada ou moderada. Os dados mostram que 21.7% da população dos 15 aos 64 anos de idade pratica desporto em Moçambique e cerca de metade da população estudada (48.1%) passa mais de 90 minutos sentado ou deitado.

É necessário fazer-se um estudo mais recente que meça a prevalência da actividade física a nível nacional com discriminação entre as faixas etárias e comparação das zonas rurais e urbanas.

### 2.2.3. Consumo de Alcool

O álcool é causalmente ligado (em graus variados) a oito diferentes tipos de cancro sendo também detrimentalmente relacionado a muitos desfechos cardiovasculares, incluindo a hipertensão e a relação com o diabetes é complexa. (Parry, Patra, & Rehm, 2011)

Houve uma redução em 6 pontos percentuais no consumo de tabaco ou álcool??? entre o estudo STEPS 2015 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. Observou-se ainda uma tendência do aumento do consumo com a idade e com a escolaridade.

### 2.2.4. Consumo de Tabaco

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 NCDs. (The NCD Alliance, 2011)

Foi verificada uma redução de 7 pontos percentuais no consumo de tabaco entre o estudo STEPS 2005 e o estudo STEPS 2015-2015. 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% (IC95%: 11,4-16,0), sendo mais alta nos homens (22,8%, IC95%: 18,9-26,7) do que nas mulheres (7,3%, IC95%: 5,5-9,0). 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.

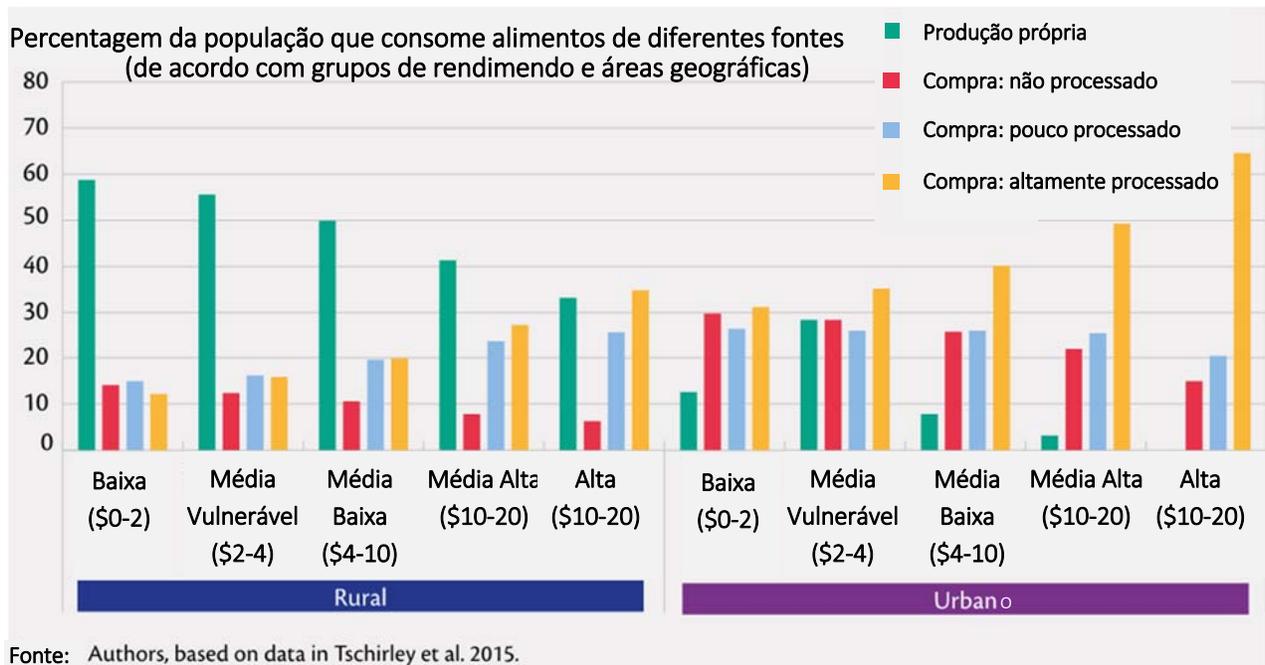
Sabe-se que o tabagismo, o consumo de álcool e a dieta não saudável são conhecidos por potenciar o risco de desenvolver DNTs e, em Moçambique, descobriu-se que o consumo de tabaco e o consumo total de álcool foram positivamente associados e que fumar cigarros fabricados está associado a uma ingestão menos frequente de frutas.

## 2.2.5. Outros Factores de Risco Relevantes para Moçambique:

Outros Factores de risco	Geral
Urbanização	<p>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.</p> <p>Globalmente, a urbanização está associada a um aumento no consumo de alimentos ricos em energia, incluindo alimentos processados, De acordo com a grafico 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 é o nível de processamento dos produtos consumidos. A urbanização está também associada com a redução da actividade física. Tudo isto explica o porquê da prevalência das DNTs em Moçambique ser mais alta nas zonas urbanas do que nas zonas rurais.</p>
Nível Sócio-Económico	O IDS 2011 mostrou que a prevalência da obesidade é consideravelmente mais alta 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
Idade e género	<p>A prevalência de obesidade nas mulheres em Moçambique é mais do que o dobro que nos homens.</p> <p>No que respeita a diabetes, a prevalência nos homens é mais de 1.5 vezes que nas mulheres.</p> <p>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.</p>
Genética	Factores hereditários - genética, história familiar, diferenças raciais / étnicas - e 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.
Tratamento anti-retroviral em pacientes com HIV/SIDA	Existe alguma evidência de que o tratamento antiretroviral aumenta significativamente o risco de Diabetes <i>mellitus</i> (Butt et al., 2010). Entre 2004 e 2013, em Moçambique, 455,600 adultos HIV-positivos (idade $\geq 15$ anos) iniciaram a terapia antiretroviral (TARV), (Auld et al., 2016) mas sendo que a prevalência do HIV entre homens e mulheres com idades entre 15 e 49 anos, em Moçambique, aumentou de 11.5 por cento em 2009, para 13.2 por cento em 2015,

	haverá mais pessoas HIV positivas em Moçambique que terão que iniciar o tratamento anti-retroviral.(MISAU; INE, 2015)
Desnutrição crónica	Em Moçambique, 43% das crianças dos 0-59 meses de idade sofrem de desnutrição crónica.(INE, 2011) Não se sabe, até que ponto a alta prevalência da desnutrição crónica em Moçambique contribui para as DNTs, especialmente no adulto. No entanto, sabe-se que o crescimento retardado na infância pode refletir-se 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 centiles") podem ser fatores 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, e até certo ponto, diabetes. Além disso, existem evidências consideráveis, principalmente de países desenvolvidos, de que o crescimento intra-uterina retardado (IUGR) está associada a um risco aumentado de doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes e hipertensão. Uma das causas da alta prevalência da desnutrição crónica em Moçambique está relacionada com a dieta das crianças pequenas (principalmente nos primeiros 2 anos de vida), das raparigas adolescentes e mulheres grávidas e lactantes

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).(Michigan University, 2016)



### 2.3. Intervenções e Políticas Relevantes em Curso em Moçambique que Promovem a Alimentação Saudável e Actividade Física: oportunidades e lacunas

Nesta secção, faz-se uma análise das intervenções relevantes para a alimentação saudável e actividade física em curso no País, e daquelas que apesar de não terem como objectivo uma alimentação saudável e actividade física apresentam uma oportunidade para a introdução destas componentes. São também listadas as potenciais lacunas em termos de políticas e intervenções. Esta sub-secção, juntamente com as sub-secções anteriores, serve como base para recomendações de intervenções relevantes que deveriam constar do Plano de Acção desta Estratégia, sendo estas intervenções existentes que deveriam ser expandidas, ou criadas novas intervenções.

