

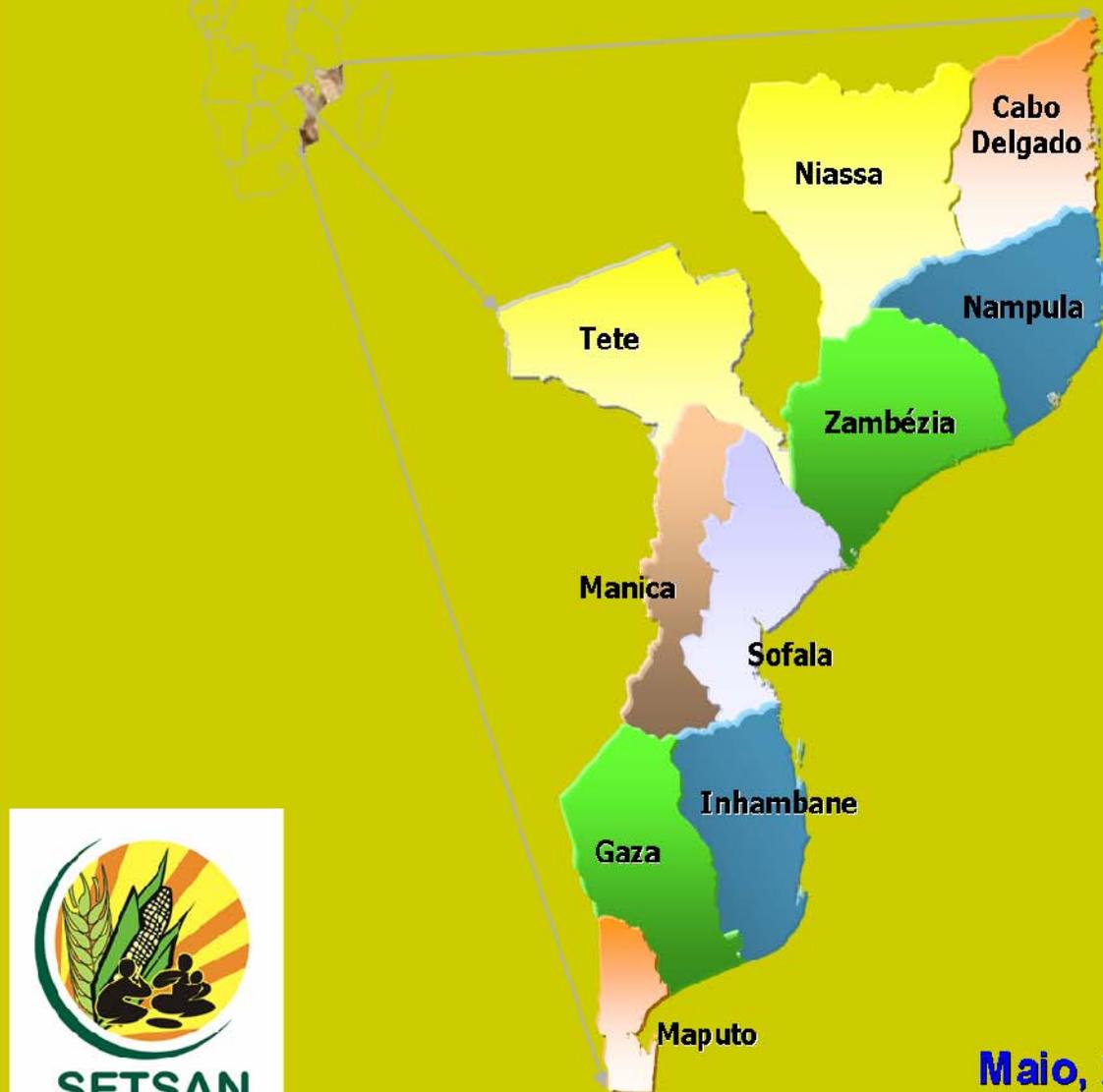


República de Moçambique

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Grupo de Análise de Vulnerabilidade

Relatório da Monitoria da Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique



Maio, 2008



Agradecimentos

Para se atingir os resultados finais de quaisquer análises requer-se a intervenção conjunta de diferentes parceiros. Sendo o SETSAN um órgão multisectorial, o resultado atingido foi devido ao esforço abnegado de quadros de várias instituições, pelo que o SETSAN, reconhece e agradece. Para tal, é justo reconhecer a contribuição válida dada pelos técnicos a nível nacional, provincial e distrital que desempenharam um papel exemplar quer na recolha e processamento de dados como na produção do presente relatório.

O nosso agradecimento vai também para os doadores e diversos parceiros de cooperação pela alocação de recursos financeiros e ainda pelo seu engajamento efectivo em todas as fases deste processo.

Finalmente, agradecemos a todos, incluindo as comunidades entrevistadas fazendo votos que os resultados ora alcançados sejam de utilidade pública para assistir os intervenientes na planificação, tomada de decisão e de intervenções prioritárias para aliviar a vulnerabilidade das populações rurais afectadas.

ÍNDICE GERAL

ACRÓNIMOS	5
SUMARIO EXECUTIVO	6
1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJECTIVOS	9
A. GERAIS	9
B. ESPECÍFICOS	9
3. METODOLOGIA	9
A. AMOSTRAGEM	10
B. TRABALHO DE CAMPO	10
C. ANÁLISE DE DADOS	10
D. LIMITAÇÕES	11
4. PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES	11
A. SITUAÇÃO CLIMÁTICA E HIDROLÓGICA	11
B. VULNERABILIDADE À INSAN	12
C. INSAN POR PROVÍNCIA	13
D. NÚMERO DE PESSOAS VULNERÁVEIS A SAN	14
E. CATEGORIAS DE FORMAS DE VIDA	15
F. CATEGORIAS POR CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	15
G. SAN E FACTORES DE HABITAÇÃO E SANEAMENTO	17
H. INSAN E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	18
I. CONSUMO ALIMENTAR A NÍVEL DOS AFs	18
J. FONTES DE ALIMENTOS	20
K. CONSUMO E RESERVA ALIMENTAR AO NÍVEL DOS AFs	22
L. ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA	23
M. MERCADOS	23
N. SAÚDE E NUTRIÇÃO	25
O. MORBILIDADE E HABITAÇÃO E SANEAMENTO	26
P. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
Q. ÁGUA E SANEAMENTO	29
5. INTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE O PERÍODO DE EMERGÊNCIA	29
6. CENÁRIOS	31
A. CASO MAIS PROVÁVEL	31
B. PIOR CASO	32
7. CONCLUSÕES	32
8. RECOMENDAÇÕES	34
A. INSAN AGUDA	34
B. INSAN CRÓNICA	34
C. CENÁRIOS:	35
D. AGRICULTURA	35
E. MERCADOS E PREÇOS	35
F. ÁGUA E SANEAMENTO	35
G. SAÚDE E NUTRIÇÃO	35
H. OUTRAS:	35
9. ANEXOS	36
ANEXO 1: EXPLICAÇÃO DETALHADA DOS INDICADORES VULNERABILIDADE A INSAN	36
ANEXO 2: ESTATÍSTICA DE SAÚDE	37
ANEXO 3: NÚMERO DE PESSOAS VULNERÁVEIS	38
ANEXO 4: QUESTIONÁRIO AS COMUNIDADES	39
ANEXO 5: QUESTIONÁRIO AOS AGREGADOS FAMILIARES	44

Índice de figuras

Figura 1: Amostragem da Vulnerabilidade.....	10
Figura 2: Percentagem da precipitação em relação ao normal	11

Índice de gráficos

Gráfico 1: Níveis de InSAN por Província.....	14
Gráfico 2: Os Níveis de InSAN por Província	14
Gráfico 3: Percentagem de AFs em situação de InSAN Aguda por Grupos de Forma de Vida 1 e 9 por Província	15
Gráfico 4: Grupos de SAN por categorias demográficos dos AFs.....	15
Gráfico 5: Padrão Demográfico por tipo de Chefia Familiar por Província	16
Gráfico 6: Categorias Demográficas ligadas ao HIV e SIDA	17
Gráfico 7: Grupos de SAN e Indicadores de Saneamento e Habitação	17
Gráfico 8: SAN e acesso aos serviços de saúde.....	18
Gráfico 9: Níveis de Consumo Alimentar Familiar por Província.....	19
Gráfico 10: Proporção de Despesas Alimentares por Grupo de Consumo Alimentar por Província	20
Gráfico 11: Fontes de Alimentos dos AFs por Província	21
Gráfico 12: Consumo e Reservas Alimentares.....	22
Gráfico 13: Reservas Alimentares	22
Gráfico 14: Relação de consumo e terra cultivada	22
Gráfico 15: Índice de Estratégias de Sobrevivência por Província	23
Gráfico 16: Preços reais a retalho de milho nos mercados de referência em MTs por Kg.....	24
Gráfico 17: Triagem através do Perímetro Braquial (PB)	25
Gráfico 18: Relação diarreia e febre	25
Gráfico 19: Relação com febres nas crianças	26
Gráfico 20: Relação com diarreias.....	26
Gráfico 21: Suplementação com vitamina A.....	27
Gráfico 22: Vacinação contra sarampo.....	27
Gráfico 23: desparasitação	28
Gráfico 24: Acesso aos Serviços de Saúde por Província	28
Gráfico 25: Cobertura Provincial de Saneamento Seguro.....	29

Índice de tabelas

Tabela 1: Números da população	14
Tabela 2: Acções de resposta nas zonas afectadas.....	29
Tabela 3: Assistência alimentar nos últimos sete meses.....	31

Índice de Caixas

Caixa 1: Definição de InSAN	12
Caixa 2: Impacto de aumento dos preços de alimentos e combustíveis nas populações rurais e urbanas.....	21

ACRÓNIMOS

AFs	Agregados Familiares
AV	Análise de Vulnerabilidade
CSB	Corn Soya Blend
CPT	Comida pelo Trabalho
DCAP	Departamento de Culturas e Aviso Prévio
DNC	Direcção Nacional de Comércio
DNSA	Direcção Nacional de Serviços Agrários
DPA	Direcção Provincial de Agricultura
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FEWS NET	Famine Early Warning System Network
FIAs	Feiras de Insumos Agrícolas
GAV	Grupo de Análise de Vulnerabilidade
HIV/SIDA	Vírus do HIV/Síndrome de Imunodeficiência Humana
InSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
MMAS	Ministério da Mulher e da Acção Social
MINAG	Ministério de Agricultura
MISAU	Ministério de Saúde
MIC	Ministério da Indústria e Comércio
MOPH	Ministério das Obras Públicas e Habitação
ONGs	Organizações não Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAs	Postos Administrativos
PMA	Programa Mundial de Alimentação
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição
SIMA	Sistema de Informação de Mercados Agrícolas
SPA	Serviços Províncias de Agricultura
EP1	Escola Primária do Primeiro Grau
EP2	Escola Primária do Segundo Grau
EPC	Escola Primária Completa
RFE	Estimativas de Precipitação
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SC-UK	Save the Children United Kingdom
SC-US	Save the Children United States
SETSAN	Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutrição
SETSAN-P	SETSAN-Provincial
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Crianças
WV	World Vision

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE VULNERABILIDADE MAIO 2008

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Av. das FPLM nº 2698 – (Recinto do IIAM - Pavilhão Novo)

Tel: +258 21 461873 Tel/Fax: +258 21 462403 Cell: +258 82 3021717 – Maputo – Moçambique

www.setsan.org.mz

SUMARIO EXECUTIVO

Durante o período compreendido entre os meses de Outubro 2007 a Março de 2008, o País foi exposto a inúmeros desastres naturais: seca no sul, cheias no centro, ciclone na costa de Nampula e estiagem em algumas zonas do sul do país, adicionado a ocorrência de ventos e chuvas fortes principalmente na zona norte e alguns distritos da Província de Maputo.

Este quadro repercutiu-se na economia, infra-estrutura e desenvolvimento social das populações afectando a situação da segurança alimentar e nutricional.

Com o objectivo de avaliar a situação da vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional (InSAN), o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) através do seu Grupo de Análise de Vulnerabilidade (GAV), realizou de Abril a Maio do ano corrente, uma avaliação da situação da vulnerabilidade à InSAN em todas as províncias do país.

A avaliação consistiu na recolha de informação primária, quantitativa e qualitativa, com base em inquéritos feitos à 3.626 Agregados Familiares (AFs) e 318 entrevistas a grupos focais, sendo uma por cada aglomerado populacional da amostra.

A análise quantitativa com representatividade ao nível provincial foi feita usando pacotes estatísticos e cruzando os resultados com informação secundária e comparados com o estudo de base de 2006 usando três indicadores de índices compostos para interpretação dos dados e definir a vulnerabilidade em quatro grupos de AFs em situação de InSAN, nomeadamente: aguda, crónica, razoável e boa, para estimar o número e localização de pessoas com problemas de InSAN.

Tendo em conta os resultados obtidos pela missão de avaliação, quanto aos principais pilares de SAN, pode-se constatar que cerca de **302.664** pessoas encontram-se em situação de InSAN aguda e que têm necessidade de assistência humanitária imediata devido aos baixos níveis de consumo alimentar, uso de estratégias de sobrevivência extremas e ainda com fraca capacidade para recuperação dos choques que sofreram no período antecedente a missão.

De acordo com o Estudo de Base de SAN 2006, os AFs mais afectados pela InSAN aguda fazem parte dos dois grupos de formas de vida muito vulneráveis (grupos 1 e 9) que dependem principalmente de actividades como, o *ganho-ganho*, da ajuda alimentar, têm baixa produção e não possuem outras fontes de rendimento fora da agricultura.

As províncias de Sofala, Tete e Nampula, têm os níveis mais altos de InSAN aguda o que reflecte os efeitos das calamidades naturais e limitada capacidade de resposta. Por outro lado, Zambézia, Tete e Maputo apresentam os mais elevados índices de InSAN crónica que indicam os níveis de pobreza e problemas estruturais de acesso alimentar. Enquanto que as províncias de Gaza, Cabo Delgado e Niassa apresentam maiores proporções de AF com SAN razoável e boa.

