



# Mozambique 2003

**Nutrição  
de Crianças e Mães**



CADERNOS DE GRÁFICOS DE NUTRIÇÃO EM ÁFRICA

## NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E MÃES EM MOÇAMBIQUE

Resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique - MIDS 2003

ORC Macro  
11785 Beltsville Drive  
Calverton, Maryland, USA

Março 2006

Este documento de cadernos de gráficos de nutrição foi produzido pelo programa MEASURE DHS, financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) através do Bureau for Global Health, Office of Health, Infectious Diseases and Nutrition (GH/HIDN). O documento beneficiou de fundos disponibilizados pelo Bureau for África da USAID através do Office of Sustainable Development. Cópias deste documento podem ser obtidas contactando o Programa MEASURE DHS, ORC Macro, através do endereço acima indicado, pelo telefone (301) 572-0200, pelo fax (301) 572-0999, ou visitando o website [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Instituto Nacional de Estatística



Ministério da Saúde

# Contenidos

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
GRÁFICO 1: MORTALIDADE INFANTIL E DE CRIANÇAS, MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	2
GRÁFICO 2: CONTRIBUIÇÃO DA MALNUTRIÇÃO PARA A MORTALIDADE DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, MOÇAMBIQUE.....	4
GRÁFICO 3: SOBREVIVÊNCIA E ESTATUTO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS, MOÇAMBIQUE.....	6
<b>MALNUTRIÇÃO EM MOÇAMBIQUE .....</b>	<b>9</b>
GRÁFICO 4: MALNUTRIÇÃO ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, MOÇAMBIQUE .....	10
GRÁFICO 5: MUDANÇAS NAS TAXAS DE MALNUTRIÇÃO ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE TRÊS ANOS, MOZAMBIQUE 1997 E 2003 .....	12
GRÁFICO 6: BAIXA ALTURA/IDADE, BAIXO PESO/ALTURA, E BAIXO PESO/IDADE, POR IDADE, MOÇAMBIQUE .....	14
GRÁFICO 7: MALNUTRIÇÃO ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS QUE NÃO RESIDEM COM A MÃE, MOÇAMBIQUE .....	16
GRÁFICO 8: BAIXO PESO/IDADE ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, MOZAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	18
GRÁFICO 9: BAIXA ALTURA/IDADE ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, MOZAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	20
<b>ESTRUTURA CONCEPTUAL PARA O ESTATUTO NUTRICIONAL .....</b>	<b>22</b>
<b>INFLUÊNCIAS IMEDIATAS DA MALNUTRIÇÃO.....</b>	<b>25</b>
GRÁFICO 10: CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS VIVENDO EM FAMÍLIAS COM SAL IODADO POR PROVÍNCIA, MOÇAMBIQUE.....	26
GRÁFICO 11: CEGUEIRA NOCTURNA ENTRE MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, MOÇAMBIQUE.....	28
GRÁFICO 12: SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A ENTRE MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR PROVÍNCIA , MOZAMBIQUE .....	30
GRÁFICO 13: SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A ENTRE MÃES DE CRIANÇAS DE 6-59 MESES NOS ÚLTIMOS SEIS MESES POR PROVÍNCIA, MOÇAMBIQUE .....	32
GRÁFICO 14: SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO ENTRE MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, MOÇAMBIQUE .....	34
GRÁFICO 15: DIARREIA E TOSSE CONVULSA ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS COMPARADO COM TAXAS DE MALNUTRIÇÃO, MOÇAMBIQUE .....	36
<b>INFLUÊNCIAS BIOLÓGICAS DE COMPORTAMENTAIS DA MALNUTRIÇÃO.....</b>	<b>39</b>
GRÁFICO 16: FECUNDIDADE E INTERVALOS DE NASCIMENTOS, MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	40
GRÁFICO 17: MALNUTRIÇÃO ENTRE CRIANÇAS DE 12-23 MESES POR ESTATUTO DE VACINAÇÃO DE SARAMPO, MOÇAMBIQUE .....	42

GRÁFICO 18: COBERTURA DA VACINAÇÃO DE SARAMPO ENTRE CRIANÇAS DE 12-23 MESES, MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA.....	44
GRÁFICO 19: PRÁTICAS ADOPTADAS PARA A ALIMENTAÇÃO DE BEBÉS COM MENOS DE SEIS MESES DE IDADE, MOÇAMBIQUE.....	46
GRÁFICO 20: BEBÉS DE MENOS DE QUATRO MESES ALIMENTADOS APENAS COM LEITE MATERNO E OS QUE RECEBERAM BIBERÃO, MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	48
GRÁFICO 21: PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO DE BEBÉS COM 6-9 MESES DE IDADE , MOÇAMBIQUE.....	50
GRÁFICO 22: BEBÉS DE 6-9 MESES QUE RECEBERAM ALIMENTOS SÓLIDOS JUNTAMENTE COM LEITE MATERNO, MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	52
GRÁFICO 23: CRIANÇAS DE 10-23 MESES QUE CONTINUAM A RECEBER LEITE MATERNO, MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA.....	54
<b>INFLUÊNCIAS DA BASE SOCIAL E ECONÓMICA DA NUTRIÇÃO .....</b>	<b>57</b>
GRÁFICO 24: BAIXA ALTURA/IDADE E BAIXO PESO/ALTURA ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR NÍVEL EDUCACIONAL DA MÃE, MOÇAMBIQUE .....	58
GRÁFICO 25: BAIXA ALTURA/IDADE E BAIXO PESO/ALTURA ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR FONTE DE ÁGUA POTÁVEL, MOÇAMBIQUE .....	60
GRÁFICO 26: BAIXA ALTURA/IDADE E BAIXO PESO/ALTURA ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA, MOÇAMBIQUE .....	62
<b>INFLUÊNCIAS BÁSICAS .....</b>	<b>65</b>
GRÁFICO 27: BAIXA ALTURA/IDADE E BAIXO PESO/ALTURA ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR PROVÍNCIA, MOÇAMBIQUE.....	66
GRÁFICO 28: BAIXA ALTURA/IDADE E BAIXO PESO/ALTURA ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR ÁREA DE RESIDÊNCIA (URBANA-RURAL), MOÇAMBIQUE.....	68
<b>ESTATUTO NUTRICIONAL MATERNO .....</b>	<b>71</b>
GRÁFICO 29: MALNUTRIÇÃO ENTRE AS MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR PROVÍNCIA, MOÇAMBIQUE .....	72
GRÁFICO 30: MALNUTRIÇÃO ENTRE AS MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR ÁREA DE RESIDÊNCIA (URBANA-RURAL), MOÇAMBIQUE .....	74
GRÁFICO 31: MALNUTRIÇÃO ENTRE AS MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR NÍVEL DE EDUCAÇÃO DA MÃE, MOÇAMBIQUE .....	76
GRÁFICO 32: MALNUTRIÇÃO ENTRE AS MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS , MOÇAMBIQUE COMPARADO A OUTROS PAÍSES DA ÁFRICA SUB-SAHARIANA .....	78

<b>APÊNDICES</b> .....	<b>81</b>
APÊNDICE 1 TAXAS DE BAIXA ALTURA/IDADE, BAIXO PESO/ALTURA, E EXCESSO DE PESO, POR CARACTERÍSTICAS DE BASE SELECCIONADAS, MOÇAMBIQUE 2003 .....	83
APÊNDICE 2 DISTRIBUIÇÃO DA MALNUTRIÇÃO EM MOZAMBIQUE COMPARADA COM A POPULAÇÃO INTERNACIONAL DE REFERÊNCIA DO NCHS/CDC/OMS.....	84

# Introdução

A malnutrição<sup>1</sup> é um dos maiores problemas de saúde e de bem estar dos bebés e das crianças em Moçambique. Isto resulta tanto de doenças como do consumo de quantidades inadequadas de alimentos. A quantidade inadequada de alimentos ingeridos é consequência da disponibilidade insuficiente de alimentos ao nível do agregado familiar, práticas alimentares impróprias, ou ambos. As práticas alimentares impróprias incluem tanto a qualidade e a quantidade de alimentos dados às crianças bem como o momento da introdução dos mesmos. Pobres condições de saneamento colocam as crianças em alto risco de contraírem doenças, em particular diarreias, que afectam negativamente a sua condição nutricional. Tanto a quantidade inadequada ingerida como as condições de saneamento são reflexo da base social e das condições económicas prevaletentes.

A malnutrição tem consequências significativas a nível económico e de saúde, sendo o aumento do risco de morte a consequência mais crítica. Outras consequências incluem o aumento do risco de doenças e um baixo nível de desenvolvimento cognitivo, o que resulta em baixo aproveitamento escolar. Na idade adulta, a acumulação dos efeitos de malnutrição de longo prazo pode resultar numa redução da produtividade dos trabalhadores e no aumento de ausências ao local de trabalho; estes efeitos podem reduzir a habilidade e o potencial de ao longo da vida activa as pessoas darem a sua contribuição para a economia nacional. Além disso, a malnutrição pode resultar em problemas durante a gravidez.

Os dados aqui apresentados são do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique de 2003 (MIDS 2003), um inquérito nacionalmente representativo de 12,315 famílias, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde, Maputo, Moçambique. A assistência técnica foi prestada pela ORC Macro como parte do programa MEASURE DHS. Os fundos foram providenciados pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

Das 10,620 crianças com 0-59 meses que fizeram parte do estudo, haviam 8,224 vivas, cujas mães foram entrevistadas e sujeitas a recolha de dados antropométricos. Em princípio, toda a análise nutricional inclui estas crianças, excepto os casos explicitamente indicados no documento. Os dados nutricionais recolhidos nestas crianças incluem altura, peso, idade, história de amamentação, e padrões alimentares. Foi também recolhida informação sobre a prevalência de diarreia e infecção respiratória aguda (IRA) nas duas semanas antes do inquérito e sobre características sócio-demográficas relevantes. Para efeitos de comparação usam-se dados de Inquéritos Demográficos e de Saúde realizados noutros países da África Sub-Sahariana.

---

<sup>1</sup> O método técnico de identificação duma população malnutrida segundo a definição do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde Americana (NCHS), os Centros de Control e Prevenção de Doenças (CDC), e a Organização Mundial de Saúde (OMS) é apresentado no Apêndice 2.

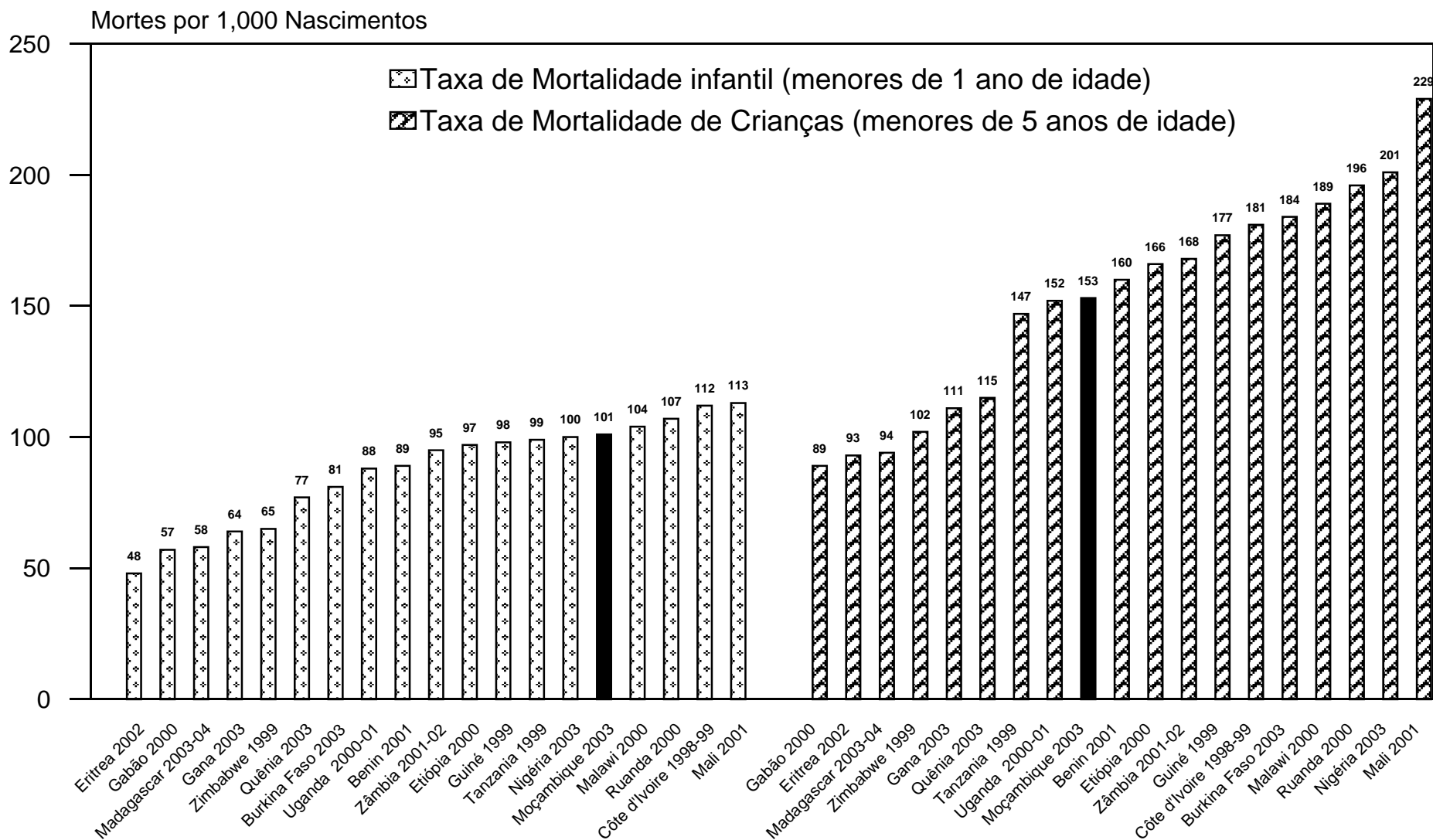
## **Gráfico 1: Mortalidade Infantil e de Crianças, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

A malnutrição compromete a saúde das crianças, tornando-as susceptíveis a doenças e morte. Doenças infecciosas tais como infeções respiratórias agudas, diarreia, e malária são as principais causas da mortalidade de bebés e de crianças menores de cinco anos. A taxa de mortalidade infantil (taxa dos menores de um ano) é uma medida geralmente usada na avaliação da saúde dos bebés e é um indicador sensível às condições sócio-económicas de um país. A taxa de mortalidade dos menores de cinco anos é um outro indicador informativo da sobrevivência de bebés e crianças.

- **A taxa de mortalidade infantil em Moçambique (101 mortes em cada 1000 nascimentos) indica que 10 por cento das crianças nascidas em Moçambique morrerão antes do seu primeiro aniversário.** Esta taxa é uma das mais altas entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.
- **A taxa de mortalidade de menores de cinco anos em Moçambique (153 mortes em cada 1000 em cada 1000 nascimentos) indica que 15 por cento das crianças nascidas em Moçambique morrerão antes de completarem cinco anos de idade.** Esta taxa coloca-se numa posição intermédia entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.

# Gráfico 1

## Mortalidade Infantil e de Crianças, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004



## Gráfico 2: Contribuição da Malnutrição para a Mortalidade de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique

A malnutrição é um dos grandes factores da morte de muitas crianças pequenas. Mesmo se uma criança é apenas ligeiramente malnutrida, o risco de morte aumenta. A taxa de mortalidade de crianças de menos de cinco anos nos países em desenvolvimento está em grande medida relacionada com doenças infecciosas e mortes no parto. As infecções respiratórias, diarreias, malária, sarampo, e outras doenças infecciosas afectam seriamente as crianças.

Fórmulas desenvolvidas por Pelletier et al.<sup>2</sup> são usadas para quantificar a influência da malnutrição moderada e severa na mortalidade de crianças menores de cinco anos.

Em Moçambique,

- **Trinta e seis por cento de todas as mortes que ocorrem antes dos cinco anos de idade estão relacionadas com a malnutrição (malnutrição severa e moderada).<sup>3</sup>**
- **Devido à sua grande prevalência, a malnutrição moderada contribui para mais mortes que a malnutrição severa (30 por cento e 6 por cento, respectivamente).**
- **A malnutrição moderada está implicada em 83 por cento das mortes associadas à malnutrição.**

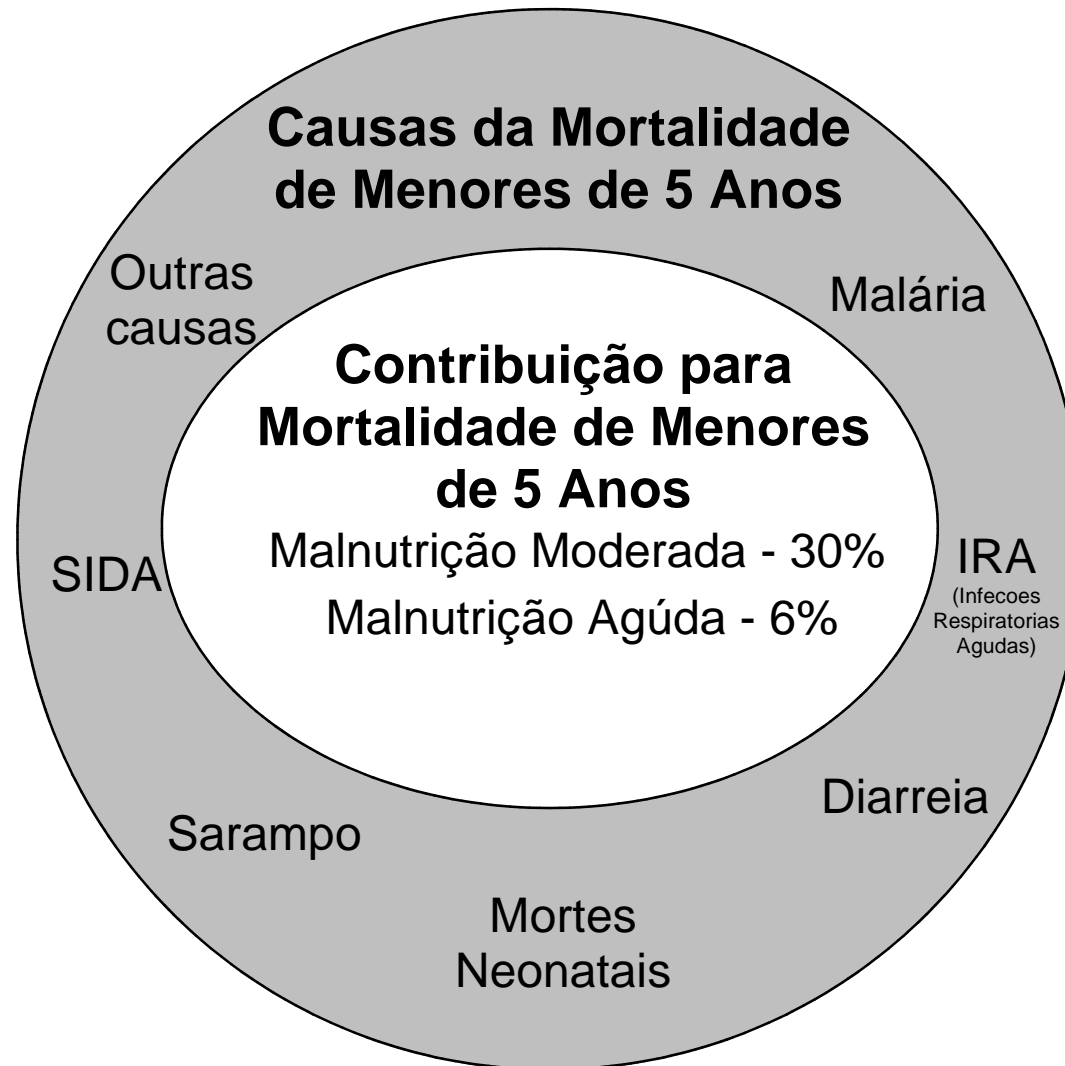
---

<sup>2</sup> Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, Jr., D.G. Schroeder, e J.P. Habicht. 1994. A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries (Metodologia para estimar a contribuição da malnutrição na mortalidade de crianças nos países em desenvolvimento). *Journal of Nutrition* 124 (10 Suppl.): 2106S-2122S.

<sup>3</sup> As crianças classificam-se como severamente malnutrida quando o Z-score assinado se encontra abaixo de menos três desvios padrão (-3 DP) da mediana da população de referência definida pelo CDC e NCHS; enquanto que uma criança com um Z-score entre -2 DP e -3DP é considerada moderadamente malnutrida.

## Gráfico 2

# Contribuição da Malnutrição para a Mortalidade de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique



Nota: Cálculo baseado em Pelletier et al., 1994.

Fonte: MIDS 2003

## Gráfico 3: Sobrevivência e Estatuto Nutricional das Crianças, Moçambique

A malnutrição e a mortalidade afectam muito as crianças pequenas. Este Gráfico ilustra a proporção de crianças que morreram ou estão malnutridas em cada mês de idade.

