



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**

Direção Nacional da Saúde

PLANO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PNAN 2015-2020

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**

Direção Nacional da Saúde

PLANO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PNAN 2015-2020

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Maria Rosa Semedo

Maria Tereza Morais

Praia, dezembro de 2020

Ficha Técnica

Programa Nacional de Nutrição / Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Cabo Verde - Praia



Consultoras

Maria Rosa Semedo

Nutricionista

Maria Tereza Morais

Nutricionista

Apoio Financeiro e Técnico:



Índice

Prefácio	4
Agradecimentos	6
Siglas	7
Resumo executivo	10
1. Introdução	13
1.1 Caracterização do país.....	15
1.2 Análise da situação alimentar e nutricional.....	18
1.3 Situação social, económico e da Segurança alimentar e nutricional no contexto da COVID-19.....	23
1.4 Análise SWOT/FOFA.....	24
2. Plano Nacional de Alimentação e Nutrição	27
2.1 Enquadramento do plano.....	27
2.2 Objetivos.....	29
2.3 Princípios orientadores.....	30
2.4 Metas.....	31
2.5 Medidas prioritárias.....	32
2.6 Intervenções.....	33
3. Governança	55
3.1 Mecanismos de Financiamento e Orçamento.....	56
3.2 Seguimento e avaliação.....	69
3.3 Indicadores.....	70
Referências Bibliográficas	74
Anexos	77

Siglas

DA	Desnutrição aguda
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DC	Desnutrição crónica
DCNT	Doenças Crónicas não Transmissíveis
DDCI	Distúrbios Decorrentes da Carência de Iodo
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ENSAN	Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
ERIS	Entidade Independente Reguladora de Saúde
ETS	Equipa Técnica de Seguimento
FAIMO	Frentes de Alta Intensidade de Mão de Obra
FAO	Organização das Nações unidas para Alimentação e Agricultura
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Batista de Sousa
IDRF	Inquérito das Despesas e Receitas das Famílias
IDSR III	Terceiro Inquérito Nacional Demográfico da Saúde Reprodutiva
IMC	Índice de Massa corporal
IN-VANF, 2018	Inquérito Nacional Sobre a Vulnerabilidade Alimentar e Nutricional das famílias
IPAC	Inquérito Nacional sobre a Prevalência de anemia e Fatores associados em crianças
MNP's	Micronutrientes em pó
MSSS	Ministério da Saúde e Solidariedade Social
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAM	Padrão Alimentar Mediterrâneo
PAPN	Produtos Alimentares de Primeira Necessidade
PIB	Produto Interno Bruto

PLENAS	Plano Estratégico Nacional de Água e Saneamento
PNAN	Plano Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Plano Nacional de Promoção da Saúde
p.p.	Pontos Percentuais
ppm	Partes por Milhão
QUIB	Questionário unificado de indicadores básicos de bem-estar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
TAMA	Taxa Anual Média de Aumento
TAMR	Taxa Anual Média de Redução

Lista de Figuras, Gráficos e Tabelas

Figura 1: Ingestão percentual associada à Balança Alimentar Caboverdiana no quinquénio 2013-2017 (A) e às recomendações alimentares da Roda dos alimentos (B).....	20
Figura 2: Proporção de famílias que consumiram diferentes grupos de alimentos nas últimas 24 horas.....	23
Figura 3: Prevalência de excesso de peso e obesidade na população Caboverdiana....	24
Figura 4: Fatores associados a malnutrição e as doenças crónicas não transmissíveis associadas a obesidade.....	30
Figura 5: Políticas multissetoriais que integram a alimentação e a nutrição em vigência...	34
Figura 6: Quadro legal relativo a Segurança Alimentar e Nutricional – Alimentação e Nutrição.....	35
Gráfico 1: Desequilíbrio das disponibilidades dos grupos alimentares da Balança Alimentar Caboverdiana no quinquénio 2013-2017 face ao recomendado pela roda dos alimentos.....	20
Gráfico 2: Evolução da Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo – 1961 a 2017.....	21
Gráfico 3: Estado Nutricional das crianças menores de 5 anos.....	26
Gráfico 4: Evolução da prevalência da subnutrição e sobrenutrição ao longo dos anos....	27
Gráfico 5: Estado nutricional da população adulta Caboverdiana.....	29
Gráfico 6: Impacto do COVID-19 na Prevalência de subalimentação - Cenários.....	32
Tabela 1: Análise SWOT/FOFA da implementação do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição.....	13
Tabela 2: Progresso para o alcance das metas de 2025 e 2030 para as prevalências de subnutrição e sobrenutrição em crianças menores de 5 anos.....	28

Sumário executivo

A avaliação do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015 – 2020 cumpre o estipulado nos termos de referência do Programa Nacional de Nutrição, Saúde Oral e Escola Promotora de Saúde (PNNSEOEPS), do Ministério da Saúde e da Segurança Social, enquanto entidade com responsabilidades no domínio da alimentação e nutrição, e apresenta uma síntese daquilo que foi feito em Nutrição nos últimos anos em Cabo Verde, bem como dos resultados alcançados. Visa ainda proporcionar informações necessárias que permitam elaborar o Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 2021-2025, garantindo uma visão estratégica e orientadora para os próximos cinco anos.

A metodologia adotada possibilitou a recolha de informações dos mais diversos atores que trabalham direta ou indiretamente nas políticas de Alimentação e Nutrição e procurou ser o mais abrangente e participativo possível.

O PNAN foi um instrumento de ação das políticas setoriais de alimentação e nutrição que esteve em certa medida alinhado com a resolução para Década de Nutrição e com a Declaração de Roma sobre a Nutrição, embora as metas determinadas fossem diferentes das para a década de nutrição. As ações propostas procuraram responder aos problemas nutricionais com que se deparava o país ao longo da sua elaboração, centrando-se principalmente nos problemas ligados a subnutrição, entre as quais a desnutrição e as deficiências em micronutrientes como o ferro e o iodo, enquanto a obesidade e as doenças crónicas não transmissíveis não tiveram a mesma preponderância.

Cabo Verde tem assumido a execução da política de alimentação e nutrição, por meio instrumentos políticos, implementados pelos diversos setores. Importa realçar que existe um conjunto de políticas públicas específicas para o setor da nutrição e outras que são transversais ao tema. Contudo, apesar deste quadro político, ainda se se depara com a inexistência de uma articulação explícita entre os principais documentos do país bem como da determinação da responsabilidade de cada setor na promoção do direito humano à alimentação adequada. Relativamente ao quadro legal, decretos, regulamentos e portarias, que abrangem quase todas as dimensões da alimentação e nutrição, foram elaborados destacando-se a Lei nº 37/2018 que efetiva o exercício do direito humano à alimentação adequada.

No que diz respeito aos ganhos, dentre muitos, destacam-se: A existência de um quadro legal que promove o aleitamento materno exclusivo e protege as mães e os bebés

(a comercialização dos substitutos do leite humano; instituição do banco de leite humano e posto de colheita do leite humano); A lei sobre a alimentação e saúde escolar, destacando o artigo 25º que determina que 25% do orçamento destinado ao Ministério da Educação deve ser canalizada para a compra de produtos locais, como por exemplo frutas e vegetais; A implementação nacional do programa de fortificação domiciliar de micronutrientes em pó, tendo um impacto na redução da anemia em crianças menores de 5 anos; A introdução de sementes resistentes ao clima e Biofortificados, fortalecendo deste modo a sustentabilidade e a resiliência do sistema agrário; A existência de um quadro legal sobre a segurança sanitária dos alimentos; A aprovação em 2018 da Lei do Direito Humano a Alimentação Adequada que determina as bases orientadoras da Política de Segurança Alimentar e Nutricional; O reforço do Sistema de vulnerabilidade alimentar, etc.

Não obstante aos ganhos, o país ainda enfrenta um **conjunto de desafios**, dentre eles:

A criação de um programa nacional de educação alimentar e nutricional estabelecido em todos os setores; a descentralização das redes municipais de Segurança Alimentar e Nutricional, para um espaço de consulta pública das questões de nutrição a nível das autarquias; um reforço da fiscalização em matéria de segurança sanitária dos alimentos; o cumprimento na íntegra da lei de alimentação e saúde escolar; um reforço das leis comerciais sensíveis à nutrição, como por exemplo sobre alimentos ultraprocesados, consumo do sal, açúcar, gordura, etc.; um enfoque sobre sistemas alimentares sustentáveis, que trate todos os aspetos nutricionais desde a produção até o consumo; reforço para travar a questão da obesidade e outras doenças crónicas não transmissíveis; a promoção da atenção particular a adolescentes sobretudo em relação aos distúrbios alimentares e aos grupos vulneráveis, sobretudo os portadores de doenças crónicas e pessoas com deficiência; a luta para a redução da anemia; o seguimento e a avaliação regulares e não no final do exercício de planificação com a maior partilha do plano; reforço da verba para a nutrição no orçamento do estado; envolvimento efetivo dos nutricionistas a nível descentralizado; enfoque na vigilância nutricional e reforço na área da pesquisa com o efetivo envolvimento das universidades; abordagem da questão de água e saneamento; considerando o seu capital humano, como o núcleo central do seu desempenho, o desenvolvimento de um programa de qualificação dos recursos humanos, que visa além da competência profissional, o desenvolvimento de competências sociais e pessoais; reforçar e fomentar a cooperação interinstitucional, e com a sociedade civil, permitindo dessa forma o desenvolvimento de sinergias;

1. Introdução

A avaliação do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015 – 2020 visa cumprir o estipulado nos termos de referência do Programa Nacional de Nutrição, Saúde Oral e Escola Promotora de Saúde (PNNSOEPS), do Ministério da Saúde e da Segurança Social, enquanto entidade com responsabilidades no domínio da alimentação e nutrição, além responder ao desafio de apresentar e divulgar uma síntese daquilo que foi feito em Nutrição nos últimos anos em Cabo Verde, bem como dos resultados alcançados.

A avaliação deve, por outro lado, proporcionar informações necessárias que permitam aperfeiçoar o desenho da intervenção e, assim, qualificar a elaboração do Plano de Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 2021-2025, garantindo uma visão estratégica e orientadora para os próximos cinco anos.

Neste quadro, a avaliação do PNAN, foi efetuada tendo por base uma análise quantitativa e qualitativa dos objetivos atingidos e dos resultados alcançados e uma avaliação de desempenho, pelos pares.

A avaliação do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015 – 2020 e a elaboração do novo PNAN 2021-2025 previstas no Plano de Cooperação entre o Ministério da Saúde e Segurança Social e o UNICEF foram configuradas nos Termos de Referência elaborados pelo Ministério da Saúde e Segurança Social para a consultoria nacional: PLANO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (AVALIAÇÃO PNAN 2015-2020 e ELABORAÇÃO PNAN 2021-2025).

A avaliação do PNAN ficou condicionada pela inexistência de algumas informações quantitativas importantes e foi realizada numa altura em que a OMS, declarou a Pandemia da COVID- 19 e em que houve mudanças da estrutura orgânica do Ministério de Saúde e da Segurança Social.

A metodologia adotada possibilitou a recolha de informações dos mais diversos atores que trabalham direta ou indiretamente nas políticas de Alimentação e Nutrição e procurou ser o mais abrangente e participativa possível.

O PNAN 2015-2020 foi estruturado em objetivo geral, 5 objetivos específicos, 8 princípios orientadores, 3 áreas prioritárias, 9 metas, 13 linhas estratégicas, 82 intervenções e 26 indicadores que serviram igualmente de base para esta avaliação. Foram ainda levados em conta, o financiamento e o seguimento e avaliação, para além dos arranjos institucionais para a sua implementação.

2. Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015-2020

O PNAN 2015-2020 foi desenvolvido para operacionalizar as diretrizes nacionais para a Alimentação e Nutrição, consubstanciadas no PNDS 2012-2016, desde já, harmonizado com o Programa do Governo da VIII Legislatura (2011-2016) para o sector da saúde e com o Documento de Estratégia, Crescimento e Redução da Pobreza III (2012-2016).

As orientações estratégicas do PNAN 2015-2020 assumem como referência os compromissos internacionais de Cabo Verde no domínio da Saúde e da Alimentação e Nutrição, da Organização das Nações Unidas, nomeadamente a Declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a Agenda Pós 2015 e a Declaração de Roma sobre a alimentação e Nutrição.

A nível nacional, orientou ainda a elaboração do PNAN, a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (ENSA) que incluiu a legislação - o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e que, está por sua vez, alinhada com a Estratégia da Segurança Alimentar e Nutricional da CPLP e com o Quadro de Ação de Novembro de 2014.

O PNAN teve como pressupostos os direitos à saúde e à alimentação adequada e saudável, tendo como princípios orientadores, as recomendações para uma alimentação adequada e saudável, com uma abordagem multisectorial, configurando-se como instrumento importante para o incentivo a práticas alimentares saudáveis.

O PNAN 2015-2020 foi estruturado em objetivo geral, 5 objetivos específicos, 8 princípios orientadores, 3 áreas prioritárias, 9 metas, 13 linhas estratégicas, 82 intervenções e 26 indicadores que serviram igualmente de base para esta avaliação. Foram ainda levados em conta, o financiamento e o seguimento e avaliação, para além dos arranjos institucionais para a sua implementação.

3. Metodologia da avaliação

O Plano Nacional de Nutrição (PNAN 2015-2020), pretendia ser, para diferentes organismos em Cabo Verde, um instrumento estruturante para o domínio da alimentação e nutrição. Neste sentido, a avaliação procurou, através da análise dos principais documentos e de entrevistas, ser abrangente e participativa, de modo a obter as informações essenciais ao processo de análise crítica do desenvolvimento do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição.

A metodologia possibilitou recolher subsídios dos diversos parceiros e departamentos governamentais permitindo o envolvimento de um número razoável de pessoas e instituições que trabalham direta e indiretamente na promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável para a população de Cabo Verde.

Incluiu ainda a organização de “Focus Grupos”, além de um atelier de validação, otimizando os recursos disponíveis para esse trabalho e ultrapassando a falta de informações quantitativas.

Principais etapas:

- Recolha dos documentos pertinentes;
- Identificação dos parceiros a serem auscultados, em conjunto com a Equipa Técnica de Seguimento (ETS);
- Elaboração e validação de um questionário de entrevista;
- Auscultação dos parceiros identificados (instituições governamentais chave do sector da saúde, de sectores afins à saúde, parceiros da cooperação internacional e de organizações da sociedade civil e Instituições de Ensino Superior, entre outros);
- Revisão da literatura e consulta e análise de relatórios de atividades e de documentos estratégicos do sector da saúde, da educação, de água e saneamento e da agricultura e segurança alimentar;
- Análise aprofundada do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015 - 2020 e sobre os pontos do Termo de Referência, nomeadamente os indicadores, os objetivos específicos, as metas, as linhas estratégicas, a implementação, financiamento, monitoramento e avaliação;

- Análise das entrevistas, e construção de um consenso em conjunto com a equipa técnica e os parceiros, em relação aos principais resultados, e diretrizes e a metodologia (aprofundando todos os aspetos que possa servir de base na formulação do plano);
- Elaboração do draft do relatório de avaliação do PNAN.
- Recolha de subsídios junto à ETS;
- Elaboração do relatório de avaliação do PNAN.

A presente avaliação está estruturada em dois eixos de análises considerados complementares: i) quanto ao alcance dos objetivos específicos estabelecidos em função das intervenções realizadas; ii) quanto ao alcance das metas em função do desempenho dos indicadores.

4. Análise da implementação do PNAN 2015 -2020

Descrição e análise crítica da atividade desenvolvida durante o período 2015-2020. Na avaliação, procurou-se fazer a verificação da execução de cada intervenção, ou seja, o alcance dos cinco objetivos específicos e das nove metas propostas, através dos resultados obtidos e do conjunto de indicadores propostos capazes de expressar a evolução de determinados aspetos da situação alimentar e nutricional do país. Procedeu-se ainda à verificação de outros elementos considerados relevantes, como a questão de género e a governança em matéria de alimentação e nutrição.

4.1 Verificação dos objetivos específicos

De acordo com as entrevistas realizadas com os principais parceiros do PNAN, na sua avaliação consideram que, a maioria dos objetivos e metas estipulados no PNAN foram cumpridos em mais de 60%; consideram ainda que as estratégias utilizadas foram adequadas, e que o reforço deverá ser relativo à mudança de comportamentos e no seguimento das parcerias. De forma geral, todos os parceiros têm desenvolvido atividades na área de alimentação e nutrição, contudo, relataram serem insuficientes os recursos para uma maior eficácia e eficiência das atividades e que muitas das atividades foram desenvolvidas de acordo com a agenda dos doadores.

Com base nas entrevistas e os relatórios de atividades do Programa Nacional de Nutrição, apresenta-se abaixo uma resenha da execução do PNAN.

- a) **OBJETIVO ESPECÍFICO 1** *Promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis para a população em geral e em particular a crianças, gestantes, lactantes e doentes crónicos.*

Estratégia 1.1 Promover, apoiar e incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo e Complementar.

- Todas as 7 intervenções propostas, tiveram diversas ações realizadas, num trabalho conjunto com diversos parceiros.

Estratégia 1.2 Assegurar processos permanentes de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e de promoção da alimentação adequada e saudável, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais, e sob a perspetiva da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

- Todas as 8 intervenções propostas, tiveram diversas ações realizadas, num trabalho conjunto com diversos parceiros.

Principais resultados alcançados:

1. O Hospital Santa Rita Vieira em Santiago Norte e o Hospital Batista de Sousa (HBS) em São Vicente, receberam uma reavaliação e garantiram as respetivas placas por mais 3 anos;
2. O Hospital Regional João Morais na Ribeira Grande de Santo Antão foi credenciado com entrega solene da Placa Hospital Amigo da Criança (2015). Em 2019 foi reavaliado e garantiu a sua placa por mais 3 anos;
3. Publicação de legislação sobre Bancos de Leite Humano (BO nº 12 de 1 de março de 2016) e sua revisão (BO nº 16 de 30 de março de 2017);
4. Instalação e entrada em funcionamento de 2 (dois) Postos de Colheita de Leite Humano (PCLH) no Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda e Centro de Saúde de Tira Chapéu;

5. Ministério da Saúde e o Hospital Agostinho Neto receberam um certificado de reconhecimento pela implementação do primeiro BLH da África por parte da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;
6. Reconhecimento do BLH como um Boa Prática em Saúde com a sua apresentação no II Fórum de Boas Práticas em Saúde da CEDEAO, Abidjan – Cote D’Ivoire;
7. Em relação ao Banco de Leite Humano no HBS, deu-se início ao processo tendo-se aprovado e começado a implementação da 2ª Fase do Projeto “Apoio Técnico para Implantação de Banco de Leite Humano em Cabo Verde - Expansão e consolidação dos BLH em Cabo Verde com ênfase na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”; entretanto a pandemia impediu a finalização do projeto;
8. Inquérito sobre perfil e teor do sal nos restaurantes e padarias nos principais centros urbanos em Cabo Verde;
9. Introdução em Cabo Verde de espécies agrícolas alternativas, ricas em vitaminas, que promovem o desenvolvimento rural sustentável:
 - Variedade de batata-doce de polpa alaranjada e roxa e mandioca de polpa amarela testados em diferentes condições agroclimáticas;
 - Introdução e multiplicação de espécies e variedades hortofrutícolas com valor acrescentado, ricas em vitaminas e minerais, que possibilitam melhorias da dieta alimentar das populações;
 - Introdução e seleção de espécies e cultivares melhor adaptados às condições agroclimáticas locais e de elevado valor nutricional e ricas em carotenoides;
 - Incremento de ações de formação e sensibilização das populações maior consumo de frutas e hortaliças e mudanças nos hábitos alimentares.
10. Introdução de novas espécies e variedades hortofrutícolas mais produtivas, mais resistentes às pragas e melhor adaptadas às condições climáticas, o que corresponde ao aumento da produção.
11. Participação na elaboração e discussão e aprovação em 2018 da Lei Direito Humano à Alimentação Adequada;

Conclusões /recomendações

A área mais fraca foi a da Educação Alimentar e Nutricional (EAN). O facto de não existir uma estratégia e um plano para guiar a implementação da EAN, levou a que a maioria das intervenções fossem pontuais e à volta da comemoração de efemérides executadas quer pelos serviços de saúde municipais, quer pela sociedade civil. Todos os entrevistados foram unânimes em que a EAN deve ser reforçada.

Poucas intervenções direccionadas aos adolescentes, homens, idosos e pessoas com deficiência.