Desde a aprovação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) em 2010, que, em Moçambique, se tem envidado muitos esforços principalmente para a melhoria da alimentação infantil, mas também dos agregados familiares em geral. No entanto, o objectivo principal destas intervenções tem sido a prevenção da desnutrição crónica que é marginalmente diferente do objectivo de melhorar a alimentação saudável dos agregados familiares, incluindo as crianças. Tem que se analisar as intervenções existentes e definir como adaptá-las de maneira que respondam também ao objectivo de promover uma alimentação saudável para prevenir as DNTs.

De acordo com a tabela 5...

### 3. Evidência de Intervenções Efectivas a Nível Global

Existem evidências de várias intervenções implementadas a vários níveis e em vários países que tiveram sucesso em termos de consumo de uma dieta mais saudável, maior actividade física e até mesmo melhoria em alguns dos indicadores das DNTs. De acordo com a tabela 6 (apresentada em apêndice) as intervenções com sucesso focam-se nos seguintes níveis: 1) Ambiente Facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura; 2) Saúde (Unidades Sanitárias); 3) Mass media; 4) Escolas; 5) Ambiente de trabalho; 6) Comunidades urbanas e rurais; e 7) Meio religioso.

Dentro do ambiente facilitador, recomenda-se políticas que criam condições para maior actividade física, como por exemplo zonas para andar ou fazer ciclismo como forma de lazer mas também de 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 aonde acabam por andar mais, políticas de proibição de certos produtos (gorduras transformadas), e políticas que impõem impostos sobre alimentos não saudáveis e políticas de subsídios sobre alimentos saudáveis.

Existem varios programas de “mass media” que conseguiram aumentar significativamente a prática de actividade física na população. São menos aqueles que conseguiram aumentar significativamente o consumo de alimentos saudáveis, mas os que existem apontam para um aumento de frutas e vegetais. Estes programas são bastante compreensivos, usando uma variedade de canais de comunicação. A vantagem dos canais de “mass media” é que conseguem chegar a um grande número da população.

A escola é a melhor plataforma para chegar às crianças e aos adolescentes. Existem vários programas a nível global com intervenções específicas que conseguiram melhorar significativamente a actividade física e alimentação deste grupo alvo. Estas intervenções concentravam-se em incluir promoção da actividade física e alimentação saudável no currículo escolar, disponibilidade de alimentos saudáveis nas escolas (sem custo ou subsidiados) e envolvimento dos pais.

O ambiente de trabalho também é recomendado como uma plataforma para mudar comportamentos porque permite-nos 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 actividade física, e disponibilidade de alimentação saudável (às vezes sem custo ou subsidiado) no ambiente de trabalho.

A comunidade, apesar de não ser uma plataforma fechada/focada como as demais, 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 profissionais de saúde comunitários.

Por último, tem-se usado a plataforma religiosa, que move muitas pessoas, para implementar intervenções de promoção de alimentação saudável e actividade física para mudar o comportamento de pessoas.

Os exemplos de intervenções mencionadas na tabela 6 para cada um dos níveis/plataforma mencionadas são também relevantes para Moçambique. O que permite e facilita o foco em intervenções mais eficazes.

## 4. Orientação Estratégica

### 4.1. Missão e Visão

#### a. Missão

Guiar os processos conducentes à melhoria da alimentação saudável e prática regular da actividade física.

#### b. Visão

Uma população moçambicana consciente e que aplica os princípios de uma alimentação saudável no seu dia-a-dia assim como a actividade física numa base regular, capaz de contribuir para o desenvolvimento do capital humano do País.

### 4.2 Objectivo Geral

Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, com especial enfoque na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de actividade física.

### 4.3. Objectivos Estratégicos

Em prol da melhoria do estado nutricional da população moçambicana foram identificados três Objectivos Estratégicos que vão contribuir para o alcance do objectivo geral preconizado.

**Objectivo Estratégico 1: Promover maior disponibilidade e acesso a uma alimentação saudável para a população em geral**

**Objectivo Estratégico 2: Promover uma alimentação saudável (procura e consumo) na população em geral através da comunicação para mudança de comportamento**

**Objectivo Estratégico 3: Pesquisas e Documentos Guia (Investigação)**

**Objectivo Estratégico 4: Criar mecanismos legais para desenvolver e implementar diretrizes nacionais sobre a prática da atividade física para saúde;**

**Objectivo Estratégico 5: • Introduzir políticas de transporte que promovam métodos de deslocamento ativos e seguros de viajar de e para escolas e locais de trabalho, como caminhar ou ciclismo;**

Estes objectivos foram identificados com base nas lacunas identificadas durante o processo de elaboração da estratégia. Em termos da disponibilidade e acesso pretende-se aumentar a disponibilidade e o acesso de alimentos saudáveis em detrimento daqueles que, quando consumidos em excesso constituem perigo para a saúde do indivíduo.

•

#### 4.4. Plano de Acção

Em anexo encontra-se apresentado a tabela do plano de acção com base nos objectivos estratégicos e nos resultados esperados identificados com todas as acções estratégicas, assim como todas as actividades específicas. Cada objectivo estratégico foi desenhado com base no modelo utilizado pela OMS sobre intervenções de sucesso nesta area.

## 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: Ministra da Saúde.

A Nível Político: Primeiro-Ministro

## 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)

Por se tratar de um plano multisectorial, 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.

No entanto, ainda é necessário desenvolver um sistema de vigilância abrangente para as DNT e actividade física que inclua a monitoria dos factores de risco que conduzem ao desenvolvimento das doenças (hábitos de vida não saudáveis) permitindo assim uma melhor monitoria e avaliação da Estratégia.

No final de 2019 far-se-á uma avaliação preliminar do desempenho da intervenção e no final de 2021 será realizada uma avaliação final como forma de se medir o impacto das intervenções definidas no plano de acção.

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 setores deve ser posto em prática, o que permitirá a comunicação frequente através do fórum intersectorial.

## 6. 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 objectivos dos serviços 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.

## 7. Referências

- Auld, A. F., Shiraishi, R. W., Couto, A., Mbofana, F., Colborn, K., Alfredo, C., ... Jobarteh, K. (2016). 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. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001137>
- Butt, A. a, Mcginnis, K., Rodriguez-barradas, M. C., Crystal, S., Simberkoff, M., Goetz, M. B., & Leaf, D. (2010). HIV Infection and the Risk of Diabetes Mellitus. *Aging, 23*(10), 1227–1234. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32832bd7af>
- FANTA. (2009). Fanta 2, (December).
- FAO. (2010). *Fats and fatty acids in human nutrition*.
- FAO. (2017). *The future of food and agriculture: Trends and challenges*. Fao. [https://doi.org/ISBN 978-92-5-109551-5](https://doi.org/ISBN%20978-92-5-109551-5)
- GAIN. (n.d.). GAIN Report Final Consolidations Final working doc.
- Helsinki, U. of. (2011). Report\_of\_the\_preliminary\_project\_English.pdf.
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2016). The Epidemiology of Obesity: The Big Picture. *Pharmacoeconomics, 33*(7), 673–689. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
- INE. (2011). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. *Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI*, 412.
- Lachat, C., Otchere, S., Roberfroid, D., Abdulai, A., Seret, F. M. A., Milesevic, J., ... Kolsteren, P. (2013). Diet and Physical Activity for the Prevention of Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Policy Review. *PLoS Medicine, 10*(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001465>
- MISAU; INE. (2015). Moçambique.
- MISAU; International Insulin Foundation. (2009). *Report on the Rapid Assessment Protocol For Insulin Access in Mozambique*.
- MISAU. (n.d.). ENDLINE SURVEY REPORT FOR A MICRONUTRIENT POWDER INTERVENTION AMONG YOUNG CHILDREN IN SOFALA, MOZAMBIQUE.
- MISAU. (2014). Plano Estratégico Nacional De Prevenção E Controlo Das Doenças Não Transmissíveis Para O Período 2008-2014, 54.
- OMS. (2003). 5 A Day for Better Health Program Goal To increase consumption of fruits and vegetables to.
- OMS. (2007). 5.4.5 Disease-specific nutritional recommendations.
- OMS. (2014). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Retrieved from [http://www.who.int/nmh/countries/moz\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/moz_en.pdf?ua=1)
- OMS. (2015a). Healthy diet, (May), 1–6.
- OMS. (2015b). Noncommunicable diseases (NCD). Retrieved March 9, 2018, from <http://www.who.int/gho/ncd/en/>
- OMS. (2016). Taxes on sugary drinks : Why do it ?, 2–5.
- OMS. (2017). Global Health Observatory (GHO) data: Noncommunicable Diseases. Retrieved from <http://www.who.int/gho/ncd/en/>
- ONU. (2015). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. *A/Res/70/1*, 1–49. Retrieved from [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)
- Panel, G. (2017). Melhoria da nutrição através do aprimoramento dos ambientes alimentares.
- Parry, C. D., Patra, J., & Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: Epidemiology and policy implications. *Addiction, 106*(10), 1718–1724. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03605.x>
- Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2013). The Pandemic of Obesity in Developing Countries, *70*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>