Em Moçambique,

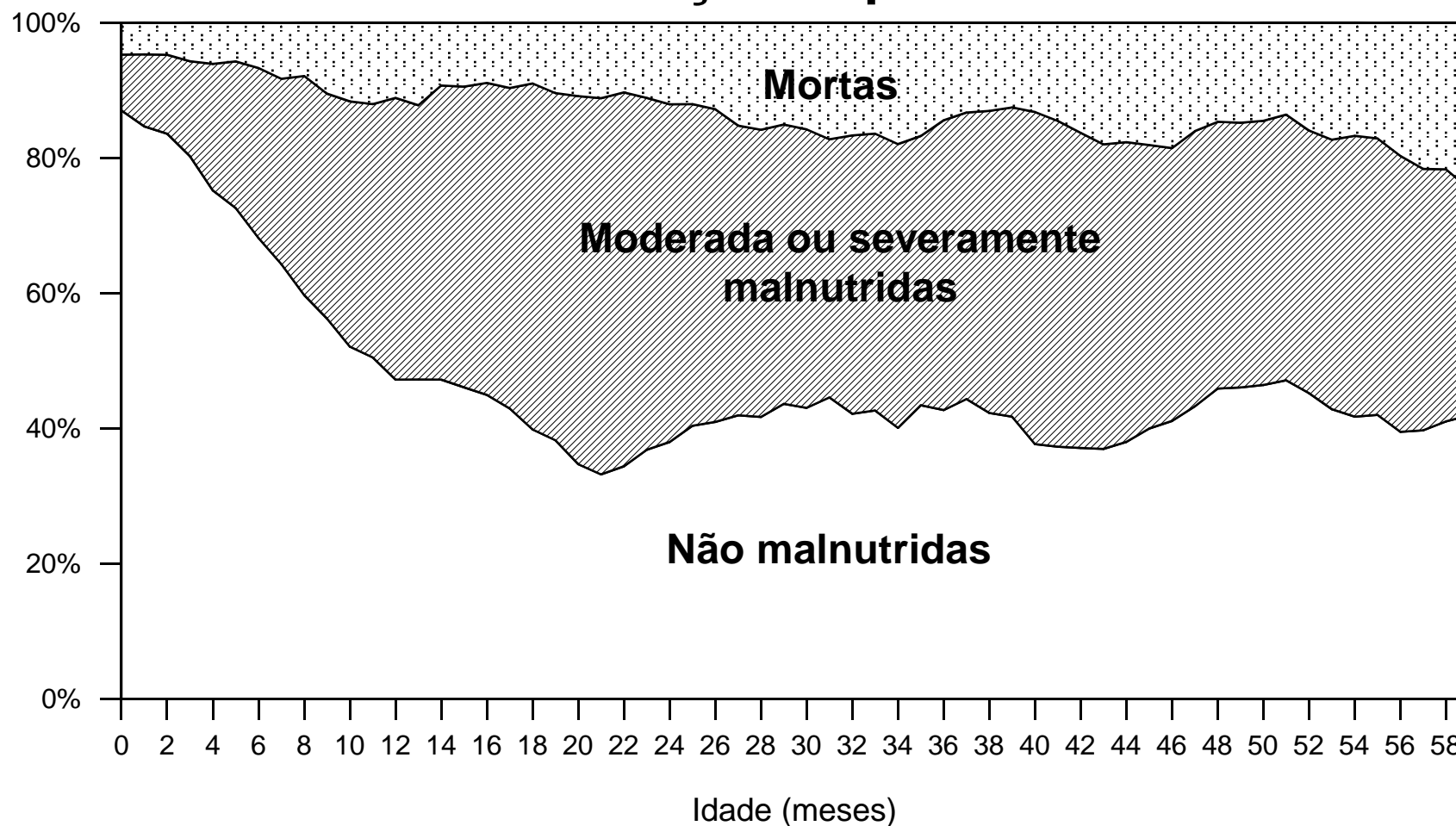
- **Entre o nascimento e os 21 meses de idade, a percentagem de crianças vivas e não malnutridas cai rapidamente de 89 por cento para 33 por cento.** Após os 21 meses, a taxa varia entre 37 e 47 por cento até aos 59 meses.
- **Entre o nascimento e os 21 meses de idade, a percentagem de crianças que tem malnutrição moderada or severa<sup>4</sup> aumenta drasticamente dos 8 por cento para 56 por cento.** Depois dessa idade, a percentagem varia dos 40 por cento a 48 por cento até aos 50 meses, e desce para 34 por cento aos 59 meses.
- **Do nascimento até aos 59 meses, a percentagem de crianças que morreram aumenta gradualmente de 5 por cento no nascimento a 11 por cento aos 21 meses, e para 25 por cento aos 59 meses.**

---

<sup>4</sup> Uma criança com um Z-score abaixo de menos três desvios padrão (-3 DP) da referencia padrão é considerada severamente malnutrida, enquanto que uma criança com um Z-score entre -2 DP e -3DP é considerada moderadamente malnutrida.

# Gráfico 3

## Sobrevivência e Estatuto Nutricional das Crianças, Moçambique



Nota: Uma criança com um Z-score abaixo de -3 DP no padrão de referência é considerada severamente malnutrida (baixa altura/idade, baixo peso/altura, ou baixo peso/idade), enquanto uma criança com um Z-score entre -3 DP e -2 DP é considerada moderadamente malnutrida. Os valores foram suavizados usando uma média móvel de 5 meses.

Fonte: MIDS 2003

# Malnutrição em Moçambique

## Gráfico 4: Malnutrição entre Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique

In Moçambique,

- **Quarenta e um por cento de crianças com 0-59 meses de vida sofrem de malnutrição crónica: elas são muito baixas para a sua idade (com deficit estatural – Baixa Altura por Idade).**<sup>5</sup> A proporção de crianças nesta condição é de quase 20 vezes o nível esperado numa população saudável, bem nutrida.
- **A malnutrição aguda, manifestada por Baixo Peso por Altura**<sup>6</sup> resulta em uma criança ser muito magra para a sua altura. Esta condição está presente em 4 por cento das crianças, o que é duas vezes o nível esperado numa população saudável.
- **Vinte e quatro por cento das crianças menores de cinco anos tem Baixo Peso por Idade (insuficiência do peso).**<sup>7</sup> Isto é aproximadamente 12 vezes o nível esperado numa população saudável e bem nutrida.
- **Três por cento das crianças menores de cinco anos são obesas ou tem Excesso de Peso.**<sup>8</sup> Isto é 1.5 vezes o nível esperado numa população saudável e bem nutrida

---

<sup>5</sup>Uma criança com malnutrição crónica tem um Z-score de altura por idade que está abaixo de -2DP baseado na população de referência do NCHS/CDC/OMS. A malnutrição crónica é resultado da ingestão inadequada de alimentos durante um longo período e pode ser agravada por doenças crónicas.

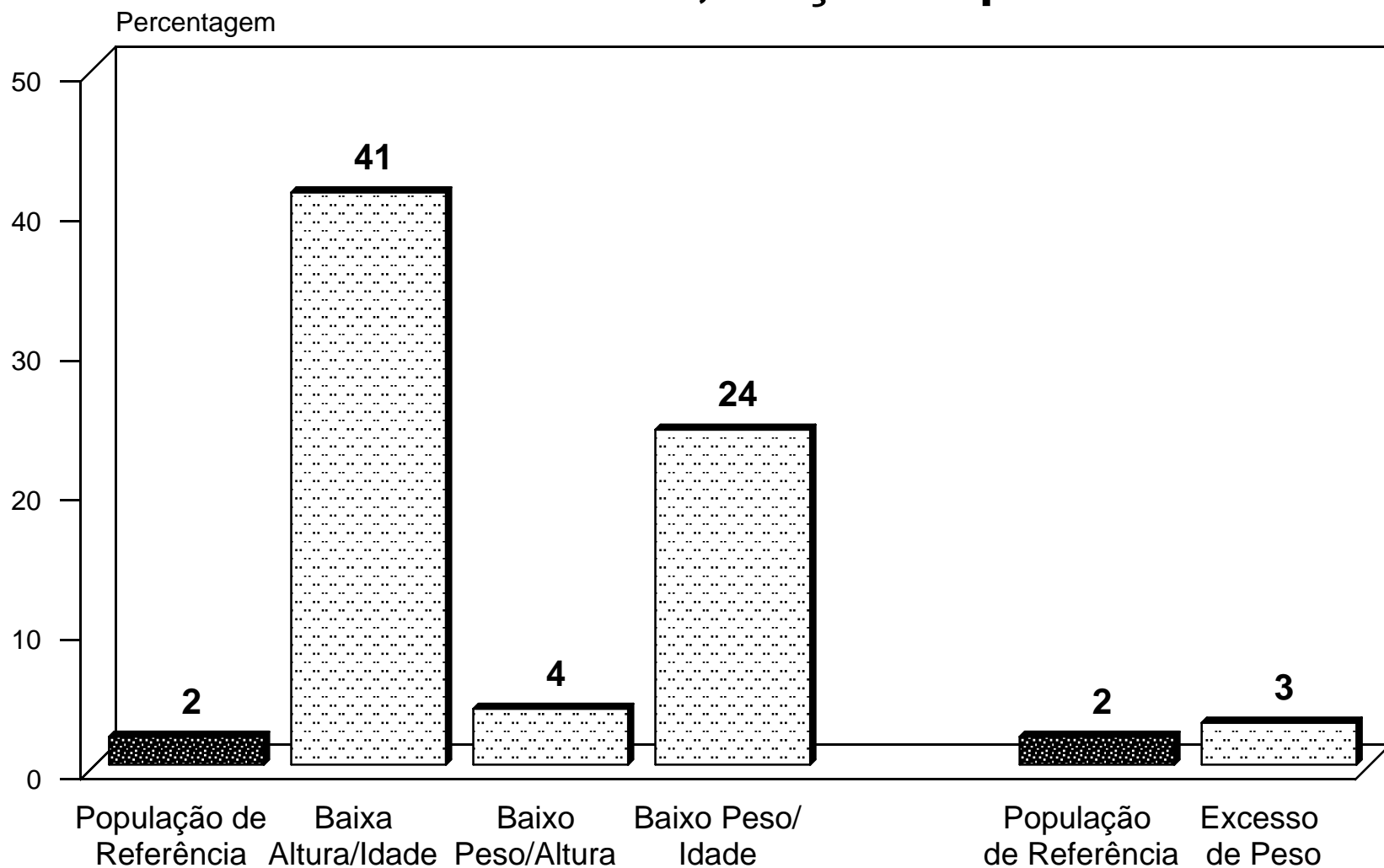
<sup>6</sup>Uma criança com malnutrição aguda tem um Z-score de peso por altura que está abaixo de -2DP baseado na população de referência do NCHS/CDC/OMS. A malnutrição aguda é resultado de uma falha recente em consumir alimentos adequados e pode ser afectada por doenças graves, especialmente diarreia.

<sup>7</sup>Uma criança com insuficiência do peso tem um Z-score de peso por idade que está abaixo de -2DP baseado na população de referência do NCHS/CDC/OMS. Esta condição pode resultar de malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação de ambas.

<sup>8</sup>Uma criança com excesso de peso ou obesa tem um Z-score de peso-por-altura que é acima de +2DP baseado na população de referência do NCHS/CDC/OMS.

## Gráfico 4

# Malnutrição entre Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica; *Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda; *Baixo Peso/Idade* reflecte malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação das duas.

Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 5: Mudanças nas Taxas de Malnutrição entre Crianças com Menos de Três Anos, Moçambique 1997 e 2003**

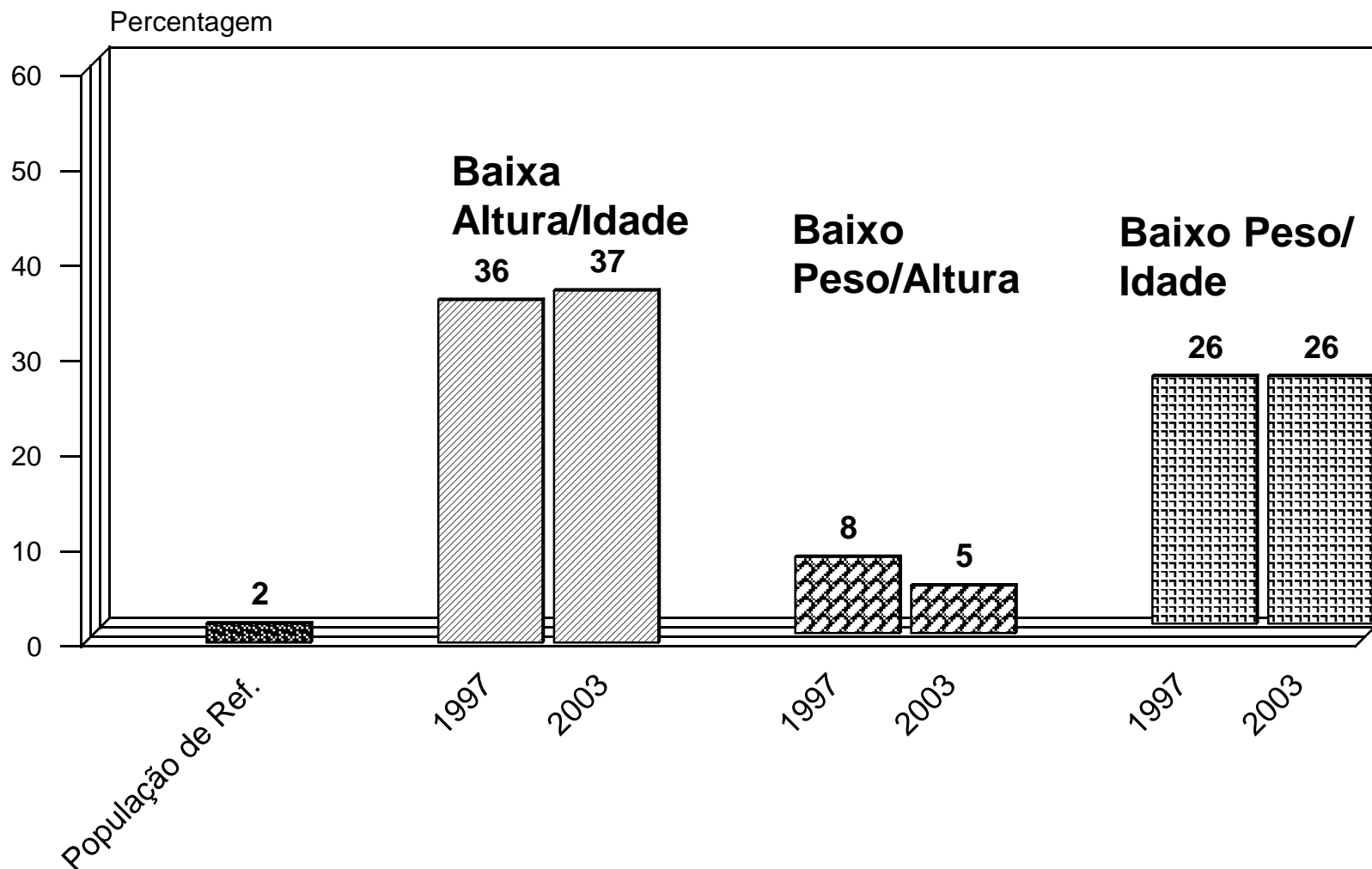
Os resultados do MIDS de 2003 **sugerem que o estatuto nutricional das crianças em Moçambique não mudou muito desde o inquérito MIDS de 1997.**

- Em 2003, a proporção de crianças com Baixa Altura/Idade e com Baixo Peso/Idade (37 e 26 por cento, respectivamente) manteve-se quase a mesma que a observada em 1997 (36 e 26 por cento, respectivamente). Houve uma queda de três pontos percentuais na proporção de crianças com Baixo Peso/Altura desde 1997 (de 8 a 5 por cento). Porém, por causa da sazonalidade não se pode fazer uma interpretação válida desta diferença.



## Gráfico 5

### Mudanças nas Taxas de Malnutrição entre Crianças com Menos de Três Anos, Moçambique 1997 e 2003



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica; *Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda; *Baixo Peso/Idade* reflecte malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação das duas.

Fonte: MIDS 1997 e MIDS 2003

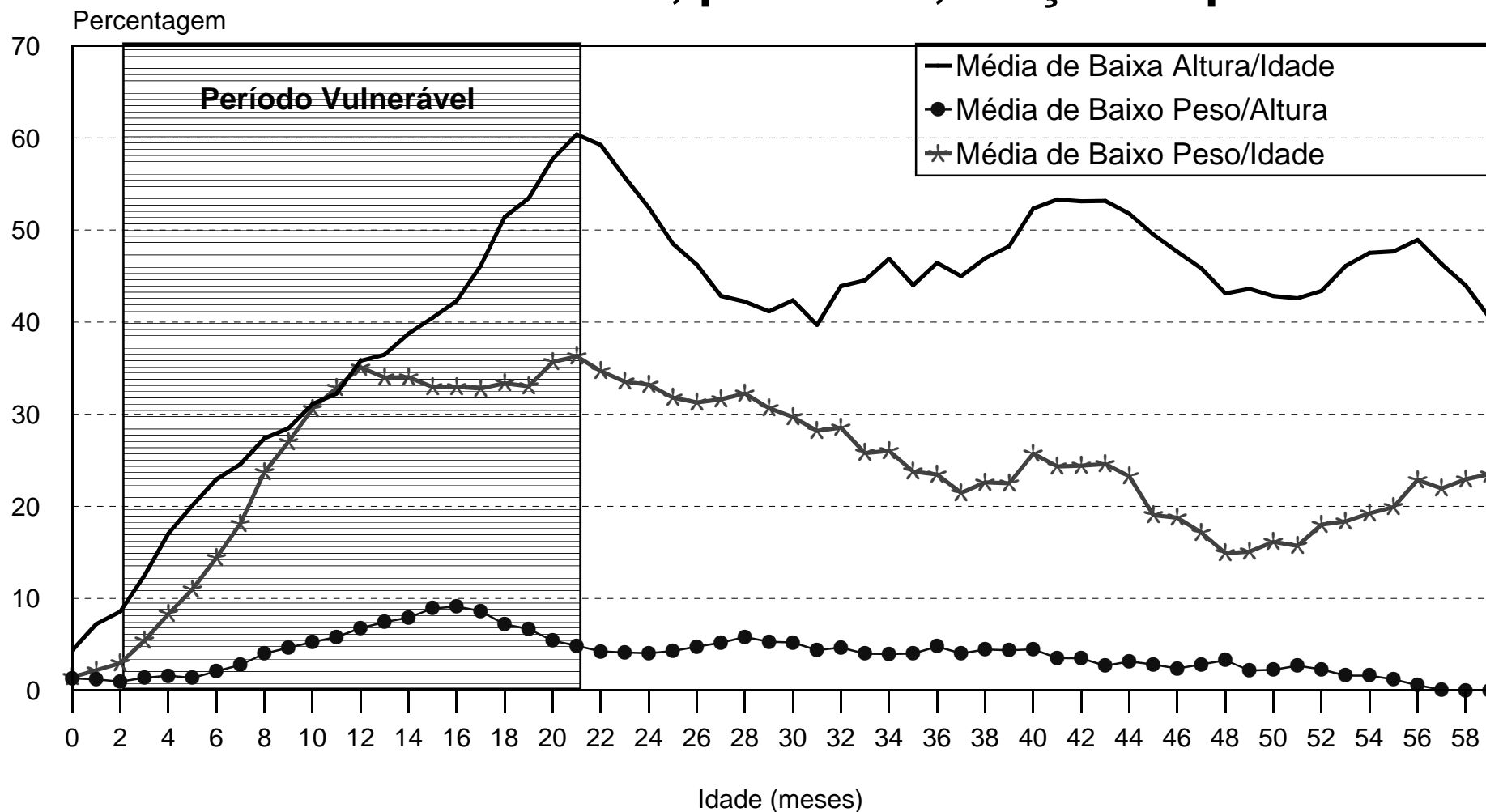
## **Gráfico 6: Baixa Altura/Idade, Baixo Peso/Altura, e Baixo Peso/Idade, por Idade, Moçambique**

Em Moçambique, o tempo decorrente entre os 2 e os 21 meses de idade é um período vulnerável.

- **A proporção de crianças com Baixa Altura/Idade aumenta bruscamente de 2 para 21 meses de idade, tendo como ponto máximo 60 por cento.** Depois dos 21 meses a proporção cai para 40 por cento aos 31 meses, e volta a subir para 53 por cento entre os 40 e 44 meses. Depois dessa idade, a proporção varia entre 43 e 50 por cento até aos 59 meses.
- **A proporção de crianças com Baixo Peso/Altura aumenta dos 2 aos 16 meses de idade, quando atinge o máximo de 9 por cento.** A proporção depois declina-se gradualmente para menos que 1 por cento dos 54 meses em diante.
- **A proporção de crianças de Baixo Peso/Idade aumenta rapidamente para 35 por cento em 12 meses.** Depois a proporção mantém-se aproximadamente a mesma até aos 21 meses e depois decresce para 15 por cento aos 48 meses. A taxa sobe outra vez para 23 por cento aos 59 meses.

# Gráfico 6

## Baixa Altura/Idade, Baixo Peso/Altura, e Baixo Peso/Idade, por Idade, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica; *Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda; *Baixo Peso/Idade* reflecte malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação das duas. Os valores representados no gráfico foram suavizados por uma média móvel de 5 meses.

Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 7: Malnutrição entre Crianças com Menos de Cinco Anos que Não Residem com a Mãe, Moçambique**

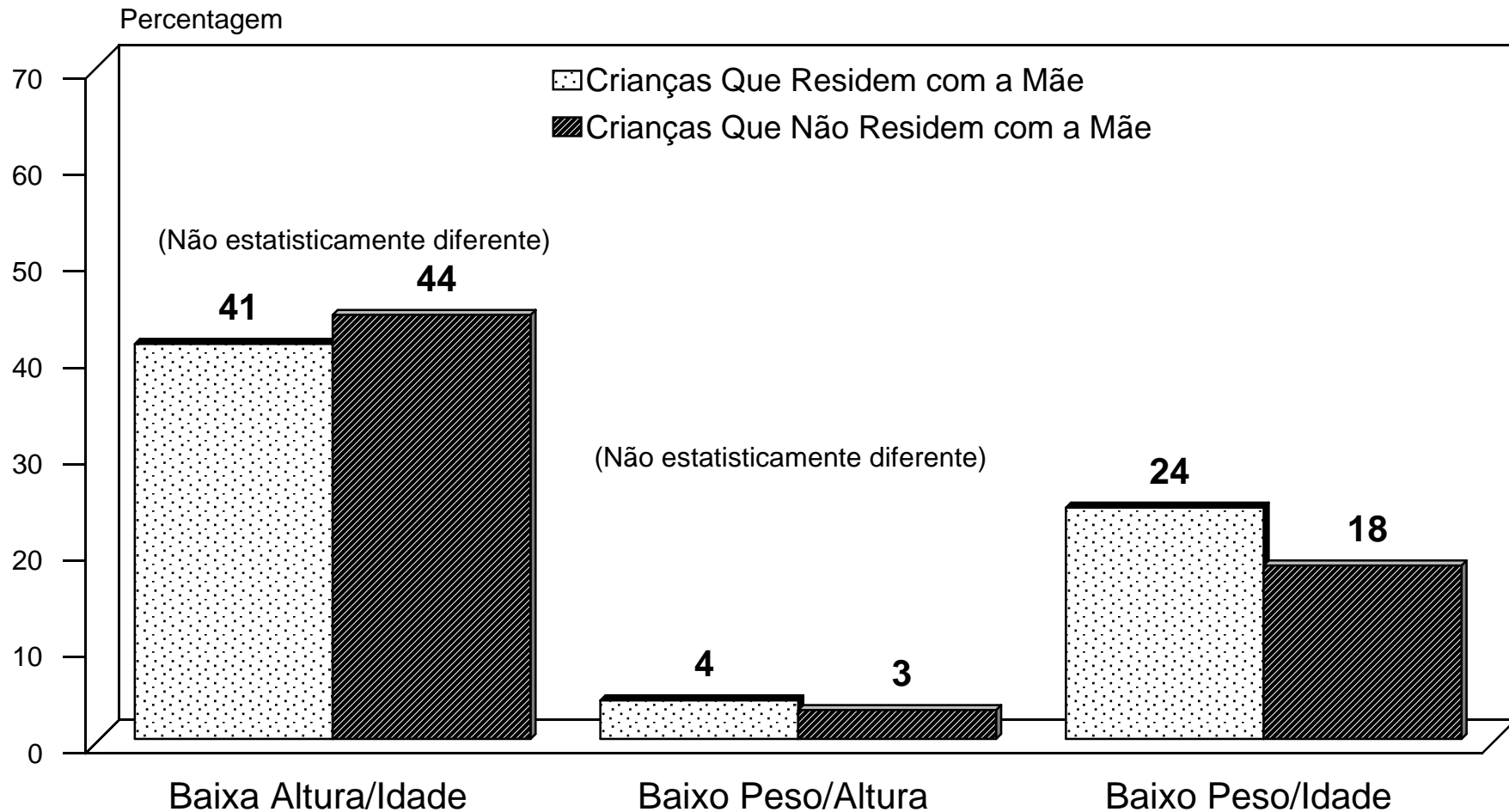
Anteriormente, os dados antropométricos do inquérito IDS excluíam crianças cuja mães não vivessem no agregado familiar ou não estivessem presentes para ser entrevistadas. Actualmente, todas as crianças no agregado são medidas, independentemente do estatuto de residência das suas mães. No inquérito MIDS 2003, 497 crianças menores de cinco anos não viviam com as suas mães.