- b) **OBJETIVO ESPECÍFICO 2** *Garantir a prevenção e o tratamento dos distúrbios nutricionais.*

Estratégia 2.1 Reduzir a anemia ferropriva

- Todas as 8 intervenções propostas, tiveram diversas ações realizadas

Estratégia 2.2 Reduzir a hipovitaminose A

- Todas as 3 intervenções propostas, tiveram diversas ações realizadas;

Estratégia 2.3 Eliminar os distúrbios decorrentes da carência de iodo

- Todas as 9 intervenções propostas, tiveram diversas ações realizadas;

Estratégia 2.4 Reduzir as taxas de malnutrição por carência e por excesso

- Das 7 intervenções propostas, apenas 1 não teve qualquer ação realizada;

Principais resultados alcançados:

1. Introdução da Fortificação Domiciliária com os MNP's (15 micronutrientes, incluindo o ferro), na alimentação das crianças menores de 5 anos nas estruturas de saúde e nos jardins infantis, começando com uma fase piloto, seguindo-se uma fase de Alargamento às ilhas de Santiago e Santo Antão e por fim o seu Alargamento a nível nacional.

No fim de cada fase, foi realizada uma análise de impacto com um inquérito a

nível de terreno. Na terceira fase, fez-se a recolha de dados para Análise de impacto da Estratégia, incluído no IDSR III;

Aplicação de nova metodologia de distribuição (teste) através da venda nas farmácias privadas nas ilhas de Santiago e Santo Antão;

2. Acordo de desengajamento gradual de aquisição de micronutrientes, elaborado assinado em 2017 e já implementado;
3. A partir de 2017, desparasitação das crianças, extensivo às crianças a partir de 1 ano de idade e distribuição feita pelos técnicos de saúde, com uma taxa de cobertura de 99% a nível nacional em relação aos alunos que frequentam as escolas e os jardins-de-infância;
4. Monitorização da disponibilidade de sal iodado nas famílias e escolas, na restauração e padarias e comércio em geral, por Concelho;
5. Elaboração de protocolos de atendimento, seguimento e encaminhamento de casos de malnutrição aguda, crónica, sobrepeso, obesidade, DCNT e HIV+;
6. Elaboração do caderno de saúde da criança e do adolescente.

Conclusões/ recomendações

1. Abordar a questão de água e saneamento de forma mais efetiva;
2. levar em consideração a situação epidemiológica e nutricional da população cabo-verdiana, sobretudo questão da obesidade e outras doenças crónicas não transmissíveis;
3. Sendo a anemia o maior problema nutricional de saúde pública em Cabo Verde e visto que a meta não foi alcançada no período em que decorreu o PNAN15-20, é imperativo que haja intervenções de peso, como o Vitaferro, que o protocolo de suplementação seja efetivamente implementado, entre outras, para alutar contra a anemia.
4. ter técnicos de nutrição para fazer os atendimentos para a efetiva implementação dos protocolos.

- c) **OBJETIVO ESPECÍFICO 3** - *Reforçar as parcerias públicas, privadas e da sociedade civil nas temáticas transversais à nutrição, e ações intersectoriais com à melhoria da situação nutricional.*

Estratégia 3.1: Estabelecer parcerias com instituições visando a eficiência/eficácia das ações de nutrição

- Das 6 Intervenções propostas apenas 1 não teve qualquer ação realizada;

Estratégia 3.2: Reforçar as parcerias com instituições públicas e privadas de Controlo e regulação alimentar

- Das 13 Intervenções propostas cerca de 6 não tiveram qualquer ação realizada;

Estratégia 3.3: Reforçar as parcerias para a promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches e jardins, prisões, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros.

- Das 3 intervenções propostas, 2 sem ações realizadas;

Estratégia 3.4 Desenvolver pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição

- Das 2 intervenções propostas apenas 1 não teve qualquer ação realizada;

Principais resultados alcançados:

1. Promoção de pesquisas no domínio dos DDCl com a universidade UNI-CV;
2. Parceria como o Ministério da Educação no projeto PROMOSAN financiado pela cooperação luxemburguesa, para utilização de água potável e melhoria do saneamento.
3. Finalização do Projeto “Campanha educativa sobre a importância da água potável para beber, incluindo a boa utilização dos filtros”, no âmbito da parceria entre PNN, INSP, FICASE, Programa Conjunto da NU e EPS na aquisição e distribuição de filtros à escolas piloto;
4. Doenças Transmitidas por Alimentos integrado no Sistema de Vigilância Epidemiológica” - em curso;

5. Realização das VI Jornadas Nacional de Nutrição com o tema “Nutrição na Prevenção e Promoção da Saúde”;
6. Nutricionistas recrutados para trabalhar em instituições como ERIS,
7. Inquérito nutricional – segurança sanitária de alimentos PERVEMARK;
8. Reforço da parceria com UNICEF com o projeto para implementação para redução da anemia em Cabo Verde – FRENCH NAT COM e PORTUGUESE NAT COM;
9. Consultoria Nacional para criação de diretivas para regulamentos de alimentação e nutrição nos estabelecimentos de ensino;

Conclusões/ recomendações

A área que diz respeito a gerar conhecimento não teve o desenvolvimento almejado.

Ouve melhorias na articulação entre os diferentes parceiros do PNAN, que deverá, entretanto, ser reforçada com o novo PNAN, de forma a garantir maior eficiência e eficácia na sua implementação, por exemplo, permitindo maior proximidade com as comunidades;

Existem muitas possibilidades de parcerias, sobretudo a nível das associações comunitárias e profissionais (nutricionistas) e ONGs e departamentos do MSSS ou outros sectores que precisam ser bem aproveitados, para execução do plano. Além disso, existem outras possibilidades de parcerias para financiamento a serem mobilizadas. Para tanto faz-se necessária uma melhoria na articulação e seguimento.

Tendo em conta a grande mobilidade dos técnicos no país e a dinâmica e os diferentes períodos de planificação entre os parceiros, o Seguimento e a avaliação do PNAN devem ser feitos regularmente e com maior frequência, não apenas no final do exercício;

- d) **OBJETIVO ESPECÍFICO 4** - *Reforçar o quadro institucional e legal para garantir a equidade no acesso aos serviços de nutrição à população*

Estratégia 4.1 Organização do Serviço de Atenção Nutricional através do fortalecimento da participação de nutricionista em todos os níveis de atenção à saúde

- Das 7 intervenções propostas, 4 não tiveram qualquer ação realizada;

Principais resultados alcançados:

1. Elaboração, validação e divulgação de “Protocolos de Atendimento e Seguimento em Nutrição” através de consultoria nacional junto da OMS;
2. Criação e aprovação e entrada em funcionamento do núcleo de apoio técnico (NAT);
3. Supervisão formativa feita em todas as ilhas.
4. Contratação de nutricionistas

Conclusões/recomendações

Embora ultrapasse a área de atuação do Programa, O PNAN deverá promover a inclusão dos nutricionistas no programa de qualificação com vista ao desenvolvimento de competência profissionais, sociais e pessoais; Desenvolvimento e aperfeiçoamento do comunicacional através da divulgação periódica dos documentos estruturantes do programa, para permitir maior colaboração com outras instituições;

- e) **OBJETIVO ESPECÍFICO 5** - *Reforçar o sistema de vigilância nutricional e a sua integração no Sistema Nacional de Informação Sanitária e de Segurança Alimentar e Nutricional*

Estratégia 5.1 Integrar a vigilância nutricional no Sistema de Informação Sanitária

- Das 5 intervenções propostas, apenas 1 não teve qualquer ação realizada;

Estratégia 5.2: Integrar a vigilância nutricional no Sistema de Informação sobre a Segurança Alimentar e Nutricional

- Das 4 intervenções propostas, 2 não tiveram qualquer ação realizada;

Principais resultados alcançados:

1. Elaboração junto do Secretariado Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional do “Projeto para solicitação de consultoria para criação e implementação de um Sistema de Informação para a Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN);
2. Redinamização da recolha de dados do estado nutricional dos menores de 5 anos através da ficha de estatística mensal de saúde reprodutiva.

Conclusões /recomendações

Dos 22 indicadores propostos para integrar o sistema de informação sanitária, 10 constaram do relatório de 2018, isto porque, apesar de haver disponibilidade de informação, ela tem níveis de fiabilidade baixos e nem sempre é apresentada em tempo útil;

Fatores referidos são a sobrecarga de trabalho a nível das estruturas descentralizadas, a mobilidade do pessoal, a multiplicidade de instrumentos de recolha, mas também falhas na organização dos serviços e a falta de rigor na prestação resultados.

A monitorização das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e sobretudo, se se quiser alcançar as metas, impõe-se o reforço deste objetivo.

Por outro lado, a pandemia exige que a vigilância alimentar e nutricional seja fiável e em tempo útil.

4.2 Análise dos indicadores

Segundo o PNAN, a escolha dos indicadores foi baseada na análise dos desafios e custos de oportunidade para a obtenção e processamento de informações relevantes para o seguimento das intervenções. Os indicadores incluídos no quadro de seguimento-avaliação deveriam ter também um papel de advocacia forte, no reforço do diálogo com e entre os parceiros nacionais e o reporting nas diferentes estruturas de coordenação nacional de políticas no domínio da alimentação e nutrição.

Neste sentido, o PNAN alistou um conjunto de 26 indicadores. Dentre estes, 3 não foram definidos e 1 deixou de ter aplicação em função da mudança da estratégia de

intervenção. Dos 22 claramente definidos com valores, 5 não foram atualizados. Assim, dos 17 indicadores sobre os quais houve dados disponíveis que permitiram uma avaliação, 12 foram atingidos e 5 não foram atingidos.

De realçar a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos que apesar de não atingir a meta preconizada (20%), teve uma redução de 18%.

A estratégia de integrar os indicadores de nutrição em inquéritos maiores ou considerados prioritários, teve bons resultados, pois do conjunto de indicadores propostos, apenas 5 não foram atualizados. Entretanto, esses 5 são essenciais para monitorar estratégias importantes como por exemplo, a eliminação das DDCI ou a luta contra a anemia. A falta de inquéritos dificulta a avaliação da operacionalização destes objetivos.

Dos 22 indicadores propostos para integrar o sistema de informação sanitária, 10 constaram do relatório estatístico de saúde de 2018, isto porque, apesar de haver disponibilidade de informação, ela tem níveis de fiabilidade baixos e nem sempre é apresentada em tempo útil; Isto corresponde a 45,5 % dos indicadores integrados, e deve ser considerado um grande, podendo a meta de 50% ser atingida em 2019 ou 2020 (os relatórios ainda não estão disponíveis), tendo em conta os grandes esforços que estão a ser feitos, nomeadamente a formação e o contacto constante com as delegacias de saúde e o reforço do serviço de estatística da saúde.

Os constrangimentos referidos são a sobrecarga de trabalho a nível das estruturas descentralizadas, a mobilidade do pessoal, a multiplicidade de instrumentos de recolha, mas também falhas na organização dos serviços e a falta de rigor na prestação resultados.

Importa, no entanto, realçar que 7 desses 10 indicadores, são referentes ao Banco de Leite Humano, ficando de fora a maioria dos indicadores para o seguimento da situação nutricional.

Se essa informação era útil no período do PNAN 15-20, configura-se ainda maior relevância para os próximos 5 anos, para uma vigilância efetiva visando seguir as orientações do governo para a nova legislatura, para acompanhar a situação epidemiológica e nutricional no período de pandemia que se vive e ainda para o seguimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Relativamente aos recursos financeiros, o PNAN previa para a sua implementação, um esforço conjunto do Governo de Cabo Verde, através do Orçamento do Estado, da

sociedade civil, dos média, do sector privado, assim como dos parceiros internacionais de Cooperação e Desenvolvimento para busca e realocação de recursos. Deveria ser implementado com base em critérios rígidos de racionalidade financeira e de boa governação.

Para a mobilização de recursos financeiros, foram definidas algumas estratégias:

- Reforço das verbas inscritas no Orçamento do Estado/Ministério da Saúde (DNS/PNN, INSP);
- Desenvolvimento de relações de parcerias com os diferentes sectores na realização de ações que visem a execução do PNAN;
- Articulação do PNN com outros programas sectoriais;
- Sensibilização do sector privado e da sociedade civil.

A maioria dos entrevistados relatou que as atividades de alimentação e nutrição são financiadas pelos parceiros de desenvolvimento, não existindo uma rubrica no orçamento do estado especifica para essas atividades.

De facto, o Programa de Nutrição continua a depender do financiamento dos parceiros de desenvolvimento, mas algumas ações foram assumidas pelo Orçamento do estado, nomeadamente a aquisição de micronutrientes. Também a nível das delegacias e Hospitais, muitas das ações são financiadas pelo Orçamento do Estado.

Além disso, várias atividades no domínio da nutrição, executadas pelos parceiros, tiveram financiamento próprio, e por vezes com origem no OE.

Quanto aos recursos humanos, apesar contratação de profissionais de nutrição, Assistentes Sociais e outros, e várias ações de capacitação, continuam sendo insuficientes para a implementação das atividades prioritárias, e atendimento de qualidade aos problemas da nutrição. Outro fator de constrangimento apontado é a elevada mobilidade dos profissionais.

A execução deste Plano requeria que este fosse dotado de equipamentos, micronutrientes, medicamentos, testes essenciais à realização das atividades previstas, e nesse sentido, materiais e equipamentos foram adquiridos, mas continuando sempre um deficit nos serviços descentralizados.

A insuficiência de recursos foi o constrangimento mais referido para a implementação do PNAN.

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none">• Existência de um quadro legal institucional que permite a implementação da Política de alimentação e nutrição no país• Organização da atenção nutricional em todos os de atenção da saúde• Alguma sensibilidade por parte dos Intervenientes dos setores sobre a importância da alimentação e nutrição• Existência de um mecanismo de coordenação multisectorial - CNSAN• Existência de quadro pessoal capacitado• Sistema de saúde articulado e facilidade de comunicação e interação entre diferentes unidades de saúde• Existência de ferramentas de recolha e análise de informações sectoriais• Cabo Verde é signatário de vários acordos internacionais em matéria de Alimentação e Nutrição	<ul style="list-style-type: none">• Falta de enquadramento jurídico• Fraca articulação entre os subsistemas já existentes• Falta de financiamento• Escassa mobilização de recursos• Insuficiência de técnicos especialistas em nutrição nos serviços centrais e locais• Inexistência de uma plataforma de partilha de informações sobre Alimentação e Nutrição• Fraca articulação entre as diferentes instituições• Não alocação de recursos financeiros pelo Orçamento Geral do Estado• Dependência dos parceiros externos para a implementação das atividades• Fraca capacidade institucional, técnica e logística da estrutura de coordenação• Pouca sensibilidade com as atividades da nutrição pelas estruturas de saúde;• Falta de motivação e incentivo dos profissionais da área de nutrição;• Insuficiente sistema de fiscalização (Venda de matéria de aleitamento artificial em lojas chinesas)• Integração no sistema de informação sanitária

OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none">• Existência de vontade política• Dimensão geográfica do país favorável à implementação das políticas de alimentação e nutrição• Estabilidade política e social• Criação e funcionamento da CNSAN• Criação do INSP• Criação da ACNUT• Existência do Sistema de Informação Sanitária• Parcerias institucionais• Fomento a produção diversificada	<ul style="list-style-type: none">• Instabilidade macroeconómica• Risco da insustentabilidade financeira• Falta de estratégia de articulação entre os diferentes subsistemas• Risco de não engajamento político• Falta de criação condições para materialização das ações de A e Nutrição• Insularidade do país• Secas cíclicas• Fragilidade do sistema de planificação, seguimento e avaliação.• Dificuldade do acesso à água e saneamento básico• Pandemia

4.4 Aspetos transversais ao PNAN

4.4.1 Gênero

A igualdade de gênero na saúde, implica oportunidades iguais para gozar de boa saúde, contribuir para o desenvolvimento sistema de saúde e se beneficiar de seus resultados (Organização Pan-americana para Saúde, 2007).

Em termos de nutrição e alimentação, existem lacunas de gênero que se expressam no fenômeno da feminização da obesidade e sobrepeso, apresentando as mulheres uma incidência maior que os homens de problemas de saúde relacionados com este fator. Em Cabo Verde, os últimos dados apontam para uma prevalência de sobrepeso 1,6 vezes e de obesidade 3,5 vezes superior nas mulheres.

Por outro lado, também é possível demonstrar a existência de modelos de beleza inatingíveis para a maioria das mulheres, que prejudicam a autoestima e induzindo as mulheres a padrões alimentares pouco saudáveis e que as expõem a transtornos alimentares e nutricionais, sobretudo entre as adolescentes.

4.4.2 Governança

4.4.2.1 Quadro organizacional

Os resultados esperados, com a implementação do PNAN 2015-2020, são da responsabilidade de diferentes sectores e diferentes serviços do Ministério da Saúde pelo que se fazia necessário um quadro de coordenação bem definido e um plano de monitorização e acompanhamento. Neste sentido, foi enviada, em três anos consecutivos, uma proposta ao Gabinete do Ministro que ainda aguarda andamento no MS.

Constata-se alguma melhoria no processo de monitorização e acompanhamento das atividades desenvolvidas, mas confronta-se ainda com muitos desafios. O Plano foi bem divulgado aquando da sua elaboração, quer em formato digital, quer em formato papel, mas muitos dos entrevistados, incluídos técnicos do MSSS não conheciam o plano.

Verificou-se algum investimento no reforço da ERIS com afetação de mais um técnico (de nutrição) e o Ministério da Saúde integrou no quadro efetivo mais nutricionistas, contudo nota-se ainda uma insuficiência de recursos humanos especializados como um fator inibidor para a implementação do PNAN.

4.4.2.2 Quadro legal

Houve publicação de alguma legislação, nomeadamente sobre o banco de Leite Humano, mas a produção de regulamentos é lenta e limitada. O PNAN registou igualmente a aprovação em 2018 da Lei Direito Humano à Alimentação Adequada e a Lei sobre a Alimentação e a Saúde Escolar.

4.4.2.3 Parceria e complementaridade público privada

Alguns resultados alcançados, nomeadamente, com a Cruz Vermelha, associações comunitárias e Organizações não-governamentais

Inovar nas práticas de coordenação e de articulação, quer dentro do MS, quer intersectorial quer com a sociedade civil, poderá ajudar uma melhor interligação dos objetivos para a saúde com outros Objetivos e metas do Desenvolvimento Sustentável, permitindo mais e melhores resultados.

De forma geral, e em termos de atividades, pode-se dizer que houve um esforço enorme

para o cumprimento do plano, com resultados importantes e ganhos evidenciados pelas metas atingidas. Entretanto, algumas intervenções deveriam ser melhor exploradas, mas foram desenvolvidas de forma pontual e sem grandes avanços e sem impacto importante.

5. Diagnóstico alimentar e nutricional em Cabo Verde

5.1 Situação social e económica

Cabo Verde é um pequeno Estado Insular em Desenvolvimento com uma superfície de 4033 km², distribuídos por 10 ilhas vulcânicas- das quais apenas dez são habitadas, tendo uma superfície arável avaliada em 9,1% do território, ou seja, 36.456 hectares, utilizados para a principal atividade primária, a agricultura⁽¹⁾.

A sua população, maioritariamente jovem, com idade média de 29 anos, é estimada em 556.857 habitantes, com um crescimento demográfico anual de 1,18%⁽²⁾.

Em termos macroeconómicos, em 2017, Cabo Verde teve um crescimento anual do PIB de 3,7% representando numa diminuição de 1,0 p.p. (pontos percentuais) face a 2016⁽³⁾. A economia doméstica permanece altamente dependente de mercados e finanças estrangeiros (remessas dos emigrantes e turismo), sendo altamente vulnerável a crises externas. O rácio da população pobre a viver com menos de 5 USD por dia é de 35%, 183.618 habitantes, dos quais 53% destes são mulheres, com idades inferiores a 25 anos⁽⁴⁾.

Embora o rendimento tenha aumentado gradualmente ao longo dos anos, o perfil das despesas mantém-se inalterado. De notar que 54.4% dos rendimentos são gastos na alimentação, habitação, água e eletricidade e que somente 3% são gastos com a saúde⁽⁵⁾.

Ao longo dos anos o nível de desigualdade no consumo por pessoa (Índice de Gini) tem diminuído, apresentando uma média nacional de 0.42, sendo superior no meio urbano.