- Press, A. (2002). *The Nutrition Transition: Diet and Disease in the Developing World*.
- Silva-matos, C., Damasceno, A., Lunet, N., & Laszczy, O. (2018). Low fruit and vegetable consumption in Mozambique : results from a WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance *British Journal of Nutrition*, (2012), 428–435. <https://doi.org/10.1017/S0007114511003023>
- STEPS. (n.d.). relatorio\_STEPS\_2015\_20161006\_tino.
- STEPS. (2010). Mozambique STEPS Survey 2005 Mozambique STEPS Survey 2005, (August 2005), 1–2.
- The NCD Alliance. (2011). Tobacco : a major risk factor for Non Communicable Diseases, 2. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2161>.Tobacco
- University, M. S. (2016). THE RISE OF A MIDDLE CLASS IN EAST AND SOUTHERN AFRICA: IMPLICATIONS FOR FOOD SYSTEM TRANSFORMATION.
- Who, J., & Consultation, F. A. O. E. (2003). DIET , NUTRITION AND THE PREVENTION OF Report of a Joint WHO / FAO Expert Consultation.

## 8. Apêndices

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

Factor de risco alimentar	Justificação	Recomendação Global	Prática em Moçambique
<p>Prática Inadequada do Aleitamento Materno</p>	<p>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. (Who &amp; Consultation, 2003)</p>	<p>Os bebés devem ser amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida;</p> <p>Os bebés devem ser amamentados continuamente até 2 anos de idade e além; (OMS, 2015)</p>	<p>A prática do aleitamento materno contínuo não é particularmente um problema em Moçambique já que a duração mediana de aleitamento é de, quase, 21 meses.</p> <p>O grande problema é o aleitamento materno exclusivo, que tem uma duração mediana de 1.3 meses. Somente 42.8% das crianças dos 0-5 meses de idade é que foram exclusivamente amamentadas e, dentro destas, somente 26.5% das crianças dos 4-5 meses de idade foram exclusivamente amamentadas. (INE, 2011)</p> <p>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.</p>
<p>Baixo consumo de vegetais e frutas</p>	<p>As frutas e vegetais são componentes importantes de uma dieta saudável. O consumo reduzido de frutas e vegetais</p>	<p>A OMS sugere, consumir mais de 400 gramas de frutas e</p>	<p>Infelizmente, em Moçambique, não existem dados suficientes sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) de frutas e vegetais nos vários grupos etários</p>

	<p>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.</p>	<p>vegetais por dia para melhorar a saúde geral e reduzir o risco de certas DNTs.</p> <p>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.(Auld et al., 2016; OMS, 2003)</p>	<p><u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u></p> <p>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.</p> <p><u>Consumo pelas raparigas adolescentes e mulheres:</u></p> <p>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). (FANTA, 2009)</p> <p><u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u></p> <p>O estudo STEPS 2005, com 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 18.7%. Já o consumo diário de pelo menos 5 porções de fruta e vegetais foi reportado somente por 4.2% dos moçambicanos.(Silva-</p>
--	--	--	--

			<p>matos, Damasceno, Lunet, &amp; Laszczy, 2018; STEPS, 2010) Este valor subiu para 10.3% em 2014/2015 (STEPS, 2014/2015.)que demonstra um aumento no número de moçambicanos a seguir a recomendação internacional. No entanto, os dados continuam muito baixos.</p> <p>O estudo STEPS 2005 também mostrou um aumento no consumo de fruta associado com o aumento da escolaridade, contudo, não com o rendimento. But in 2015 it shows the opposite???. Nas áreas urbanas o consumo de fruta e vegetais foi menos frequente que nas áreas rurais.</p> <p>É necessário ter estudos mais actualizados sobre o consumo de vegetais e frutas, e quantidades consumidas, a nível nacional e por grupo etario. É também importante entender a disponibilade de frutas e vegetais a nível nacional, e as respectivas épocas, o tipo de frutas e vegetais mais disponivel e mais consumido e o seu valor nutricional.</p>
<p>Baixo consumo de peixe</p>	<p>O consumo crescente de peixe é recomendado para a ingestão de ácidos gordos ómega-3 (n-3) o que confere benefícios para a redução do risco de doenças cardiovasculares (DCV).</p>	<p>A OMS recomenda o consumo regular 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.</p> <p>A recomendação (2010) alimentar para os americanos para a</p>	<p>Em Moçambique, não existem dados suficientes sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) de peixe nas várias faixas etárias.</p> <p><u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u></p> <p>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. (MISAU, 2017)</p> <p>O IDS 2011, só apresenta resultados para o consumo de peixe, carne e galinha como um grupo e não especificamente para peixe nas crianças dos 6-23 meses de idade. De acordo com estes dados, 39.4% das crianças amamentadas, e 52.7% das não amamentadas, consumiram carne/peixe/galinha nas últimas 24 horas. 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.</p>

		<p>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, anchovas.</p>	<p>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.</p> <p><u>Consumo pelas raparigas adolescentes e mulheres:</u></p> <p>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).(FANTA, 2009) Um outro estudo também feito em 2 distritos da província da Zambézia especificamente com raparigas adolescentes (Helsinki, 2011)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. (GAIN, n.d.)</p> <p><u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u></p> <p>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.</p> <p>Apesar da necessidade de se entender melhor a tendência de consumo de peixe por grupo alvo em Moçambique, estes dados parecem indicar que o nível de consumo de peixe é médio e para aqueles que consomem semanalmente, o peixe é consumido frequentemente. No entanto, sabe-se pouco sobre a adequação das quantidades consumidas, e o que se sabe mostra que as quantidades estão muito abaixo do recomendado.</p>
--	--	--	---

			<p>Para além disso, 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. 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.</p>
<p>Consumo excessivo de carne vermelha e especialmente carnes processadas</p>	<p>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 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</p>	<p>O Fundo Mundial de Pesquisa para o Cancro recomenda que as pessoas limitem o seu consumo de carne vermelha a menos de 500g por semana, e muito pouco ou nenhum consumo de carne processada.</p>	<p>Infelizmente ainda não existe informação específica suficiente em Moçambique sobre o consumo de carne vermelha (prevalência, frequência e quantidades por grupo alvo) e muito menos carne processada. Os estudos descritos em baixo mostram apenas, e superficialmente, a tendência de consumo por grupo alvo.</p> <p><u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u></p> <p>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 (de vaca, porco, cabrito, galinha, pato, roedores, pombos ou carne de caça) no dia anterior. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.</p> <p><u>Consumo pelas raparigas adolescentes e mulheres:</u></p> <p>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).(FANTA, 2009)</p> <p><u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u></p> <p>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</p>