Em Moçambique,

- **Não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa entre as taxas de prevalência de Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura e a situação das crianças relativa a se vivem ou não com a mãe.**
- Contrariamente ao que se esperava, crianças que vivem com as suas mães têm maior prevalência de Baixo Peso/Idade (24 por cento) comparadas as que não vivem com as suas mães (18 por cento).

## Gráfico 7

# Malnutrição entre Crianças com Menos de Cinco Anos que Não Residem com a Mãe, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica; *Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda; *Baixo Peso/Idade* reflecte malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação das duas.

Fonte: MIDS 2003

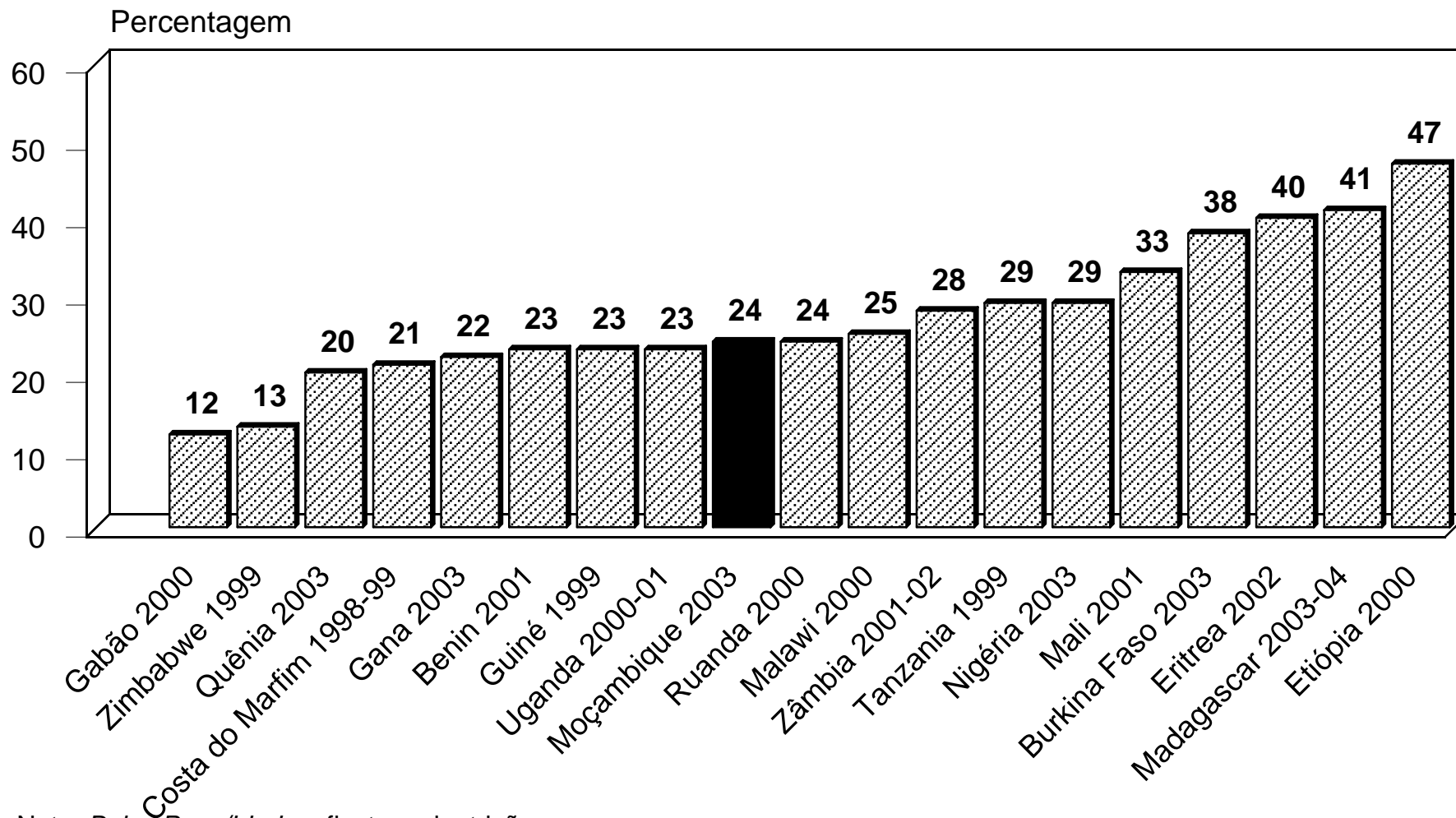
## **Gráfico 8: Baixo Peso/Idade entre Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

Entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos,

- A percentagem de crianças **com menos de cinco anos de idade** que têm Baixo Peso/Idade varia de 12 a 47 por cento. **Moçambique ocupa uma posição mediana entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos, com 24 por cento de crianças menores de cinco anos de idade com Baixo Peso/Idade.** O estatuto Baixo Peso/Idade é indicativo de crianças que sofrem de malnutrição crónica ou aguda, ou ambas, e pode ser influenciado por determinantes de malnutrição de curto e de longo prazo. O Baixo Peso/Idade é frequentemente usado como um indicador geral da condição de saúde da população.

## Gráfico 8

### Baixo Peso/Idade entre Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Nota: *Baixo Peso/Idade* reflecte malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação das duas.

Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

## **Gráfico 9: Baixa Altura/Idade entre Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

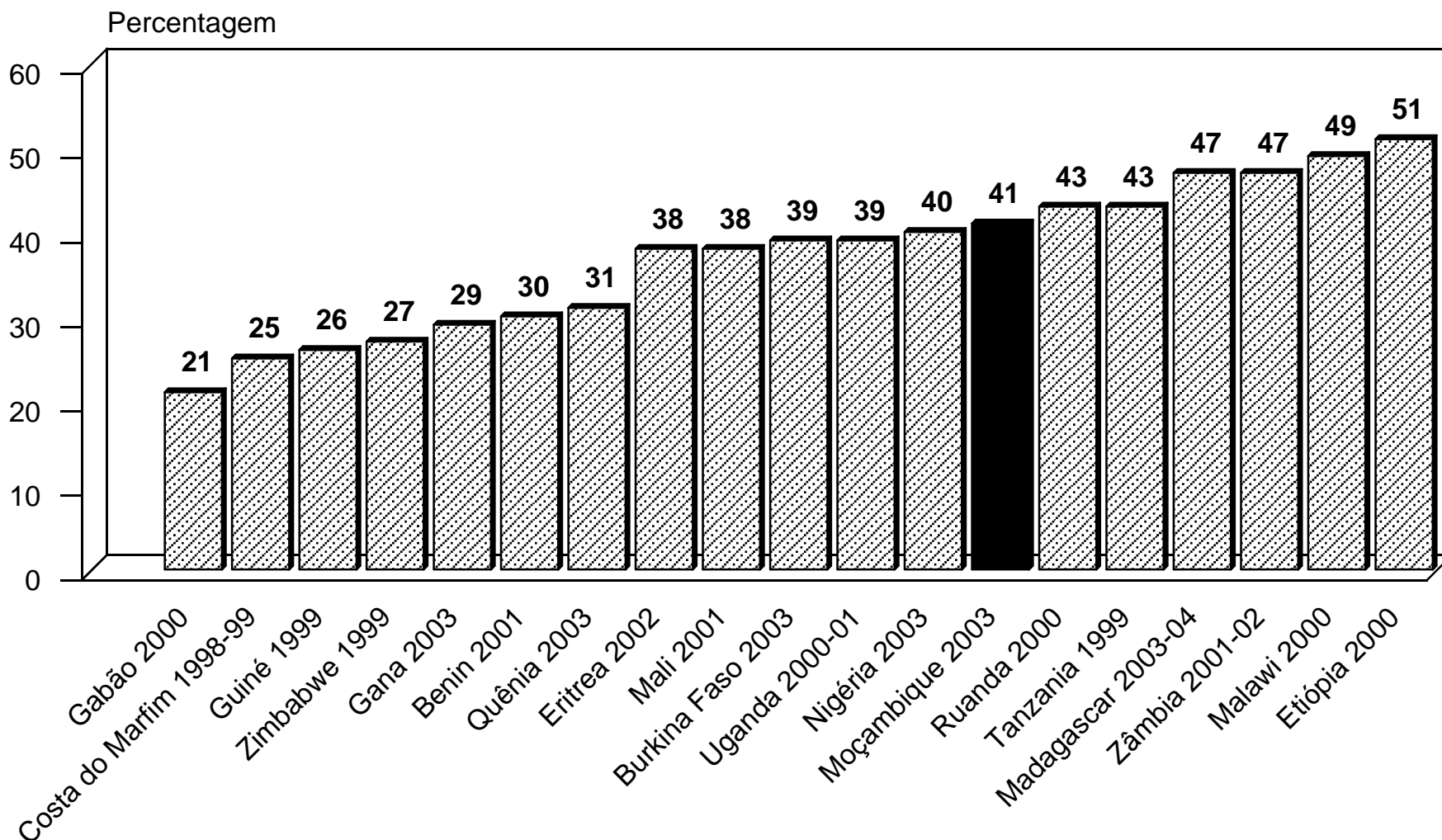
Entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos,

- A percentagem de crianças **menores de cinco anos** com Baixa Altura/Idade varia de 21 a 51 por cento. **Moçambique ocupa uma posição intermédia entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos com 41 por cento de crianças menores de cinco anos com Baixa Altura/Idade.** A taxa de incidência de Baixa Altura/Idade é um bom indicador de longo prazo do estatuto nutricional duma população porque não é marcadamente afectado pelos factores de curto prazo tais como o período de recolha de dados, epidemias, severa escassez de alimentos, e mudança recente de políticas sociais ou económicas.



# Gráfico 9

## Baixa Altura/Idade entre Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica.

Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

# Estrutura Conceptual para o Estatuto Nutricional

A nutrição está directamente relacionada com os alimentos ingeridos e doenças infecciosas como diarreia, infecção respiratória aguda (IRA), malária, e sarampo. Tanto alimentos ingeridos como doenças infecciosas resultam da base social e das condições económicas ao nível do agregado familiar, comunidade, e país que dependem das estruturas políticas, económicas e ideológicas dentro do país.

O diagrama aqui apresentado é uma estrutura conceptual para nutrição adaptado do UNICEF.<sup>9</sup> Reflecte a relação entre factores e suas influências no estatuto nutricional das crianças. Apesar dos factores políticos, sócio-económicos, ambientais e culturais (a nível nacional e comunitário) e a pobreza (a nível do agregado familiar) afectarem o estatuto nutricional das mulheres e crianças, as únicas variáveis incluídas neste documento são as que podem ser colhidas como parte do inquérito nacional aos agregados familiares. As áreas destacadas na estrutura representam factores seleccionados.

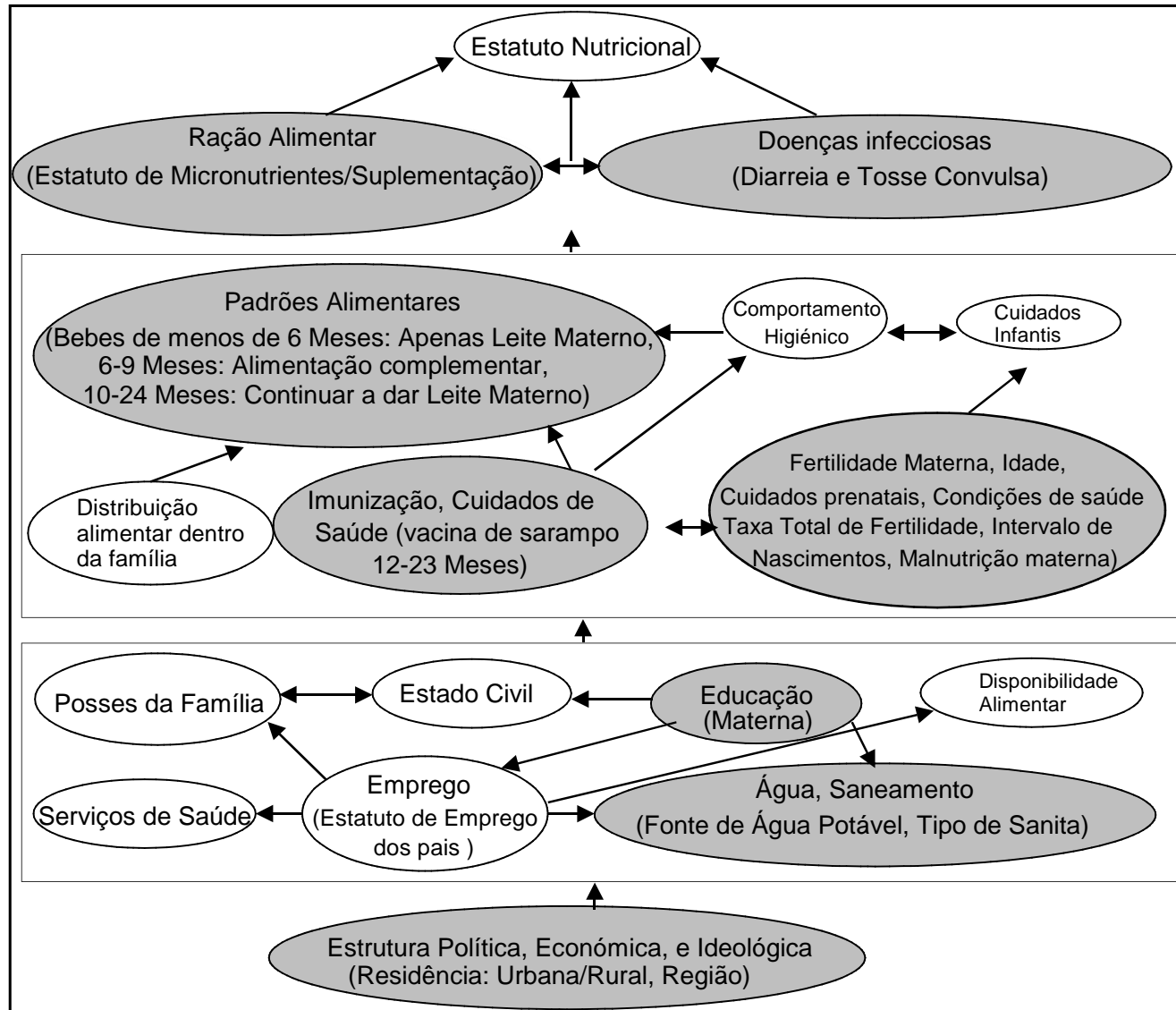
Os factores são,

- **Influências imediatas**, tais como alimentos ingeridos (estatuto e suplementação de micronutrientes) e doenças infecciosas (diarreia e infecções respiratórias)
- **Influências da base biológica e comportamental**, tal como fecundidade materna, vacinação de sarampo, e padrão alimentar das crianças menores de dois anos
- **Influências da base social e económica**, tais como educação das mães, água potável, e saneamento
- **Influências básicas, tais como** área de residência.

---

<sup>9</sup>UNICEF. 1998. Situação da Criança no Mundo

# Estrutura Conceptual para o Estatuto Nutricional



**Manifestações**

**Influências Imediatas**

**Influências da Base Biológica e Comportamental**

**Influências da Base Social e Económica**

**Influências Básicas**

Adaptado de: UNICEF, 1998.  
*Situação da Criança no Mundo*

# Influências Imediatas da Malnutrição

## Gráfico 10: Crianças com Menos de Cinco Anos Vivendo em Famílias com Sal Iodado por Província, Moçambique

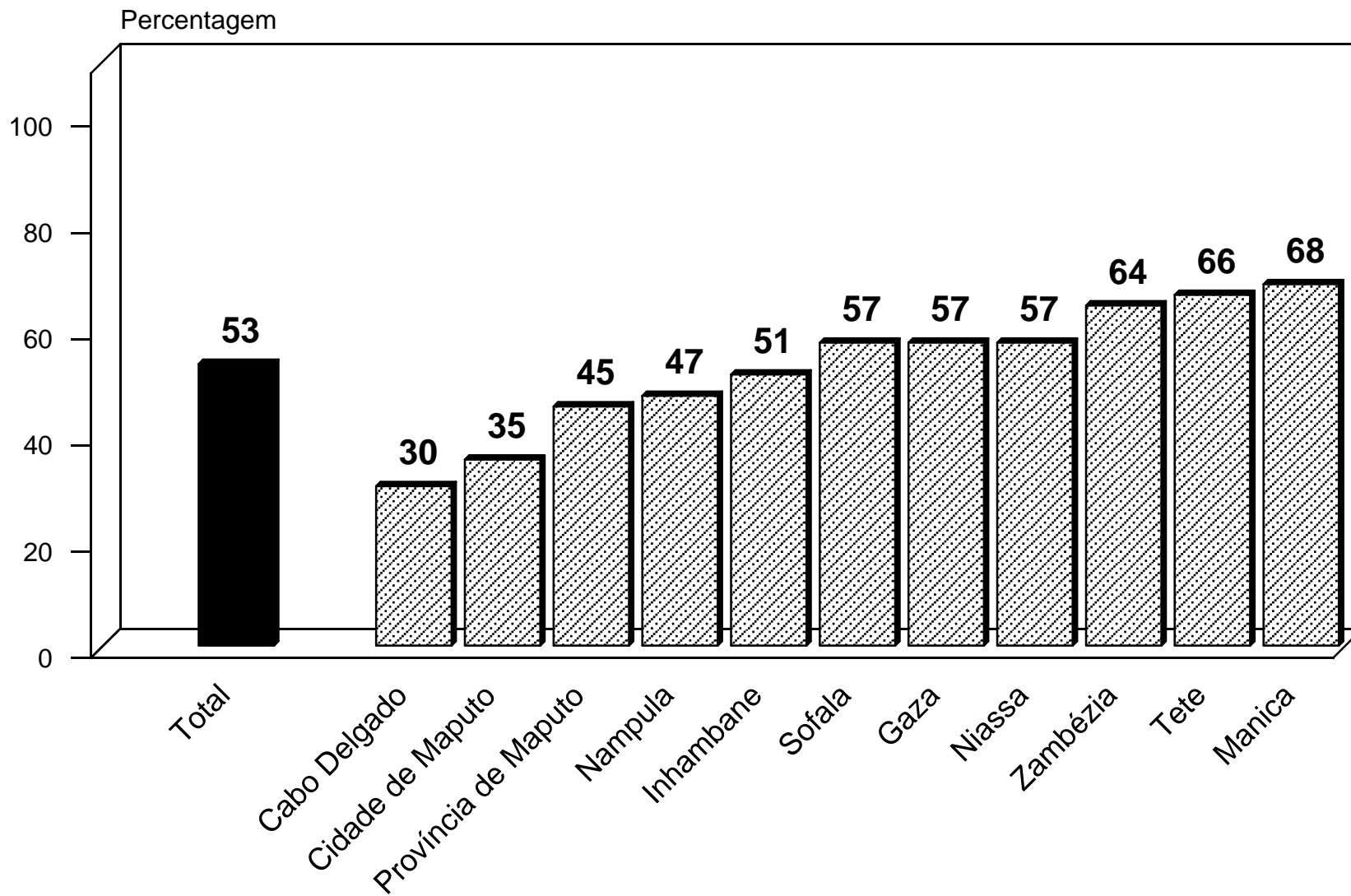
A insuficiência de iodo é conhecida como causadora de bócio, cretinismo (uma forma severa de defeito neurológico), aborto espontâneo, parto prematuro, infertilidade, nados mortos, e o aumento da mortalidade infantil. Uma das mais sérias consequências para o desenvolvimento das crianças é o atraso mental causado pela desordem de insuficiência do iodo (IDD), o que pode constituir um obstáculo para investimentos sociais na saúde e na educação. A IDD é a causa mais comum de prevalência de atraso mental e danos cerebrais a nível mundial. A IDD diminui a produção de hormonas vitais para o crescimento e desenvolvimento. Crianças com IDD podem crescer atrofiadas (com Baixa Altura/Idade); apáticas; atrasadas mentalmente; incapacitadas de movimentos normais, fala, ou audição. A IDD nas mulheres grávidas pode causar abortos, nados mortos, e atraso mental nos bebés.

O remédio para a IDD é relativamente simples. Uma colher de chá de iodo é tudo o que uma pessoa precisa em toda a vida. Já que o iodo não se pode armazenar por muito tempo no organismo, são necessárias pequenas quantidades regularmente. Nas áreas com insuficiência endêmica de iodo, onde o solo e portanto os produtos agrícolas e a carne não proporcionam uma dieta de iodo suficiente para a população, a fortificação alimentar e a suplementação provaram ser muito eficazes e uma intervenção sustentável. A fortificação do sal ou do óleo com iodo é a medida mais comum para prevenir a IDD. O sal iodado que é comercialmente embalado ou empacotado em sacos plásticos se não é armazenado adequadamente pode perder a concentração de iodo. Uma embalagem e armazenamento adequados do sal iodado é essencial para garantir que a população se beneficia da fortificação do iodo.

- **Em Moçambique, 53 por cento das crianças menores de cinco anos vivem em agregados familiares que usam sal contendo algum nível de iodo.** O uso de sal iodado é muito baixo na Província de Cabo Delgado (30 por cento) e é alto na Província de Manica (68 por cento).

# Gráfico 10

## Crianças com Menos de Cinco Anos Vivendo em Famílias com Sal Iodado por Província, Moçambique



Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 11: Cegueira Nocturna entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique**

De uma forma geral, a insuficiência/deficiência em vitamina A (IVA) lidera as causas de cegueira entre crianças. A perda de visão é apenas um dos resultados prejudiciais da IVA. A vitamina A é crucial para um crescimento rápido e recuperação em caso de doenças ou infecções. Crianças com insuficiência de vitamina A têm uma imunidade reduzida e são menos prováveis de recuperar de doenças infantis comuns, tal como diarreias, ARI, e sarampo, e são duas vezes mais prováveis de morrerem que crianças que não são deficientes em vitamina A.

A condição de vitamina A da mãe durante a gravidez pode ser um indicador da condição da vitamina A da sua criança. Um sinal da IVA numa mulher durante a gravidez é a cegueira noturna.