Em relação à origem da água para o consumo, tem-se registado desde 2010, um aumento gradual no acesso à rede pública de abastecimento, pois que 69% da população tem água canalizada em casa, 9,3% abastecem-se na casa dos vizinhos, 8,5% recorrem aos autotanques, 7,1% abastece-se nos chafarizes e 5,8% através de meios não especificados. De notar que 48,2% dos agregados familiares inquiridos, bebem água não tratada. A nível do tratamento, 31,7% dos agregados familiares tratam a água para beber, sendo que 88,8% destes, utilizam a lixívia.

Quanto ao saneamento, 82,5% das famílias cabo-verdianas têm acesso aos principais

sistemas de evacuação de águas residuais (rede de esgotos e fossa séptica)⁽⁶⁾. De salientar que 85,1% da população têm acesso a instalações sanitárias.

Para além dos serviços públicos, os setores primários albergam uma grande parte da população, cerca de 42%, sendo a agricultura com 35% e a pesca com 7%. Dos agregados familiares que dependem da agricultura – sobretudo de sequeiro⁽¹⁾, 28% praticam agricultura, concomitantemente com a criação de animais e a silvicultura.

Os impactos das mudanças climáticas começam a refletir-se no isolamento do país, na fragmentação do território, no pequeno tamanho da população, na redução gradual dos recursos, na diminuição da pluviosidade, no aumento da temperatura, bem como, na deterioração da fertilidade das terras aráveis devido à erosão do solo, tempestades de areia durante os períodos de seca no Sahel.

É nesse contexto que o Governo de Cabo Verde declarou em 2018 a crise hídrica provocada pelos três anos consecutivos de seca.

A fraca produtividade agrícola, pecuária e pesqueira reflete-se numa diminuição gradual dos meios de subsistência das famílias. Neste contexto, estas ficam num estado de insegurança alimentar (IA) que começa na dimensão psicossocial, ou seja, começam por ficar preocupadas com a possibilidade de no futuro vir a faltar alimentos no seu agregado, até a situação física, real, em que os agregados familiares passam por períodos de restrição a nível da quantidade e da qualidade dos alimentos.

A IA tem consequências no estado nutricional das populações e da saúde em geral, sobretudo para as mais vulneráveis, as crianças e as grávidas, entre outras. Uma das principais consequências da IA é a malnutrição, que é considerada um fardo global de saúde pública, mas também pode ter como consequência a sobrenutrição, pois leva a um maior consumo de alimentos baratos e processados, com elevado teor de energia, gordura e sal, e de fraca qualidade nutricional. Este padrão alimentar traz a carência de micronutrientes e contribui para o aumento da obesidade e das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas com a alimentação^(8, 9).

Todas estas problemáticas têm um impacto negativo no desenvolvimento do país, nomeadamente a baixa produtividade, o fraco crescimento económico e o aumento das despesas com a saúde⁽¹⁰⁾.

Por forma a combater esta Sindemia Global⁽¹¹⁾, Cabo Verde tem posto a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), no topo da sua agenda pública, e isto se tem refletido

em ações de saúde pública e nos programas dos setores da agricultura, da educação, da pesca, do transporte, entre outros.

Conhecer o estado nutricional e de saúde da população, mas também as causas da carga global das doenças, torna-se fulcral na implementação de políticas e ações mais eficientes e efetivas na sociedade, pois permitem melhor alocar os recursos não só humanos, como financeiros.

5.2 Situação Alimentar

O país é totalmente dependente da importação para a cobertura das necessidades alimentares, nomeadamente dos cereais (arroz e trigo), cuja taxa de dependência tem vindo a aumentar exponencialmente ao longo dos anos, chegando a 96% em 2017 e a uma dependência absoluta (100%) nos grupos alimentares dos óleos vegetais e do açúcar de adição. De realçar que todos esses grupos fazem parte dos Produtos Alimentares de Primeira Necessidade (PAPN).

Apesar desta dependência do exterior, o país tem tido alguns ganhos na autossuficiência alimentar, nomeadamente em matéria de proteína animal (pescado, ovos, carnes), bem como no grupo das hortofrutícolas, devido essencialmente à utilização da rega gota-a-gota e de sementes resistentes a pragas e a fatores climáticos negativos.

Ao longo dos anos, a disponibilidade energética tem aumentado progressivamente, registando maiores valores na última década (2007 a 2017), com 2548 Kcal/habitante/dia, que se traduz numa taxa de cobertura de 107% (cobrindo 1,0 a 1,3 adultos), tendo como referência, a recomendação da ingestão energética para um adulto entre 2000 a 2500 Kcal⁽¹²⁾.

Ao se analisar a disponibilidade dos diferentes produtos alimentares da balança alimentar cabo-verdiana, com o guia alimentar de referência – Roda dos Alimentos Portuguesa⁽¹³⁾, Índice de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânea¹ (PAM⁽¹⁴⁾) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde⁽¹⁵⁾ (OMS), constata-se o seguinte:

- Uma distorção do padrão das disponibilidades alimentares da Balança alimentar Caboverdiana (2013-2017), **quando comparadas com o recomendado pela**

1 Declarada a 13 de dezembro pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) como Património Imaterial da Humanidade, que se caracteriza pela frugalidade das confeções e pelo predomínio dos produtos vegetais, entre estes a fruta, os produtos hortícolas, cereais, frutos oleaginosos e leguminosas, e pelo consumo de azeite como principal fonte de gordura; e com impactos positivos na Saúde e longevidade.

roda dos alimentos, figura 1. A oferta de frutos e das hortícolas apresentam desvios mais significativos, com disponibilidades deficitárias de -8,5p.p. e -4,5p.p. respetivamente e apresentando disponibilidades acima do recomendado pela Roda dos alimentos da Carne, ovos e do pescado com 5,4 p.p., gráfico 1.

Figura 1: Ingestão percentual associada à Balança Alimentar Caboverdiana no quinquénio 2013-2017 (A) e às recomendações alimentares da Roda dos alimentos (B)

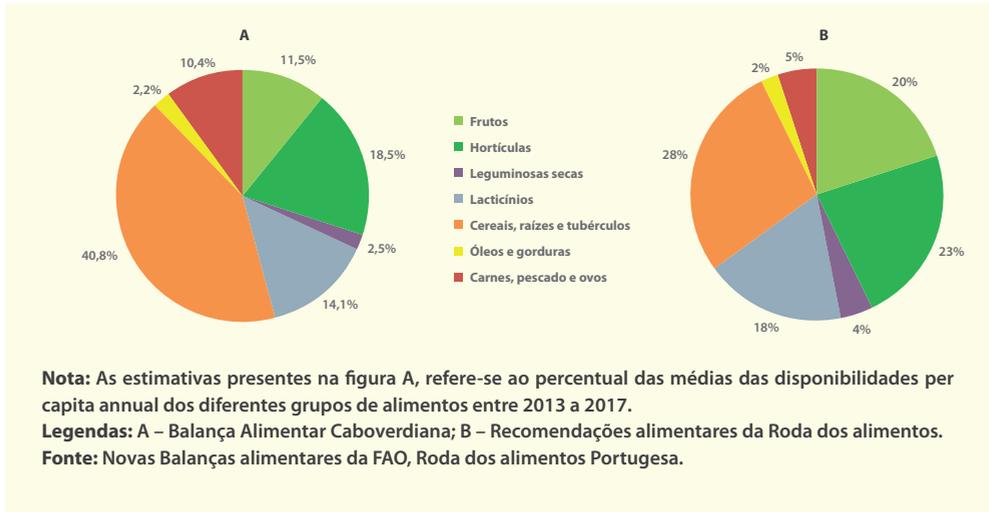
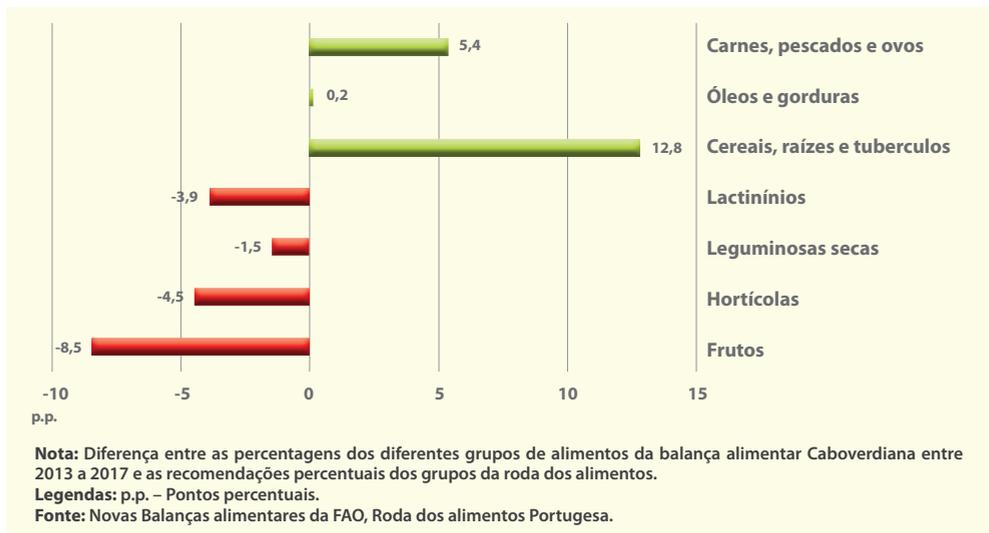
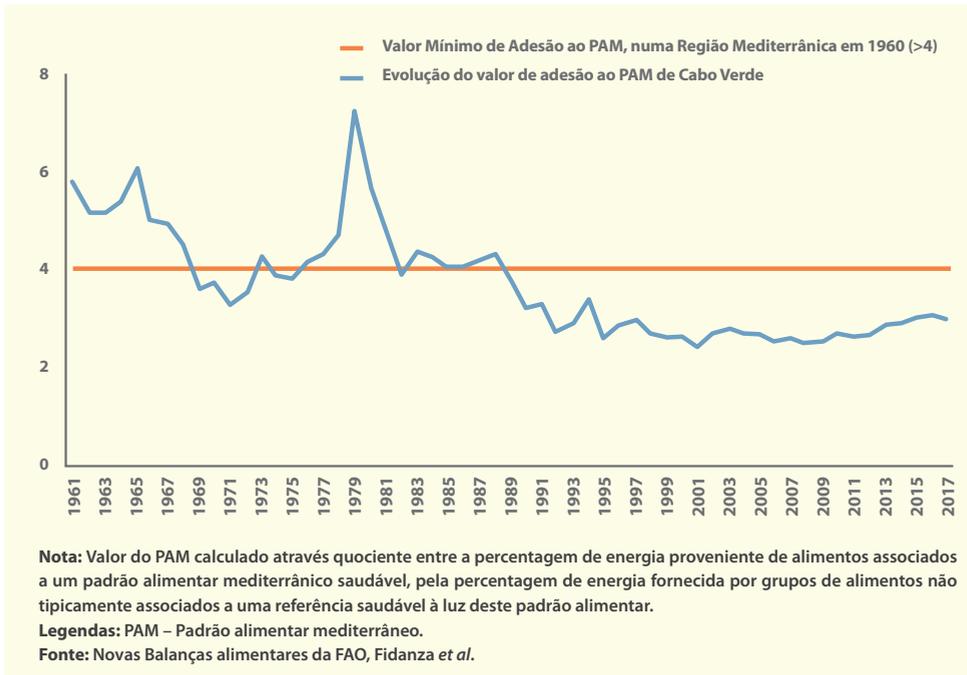


Gráfico 1: Desequilíbrio das disponibilidades dos grupos alimentares da Balança Alimentar Caboverdiana no quinquénio 2013-2017 face ao recomendado pela roda dos alimentos



- Um padrão alimentar do tipo ocidental que ao longo dos anos tem-se afastado da adesão ao **Padrão Alimentar Mediterrâneo** (gráfico 2) e que se caracteriza por uma oferta alimentar:
 - a) Oferta em cereais que representa o grupo com maior contributo energético, apresentando uma diminuição percentual a o longo dos anos e com o consumo aparente do arroz dominante face aos outros cereais (72 Kg/pessoa/ano de arroz Vs. 44Kg/pessoa/ano de milho, respetivamente);
 - b) Oferta da carne, dos ovos e do leite tem tido aumentos significativos nos últimos anos;
 - c) Oferta do peixe tem diminuído ao longo dos anos, com uma disponibilidade abaixo do recomendado por exemplo pelo guia alimentar de referência utilizado em Cabo Verde (30g/pessoa/dia vs. 90g/pessoa/dia da roda dos alimentos).

Gráfico 2: Evolução da Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo – 1961 a 20



- A distribuição em macronutrientes encontra-se dentro das **recomendações da Organização Mundial da Saúde**, entretanto, a oferta alimentar de frutas e vegetais nos últimos 5 anos (388g/pessoa/dia) tem estado abaixo dos 400g/dia, conforme recomendado pela OMS e comprovado pelos dados mais recentes que indicam que entre a população dos 18 aos 69 anos, 79,0% (79,9 % nos homens e 78,1% nas mulheres) consomem menos de 5 porções de frutas e de vegetais por dia, sendo o consumo médio de 3,4 porções/dia (3,3 para os homens e 3,5 para as mulheres).

Pela análise da oferta alimentar, podemos concluir que o abastecimento alimentar nos últimos anos tem sido regular, mantendo a estabilidade da segurança alimentar e nutricional do ponto de vista da disponibilidade alimentar e do acesso físico aos alimentos. De realçar que a oferta alimentar disponível para o consumo é do tipo ocidental, pois 80% dela é proveniente da importação.

Embora o sistema alimentar tem funcionado normalmente, pelo menos a nível da disponibilidade e da existência de alimentos a preços estáveis e em quantidades suficientes, o mesmo não se pode dizer em relação ao acesso aos alimentos pelo último elemento deste sistema que são os consumidores. Os últimos dados demonstram que 37,7% dos agregados familiares não tinham um acesso económico a alimentos seguros, nutritivos e suficientes, ou seja, tiveram que reduzir a quantidade e a qualidade dos alimentos que consumiam⁽¹⁶⁾.

Os agregados familiares consomem em média 7 grupos de alimentos (figura 2). Entretanto, somente 6 grupos de alimentos foram consumidos por mais do que 50% dos agregados: os Cereais (97,2%), Óleos e gorduras (92,7%), Especiarias e condimentos (92,7%), Açúcar e derivados (88,3%), Leite e produtos lácteos (84,2%) e a Carne (53,2%). Estes dados encontram-se alinhados com a oferta alimentar existente em Cabo Verde, mas também com o inquérito sobre as despesas e orçamento das famílias onde os cereais (arroz) e a carne (frango) aparecem como os alimentos em que os Cabo-Verdianos gastam a maior parte do seu rendimento, reforçando o baixo acesso e o baixo consumo de frutas e vegetais e de pescado^(16, 17).

Do ponto de vista da qualidade da dieta, 5 em cada 10 famílias têm uma baixa ou moderada diversidade da dieta. Nas famílias com mulheres representantes do agregado familiar e distribuídas espacialmente pelos municípios de Porto Novo, São Miguel e Ribeira Grande de Santiago a baixa diversidade da dieta é ainda mais elevada. O consu-

mo de frutas, vegetais, pescado, leguminosas, aumentam com o nível socioeconómico das famílias e com o nível da escolaridade dos representantes do agregado familiar.

Figura 2: Proporção de famílias que consumiram diferentes grupos de alimentos nas últimas 24 horas



O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. Segundo o Inquérito Demográfico e da Saúde Reprodutiva (IDSR III), realizado em 2018, a prevalência do aleitamento materno exclusivo é de 41,8%, aumentando 11 p.p. de 2013 para 2018, o que indica uma melhoria significativa. Ainda segundo o IDSR III, 71% das crianças foram amamentadas na primeira hora após o nascimento e 92% começaram a ser amamentadas no primeiro dia após o nascimento. 97% das crianças foram amamentadas.

Em relação a práticas de amamentação, 8% de crianças menores de 6m receberam água, 1% recebeu alimentos de complemento e 34% dos 0-23 meses foram alimentadas com biberão. A duração mediana do aleitamento materno encontrado é de 15,3 meses.

Quanto à alimentação de complemento, os alimentos mais comuns oferecidos às crianças de 6 a 23 meses: à base de cereais (59% nas amamentadas e 67% nas não amamentadas) e ricos em vitamina A (53% nas amamentadas e 63% nas não amamentadas). Ainda 62% de crianças de 6-23 meses comeram alimentos ricos em vitamina A nas últimas 24 horas e, 51% consumiram alimentos ricos em ferro. No que diz respeito às crianças de 6-59 meses, 16% receberam suplementos de vitamina A, nos últimos 6 meses que antecederam o inquérito, 22% receberam suplementos de ferro nos últimos 7 dias do inquérito e 19% foram tratadas com vermífugos nos últimos 7 dias do inquérito.

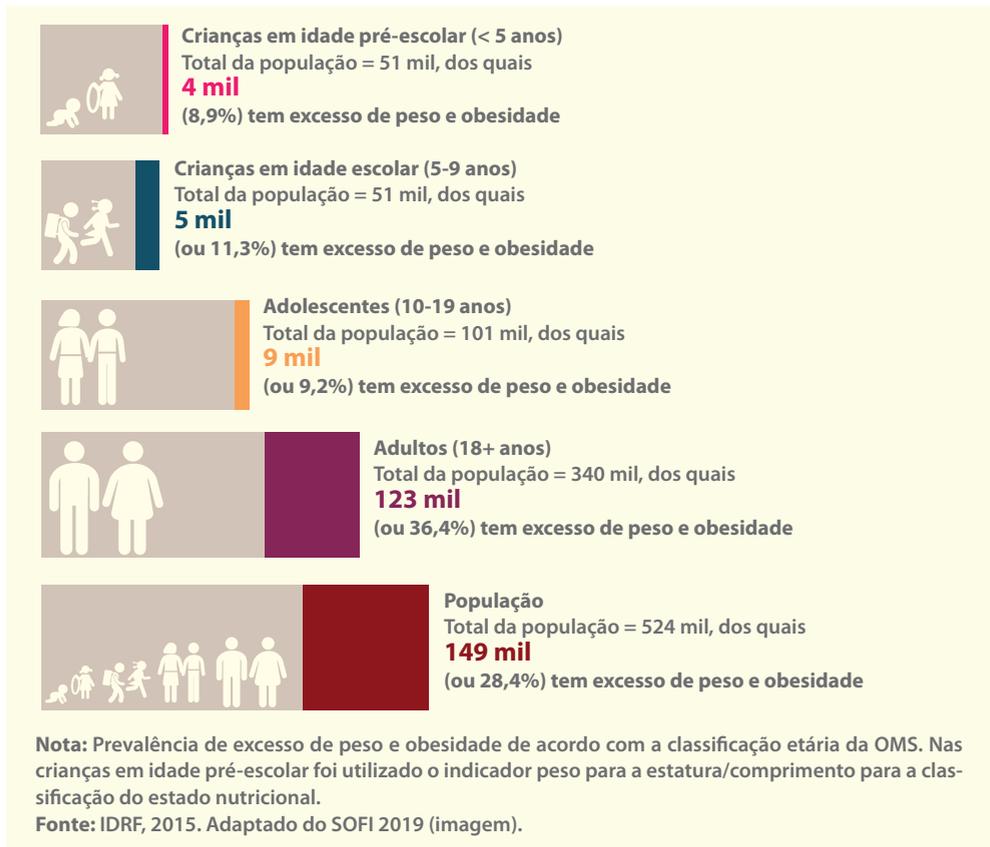
5.3 Situação Nutricional

A insegurança alimentar em Cabo Verde tem múltipla expressão não só no consumo alimentar das famílias (acima referido), mas também no estado nutricional da população, o que reforça a fase de transição nutricional e epidemiológica que se vive no país. A sindemia global que muitos países têm evidenciado, começa gradualmente a ser um dos problemas de saúde pública em Cabo Verde como a sobrecarga ponderal nos adultos e as doenças associadas, bem como o triplo fardo da malnutrição em crianças menores de 5 anos.

Apesar da extensa experiência profissional e a prática clínica que relatam a fase da transição epidemiológica, poucos são os estudos epidemiológicos em Cabo Verde que a comprovam, bem como que identifiquem os seus determinantes e as suas consequências para o desenvolvimento social e humano.

Na população Caboverdiana, quase 1 em cada 3 indivíduos tem excesso de peso e obesidade, representando 149 mil pessoas no arquipélago. O excesso ponderal já afeta todas as faixas etárias da população (crianças em idade pré-escolar e em idade escolar), mas aumentando com a idade e sendo independente do meio de residência e da classe social, figura 3⁽¹⁸⁾.