Em relação a distribuição da vulnerabilidade aguda, em termos demográficos, verificou-se que tem um padrão distinto revelando que no sul do país a proporção de AFs chefiados por mulheres é mais alta (47%) do que no Norte (menos de 20%), a dispersão é menos acentuada nos AFs chefiados por pessoas idosas com percentagem mais alta na província de Maputo (31%), a mais baixa na província da Zambézia (7%). Em relação aos AFs com crianças órfãs, a avaliação sugere em grande medida seguimento dos níveis de prevalência de HIV e SIDA no país, sendo que, as províncias de Manica, Sofala, Gaza e Maputo têm altos níveis de AFs com crianças órfãs.

A província do Niassa está, pela segunda vez, a demonstrar características mais típicas de uma província com altos níveis de HIV/SIDA, contrariamente ao que consta na estatística nacional, havendo necessidade de se averiguar se há uma sub identificação de casos de HIV em Niassa devido ao fraco acesso aos serviços básicos e à fraca sensibilização¹.

Os indicadores de água, saneamento e saúde revelam uma relação directa com o índice de recursos já que, os AFs com altos níveis de InSAN aguda e crónica têm menos acesso aos serviços sanitários. Este aspecto pode ser explicado pelo tempo despendido pelos AFs mais pobres e carentes na procura de alimentos ou ainda pela distância dos serviços de saúde, discriminação ou auto discriminação destes em relação ao acesso aos serviços básicos de saúde.

O indicador de consumo alimentar mostra o acesso dos AFs a uma alimentação adequada, sendo classificado em 3 níveis nomeadamente; consumo alimentar baixo, moderado e adequado. As províncias de Tete, Manica, Sofala e Inhambane têm maiores percentagens de AFs com baixo consumo alimentar e cerca de metade dos AFs com consumo alimentar baixo ou moderado. A província de Inhambane foi a que apresentou as mais altas percentagens de dieta alimentar inadequada e maiores problemas alimentares agudos e crónicos no país, confirmando os resultados do *Estudo de Base SAN* do SETSAN de 2006.

Gaza e Maputo têm altas percentagens de baixo consumo mas com maiores percentagens com consumo adequado, indicando a disparidade de acesso ao alimento e a complexidade dos sistemas de remessas e remuneração encontrados. O volume de remessas ou remunerações estimula o mercado para um consumo mais variado, mas quando há problemas com estas fontes de rendimento ou aumento nos preços dos alimentos básicos induz a redução do poder de compra e consequentemente para uma fraca qualidade de dieta.

A análise sobre o consumo alimentar indica que a maior parte dos AFs com o mais baixo nível de consumo alimentar gasta maior proporção dos seus rendimentos na alimentação, é o caso das províncias de Sofala e Zambézia, o que justifica a assistência alimentar nestas províncias durante o período das cheias. Os factores que influenciam um consumo baixo a moderado são, não só a falta de recursos para garantir uma dieta diversificada, mas também o acesso limitado ao mercado para aquisição de produtos manufacturados. Contudo, a análise dos dados sobre as reservas alimentares mostra que os AFs com os mais baixos níveis de consumo também têm os níveis de reservas alimentares mais baixas, sendo o máximo com cobertura para quatro meses de alimentação familiar.

As principais fontes de alimentos dos AFs são a produção própria, mais representativa no meio rural e as compras seguida de remessas e remunerações, sendo Gaza a província que mais depende da compra de alimentos, portanto que poderá vir a ser mais afectada pelo aumento de preços.

O índice de estratégias de sobrevivência mostrou que acima de 30% dos AFs da província de Sofala e Tete estão utilizar mais estratégias de sobrevivência, quer dizer com mais frequência e maior severidade, do que as restantes províncias, reflectindo o nível de *stress* dos AFs.

A análise sobre mercados indicou que existe uma certa flexibilidade e espontaneidade na criação de mercados, mas que mais de um terço dos AFs não têm acesso regular a um mercado e que 64% dos AFs tiveram acesso a pelo menos um mercado. Manica demonstrou melhor acesso (85%), Sofala (78%) e Tete (71%) apesar de serem províncias com maior densidade populacional e com altos níveis de produção, mostraram que têm menos mercados funcionais, talvez associado a uma maior disponibilidade de alimentos a nível dos AFs.

¹ Hipoteticamente, Niassa pode ser uma província de alto risco dada a sua proximidade com o vizinho Malawi que apresenta altos índices de seroprevalência e ainda por ser atravessada pelo estratégico corredor de Nacala.

Os mercados do sul do país têm maior probabilidade de ter com alimentos básicos processados enquanto que Niassa, Tete, Manica e Zambézia têm mercados apenas com produtos básicos de produção local.

Em termos de acesso ao mercado com todos os produtos, as Províncias de Gaza e Cabo Delgado mostraram maior acesso. Conforme acima citado o limitado acesso ao mercado está directamente relacionado com o baixo poder de compra de alimentos.

Como resultado das colheitas da presente campanha agrícola 2007/08 os preços dos produtos alimentares básicos, produzidos localmente, estão a reduzir. Contudo, de acordo com o SIMA, apesar da diminuição sazonal dos preços, em Abril de 2008, os preços dos mesmos produtos nos três mercados de referência (Maputo, Beira e Nampula), estavam acima dos praticados no mesmo período do ano passado e também acima da média.

Porém, convém referir que o aumento do preço do milho pode reflectir maior procura devido à subida do preço do arroz. O fluxo do milho das zonas de produção para as de consumo, irá determinar a variabilidade do preço durante o ano comercial até as próximas colheitas em Abril de 2009.

Apesar do balanço alimentar nacional ter mostrado ser positivo nos anos anteriores, Moçambique continua sendo um país de Baixo Rendimento e Deficitário em termos de Alimentos, importando por ano aproximadamente 470.000 toneladas de trigo (100% da procura interna), 320.000 toneladas de arroz (75% da procura interna) e 100.000 toneladas de milho (para satisfazer a procura de milho no Sul). Estes produtos são consumidos sobretudo nas áreas urbanas, onde o impacto provocado pela subida dos preços internacionais será mais profundo, enquanto que os produtos oriundos das áreas rurais são o milho (1.3 – 1.5 mil de MTs) e a mandioca (5 - 6 mil MTs). Espera-se que a subida dos preços destes últimos produtos seja consideravelmente mais baixa, embora possa ser suficientemente atractiva para gerar uma resposta considerável, em termos de oferta, durante as próximas estações agrícolas.

Os indicadores de morbilidade (Febre e diarreia) mostram-se mais altos nas províncias do norte. A vacinação de sarampo, bem como a desparasitação foi mais baixa em Tete e na Zambézia. Somente Nampula e Gaza não atingiram 80% de administração de Vitamina A.

O saneamento do meio e acesso a latrinas continua precário em todo País em particular nas províncias de C. Delgado, Zambézia, Manica e Inhambane com menos de 10%.

Com base nos indicadores acima citados, a avaliação corrente identificou para além daquelas pessoas em vulnerabilidade à InSAN aguda, **540.630** pessoas em vulnerabilidade a InSAN crónica e cerca de **242.615** em risco de se tornarem agudos se as condições não forem favoráveis até Outubro de 2008.

1. INTRODUÇÃO

Na presente época chuvosa 2007/08, o país foi afectado por três desastres naturais nomeadamente cheias no centro, ciclone na zona costeira de Nampula e estiagem em algumas partes do sul, incluindo ocorrência de ventos e chuvas fortes principalmente na zona norte e alguns distritos da Província de Maputo.

As cheias ocorreram no vale do Zambeze, nas mesmas áreas afectadas em 2007, com maior magnitude mas com menor impacto nas populações, devido as acções de prontidão e resposta adequadas e atempadas.

A actividade ciclónica caracterizou-se pela formação de 12 sistemas tropicais, dos quais 5 ciclones, 6 tempestades e 1 depressão tropical, sendo a faixa costeira das províncias de Nampula e Zambézia as mais fustigadas.

A zona sul do País ressentiu-se da escassez de chuvas a partir dos finais de Janeiro, o que provocou a perda de cerca de 100 hectares de culturas diversas, prejudicando cerca de 56.000 famílias.

Segundo o INGC, as calamidades que ocorreram na presente época chuvosa, causaram a morte de 33 pessoas e afectaram 330 mil pessoas, dos quais 200 mil atingidas pelo ciclone Jókwe.

2. OBJECTIVOS

a. Gerais

O SETSAN através do seu Grupo de Análise de Vulnerabilidade (GAV), realizou uma avaliação de vulnerabilidade que iniciou em Abril e terminou no mês de Maio de 2008.

O trabalho teve como objectivo principal avaliar a situação da vulnerabilidade à InSAN. E tinha como objectivos específicos o seguinte:

b. Específicos

- Examinar a situação de SAN no país, causas principais da InSAN, as capacidades das pessoas, comunidades, governo e outras organizações para melhorar a situação;
- Avaliar o impacto das intervenções alimentares e não alimentares, e tecer recomendações quanto a possíveis opções de resposta;
- Determinar o número de pessoas vulneráveis a InSAN, localização e duração da assistência necessária; e
- Definir cenários futuros (3 a 6 meses) da situação de vulnerabilidade à InSAN, incluindo uma análise de como se espera que evolua assim como futuros riscos.

Este documento fornece uma série de recomendações que concorrem para a redução da vulnerabilidade a curto, médio e longo prazo de forma a reduzir os níveis de riscos e, melhoria das condições de vida das populações bem como minimizar as necessidades futuras de intervenções de emergência.

3. METODOLOGIA

A avaliação incluiu uma parte quantitativa (inquérito feitos aos AFs) e uma qualitativa (inquérito feitos aos líderes locais), para além de recolha de informação secundária dos vários sectores.

Figura 1: Amostragem da Vulnerabilidade

Na avaliação quantitativa foi utilizado um questionário ao nível do AFs com variáveis para descrever as causas e a dinâmica da vulnerabilidade familiar. Para a avaliação qualitativa foi elaborado um questionário para entrevista aos grupos focais em cada aldeia/aglomerado. Os dados do inquérito ao AFs foram recolhidos usando o dispositivo electrónico PDA (*personal digital assistance*).

Foram desenvolvidos dois cenários, para o período compreendido entre Outubro de 2008 e Março de 2009, considerando os seguintes factores: desempenho da segunda época, variação de preços e programas de intervenção. (*Vide Figura 1*).

a. Amostragem

Para o processo de amostragem, cada província classificou os distritos em 3 categorias de InSAN: Boa, Moderada e Má. Para garantir uma abrangência e a representatividade, foram atribuídos pesos diferentes a cada categoria, sendo 3 aos distritos problemáticos, 2 aos médios e 1 para os bons.

A amostra foi distribuída numa forma proporcional ao tamanho da população do distrito. No entanto, para evitar a dispersão da amostra que implicaria mais custos para o trabalho de campo, foram consideradas as zonas de economias alimentares. A unidade da amostragem primária para a avaliação quantitativa foi o AF.

Para seleccionar os distritos e os postos administrativos foi usada a amostragem estratificada, propositada e significativa ao nível provincial. Tendo sido assim seleccionados 56 distritos, visitados 318 aglomerados e entrevistados 12 AFs em cada aglomerado o que totalizou 3.626 AFs.

b. Trabalho de campo

Para recolha da informação foram criadas 14 equipas, compostas por um supervisor/controlador e 3 inquiridores onde o supervisor/controlador fez o inquérito às comunidades (grupos focais) e os inquiridores fizeram entrevistas aos AFs. Em média, cada equipa conduziu entrevistas em 2 aldeias por dia correspondendo a pelo menos 8 AFs por inquiridor por dia.

c. Análise de dados

A análise foi feita usando o pacote estatístico SPSS, com representatividade ao nível provincial, e comparando com o Estudo de Base de SAN do SETSAN de 2006.

Foram utilizados três índices (indicadores compostos) para interpretar os dados (detalhes sobre os índices encontram-se em anexo 1) e definir a vulnerabilidade:

- i. Pontuação do Consumo Alimentar (CA) mede a adequação da dieta familiar através dos tipos e frequência de consumo dos grupos de alimentos. Os CA dos AFs foram classificados como: Pobre, Moderado e Adequado, com base na pontuação dos valores de consumo das categorias de alimentos e limites internacionais (FANTA);
- ii. Índice de Estratégias de Sobrevivência (IES). É um instrumento utilizado para medir a segurança alimentar através das respostas dos AFs a falta de acesso a uma alimentação adequada. O IES é utilizado para medir a severidade e a frequência das medidas tomadas pelos AFs para ultrapassar os problemas de stress alimentar. Um alto IES significa maior stress alimentar no AF. Adaptado para Moçambique com base no índice desenvolvido pela CARE/PMA;



- iii. Índice de recursos. A medida de Bem-estar Socio-económico (Recursos) é baseada no número de bens produtivos e não produtivos do AF. O inquérito utilizou este índice de posse de bens como um indicador proxy para bem-estar Socio-económico. Consideraram-se 21 tipos de bens (produtivos e não produtivos) neste índice. Os AFs são classificados da seguinte maneira: Pobre em recursos = 0-4 diferentes tipos de bens; Médio em recursos = 5-9 diferentes tipos de bens e Rico em recursos = 10 ou + diferentes tipos de bens.

Para estimar o número de pessoas vulneráveis à InSAN, quatro grupos foram definidos utilizando os índices acima descritos, com as seguintes características:

- ⇒ **Aguda:** Alto stress, baixo a moderado consumo alimentar, pobre em recursos;
- ⇒ **Crónica:** Menos stress, melhor consumo, pobre em recursos;
- ⇒ **Razoável:** Menos stress, moderado a bom consumo, moderado a bom nível de recursos; e
- ⇒ **Boa:** Menor stress, bom consumo, moderado a bom nível de recursos.

d. Limitações

A amostragem com representatividade ao nível da província, foi desenhada pelo SETSAN Central. A selecção dos aglomerados e a classificação dos distritos em termos de situação boa, moderada ou má, foi feita pelos SETSAN provinciais o que pode influenciar os resultados.

4. PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES

a. Situação climática e hidrológica

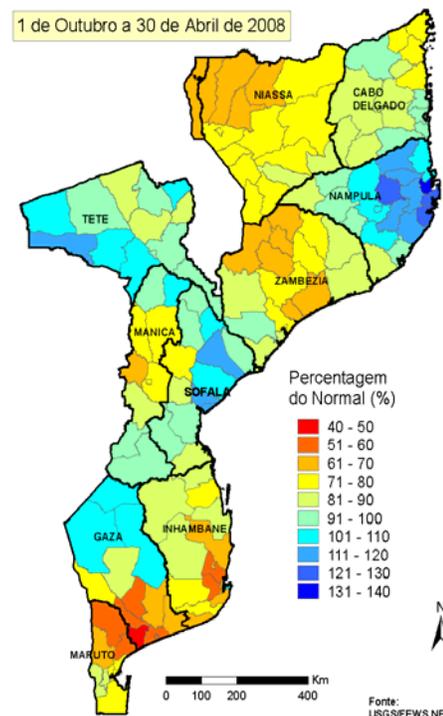
Durante a época chuvosa de 2007/08 (Outubro de 2007 a Abril de 2008), o país registou uma precipitação que variou entre abaixo do normal para acima do normal segundo ilustra a Figura 2. Na Província de Nampula, as chuvas acima do normal ocorreram principalmente ao longo das zonas costeiras associadas ao ciclone tropical Jókwe, que atingiu o Distrito de Mogincual na costa da Província de Nampula no dia 8 de Março de 2008.

Nas províncias centrais, desde Dezembro, a precipitação cumulativa nas bacias de Zambeze, Búzi, Pungué e Save variou entre 90% a 120% do normal. Contudo a precipitação fora do país, que afecta estas bacias, esteve acima do normal e foi a principal causa das cheias.

Contrariando o cenário descrito acima, a parte sul do país, especialmente a Província de Maputo e a parte sul da Província de Gaza, a precipitação cumulativa durante a época chuvosa esteve muito abaixo do normal. Em alguns distritos das Províncias de Maputo e Gaza, a precipitação cumulativa variou entre 40% a 60% do normal.

Até os princípios da segunda metade da época chuvosa em Janeiro, estas zonas registavam défices severos de precipitação com estiagens prolongadas que afectaram severamente as culturas plantadas tardiamente, tendo se prolongado durante os meses de Fevereiro e Março. Contudo também se registaram chuvas acima do normal, em zonas normalmente semi-áridas da Província de Gaza.

Figura 2. Percentagem da precipitação em relação ao normal



Fonte: FEWS NET/USGS

De acordo com o Boletim do dia 20 de Maio da Administração Regional de Águas do Sul (ARA-Sul), os caudais e escoamento na maioria das bacias do sul baixaram durante a segunda década de Maio (11-20 de Maio de 2008). Os rios Umbelúzi e Maputo registaram as maiores reduções. O boletim também indica que os escoamentos cumulativos mensais também baixaram, significando que em ambas bacias, prevalecem condições de seca moderadas a severas.

Na bacia do Incomati, um outro rio na região sul na Província de Maputo, a análise da ARA-Sul mostra que enquanto os actuais escoamentos cumulativos estejam normais existe uma tendência para uma época abaixo do normal caso as actuais condições persistam. Consequentemente, a diminuição dos caudais e dos escoamentos bacias hidrográficas do sul significa escassez da água na região sul, especialmente na província de Maputo onde a precipitação cumulativa durante a principal época foi de 40% a 70% do normal.

Informações vindas do campo indicam que em alguns distritos do sul, especialmente na província de Maputo, a carência de água está a começar a ter implicações directas ao nível das famílias. Os membros dos AFs são forçados a dedicar mais tempo na colecta da água, a qualidade da água poderá baixar e a escassez da água poderá afectar a produção da segunda época bem como o abeberamento dos animais.

b. Vulnerabilidade à InSAN

A análise a seguir apresenta as principais constatações no que respeita aos AFs em situação de Vulnerabilidade aguda ou crónica, incluindo os números de AFs por província e por distrito (*Vide anexo 1*), e as respectivas características.

Caixa 1: Definição de InSAN

O número da população é estimada utilizando os indicadores de:

- Consumo actual dos AF que indica o acesso a uma dieta adequada;
- Gravidade da resposta ao *stress* alimentar indicado através da utilização de estratégias de sobrevivência; e
- Possibilidade de recuperação no futuro utilizando um indicador “*proxi*”² de bem-estar Socio-económico (posse de bens).

Os AFs identificados numa situação de InSAN aguda têm necessidade imediata de assistência humanitária, sendo caracterizados por:

- Baixos níveis de consumo;
- Utilizando estratégias de sobrevivência extremas; e
- Sem recursos para recuperação.

InSAN Crónica: refere-se a falta persistente de acesso aos alimentos. Esta é normalmente causada por indicadores históricos como: pobreza, baixa fertilidade do solo, baixa educação nutricional, falta de acesso a água, doenças crónicas, etc.

InSAN transitória ou aguda: refere-se a falta temporária de acesso aos alimentos e é frequentemente causada pela ocorrência inesperada de um choque, como por exemplo, a seca, as cheias, os ciclones, a diminuição abrupta da produção de alimentos, subida exacerbada de preços dos alimentos, cólera, gafanhoto vermelho, etc.

Os dados indicam que na província de Sofala cerca de um terço (32.6%) da população está nesta situação. A província de Sofala tem sofrido vários choques nos últimos três anos nomeadamente a seca e as cheias de 2007 e 2008. Além da província de Sofala, Nampula e Tete têm uma maior percentagem da população com alto nível de InSAN (14.6% em Nampula e 16.8% em Tete). Esta situação deve-se principalmente aos problemas causados pelo ciclone (Nampula) e pelas cheias (Tete).

² Um indicador “*proxi*” é um indicador indirecto. Neste caso o posse de bens indica o nível de pobreza/riqueza do AF.

Alguns distritos nas províncias de Manica e Inhambane também sofreram com cheias, o que se encontra reflectido na percentagem, acima de 10% dos AF (Manica 11.7% e Inhambane 11,6%) que tem altos níveis de InSAN aguda.

É interessante notar que apesar da província da Zambézia ter sido afectada pelas cheias nos últimos dois anos no vale do Zambeze, em termos percentuais, a província tem uma proporção menor de AFs severamente afectados do que as outras províncias (5.6%). Isto provavelmente reflecte os últimos três anos de produção e estabilidade económica na grande maioria dos distritos da província bem como as intervenções de resposta às cheias.

Os níveis INSAN crónico foram estimados utilizando os mesmos índices citados anteriormente, porém neste grupo de AFs:

- O consumo alimentar estava melhor do que no grupo “aguda”;
- Utilizou menos estratégias de sobrevivência extremas; e
- Não tem recursos para aliviar a situação no futuro.

c. InSAN por província

As províncias com altos níveis de InSAN crónica reflectem em grande medida os níveis de pobreza no país, sendo estes AFs não afectados especificamente, por calamidades naturais, mas com problemas severos estruturais de acesso alimentar. As províncias mais afectadas são Zambézia (35.6%), Tete (34.6%), Maputo (34.4%), Inhambane (29.5%). De referir que a média nacional de InSAN crónica é de 35% (*Estudo de Base de SAN do SETSAN de 2006*).

As províncias de Inhambane e Tete têm sofrido várias calamidades naturais nos últimos dez anos incluindo ciclones (Inhambane), cheias e secas prolongadas o que tem reduzido a capacidade de resposta dos AFs, aliado aos problemas de pobreza absoluta devido às baixas oportunidades de fontes de rendimento, baixa produção agro-pecuária, e aos crescentes problemas de HIV e SIDA em grande parte devido à tradição de mão-de-obra migratória para as minas na África do Sul e para o Zimbabwé³, levando a uma situação de InSAN crónica.

A província da Zambézia apresenta um quadro complexo em relação a SAN. Esta província foi menos assolada por calamidades naturais nos últimos dez anos em relação a Tete ou Inhambane, apesar de nos últimos dois anos alguns distritos (os do vale do Zambeze), terem sofrido cheias⁴.

Geralmente, a província tem boa produção e alto potencial agrícola. Porém, os indicadores socio-económicos, de saúde e nutrição, demonstram altos níveis de pobreza (45%), desnutrição crónica (41%), e HIV e SIDA (19%). Estes problemas estruturais são reflectidos nas altas percentagens de InSAN crónica (35.6%) que se podem verificar no Gráfico 1 onde cerca de 60% da população tem níveis de acesso alimentar razoáveis ou bons.

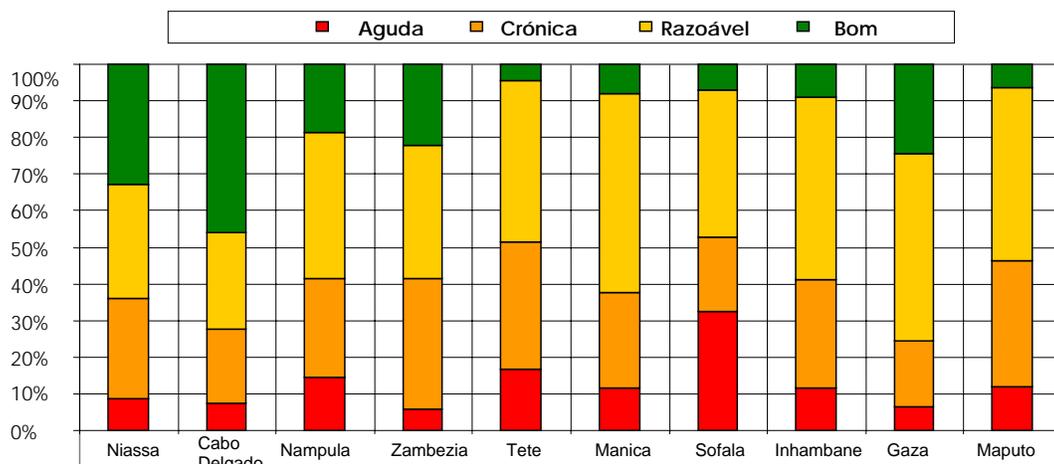
A província de Maputo tem altos níveis de InSAN crónica, tal como InSAN aguda. Cerca de 50% da população encontra-se com problemas de InSAN. A situação deve-se as chuvas irregulares que afectaram a produção agrícola nos últimos 5 anos, poucas fontes de rendimento alternativas, e os preços relativamente altos (ver gráfico 17 Preços) de produtos básicos. A província de Maputo é, também, afectada por HIV e SIDA e com altos níveis de trabalhadores emigrantes.

O gráfico 1 a seguir demonstra a distribuição dos AFs por categorias de InSAN em cada província. Como foi discutido nas secções anteriores as províncias de Sofala, Tete, Nampula tem os níveis mais altos de InSAN aguda. Gaza, Cabo Delgado e Niassa têm as maiores proporções de AFs com SAN razoável e boa.

³ Os mineiros e trabalhadores migrantes são considerados um dos grupos de alto risco para HIV e SIDA.

⁴ Os distritos de Morrumbala, Mopeia e Chinde foram os mais afectados pelas cheias de 2002, 2007/8

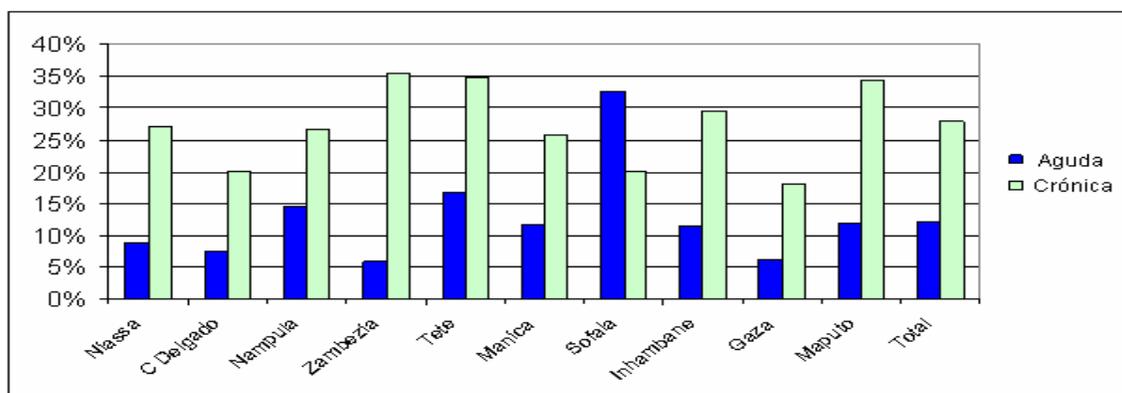
Gráfico 1: Níveis de InSAN por Província



Os níveis de razoável e bom foram estimados utilizando os mesmos índices citados anteriormente.

d. Número de pessoas vulneráveis a InSAN

Gráfico 2: Os Níveis de InSAN por Província



A tabela 1 ilustra os números e a localização de pessoas em InSAN (crónica e aguda). Informação mais detalhada sobre a distribuição dos AFs pode-se encontrar no anexo III.

O número de pessoas em risco foi calculado usando a percentagem de pessoas cujas formas de vida são mais vulneráveis, assentando em: *ganho-ganho*, remessas, produção e venda de produção própria, esmola, artesanato, ofertas, produção / vendas, artesanato, fabrico caseiro de bebidas e assistência alimentar.

Niassa e Cabo Delgado não apresentam pessoas com InSAN aguda pois não têm distritos numa situação considerada de má devido aos choques naturais, mas sim reflecte os factores demográficos a seguir referidos e problemas estruturais.