Em Moçambique,

- **Cinco por cento de todas as mulheres que deram parto nos últimos cinco anos reportaram ter tido duma certa forma cegueira noturna durante a sua última gravidez.**
- **No entanto, um por cento das mulheres reportaram ter tido problemas de visão durante a noite mas não durante o dia durante a sua última gravidez.** Enquanto a Gráfico é corrigida para tomar em consideração as mulheres com problemas de vista, isto pode ligeiramente subestimar a taxa de cegueira noturna.

# Gráfico 11

## Cegueira Nocturna entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique

Cinco por cento de todas as mulheres reportaram cegueira nocturna durante a sua última gravidez.

Um por cento das mulheres tiveram problemas com a sua visão durante a noite mas não durante o dia durante a sua última gravidez.



Fonte: MIDS 2003



## **Gráfico 12: Suplementação em Vitamin A entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos por Província, Moçambique**

Estudos recentes mostram que as mulheres grávidas com insuficiência de vitamina A tem um maior risco de morrerem durante ou logo depois do parto. A gravidez e a lactação perturbam a condição nutricional da mulher e o seu armazenamento de vitamina A. Para a mulher que acaba de dar parto, a suplementação de vitamina A ajuda a recuperar a armazenagem de vitamina A para o nível normal, ajudando assim na recuperação e prevenção de doenças.

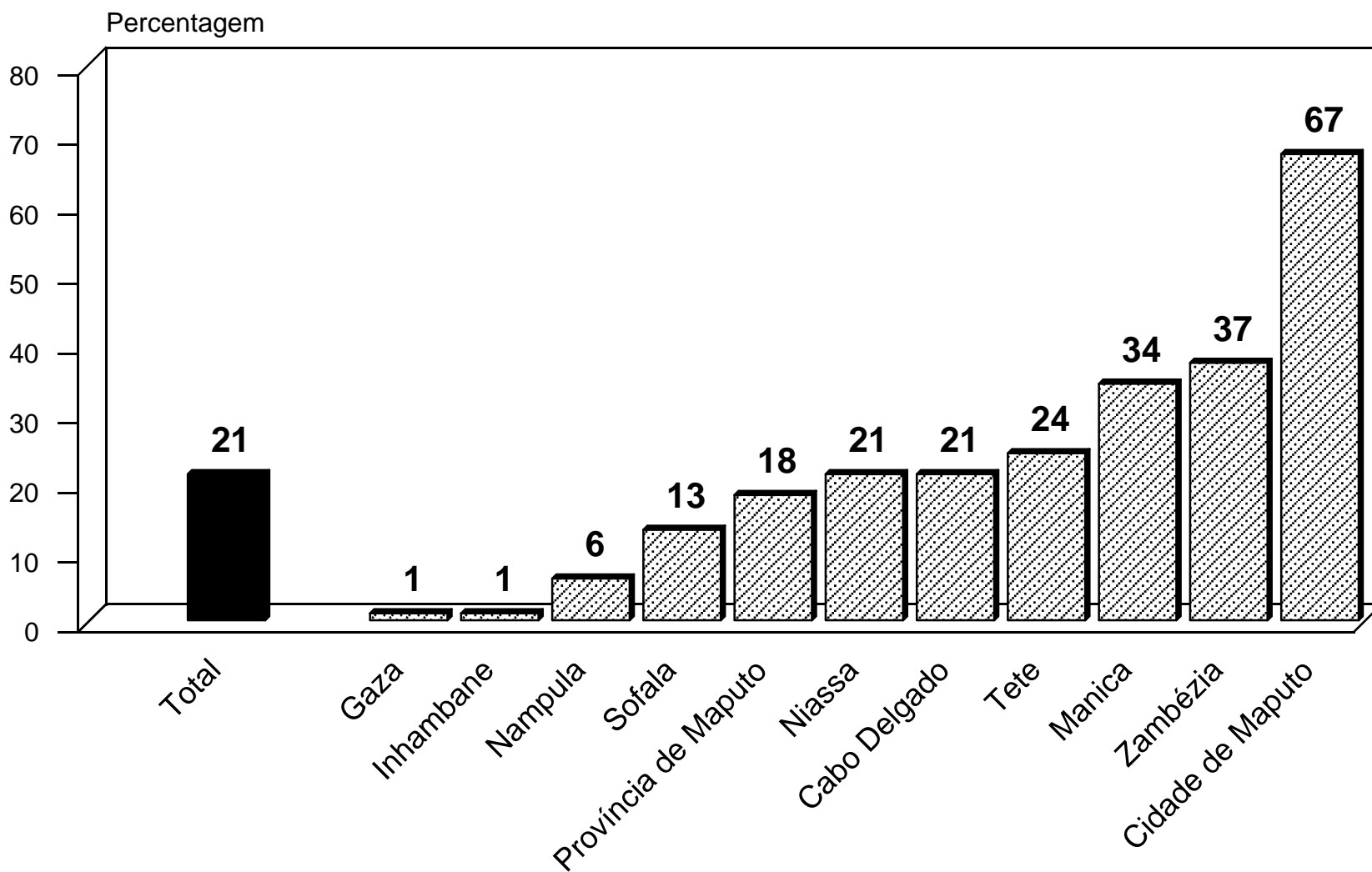
A suplementação de vitamina A beneficia também a crianças que se alimentam de leite materno. Se as mães tem insuficiência da vitamina A, os seus filhos podem nascer com baixo armazenamento de vitamina A. Bebés que nascem com baixo peso estão especialmente em risco. Além disso, os bebês nem sempre recebem uma quantidade adequada de vitamina A através do leite do peito quando as mães tem insuficiência de vitamina A. Portanto, a suplementação é importante para as mulheres depois do parto, especialmente nas primeiras oito semanas depois do parto.

Em Moçambique,

- **Vinte e um por cento de mães receberam suplementos de vitamina A durante os dois meses depois do parto.**
- **A suplementação de Vitamina A das mães varia por Província.** Apenas 1 por cento das mães nas Províncias de Gaza e Inhambane receberam vitamina A, comparado com 67 por cento na Cidade de Maputo.

## Gráfico 12

# Suplementação em Vitamina A entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos por Província, Moçambique



Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 13: Suplementação em Vitamina A entre Crianças de 6-59 Meses nos Últimos Seis Meses por Província, Moçambique**

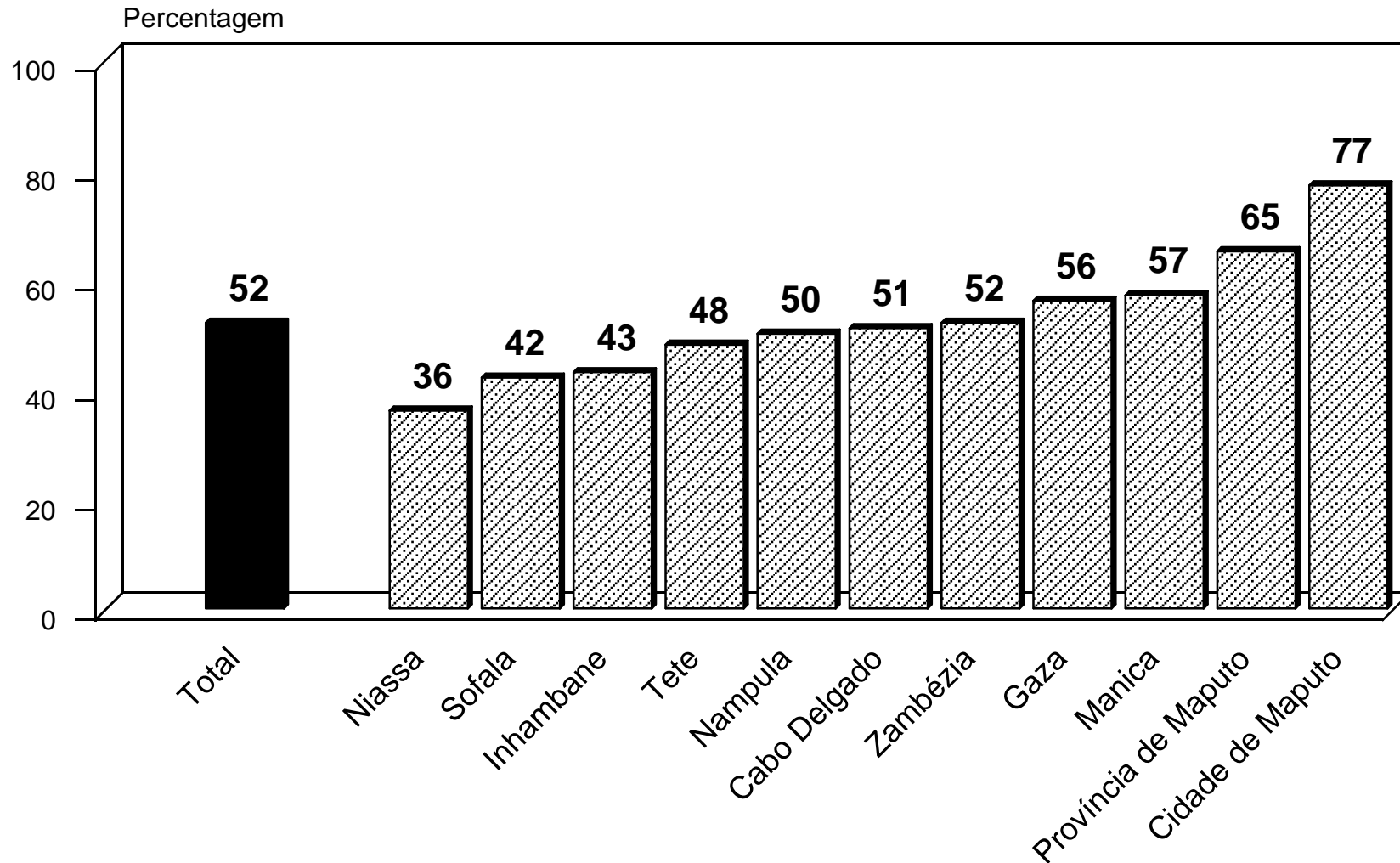
A insuficiência de vitamina A (IVA) é comum em ambientes secos onde não são facilmente disponíveis frutas frescas e vegetais/hortícolas. A vitamina A é encontrada no leite de peito, outros leites, fígado, ovos, peixe, manteiga, óleo de palma vermelho, manga, papaia, cenoura, abóbora e verduras. Diferentemente do ferro ou *folaté*, a vitamina A é uma vitamina solúvel na gordura, o que significa que o consumo de óleos ou gorduras é necessário para a sua absorção no organismo. O fígado pode armazenar uma quantidade adequada da vitamina por quatro a seis meses. A dosagem periódica (em cada quatro a seis meses) com suplementos de vitamina A é um método rápido e de baixo custo que garante que as crianças em risco não desenvolvam a IVA. Os Dias de Imunização Nacional contra pólio ou vacinação de sarampo também alcançam um grande número de crianças com suplemento de vitamina A.

Em Moçambique,

- **Cinquenta e dois por cento das crianças com 6-59 meses de idade receberam a dose de vitamina A nos últimos seis meses.**
- **A taxa de suplementação da vitamina A entre crianças varia no país.** A taxa é mais baixa na Província do Niassa (36 por cento) e mais alta na Cidade de Maputo (77 por cento).

## Gráfico 13

# Suplementação em Vitamina A entre Crianças de 6-59 Meses nos Últimos Seis Meses por Província, Moçambique



Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 14: Suplementação em Ferro entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique**

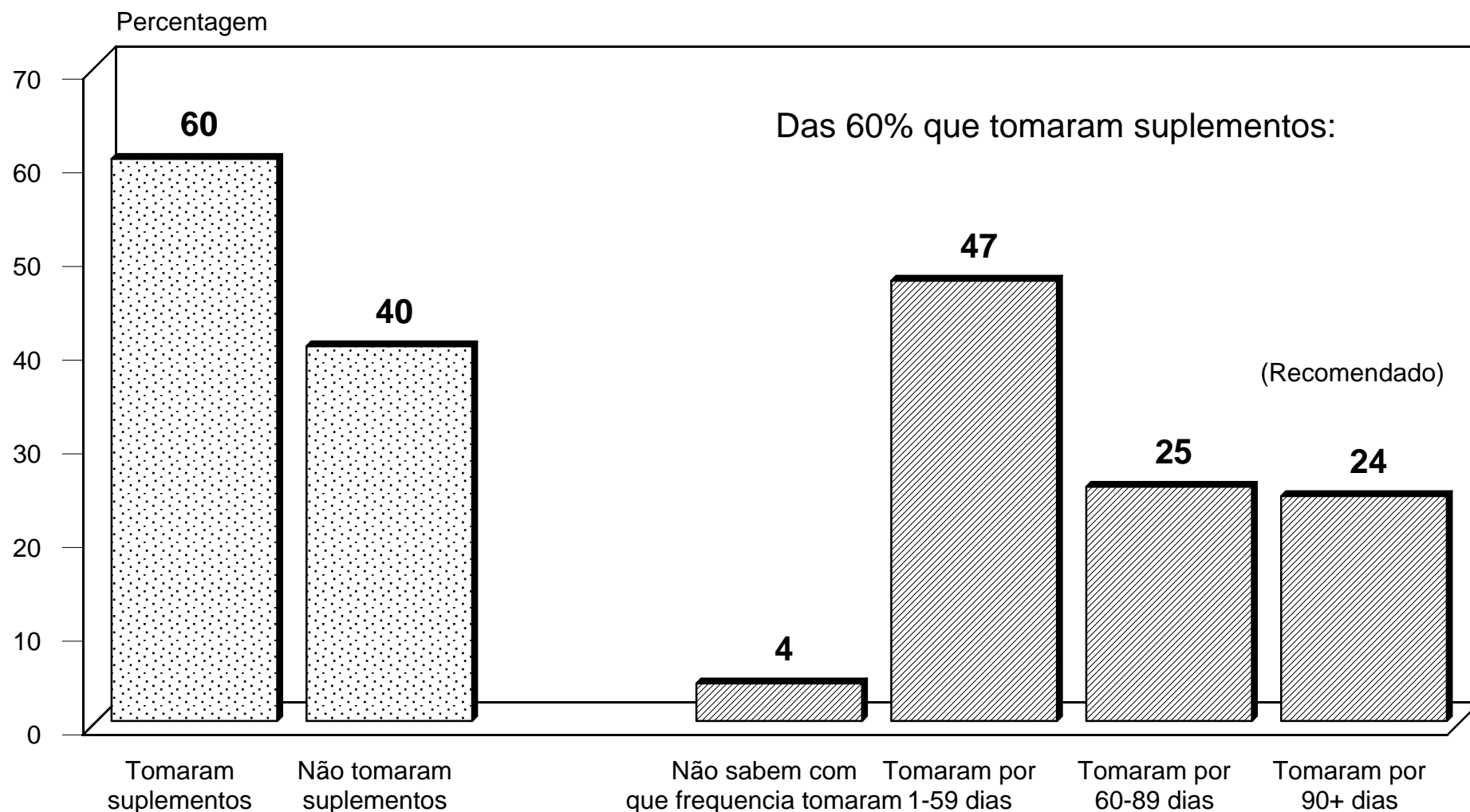
A anemia por insuficiência de Ferro é a forma mais comum da deficiência nutricional a nível mundial. Este tipo de deficiência nutricional desenvolve-se lentamente. Os sintomas não se manifestam até que a anemia se torne severa. Uma dieta excessivamente dependente de um tipo de grão ou fécula ou amido como base frequentemente tem falta de uma quantidade suficiente de ferro. O ferro é encontrado nas carnes, aves, peixes, grãos, alguns cereais, e folhas verdes escuras (como espinafre). Os alimentos ricos em vitamina C aumentam a absorção de ferro no sangue. O chá, café, e cereais integrais podem impedir a absorção do ferro. A anemia é comum nas crianças dos 6 a 24 meses de idade que consomem uma dieta unicamente baseada em leite, e nas mulheres durante a gravidez e lactação. A anemia por insuficiência de ferro está relacionada com a diminuição do desenvolvimento cognitivo das crianças, diminuição de capacidade de trabalhar nos adultos, e chances limitadas de sobrevivência das crianças. Casos severos estão associados com o nascimentos com baixo peso dos bebês, mortalidade perinatal, e mortalidade materna. Os dados mundiais de prevalência da anemia indicam que uma dieta normal de ferro não é suficiente para cobrir estes requisitos adicionais para uma proporção significativa de mulheres grávidas. Proporcionar suplementos de ferro a mulheres grávidas durante este período crítico é uma das medidas de saúde pública mais praticadas para prevenir e tratar a anemia.

Em Moçambique,

- **Sessenta por cento das mães tomaram algum tipo de suplemento de ferro durante a gravidez.**
- **Das mulheres que receberam suplemento de ferro, 24 por cento reportaram terem tomado ferro o número de dias mínimo recomendado (90 ou mais dias) durante a gravidez.**

# Gráfico 14

## Suplementação em Ferro entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique



## **Gráfico 15: Diarreia e Tosse Convulsa entre Crianças com Menos de Cinco Anos Comparado com Taxas de Malnutrição, Moçambique**

A infecção respiratória aguda (IRA) e desidratação devido à diarreia são as maiores causas de enfraquecimento e mortalidade em muitos países da África Sub-Sahariana. Para estimar a prevalência de IRA, perguntou-se às mães se os seus filhos menores de cinco anos tinham tido tosse acompanhada de curta e acelerada respiração nas últimas duas semanas. Para diarreia perguntou-se às mães se os seus filhos menores de cinco anos tinham tido sintomas de diarreia nas últimas duas semanas. O diagnóstico atempado e o tratamento rápido podem reduzir drasticamente as taxas de incidência da doença ou mortes causadas por estas condições.

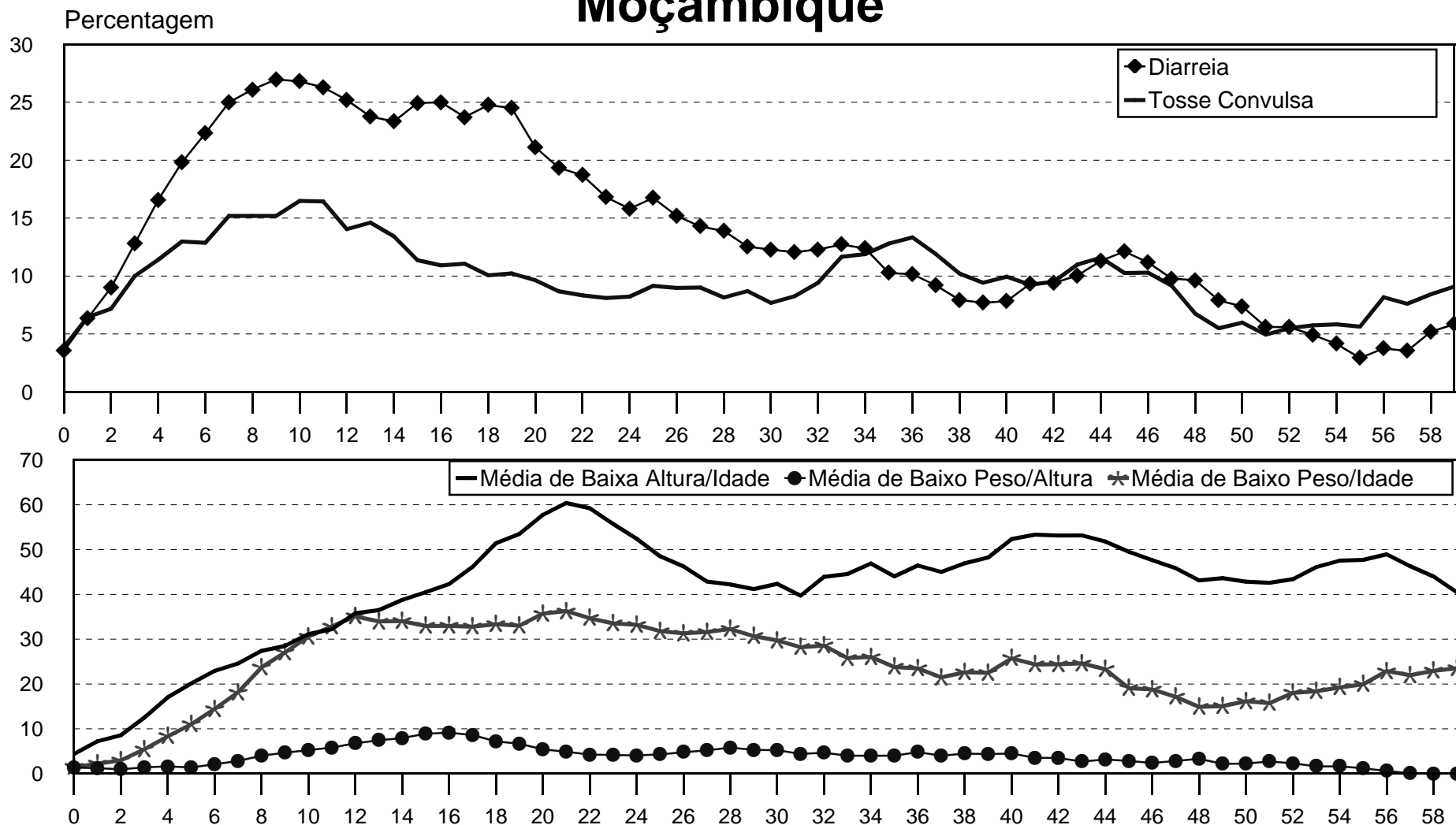
### **Em Moçambique,**

- **Quinze por cento das crianças menores de cinco anos de idade tiveram diarreia nas duas semanas que antecederam o inquérito.** A prevalência da diarreia aumentou de 4 por cento para 27 por cento nos primeiros 10 meses e depois decresceu gradualmente para 6 por cento aos 59 meses de idade
- **Dez por cento das crianças menores de cinco anos de idade tiveram tosse convulsa nas duas semanas antes do inquérito.** A prevalência de tosse convulsa aumentou rapidamente de 2 para 10 meses, depois variou entre 8 e 12 por cento até aos 48 meses. Depois varia entre 5 e 9 por cento.

A rápida subida da prevalência da diarreia durante a infância reflecte o aumento do risco de contaminação patológica associada à introdução prematura de água, outros líquidos, e alimentos sólidos. Além disso, quando os bebés começam a gatinhar e a mover-se, têm a tendência de levar objectos à boca, aumentando desta forma ainda mais o risco de contaminação patológica.

# Gráfico 15

## Diarreia e Tosse Convulsa entre Crianças com Menos de Cinco Anos Comparado com Taxas de Malnutrição, Moçambique



Nota: Os valores no gráfico foram suavizados através de uma média móvel de cinco meses.