Figura 3: Prevalência de excesso de peso e obesidade na população Caboverdiana



O estado nutricional das crianças menores de 5 anos, apresenta uma tripla expressão, que afeta a mesma sociedade, a mesma comunidade, e por vezes, a mesma família e o mesmo indivíduo ao longo do seu ciclo de vida.

Os últimos dados de um estudo transversal sobre a Vulnerabilidade Alimentar e Nutricional das Famílias (2018), evidenciaram que (gráfico 3)(16):

- a) A desnutrição aguda, nas crianças menores de 5 anos, com uma prevalência de 4,4% a nível nacional é classificada, como um problema leve. As exceções são os concelhos do Porto Novo e da Boavista que apresentam uma elevada prevalência de crianças com magreza acentuada/desnutrição aguda de 15,5% 11,5%, respetivamente; A DA é superior nos meninos com uma prevalência de 6,4% contra 2,3% nas meninas
- b) A desnutrição crónica continua a ser um problema nacional de severidade moderada, pois afeta 11% desta população em 54% dos municípios. É maior no meio rural e afeta cerca de 13% das crianças que pertencem à janela de vulnerabilidade (menores de 24 meses), período considerado crítico para o desenvolvimento da criança.
- c) O excesso de peso já afeta 6% das crianças, sendo superior nas com idade inferior a 24 meses, mostrando mais uma vez a importância dos primeiros 1000 dias de vida no desenvolvimento infantil e o seu efeito na vida futura.

Relativamente as formas de fome invisível (Hidden Hungry), a anemia ferropriva em Cabo Verde é o maior problema nutricional e classificado como um problema grave de saúde pública(19), pois afeta 1 em cada 4 das crianças menores de cinco anos, ($\geq 40\%$), tendo, contudo, registado uma redução de 9 p.p. em relação ao ano de 2009 (52%).

Nas mulheres em idade reprodutiva (idade entre 15 e 49 anos) 20,6% foram diagnosticadas com anemia, sendo um problema moderado de saúde pública. As mulheres não grávidas apresentaram uma prevalência de 28% e as grávidas com 22,5% representando uma diminuição de -20 p.p. quando comparado com o estudo de 2005 (43,2%)(20, 21).

No que diz respeito aos distúrbios devidos à carência de iodo (DDCI), em 2010, foi realizado um novo estudo, que revelou uma redução considerável (em relação a 1996) da prevalência do bócio global de 25,5 % para 7,6% e do bócio visível de 5% para 0,8%. Em relação ao iodo urinário encontrou-se uma concentração média de 115 $\mu\text{g/l}$, que é considerado positivo tendo em conta o intervalo ideal de 100-200 $\mu\text{g/l}$ definido

pela UNICEF/OMS/ICCIDD. Segundo o IDSR III, nas famílias onde o sal foi testado, 97% tinha sal iodado.

Quanto à vitamina A, em 1996, 2% das crianças menores de 5 anos apresentavam hipovitaminose A, classificando como uma endemia Leve. Por outro lado, a análise da quantidade de vitamina A em amostras de leite materno demonstrou que 47,6% estavam abaixo de 1,05 $\mu\text{mol/l}$, caracterizando o problema como uma endemia severa. Como estratégia para garantir a adequação das reservas corporais maternas e o teor de vitamina A no leite materno, o Ministério da Saúde estabeleceu um programa para suplementação das puérperas com megadoses de vitamina A (200.000 UI), no momento da alta hospitalar(22). Denotar que o protocolo foi alterado recentemente e, apenas as crianças de risco continuam a ser suplementadas com vitamina A.

Os problemas envolvendo as enteroparasitoses são relevantes, devido às condições socioeconómicas, às deficiências no saneamento básico, educação sanitária e hábitos culturais. O último levantamento das parasitoses intestinais (helmintos e protozoários), em criança com idade compreendida entre os seis a doze anos, revelou uma prevalência global de parasitas de 78,5% sendo 21% de helmintos e a intensidade de infestação moderada a grave encontrada foi de 0,3% (MS, IPPI, 2012).

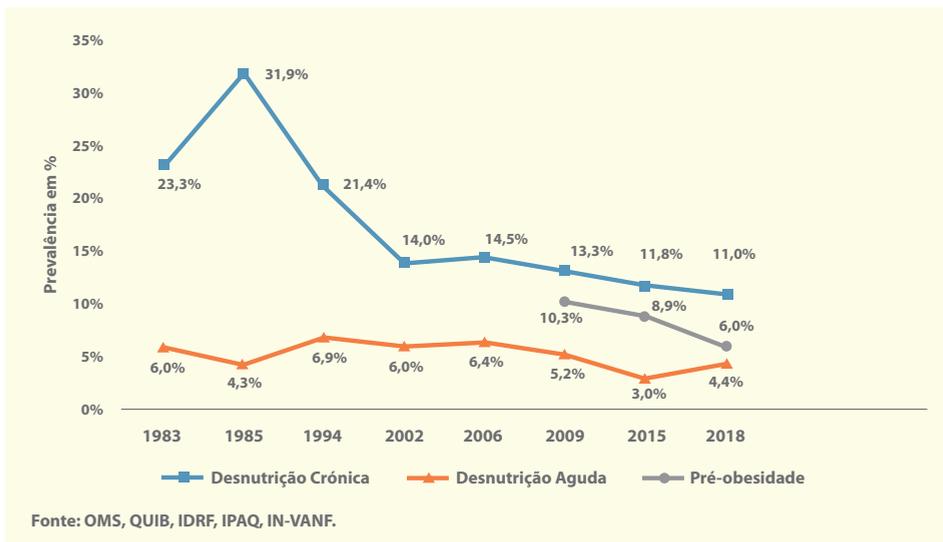
A Organização Mundial da Saúde em 2001, estabeleceu, uma meta global de cobertura de tratamento de 75% para crianças de risco (OMS, 2012) e Cabo Verde vem adotando essa recomendação desde 2007 com desparasitação sistemática nos jardins de infância e escolas do ensino básico, atingindo sucessivas coberturas acima de 90%. A partir de 2017, a distribuição passou a ser feita pelos técnicos de saúde, com uma taxa de cobertura a nível nacional de 99% e de 99,5% em 2018.

Quadro 3: Estado Nutricional das crianças menores de 5 anos



Ao longo dos anos as prevalências da desnutrição aguda (DA), crónica (DC) e a prevalência de pré-obesidade tem tido uma tendência decrescente, onde se verifica uma diminuição de 12,3 pontos percentuais (p.p.) na taxa de DC e 1,6 p.p. na DA, entre 1983 a 2018, gráfico 4(16, 18, 23, 24).

Gráfico 4: Evolução da prevalência da subnutrição e sobrenutrição ao longo dos anos



Em abril de 2016, a Década das Nações Unidas de Ação na Nutrição (2016–2025) era proclamada para fornecer a todas as partes interessadas uma oportunidade única de fortalecer os esforços conjuntos para acabar com todas as formas de malnutrição até 2025, sendo posteriormente adaptado para a agenda 2030, nomeadamente o Objetivo do desenvolvimento sustentável 2. Analisando os progressos feito a partir da linha de base de 2009 e as trajetórias projetadas para as metas de 2025 para as diferentes formas de malnutrição podemos concluir que (tabela 2)(25, 26):

- a) A evolução da prevalência do atraso de crescimento nas crianças menores de 5 anos de idade tem havido algum progresso, contudo com uma taxa de redução médio anual (TAMR) abaixo do necessário, a 2,0% ao ano (2009 a 2018). Pois uma taxa de 3,5% ao ano é necessária alcançar as metas de redução de 40% para 2025 a partir do ano de base (2009). Se as tendências recentes continuarem (TAMR corrente, ver tabela 1), esta meta só será alcançada em 2037;
- b) A meta de 2025 para a desnutrição aguda está num bom caminho para ser alcançada (2018: 4,4%; 2025: <5%);

- c) Quanto a sobrecarga ponderal em crianças menores de 5 anos, constata-se que houve progressos de 2009 até 2018, com uma TAMR de 5,2%, ou seja, o país está no caminho para o alcance da meta em 2025;
- d) A meta de 2025 para a anemia em mulheres em idade reprodutiva não está no caminho para ser alcançada (TAMR corrente <5,2%), contudo dada a inexistência de estudo frequentes os dados deverão ser analisados com precaução;
- e) A meta do aleitamento materno não exclusivo para 2025 está no caminho de ser alcançada (TAMR corrente $\geq 2,74\%$), contudo devido ao número reduzido de estudos (n=2) para o cálculo da estimativa da TAMR corrente, os dados deverão ser analisados com precaução.

Tabela 2: Progresso para o alcance das metas de 2025 para as diferentes formas de malnutrição e da prevalência do aleitamento materno

	Linha de base	Nível da linha de base	Prevalência atual (2018)	Metas a atingir em 2025 ^(a)	TAMR corrente	TAMR requerido 2025	No caminho para cumprir a meta
Desnutrição Crónica	2009	13,3%	11,0%	7,4%	2,07%	3,62%	Não ⁺
Desnutrição Aguda	2009	5,2%	4,4%	$\leq 5,0\%$	2,86%	2,60%	Sim
Pré-obesidade	2009	10,3%	6,0%	10,3%	5,35%	5,70%	Sim
Anemia em mulheres (15-49 anos)	2012	31,2%	20,6%	15,6%	0,004%	5,2%	Não
Aleitamento materno não exclusivo	2005	40,4%	58,2%	$\leq 50\%$	3,49%	0,01%	Sim

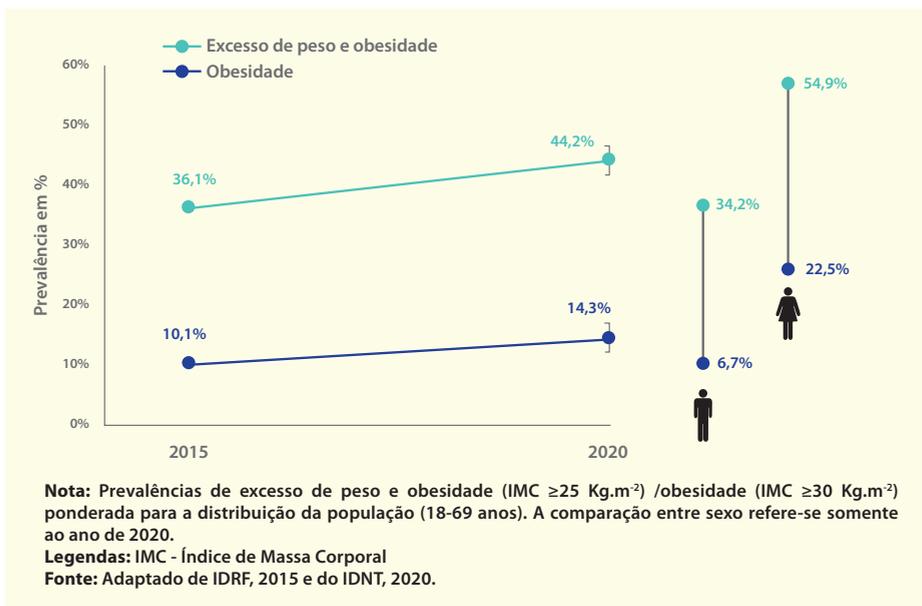
Nota: As metas da década da nutrição para 2025, bem como as regras propostas pela OMS, Unicef e FAO para o seguimento das metas tanto a nível mundial como a nível dos países, estão presentes no anexo 4.

Legendas: TAMR corrente – Taxa annual média de redução para a tendência atual (linhas de base até 2018); TAMR requerida – Taxa annual médio de redução requerida para a alcançar a meta de 2025, para um determinado indicador nutricional; Sim – No caminho para cumprir a meta; Não⁺ – Não estão no caminho de cumprir a meta, mas com algum progresso na redução; Não – Não está no caminho de cumprir a meta, sem progresso ou pior.

Fonte: Adaptação do GNR 2020, SOFI 2020 da FAO; IN-VANF, 2018.

Na população adulta (18-69 anos), a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou 8,1 p.p. nos últimos 5 anos (2015 vs. 2020), apresentando em 2020 uma prevalência de 44,4% dos adultos com sobrecarga ponderal. Estas prevalências, referentes somente ao ano de 2020, são sempre maiores nas mulheres do que nos homens, como demonstra o gráfico 5^(18, 27).

Gráfico 5: Estado nutricional da população adulta Caboverdiana

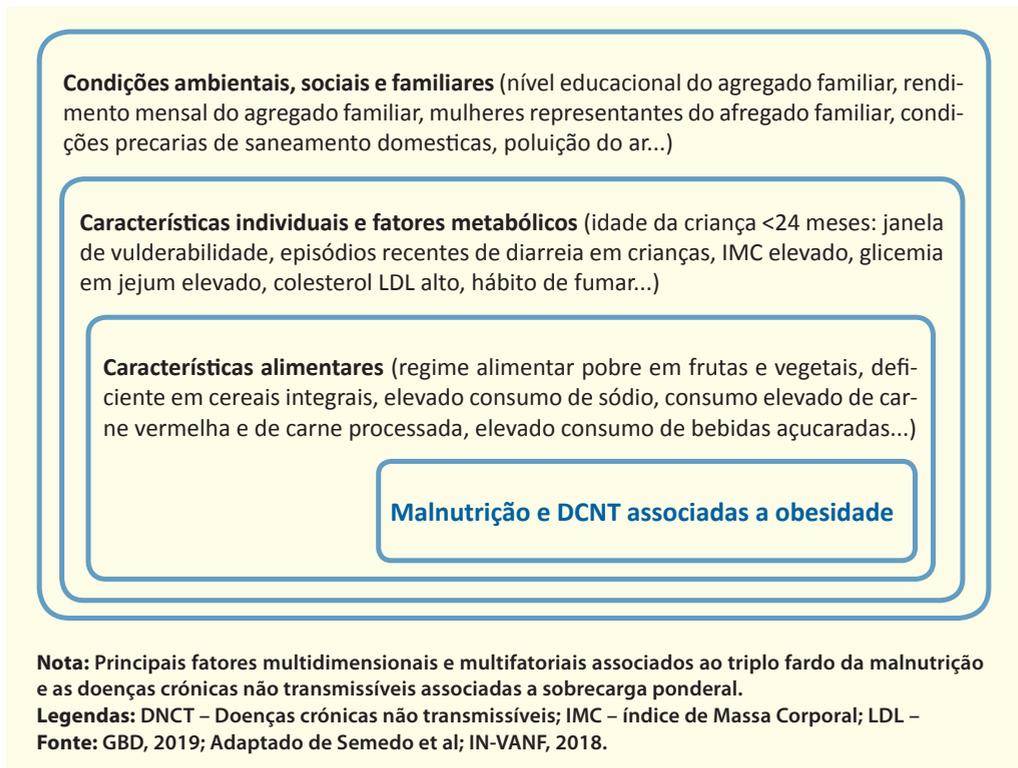


Como já tinha sido referido anteriormente, Cabo Verde está numa fase de transição em saúde, cujo perfil é a mudança para o aumento das DCNT, aumentando assim a mortalidade e a morbilidade da população. O último inquérito sobre as DCNT, realizado em 2020, mostrou que a prevalência de diabetes melitos do tipo 2 em adultos com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos era de 3,7% sendo superior no sexo feminino (4,2%)⁽²⁷⁾. O mesmo foi verificada quanto a hipertensão arterial, que já atinge 1/3 desta população e de magnitude bastante superior nos homens. Um dos importantes resultados deste inquérito foi de que 27,0% dos adultos tem 3 ou mais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que em 2017 foram responsáveis por 30% de mortes, seguido pelas neoplasias com 13% (3ª causa de morte)^(27, 28). Os dados apresentados acima demonstram claramente o acentuar das DCNT, muitas delas associadas aos maus hábitos alimentares, (em que a população adulta ingere quase o dobro do sal (NaCl) recomendado (9,1g Vs. 5g) e um consumo de fruta e vegetais abaixo do recomendado (3,4 porções diárias vs. 5 porções)), bem como estilos de vida pouco saudáveis como o elevado sedentarismo (1/3 dos adultos não praticam atividade física; <150 min/semana)⁽²⁷⁾.

De um modo geral o quadro conceptual da malnutrição e das DCNT associadas a sobrenutrição, permite dizer que os determinantes deste fardo são multidimensionais

e multifatoriais (fatores metabólicos, comportamentais e ambientais), já que variam no espaço, tempo e de acordo com os estilos de vida e das características sociais, económicas e culturais das famílias e da sociedade. Entre os diferentes fatores causais é de destacar a própria insegurança alimentar, mas também determinantes familiares como o rendimento económico das famílias e a escolaridade do representante do agregado familiar; determinantes individuais e fatores metabólicos (IMC elevado, glicose em jejum elevado, pressão arterial, etc.) e os hábitos alimentares inadequados que representam o sexto fator de risco (10,0%) que mais contribui para a perda de anos de vida saudável (DALYs) pela população cabo-verdiana, devido a doenças do aparelho circulatório (6.460 DAYLs; 4,36% do total), diabetes e doenças renais (1.241 DALYs; 0,84% do total), bem como neoplasias (852 DALYs; 0,57% do total), figura 4^(16, 21, 29).

Figura 4: Fatores associados a malnutrição e as doenças crónicas não transmissíveis associadas a obesidade



5.4 Situação social, económico e da Segurança alimentar e nutricional no contexto COVID-19

A doença resultante da infeção com o novo coronavírus SARS-COV-2 e designada COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi, identificada pela primeira vez em humanos em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. A 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou o estado de Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e no dia 11 de março foi declarada pandemia.

A pandemia propagou-se rapidamente pelo mundo, afetando centenas de milhares de pessoas e com consequências humanas, sociais e económicas severas.

As respostas ao Covid-19, implementadas através das medidas de restrição a circulação de pessoas dentro e entre fronteiras tiveram um impacto nos setores de desenvolvimento nomeadamente o sistema macroeconómico e social, Serviços de saúde, bem como o Sistema Alimentar Mundial, nomeadamente oscilações na produção, transporte, pontos de venda e distribuição de alimentos (fechamento de escolas).

Cabo Verde é um dos países africanos onde o COVID-19 está presente e ativo, sendo circunscrito a quase totalidade das 9 ilhas habitadas. Dada a fragilidade, provocada pela insularidade estrutural e pela dependência económica do turismo, transporte e das remessas dos emigrantes, é consensual admitir que esta crise sanitária e a crise económica mundial, veio intensificar as situações de vulnerabilidade já existentes no país, nomeadamente as famílias praticantes da agricultura e das cadeias de valor.

O impacto económico e social derivou do encerramento do setor hoteleiro e da restauração, estimando-se um défice entre 6,9% e 8,5% no PIB e com embate imediato na vida económica das famílias, 19,8 mil pessoas perderem seus respetivos empregos e consequentemente redução no rendimento, colocando-as em situação de vulnerabilidade alimentar⁽³⁰⁾. Importante realçar também que devido a restrição da circulação de pessoas dentro e entre as ilhas, muitas pessoas sobretudo os do setor informal, nomeadamente as vendedeiras ambulantes, viram os seus rendimentos serem limitados, mas também os agricultores familiares, sendo que estes já encontravam em situação de vulnerabilidade face aos 3 anos de secas cíclicas vivenciadas em todo o arquipélago, que condicionou sobretudo as famílias que dependem da criação de gado e agricultura de sequeiro.

Apesar do aumento gradual dos preços de exportação internacional dos produtos alimentares de primeira necessidade – PAPN (trigo, milho, óleos vegetais e açúcar, etc.),

o abastecimento alimentar não tem sido condicionado, pois o país apresenta um prazo de cobertura médio dos PAPN de 4 meses e uma estabilidade dos preços do mercado nacional dos principais produtos alimentares.