	<p>associado ao cancro pancreático e à próstata.</p>		<p>nos 7 dias anteriores ao inquérito, e dos que consumiram, consumiram, em média, 2 dias. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.</p> <p>Os dados dos estudos descritos em cima demonstram que o padrão de consumo de carnes em Moçambique não é alto, muito pelo contrário, é baixo. É necessário fazer-se mais estudos a nível nacional para medir o consumo dos varios tipos de carnes e carnes processadas nos varios grupos alvos.</p> <p>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.</p>
<p>Consumo excessivo de gorduras, especialmente as gorduras trans, e baixo consumo de ácidos gordos essenciais</p>	<p>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 insalubre.</p> <p>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 SFA 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</p>	<p>A recomendação do consumo total de gordura é especifica por grupo alvo:</p> <p><u>0-6 meses de idade:</u> 40-60% da energia total;</p> <p><u>6-24 meses de idade:</u> redução gradual para 35% da energia total;</p> <p><u>2-18 anos de idade:</u> 25-35% da energia total;</p>	<p>Em Moçambique, não existem dados suficientes sobre o consumo (frequência de consumo e quantidades) dos varios tipos de gordura e por grupos etarios. Os únicos estudos que existem, categorizam as gorduras num único grupo que inclui os varios tipos de gorduras disponíveis.</p> <p><u>Consumo pelas crianças dos 6-23 meses de idade:</u></p> <p>O relatorio do IDS 2011 no 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: oleo alimentar, óleo de coco, margarina, manteiga, outros óleos/gorduras ou alimentos preparados com estes produtos. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.</p> <p><u>Consumo pelos agregados familiares em geral:</u></p> <p>De acordo com o estudo de base <b>2013 do SETSAN</b>, de âmbito nacional, 75% dos agregados familiares consumiu oleo nos 7 dias anteriores ao inquerito, e dos que consumiram,</p>

	<p>transformados provenientes de óleos vegetais hidrogenados e margarina hidrogenada e não alimentos com gorduras saturadas naturais. Estudos científicos relatam que os TFAs 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 TFAs aumenta o risco de doença coronariana em 21% e uma ingestão de mais de 5 g aumenta o risco em 25%.</p> <p>A meta-análise de ensaios controlados randomizados (RCTs), estudos prospectivos de coorte e biomarcadores revelou que o n-3 PUFA (ácido <math>\alpha</math>-linolênico e ácido linoleico) estão inversamente associados à mortalidade e morbidade por doença cardíaca coronária (CHD). As duas metanálises mais recentes publicadas em 2014 informaram que o PUFA n-3 tem um benefício cardio-protetor.</p>	<p><u>Adultos</u>: 20-35% da energia total;(FAO, 2010)</p> <p>Ingestão de ácidos gordurosos saturados: menos de 10% da ingestão diária de energia de adultos;</p> <p>Ingestão de ácidos gordos trans (óleos e gorduras hidrogenados): menos de 1% da ingestão diária de energia de adultos<sup>1</sup>;</p> <p>As dietas devem fornecer uma ingestão adequada de PUFAs, isto é, na faixa de 6 a 10% da ingestão diária de energia. Também deve haver um equilíbrio ótimo entre a ingestão de PUFAs n-6</p>	<p>consumiram em média, 5 dias. O estudo não apresenta informação sobre as quantidades consumidas.</p> <p>Sendo que as gorduras têm tanto uma influência positiva como negativa (dependendo do tipo de gordura) 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.</p>
--	--	--	--

<sup>1</sup> Esta recomendação é especialmente relevante nos países em desenvolvimento onde a gordura hidrogenada de baixo custo é frequentemente consumida.

		<p>e PUFAs n-3, isto é, 5-8% e 1-2% da ingestão diária de energia, respectivamente.(OMS, 2007)</p> <p>A ingestão de ácido oleico, um ácido graxo 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. (OMS, 2007)</p>	
Consumo excessivo de açúcares simples	O excesso de consumo de açúcar é um dos principais contribuintes para a obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. mesmo nas crianças.	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	<p>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.</p> <p>As bebidas açucaradas são uma grande fonte de açúcar na dieta e seu consumo tem vindo a aumentar na maioria dos países, especialmente entre crianças e adolescentes.(OMS, 2016)</p> <p>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. (OMS, 2016)Apesar de não termos esta informação para as outras faixas etárias, uma avaliação feita em 2017 nos</p>

		<p>chá de açúcar de mesa para adultos). 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</p>	<p>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.(MISAU, n.d.)</p> <p>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 concentrados), e 43.3% das crianças em Dondo e 31.7% na Beira consumiram alimentos acucarados (como bolachas, chocolates, doces, bolos, etc) no dia anterior a entrevista.</p> <p>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.</p> <p>Infelizmente são poucos os estudos que apresentam dados sobre o consumo de açúcar e alimentos processados ricos em açúcar</p>
Consumo excessivo de sal (sódio)	<p>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.</p>	<p>A OMS recomenda uma redução de &lt;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</p>	<p>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.</p>



Tabela 2. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Alimentação Saudável: oportunidades e lacunas (a ser preenchida)

		Alimentação Saudável			
Categoria/dimensão	Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura	Políticas que promovem uma melhor alimentação (saudável):	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ESAN II (em revisão);</li> <li>2) PAMRDC;</li> <li>3) Política/Estratégia Alimentação Infantil (em elaboração);</li> <li>4) Estratégia de Comunicação para Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição;</li> <li>5) CCSLM – código de comercialização dos substitutos do leite materno</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Intervenções específicas dos 4 pilares: produção, acesso, utilização</li> <li>2) Menciona acções concretas para a melhoria de alimentação infantil, das adolescentes, de mulheres em idade fértil, grávidas e lactantes</li> <li>3) Alimentação complementar e aleitamento materno como um fator protetor das dnt</li> <li>A PNAI define acções de protecção, promoção e apoio às práticas de alimentação infantil adequadas, optimização da nutrição materna para melhorar saúde dos bebés ao nascimento e alimentação infantil.</li> <li>4) Providencia conteúdo chave, de acordo com as directrizes nutricionais nacionais e globais para futuras mensagens de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oportunidade: elaboração do ESAN III – oportunidade de clarificar e especificar (detalhar) os alimentos que queremos que sejam promovidos e consumidos: frutas, vegetais, proteína de origem animal; mostrando também aqueles que pretendemos desencorajar</li> <li>A elaboração do próximo PAMRDC (ESAN III) permitirá que o próximo documento espelhe as acções que não resultaram na versão actual, com as devidas alterações para maior eficácia da próxima versão. Garantir que a componente de alimentação saudável seja muito específica</li> <li>- tem que estar claro que as acções a serem contempladas devem detalhar os princípios e o comportamentos a serem promovidos para uma alimentação saudável e prevenção das dnts</li> <li>- influenciar e contribuir para o próximo ESAN indo de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Não tem detalhe dos alimentos concretos a serem promovidos (produzidos, disponibilizados) para consumo</li> <li>2) grande maioria das acções para raparigas adolescentes e mulheres não foi concretizada – apenas a suplementação</li> <li>3)</li> <li>4) Inexistencia do plano de accao detalhado a quando da elaboracao da estrategia</li> <li>5) Falta de pessoal treinados no ambito do CCSLM</li> </ol>