Fonte: MIDS 2003



# Influências Biológicas e Comportamentais da Malnutrição

## Gráfico 16: Fecundidade e Intervalos de Nascimento, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana

Elevadas taxas de fecundidade, especialmente acompanhadas por intervalos de nascimentos curtos são prejudiciais para a condição nutricional da criança. Em muitos países da África Sub-Sahariana, as famílias tem escassos recursos para proporcionar uma nutrição e cuidados de saúde adequados aos seus filhos. À medida que o número de filhos por mulher aumenta, menos recursos são disponíveis para cada filho. A elevada fecundidade tem também um impacto negativo na saúde materna, influenciando assim a habilidade da mãe de cuidar das suas crianças de forma adequada. A medida mais usada para medir a fecundidade actual é a taxa global de fecundidade, que é definida como o número médio de crianças que teriam as mulheres durante toda sua vida reproductiva, se tivessem que passar por esses anos tendo filhos às taxas de idades específicas observadas actualmente.

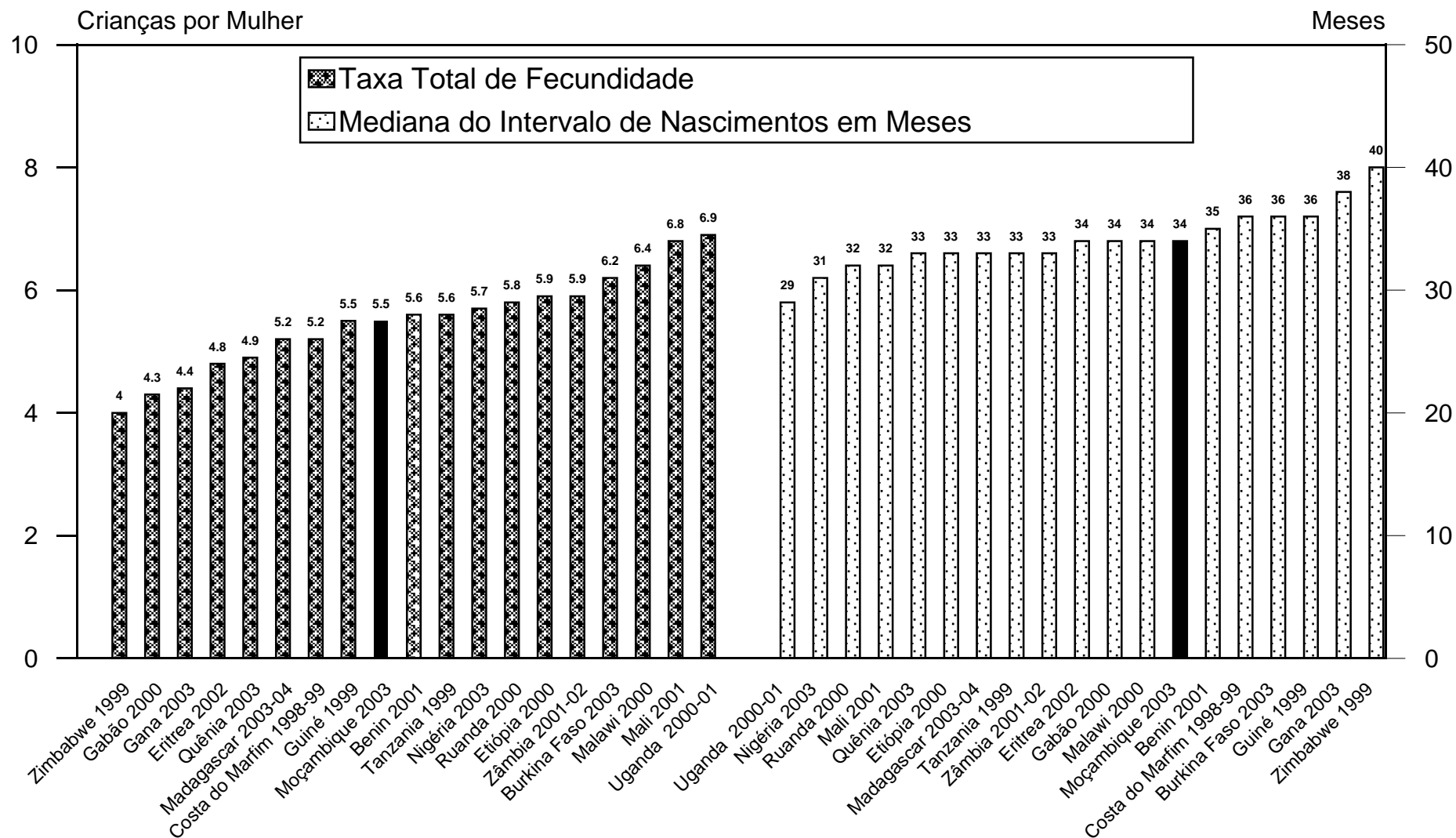
A informação sobre a duração do intervalo de nascimentos proporciona uma ideia sobre o padrão de espaçamento de nascimentos. Pesquisas mostraram que crianças nascidas logo depois de um outro nascimento têm um maior risco de padecer de pobre nutrição e saúde, e também têm um maior risco de morrer, particularmente quando tal intervalo é de menos de 24 meses. A probabilidade de Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Idade revela-se maior quando os intervalos são de menos que 36 meses. Intervalos de nascimento curtos estão associados com um nascimento de bebés com um tamanho pequeno e baixo peso. Estes dois factores são percursos de uma condição nutricional pobre nos primeiros anos de vida das crianças.

Em Moçambique,

- **Às taxas de fecundidade actuais, uma mulher terá em média de 5.5 crianças no fim dos seus anos reprodutivos.** Esta taxa está a um nível intermédio entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos entre 1999 e 2004.
- **As mães têm um intervalo mediano de nascimentos de 34 meses.** Este intervalo está a um nível intermédio entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.

# Gráfico 16

## Fecundidade e Intervalos de Nascimentos, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

## **Gráfico 17: Malnutrição entre Crianças de 12-23 Meses por Estatuto de Vacinação de Sarampo, Moçambique**

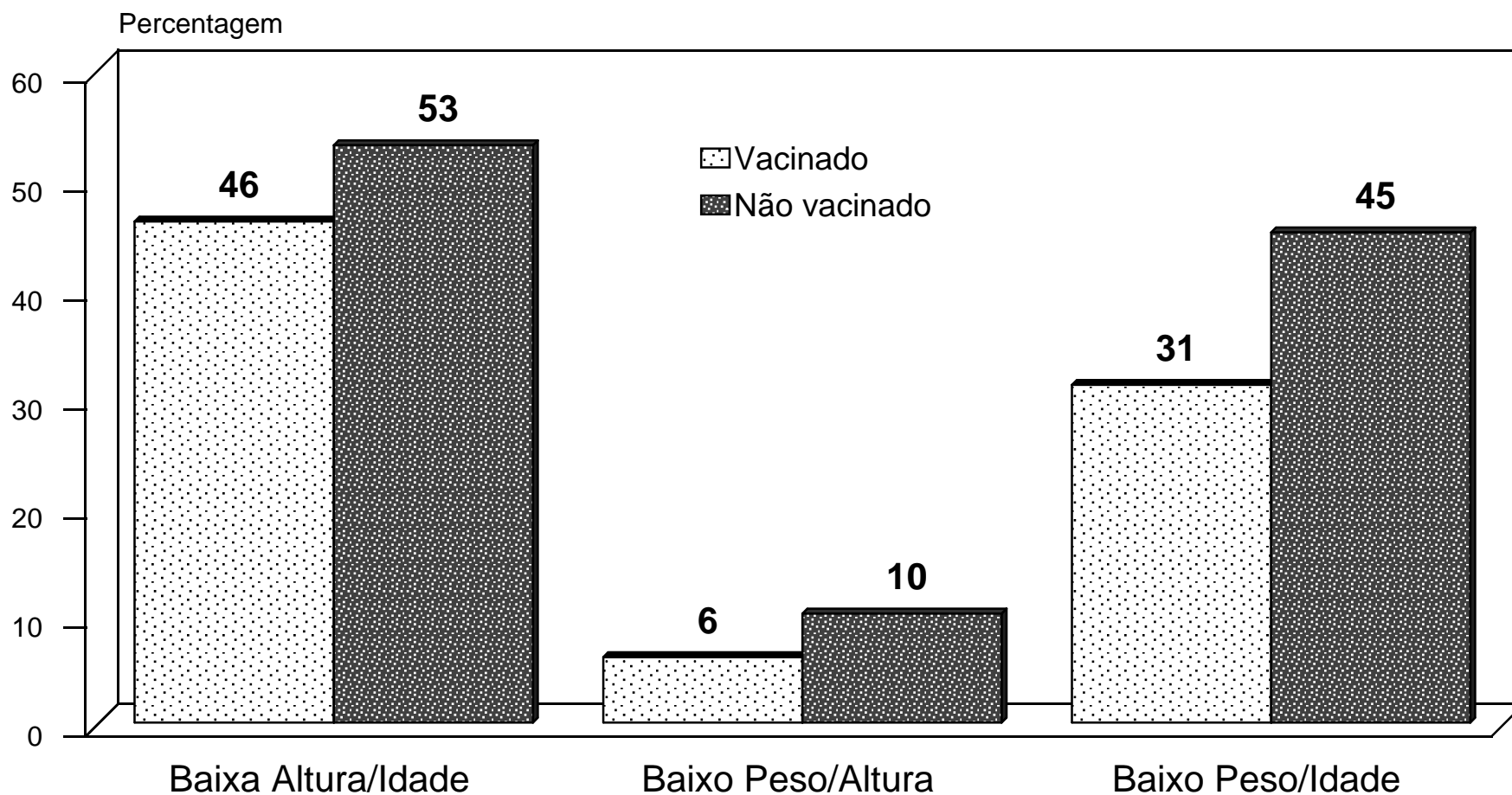
Estima-se que, apenas nos países em desenvolvimento, o sarampo mata dois milhões de crianças por ano. Esta é uma das doenças mais comuns durante a infância nas áreas com baixa cobertura de vacinação. O sarampo não só aumenta o risco de mortes mas é também uma causa directa de malnutrição. A ocorrência de sarampo em ambientes pobres está associada com o crescimento defeituoso, insuficiência de vitamina A, e supressão de imunidade no organismo. Apesar de os bebés não serem protegidos do sarampo depois do nascimento pelo leite de peito das suas mães, eles são protegidas ainda na barriga pelos anticorpos de sarampo das suas mães. Estes anticorpos podem permanecer até 15 meses nos bebés, mas devido à malnutrição, permanecem apenas oito ou nove meses nas crianças dos países em desenvolvimento. Por isso, a vacinação contra o sarampo é uma estratégia importante para a saúde das crianças.

Em Moçambique,

- **A Baixa Altura/Idade é mais elevada (cerca de 7 pontos percentuais) entre crianças que não receberam a vacina contra o sarampo** do que entre as crianças que foram vacinadas.
- **O Baixo Peso/Altura é mais elevado (cerca de 4 pontos percentuais) entre crianças que não receberam a vacina contra sarampo** do que entre as que foram vacinadas.
- **O Baixo Peso/Idade é mais elevado (14 pontos percentuais) entre crianças que não receberam a vacina contra o sarampo** do que entre as crianças que foram vacinadas.

# Gráfico 17

## Malnutrição entre Crianças de 12-23 Meses por Estatuto de Vacinação de Sarampo, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica; *Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda; *Baixo Peso/Idade* reflecte malnutrição crónica ou aguda ou uma combinação das duas.

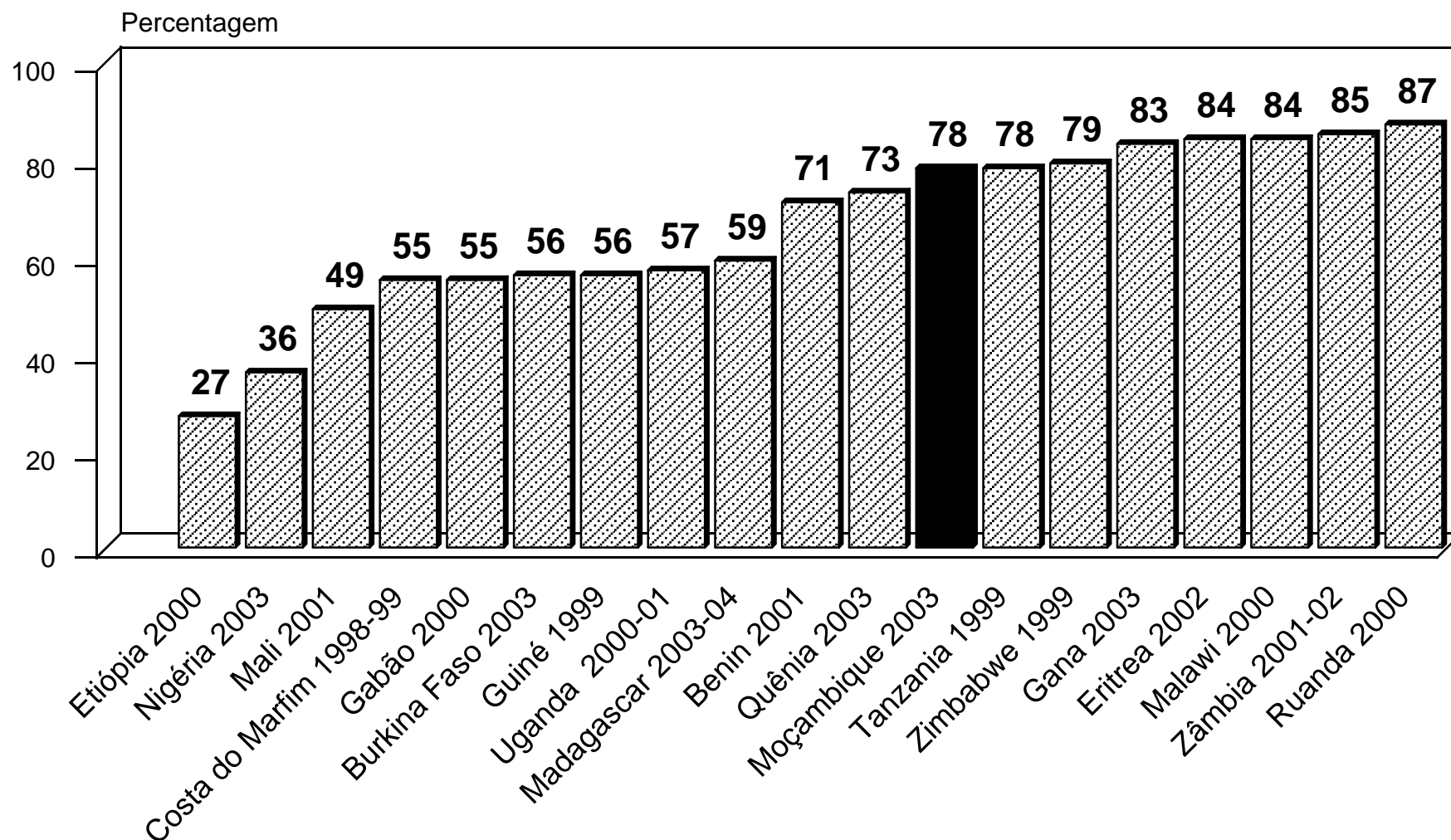
Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 18: Cobertura da Vacinação de Sarampo entre Crianças de 12-23 Meses, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

- A vacinação de sarampo varia de 27 a 87 por cento nos países da África Sub-Sahariana inqueridos.
- **Em Moçambique, 78 por cento das crianças com 12-23 meses de idade foram vacinadas contra o sarampo.** Este nível de cobertura situa-se a um nível intermédio entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.

# Gráfico 18

## Cobertura da Vacinação de Sarampo entre Crianças de 12-23 Meses, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

## Gráfico 19: Práticas Adoptadas para Alimentação de Bebés com Menos de Seis Meses de Idade, Moçambique

A adopção de práticas alimentares impróprias é uma maior causa da malnutrição em bebés. A OMS e o UNICEF recomendam que *todos os bebés devem ser alimentados exclusivamente de leite materno desde o nascimento até aos seis meses de idade*. Por outras palavras, os bebés devem ser alimentados apenas com o leite materno durante os primeiros seis meses de vida.

Em Moçambique, a introdução de líquidos, como água, água açucarada, sumo, leite artificial, e alimentos sólidos começa mais cedo em relação à idade recomendada de cerca de seis meses. Esta prática tem um efeito negativo no estatuto nutricional por várias razões. Primeiro, os alimentos líquidos e sólidos dados aos bebés não são suficientemente nutritivos como o leite materno. Segundo, o consumo de alimentos líquidos e sólidos pelos bebés reduz a quantidade de leite materno ingerido, reduzindo assim a sua produção pela mãe. (A produção do leite materno é determinada, em parte, pela frequência e intensidade de sucção). Terceiro, a alimentação em líquidos e sólidos aumenta a exposição a patologias, colocando assim os bebés em grande risco de contrair diarreias.

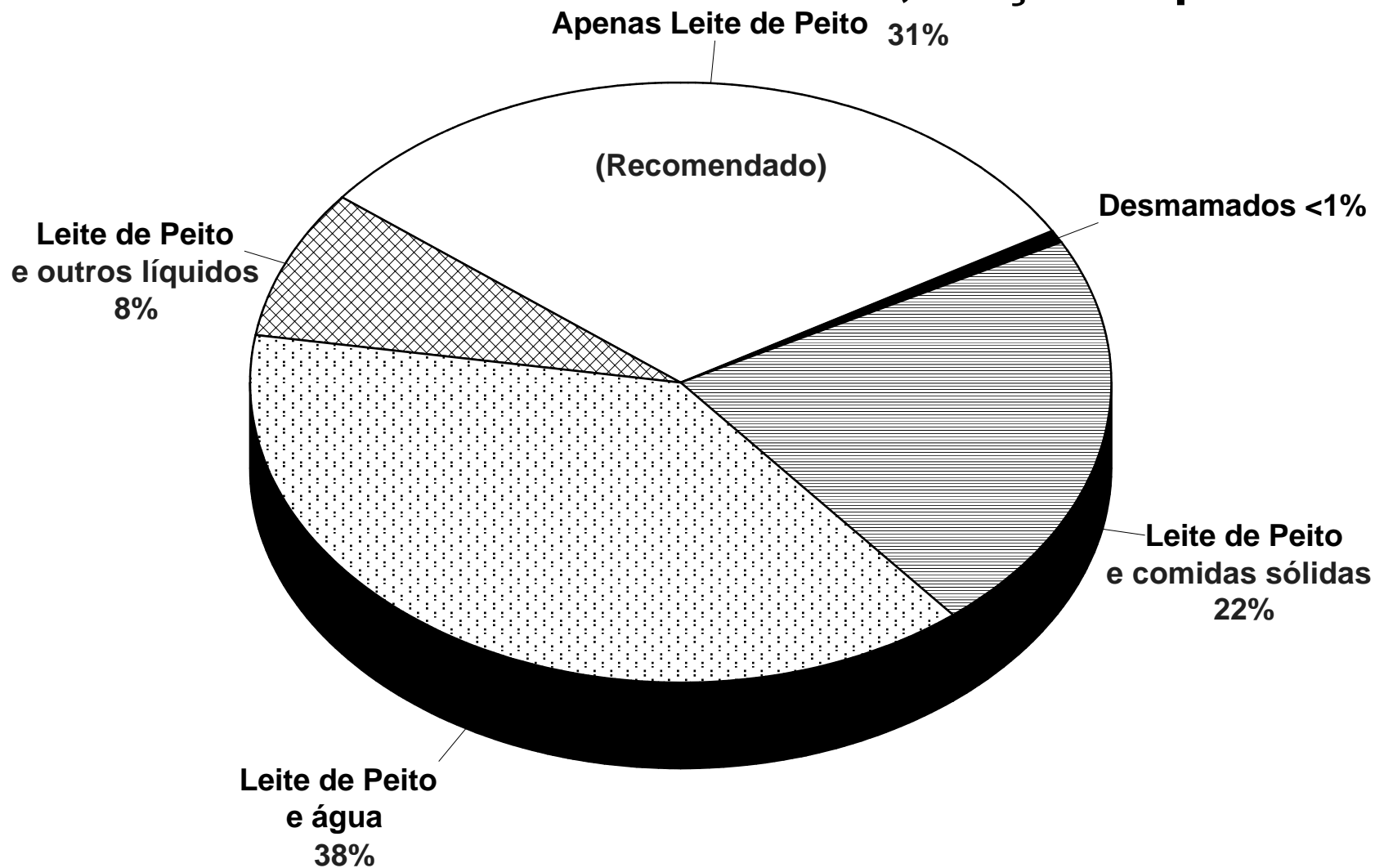
Em Moçambique,

- **Trinta e um por cento das crianças menores de seis meses tomam exclusivamente o leite materno,** conforme recomendado pela OMS e UNICEF.
- **Trinta e oito por cento dos bebés menores de seis meses são alimentados com uma combinação de leite de materno e água.** Além disso, 8 por cento dos bebés são alimentados com outros líquidos além de água, e 22 por cento tomam alimentos sólidos junto com o leite materno e/ou água.
- **Menos que 1 por cento dos bebés menores de seis meses estão completamente desmamados.**



# Gráfico 19

## Práticas Adoptadas para Alimentação de Bebés com Menos de Seis Meses de Idade, Moçambique



Nota: A OMS e o UNICEF recomendam que todos os bebés sejam alimentados apenas com leite de peito até aos seis meses de idade.