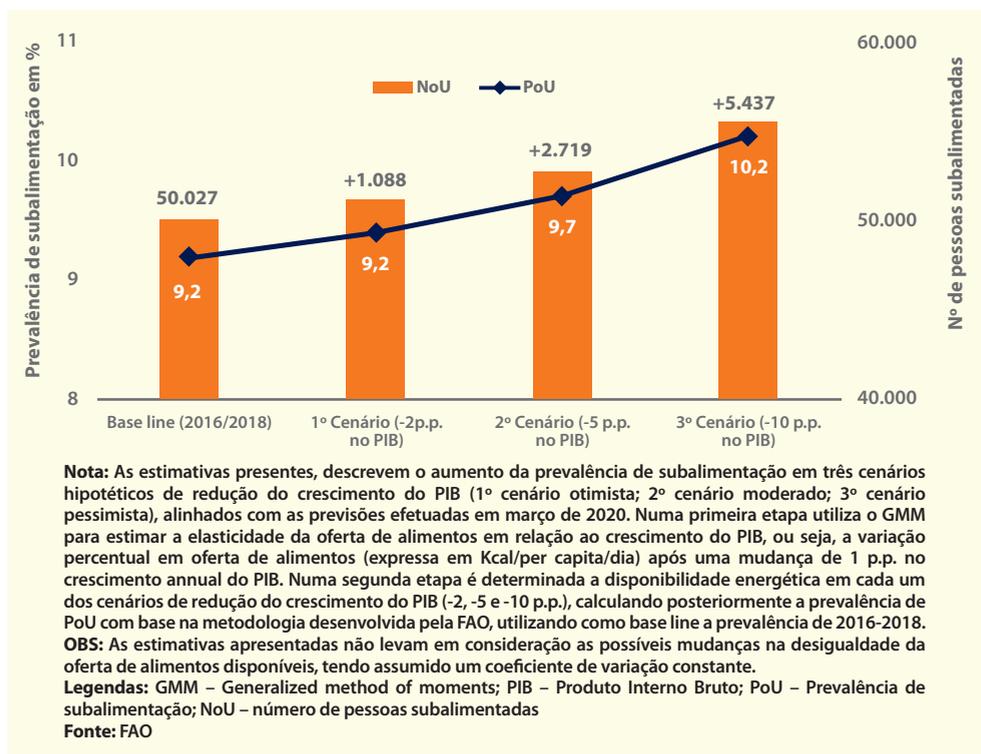
Com estas situações e com o aumento da vulnerabilidade social e económico, é esperado que o número de pessoas em situação de insegurança alimentar aguda e crónica aumentam exponencialmente a medida que a situação da pandemia se agrava no contexto nacional:

- No contexto atual, dada a situação epidémica ativa a nível mundial e sobretudo com tendências a agravar-se a nível nacional, o número de pessoas em situação de crise alimentar poderá agravar-se, na medida que as pessoas/famílias na fase de supressão (Fase 2²) poderão transitar-se para a fase 3³, pois observaram a perda dos meios de proteção de existência, ou seja, cerca de 19.214 (16,0%) agregados estariam na fase 3, valor este que poderia estar subestimado, se o programa de assistência alimentar não tivesse sido implementado, pois 35.495 mil (28,0%) agregados familiares foram beneficiados com cestas básicas durante a fase de emergência nacional (pós-COVID)^(31, 32).
- Estima-se que a prevalência de subalimentação poderá aumentar entre 0.2 p. p e 1p. p considerando o valor de base de 9.2% (2016/2018) ou seja cerca de 50.027 mil pessoal tem uma ingestão alimentar que não cobre as necessidades mínimas para a manutenção de uma vida saudável, isto de acordo com o impacto da pandemia na PIB, gráfico 6⁽³³⁾.
- Estima-se que por cada 1 ponto percentual da redução do PIB reduz a oferta de alimentos nos países importadores de alimentos em 0,06%, reforçando a evidência do país ser considerado em 2019 como um dos 34 países a precisar de ajuda alimentar externa e um dos países que estarão em um estado de insegurança alimentar localizada grave.

2 **Fase 2 ou Sob pressão:** Mesmo com ajuda humanitária, pelo menos uma em cada cinco famílias que se encontram no país, está na seguinte situação ou pior: redução do consumo alimentar, mas incapaz de cobrir as despesas não alimentares essenciais, sem recorrer a estratégia de adaptação irreversíveis.

3 **Fase 3 ou Crise alimentar:** Mesmo com ajuda humanitária, pelo menos uma em cada cinco famílias que se encontram no país, está na seguinte situação ou pior: défice de alimentos significativos e taxa de desnutrição aguda elevadas ou acima do normal; ou marginalmente capaz de cobrir o mínimo de suas necessidades alimentares, esgotando os meios de subsistência, levando a défice de consumo de alimentos.

Gráfico 5: Impacto do Covid-19 na prevalência de subalimentação - Cenários



A crise emergente veio ampliar os danos das crises pré-existentes, principalmente a nível da economia familiar, pois a grande consequência é a limitação do acesso económico aos alimentos, mesmo com a estabilidade dos preços verificada a nível nacional.

Durante o estado de emergência e também após o de confinamento, foram implementadas um conjunto de ações com o objetivo de atenuar o impacto da pandemia na vida económica e social das famílias, sobretudo os mais vulneráveis, nomeadamente as políticas de proteção social não contributivo como o programa de assistência alimentar que beneficiaram 30.000 crianças em idades escolar e 27% da população Caboverdiana, o rendimento social solidário, o rendimento social de inclusão emergencial e outros programas sociais, como o programa de cuidados dos idosos. Importante referir também, que o governo tem implementado um conjunto de medidas compensatórias por forma a manter os preços dos PAPN estáveis.

Deste modo, é consensual admitir que todos os documentos estratégicos do país terão de ser adaptados a nova conjuntura e inevitavelmente a novos desafios, como por

exemplo a inclusão de programas de assistências alimentares muito bem delineados e elaboradas com base nas recomendações internacionais, a inclusão de outros programas de proteção social não contributivos com o objetivo de reforçar a resiliência, e por último o reforço do sistema de vigilância nutricional.

6. Políticas de alimentação e Nutrição em Cabo Verde: Ganhos e Desafios

Desde 1975, Cabo Verde reconhece a alimentação e a nutrição como alvo da implementação das políticas públicas, estando indiretamente explícito no Artigo 7º da Constituição da República de Cabo Verde. Dadas as peculiaridades geográficas, o país convive com um déficit produtivo alimentar estrutural que tem refletido no estado nutricional da população, colocando este tema na ordem do dia.

Após a independência o Estado passou a intervir diretamente no mercado, cujo acesso económico aos alimentos (cereais) por parte da população era idêntico, independentemente das ilhas, com o intuito de evitar uma nova penúria alimentar, provocada pela seca. Para além do Estado, existia também um sistema de distribuição de alimentos as populações mais vulneráveis geridas pelo Programa Alimentar Mundial (PAM). Às populações do mundo rural que tinham a produção agrícola como único meio de subsistência, em períodos de seca eram beneficiadas com a intervenção governamental através de programas de emergência, com trabalhos nas frentes de alta intensidade de mão de obra (FAIMO). Com o desenvolvimento económico e social do país, nos anos 90 do século passado registraram-se profundas reformas no setor económico e financeiro, com o desengajamento do Estado do setor do comércio de alimentos. Desta feita o sistema alimentar nacional tornou-se globalizado e acelerando de certa forma o processo de transição nutricional⁽³⁴⁾.

Torna-se assim importante realçar que a agenda cabo-verdiana sempre foi conduzida por uma visão integrada do sistema alimentar, expressa no conceito de “segurança alimentar e nutricional”: uma visão que mantém unidos os conceitos de segurança alimentar e de nutrição. Assim, o termo SAN existe quando todas as pessoas, de todo o momento, tem acesso físico social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos por forma a satisfazer as suas necessidades básicas para uma vida ativa e saudável⁽³⁵⁾. Partindo desta definição é consensual afirmar a política específica da alimentação e nutrição não pode e não deve ser tratada como um setor isolado, pois a garantia da alimentação

adequada é holística e que todas as políticas multissetoriais (proteção social, educação, saúde, agricultura, etc.) presentes num estado democrático podem e devem contribuir para o alcance deste direito. A nível da governança da SAN, o país apresenta-se uma arquitetura institucional bastante robusta, constituída por um Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional⁽³⁶⁾ – órgão consultivo transversal nesta matéria, cujo o responsável direto pelo setor da Nutrição tem acento no conselho; uma Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que contempla o Direito Humano a alimentação adequada e que está alinhada com os planos estratégicos setoriais, nomeadamente com o Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), bem como o seu responsável que existe desde 1996 – Programa Nacional de Alimentação⁽²²⁾.

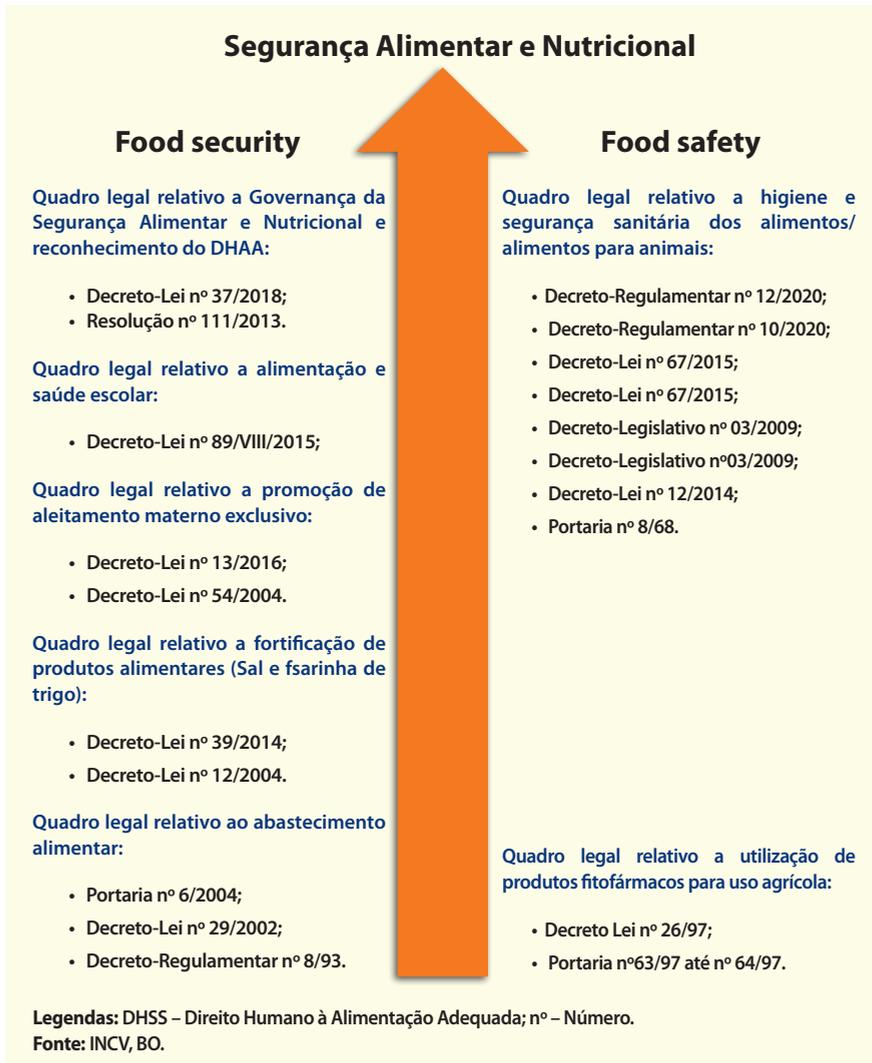
O PNAN foi um instrumento de ação das políticas setoriais de alimentação e nutrição que esteve alinhado de certo modo com a Década de Nutrição e com a Declaração de Roma sobre a Nutrição, embora as metas determinadas no plano cessante fossem diferentes das da resolução para a década de nutrição^(37, 38). As ações determinadas no plano (VITAFERRO, suplementação nas escolas, fortificação da farinha de trigo com ferro e ácido fólico, fortificação do sal com o iodo, etc.) enquadraram nos problemas nutricionais que deparavam o país ao longo da sua elaboração, centrando principalmente nos problemas ligados a subnutrição, entre as quais a desnutrição (aguda e crónica e insuficiência ponderal) e aos problemas ligados com as deficiências em micronutrientes como a anemia por deficiência de ferro, bem como a deficiência de iodo. Por outro lado, os problemas ligados com a obesidade e com as doenças crónicas não transmissíveis não tiveram a grande preponderância que os outros problemas de subnutrição.

Como já tinha sido mencionado, o Estado Cabo-verdiano tem assumido a execução da política de alimentação e nutrição, por meio de estratégias, programas, planos de ação e através de leis e regulamentos, implementados pelos diversos setores (educação, saúde, agricultura etc.), figura 5 e 6. Importa realçar que existe um conjunto de políticas públicas específicas para o setor da nutrição (PNAN, ENSAN, etc.) e outras que são transversais ao tema, mas com grande impacto na garantia deste Direito (PLENAS, PNPS, etc.)^(22, 34, 39, 40). Contudo, apesar deste quadro político, ainda se se depara com a inexistência de uma articulação explícita entre os principais documentos e a determinação da responsabilidade de cada setor na promoção do DHAA, ou seja, aplicando o princípio da Nutrição em todas as Políticas. Relativamente ao quadro legal, destaca-se a robusta existência de decretos, regulamentos e portarias que abrangem quase todas as dimensões da SAN, destacando a Lei nº 37/2018 que cria as bases orientadoras para a política de SAN e efetiva o reconhecimento do exercício do DHAA^(41, 42).

Figura 5: Políticas multisectoriais que integram a alimentação e a nutrição em vigência



Figura 6: Quadro legal relativo a Segurança Alimentar e Nutricional – Alimentação e Nutrição



O país tem tido ganhos em matéria de alimentação e nutrição destacando o seguinte:

- A existência de um quadro legal que promove o aleitamento materno exclusivo e protege as mães e os bebés (a comercialização dos substitutos do leite humano; instituição do banco de leite humano e posto de colheita do leite humano);
- A lei sobre a alimentação e saúde escolar, destacando o artigo 25º que determina que 25% do orçamento destinado ao Ministério da Educação deve ser canalizada para a compra de produtos locais, como por exemplo frutas e vegetais podendo deste modo enriquecer a ementa escolar – **visto como um dos instrumentos públicos para a aquisição de produtos oriundos da agricultura familiar**;
- A implementação nacional do programa de fortificação domiciliária de micronutrientes em pó, tendo um impacto na redução da anemia em crianças menores de 5 anos, cuja prevalência é considerada um problema nacional de saúde pública;
- A introdução de sementes resistentes ao clima e biofortificados, fortalecendo deste modo a sustentabilidade e a resiliência do sistema agrário;
- A existência de um quadro legal sobre o Food Safety;
- A aprovação em 2018 da Lei do Direito Humano a Alimentação Adequada que determina as bases orientadoras da Política de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), bem o reconhecimento efetivo deste direito na constituição da república de Cabo Verde;
- O reforço do sistema de informação de SAN, com a implementação do inquérito sobre a vulnerabilidade alimentar, bem como na implementação de inquéritos sobre as doenças crónicas não transmissíveis, etc.

Não obstante aos ganhos, o país ainda contempla um conjunto de desafios nomeadamente as lacunas existentes nos processos político, legislativo como na implementação das ações. Assim entre os diversos desafios destacam-se:

- O aumento da licença maternidade, por forma a promover o aleitamento exclusivo;
- A existência de um programa nacional sobre a promoção da alimentação saudável (educação alimentar e nutricional) concreta e estabelecida em todos os setores, por forma a combater a obesidade e os fatores de risco associados;
- A descentralização das redes municipais de SAN, havendo portanto um espaço de consulta pública das questões de nutrição a nível das autarquias;

- Um reforço da fiscalização em matéria de food safety;
- O cumprimento na íntegra da lei de alimentação e saúde escolar;
- Um reforço das leis comerciais sensíveis a nutrição;
- Uma estratégia nacional sobre a assistência alimentar em situações de crises, contemplando as recomendações do Programa Alimentar Mundial adaptadas para o país;
- Um reforço no funcionamento regular do sistema de informação da SAN.

Por último importa referir que a política de alimentação e nutrição é holística e que todos os setores devem estar comprometidos a todos os níveis. A nova política de alimentação e nutrição deve integrar dois aspetos importantes: 1- deve ser alinhado com a evidência atual sobre a situação alimentar e nutricional/perfil de doenças; 2- alinhada com os desafios nacionais, com os instrumentos políticos já existentes e com as metas preconizadas a nível internacional (Declaração de nutrição, agenda 2063 e com os ODS).

7. Recomendações

Apresentamos uma síntese das principais recomendações elencadas pelos parceiros do PNAN:

- Trabalhar um enfoque maior no programa educação alimentar e nutricional;
- Dar mais ênfase à segurança sanitária dos alimentos;
- Melhorar a articulação entre os diferentes atores; por exemplo: aproveitar a facilidade de terreno da ONGs e o Ministério da Saúde e da segurança Social poderiam entrar com participação técnica e financeira;
- Enfoque sobre sistemas alimentares sustentáveis, ou seja tratar os aspetos nutricionais desde a produção até o consumo;
- Levar em consideração a situação epidemiológica e nutricional da população cabo-verdiana; sobretudo questão da obesidade e outras doenças crónicas não transmissíveis;
- Que seja considerada a questão do género - Alimentação saudável, há que apoiar e apostar na mulher;

- Abranger todas as faixas etárias;
- Promover atenção particular a adolescentes - distúrbios alimentares- difíceis de identificar;
- Dar maior atenção aos grupos vulneráveis, sobretudo os portadores de doenças crónicas e pessoas portadoras de deficiência;
- O seguimento e a avaliação sejam feitos regularmente e com maior frequência, não no final do plano;
- Que seja dada primazia aos alimentos em vez da suplementação;
- Rubrica para nutrição no orçamento do estado;
- Legislações insuficiente pelo que devem ser trabalhadas; iniciativas; sal, açúcar, gordura; utilização de água sanitária e alimentos; trabalhar com comércio e indústrias;
- Envolver as nutricionistas a nível descentralizado, envolver, implementar, seguir e avaliar;
- Enfoque na vigilância nutricional e reforço na área da pesquisa;
- Que o próximo plano seja ambicioso e realista;
- Abordar a questão de água e saneamento;
- Agentes sanitários mais perto da escola e da família – covid 19;
- Maior aposta na comunicação;
- Criar Legislação sobre banco alimentar-doações;
- Planos mais partilhados- divulgados – comunicação mais próxima das pessoas;
- Articular as compras com programas com maior disponibilidade financeira;
- Financiamento há em pacotes, havendo maior necessidade de competências técnicas.
- Considerando o seu capital humano, como o núcleo central do seu desempenho, desenvolver o programa de qualificação dos recursos humanos, através da elaboração de um Plano de Formação à medida, o qual visa para além do desenvolvimento de competências profissionais igualmente o desenvolvimento de competências sociais e pessoais;

- Desenvolvimento e aperfeiçoamento do comunicacional através da divulgação periódica dos documentos estruturantes do programa, para permitir maior colaboração com outras instituições;
- Reforçar e fomentar a cooperação interinstitucional, permitindo dessa forma o desenvolvimento de sinergias institucionais na área da nutrição;

O PNAN pode colaborar em 3 pilares:

- Ensino: Promoção de conferências sobre a alimentação e nutrição;
- Pesquisa: envolver as universidades nas linhas de pesquisas prioritárias;
- Extensão: Criar parcerias com as universidades na promoção de saúde nas comunidades.

O país tem tido ganhos em matéria de alimentação e nutrição destacando o seguinte:

- A existência de um quadro legal que promove o aleitamento materno exclusivo e protege as mães e os bebês (a comercialização dos substitutos do leite humano; instituição do banco de leite humano e posto de colheita do leite humano);
- A lei sobre a alimentação e saúde escolar, destacando o artigo 25º que determina que 25% do orçamento destinado ao Ministério da Educação deve ser canalizada para a compra de produtos locais, como por exemplo frutas e vegetais;
- A implementação nacional do programa de fortificação domiciliar de micronutrientes em pó, tendo um impacto na redução da anemia em crianças menores de 5 anos;
- A introdução de sementes resistentes ao clima e Biofortificados, fortalecendo deste modo a sustentabilidade e a resiliência do sistema agrário;
- A existência de um quadro legal sobre a segurança sanitária dos alimentos;
- A aprovação em 2018 da Lei do Direito Humano a Alimentação Adequada que determina as bases orientadoras da Política de Segurança Alimentar e Nutricional;
- O reforço do Sistema de vulnerabilidade alimentar, etc.