			<p>comunicação contextualizadas;</p>	<p>encontro às recomendações feitas na Estratégia Nacional de Alimentação Saudável e Actividade Física</p> <p>Incentivo à produção local de alimentos adequados para cobrir as necessidades nutricionais (ex. frutas, vegetais, peixe); contribuição para a melhoria do poder de compra dos AFs específico para alimentos localmente produzidos, tendo em conta a sazonalidade dos mesmos, alimentos fortificados e alimentos que sejam fontes de proteína animal, dentro da cesta básica mensal; suporte na promoção do consumo de alimentos fortificados; Lei e regulamento para o Direito Humano à Alimentação Adequada aprovado e inserido na Constituição da República;</p> <p>2) Durante as sessões de esclarecimento sobre a anemia, explicar também como esta deve ser prevenida: incentivar ao consumo de fontes de proteína animal e de vegetais de folha verde escura; incentivar também o consumo</p>	
--	--	--	--------------------------------------	---	--

				<p>de alimentos fortificados e de alimentos localmente produzidos, com especial enfoque para alimentos fontes de Ferro e de Vitamina A; Apoio à actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes: garantia da qualidade do conteúdo de nutrição nos currículos escolares, hortas escolares e condições para preparação de refeições para os alunos nas escolas; Inclusão de consultas de nutrição no pré e no pós natal para rastreio, educação e monitorização do estado nutricional das mães – mais do que o controlo de peso; Oportunidade de fazer aconselhamento nutricional e promoção do consumo de alimentos fortificados e localmente produzidos durante demonstrações culinárias sobre a alimentação complementar e do AF no geral; Educação dos AF para técnicos de processamento caseiro e armazenamento dos alimentos; transferência de renda para famílias mais pobres com adolescentes, crianças ou mulheres grávidas e lactantes; capacitação dos recursos</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>humanos na área de nutrição a nível nacional, provincial e distrital;</p> <p>3) Documento em execução – é uma oportunidade para a inclusão de ações específicas para promoção da alimentação infantil adequada (aleitamento materno, alimentação complementar, etc). até aos 5 anos especificamente</p> <p>4) Acrescentar as raparigas Adolescentes como um dos grupos de intervenções prioritárias; detalhar as práticas recomendadas para as áreas de intervenção prioritárias em Moçambique</p>	
	Política/Legislação de rotulagem	Decreto 15/2006, capítulo II – Rotulagem DM 51/84	O artigo 6 do decreto, sobre os elementos da rotulagem, faz referência, entre outros, a necessidade de indicação do conteúdo nutritivo, indicação dos ingredientes por ordem decrescente de quantidades presentes, e indicação dos aditivos; E que toda a informação seja legível e em língua portuguesa.		<p>Falta de conhecimento da existência da legislação o que permite certas vezes o incumprimento da lei</p> <p>Incumprimento da lei por parte das empresas alimentícias baseadas em Moçambique</p> <p>Falta de imposição da lei por parte das entidades responsáveis</p>

	Política/Legislação de publicidade	Decreto 15/2006, capítulo II –Publicidade  Campanha dia do sal iodado	As alíneas a), b) e c) do ponto 1 do artigo 7 do decreto 15/2006 que proíbem a publicidade de géneros alimentícios nos meios de comunicação social que adoptem denominações ou termos, frases ou desenhos publicitários susceptíveis de enganar o consumidor quanto à verdadeira natureza do produto ou que atribua propriedades medicamentosas e/ou terapêuticas aos produtos alimentares	Aproveitar a parceria que já existe entre o MISAU e o INAE (diploma ministerial) para uma possível revisão de todas a publicidade feita a géneros alimentícios  Elaboração de um documento guia com o que as publicidades de géneros alimentícios. Este guia servirá para ambos os grupos, o de avaliação e o grupo do sector privado (produtores, distribuidores de alimentos)  Legislação dos alimentos fortificados – tentar que o dia do “sal iodizado” passe a dia do “alimento fortificado” com ênfase para a importância do consumo destes alimentos em detrimento do mesmo alimento não fortificado, não esquecendo de realçar que o seu consumo continua a ter que ser limitado (sal, farinha, açúcar, óleo)	Falta de conhecimento (divulgação) da existência da legislação o que permite certas vezes o incumprimento da lei  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 produtos com alto teor de açúcar, sal e gorduras transformadas	Lei da autoridade tributária de Moçambique 17/2009		Perceber de que maneira se poderia incluir/acomodar impostos para alimentos com alto teor de sal (sódio),	Não existe

				açúcares adicionados e gorduras transformadas - tabela padrão de preços	
Política/legislação que subsidia alimentos saudáveis	Subsídio da farinha de trigo para fabrico de pão (MIC)			Estudar o exemplo do subsídio à farinha de trigo pão e perceber como se pode replicar a outros produtos saudáveis ( Frutas e vegetais)  tabela padrão de preços	
Políticas que promovem a produção de alimentos saudáveis:	1) PEDSA 2) PNISA	Plano para Produção de alimentos agrícolas	1) Incentivo da produção de alimentos saudáveis tendo em conta os factores de risco e factores promotores no contexto de Moçambique  2) A ser revisto. Potencial para produção em escala de fruteiras.	2) Baixa produtividade agrícola, fraco acesso aos mercados	
Estratégias de Acção/Protecção Social	Estratégia Nacional de Segurança Social Básica II (2016-2024)	Inclui a transferência de renda para famílias de crianças dos 6-23 meses de idade	Usar a renda para estimular a compra de alimentos mais saudáveis para as crianças dos 6-24 meses de idade mencionar o piloto que a unicef vai fazer com a ilo – garantir que a renda é usada para a compra de alimentos saudáveis	Ainda não foi implementado, por isso não sabemos se tem ou não impacto	
Estratégias que promovem Saúde/nutrição/alimentação saudável nas escolas	Estratégia de saúde escolar	O PRONAE inclui 3 pilares: educação nutricional, lanche escolar e compra de	Inclusão de uma alimentação saudável nas escolas (fornecimento de lanches saudáveis), assegurar que se	Abrange poucas escolas no país, falta de legislação que limite ou proíba a venda de alimentos altamente processados nas	

		PRONAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar	alimentos produzidos localmente	aborde temas sobre a alimentação saudável nos currículos escolares - expansão a todas as escolas do país	cantinas escolares e nas proximidades das escolas (determinar um raio específico)
	Guia alimentar e Nutricional para a população de Moçambique	Não existe	To fill	-	To fill escrever de maneira a que tenha clara a acao que se pretende
	Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis	To fill	Com o plano se espera controlar os factores de risco relacionados com o surgimento das DNTs , sendo a obesidade um dos factores de risco	O presente plano encontra-se em revisão, permitindo desta forma a inclusão de acoes especificas e claras relacionadas com o consumo de alimentos saudáveis	A não observância de acções especificas relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis como contributo para a prevenção e controle dos factores de risco
	Políticas e legislação da nutrição na força de trabalho	Não existe uma lei que enforce, mas existem algumas empresas que fornecem alimentação ao trabalhador, apesar da grande maioria não o fazer. A GAIN tem financiamento do DFID para começar a apoiar esta área		A lei do trabalho em Moçambique está a ser revista; Financiamento do DFID para GAIN apoiar esta área – objectivo a longo prazo do projecto consiste em conseguir criar ou inserir a nutrição na força de trabalho	Não existe nenhuma política ou legislação sobre ou que incorpore a nutrição na força de trabalho
Sector da Saúde	Intervenções a nível institucional (Centros de Saúde, Hospitais, etc)	Consultas de doenças crónicas; Rastreo das DNTs em algumas províncias;	Estas são as consultas em que pessoas sofrendo com DNTs são tratadas. Durante as consultas o pessoal de saúde qualificado tem espaço para aconselhar sobre a	Desenvolvimento de materiais IEC e formação do pessoal de saúde para que durante as consultas específicas para pacientes com DNTs se melhore a promoção da	Durante as consultas não se faz promoção da alimentação saudável e actividade fisica, nem se alerta sobre comportamentos nocivos.