Fonte: MIDS 2003

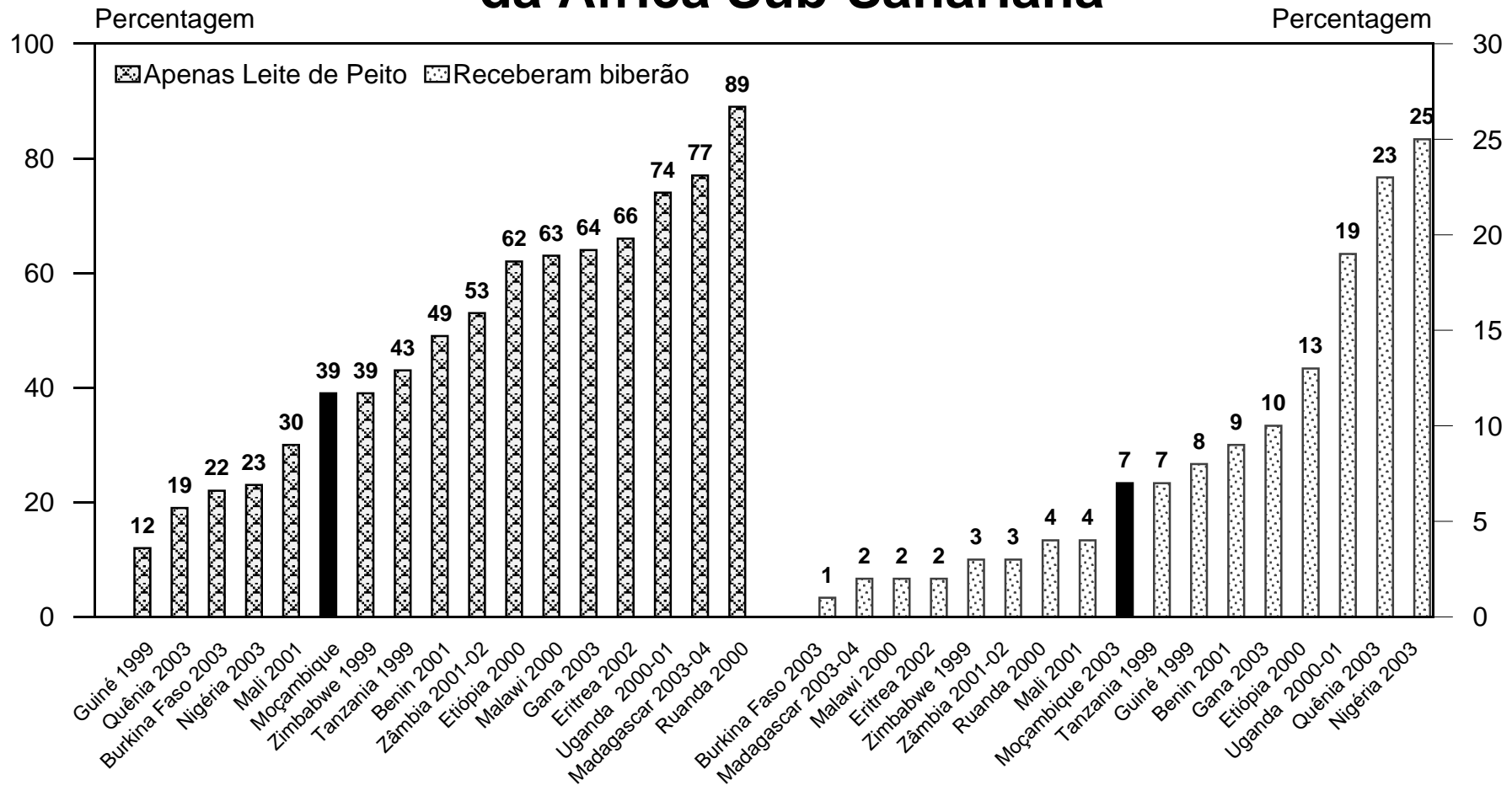
## **Gráfico 20: Bebés de Menos de Quatro Meses Alimentados Apenas com Leite Materno e os que Receberam Biberão, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

A falha em alimentar os bebés com apenas leite materno e a introdução prematura de alimentos líquidos e sólidos aumenta o risco de diarreias, uma das maiores causas da mortalidade em África.

- Em muitos dos países da África Sub-Sahariana inqueridos, relativamente poucas mães de bebés menores de quatro meses seguem a prática de amamentação exclusiva recomendada. **Em Moçambique, 39 por cento das mães amamentam os seu bebés exclusivamente com leite materno.** Isto coloca Moçambique entre os países com relativamente baixa frequência da África Sub-Sahariana.
- **Sete por cento dos bebés menores de quatro meses em Moçambique toma leite de biberão.** Esta taxa coloca Moçambique numa posição intermédia entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos. **O biberão não é recomendável** porque a falta de higiene e a preparação imprópria do leite artificial com o biberão pode transmitir patologias aos bebés, expondo-os a um grande risco de doenças e malnutrição.

## Gráfico 20

# Bebés de Menos de Quatro Meses Alimentados Apenas com Leite Materno e os que Receberam Biberão, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Nota: A informação sobre práticas de alimentação de crianças refere-se as 24 horas que precedem a entrevista. A OMS e o UNICEF recomendam que todos os bebés sejam alimentados apenas com leite de peito até aos seis meses de idade.

Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

## Gráfico 21: Práticas de Alimentação de Bebés com 6-9 Meses de Idade, Moçambique

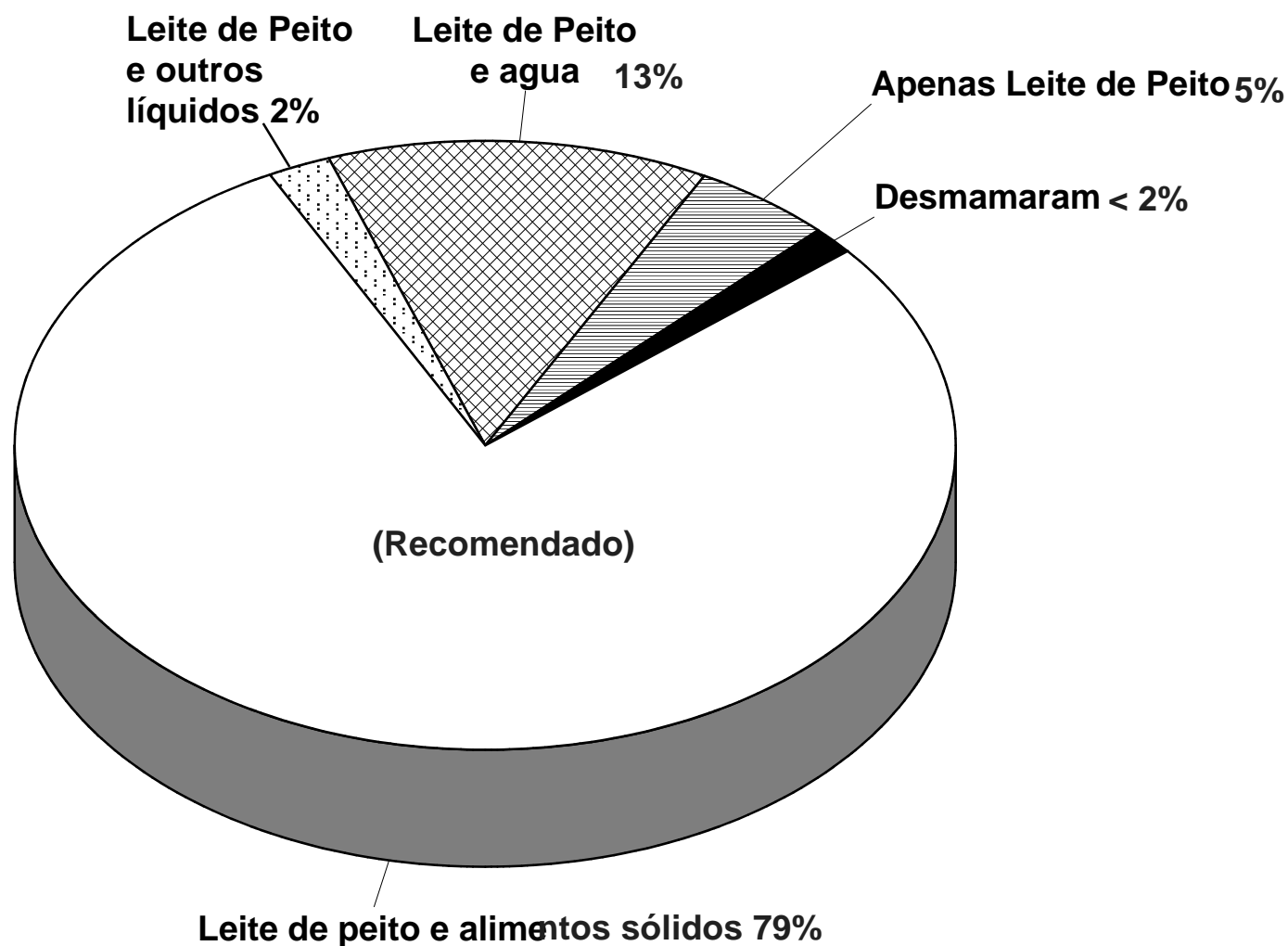
A UNICEF e a OMS recomendam que os alimentos sólidos devem ser introduzidos na alimentação dos bebés por volta dos seis meses porque nessa altura o leite materno apenas já não é suficiente para manter um bom desenvolvimento da criança. Assim, *todos os bebés maiores de seis meses devem receber alimentos sólidos junto com o leite materno.*

Em Moçambique,

- **Setenta e nove por cento dos bebés dos 6-9 meses consomem alimentos sólidos juntamente com o leite materno.** Isto significa que mais de três quartos de todos os bebés dos 6-9 meses são alimentados de acordo com a prática recomendada.
- **Vinte por cento dos bebés dos 6-9 meses não consomem alimentos sólidos junto com o leite materno, pondo estas crianças em risco de malnutrição.**
- **Menos de 2 por cento dos bebés dos 6-9 meses estão completamente desmamados** e não estando assim a receber alimentos adicionais e apoio emocional através da amamentação.

# Gráfico 21

## Práticas de Alimentação de Bebés com 6-9 Meses de Idade, Moçambique



Nota: A OMS e o UNICEF recomendam que a partir dos seis meses de idade todos os bebés recebam alimentos sólidos e outros líquidos em adição ao leite de peito.

Fonte: MIDS 2003

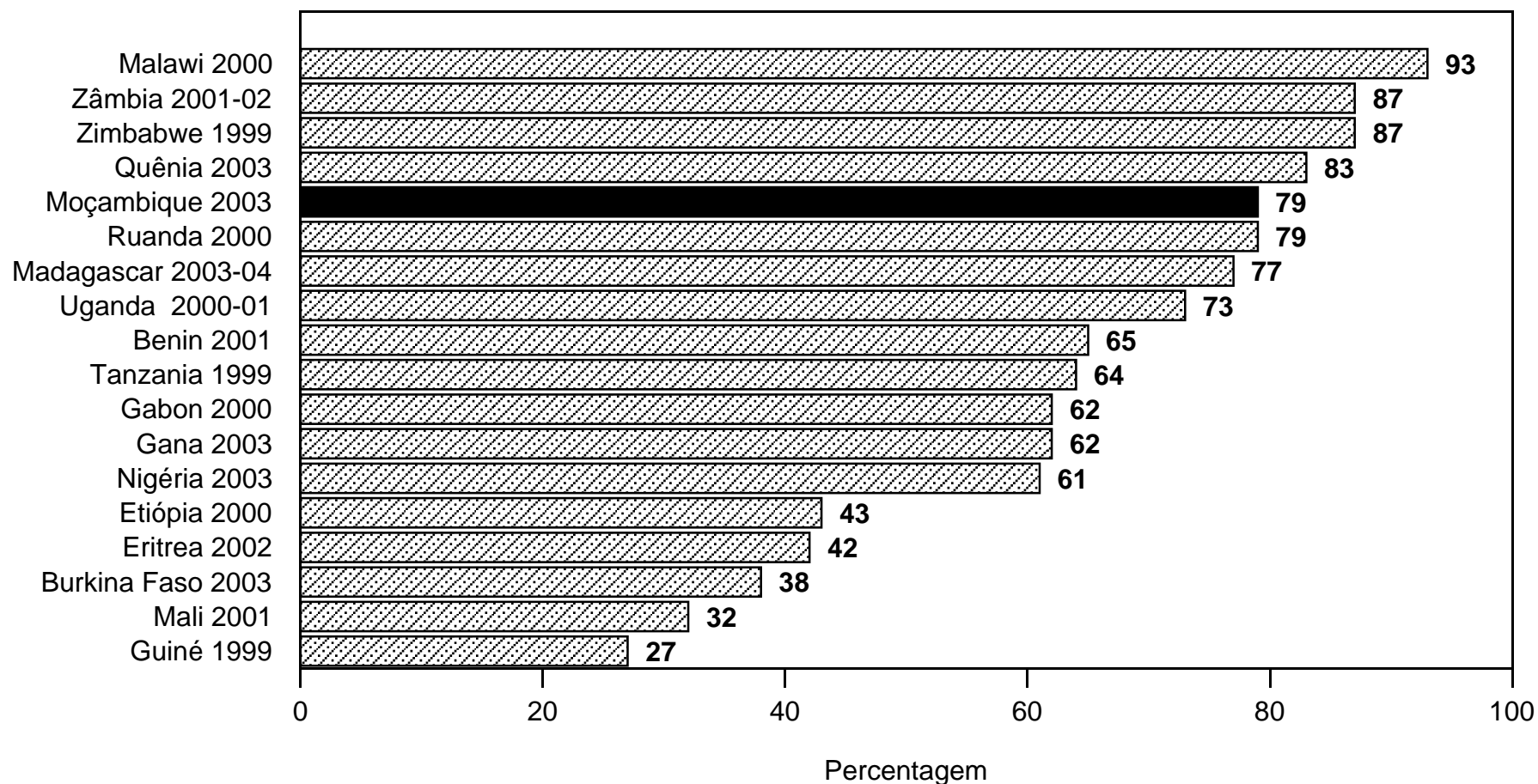
## **Gráfico 22: Bebés de 6-9 Meses que Recebem Alimentos Sólidos Juntamente com Leite de Materno, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

Uma boa prática na alimentação dos bebés inclui introdução de alimentos complementares por volta dos seis meses de idade. A introdução de alimentação complementar nos bebés dos 6-9 meses é necessária porque o leite materno já não é suficiente para satisfazer as necessidades de energia, proteínas e micronutrientes dos bebés em fase de crescimento. Todos os bebés de 6-9 meses devem receber alimentos complementares juntamente com o leite materno.

- A percentagem de bebés dos 6-9 meses que recebem **alimentos sólidos acompanhados de leite materno varia dos 27 a 93 por cento entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos**
- Em Moçambique, **79 por cento dos bebés dos 6-9 meses recebem alimentos sólidos acompanhados de leite materno**. Esta taxa está acima da média entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.

## Gráfico 22

### Bebés de 6-9 Meses que Recebem Alimentos Sólidos Juntamente com Leite de Materno, Moçambique Comparado a Países da África Sub-Sahariana



Nota: A OMS e o UNICEF recomendam que a partir dos seis meses de idade todos os bebés recebam alimentos sólidos e outros líquidos em adição ao leite de peito.

Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

## **Gráfico 23: Crianças de 10-23 Meses de Idade que Continuam a Receber Leite de Materno, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

O leite materno continua a ser uma importante fonte de energia, proteínas e micronutrientes para os bebés e crianças dos 10 aos 23 meses. Estudos mostraram que em algumas áreas, o leite materno é a fonte principal de vitamina A e gordura para as crianças maiores de 12 meses de idade. Amamentar bebés maiores reduz também o risco de infecções, especialmente diarreicas.

Note-se também que amamentar até aos 24 meses pode reduzir a fecundidade feminina especialmente nas áreas onde a disponibilidade de anticoncepcionais é limitada. As mulheres que amamentam por períodos longos têm taxas de fecundidade mais baixas que aquelas que amamentam por períodos curtos.

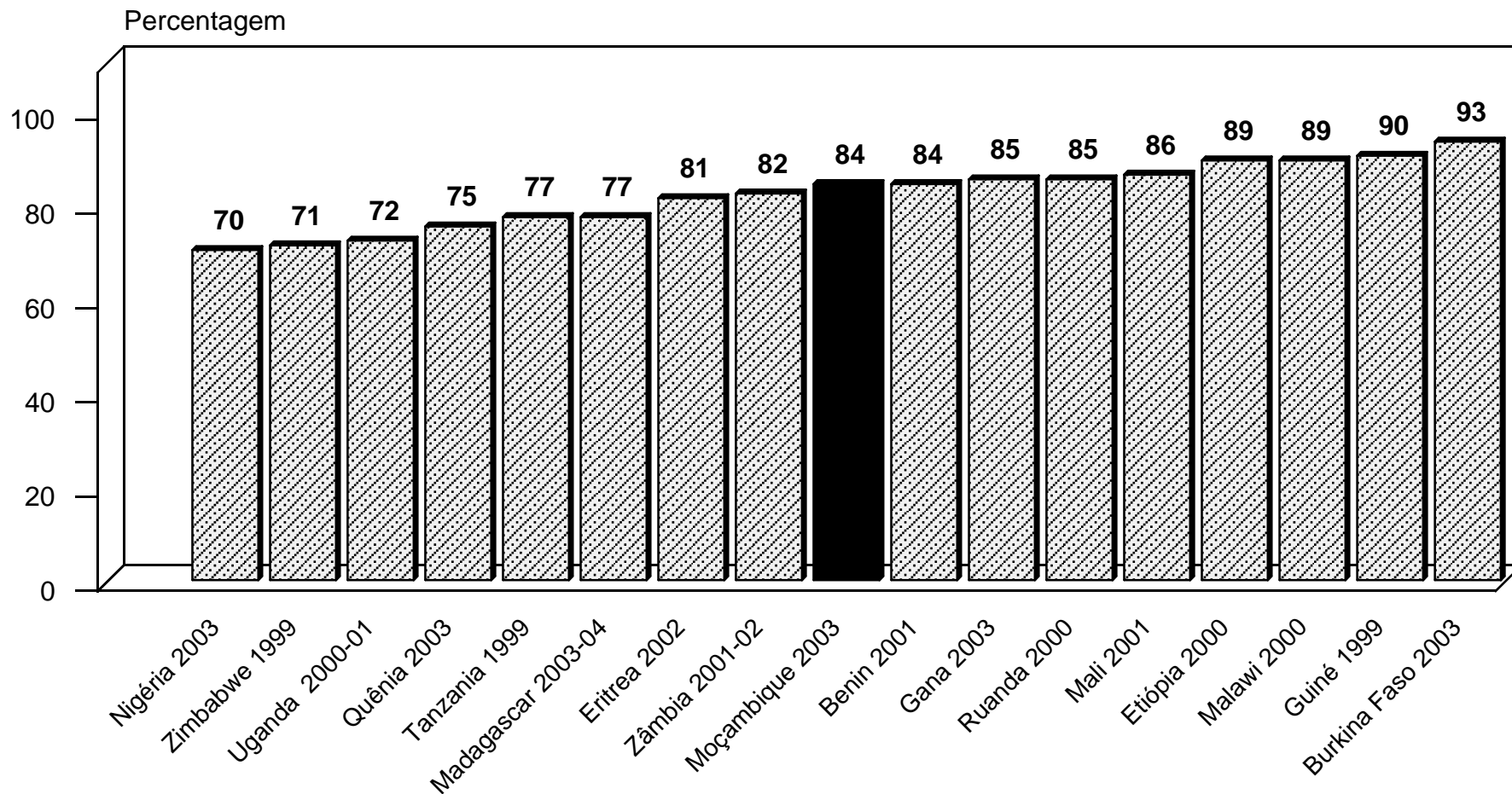
Em Moçambique,

- **Oitenta e quatro por cento das crianças dos 10-23 meses ainda tomam leite materno.** Esta taxa está numa posição intermédia entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.



## Gráfico 23

### Crianças de 10-23 Meses de Idade que Continuam a Receber Leite de Materno, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Nota: A informação sobre hábitos/práticas de alimentação de crianças refere-se as 24 horas que precedem a entrevista. A OMS e o UNICEF recomendam que todas as crianças devam continuar a ser alimentadas com leite de peito até aos 24 meses de idade.

Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

# Influências da Base Social e Económica da Nutrição

## **Gráfico 24: Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Nível Educacional da Mãe, Moçambique**

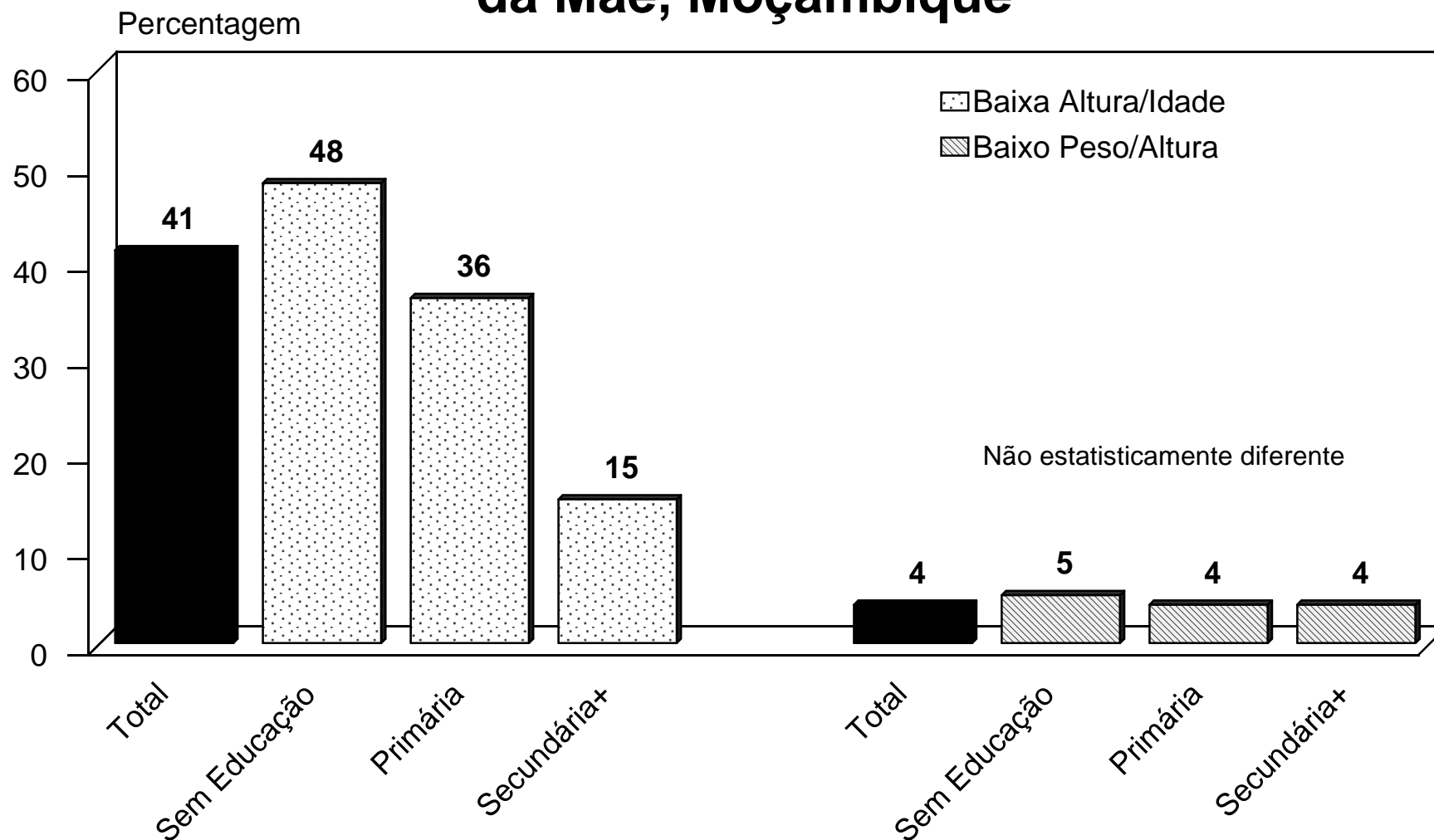
A educação materna está relacionada com o conhecimento de boas práticas de cuidados a ter com as crianças e com a riqueza do agregado. Em Moçambique, 44 por cento das mães das crianças menores de cinco anos nunca frequentaram a escola, enquanto 51 por cento tem algum nível de ensino primário e apenas 5 por cento tem ensino secundário ou mais. Há variações na frequência escolar, especialmente entre áreas urbanas e rurais. Nas áreas rurais, 55 por cento das mães nunca frequentaram a escola, 45 por cento frequentaram a escola primária, e menos de 1 por cento foram até ao ensino secundário ou acima deste. Contrariamente às áreas rurais, nas áreas urbanas apenas 21 por cento das mães nunca frequentaram a escola, enquanto 65 por cento e 13 por cento foram à escola primária e pelo menos à secundária, respectivamente. A região da Cidade de Maputo tem a maior percentagem de mães que tem pelo menos ensino secundário (22 por cento), comparado com 1 a 5 por cento no resto das regiões do país.