Não obstante os ganhos, o país **enfrenta** um conjunto de desafios no que tange à educação alimentar e nutricional e nos processos político e legislativo, como na implementação das ações. Assim dentre os diversos desafios destacam-se:

O aumento da licença maternidade, por forma a promover o aleitamento exclusivo;

- A criação de um programa nacional de educação alimentar e nutricional estabelecido em todos os setores;
- A descentralização das redes municipais de Segurança Alimentar e Nutricional, para um espaço de consulta pública das questões de nutrição a nível das autarquias;
- O reforço da fiscalização em matéria de segurança sanitária dos alimentos;
- O cumprimento na íntegra da lei de alimentação e saúde escolar;
- O reforço das leis comerciais sensíveis à nutrição, como por exemplo sobre alimentos ultraprocessados, consumo do sal, açúcar, gordura, etc.;
- O enfoque sobre sistemas alimentares sustentáveis, que trate todos os aspetos nutricionais desde a produção até o consumo;
- O reforço para travar a questão da obesidade e outras doenças crónicas não transmissíveis;
- A promoção da atenção particular a adolescentes sobretudo em relação aos distúrbios alimentares e aos grupos vulneráveis, sobretudo os portadores de doenças crónicas e pessoas com deficiência;
- A luta para a redução da anemia;
- O seguimento e a avaliação regulares e não no final do exercício de planificação com a maior partilha do plano;
- O reforço da verba para a nutrição no orçamento do estado;
- O envolvimento efetivo dos nutricionistas a nível descentralizado; enfoque na vigilância nutricional e reforço na área da pesquisa com o efetivo envolvimento das universidades;
- A abordagem da questão de água e saneamento;
- Considerando o seu capital humano, como o núcleo central do seu desempenho, o desenvolvimento de um programa de qualificação dos recursos humanos, que

visa além da competência profissional, o desenvolvimento de competências sociais e pessoais;

- Reforçar e fomentar a cooperação interinstitucional, e com a sociedade civil, permitindo dessa forma o desenvolvimento de sinergias;
- Importa referir que a política de alimentação e nutrição é holística e que todos os setores devem estar comprometidos a todos os níveis.

O novo PNAN 21-25 deve integrar dois aspetos importantes:

- 1- Alinhado com a evidência atual sobre a situação alimentar e nutricional/perfil de doenças;
- 2- Alinhado com os desafios nacionais, com os instrumentos políticos já existentes e com as metas preconizadas a nível internacional (Declaração de nutrição, agenda 2063 e com os ODS).

8. Referencias bibliográficas

1. MAA. Recenseamento Geral da Agricultura. DSEGI, 2015.
2. INE. Projecções Demográficas de Cabo verde 2010-2030. Cabo Verde, 2012.
3. INE. Taxa de variação do PIB (WEBSITE). Disponível em: <<http://ine.cv/indicadores/pib/>>. Acesso em: 7 de outubro, 2020.
4. INE. Perfil da Pobreza em Cabo Verde. Evolução da Pobreza Monetária Absoluta: 2001/02, 2007 e 2015.
5. BCV. Relatório de Política Monetária. Cabo Verde, 2018.
6. INE. ESTATÍSTICAS DAS FAMÍLIAS E CONDIÇÕES DE VIDA. Inquérito Multiobjectivo Contínuo 2019. Disponível em http://ine.cv/wp-content/uploads/2020/06/imc_2019-condicoes-de-vida.pdf.
7. MAA. Programa de Acção Nacional de Adaptação às Mudanças Climática, 2008-2012. INMG, 2007.
8. ACF. Les modèles conceptuels en malnutrition infantile fondement DE l'approche ACF en santé mentale et pratiques de soins. 2012.
9. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017; WHO 2017; UNICEF 2016; WHO Global Health Observatory data repository and NCD Risk Factor Collaboration; Mozaffarian et al, 2014; Zhou B et al, 2017.
10. FAO. Nutrition and Social Protection. Rome, 2015.
11. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Lancet (London, England). 2019; 393(10173):791-846.
12. FAO. New Food Balance Sheet. Roma, FAO: 2020. Disponível em <http://www.fao.org/faostat/en/#data/FBS>, consultado em outubro de 2020.
13. DGS, FCNAUP, IC. A Nova Roda dos Alimentos. Disponível em http://www.consumidor.pt/pls/ic/app_ver_canal?id=5451&p_acc=0&plngua=1.
14. Alberti-Fidanza A, Fidanza F. Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. Public Health Nutr. 2004 Oct;7(7):937-41. doi: 10.1079/phn2004557. PMID: 15482621.
15. Nishida, C., Uauy, R., Kumanyika, S., & Shetty, P. (2004). The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Process, product and policy implications. Public Health Nutrition, 7(1a), 245-250. doi:10.1079/PHN2003592.
16. MAA. Inquérito Nacional Sobre a Vulnerabilidade Alimentar e Nutricional das Famílias (Resultados preliminares). SNSAN, 2018. .
17. INE. Inquérito às Despesas e Receitas Familiares. INE. Cabo Verde, 2015. Disponível em <http://ine.cv/publicacoes/resultados-do-iii-inquerito-as-despesas-receitas-familiares-2015/>, consultado em 5 de junho de 2019.
18. INE. Estado Nutricional da População Cabo-verdiana - Avaliação Antropométrica. IDRF, 2015.

19. World Health Organization . Geneva: World Health Organization; 2001. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control; a guide for programme managers; p. 114. .
20. INE, MSSS. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (Resultados Preliminares), 2018. Disponível em <https://www.insp.gov.cv/index.php/documentos/outors-documentos/148-apresentacao-resultados-preliminares-idsr-iii/file>, .
21. Semedo RM, Santos MM, Baiao MR, Luiz RR, da Veiga GV. Prevalence of anaemia and associated factors among children below five years of age in Cape Verde, West Africa. *Journal of health, population, and nutrition*. 2014; 32(4):646-57.
22. MS. Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, 2015-2020. Programa Nacional de Nutrição, Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/331-plano-nacional-alimentacao-e-nutricao-2015-2020/file>.
23. INE. QUIBB: Questionário unificado de indicadores básicos de bem-estar. Cabo Verde, 2006.
24. Dop MC, Pereira C, Mistura L, Martinez C, Cardoso E. Using Household Consumption and Expenditures Survey (HCES) data to assess dietary intake in relation to the nutrition transition: a case study from Cape Verde. *Food and nutrition bulletin*. 2012; 33(3 Suppl):S221-7. .
25. WHO & UNICEF. 2017. The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030. Discussion paper. Geneva, Switzerland and New York, USA.

(also available at www.who.int/nutrition/global-target-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf).
26. WHO and UNICEF. 2017. Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025. Geneva, Switzerland and New York, USA (adapted).
27. MSSS, INE, OMS. L'Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies chroniques au Cap Vert, 2020. .
28. MSSS. Relatório Estatístico 2017. Cabo Verde. Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/496-relatorio-estatistico-de-2017-mss-spsa-03-05-2019/file>. .
29. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle,WA: IHME, University of Washington, 2019. Disponível em <http://www.healthdata.org/cape-verde>, consultado em novembro de 2019.
30. Ministério da Finanças. Avaliação rápida de impacto socioeconómico da COVID-19. DNP, 2020.
31. Governo de Cabo Verde. Relatório das medidas adotadas na vigência da declaração do estado de emergência. 2020.
32. MAA. Ficha de Comunicação do Cadre Harmonisé de identificação e análise das zonas de risco e das populações em insegurança alimentar e nutricional em Cabo Verde. SNSAN, 2019.
33. Conti, V., Cafiero, C. & Sánchez, M.V. 2020. Simulating rising undernourishment during the COVID-19 pandemic economic downturn. Technical note. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/ca8815en>.
34. MDR. Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, horizonte 2014-2020. 2014.
35. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. World Food Summit. Rome, Italy; 1996. 13-17. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.htm>. .

36. Assembleia Nacional de Cabo Verde. Resolução nº 111/2013 de 25 de outubro.
37. United Nations, General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 1 April 2016. 70/259. United Nations Decade of Action on Nutrition (2016–2025). Disponível em: <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/RES/70/259> Acessado em setembro de 2019.
38. Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization (FAO/WHO). Rome Declaration on Nutrition. Why it matters & what can be done. Second International Conference on Nutrition (ICN2), 19-21 November 2014. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf> Acessado em setembro de 2019.
39. ME. Programa Nacional de alimentação escolar horizonte 2010-2020. FICASE.
40. Governo de Cabo Verde. Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável 2017-2021. Disponível em <https://peds.gov.cv/sites/default/files/2018-10/PEDS%202017-2021%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf>.
41. Assembleia Nacional de Cabo Verde. Decreto-Lei nº 37/2018, de 16 de agosto de 2018.
42. Assembleia Nacional de Cabo Verde. Decreto-Lei nº 89/VIII/2015, de 28 de maio de 2015.

ANEXO I- Quadros avaliação

Objetivo Específico 1	Promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis para a população em geral e em particular a crianças, gestantes, lactantes e doentes crónicos
Estratégia 1.1	Promover, apoiar e incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo e Complementar
Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades Realizadas 2015-2020
<p>1-Incentivar o aleitamento materno nas primeiras horas após o parto.</p> <p>2-Realizar ações de sensibilização, orientação e informação das mães, trabalhadores de saúde e população em geral para a promoção e proteção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementar até 2 anos.</p> <p>3-Realizar ações de sensibilização, orientação e informação sobre práticas corretas de desmame e introdução adequada de alimentação</p>	<p>Realização de marchas, palestras, feiras e jogos com equipas multidisciplinares para às mães, grávidas, parceiros e população em geral, programas radiofónicos com apresentação de vários temas para sensibilizar, alertar e apoiar as grávidas e lactentes acerca do aleitamento materno - Concelhos de Ribeira Grande de Santo Antão e Porto Novo, São Vicente, Sal, Santiago Norte, Praia e Fogo;</p> <p>Workshop com profissionais sob o lema do ano “Aleitamento materno: Presente saudável, futuro sustentável” com participação das outras ilhas através de videoconferência - presente apenas S. Antão.</p> <p>Realização pelos Centros/Delegacias de Saúde, Hospitais/BLH de: palestras educativas, ações de sensibilização, debates com grávidas adolescentes, mesas redondas com grávidas e demonstrações práticas, apresentação de vídeos, programas radiofónicos com apresentação de vários temas para sensibilizar, tardes culturais com as mães, etc.;</p> <p>Ato Central da Comemoração da Semana na Praça Cruz de Papa – Achada de Santo António, com o objetivo de concentrar/aglomerar o maior número possível de grávidas, mães amamentando, pais e famílias, e desenvolver atividades de promoção do aleitamento materno.</p> <p>Escola alimentação saudável – elaboração guia orientador que vai ser editado</p>
<p>4-Incentivar e promover a criação de condições para aleitamento junto a instituições públicas e privadas nos locais de trabalho das mães</p>	<p>Criação de uma creche de 8 berços para crianças de 2 a 12 meses no Hotel Farol da ilha de Sal com o apoio da Delegacia de saúde do Sal que faz o seguimento para introdução alimentar e supervisão e fiscalização das questões de higiene</p>

<p>5- Consolidar e alargar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança</p> <p>Incentivar o Aleitamento Materno nas primeiras horas após o parto</p>	<p>Seguimento e Apoio à Implementação da IHAC no <u>Hospital Regional de S. Filipe</u>;</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação da situação sobre o estado de implementação da Iniciativa e apresentação para nutricionistas e direção do hospital;• Realização de formações “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde clínicos em manejo da amamentação - 20 horas” e “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde não-clínicos em manejo da amamentação - 06 horas” abrangendo técnicos das Delegacias e Centros de Saúde da Região;• Projeto elaborado e enviado à DNS e aos parceiros internacionais para mobilização de fundos - Aguarda financiamento. <p>Seguimento da IHAC no <u>Hospital Santa Rita Vieira em Santiago Norte</u>:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reavaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança;• Realização de formações “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde clínicos em manejo da amamentação - 20 horas” e “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde não-clínicos em manejo da amamentação - 06 horas” abrangendo técnicos das Delegacias e Centros de Saúde da Região;• O Hospital garantiu a sua placa por mais 3 anos; <p>Seguimento e Apoio à Implementação da IHAC no <u>Hospital Agostinho Neto na Praia</u>;</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação da situação sobre o estado de implementação da Iniciativa e apresentação para nutricionistas e direção do hospital;• Realização de formações “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde clínicos em manejo da amamentação - 20 horas” e “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde não-clínicos em manejo da amamentação - 06 horas” abrangendo técnicos das Delegacias e Centros de Saúde da Região;• Projeto elaborado e enviado à DNS e aos parceiros internacionais para mobilização de fundos. Aguarda financiamento.
--	---

Seguimento e Apoio à Implementação da IHAC no Hospital Batista de Sousa em São Vicente:

- Reavaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança com comprovação de ganhos significativos;
- Realização de formações “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde clínicos em manejo da amamentação - 20 horas” e “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde não-clínicos em manejo da amamentação - 06 horas” abrangendo técnicos das Delegacias e Centros de Saúde da Região;
- Reavaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Hospital Baptista de Sousa, que garantiu a sua placa por mais 3 anos;

Seguimento da IHAC no Hospital Regional João Morais;

- Avaliação da IHAC;
- Credenciamento e entrega solene da Placa Hospital Amigo da Criança ao HRJM (2015)
- Reavaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Hospital Dr. João Morais em Ribeira Grande, Santo Antão, que garantiu a sua placa por mais 3 anos;

Seguimento e Apoio à Implementação da IHAC no Hospital Regional Ramires Figueira na ilha do Sal:

- Realização de formações “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde clínicos em manejo da amamentação - 20 horas e “curso de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde não-clínicos em manejo da amamentação - 06 horas”. (a formação não teve o aproveitamento esperado, mas resultou em melhorias no ambiente com colocação de cartazes e aconselhamento às mães sobre aleitamento materno)

<p>6-Consolidar e alargar o serviço de Banco de Leite Humano</p>	<p>Aprovação e Publicação da legislação sobre BLH (BO nº 12 de 1 de março de 2016); Aprovação da alteração de alguns artigos na legislação sobre BLH;</p> <p><u>Seguimento do Banco de Leite Humano no Hospital Agostinho Neto;</u></p> <p>Aquisição de material e equipamento para o Banco de Leite Humano no Hospital Agostinho Neto;</p> <p>Instalação e Inauguração de dois Postos de Colheita de Leite Humano (PCLH) no Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda e Centro de Saúde de Tira Chapéu;</p> <p>Formação teórica e prática no processamento e controle de qualidade do leite humano aos técnicos (2 – Masculino e 10 – Feminino) para o funcionamento dos 2 PCLH;</p> <p>Certificado de reconhecimento por parte da Rede Brasileira de BLH ao Ministério da Saúde e ao Hospital Agostinho Neto por se ter implementado o primeiro BLH da África.</p> <p>Realização da capacitação on-line “Curso de Processamento e Controle de Qualidade do Leite Humano: teoria e prática em diálogo (BLH301) na modalidade a distância” dos técnicos do BLH no HAN para atuarem como referência na implementação de BLH no país e na região;</p> <p>Ações de sensibilização:</p> <p>Reprodução de desdobráveis sobre o BLH.</p> <p>Comemoração todos os anos do Dia de Doação de Leite Humano, com várias atividades de sensibilização e promoção do Banco de Leite; Em 2017, contou-se com a com a participação e discurso de abertura do Sr. Ministro da Saúde no ato oficial virtual “CONFERÊNCIA DA REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO –MAIO 2017 – BRASÍLIA”.</p> <p>Realização de uma campanha de sensibilização no contexto da pandemia da covid-19.</p> <p>Candidatura do BLH para ser classificado como um Boa Prática em Saúde; Apresentação de Poster sobre BLH no II Fórum de Boas Práticas em Saúde da CEDEAO, Abidjan – Cote D’Ivoire – participação 1 técnico do HAN.</p>
--	---

	<p>Realização da 1ª Reunião dos Bancos de Leite Humano da CPLP- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – Cidade da Praia;</p> <p><u>Implementação do Banco de Leite Humano no HBS:</u></p> <p>Aprovação e Assinatura da 2ª Fase do Projeto “Apoio Técnico para Implantação de Banco de Leite Humano em Cabo Verde - Expansão e consolidação dos BLH em CV com ênfase na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”;</p> <p>Aprovação da planta física do novo BLH no HBS e início de algumas obras;</p> <p>Aquisição do material de escritório e equipamento de processamento do leite para o BLH no HBS;</p> <p>Formações sobre o processamento e controle de qualidade do LH em parceria com o BLH-HAN e os PCLH.</p> <p>Capacitação de 1 técnico de manutenção de equipamentos do Hospital Agostinho Neto para atuar como referência e replicar para outros técnicos de manutenção do HAN e HBS;</p> <p>Criação do sistema de SIG da rede de BLH- CPLP para permitir a realização de reuniões mensais;</p> <p>Participação nas reuniões mensais do SIG da rede de BLH-CPLP.</p>
7-Reforçar a fiscalização da implementação do Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, em articulação com as autoridades competentes	<p>Envio da proposta que cria o Conselho Nacional de Amamentação e Nutrição Infantil (CNANI) para o Gabinete do Ministro, para aprovação e publicação da legislação.</p> <p>Fiscalizações das farmácias no Sal com bons resultados.</p>

<p>Estratégia 1.2</p>	<p>Assegurar processos permanentes de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e de promoção da alimentação adequada e saudável, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais, e sob a perspetiva da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)</p>
<p>Intervenções propostas no PNAN 2015-2020</p>	<p>Atividades realizadas 2015-2020</p>
<p>1- Acompanhamento técnico da execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), da iniciativa Escolas Promotoras da Saúde (EPS), e Plano de Ação Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PANSAN)</p>	<p>Formação dos Técnicos de Saúde para implementação da EPS; Participação na elaboração do Plano Estratégico EPS; Participação na elaboração do processo de Alargamento das EPS para 2016; Elaboração e assinatura de um Protocolo de Cooperação entre MS, FICASE, MDR e IEPF para realização de ações de formação profissional, capacitação, intercâmbio de experiências, assistência técnica e promoção do emprego e empreendedorismo nas áreas de alimentação, nutrição e saúde; Participação na elaboração e discussão da Lei de Alimentação e Saúde Escolar; Participação na elaboração e discussão e aprovação em 2018 da Lei Direito Humano à Alimentação Adequada; Elaboração e assinatura de um Protocolo de Execução entre MS e ADECO para redifusão da Campanha Educativa e Segurança Sanitária dos Alimentos com base nas 5 chaves da OMS, no âmbito da parceria entre PNN, FICASE, MED, ARFA, Programa Conjunto da NU e EPS (difusão TV e rádio de 15 microprogramas sobre alimentos seguros); Consultoria Nacional para criação de diretivas para regulamentos de alimentação e nutrição nos estabelecimentos de ensino; Participação na elaboração e aprovação do Programa de Saúde Escolar Apoio às delegacias para que desenvolvam nas escolas atividades de promoção de saúde (lavagem das mãos, escovagem dos dentes etc.) e estimular as famílias para darem continuidade em casa; Elaboração do Protocolo do Inquérito de Prevalência de Parasitoses Intestinais e Distúrbios Devido à Carência de iodo em Cabo Verde e Aprovação pelo CNEPS;</p>

<p>2- Assegurar, nas cantinas escolares, a utilização de produtos fortificados (sal iodado, farinha de trigo fortificado) e uma dieta equilibrada com o fomento às iniciativas de aquisição de produtos locais de acordo com o PNAE</p>	<p>Monitorização da disponibilidade de sal iodado nas cantinas escolares.</p> <p>Fiscalização das cantinas exploradas por terceiros nas escolas, sobre a qualidade dos produtos e seguimento da disponibilidade de sal iodado a cada dois meses</p> <p>Projeto conjunto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de feijão local no Fogo - Devido a pandemia causada pelo novo corona vírus e por conseguinte interrupção das aulas presenciais não se avançou com o projeto na ilha do Fogo (fornecimento de feijões para as refeições escolares). O seu arranque ficou previsto para o ano letivo 2020/2021. • Aquisição de produtos hortícolas para enriquecimento das refeições escolares na ilha de Santo Antão; • Assinatura de um contrato com a Aliança de Produtores Locais, para aquisição de 8.110 kg de produtos frescos (batata comum/batata doce/cenoura) junto da Associação de Agricultores de Ribeira da Cruz (AADARC), para abastecimento das cantinas escolares do ensino básico e dos estabelecimentos de educação pré-escolar dos três concelhos de Santo Antão.
<p>3- Promover e apoiar ações de Educação Nutricional e Alimentar, como: estímulo ao uso de produtos e receitas locais e regionais, sessões de culinária participativa nas estruturas de educação, saúde e nas comunidades, capacitação da comunidade educativa</p>	<p>Finalização do Projeto e implementação da campanha educativa sobre a importância da água potável para beber, incluindo a boa utilização dos filtros”, no âmbito da parceria entre PNN, INSP, FICASE, Programa Conjunto da NU e EPS e distribuição de filtros às escolas;</p> <p>Elaboração e difusão de 2 microprogramas TV e rádio e cartazes sobre a importância do consumo da água potável, uso e manutenção de bebedouros;</p> <p>Formação aos Responsáveis Concelhios da FICASE sobre a importância do consumo da água potável, uso e manutenção de bebedouros e saneamento;</p> <p>Confeção e Distribuição de 300 DVD com os 2 microprogramas TV e rádio sobre a importância do consumo da água potável, uso e manutenção de bebedouros, para distribuição às escolas e parceiros;</p>