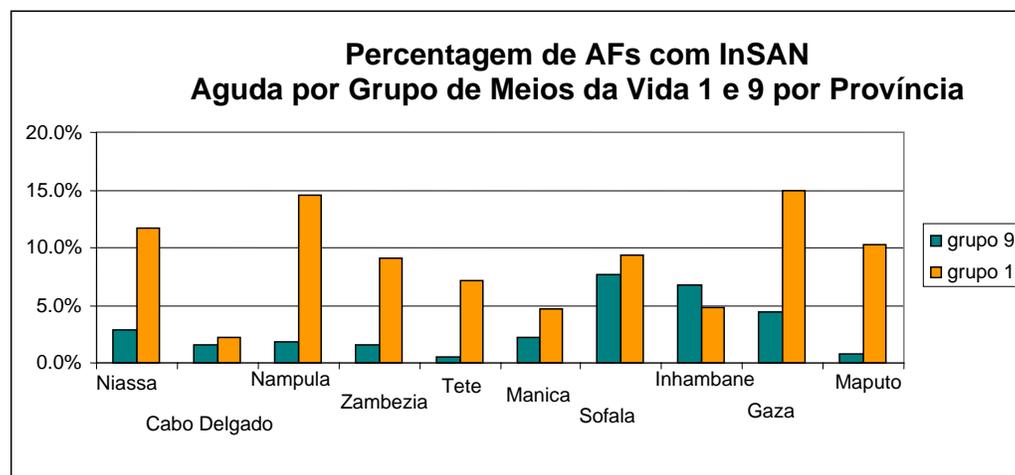
Tabela 1: Números da população em situação de InSAN			
	Aguda	Em risco	Crónica
Niassa		5,450	13,117
C.Delgado		3,819	17,605
Nampula	59,710	75,553	124,697
Zambézia	33,718	2,325	50,578
Tete	53,965	42,362	104,763
Manica	20,264	6,187	26,810
Sofala	86,108	47,976	60,858
Ibane	9,270	15,323	51,779
Gaza	17,169	35,182	51,468
Maputo	22,460	8,440	38,955
	302,664	242,617	540,630

e. Categorias de Formas de vida

Para refinação dos critérios de identificação dos AFs que precisam de assistência imediata usaram-se as características de formas de vida ou características demográficas. Ambos os tipos de categorização são sensíveis aos grupos de AFs por acesso alimentar.

Os dados indicam que os AFs mais afectados pela InSAN aguda correspondem a dois grupos com formas de vida muito vulneráveis (grupos 1 e 9). O grupo 1 depende principalmente de *ganho-ganho*, tem baixa produção e não tem outras fontes de rendimento⁵ e o grupo 9 depende de ofertas, *ganho-ganho* e ajuda alimentar⁶. 26% dos AFs do grupo 1 e 27% do grupo 9 encontram-se em necessidade de assistência imediata (*vide gráfico 3*).

Gráfico 3: Percentagem de AFs em situação de InSAN Aguda por Grupos de Forma de Vida 1 e 9 por Província

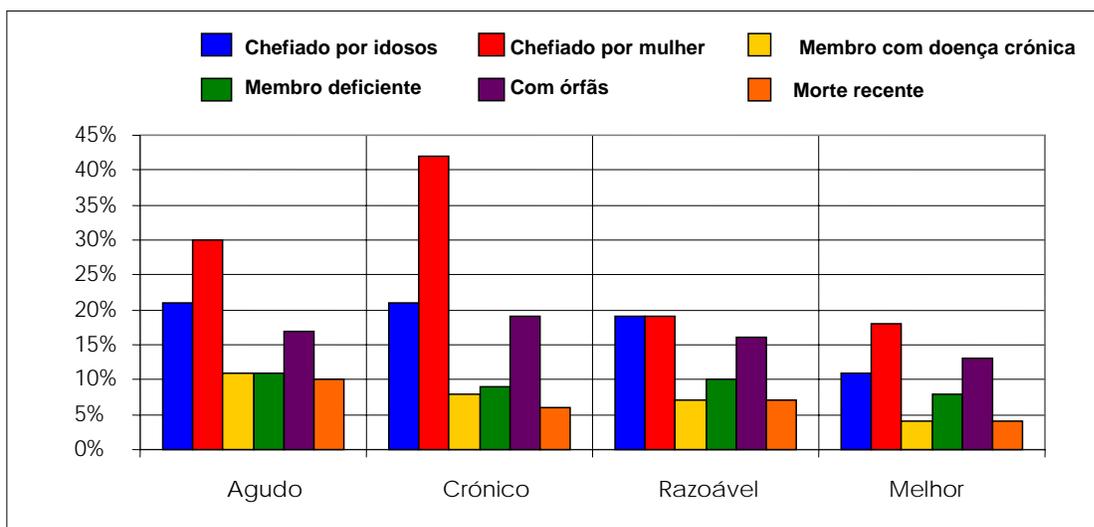


f. Categorias por características demográficas

Para análise dos AFs em InSAN aguda tomaram-se em consideração os seguintes tipos de AFs:

- AFs chefiados por idosos; por mulheres; e por crianças;
- AFs com membros; vivendo com deficiência; doentes crónicos;
- AFs com falecimento de um membro nos últimos 3 meses.

Gráfico 4: Grupos de SAN por categorias demográficos dos AFs



⁵ Este grupo de AFs corresponde o Grupo 1 e 9 do Estudo de Base de SAN do SETSAN de 2006.

⁶ Este grupo de AFs corresponde ao Grupo 9 do Estudo de Base de SAN do SETSAN de 2006.

Como está ilustrado no gráfico 4, os AFs chefiados por idosos e os chefiados por mulheres têm maior representação no grupo de AFs com InSAN aguda e crónica, com destaque para os chefiados por mulheres na categoria de baixo acesso crónico alimentar (42%). Em ambos os grupos a presença de órfãos é mais prevalente do que nos grupos de AFs sem problemas alimentares (17% Agudo e 19% Crónico). Além disso a percentagem de AFs em InSAN aguda com morte recente na família é mais alta em comparação com as outras categorias de AFs (10% aguda, 6% crónica, 7% razoável e 4% Melhor).

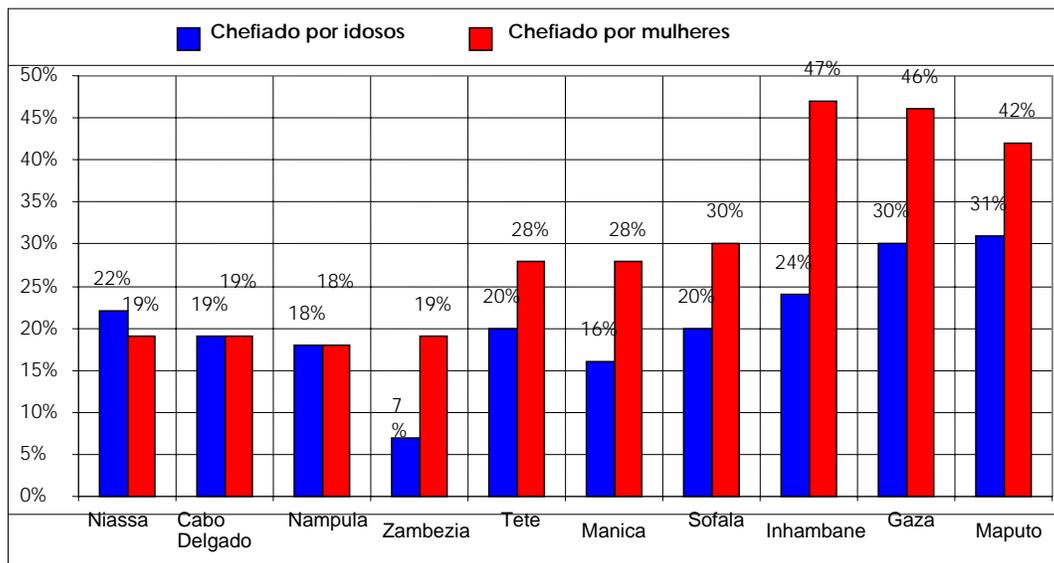
As correlações entre os indicadores acima citados podem ser explicados devido aos problemas de stress social adicional causados pelos diferentes factores demográficos, tais como, presença de órfãos ou AFs chefiados por mulheres.

Portanto, em geral os indicadores de AFs chefiados por idosos ou por mulheres e a presença de órfãos podem ser considerados como um possível critério de identificação de beneficiários para os programas de assistência.

Deve-se notar que a distribuição dos AFs por características demográficas no país tem um padrão muito distinto (ver gráfico XX). Nas províncias do sul do país a proporção de AFs chefiados por mulheres é muito alta, chegando a 47% na província de Inhambane, menos alta nas províncias centrais com cerca de 30%, e muito menos prevalente no norte com menos de 20% dos AFs chefiados por mulheres.

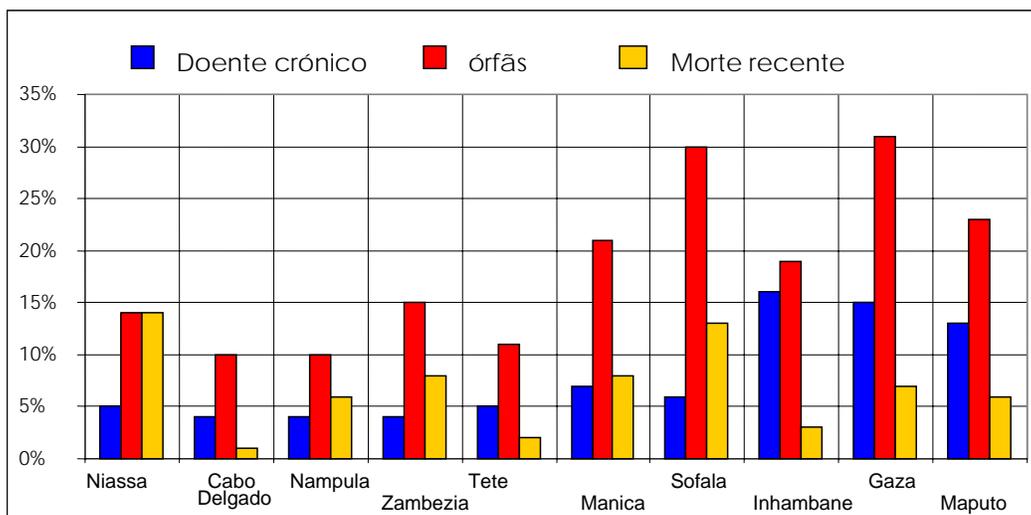
A dispersão é menos acentuada em termos de AFs chefiados por pessoas idosas, mas continua a mostrar as mesmas tendências com a mais alta percentagem na província de Maputo (31%), a mais baixa na província da Zambézia (7%) e as restantes províncias do centro e norte com cerca de 20% dos AFs nesta situação.

Gráfico 5: Padrão Demográfico por tipo de Chefia Familiar por Província



Em adição, a dispersão provincial de AFs com crianças órfãs também têm um padrão distinto que em grande medida segue os níveis de prevalência de HIV e SIDA no país. As províncias de Sofala, Gaza, Maputo e Manica têm altos níveis de AFs com órfãs. Ver gráfico 6 a seguir.

Gráfico 6: Categorias Demográficas ligadas ao HIV e SIDA

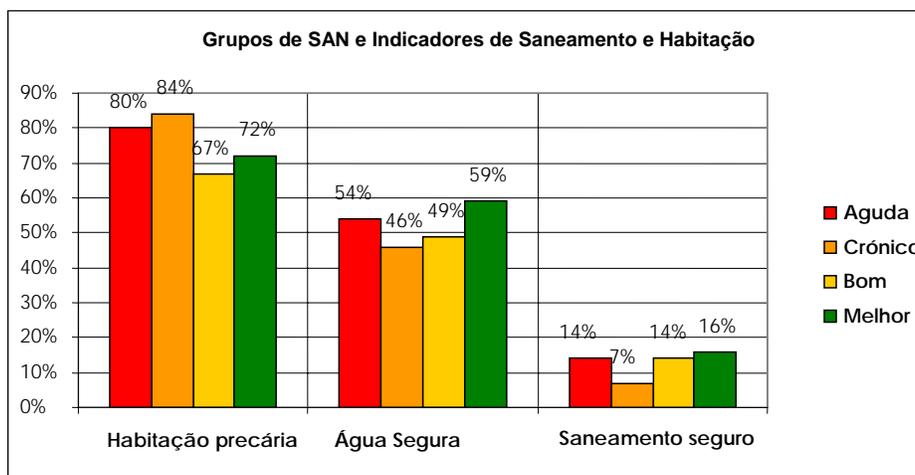


Uma nota final sobre a dispersão demográfica das categorias de AFs, é que a província de Niassa está a demonstrar características mais típicas de uma província com altos níveis de HIV e SIDA do que uma província com os baixos níveis de prevalência segundo consta na estatística nacional (8%). Por outro lado, o Estudo de Base de SAN 2006, também mostrou tendências semelhantes por isso há necessidade de se investigar se há uma sub identificação de casos de HIV em Niassa devido à falta de serviços ou sensibilização⁷.

g. SAN e factores de habitação e saneamento

Foi realizada uma análise para verificar se existe uma relação entre os indicadores de habitação, água e saneamento seguros e os grupos de SAN. Apenas no caso de má habitação existe uma relação clara, os AFs com InSAN aguda e crónica vivem em condições más de habitação. Se considerarmos a habitação como um indicador de nível socio-económico dos AFs, os resultados obtidos no gráfico abaixo mostram coerência com os altos níveis de InSAN.

Gráfico 7: Grupos de SAN e Indicadores de Saneamento e Habitação



⁷ Hipoteticamente Niassa pode ser uma província de alto risco dada a sua proximidade com o vizinho Malawi que apresenta altos índices de seroprevalência e ainda, por ser atravessada pelo corredor de Nacala.

h. InSAN e acesso aos serviços de saúde.

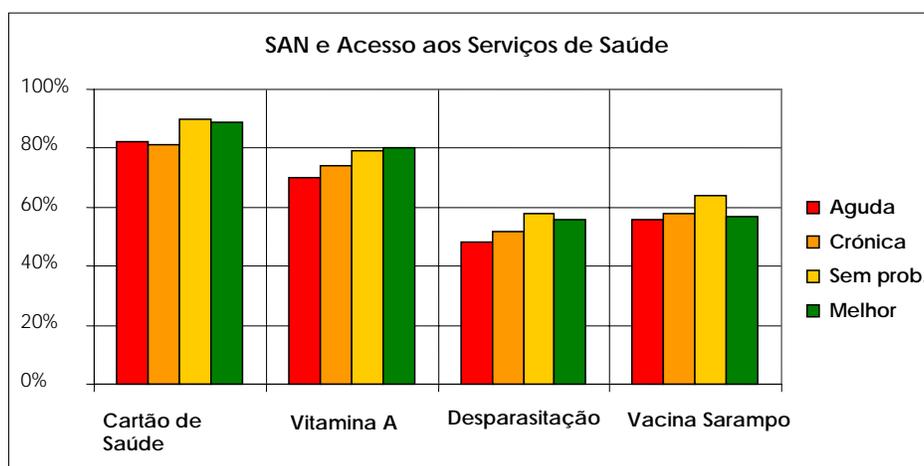
Comparando os indicadores de saneamento e água, existe uma clara relação estatística entre os AFs com altos níveis de InSAN (aguda e crónica) e acesso aos serviços sanitários. Como está ilustrado no Gráfico 8 a seguir, por cada uma das áreas de acesso aos serviços de saúde estabelecidos, nomeadamente, posse de cartão de saúde, suplementação de Vitamina A, criança desparasitada e a vacina de sarampo completa, os AFs em InSAN aguda ou crónica tem menos acesso aos serviços de saúde.