			alimentação saudável, consumo de tabaco, álcool e maior actividade física;	alimentação saudável e da actividade física – também se discutiu que todas as actividades sobre alimentação infantil nos centros de saúde deveriam entrar nesta categoria.	
Sector privado	Formar e empoderar as associações para defesa e educação do consumidor	- ADECON - PROCONSUMER	Esperar pelo nuno e pela diva	Esperar pelo nuno e pela diva	Esperar pelo nuno e pela diva
	Intervenções com o sector privado para aumento de produção de alimentos saudáveis	Projectos financiados pela DFID: CPSP, e AgDEvCo que providenciam financiamento e apoio tecnico as empresas para produzirem alimentos saudáveis	Quanto mais produção de ovos, peixe, frutas, vegetais, alimentos fortificados – maior a disponibilidade e acesso	Partilhar as experiencias positivas e advogar para expansão	Só abrangem algumas empresas, sao poucos os casos de sucesso medido
Intervenções de Mass media	Programas de televisão	- Programa de TVM sobre nutrição e saúde; - “Saude e Bem Estar” - da TIM; - “Belas Manhas” – da Miramar; - “Manhas Alegres” – da STV; - “Vidas em Directo” – da STV; - 1 minuto de nutrição;	Difusão de informação e matérias ligados à nutrição	-Aproveitar o interesse da Primeira dama para desenhar uma Campanha de alimentação saudável; - melhorar o conteúdo dos programas ja existentes e com boa audiência; - criar programas engraçados sobre culinária (exemplo Master Chef)	Base científica duvidosa  Conteúdo duvidoso  Sem estrutura  Falta de conhecimento de alguns apresentadores sobre temas ligados a nutrição

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tudo as 10 (programa que inclui várias coisas mas também uma demonstração de receitas) da TVM;</li> <li>- “Mocambique em Concerto”;</li> <li>- “Balanco geral”</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- melhorar a qualidade do conteúdo dos programas já existentes</li> <li>-Incorporar rubricas de nutrição( alimentação saudável vs DNTs) em programas de entretenimento</li> </ul>	
	Programas de rádio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 minuto de nutrição;</li> <li>- Café da manhã</li> <li>- Ouro Negro</li> <li>- Você e a Saúde</li> </ul>	Difusão de matérias e informação ligados a nutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transformar os programas televisivos de boa qualidade em programas de rádio</li> <li>- Aumentar o conteúdo sobre alimentação saudável nos programas existentes</li> </ul>	Falta de conhecimento por parte de alguns locutores sobre temas relacionados a nutrição
Intervenções nas escolas (crianças e adolescentes)	- Alimentação escolar	A decorrer em alguns distritos do País e algumas escolas	Providenciar alimentação grátis para as crianças nas escolas	Apesar da alimentação ser muito básica (arroz e feijão), há uma oportunidade de inclusão de alimentos mais saudáveis (como fruta) no lanche escolar	

	<p>- Inclusão do tema sobre alimentação saudável no currículo escolar</p> <p>Confirmar também com ADPP a intervenção que estão a fazer nas escolas para incluir nas intervenções escolares</p>	<p>- Tentativas de introdução pela FAO, HKI e Nestlé</p>	<p>Criação de um único material de educação nutricional de uso nas escolas</p>	<p>Desenvolver conteúdo de educação nutricional para ser usado pelos professores, incluir alimentos saudáveis nos lanches escolares, engajar com as comunidades para produzirem alimentos saudáveis que possam ser comprados para os lanches escolares</p>	<p>Existencia de vários manuais de educação nutricional a nível das escolas ocasionando confusão entre os materiais</p>
	<p>- Educação nutricional nas escolas</p>	<p>- FAO a implementar em algumas escolas como parte do projecto MDG-1c</p>		<p>- Medir o impacto da intervenção e, caso seja de sucesso, promover para outras escolas com condições para tal</p>	
	<p>- Hortas escolares</p>	<p>- FAO a implementar em algumas escolas como parte do projecto MDG-1c</p>		<p>- Medir o impacto da intervenção e, caso seja de sucesso, promover para outras escolas com condições</p>	
<p>Intervenções no ambiente de trabalho</p>	<p>Nutrição na força de trabalho</p>	<p>Projecto "Nutrição na Força de Trabalho" a ser implementado por GAIN com financiamento do DFID</p>	<p>Nutrição na força de trabalho inclui intervenções como: alimentação (saudável), actividades de promoção de alimentação saudável entre outras</p>	<p>Aproveitar que a lei do trabalho está a ser revista para propor a adição de nutrição na força de trabalho (MISAU e GAIN). Mas antes de tudo, é necessário fazer-se uma análise de situação de nutrição na força de trabalho</p> <p>Implementar um piloto em algumas empresas para medir o impacto de nutrição na força de trabalho (MISAU e GAIN)</p>	<p>Não existe actualmente uma lei em Moçambique que mencione a nutrição na força de trabalho. Ainda se sabe muito pouco sobre este assunto em Moçambique e para se propôr uma alteração na lei é necessário entender-se melhor sobre a situação actual em Moçambique.</p>

Intervenções nas comunidades (rurais e urbanas)	Intervenções sobre alimentação infantil	<p>Por o que existe de uma forma geral</p> <p>Realizacao de Educaçao nutricional e demonstrações culinárias</p>	Atraves das intervenções de E.N e demonstrações culinárias a comunidade dota de conhecimentos sobre a selecção e preparação de alimentos saudaveis	<p>possibilidade de incluir demonstracoes culinarias saudaveis para a populacao adulta</p>	<p>A não observancia da relacao de uma alimentacao não saudavel na infancia com o aparecimento das doencas cronicas</p>
	Intervenções que promovem a alimentação saudável das crianças (maiores de 5 anos de idade), adolescentes e jovens	<p>Existem varios projectos sobre saude sexual reprodutiva com adolescentes e jovens (10-24 anos de idade). O maior é o “Geracao Biz”, que mais recentemente contem o projecto “Rapariga Biz”. No entanto, nenhum destes projecto inclui a componente de nutricao.</p> <p>Existem varias plataformas para advogar e discutir assuntos relacionadas com a saúde dos adolescentes: Conferencia anual da Rapariga e grupos de trabalho</p>	Estes projectos e plataformas trabalham com adolescentes e alguns, especialmente com raparigas, e tem uma boa cobertura. Para alem disso criou-se toda uma infraestrutura e base para trabalhar chegar a estes grupos alvos nas comunidades.	<p>Incluir Nutrição (Alimentação saudável) nos projectos ja em curso sobre saúde sexual reprodutiva com adolescentes e jovens.</p> <p>Incluir Nutrição (Alimentação saudável) como um ponto de agenda nos encontros técnicos sobre saúde dos adolescentes e jovens e na conferencia sobre as raparigas</p> <p>De momento, existem 3 organizações que vão começar a tratar do assunto de nutrição (alimentação saudável) com adolescentes e jovens: HKI/SCI, GAIN e PSI. Aprendizagem destes projectos deve ser expandido para outras áreas e projectos e partilhados nos grupos técnicos e outras plataformas de maneira a alterar as politicas</p> <p>Os materiais de comunicação devem realçar a diferença entre</p>	<p>Ainda se sabe muito pouco sobre os comportamentos dos adolescentes e jovens em relação a nutrição. É necessário haver mais estudos.</p> <p>Também não se sabe que intervenções podem ter mais sucesso na mudança de comportamento dos adolescentes e jovens de maneira a mudar a sua alimentação.</p> <p><b>E crianças?</b></p> <p>Apesar de alguns materiais IEC já chamarem atenção para os alimentos processados que as mães não deveriam dar às suas crianças, ainda é uma componente fraca. Nas demonstrações culinárias não se fala deste tópico</p>