Em Moçambique,

- **O nível educacional das mães é inversamente relacionada com a prevalência de Baixa Altura/Idade nas crianças.** À medida que o nível educacional das mães aumenta a taxa de prevalência de Baixa Altura/Idade nas crianças diminui.
- **As diferenças na taxa de Baixo Peso/Altura entre crianças por nível educacional das mães não são estatisticamente significantes.**

## Gráfico 24

### Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Nivel Educativo da Mãe, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica;  
*Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda.

Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 25: Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Fonte de Água Potável, Moçambique**

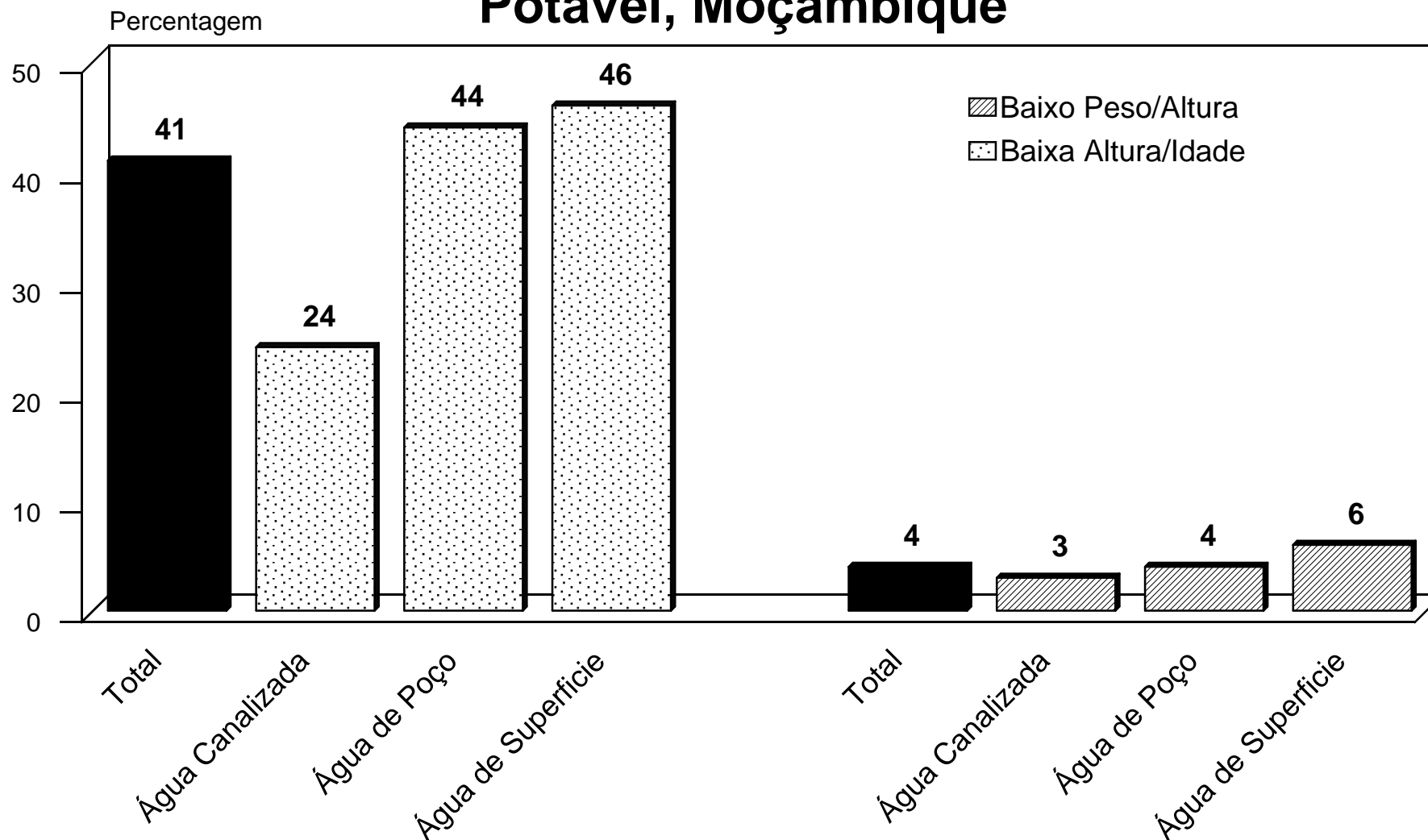
A fonte de água potável do agregado familiar está ligada à sua condição sócio-económica. Agregados familiares pobres são mais prováveis de obter água de fontes contaminadas como águas paradas e riachos ou poços. A indisponibilidade adequada de água de boa qualidade, aumenta o risco de contaminação alimentar, diarreais, e malnutrição. Os bebés e crianças de agregados familiares que não tem casa de banho com água corrente têm um maior risco de serem malnutridos que os que estão em agregados familiares com esta infra-estrutura. Entre os agregados inqueridos com crianças menores de cinco anos, 20 por cento usam água canalizada, 16 por cento usam água de poços protegidos, 46 por cento obtém a água potável de poços abertos, e 18 por cento usam água de lagoas ou riachos.

Em Moçambique,

- **Crianças cuja a fonte de água potável é proveniente de lagoas/riachos ou água de poço são mais prováveis de terem Baixa Altura/Idade (46 por cento e 44 por cento, respectivamente) do que crianças com acesso a água canalizada (24 por cento).**
- **Crianças cuja fonte de água potável é proveniente lagoas/riachos ou água de poço são mais prováveis de terem Baixo Peso/Altura (6 por cento e 4 por cento, respectivamente) do que crianças com acesso a água canalizada (3 por cento).**

## Gráfico 25

### Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Fonte de Água Potável, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica;  
*Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda.

Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 26: Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Tipo de Instalação Sanitária, Moçambique**

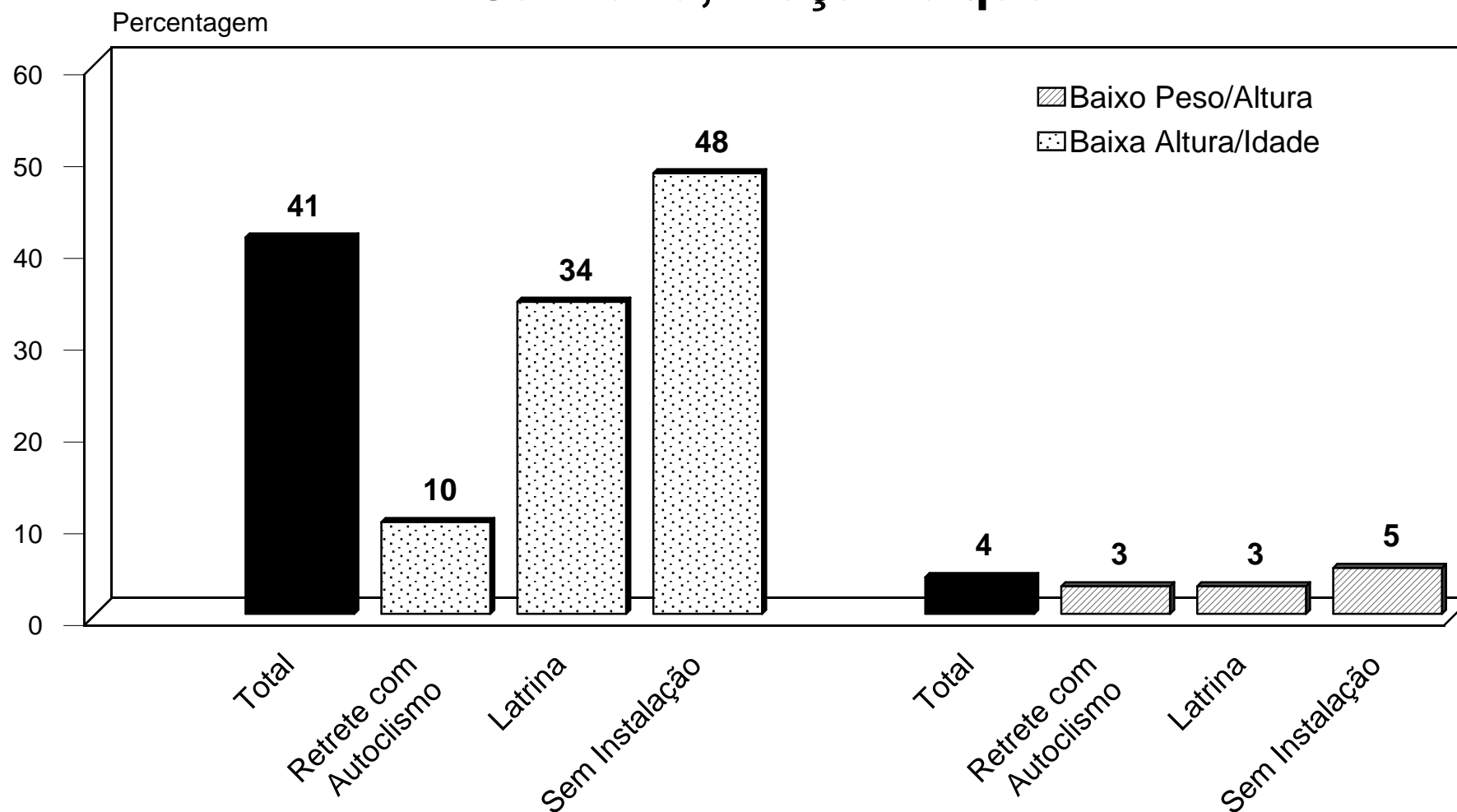
O tipo de casa de banho usado pelo agregado é reflexo da sua condição financeira, e agregados pobres são menos prováveis de terem casas de banho adequadas. Condições sanitárias inadequadas resultam no aumento do risco de diarreias, o que contribui para a malnutrição. Os bebés e crianças de agregados familiares que não tem retrete com autoclismo estão tem um maior risco de serem malnutridos que crianças em agregados com esta condição. Em Moçambique, 48 por cento de agregados inqueridos com pelo menos uma criança menor de cinco anos tem acesso a uma latrina, 52 por cento não tem nenhuma facilidade sanitária, e apenas 2 por cento dos agregados inqueridos têm acesso a retrete com autoclismo.

Em Moçambique,

- **As crianças que não tem acesso a nenhum tipo de casa de banho e as que tem acesso a latrinas são mais prováveis de terem Baixa Altura/Idade (stunted)** (48 por cento e 34 por cento, respectivamente) que crianças com acesso a retrete com autoclismo (10 por cento).
- **Crianças que não tem acesso a nenhum tipo de casa de banho e as que tem acesso a latrinas são mais prováveis de terem Baixo Peso/Altura (wasted)** (3 por cento) quando comparadas a crianças que tem acesso a retrete com autoclismo (5 por cento)

## Gráfico 26

### Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco anos por Tipo de Instalação Sanitária, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica;  
*Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda.

Fonte: MIDS 2003



# Influências Básicas

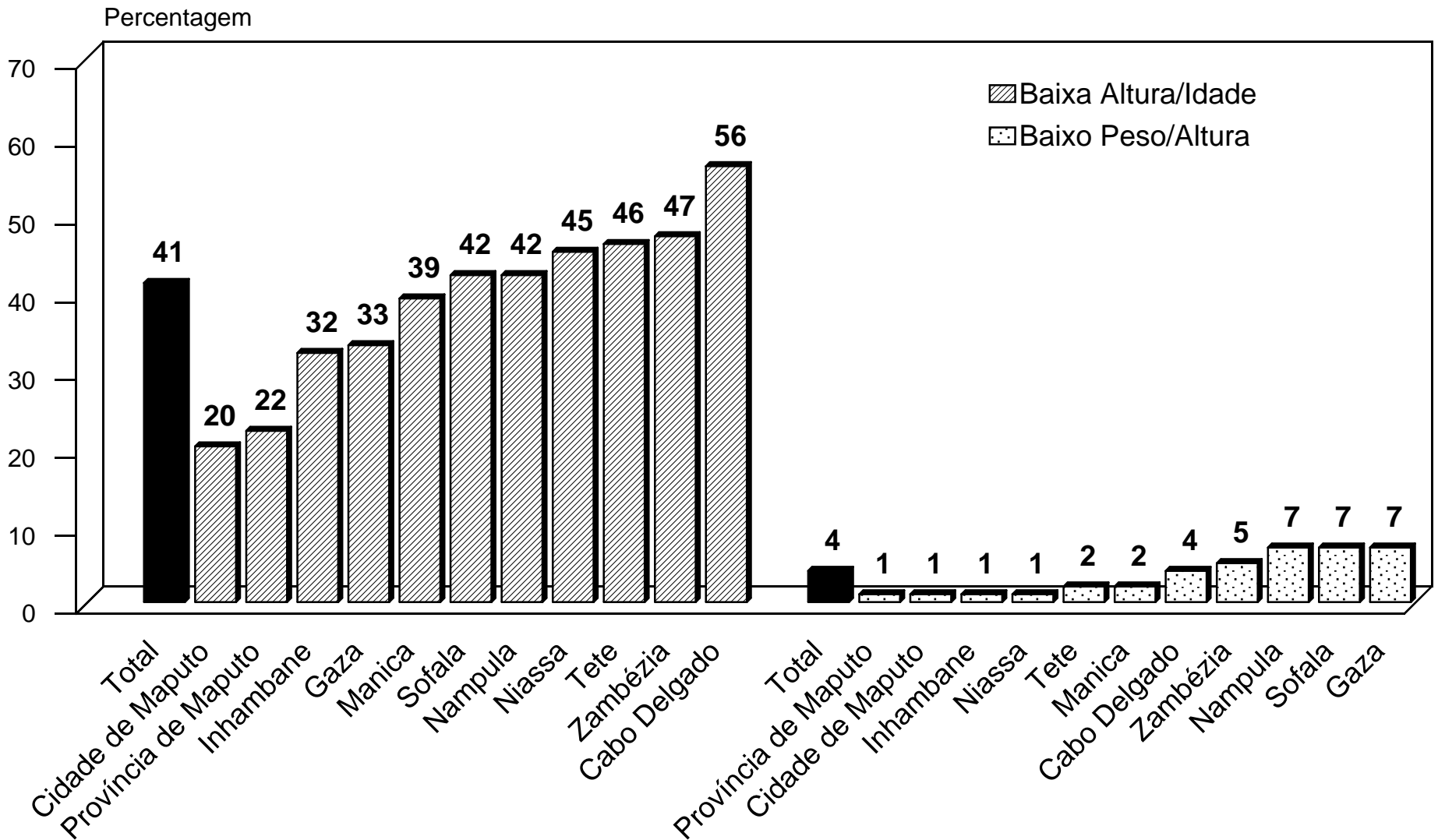
## **Gráfico 27: Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Província, Moçambique**

Em Moçambique,

- **A prevalência de Baixa Altura/Idade varia de 20 a 56 por cento entre crianças nas 11 Províncias.** A taxa mais baixa é na Cidade de Maputo (20 por cento) e a mais alta na Província de Cabo Delgado (56 por cento).
- **A prevalência de Baixo Peso/Altura varia de 1 a 7 por cento entre crianças nas 11 Províncias.** As taxas são mais baixas na Província de Maputo, Cidade de Maputo e nas Províncias de Inhambane e Niassa (1 por cento). A taxa mais elevada verifica-se nas Províncias de Nampula, Sofala, e Gaza (7 por cento).

## Gráfico 27

# Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco anos por Província, Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica;  
*Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda.

Fonte: MIDS 2003

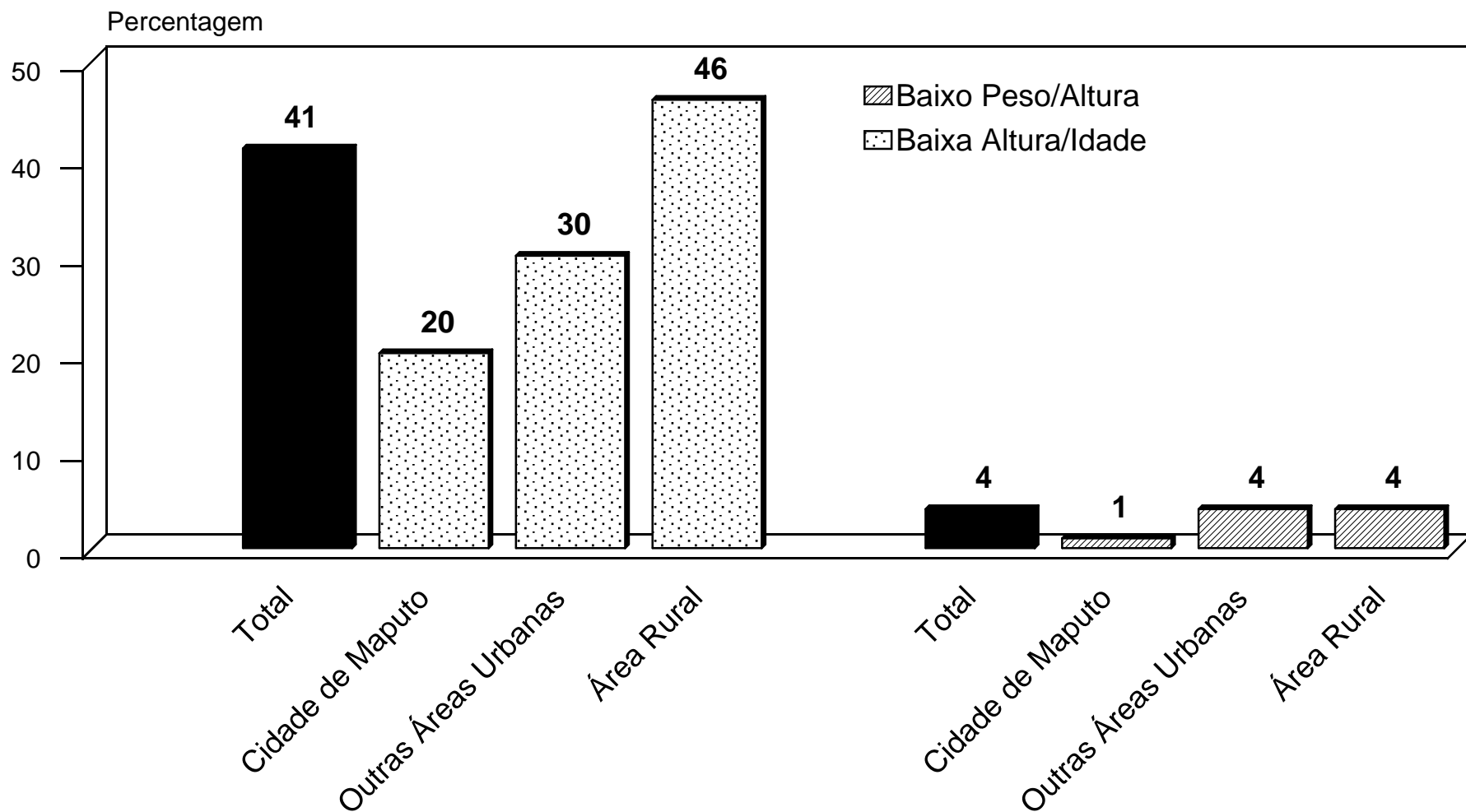
## **Gráfico 28: Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco Anos por Área de Residência (Urbana-Rural), Moçambique**

Em Moçambique,

- **A taxa de prevalência de crianças com Baixa Altura/Idade é mais baixa na capital, Cidade de Maputo (20 por cento).** Em outras áreas urbanas é de 30 por cento, e nas áreas rurais de 46 por cento.
- **A taxa de prevalência de crianças com Baixo Peso/Altura é também mais baixa na Cidade de Maputo (1 por cento),** enquanto nas outras áreas urbanas e rurais é de 4 por cento.

## Gráfico 28

### Baixa Altura/Idade e Baixo Peso/Altura entre Crianças com Menos de Cinco anos por Área de Residência (Urbana-Rural), Moçambique



Nota: *Baixa Altura/Idade* reflecte malnutrição crónica;  
*Baixo Peso/Altura* reflecte malnutrição aguda.

Fonte: MIDS 2003

# Estatuto Nutricional Materno

## Gráfico 29: Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade por Província, Moçambique

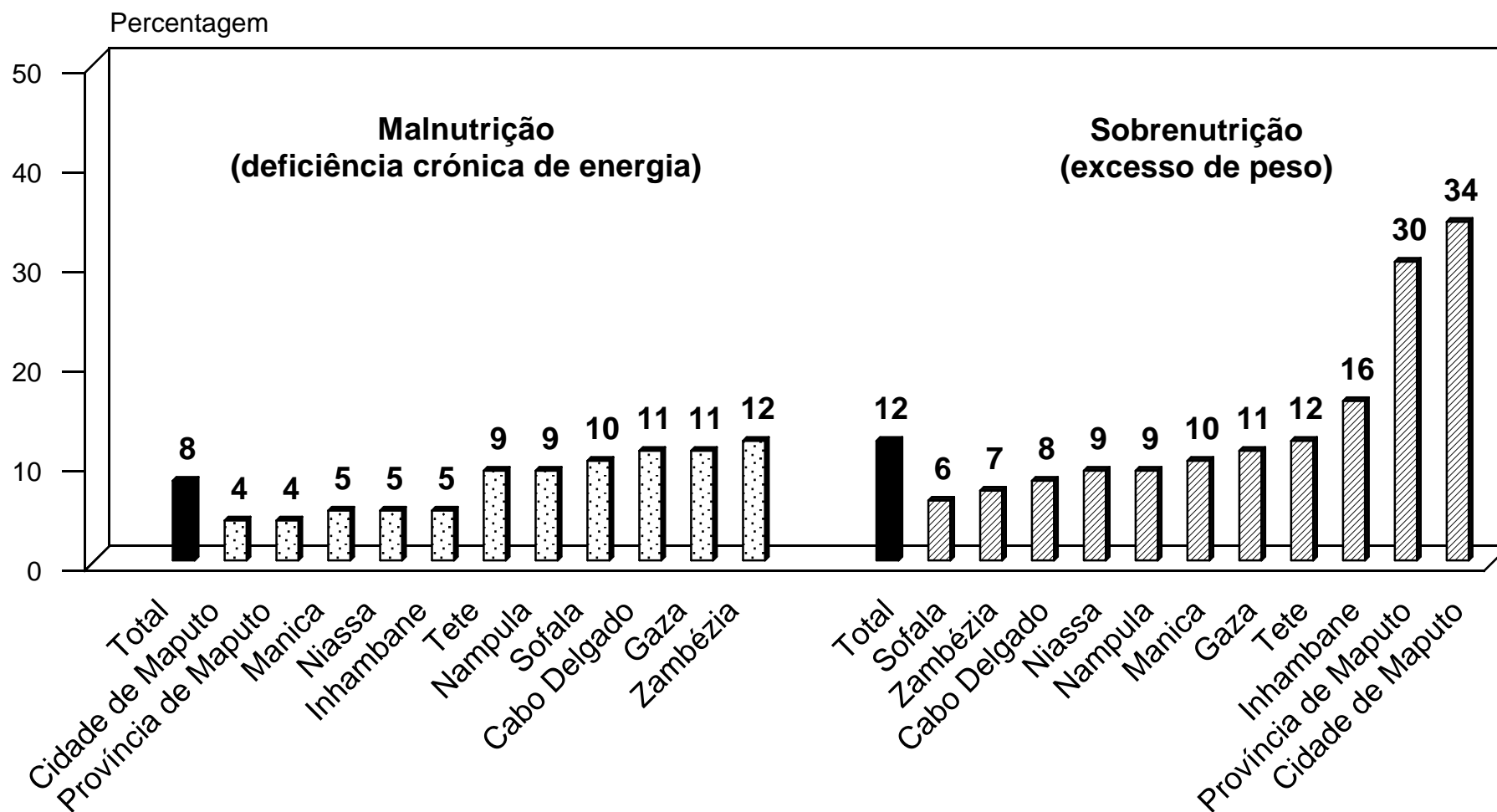
Além de afectar as suas próprias condições, um estatuto nutricional da mãe afecta a sua habilidade de sustentar a gravidez, parir e cuidar com sucesso dos seus filhos. Há padrões geralmente aceites para os indicadores de malnutrição entre mulheres adultas que podem ser aplicados.