Verificar-se também que a falta de acesso aos serviços de saúde está relacionada com o estado Socio-económico dos AFs que foi medido utilizando o índice de recursos.

Dado que em princípio os custos relacionados com os aspectos preventivos de saúde são baixos é necessária maior exploração dos factores que estão a influenciar negativamente a utilização dos serviços. Uma explicação pode ser que quando o nível de InSAN atinge um nível extremo os AFs têm que priorizar o tempo e as despesas familiares na procura de formas de acesso ao alimento, em detrimento de quaisquer outras despesas ou formas de usar o tempo (por exemplo em vez de usar uma manhã para ir o Centro de Saúde as mães vão trabalhar no *ganho-ganho* para adquirir alimentos).

Outro factor que pode ter uma influência no uso dos serviços de saúde, que não foram explorados nos inquéritos de vulnerabilidade, pode ser, a distância dos AFs mais pobres dos serviços de saúde e/ou discriminação ou auto discriminação dos AFs mais pobres e carentes em relação ao acesso aos serviços.

Gráfico 8: SAN e acesso aos serviços de saúde



i. Consumo Alimentar a Nível dos AFs

O indicador de consumo alimentar mostra o acesso dos AFs a uma alimentação adequada é classificado de baixo, moderado, e adequado. As províncias de Tete, Manica, Sofala e Inhambane têm maiores percentagens; abaixo de 20% de AFs com baixo consumo e cerca de metade dos AFs com baixo ou moderado consumo alimentar.

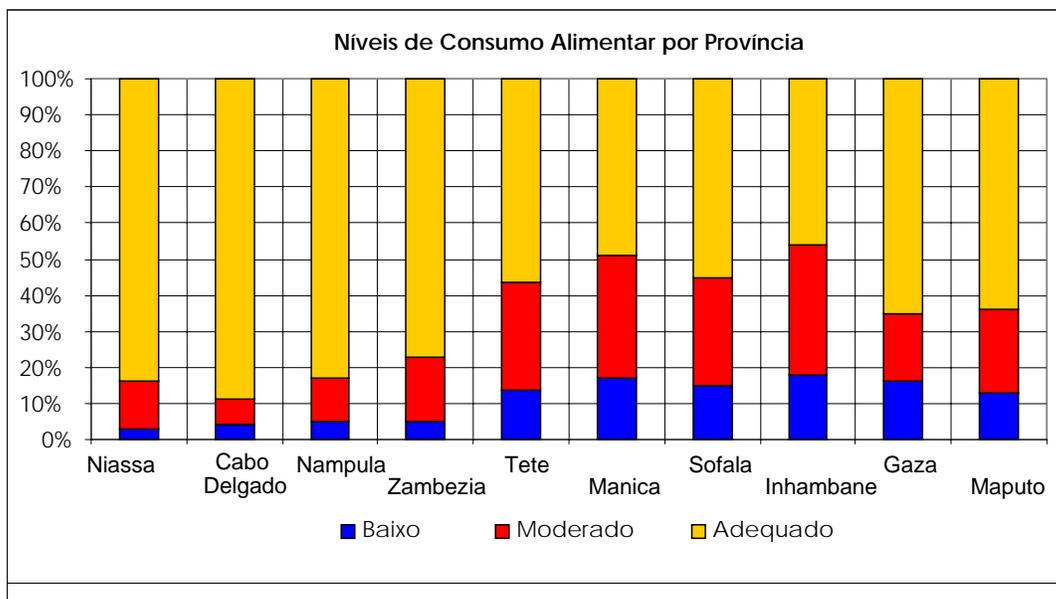
Inhambane foi das províncias com mais altas percentagens de dieta alimentar inadequada, cerca de 20% no Estudo de Base de SAN 2006, situação que se repete em 2008, indicando assim que continua a ser uma das províncias com maiores problemas alimentares agudos e crónicos no país.

Apesar de Gaza e Maputo terem altas percentagens de baixo consumo, estas províncias tem também maiores percentagens com consumo adequado, mais de 60%, isto indica a disparidade de acesso aos alimentos nestas províncias.

A situação em Gaza e Maputo reflecte a complexidade dos sistemas de remessas e remuneração encontrados no sul do país, que, por um lado, estimula o mercado para um consumo mais variado, mas por outro lado, quando há problemas com as fontes de rendimento (morte ou doença de mineiros, falta de trabalho seguro nos países vizinhos etc) ou subida nos preços dos alimentos básicos motiva a redução drástica do poder de compra para garantir uma boa qualidade de dieta.

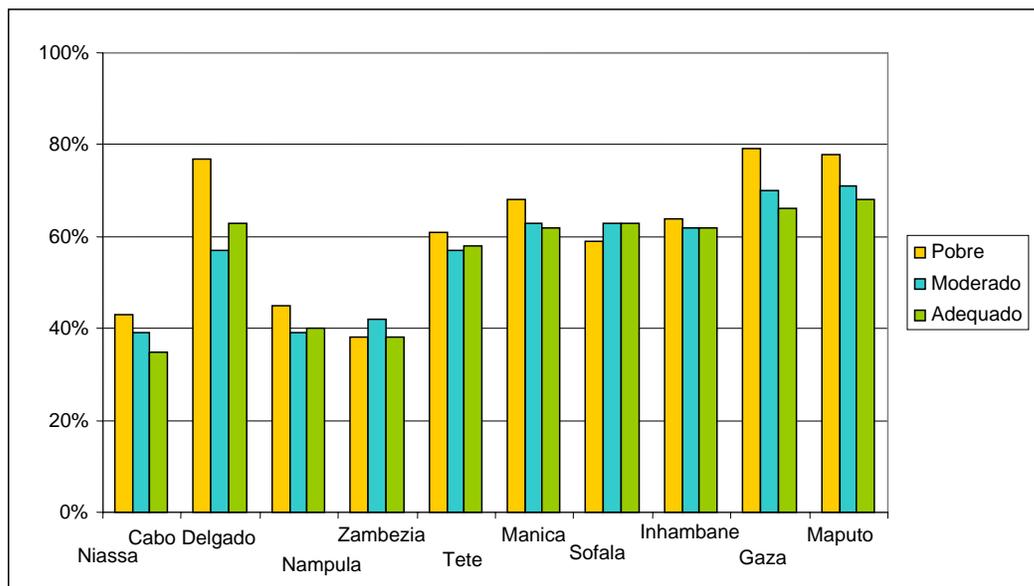
É interessante notar que as províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula e Zambézia têm altos níveis de consumo adequado, ao contrário dos padrões encontrados no Estudo de Base SAN 2006. Isto pode reflectir uma melhoria na situação socio-económica dos AFs destas províncias, menor dependência dos mercados para alimentos básicos bem como o impacto dos programas intensivos de educação nutricional maior acesso aos serviços básicos de saúde e de assistência humanitária que têm sido realizados nestas províncias.

Gráfico 9: Níveis de Consumo Alimentar Familiar por Província



O gráfico a seguir apresenta dados sobre despesas alimentares de grupos de AFs classificados de baixo, moderado e adequado. Na maioria das províncias os AFs com o mais baixo nível de consumo alimentar gastam uma maior proporção dos seus rendimentos na alimentação, sendo as províncias de Sofala (60%) e Zambézia (37%) uma excepção pois os AFs com mais baixo consumo gastam menor proporção em alimentos. Isto pode reflectir o peso da assistência alimentar nestas províncias devido as cheias.

Gráfico 10: Proporção de Despesas Alimentares por Grupo de Consumo Alimentar por Província



j. Fontes de Alimentos

O Gráfico 11 sobre Fontes de Alimento a seguir, mostra que apenas na província de Gaza a “compra” consta como uma fonte de alimentação familiar significativa. Se relacionarmos isto com os dados acima citados podemos concluir que apesar de a compra de alimentos ser o principal gasto para os AFs, como fonte de alimento, continua a ter uma importância bastante reduzida nas populações rurais.

Levando esta conclusão para mais além, podemos concluir que um dos factores que eleva os níveis de consumo baixo ou moderado é a falta de recursos para garantir uma dieta diversificada, que não depende apenas da produção própria, mas também do acesso ao mercado para a compra por exemplo, de óleo, açúcar, peixe e carne.

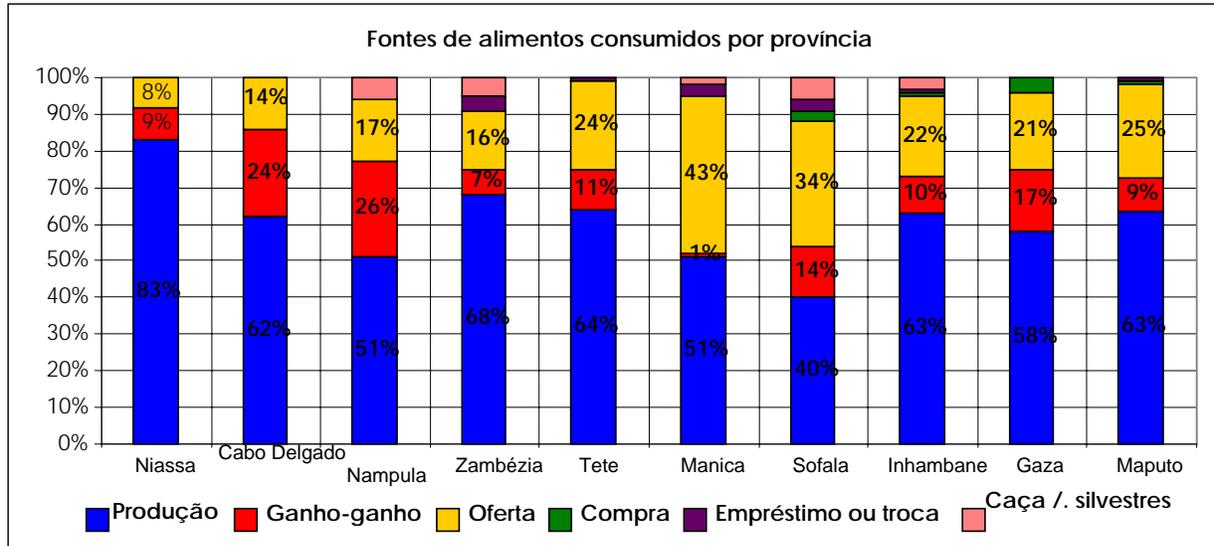
É importante notar que em todas as províncias, com excepção de Sofala, a principal fonte de alimentação é a produção própria, da qual depende grande parte dos AFs nas zonas rurais.

Na província de Sofala, a oferta tem menos peso, o *ganho-ganho*, são fontes importantes de alimentação, porém em Nampula a relação é contrária, com o *ganho-ganho* a segunda fonte mais importante seguido por ofertas.

Dado que o inquérito concentrou-se em termos de amostra nos distritos mais afectados por calamidades naturais, a análise em Nampula pode reflectir a perda das colheitas numa zona restrita, mas não afectou todas as áreas agrícolas, permitindo assim que os AFs com problemas alimentares possam praticar *ganho-ganho* para suplementar a dieta familiar. Alternativamente a situação em Nampula pode estar a ilustrar uma tendência de maior especialização em trabalho agrícola na província, em que algumas famílias estão a praticar “*ganho-ganho*” como a sua principal ocupação⁸. Em Sofala a análise provavelmente reflecte a problemática das cheias e a concentração de ajuda alimentar (oferta) nestas zonas.

⁸ Para verificar se esta tendência é substanciada seria necessário mais pesquisa detalhada sobre as fontes de rendimento em Nampula

Gráfico 11: Fontes de Alimentos dos AFs por Província



As províncias de Nampula (7%), Zambézia (5%), Sofala (7%) e Inhambane (3%) mostram que o consumo de frutas silvestres ou caça é uma fonte significativa de alimentação. Isto pode ser um sinal de InSAN, dado que estas províncias, com a excepção da Zambézia, têm, também, altos níveis de InSAN aguda. Por outro lado o uso exacerbado dos recursos naturais pode conduzir a uma acelerada degradação ambiental a médio prazo.

A fraca representatividade de compras como fonte de alimentos pode ser explicada pelo facto de o inquérito se ter realizado durante o período da colheita na maior parte das províncias e cobrir apenas o meio rural. Sendo natural que mesmo nas províncias deficitárias ainda estivessem a consumir alimentos da própria produção, uma vez que 70% dos AFs, na altura de inquérito, tinham alguma reserva alimentar (vide gráfico 12).

O estudo realizado recentemente pelo Banco Mundial sobre os preços dos alimentos e mercados, com dados do IAF apoia muitas das conclusões que se apresentam neste relatório. As principais conclusões do estudo do BM foram:

Caixa 2: Impacto de aumento dos preços de alimentos e combustíveis nas populações rurais e urbanas.