	<p>Confeção e Distribuição de 300 DVD com os 15 microprogramas TV e rádio sobre alimentos seguros, para distribuição às escolas e parceiros;</p> <p>Realização da Capacitação sobre Confeção e Comercialização (manipulação higiénica) de Alimentos Saudáveis às vendedeiras ambulantes no bairro da Achada Santo António (31/08/15 a 25/09/15) em parceria entre PNN, FICASE, Programa Conjunto da NU e a Câmara Municipal da Praia;</p> <p>Capacitação dos Guardas Municipais a nível da Lei de Alimentação e Saúde Escolar;</p> <p>Workshop com vendedeiras e guardas municipais, para a discussão do Código de Postura das Vendedeiras;</p> <p>Validação e Impressão do Guia para cozinheiras e equipas de cantinas escolares sobre Alimentação Saudável e Segura nas Escolas (Alimentação e Nutrição; Boas Práticas de Manipulação de Alimentos);</p> <p>Aprovação e Impressão do Guia Alimentação e Nutrição para professores do EB;</p> <p>Finalização e impressão de Cartazes e Roll-up sobre Boas Práticas de Higiene nas escolas, prato saudável e roda dos alimentos;</p> <p>Finalização e impressão de Cartazes/autocolantes e calendários sobre Procedimento Operacional Padrão (POPs) para as escolas;</p> <p>Formação sobre o uso integral de alimentos, em Santiago dirigido às mulheres chefes de família, elaborado em parceria com o SNSAN/MAA, Cáritas e PNN;</p> <p>Realização de diversas feiras anuais, marchas, programas televisivos sobre a alimentação saudável;</p>
<p>4- Sensibilização dos homens para os cuidados nutricionais e cuidados da Família</p>	<p>Vitaferro – sensibilização dirigida aos pais</p>

<p>5- Colaborar com as entidades nacionais para a promoção da saúde e prevenção das DCNT através do incentivo à produção e consumo de frutas, legumes e alimentos biofortificados (ricos em ferro e vitamina A)</p>	<p>Introdução em Cabo Verde de espécies agrícolas alternativas, ricas em vitaminas, que promovam o desenvolvimento rural sustentável:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variedades de batata-doce de polpa alaranjada e roxa e mandioca de polpa amarela testados em diferentes condições agroclimáticas • Introdução e multiplicação de espécies e variedades hortofrutícolas com valor acrescentado, ricos em vitaminas e minerais, que possibilitem melhorias da dieta alimentar das populações. • Introdução e seleção de espécies e cultivares melhor adaptados às condições agroclimáticas locais e de elevado valor nutricional e ricas em carotenoides. • Incremento de ações de formação e sensibilização das populações maior consumo de frutas e hortaliças e mudanças nos hábitos alimentares. • Introdução de novas espécies e variedades hortofrutícolas mais produtivas, mais resistentes às pragas e melhor adaptadas às condições climáticas = aumento da produção
<p>6- Implementar estratégias de comunicação, sensibilização, orientação e informação sobre hábitos alimentares para a população em geral</p> <p>7- Implementar estratégias de comunicação, sensibilização, orientação e informação sobre hábitos alimentares direcionadas a grupos específicos (crianças, gestantes, lactantes, doentes crónicos) visando a redução do consumo de sódio, gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar</p>	<p>Participação na elaboração e divulgação dos Microprogramas sobre as 5 chaves da OMS para a alimentação saudável em parceria com várias instituições;</p> <p>Participação técnica na elaboração de folhetos e rol-up sobre os 10 passos para uma alimentação saudável;</p> <p>Elaboração e distribuição de um Leque de Receitas Saudáveis no âmbito do Programa Conjunto;</p> <p>Replicação da formação de formadores em Alimentação Saudável;</p> <p>Realização de 3 sessões de Formação de Formadores em Alimentação Saudável e mais 3 ações para reforço da respetiva formação em Santo Antão, Praia, Santa Catarina de Santiago;</p> <p>Replicação da Formação de Formadores em Alimentação Saudável no Concelhos do Paúl, Porto Novo, Ribeira Grande São Vicente, Sal, Boa Vista, Maio, São Filipe, Mosteiros, São Miguel, São Lourenço dos Órgãos, Santa Cruz e Praia;</p> <p>Apoio na Comemoração dos dias Mundiais (Saúde, Nutricionista, SMAM, Alimentação, Diabetes, doação do leite humano) através das Delegacias de Saúde;</p> <p>Apoio e participação na Elaboração de materiais de IEC sobre Quantidade de Sal e açúcar em parceria com o INSP;</p>

<p>8 - Promover a sensibilização da indústria de alimentos para adequação dos teores de sódio, açúcar e gordura (Pacto Social)</p>	<p>Encontro com panificadores da Ilha de São Vicente e da Praia, visando a redução do consumo de sódio e a sensibilização dos panificadores no sentido de adequação dos teores de sódio nos pães;</p> <p>Inquérito sobre perfil e teor do sal nos restaurantes e padarias nos principais centros urbanos em Cabo Verde-2019</p> <p>ERIS trabalha com a indústria de panificação, mas sobretudo numa abordagem sanitária</p>
--	---

<p>Objetivo Específico 2</p>	<p>Garantir a prevenção e o tratamento dos distúrbios nutricionais</p>
-------------------------------------	---

<p>Estratégia 2.1</p>	<p>Reduzir a anemia ferropriva</p>
------------------------------	---

<p>Intervenções propostas no PNAN 2015-2020</p>	<p>Atividades realizadas 2015-2020</p>
<p>Implementar a iniciativa de Fortificação Domiciliária com 15 micronutrientes, incluindo o ferro, à dieta das crianças menores de 5 anos nas estruturas de saúde e nos jardins infantis</p>	<p>Fase I</p> <p>Elaboração e aprovação da marca/logo do produto com sua adaptação ao contexto do país com recurso mães que utilizaram o produto na fase experimental;</p> <p>Aquisição do produto Vitaferro;</p> <p>Aprovação para Implementação do Vitaferro nos serviços de saúde e Jardins-de-infância públicos e de caris social;</p> <p>Distribuição do produto (Vitaferro) para os serviços de saúde através do DCM e jardins-de-infância através da FICASE</p> <p>Elaboração e difusão de material de IEC; Intensificação das ações de sensibilização da população, notadamente difusão de spot e programas com entrevistas rádio/TV com os técnicos de saúde formados;</p> <p>Divulgação do piloto em feiras de saúde</p> <p>Análise do impacto da introdução do MNPs: Elaboração do Protocolo de Análise de impacto introdução MNP's e envio ao CNEPS; Formação de inquiridores para a Análise de impacto introdução MNP's; Realização da 1ª Fase da Análise de impacto introdução MNP's - baseline 2017</p> <p>Expansão/Alargamento da Estratégia as ilhas de Santiago e Santo Antão;</p>

	<p>Elaboração e aprovação do documento da estratégia de fortificação domiciliária com Vitaferro com os respectivos anexos - Plano de Comunicação, Plano de Distribuição, Plano de Formação, Plano de Seguimento e Avaliação;</p> <p>Atelier de Sensibilização aos parceiros;</p> <p>Formação de Formadores;</p> <p>Distribuição do produto (Vitaferro) para os serviços de saúde através do DCM e jardins-de-infância através da FICASE;</p> <p>2 ações de formação para monitores dos jardins de infância da cidade da Praia;</p> <p>4 ações de formação de formadores aos técnicos das estruturas de saúde de Santiago e realizados na Praia, Santa Catarina, S. Cruz e S. Antão abrangendo 63 profissionais de saúde (6 M e 57 F);</p> <p>Informação e sensibilização do setor da educação dos Concelhos de Santiago e Santo Antão;</p> <p>Replicação e distribuição de materiais educativos e de informação;</p> <p>Alargamento a nível nacional;</p> <p>Aquisição do micronutriente em pó (Vitaferro)</p> <p>Aquisição do micronutriente em pó (Vitaferro) juntamente com GAF e Unicef, para alargamento a nível nacional;</p> <p>Expansão/Alargamento da Estratégia aos jardins-de-infância de Santiago;</p> <p>Distribuição do produto (Vitaferro) para os serviços de saúde através do DCM e jardins-de-infância através da FICASE;</p> <p>Supervisão da distribuição e implementação do Vitaferro, bem como do seguimento da estatística a nível nacional;</p> <p>Difusão de spot e programas com entrevistas rádio/TV com os técnicos de saúde formados;</p> <p>Replicação e distribuição de materiais educativos e de informação;</p> <p>Realização de um Concurso de Desenho sobre Vitaferro nos jardins de Infância a nível nacional;</p>
--	--

	<p>Realização Workshop sobre alimentação complementar e introdução do vitaferro (Achadinha, Achada Grande Trás, Cidade Velha, Safende, Tira Chapéu, Praia-Cruz Vermelha, Santa Catarina, Santa Cruz, São Filipe, São Vivente, Ribeira Grande, Porto Novo,);</p> <p>Encontro com pequeno grupo de pediatras da cidade da Praia, para discussão sobre o Vitaferro;</p> <p>Atelier de Seguimento das atividades do Vitaferro das sete ilhas piloto, com participação nacional através de vídeo conferência no Centro de Telemedicina do HAN;</p> <p>Informação e sensibilização para médicos e pediatras (sessão clínica) através de vídeo conferência no Centro de Telemedicina do HAN;</p> <p>Recolha de dados para Análise de impacto da Estratégia, realizado no IDSR III;</p> <p>Aplicação de nova metodologia de distribuição (teste) através da venda nas farmácias privadas nas ilhas de Santiago e Santo Antão;</p> <p>2 ações de formação dos técnicos das 17 das 21 farmácias das ilhas de Santiago e Santo Antão com participação de 26 profissionais (4 M e 22 F);</p> <p>Continuidade da distribuição (teste) através da venda nas farmácias privadas na ilha de Santiago;</p> <p>Encontro com Inpharma para discutir possibilidade/exploração da capacidade, custo e condições da empresa produzir ou embalar o Vitaferro no país;</p> <p>Elaboração, aprovação, assinatura e implementação das atividades do Protocolo de Acordo com a Cruz Vermelha no âmbito da luta contra anemia nas crianças;</p> <p>Realização de uma tarde de chá com jornalistas da Praia, para uma conversa aberta sobre a luta contra anemia em CV, em parceria com Rejob e Unicef;</p> <p>Acompanhamento da Avaliação Externa do Projeto de Luta contra anemia nas crianças e grávidas em CV.</p> <p>Nas consultas - uso correto dos suplementos e alimentação rica em ferro</p>
--	--

<p>2- Garantir em parceria com o MED a distribuição e o consumo de suplementos de Ferro às crianças do ensino básico</p> <p>MS/PNN MED</p>	<p>Elaboração das Orientações para a organização do programa de suplementação de ferro nas escolas do ensino básico e sua apresentação à DGF;</p> <p>Elaboração e socialização da proposta de desengajamento gradual do UNICEF e assunção do Ministério da Saúde na aquisição dos micronutrientes aos técnicos envolvidos e parceiros.</p> <p>Ações de Comunicação e Sensibilização da população (Difusão Spot TV e rádio, produção e distribuição de desdobráveis, e roll up sobre ferro nas escolas, Ferro grávidas e puérperas, vit. A puérperas e crianças de risco);</p> <p>Elaboração, aprovação, assinatura e implementação das atividades do Protocolo de Acordo com a Verdham no âmbito da luta contra anemia nas grávidas e puérperas;</p> <p>Ações de formação aos técnicos de saúde sobre o novo Protocolo de Micronutrientes;</p> <p>Realização de um Concurso de Banda Desenhada e Redação sobre Suplementação de Ferro nas Escolas, nas ESO a nível nacional;</p>
<p>3- Garantir com os serviços de Saúde a distribuição e o consumo de suplemento de ferro e ácido fólico às gestantes e aleitantes</p>	<p>Solicitação para aquisição dos comprimidos de ferro e ácido fólico através da DGFM</p> <p>Contacto frequente com os departamentos responsáveis (Nações Unidas, Depósito de Medicamentos);</p> <p>Controle de Stock juntamente com o Depósito Central de Medicamentos.</p>
<p>4- Assegurar que toda a farinha de trigo consumida no país seja fortificada com ferro e ácido fólico</p> <p>5- Estabelecer mecanismos para que o sector privado possa adotar de forma integral a legislação sobre fortificação da farinha de trigo com ferro e ácido fólico</p>	<p>Elaboração da proposta para indigitação da Autoridade Competente responsável pelo Controlo e Certificação de qualidade da farinha fortificada. Proposta enviada ao Gabinete do Ministro. De ressaltar que este assunto vem se arrastando desde Fevereiro de 2015.</p> <p>Fiscalização da produção nacional e de importação é feita pelas autoridades competentes, porém sem apoio laboratorial</p>

<p>6-Promover o consumo de alimentos ricos em ferro através de educação e orientação nutricional nas escolas, serviços de saúde, população em geral</p>	<p>Aquando das campanhas de desparasitação, foram distribuídos material de IEC com a promoção do consumo de alimentos ricos em ferro</p>
<p>7-Assegurar a produção de informações e dados sobre a carência em ferro</p>	<p>Realização dos inquéritos sobre Vitaferro em 2016 e 20 17 Recolha de dados no IDSR III</p>
<p>8-Assegurar, em parceria com o MED, a desparasitação nas escolas do ensino básico e jardins infantis</p>	<p>Realização das campanhas anuais de desparasitação nas escolas do ensino básico e jardins-de-infância Elaboração do relatório da campanha de desparasitação nos jardins-de-infância e nas escolas do ensino básico obrigatório e jardins-de-infância A partir de 2017, distribuição feita pelos técnicos de saúde com taxa de cobertura de 99% a nível nacional e em relação aos alunos que frequentam as escolas e os jardins-de-infância;</p>

<p>Estratégia 2.2 Reduzir a hipovitaminose A</p>	
<p>Intervenções propostas no PNAN 2015-2020</p>	<p>Atividades Realizadas 2015-2020</p>
<p>1-Garantir a implementação do protocolo de suplemento de vitamina A às puérperas e às crianças de risco nas estruturas de saúde</p>	<p>A aquisição da vitamina A através da DGFM; Controle de Stock juntamente com o Depósito Central de Medicamentos. Acordo de desengajamento gradual de aquisição de micronutrientes elaborado, assinado em 2017 e já implementado Elaboração de novos protocolos de suplementação;</p>
<p>2-Incentivar o consumo de alimentos ricos em vitamina A</p>	<p>Introdução de espécies agrícolas alternativas, ricas em vitaminas, que promovam o desenvolvimento rural sustentável - Variedades de batata-doce de polpa alaranjada e roxa e mandioca de polpa amarela testados em diferentes condições agroclimáticas</p>
<p>3-Assegurar a produção de informações e dados sobre hipovitaminose A</p>	

Estratégia 2.3 Eliminar os distúrbios decorrentes da carência de iodo	
Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades Realizadas 2015-2020
<p>1-Assegurar que todo sal consumido no país seja fortificado com iodo</p> <p>3 Garantir que os produtores locais de sal assegurem uma taxa de iodação do sal de acordo com a legislação vigente</p>	<p>Aquisição e distribuição dos kits de controlo de qualidade rápido para todas as Instituições envolvidas e Autoridades Competentes, como também aos produtores;</p> <p>Visitas de supervisão, seguimento e sensibilização à ilha do Sal e Maio; Orientação às Delegacias de Saúde durante as supervisões para cumprirem com o seu papel (fiscalização da comercialização do sal, como também na saúde escolar);</p> <p>Início da elaboração de um guia de boas práticas de produção do sal iodado para o setor produtivo</p> <p>Promoção de pesquisas no domínio dos DDCl com a universidade UNI-CV.</p> <p>fiscalização na produção pela ARFA Sal iodado;</p>
<p>2-Assegurar a produção de informações e dados sobre a carência em iodo</p> <p>6- Assegurar a monitorização anual da disponibilidade e consumo de sal iodado nas famílias, escolas e locais de produção</p>	<p>Monitorizar a disponibilidade de sal iodado na restauração, padarias</p> <p>Monitorização da disponibilidade de sal iodado nas famílias e escolas por Concelhos</p> <p>Monitorizar a disponibilidade de sal iodado nas famílias por Concelho, realizado no IDSR III.</p> <p>Toda a fiscalização realizada pela ARFA, foi efetuada com recursos próprios</p>
<p>4-Equipar o laboratório da Delegacia da Saúde do Sal para a dosagem do iodo urinário e as análises de seguimento e avaliação do programa</p>	<p>Aquisição de reagentes e vidrarias para o laboratório das DS do Sal e do Maio, para a dosagem de iodo no sal.</p>
<p>5- Ativar o laboratório da Delegacia da Saúde do Maio para a dosagem do iodo no sal</p>	<p>Aquisição de reagentes e vidrarias para o laboratório das DS do Sal e do Maio.</p> <p>Formação do técnico de laboratório.</p>

<p>7- Desenvolver ações que visem atingir os critérios necessários para a obtenção da certificação da eliminação dos DDCI</p>	<p>Promoção de pesquisas no domínio dos DDCI com a universidade UNI-CV</p> <p>Seguimento dos locais de produção com formação dos produtores</p> <p>Monitorização da disponibilidade de sal iodado nas famílias e escolas por Concelhos</p> <p>Monitorização da disponibilidade de sal iodado nas famílias por Concelho, realizado no IDSR III.</p> <p>Monitorização da disponibilidade de sal iodado na restauração, padarias</p> <p>Formação para o seguimento/procedimentos de monitorização da entidades envolvidas na fiscalização do sal iodado</p>
<p>8- Desenvolver ações de sensibilização sobre a importância do consumo e o manuseio do sal iodado para a população e comerciantes</p>	<p>Elaboração de um guia de boas práticas de produção do sal iodado para o setor produtivo</p> <p>Em relação a comerciantes fizeram-se formações enquadradas na política de fiscalização;</p>
<p>9- Elaborar em parceria com instituições chaves, um guia de boas práticas da produção do sal iodado para o setor produtivo</p>	<p>Guia elaborado e distribuído - com a participação da ERIS</p>

Estratégia 2.4 Reduzir as taxas de malnutrição por carência e por excesso	
Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades realizadas 2015-2020
1-Capacitar os profissionais de saúde para a integração dos cuidados de nutrição nas rotinas dos serviços de saúde	Atelier com os Delegados de Saúde e Delegados do Ministério da Educação e Desporto Sotavento, e Barlavento para Dinamização das Atividades do Programa Nacional de Nutrição a nível central e local; Replicação nos concelhos com profissionais da área
2-Elaborar e assegurar a implementação de protocolos de atendimento, seguimento e encaminhamento de casos de malnutrição aguda, crónica, sobrepeso, obesidade, DCNT e HIV+	Protocolos já elaborados
3-Promover a produção artesanal de alimentos fortificados e reaproveitamento integral de alimentos para consumo direcionado às pessoas com carências nutricionais específicas, em particular dos grupos vulneráveis (HIV+, crianças, idosos, lactantes e grávidas malnutridas)	Formação sobre o uso integral de alimentos, em Santiago dirigido às mulheres chefes de família, elaborado em parceria com o SNSAN/MAA, Cáritas e PNN; Realização de diversas feiras anuais, marchas, programas televisivos sobre a alimentação saudável;
4-Estabelecer parcerias para o apoio à consolidação e criação de centros de recuperação e educação nutricional	

<p>5-Estabelecer parcerias com instituições públicas para beneficiar famílias com crianças menores de 5 anos, gestantes, lactentes e idosos em risco nutricional, HIV+ através de programas sociais (transferências sociais)</p>	<p>Foram firmados acordos com a solidariedade social e o CCS-SIDA</p>
<p>6-Elaborar propostas de reconfiguração nutricional e de controlo das máquinas de distribuição de alimentos nas estruturas de saúde e estruturas escolares</p>	<p>Circulares enviados a cada ano às Delegacias de Saúde</p>
<p>7-Estabelecer parcerias (público e privado) para criação de mecanismos de prevenção do sedentarismo e educação nutricional</p>	<p>Ações realizadas com a Federação de desporto e Saúde escolar</p>

Objetivo Específico 3	Reforçar as parcerias públicas, privadas e da sociedade civil nas temáticas transversais à nutrição, e ações intersectoriais com à melhoria da situação nutricional
Estratégia 3.1:	Estabelecer parcerias com instituições visando a eficiência/eficácia das ações de nutrição
Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades realizadas 2015-2020
1-Aderir ao movimento Scaling Up of Nutrition	
2-Reforçar as parcerias com a OMS e UNICEF e OOAS	Participação nos Fóruns anuais da nutrição da CEDEAO: Guiné Bissau; Reforço da parceria com UNICEF com o projeto para implementação para redução da anemia em Cabo Verde – FRENCH NAT COM e PORTUGUESE NAT COM
3- Reforçar a parceria com o Children Without Worms	
4- Reforçar e estabelecer novas parcerias de cooperação sul-sul e com institutos de pesquisa em alimentação e nutrição	Segundo projeto de Banco de Leite Humano com o Brasil assinado Projeto com a Guiné Bissau para implementação do Banco de Leite Humano
5- Participar de forma efetiva no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e promover as diretivas do Direito Humano à Alimentação Adequada	Participação em Reuniões regulares do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN); Aprovação da Lei DHAA
6-Advocacia para Integração de questões ligadas à nutrição e alimentação saudável nas estratégias, políticas e programas de desenvolvimento do país	Questões ligadas à nutrição e alimentação saudável integradas em vários documentos de estratégias, políticas e programas de desenvolvimento do país, nomeadamente, PNDS, SEGURANCA ALIMENTAR, PEPS, etc.