				os alimentos saudáveis e aqueles processados que não deveriam ser dados às crianças pequenas e este assunto também deveria ser discutido durante as demonstrações culinárias. Especialmente o uso de menos açúcar nas papas e a substituição por frutas. A adição de alimentos saudáveis e ricos nas papinhas e os lanches com frutas. O uso de gorduras mais saudáveis	
	Intervenções que promovem a alimentação do agregado familiar em geral	Pequenas hortas (no quintal) Hortas comunitárias promoção Ver o trabalho que FAO fez e está a fazer Ifad e fao mdg1		- Medir o impacto da intervenção e se for de sucesso promover para outras	
Locais de Venda de Alimentos		Confirmar trabalho que está a ser feito pelo IDE – formação de vendedores; e pela Cruz Vermelha (promoção dos alimentos saudáveis nos mercados)	Vendedores informados saberão promover alimentos saudáveis, consumidores informados poderão fazer melhores escolhas	Formação dos vendedores ambulantes para que comecem a vender alimentos mais saudáveis e menos alimentos processados, controlo de vendas de alimentos processados perto das escolas, formação de vendedores sobre propriedades nutricionais dos vegetais e frutas que vendem,	

				promoção de alimentos saudáveis no mercado (posters, etc)	
Contexto religioso					

Tabela 3. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para a Actividade Física: oportunidades e lacunas (a ser preenchida)

Atividade Física					
Categoria/dimensão	Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura	Políticas que promovem uma maior actividade fisica	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 <b>Fez-se uma ciclovia?</b>		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	<b>??</b>			
Intervenções de Mass Media	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	<b>??</b>			
Intervenções nas escolas <b>(ou para</b>	Organizações que promovem vários	- Rede Organizacional de Desportos para o	Promoção de vários tipos de desporto com adolescente e	Se os dados forem positivos: oportunidade de expansão para	<b>Não sabemos se estão em todos os distritos e a cobertura;</b>

crianças e adolescentes?)	tipos de desporto com adolescente e jovens	Desenvolvimento; -Fundação Lurdes Mutola; - Fundação Clarisse Machanguana; - Futebol Dá Força; - Pro-Sport; - Beyond Sport; - Right to Play; - Favela United;	jovens nas escolas em todas as Províncias e no meio rural e urbano	mais areas do Pais e inclusão de outros grupos etários	Não sabemos o que esta a ser feito com crianças
Intervenções no ambiente de trabalho	Educação para os trabalhadores sobre a importância da actividade física				
Intervenções nas comunidades (rurais e urbanas) - actividade física crianças e adolescentes	Organizações que promovem vários tipos de desporto com adolescente e jovens	- Rede Organizacional de Desportos para o Desenvolvimento; -Fundação Lurdes Mutola; - Fundação Clarisse Machanguana; - Futebol Dá Força; - Pro-Sport; - Beyond Sport;	Promoção de vários tipos de desporto com adolescente e jovens nas comunidades em todas as províncias e no meio rural e urbano	Se os dados forem positivos: oportunidade de expansão para mais áreas do Pais e inclusão de outros grupos etários	Não sabemos se estão em todos os distritos e a cobertura;  Não sabemos o que está a ser feito com crianças

		- Right to Play; - Favela United;			
Intervenções nas comunidades (rurais e urbanas) - actividade física comunidade em geral					
Contexto religioso					

Tabela 4. Intervenções e Políticas em Curso em Moçambique Relevantes para Consumo de álcool e tabaco: oportunidades e lacunas (a ser preenchida)

Consumo de álcool e tabaco					
Categoria/dimensão	Tipo	Em curso	Relevância	Oportunidades	Lacunas
Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura	Políticas que regulam a venda de alcohol e tabaco				
	Política de impostos sobre o tabaco e alcohol a venda				
	Política de rotulagem nas embalagens de tabaco e alcohol	??			

Intervenções de Mass Media	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					

Tabela 5. Evidência de Intervenções Efetivas a Nível Global

Categoria	Tipo de Intervenções	Exemplos de Intervenções de Sucesso	Resultados Positivos
Ambiente facilitador: Políticas, legislação e infraestrutura	<p>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. (0, 1, 2).</p>	<p>- Iniciou em 1995, na Colombia, iniciou uma vasta transformação do ambiente urbano físico. Foi construído um total de 260 km e 16 rotas para bicicletas. “Ciclovía” foi o nome dado a uma intervenção de abordagem multisectorial com vista a incentivar a prática de atividade física no dia-a-dia.(3)</p> <p>- Em 2012, a cidade de Moscovo lançou, incluído no plano de desenvolvimento da cidade fazer as ruas e os espaços públicos são mais atraentes para os pedestres e praticantes de atividade física com iniciativas desde a restrição do estacionamento no centro da cidade (adicionando estacionamento pago, aplicação de regulamentos de estacionamento, etc.); à melhoria dos passeios e dos acessos à margem do rio;</p>	<p>As mulheres que geralmente participam na Ciclovía têm sete vezes mais chances de ser fisicamente ativas; (3,4,5)</p>
	<p>As políticas de rotulagem foram utilizadas com sucesso por vários países para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis</p>	<p>Nos Estados Unidos, os fabricantes de alimentos tiveram de listar o conteúdo de gordura trans em seus rótulos desde 2006.</p>	<p>O FDA estima que o consumo de gordura trans diminuiu cerca de 78% entre 2003 e 2012 após a entrada em vigor da rotulagem</p>
	<p>As políticas que proíbem o uso de alguns produtos alimentares foram utilizadas com sucesso por vários países para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis.</p>	<p>A Administração Americana de Alimentos e Drogas (Food and Drug Administration, FDA) estabeleceu um prazo de 2018 para as empresas de alimentos para eliminar ácidos gordos trans (TFAs) de seus produtos. Este processo já está em vigor não apenas nos EUA, mas também em outros países. O</p>	<p>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,</p>

		<p>movimento ocorre depois de décadas de pesquisa encontrando consumo de gordura trans é fortemente ligada à doença cardíaca e à obesidade</p>	<p>particularmente entre os grupos socioeconômicos mais vulneráveis. Embora todas as abordagens políticas conduzam a reduções nos TFAs nos alimentos, as proibições de TFA são provavelmente a abordagem política mais efetiva, econômica e equitativa para a redução de TFAs no fornecimento de alimentos</p>
	<p>As políticas que impõem taxas aos alimentos não saudáveis e reduziram o IVA de alimentos saudáveis foram utilizadas com sucesso por vários países para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis e, como tal, reduzir a prevalência de DNTs.</p>	<p>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.</p> <p>A Finlândia também adotou um corte de IVA para frutas, vegetais e peixes.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Na Hungria, o consumo de alimentos processados diminuiu 3,4% devido ao imposto sobre os alimentos não saudáveis, enquanto o consumo de alimentos não transformados aumentou 1,1%. Os grupos de menor renda foram os mais receptivos à introdução do imposto.</p> <p>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.</p>
Mass media	<p>Quando combinadas com outras intervenções as campanhas de mass media têm um papel de suporte</p>	<p>São Paulo, Brasil (1996-presente): <i>Agita São Paulo</i>, um programa baseado no marketing social para</p>	<p>Na província de São Paulo, o número de indivíduos ativos ou muito ativos aumentou 10,2% e mais de</p>