Principais Mensagens do Estudo sobre Preços de Alimentos e Combustível. Banco Mundial 2007

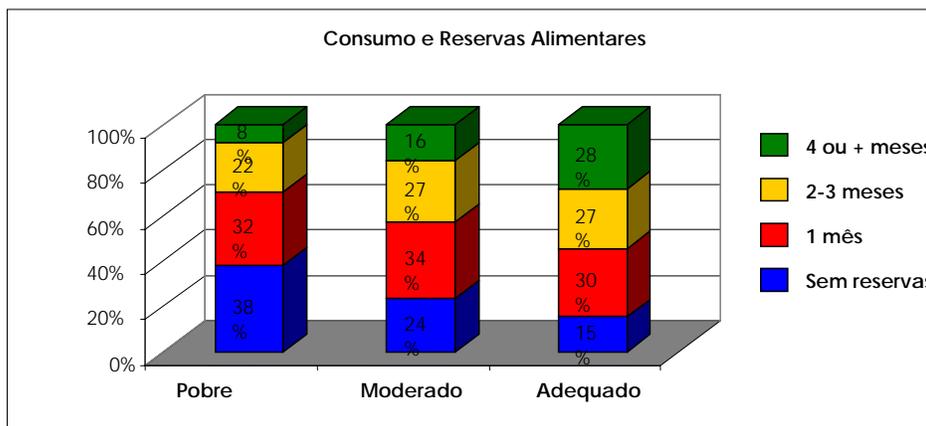
- Os Alimentos são muito importantes no consumo e despesas dos AFs
- A produção própria de alimentos é particularmente importante, especialmente nas zonas rurais
- As Zonas rurais pobres, do norte/centro são muito mais dependentes da produção própria; Estas zonas estão isoladas de choques de preços externos
- Há impactos negativos em todas as zonas urbanas e áreas rurais do sul (no curto prazo) devido aos aumentos de preços
- Em geral, as áreas rurais são beneficiárias dos aumentos em preços dos alimentos e as urbanas perdedoras
- A cidade de Maputo e zonas urbanas do sul são as mais afectadas pelos aumentos de preços alimentares

Fonte: Banco Mundial, Maputo, Maio 2008

k. Consumo e reserva alimentar ao nível dos AFs

Como foi visto no gráfico anterior a maior parte dos AFs depende da produção própria para alimentação. Os dados sobre a reserva alimentar providenciam mais evidência sobre esta relação. O gráfico 12 ilustra que os AFs com os mais baixos níveis de consumo (pobre) também têm os níveis de reserva alimentar mais baixos.

Gráfico 12: Consumo e Reservas Alimentares



A reserva alimentar mais baixas, menores ou iguais a um mês encontram-se nas províncias de Maputo, Sofala, Gaza e Nampula.

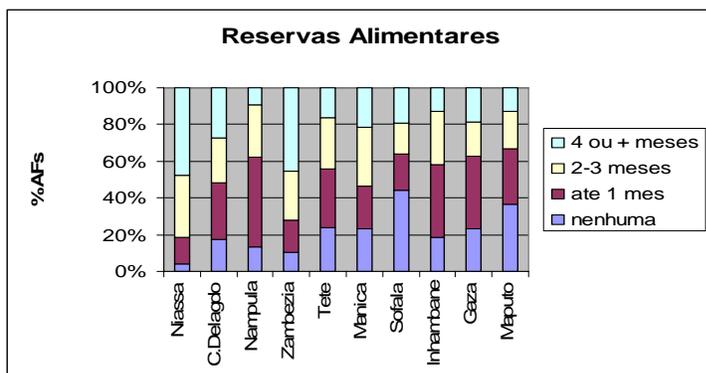
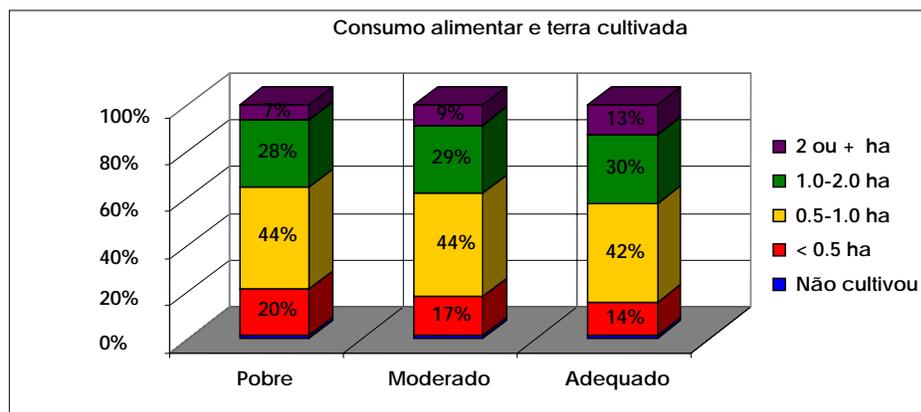


Gráfico 13: Reservas Alimentares

Porém é interessante notar que não há uma relação simples entre o tamanho da machamba cultivada e os níveis de consumo (como esperado), em cada uma das categorias de consumo, nomeadamente, pobre, moderado e adequado têm AFs com diferentes tamanhos de machambas, sem uma diferenciação significativa entre o grupo de AFs que têm uma alimentação adequada e uma

alimentação pobre.

Gráfico 14: Relação de consumo e terra cultivada

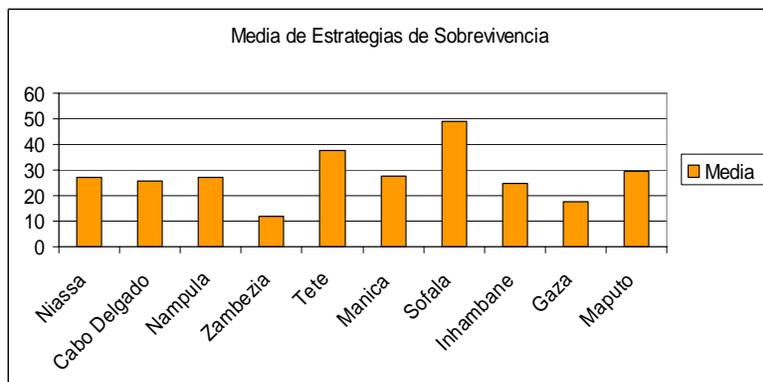


Os dados não mostram uma relação clara e directa entre o consumo alimentar e o tamanho da área cultivada.

I. Estratégias de sobrevivência

Como foi referido na primeira secção da análise o índice de estratégias de sobrevivência é principalmente utilizado, junto às outras medidas, para identificar os níveis de stress dos AFs para análise de SAN.

Gráfico 15: Índice de Estratégias de Sobrevivência por Província



A análise das estratégias de sobrevivência mostra claramente que os AFs da província de Sofala estão a utilizar mais estratégias de sobrevivência, quer dizer com mais frequência e maior severidade, do que os AFs nas outras províncias, seguida da Província de Tete.

As constatações sobre as estratégias de sobrevivência são coerentes com os outros

indicadores onde ambas as províncias de Sofala e Tete estão a enfrentar problemas de InSAN aguda e crónica.

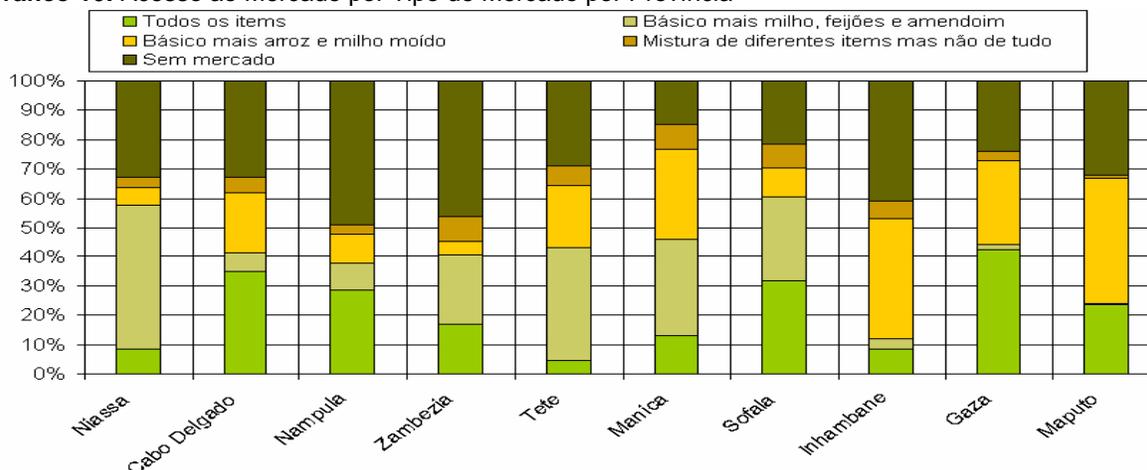
m. Mercados

Do total, 64% dos AFs tiveram acesso a pelo menos um mercado, portanto mais do que um terço da população não tem acesso regular a um mercado. Em termos de acesso por província, os AFs em Manica têm melhor acesso (85%), seguida por Sofala (78%) e Tete (71%). As províncias com menos mercados funcionais foram Nampula (51%) e Zambézia (54%). Ver gráfico 16. Estas constatações são interessantes dado que ambos Nampula e Zambézia são províncias com altos níveis de produção agrícola e maior densidade populacional.

Além da análise simples sobre acesso ou não ao mercado, os mercados foram analisados segundo os produtos disponíveis e estatisticamente agrupados em 5 categorias de mercados, nomeadamente:

- Mercados com todos os itens;
- Mercados com itens básicos mais arroz e farinha de Milho;
- Mercados com itens básicos mais milho em grão, feijão e amendoim;
- Mercados com uma mistura de itens, mas não todos os itens; e
- Sem acesso ao mercado.

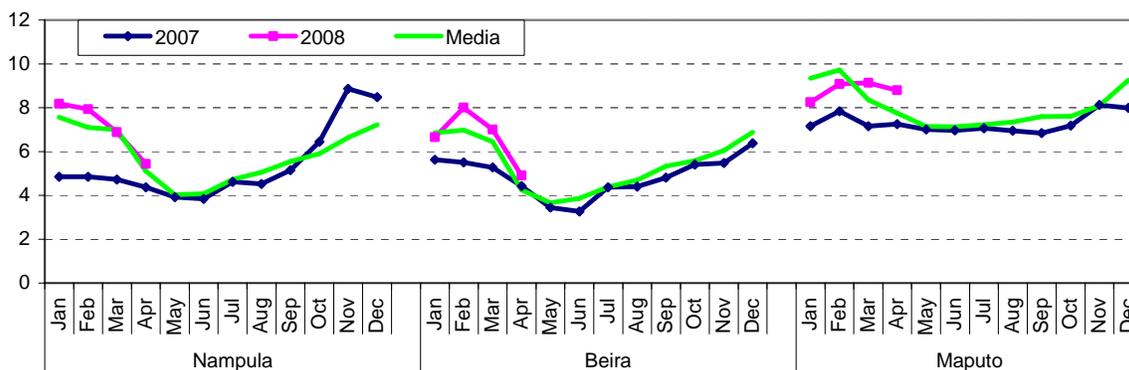
Gráfico 16: Acesso ao Mercado por Tipo de Mercado por Província



As províncias de Gaza e Cabo Delgado têm maior acesso aos mercados com todos os produtos, seguido por Sofala e Nampula. Porém como pode ser visto no gráfico X, Nampula também tem uma grande proporção de AFs sem acesso a um mercado funcional. Os mercados no sul do país tem maior probabilidade de ter alimentos básicos processados, tais como arroz e farinha de milho, enquanto que as províncias de Niassa, Tete, Manica e Zambézia têm mercados com itens básicos mais os alimentos produzidos localmente, tais como, feijão, milho em grão e amendoim. É interessante notar que na província de Cabo Delgado, onde a colheita da primeira época estava atrasada, os mercados com produtos locais estavam muito fracos. Deve-se ter maior informação sobre a permanência dos mercados e a estabilidade de mercadoria – os dados do inquérito indicam que existe uma certa flexibilidade e espontaneidade na criação de mercados que deve ser explorado no desenho de estratégias de assistência para as populações necessitadas.

Os preços dos produtos alimentares básicos, nomeadamente milho, amendoim, feijões e batata-doce, estão a diminuir. Desde Janeiro a Fevereiro de 2008, nos mercados de referência do norte, centro e sul do país os preços estão a diminuir como resultado das colheitas da presente campanha agrícola 2007/08 (*vide Gráfico 17*). Os mercados do centro e norte do país, geralmente são abastecidos pela produção local enquanto que Maputo é principalmente abastecido pelas zonas centro e norte do país. Apesar do decréscimo dos preços seguindo a curva de sazonalidade, em Abril de 2008, os preços nos três mercados de referência estavam acima dos praticados no mesmo período do ano passado e também da média.

Gráfico 16: Preços reais a retalho de milho nos mercados de referência em MTs por Kg



Fonte: SIMA

Os preços no sul do país, com Maputo como mercado de referência, são relativamente altos comparados com o ano passado e com a média, o que reflecte uma maior procura do milho como consequência da subida do preço do arroz.

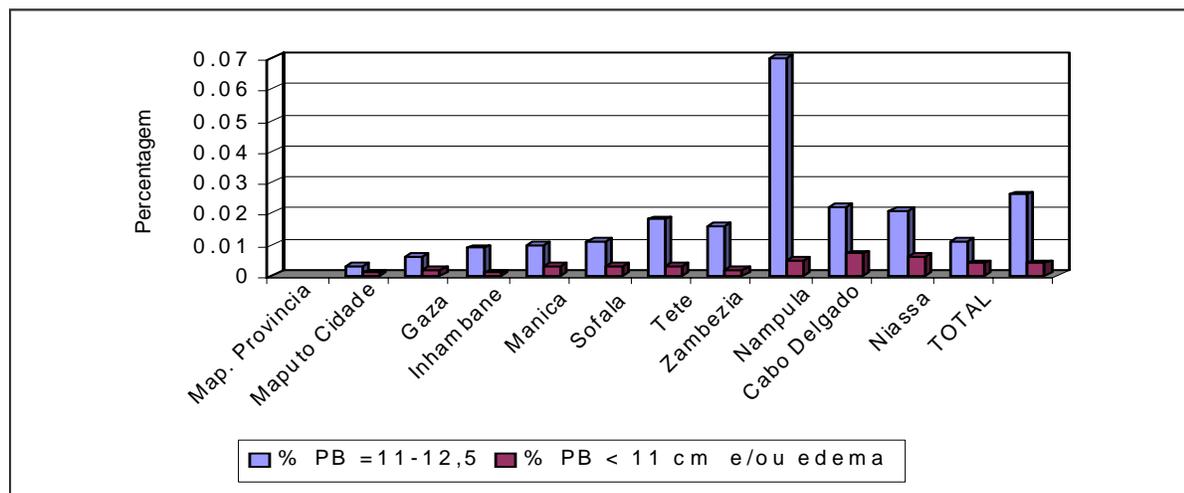
Actualmente, a maior parte do milho disponível nos mercados do sul é proveniente das zonas de produção no centro e norte do país e o SIMA (Sistema de Informação de Mercados Agrícolas) indica que o milho sai das zonas excedentárias para os diferentes mercados apesar dos mercados locais do sul continuarem bem abastecidos desde o início das colheitas. O fluxo e volume do milho das zonas de produção irá determinar a variabilidade do preço durante o ano comercial até à conclusão das colheitas.