Estratégia 3.2: Reforçar as parcerias com instituições públicas e privadas de Controlo e regulação alimentar	
Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades realizadas 2015-2020
1- Consolidar as parcerias para a realização de ações de controlo da fortificação alimentar (sal e farinha de trigo)	<p>Apoio e participação na Elaboração de um Manual de Hortícolas em parceria com o INSP;</p> <p>Participação da Comemoração da Semana do Bebê em parceria com Cimpor (25 Setembro a 1 de Outubro);</p> <p>Reuniões com diferentes entidades durante o ano;</p> <p>Realização do Inquérito nutricional – segurança sanitária de alimentos PARVANAR (ERIS)</p> <p>A ERIS terá um ponto focal para o PNAN, um nutricionista que foi recrutado</p>
2- Reforçar as parcerias com vista à adoção das boas práticas de higiene e fabrico na cadeia de produção, comercialização e distribuição de alimentos e apoiar medidas de controlo da venda de alimentos do setor informal	<p>Finalização e impressão do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (2015-2020)</p> <p>Realização das VI Jornadas Nacional de Nutrição com o tema “Nutrição na Prevenção e Promoção da Saúde”;</p> <p>Elaboração de uma proposta de criação do núcleo de apoio técnico</p> <p>Concertação Regional sobre a Situação Alimentar e Nutricional no Sahel e na África do Oeste, Senegal</p> <p>Participação nos Fóruns Anuais da Nutrição da CEDEAO</p>
3- Assegurar a participação nos Comitês do Codex e apoiar a elaboração das posições nacionais	<p>Reuniões ordinárias e extraordinárias como membro da Comissão Nacional do Codex Alimentarius;</p>
4- Reforçar parcerias com vista ao controlo das máquinas de distribuição de alimentos nas estruturas de saúde e estruturas escolares	<p>Circular às delegacias e hospitais – envio anual</p>

<p>5- Apoiar o estabelecimento de programas de monitoramento de alimentos e alerta rápida baseado no risco com impacto na saúde pública</p>	<p>Atelier de trabalho para Análise dos dados da situação alimentar e nutricional utilizando a metodologia de “Quadro Harmonizado” ;</p>
<p>6- Estabelecer parcerias com vista à implementação da lei sobre a rotulagem de alimentos</p>	<p>Reuniões de sensibilização realizadas com diferentes entidades; Reuniões ordinárias e extraordinárias como membro da Comissão Nacional do Codex Alimentarius ;</p>
<p>7- Reforçar parcerias para a elaboração e implementação de um quadro regulamentar sobre o controlo da publicidade de alimentos</p>	
<p>8- Articular com outras instituições para a criação do quadro legal relativo à estratégia de redução do consumo de sódio, açúcares e gorduras</p>	
<p>9- Articular com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos com vista à melhoria da qualidade dos alimentos;</p>	

10- Apoiar políticas e programa de acesso universal e controlo de qualidade da água potável, com especial atenção às zonas rurais	
11- Apoiar políticas e programa de acesso universal ao saneamento básico visando a redução dos distúrbios nutricionais	
12- Instituir mecanismos de comunicação de riscos que alguns alimentos podem apresentar à saúde	
13- Colaborar na criação e implementação de um Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA's), integrado no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	Doenças Transmitidas por Alimentos integrado no Sistema de Vigilância Epidemiológica” - em curso;

<p>Estratégia 3.3:</p>	<p>Reforçar as parcerias para a promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches e jardins, prisões, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros.</p>
<p>Intervenções propostas no PNAN 2015-2020</p>	<p>Atividades realizadas 2015-2020</p>
<p>1- Incentivar o acesso universal à água potável e ao saneamento nas escolas e outras instituições</p>	<p>Com o ministério da educação projeto PROMOSAN financiado pela cooperação luxemburguesa, para utilização de água potável e saneamento.</p> <p>Projeto “Campanha educativa sobre a importância da água potável para beber, incluindo a boa utilização dos filtros”, no âmbito da parceria entre PNN, INSP, FICASE, Programa Conjunto da NU e EPS na aquisição e distribuição de filtros às escolas-piloto</p>
<p>2- Promover a adoção de alimentos saudáveis e nutritivos na alimentação oferecida nas escolas, creches e jardins, prisões, hospitais e restaurantes comunitários</p>	
<p>3- Estabelecer parcerias com ONG’s e outras organizações da Sociedade Civil para a melhoria das práticas alimentares e nutricionais, em particular em relação aos tabus alimentares</p>	

Estratégia 3.4	Desenvolver pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição
-----------------------	--

Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades realizadas 2015-2020
1- Definir uma agenda de prioridades de pesquisas em alimentação e nutrição de interesse nacional e regional, pautada na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde	
2- Estabelecer protocolos com instituições de ensino para a investigação em alimentação e nutrição	Promoção de pesquisas no domínio dos DDCl com a universidade UNI-CV – início do processo;

Objetivo Específico 4	Reforçar o quadro institucional e legal para garantir a equidade no acesso aos serviços de nutrição à população
------------------------------	--

Estratégia 4.1	Organização do Serviço de Atenção Nutricional através do fortalecimento da participação de nutricionista em todos os níveis de atenção à saúde
-----------------------	---

Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades realizadas 2015-2020
1- Aumentar o efetivo de nutricionistas nos serviços de saúde, da educação e na gestão do Programa Nacional de Nutrição	
2- Instituir um ponto focal de Alimentação e Nutrição nas estruturas de saúde nas diferentes ilhas	Os nutricionistas a trabalhar nas delegacias de saúde, pelas suas atribuições definidas nos TDR, são PF do PNN

<p>3- Criar condições nas estruturas de saúde para a implementação dos protocolos e guias de atendimento nutricional</p>	<p>Participação na reunião do SAISCAMH com a Delegacia de Saúde de São Vicente para reorganização dos serviços do PAV, Saúde Infantil, Saúde do Adolescente, Saúde Sexual e Reprodutiva, Nutrição, e Estatísticas integradas;</p> <p>Elaboração de “Protocolos de Atendimento e Seguimento em Nutrição” através de consultoria nacional junto da OMS;</p> <p>Atelier de socialização e Validação dos Protocolos de Atendimento e Seguimento em Nutrição e das Orientações para alimentação e nutrição nos estabelecimentos de</p>
<p>4- Melhorar a articulação entre a direção do Programa Nacional de Nutrição e os nutricionistas e entre estas e os parceiros nos respetivos concelhos</p>	<p>Distribuição do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (2015-2020);</p> <p>Criação e aprovação do núcleo de apoio técnico (NAT);</p> <p>Realização de encontros do NAT</p> <p>Supervisão formativa feita em todas as ilhas - Gestão, seguimento e avaliação dos programas de Nutrição; Atelier de Dinamização das atividades do PNN a nível descentralizado realizado com Delegados de Saúde, Educação e técnicos em cada Ilha (SV, SN, Sal, BV, Maio, Fogo e Brava);</p>
<p>5- Definir uma agenda e um quadro de visitas de supervisão às estruturas de saúde</p>	
<p>6- Capacitar, de forma permanente, em alimentação e nutrição os profissionais de saúde</p>	
<p>7- Criar e aprovar instrumentos legais necessários para a atuação dos nutricionistas nas estruturas de saúde</p>	

Objetivo Específico 5		Reforçar o sistema de vigilância nutricional e a sua integração no Sistema Nacional de Informação Sanitária e de Segurança Alimentar e Nutricional
Estratégia 5.1		Integrar a vigilância nutricional no Sistema de Informação Sanitária
Intervenções propostas no PNAN 2015-2020	Atividades Realizadas 2015-2020	
<p>1- Criar um sistema de informação e metodologia para seguimento da morbilidade relacionada com a nutrição e a alimentação</p> <p>5- Integrar o sistema de informação sobre a morbilidade relacionada com a nutrição e alimentação no Sistema de Informação Sanitária</p>	<p>Elaboração e discussão da planilha de estatística de nutrição em parceria com o PNSR e SVIRE.</p> <p>Realização dos primeiros contatos com SVIRE para a criação e implementação de um Sistema de Doenças Transmitidas por Alimentos integrado no sistema de Vigilância Epidemiológica;</p> <p>Estatística de Nutrição</p> <p>Aprovação e implementação da planilha de estatística de nutrição em parceria com o PNSR e SVIRE.</p> <p>Tratamento de dados e indicadores para serem incluídos do Relatório Estatístico do Ministério de Saúde-2017 e 2018, nomeadamente:</p> <p>Banco de Leite Humano (Nº doadoras, Nº receptores, Volume de Leite Humano coletado, Volume de Leite Humano distribuído, Nº de análises Microbiológicas realizadas, Nº de análise de Creatinina realizados, Nº de teste de Acidez Dornic realizados, Volume de Leite Humano Pasteurizado);</p> <p>Desparasitação (jardins de infância e escolas do ensino obrigatório), e;</p> <p>Vitaferro (serviços de saúde e jardins de infância).</p> <p>Integração dos indicadores de nutrição na ficha de estatística de saúde reprodutiva</p>	
2- Capacitar técnicos na produção, gestão e análise de informações alimentares e nutricionais		

<p>3- Consertar com PNSR no reforço de capacidades dos técnicos de saúde reprodutiva na utilização do IMC nas grávidas (caderno da mulher)</p>	
<p>4- Articular com as entidades competentes a integração de indicadores nutricionais e alimentares nos inquéritos (IDRS, IDRF, IDNT, entre outros)</p>	<p>Monitorização da disponibilidade de sal iodado nas famílias por Concelho, realizado no IDSR III</p> <p>Recolha de dados para Análise de impacto da Estratégia de fortificação domiciliária, realizado no IDSR III;</p>

<p>Estratégia 5.2:</p>	<p>Integrar a vigilância nutricional no Sistema de Informação sobre a Segurança Alimentar e Nutricional</p>
-------------------------------	--

<p>Intervenções propostas no PNAN 2015-2020</p>	<p>Atividades realizadas 2015-2020</p>
<p>1- Articular com o Secretariado técnico para a Segurança Alimentar e Nutricional para a integração das informações nutricionais e alimentares no Sistema de Informação para a Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)</p>	<p>Elaboração junto do Secretariado Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional do “Projeto para solicitação de consultoria para criação e implementação de um Sistema de Informação para a Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)</p> <p>Quadro harmonizado – participação nas reuniões regulares</p>
<p>2- Apoiar na elaboração de instrumentos e metodologias para a recolha e tratamento e análise de dados alimentares e nutricionais</p>	<p>Redinamização da recolha de dados do estado nutricional dos menores de 5 anos através da ficha de estatística mensal do serviço de saúde reprodutiva.</p>

3- Estabelecer mecanismos para a disseminação de informações e das boas práticas no domínio da alimentação e nutrição	
4- Desenvolver instrumentos para o seguimento e a avaliação da distribuição de micronutrientes e desparasitantes nas escolas, nos hospitais e nos serviços de saúde	

ANEXO II – Quadro indicadores

Objetivos	Indicadores	Ano de referência	Metas do PNAN	VALOR ATUAL	ESTADO	Fonte	COMENTÁRIOS
1; 3; 4 e 5	% das crianças que amamentam na primeira hora após o parto	72,7% (IDSR II 2005)	Ao menos 80% de crianças	71%	Meta não atingida	IDSR III	Embora a população seja diferente a taxa encontrada é bastante superior parecendo indicar uma melhoria do indicador. Com efeito, 45% das crianças de 4-5 meses não ingerem outro tipo de alimento (inclusive água).
	Taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses;	30,5% (IMC - Práticas Familiares 2013)	31%	42%	Meta atingida	IDSR III	
	Crianças dos 6-9 meses (180-299 dias) que amamentam e recebem alimentação complementar (%)	80% (IDSR II 2005)	82%	90,8%	Meta atingida	IDSR III	

	Taxa de aleitamento materno 12- 15 meses	77% (IDSRII 2005)	77%	60,7%	Meta não atingida	IDSRIII
	Frequência de consumo de frutas durante a semana pela população	3,3 dias / semana (IDNT 2007)	4dias/semana	4 dias/semana 4,1 M 3,8 H	Meta atingida	(IDNT 2020)
	Frequência de consumo de legumes durante a semana pela população	3,7 dias/semana (IDNT 2007)	4dias/semana	4,4 dias/semana 4,2 M 4,5 H	Meta atingida	(IDNT 2020)
	% de população que consome pelo menos cinco porções de frutas e legumes por dia (desagregado por sexo)	M=12,1% H=15,9% (IDNT 2007)	Não definido	21,0 20,2 H 21,9 M	Não definido	IDNT
	Taxa de prevalência do baixo peso ao nascer;	6,4% (IDSRII 2005)	5,5 %	10%	Meta não atingida	IDSRIII

Prevalência de desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos;	9,7% (IPAC 2009)	Pelo menos manter os níveis atuais	11,8% 11,0 6%	Meta atingida	IDRF (2015) INVAF (2018) IDSR III (2018)	
Prevalência de desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos;	2,6% (IPAC 2009)	Pelo menos manter os níveis atuais	3,0% 4,4 2%	Meta atingida	IDRF (2015) INVAF (2018) IDSR III (2018)	
Prevalência insuficiência ponderal em crianças menores de 5 anos;	3,9% (IPAC 2009)	Pelo menos manter os níveis atuais	4,0% 2%	Meta atingida	IDRF (2015) IDSR III (2018)	
Taxa de prevalência do sobrepeso na população adulta Desagregado por sexo	36,9 H- 24,8%/ M- 28,0% (IDNT2007) 20,4% H- 17,7% M- 22,8% IDRF 2015	Não definido	44.2% 34.2 H 54.9 M	Não definido	IDNT 2020	Apesar de não estar definida a meta, a tendência é de agravamento do indicador e sobretudo nas mulheres

Taxa de prevalência da obesidade na população adulta	H-6,5% M- 14,6% (IDNT 2007) 7,9% H- 5,0% M- 10,5% IDRF 2015	Não definido	14.3% H: 6.7% M: 22.5%	Não definido	Apesar de não estar definida a meta, a tendência é de agravamento do indicador sendo que nas mulheres é cerca de três vezes e meia superior aos homens
Taxa de prevalência da anemia em crianças menores de 5 anos	52,4% (IPAC 2010)	Redução em 20% da prevalência da anemia em menores de 5 anos;	43%	Meta próxima de ser atingida	A redução foi de 18% em 2018. Não há dados disponíveis de 2020. Deve ser considerado um grande ganho
Prevalência de anemia em crianças dos (6-10 anos)	43,3% (IPAC 2010)	Redução em 20% a prevalência da anemia nos alunos do ensino básico;		Não atualizado	IDSRIII em 2018
					IDSRIII

		43,2% (IDSR II 2005)	Redução em 20% a prevalência da anemia nas grávidas	23%	Meta atingida	IDSR III 2018	Não comparável Mas pode ser considerado um ganho, por ser o primeiro ano em que houve suplementação
Taxa de prevalência da anemia em grávidas	% de crianças que recebem suplementação em ferro e vit. C	ND	80% de crianças de 1 a 5 anos de idades suplementadas com ferro e vit C;	26% crianças de 6-23m receberam vitamina ferro e vitamina C)	ND		
Taxa de prevalência de hipovitaminose A em crianças de risco menores de 5 anos		2% (Caracterização da deficiência da Vit. A e da anemia em crianças do pré-escolar - (1996)	Eliminar a hipovitaminose A entre os menores de 5 anos		Não atualizado		
% de mães que recebem suplemento em vitamina A durante as 8 semanas após o parto		34% (IDSR II 2005)	50%		Não se aplica	Relatório Estatístico MS	Alteração do protocolo. As puérperas já não recebem vitamina A

Percentagem da população (crianças 6-12 anos) com carência de iodo	7,6% (IDDCI 2010)	7,6% (IDDCI 2010) Eliminar os distúrbios devidos à carência de iodo no seio da população	97,0%	Não atualizado	IDDCI PNN/MS	100% a nível da produção
Taxa de prevalência do consumo do sal iodado nas famílias	91,9% (IDDCI 2010)	95%	97,0%	Meta atingida	IDDCI Relatório Seguimento Anual - PNN	100% a nível da produção
Taxa de prevalência do consumo do sal iodado nas Cantinas Escolares	95,7% (IDDCI 2010)	100%	87%	Não atingida	Relatório Seguimento Anual - PNN	100% a nível da produção
Taxa de Prevalência de helmintos nas crianças do Ensino Básico	21% (IPPI-2012)	Manter abaixo dos valores de base		Não atualizado	IPPI	Taxa de cobertura da distribuição de mebendazole 99,5% nas crianças que frequentam estabelecimentos de ensino em CV.

Taxa de Prevalência de protozoários nas crianças do Ensino Básico	78,5% (IPPI-2012)	Manter abaixo dos valores de base	ND	Não atualizado	IPPI				
% de indicadores-chave de nutrição integrados no Relatório Estatístico de Saúde	Nenhum indicador incluído	50% dos indicadores-chave publicados	10 dos 22 indicadores propostos no relatório de 2018	Não atingida	Relatório Estatístico do Ministério da Saúde				Corresponde a 45,5 % O relatório de 2019 não está disponível Considerado um grande ganho, podendo a meta ser atingida em 2020.

ANEXO III – Metas da Década de Nutrição

Metas de Nutrição Global apresentados pela Assembleia Mundial de Saúde e a sua extensão até 2030

	Metas 2025	Metas 2030
Desnutrição crónica	40% de redução no número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento	50% de redução no número de crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento
Desnutrição aguda	Reduzir e manter a desnutrição aguda em 5%	Reduzir e manter a desnutrição aguda em 5% Reduzir e manter a desnutrição aguda em 3%
Pré-obesidade	Não aumentar a pré-obesidade (excesso de peso e obesidade) em crianças menos de 5 anos	Reduzir e manter a pré-obesidade em menos de 3%
Anemia em mulheres em idade reprodutiva	50% de redução de anemia em mulheres em idade reprodutiva (grávidas e não grávidas)	
Baixo peso ao nascer	30% de redução de baixo peso ao nascer	
Aleitamento Materno exclusivo	Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses até pelo menos 50%	Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses até pelo menos 70%

Critérios para a determinação da obtenção dos progressos para as metas de 2025

Indicadores	No caminho	Fora do caminho – com algum progresso	Fora do caminho sem progresso ou pior
Desnutrição crónica	TAMR corrente \geq TAMR requerida	TAMR corrente $<$ TAMR requerida, mas $\geq 0,5$	TAMR corrente $< 0,5$
Desnutrição aguda	Nível $< 5\%$	Nível $\geq 5\%$ mas TAMR $\geq 2,0$	Nível $\geq 5\%$ mas TAMR $< 2,0$
Pré-obesidade	TAMR ≥ -1.5	TAMR < -1.5	
Anemia em mulheres em idade reprodutiva	TAMR corrente ≥ 5.2	TAMR corrente $< 5,2$ mas $\geq 0,5$	TAMR corrente $< 0,5$
Aleitamento Materno não exclusivo**	TAMR corrente ≥ 2.74 or level $< 30\%$	TAMR corrente < 2.74 but ≥ 0.8	TAMR corrente < 0.8
Aleitamento Materno exclusivo**	TAMA corrente $>$ TAMA requerido ou prevalencia $\geq 50\%$	TAMA corrente $<$ TAMA requerido mas TAMA corrente > 0	TAMA corrente < 0