	<p>bastante importante para a promoção e alteração de comportamentos.</p>	<p>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.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Mega eventos" de 1 dia</li> </ul> <p>envolvendo um milhão ou mais pessoas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizações parceiras (n = 300) que se comprometeram com a mensagem da Agita organizaram as suas próprias atividades.</li> </ul>	<p>metade da população local tem conhecimento da campanha atualmente (44–46).</p> <p>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.</p> <p>O sucesso do programa foi atribuído à promoção de uma mensagem simples e clara, com base científica.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ambiente Escolar</p>	<p>A educação nutricional, a promoção de dietas saudáveis na escola, frutas e vegetais abundantes (muitas vezes livres) nas refeições escolares, o envolvimento dos pais e atividades práticas relacionadas com alimentos e nutrição no ambiente alimentar, como jardinagem e/ou preparação de alimentos, podem demonstrar aumentar o conhecimento das crianças pode melhorar seu hábito alimentar e seu estado nutricional.</p> <p>Há evidências para mostrar que as intervenções implementadas nas escolas para aumentar a atividade física podem ser bem-sucedidas.</p>	<p><i>Os programas CATCH</i>, implementdo e <i>Pathways</i>, implementados nas escolas nos Estados Unidos e <i>Know Your Body</i>, implementado em escolas na Grecia, são exemplos de intervenções abrangentes e multidireccionadas, 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 (CATCH e Pathways). Havia também um forte enfoque no envolvimento dos pais.</p>	<p>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 gordura alimentar, especialmente gorduras saturadas, e aumentos de quatro a cinco vezes na atividade auto-relatada de lazer. A avaliação do processo de <i>Pathways</i> descobriu que a intervenção foi implementada com sucesso: bom alcance e alta cobertura e fidelidade de intervenção.</p> <p>O fato 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.</p>

Ambiente de Trabalho	<p>O local de trabalho é o local ideal para oferecer aos funcionários atividades estruturadas e planejadas para melhorar a sua saúde.</p> <p>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.</p>	<p>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. O programa inclui exposição a campanhas nacionais de mídia, 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)</p>	<p>O consumo total de F&amp;V aumentou</p> <p>Significativamente, 19%, nos trabalhadores que tinham o grupo familiar envolvido e 7% nos trabalhadores sem familiares envolvidos.</p>
Comunidades	<p>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 e Promoção de exercício físico</p> <p>Machambas familiares e comunitárias</p> <p>Caminhadas comunitárias</p>	<p>Programa Kidsa Growing Healthy (GHK), para prevenir a obesidade infantil entre crianças latinas de baixa renda nos EUA: a intervenção piloto incluiu uma sessão de técnicas básicas de cultivo semanal da comunidade, uma oficina de culinária e nutrição de 7 semanas e eventos sociais para pais e filhos.</p> <p>Comunidade estabelecida das Cidades Saudáveis da Califórnia: criadas hortas em resposta a um pedido de propostas para melhorar a dieta comunitária e a atividade física, e a segurança dos alimentos.</p> <p>“Pasos Adelante” é uma campanha de participação comunitária para a prevenção de doenças crônicas 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 e organizarem caminhadas com as comunidades</p>	<p>Os resultados do GHK mostraram que 17% das crianças obesas ou com excesso de peso melhoraram o seu valor de IMC. De acordo com relatos dos pais, houve um aumento de 146% (p &lt;0,001) na disponibilidade de frutas e vegetais e aumento do consumo de frutas (28%; p &lt;0,001) e vegetais (33%; p &lt;0,001) entre crianças de famílias que participam do programa GHK.</p> <p>Os resultados mostraram um aumento consumo de frutas e vegetais de 3.4 para 3.8 porções por dia (10%).</p> <p>Houve um aumento do tempo médio de 120 minutos de atividade física e um aumento no consumo de frutas e vegetais em quatro porções por pessoa por semana (287).</p>

Contexto Religioso (igrejas, mesquitas, outros)	Embora o número de intervenções em ambientes religiosos ainda seja pequeno, há evidências consistentes de mudanças psicossociais, comportamentais e físicas positivas após intervenções feitas neste contexto. Usar a estrutura social existente de uma comunidade religiosa parece facilitar a adoção de mudanças para um estilo de vida saudável, especialmente em comunidades desfavorecidas.	“The Black Churches for Better Health” é uma intervenção multi-componente que recrutou 50 igrejas de 10 municípios em comunidades desfavorecidas com pelo menos 30% de participantes de uma população minoritária. O principal objetivo era aumentar o consumo de frutas e vegetais nestas populações. Cada pastor selecionou um coordenador e três a sete membros para formar a Equipe de Ação de Nutrição que daria posteriormente sessões de educação alimentar e esclarecimento.	Os resultados mostram que houve um aumento em 0,85 porções diárias de frutas e vegetais por participante e um aumento de 23% para 33% da população de amostra consumindo cinco ou mais porções de frutas e vegetais por dia
---	--	--	---

## 9. Anexos

Tabela 6. Diabetes, em participantes com idade entre 25 e 64 anos  
(STEP 2014/15)

	<u>Diabetes</u> %
Todos os participantes	7.4
<b>Local de residência (província)</b>	
	1.0
Cabo Delgado	
Gaza	20.2
Inhambane	16.3
Manica	10.9
Maputo Cidade	15.1
Maputo Província	3.4
Nampula	13.2
Niassa	1.8
Sofala	2.2
Tete	2.1
Zambézia	3.7
<b>Sexo</b>	
Feminino	6.0
Masculino	9.5
<b>Idade (anos)</b>	
25-44	5.7
45-64	10.1
<b>Escolaridade (anos completos)</b>	
0	5.6
1-7	8.4
>7	7.8

Tabela 7. Hipertensão arterial, em participantes com idade entre 25 e 64 anos  
(STEP 2014/15)

	<u>Hipertensão arterial</u> %
Todos os participantes	31.4
<b>Local de residência (província)</b>	
Cabo Delgado	39.5
Gaza	26.6
Inhambane	29.9
Manica	28.3
Maputo Cidade	34.2
Maputo Província	31.1
Nampula	32.0
Niassa	33.1
Sofala	21.7
Tete	31.3
Zambézia	33.7
<b>Sexo</b>	
Feminino	31.5
Masculino	31.2
<b>Idade (anos)</b>	
15-24	13.1
25-44	30.2
45-64	53.8
<b>Escolaridade (anos completos)</b>	
0	38.0
1-7	32.0
>7	22.3

## Plano de Acção para Implementação da Estratégia de Alimentação Saudável, Actividade Física e Saúde

Anexo 2

Indicadores

Indicadores de Resultado	Indicadores de Impacto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guias alimentares elaborados e divulgados;</li> <li>• Legislações sobre controle da publicidade divulgada;</li> <li>• Legislações sobre rotulagem de alimentos divulgada;</li> <li>• % de escolas implementando a merenda escola;</li> <li>• % de instituições com programas de actividade física;</li> <li>• Existência de normas nacionais para desenvolvimento de planos urbanos que incitem a promoção de actividade física</li> <li>• Nr de instituições com espaço para a prática da actividade física;</li> <li>• % de escolas com espaços apropriados para a prática de actividade física;</li> <li>• Nr de espaços público para a prática de actividade física</li> <li>• Existência de normas sobre actividade física;</li> <li>• Existencia de curriculum para educação para saúde com foco na dieta e acitividade física;</li> <li>• Percentagem de projetos de pesquisa baseados na comunidade;</li> <li>• Existência de mecanismo nacional de coordenação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de doenças não transmissíveis (Hipertensão Arterial e Diabetes);</li> <li>• % da População com consumo médio de frutas diariamente;</li> <li>• % obesidade/ sobrepeso em adultos;</li> <li>• % obesidade em crianças;</li> <li>• % População praticando AF;</li> <li>• Percentagem de população com conhecimento dos beneficios da actividade física e alimentação saudável;</li> </ul>