Os preços no país estão a reduzir, acompanhando a sazonalidade normal. Contudo podem começar a subir mais cedo do que o normal, em Julho, se a tendência nacional acompanhar os níveis internacionais, como é de esperar, a subida poderá ser superior à prevista, pois os consumidores de arroz poderão optar pelo consumo de milho incrementando a procura.

n. Saúde e Nutrição

Durante a Semana Nacional de Saúde da Criança, realizada no período de 31 de Março a 4 de Abril, um total de 2.411.329 crianças, constituindo 70,5% do grupo alvo, foram triadas através do Perímetro Braquial (PB) para avaliação do seu estado nutricional.

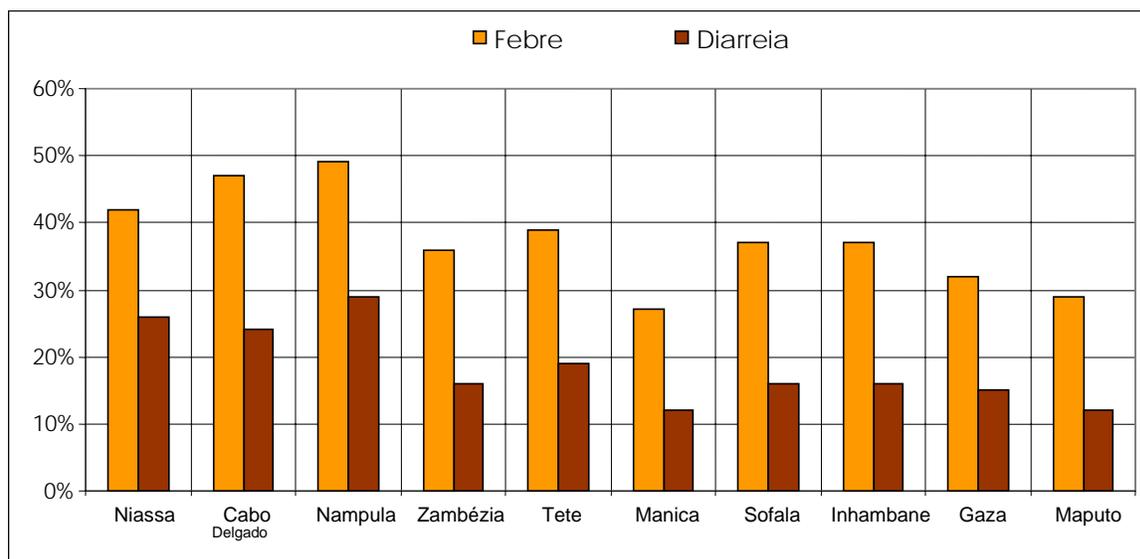
Gráfico 17: Triagem através do Perímetro Braquial (PB)



Entre elas 63.562 (2,1%), apresentaram PB entre 11,5 – 12,5cm e assim, foram consideradas como tendo desnutrição moderada. Outras 9,384 crianças (0,4%) apresentaram PB <11,0 cm com a presença ou ausência de edema, e foram referidas para o internamento a fim de receberem o tratamento adequado da desnutrição aguda grave.

Em relação a administração de Mebendazol, durante a SNSC, foram 1.934.474 crianças, representando cerca de 68%.

Gráfico 18: Relação diarreia e febre



Por outro lado, no presente estudo da vulnerabilidade à InSAN, os dados recolhidos mostram que os índices de morbilidade infantil (febres e diarreia) são mais altos nas províncias do norte do país (gráfico 19), mas pode-se considerar os índices de febres muito altos em todo o país, com cerca de um terço das crianças com febres nas duas semanas anteriores ao inquérito.

Os gráficos 19 e 20, mostram que tanto a diarreia como a febre tem uma relação com os indicadores de habitação, água e saneamento, pobreza e HIV.

o. Morbilidade e habitação e saneamento

Os níveis de diarreia e febres são mais altos nos AFs com má qualidade de habitação, água não segura, mau saneamento e sem rendimentos familiares. Também, o indicador proximi de HIV mostra uma relação com diarreia e febres.

Gráfico 19: Relação com febres nas crianças

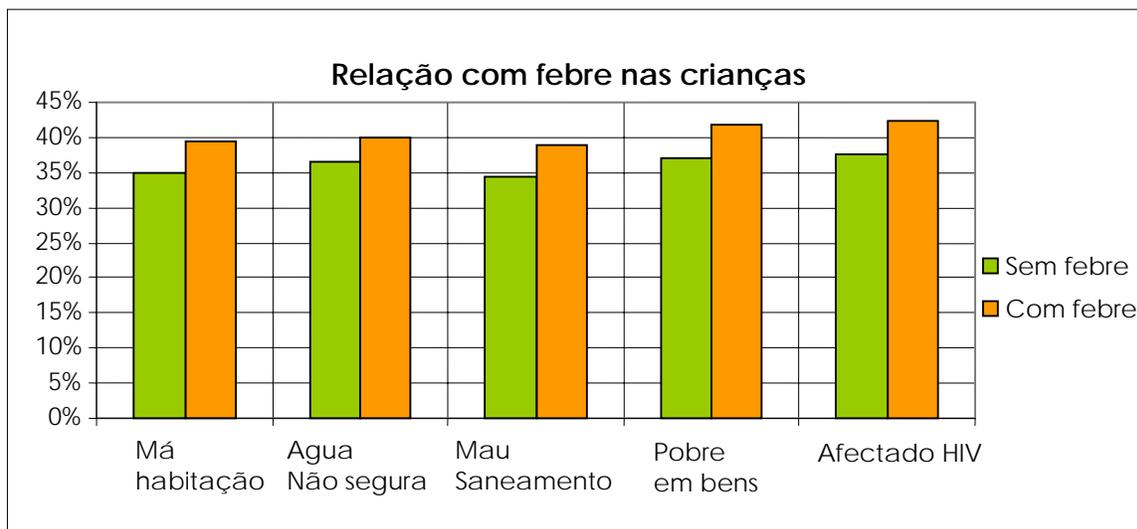
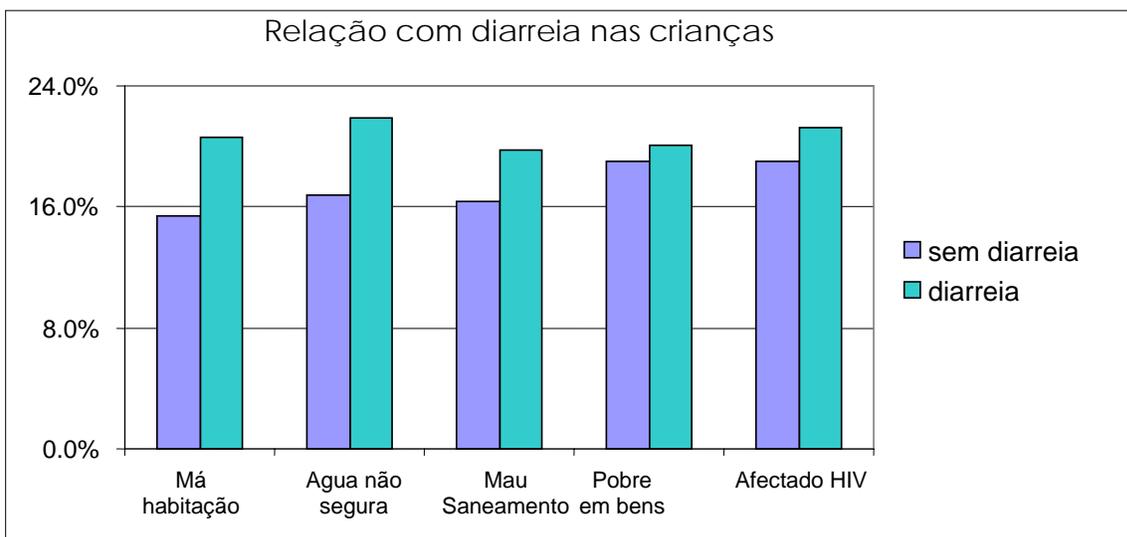


Gráfico 20: Relação com diarreias



p. Acesso aos serviços de saúde

Os três gráficos a seguir apresentam dados dos indicadores proximi de acesso aos serviços de saúde, nomeadamente, suplementação com vitamina A, vacinação contra sarampo e desparasitação.

Foram identificadas as seguintes relações:

- A má qualidade de habitação está relacionada com os AFs que têm menos acesso aos serviços de saúde;
- O facto de os AFs terem baixos níveis de recursos também é relacionado ao baixo acesso aos serviços de saúde; e
- Os outros três indicadores de água e saneamento, e o proximi indicador de HIV, não têm relação consistente com os indicadores de acesso.

Gráfico 21: Suplementação com vitamina A

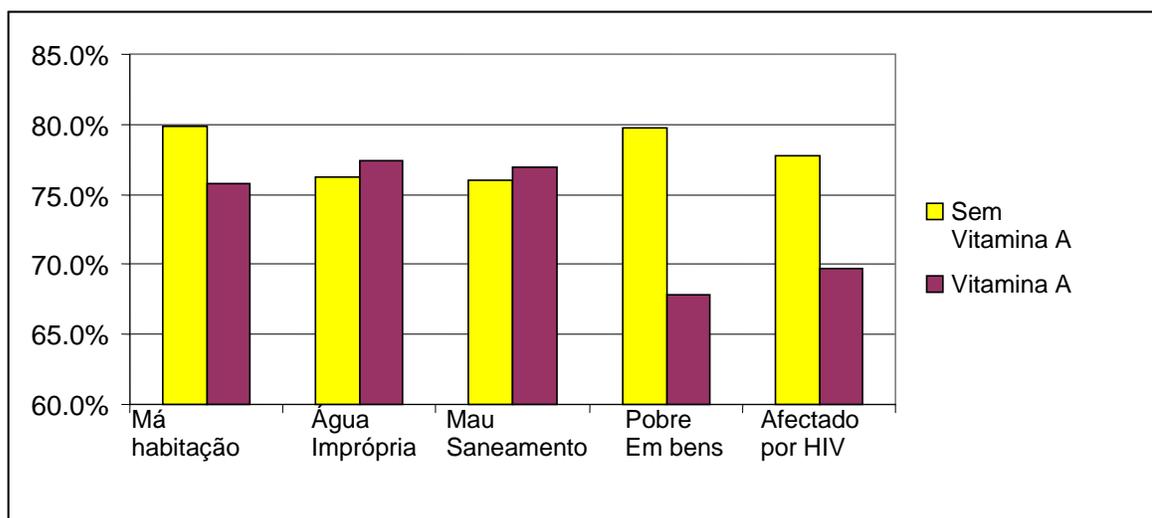


Gráfico 22: Vacinação contra sarampo

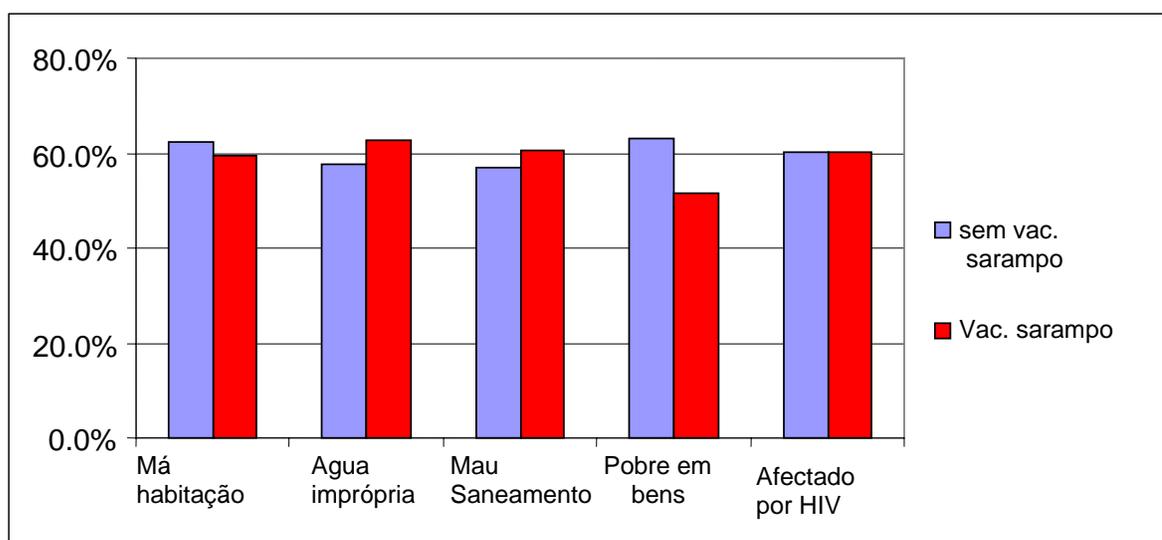
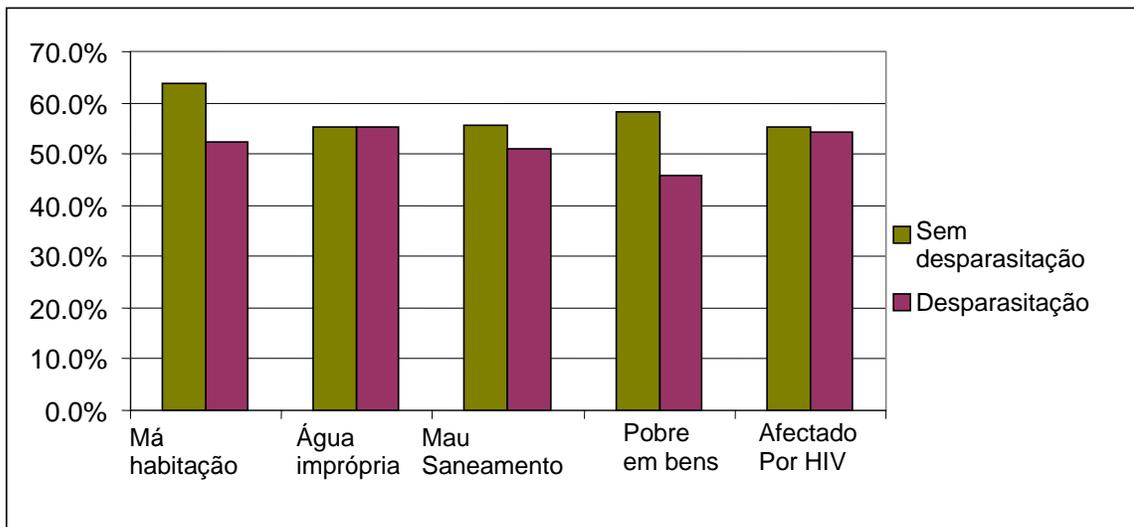