A malnutrição na mulher pode ser avaliada usando um Índice de Massa Corporal (IMC), que é definido como o peso da mulher em kilogramas dividido pelo quadrado da sua altura em metros. Assim,  $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ . Quando o IMC é menor que o ponto crítico definido de 18.5, isto indica uma deficiência crónica de energia ou malnutrição nas mulheres não grávidas, não lactantes. Quando o IMC está acima de 25, a mulher é considerada obesa ou com excesso de peso.

- **Oito por cento de mães de crianças menores de cinco anos de idade em Moçambique são malnutridas.** A malnutrição materna é mais elevada na Província da Zambézia (12 por cento) e mais baixa na Cidade de Maputo (4 por cento).
- **Doze por cento das mães de crianças menores de cinco anos são obesas ou com excesso de peso.** A taxa de sobrenutrição materna é maior na Cidade de Maputo (34 por cento) e menor na Província de Sofala (6 por cento).

## Gráfico 29

# Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade por Província, Moçambique



Nota: Malnutrição maternal é a percentagem de mães com um Índice de Massa Corporal - IMC ( $\text{kg/m}^2$ ) menor de 18.5.

Sobrenutrição maternal é a percentagem de mães com um IMC maior de 25.

Fonte: MIDS 2003



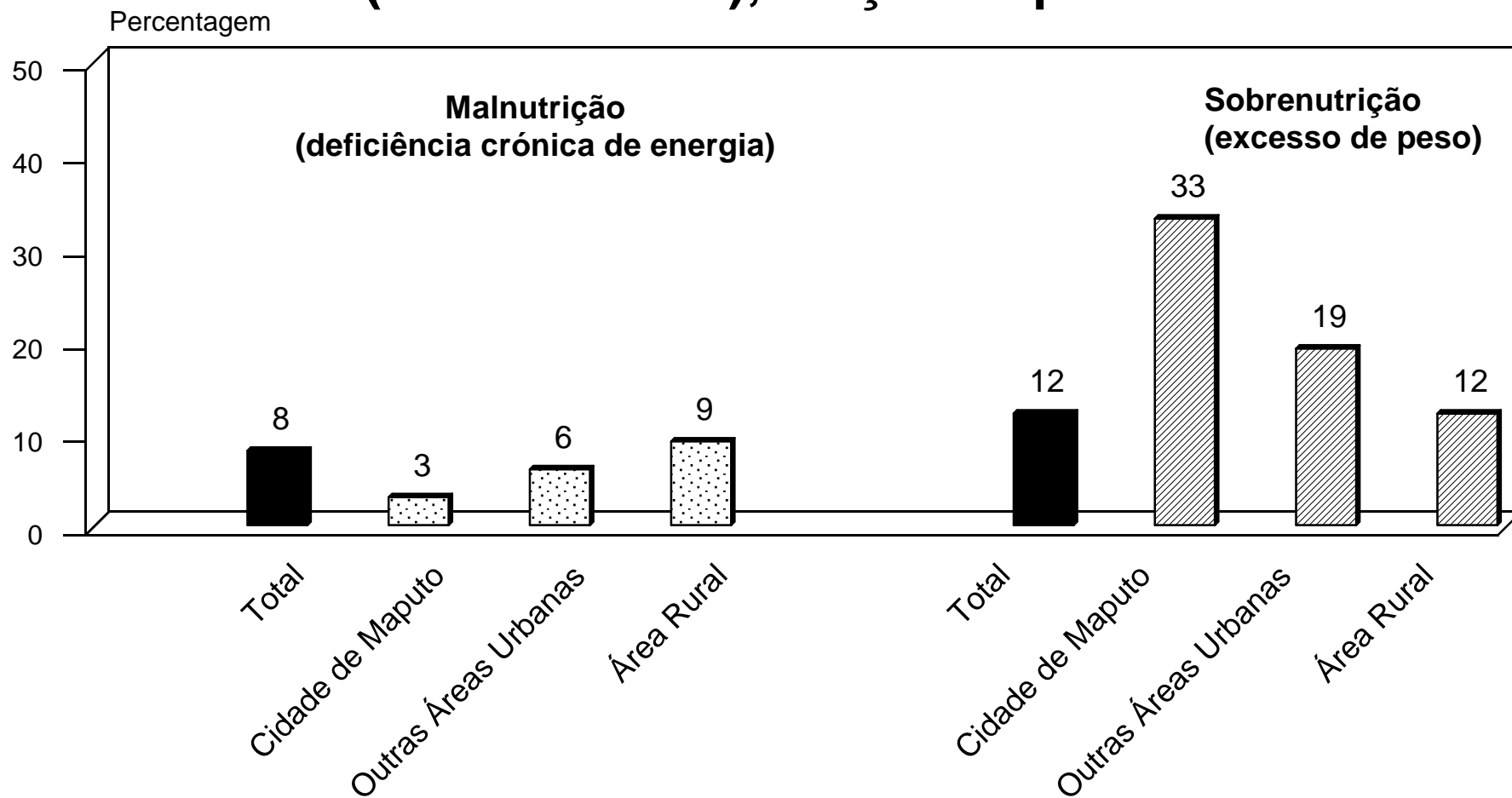
## **Gráfico 30: Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade por Área de Residência (Urbana-Rural), Moçambique**

**Em Moçambique,**

- A taxa de malnutrição (deficiência crónica de energia) para as mães de crianças menores de cinco anos é **6 pontos percentuais mais elevada nas áreas rurais (9 por cento) comparado com a Cidade Maputo (3 por cento).**
- A taxa de sobrenutrição (obesidade) para as mães de crianças menores de cinco anos é de quase **3 vezes maior na Cidade de Maputo (33 por cento) comparado com as áreas rurais (12 por cento).**

## Gráfico 30

### Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade por Área de Residência (Urbana-Rural), Moçambique



Nota: Malnutrição maternal é a percentagem de mães com um Índice de Massa Corporal - IMC (kg/m<sup>2</sup>) menor de 18.5. Sobrenutrição maternal é a percentagem de mães com um IMC maior de 25.

Fonte: MIDS 2003

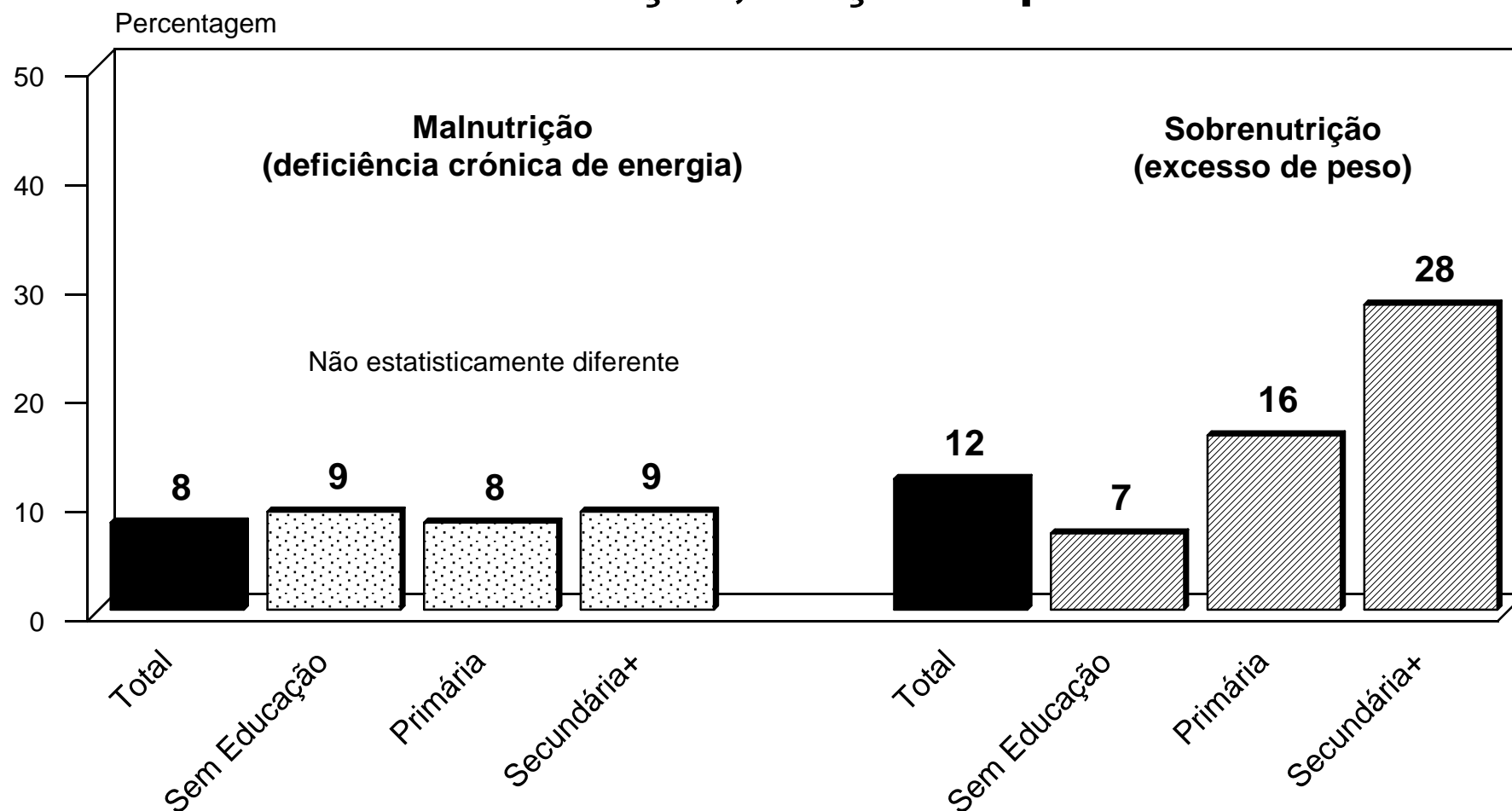
## **Gráfico 31: Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade, por Nível de Educação, Moçambique**

**Em Moçambique,**

- **A malnutrição entre mães de filhos menores de cinco anos não está relacionada com o seu nível de educação.**
- **A sobrenutrição entre mães de filhos menores de cinco anos mostra uma relação linear directa com o aumento do nível de educação. É mais alta entre as mulheres com nível secundário (28 por cento) e mais baixa entre aquelas sem nenhuma educação (7 por cento).**

# Gráfico 31

## Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade, por Nível de Educação, Moçambique



Nota: Malnutrição materna é a percentagem de mães com um IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) menor de 18.5. Sobrenutrição materna é a percentagem de mães com um IMC maior de 25.

Fonte: MIDS 2003

## **Gráfico 32: Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana**

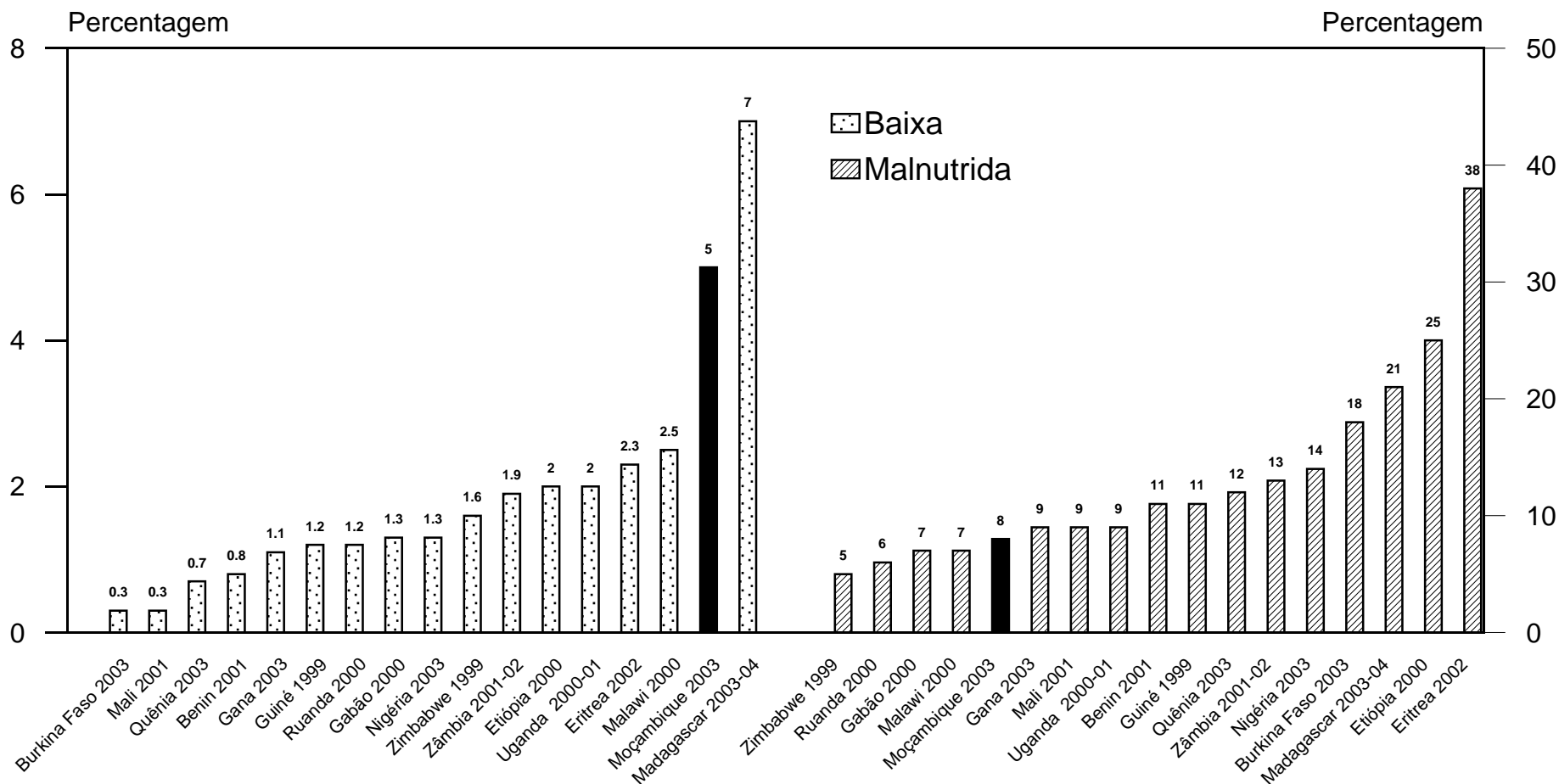
A malnutrição entre mães tem um provável impacto significativo sobre a sua habilidade de se cuidarem a si próprias e às suas crianças. Mulheres com menos de 145 centímetros de altura são consideradas muito baixas. Mães muito baixas (uma condição geralmente devida à baixa altura por idade durante a infância e adolescência) podem ter dificuldades durante o parto devido ao pequeno tamanho da sua pelve. Evidências sugerem também que há uma associação entre a altura das mães e o nascimento de bebês com baixo peso. O estatuto de baixo peso nas mulheres avaliado usando o índice da massa do corpo (IMC) é também apresentado aqui. Mulheres grávidas não são incluídas na análise de malnutrição devido a considerações relacionadas com o seu peso.

Em Moçambique,

- **Cinco por cento das mães de filhos menores de cinco anos são muito baixas (<145 cm).** Esta proporção é a segunda mais alta entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.
- **Oito por cento das mães de filhos menores de cinco anos são malnutridas (IMC<18.5).** Esta proporção é uma das mais baixas entre os países da África Sub-Sahariana inqueridos.

# Gráfico 32

## Malnutrição entre Mães de Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade, Moçambique Comparado a Outros Países da África Sub-Sahariana



Nota: *Baixa* refere-se a mães com menos de 145 cm ; *malnutrida* refere-se a mães com um IMC (kg/m<sup>2</sup>) menor de 18.5. Mulheres grávidas e aquelas que tenham dado parto nos últimos dois meses são excluídas do cálculo do IMC.

Fonte: Inquéritos IDS 1999-2004

# Apêndices

**Apêndice 1**  
**Taxas de Baixa Altura/Idade, Baixo Peso/Altura, e Excesso de Peso,**  
**por Características Seleccionadas - Moçambique 2003**

Característica	Com Baixa Altura/ Idade	Com Baixo Peso/ Altura	Com Baixo Peso	Com Excesso de Peso	Característica	Com Baixa Altura/ Idade	Com Baixo Peso/ Altura	Com Baixo Peso/Idade	Com Excesso de Peso
<b>Idade da criança em meses</b>					<b>Província</b>				
0-5	11.7	1.3	5.0	10.3	Niassa	45.2	1.4	24.3	1.9
6-11	28.3	4.3	24.3	4.9	Cabo Delgado	55.7	4.5	35.2	3.5
12-17	39.9	8.0	33.2	1.6	Nampula	42.3	6.6	29.1	3.3
18-23	57.0	5.7	35.6	2.2	Zambézia	47.2	5.0	26.8	3.6
24-29	44.9	4.7	30.7	0.6	Tete	45.9	1.6	25.3	2.0
30-35	43.9	4.8	27.9	1.6	Manica	39.3	2.4	22.1	2.4
36-47	49.6	3.5	22.4	2.3	Sofala	42.0	6.8	25.2	2.0
48-59	44.6	1.7	18.5	1.8	Inhambane	31.8	1.0	13.2	4.9
					Gaza	32.5	6.9	22.0	2.7
					Maputo Província	22.0	0.6	8.7	2.7
					Cid. de Maputo	20.2	0.8	7.5	4.5
	p<0.000 n=8,226	p<0.000 n=8,225	p<0.000 n=8,224	p<0.000 n=8,221		p<0.000 n=8,223	p<0.000 n=8,224	p<0.000 n=8,222	p<0.000 n=8,222
<b>Sexo da Criança</b>					<b>Área de Residência (Urbana-Rural)</b>				
Feminino	38.8	4.0	22.8	3.1	Cidade de Maputo	20.2	0.8	7.5	4.5
Masculino	42.6	3.9	24.8	3.1	Outras Urbanas	30.1	3.8	16.4	3.0
					Rural	45.7	4.3	27.4	3.1
	p<0.000 n=8,225	NS n=8,225	p<0.000 n=8,225	NS n=8,225		p<0.000 n=8,225	p<0.000 n=8,224	p<0.000 n=8,225	NS n=8,224
<b>Total</b>	<b>40.7</b>	<b>4.0</b>	<b>23.8</b>	<b>3.1</b>	<b>Total</b>	<b>40.7</b>	<b>4.0</b>	<b>23.8</b>	<b>3.1</b>

Nota: O nível de significância é determinado usando o teste de chi-quadrado. NS=Não significante a  $p \leq 0.05$



## **Apêndice 2**

# **Distribuição da Malnutrição em Moçambique Comparada com a População Internacional de Referência do NCHS/CDC/OMS**

A avaliação do estatuto nutricional é baseada no conceito de que numa população bem nutrida, a distribuição de peso e altura das crianças, numa dada idade, vai se aproximar a uma distribuição normal. Isto significa que cerca de 68 por cento das crianças vão ter um peso dentro de um desvio padrão da média para crianças dessa idade ou altura, e uma altura dentro um desvio padrão da média das crianças dessa idade. Cerca de 14 por cento de crianças estarão entre um e dois desvios padrões acima da média; estas crianças são consideradas relativamente altas ou obesas (com excesso de peso) para a sua idade ou relativamente obesas para a sua altura. Outros 14 por cento vão estar entre um e dois desvios padrão abaixo da média; estas crianças são consideradas relativamente baixas ou com baixo peso para a sua idade ou relativamente magras para a sua altura. Em relação ao resto das crianças, 2 por cento vão ser muito altas ou obesas para a sua idade ou obesas para a sua altura; isto é, elas estão mais que dois desvios padrões acima da média. Os outros 2 por cento vão cair mais que dois desvios padrão abaixo da média e serão considerado moderada ou severamente malnutridas. Estas crianças são muito baixas, e tem muito baixo peso para a sua idade, ou muito magras para a sua altura. Para efeitos de comparação, o estatuto nutricional foi determinado usando a População Internacional de Referência definida pelo do Centro Nacional de Estatística de Saúde Americana (padrão NCHS) seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Centros de Control e Prevenção de Doenças (CDC).

O Apêndice 2 inclui quatro curvas: peso-por-idade, altura-por-idade, e peso-por altura ilustrado juntamente com uma curva normal. As curvas altura-por-idade e peso-por-idade estão posicionadas mais para a esquerda da curva padrão indicando que há um grande número de crianças com Baixa Altura/Idade e de baixo peso em Moçambique. Porém, a curva de peso-por-altura para Moçambique é comparável à distribuição normal esperada numa população bem nutrida. As implicações são de que são necessárias intervenções para lidar com o alto nível de malnutrição de modo a melhorar a saúde das crianças, o que vai resultar numa movimentação das curvas para uma posição mais próxima do padrão de referência.

# Apêndice 2

## Distribuição da Malnutrição em Moçambique Comparada com a População Internacional de Referência do NCHS/CDC/OMS