Gráfico 23: desparasitação

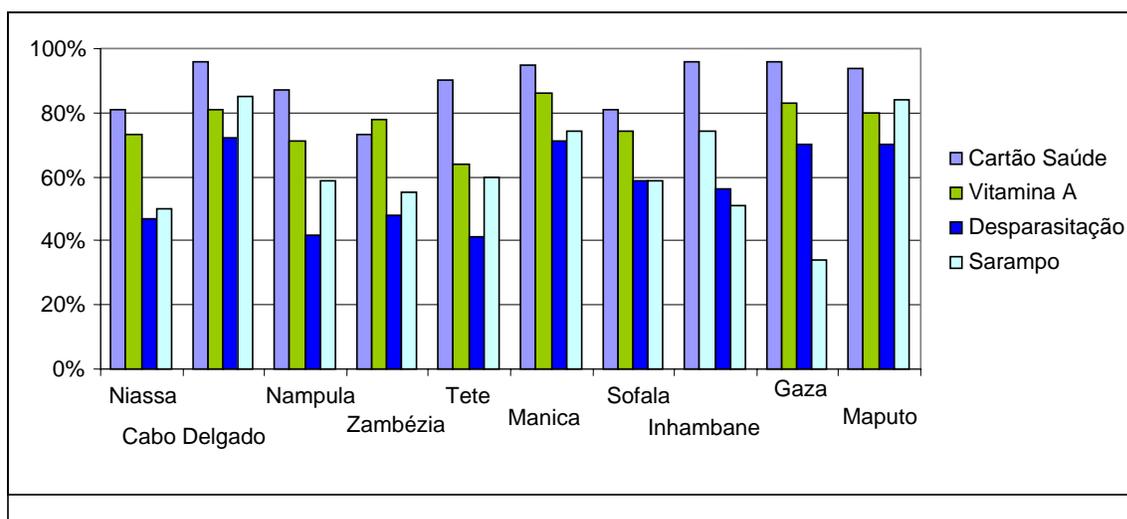


Sarampo

Embora grandes avanços tenham sido alcançados para aumentar a cobertura de vacinação em Moçambique, ainda há espaço para melhorias. As taxas de cobertura do Programa Alargado de Vacinação (PAV) continuam em volta de 75% no País, embora havendo enormes diferenças regionais. Os nossos dados indicam que:

A província de Zambézia tem a mais baixa cobertura de cartão de saúde, inferior a 80% e é a província com mais baixos índices de cobertura de vacina contra sarampo e desparasitação. A província de Gaza tem níveis extremamente baixos de vacinação contra sarampo (34%), enquanto os níveis dos outros indicadores são razoáveis. A província de Cabo Delgado mostra bons níveis de cobertura em cada um dos parâmetros.

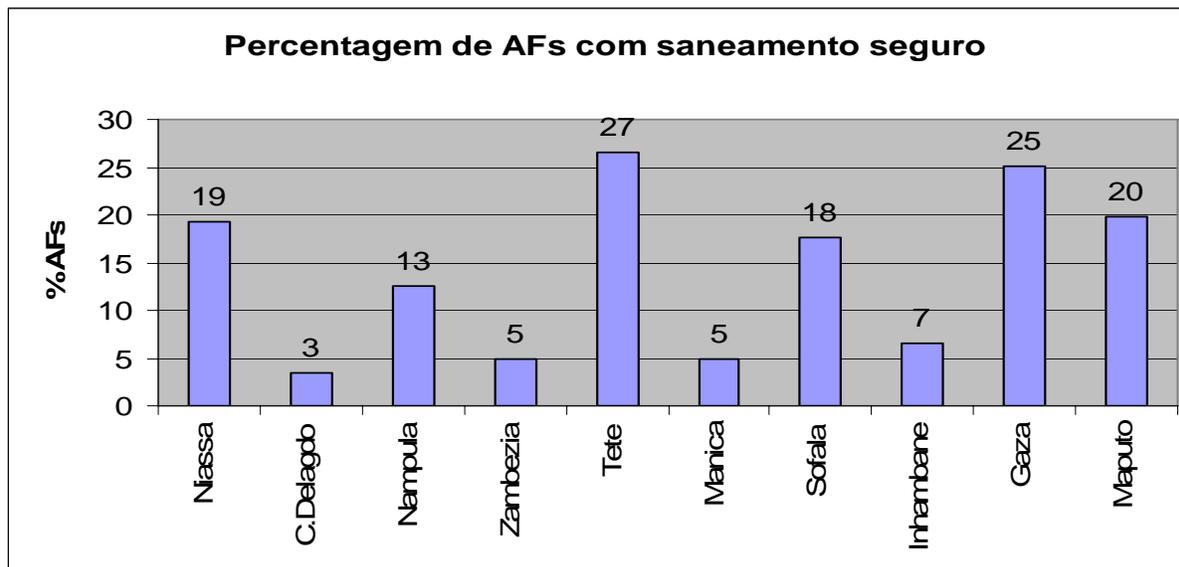
Gráfico 24: Acesso aos Serviços de Saúde por Província



q. Água e Saneamento

O levantamento revelou que a situação de saneamento continua crítica. Em relação à água apesar das intervenções nas cheias de 2007/8, que deve ter melhorado a situação nas províncias de Zambézia e Sofala, as províncias de Nampula, Zambézia, Tete e Inhambane continuam com menos de 50% da população com acesso a uma fonte segura de água.

Gráfico 25: Cobertura Provincial de Saneamento Seguro



5. INTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE O PERÍODO DE EMERGÊNCIA

As acções de resposta começaram em Dezembro com o início das cheias na bacia do Save e prosseguem para recuperação dos AFs até ao momento. Entre as várias actividades realizadas há a salientar:

- As operações de busca e salvamento;
- A distribuição de bens alimentares e não alimentares aos afectados, entre outras.

Tabela 2: Acções de resposta nas zonas afectadas

Província	Material escolar				Fontes de água construída	Latrinas const.		
	Tendas Distrib	Kits alunos	Kits profes Distrib	Kits escolas		Familiares	Comunit.	Lages
Sofala	30	35,491	321	69	54	703	171	150
Manica	6	2,200	60	7	7	151	122	0
Zambézia	38	14,304	57	36	66	2,768	446	400
Nampula								
Niassa								
Tete	10	22,046	130	35	57	979	1,094	742
Inhambane	2	4,000	50	10	2	325	141	20
Total do país	86	78,041	618	157	186	4,926	1,974	1,312

Fonte: INGC

Para além das acções constantes nas tabelas há a realçar a distribuição de produtos para o

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

29

Av. das FPLM nº 2698 – (Recinto do IIAM - Pavilhão Novo)

Tel: +258 21 461873 Tel/Fax: +258 21 462403 Cell: +258 82 3021717 – Maputo – Moçambique

www.setsan.org.mz

tratamento da água entre cloro e certeza, a disponibilização de 29.125 redes mosquiteira, 1.660 barras de sabão, 24 tanques de água.

Os diferentes sectores, relatam o seguinte:

1. **Educação:** Mais de 88.000 kits de aprendizagem e 200 kits escolares, 1.100 kits para professores e 70 tendas escola foram distribuídas em 15 distritos das províncias centrais de Manica, Sofala, Tete e Zambézia, bem como Inhambane no sul;
2. **Nutrição:** Circulação de guiões, pré-posicionamento de materiais de emergência (BP5, tendas, Plumpy nut, e CSB). Cerca de 100.000 USD para aquisição de 18 tons de BP5 foram disponibilizados pelo CERF. Durante a resposta a emergência, mais de 25.000 crianças com menos de cinco anos foram avaliadas quanto ao seu estado nutricional e destas identificadas 1.993 como moderadamente desnutridas e suplementadas com CSB. Foram desparasitadas 13.136 crianças e suplementadas com vitamina A 14.998 crianças; e
3. **Saúde:** Mais de 80% das unidades sanitárias notificavam numa base semanal a ocorrência de doenças epidémicas com ênfase a epidemia de cólera. Mais de 80,000 das 102,486 pessoas afectadas tiveram acesso aos primeiros postos de saúde com (80%) dos serviços prestados essencialmente por activistas. Realizou-se o treinamento em cascata dos trabalhadores de saúde em vigilância epidemiológica e manejo de doenças comuns em todos distritos afectados. Em adição, apoio de coordenação em Caía, fortalecimento da vigilância epidemiológica focalizada a nível comunitário, controle da epidemia da cólera em Tambara, a criação de boa parceria com resultados positivos em mobilização de recursos, a condução da pulverização residual domiciliária em alguns campos de reassentamento.

Foram providenciados no total 84,050 redes mosquiteiras distribuídas aos centros de distribuição para propósitos de emergência, sessões de promoção de saúde envolvendo 100,950 beneficiários foram levadas a cabo pela Visão Mundial e Cruz Vermelha de Moçambique em colaboração com as DDS. 2.000 Preservativos foram distribuídos as populações afectadas.

Durante a Semana Nacional de Saúde da Criança, a cobertura de suplementação, com a 1ª dose de vitamina A foi acima da meta estabelecida nas quatro províncias alvo (Niassa, Nampula, Zambézia e Tete), sendo de cerca de 89% entre as crianças dos 6-59 meses de idade e a cobertura de suplementação com iodo foi acima de (88,8%). Contudo somente 70% das crianças dos 6-59 meses foram triadas através do Perímetro Braquial e 67,3% das crianças dos 12-59 meses foram desparasitadas com a 1ª dose de mebendazol. Todas as crianças diagnosticadas com desnutrição aguda grave (0,4%) foram imediatamente encaminhadas para as Unidades Sanitárias com internamento, a fim de beneficiarem de tratamento nutricional adequado.

4. **Segurança alimentar:** Uma avaliação rápida de SAN foi levada a cabo atempadamente coordenada pelo SETSAN, identificou as necessidades de assistência alimentar para uma media de 400.000 pessoas e intervenções atempadas na agricultura para cerca de 50.000 famílias através de feiras agrícolas em cerca de 50 distritos afectados de Tete, Manica, Sofala, Zambézia, Inhambane e Gaza.

Tabela 3: Assistência alimentar nos últimos sete meses

ASSISTENCIA ALIMENTAR														
	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Marco		Abril	
	MTs	Benf												
Gaza	350	31,077	653	58,219	863	54,688	387	56,715	506	53,681	547	60,702	-	
Ilhane	152	14,592	375	20,880	333	36,670	276	41,778	419	41,948	567	58,068	174	17,755
Manica	476	41,695	666	53,345	245	39,079	244	40,377	305	56,910	475	52,097	17	1,499
Maputo	283	24,812	649	40,819	330	27,611	148	16,994	251	20,781	463	62,176	37	4,321
Sofala	1,138	101,557	1,149	101,124	347	57,829	293	61,772	1,205	116,188	1,159	116,420	312	27,864
Tete	645	56,406	1,043	62,783	209	34,477	290	49,722	1,068	110,009	1,260	116,556	425	38,651
Zbezia	446	39,847	303	27,327			97	14,799	558	81,870	859	80,661	174	15,086
TOTAL	3,489	309,986	4,837	364,497	2,326	250,354	1,735	282,157	4,312	481,387	5,331	546,680	1,139	105,176

Fonte: PMA

5. **Telecomunicações:** Durante a emergência aumentou-se a banda de cobertura em Caia, para assegurar a transmissão correcta de mensagens, instalou-se um gerador para o CENOE (Centro Nacional Operativo de Emergência).
6. **Abrigo:** Cerca de US\$599,200 através do Fundo Central para Resposta à Emergência (CERF) geridos pela IOM e distribuídos a vários membros do Cluster do Abrigo. Plano de acção de US\$600,000 para questões de abrigo e reconstrução pós-desastre no âmbito do processo de reassentamento em apoio aos esforços do Governo; não foi financiado. Assistência técnica nas questões de abrigo providenciada ao CENOE – Caia pelo UN-HABITAT (com financiamento do PNUD), e coordenação com a UNICEF, CARE e OIM e ao nível dos restantes distritos afectados com AAA, VM, GVC e KULIMA. Preparação de um plano de resposta para o sector de abrigo ao nível da sub-região de US\$4,200,000; só foram obtidos cerca de US\$750,000 incluindo os fundos do CERF, ou seja nem 20% do valor requerido.

6. CENÁRIOS

a. Caso mais provável

Para estabelecer estes cenários foram considerados os seguintes factores:

- *Factor 1:* Variação de Preços;
- *Factor 2:* Programa de Assistência eficaz (protecção de níveis de consumo e aumento de níveis de recursos), incluindo ajustes para atenuar a alta de preços; e
- *Factor 3:* Desempenho da segunda época da campanha agrícola.

Cenário 1: Situação mais provável / normal

Preços sobem em particular no sul e zonas urbanas, no momento em que as reservas esgotam, em Julho.

Se o arroz subir em cerca de 50%, espera-se que o consumo de milho aumente e consequentemente a procura deste também – o milho poderá então subir cerca de 20%. A nível nacional são tomadas medidas para atenuar o impacto do aumento de preços. A assistência humanitária cobre as necessidades em pelo menos 70%.

Espera-se que a segunda época seja boa pois esforços de distribuição de insumos e o prognóstico climático são conducentes a uma boa campanha.

Neste caso os AFs em situação de InSAN aguda com fraca capacidade de recuperação precisam de assistência até a principal campanha agrícola – Março 2009.

Os AFs em risco, sem fontes de rendimento/ recursos e que dependem fortemente das compras e ofertas para consumo, poderão cair para uma situação aguda (idosos, AFs chefiados por mulheres) aproximadamente 38%.

b. Pior caso

Cenário 2: Cenário de Pior Caso

Se o “Cenário de Pior Caso” se realiza: altos preços, pobre desempenho das culturas na segunda época e falhas na assistência humanitária, a totalidade de pessoas em risco pode vir a ficar numa situação de InSAN aguda. O que significa acréscimo de 242,615 pessoas.

7. CONCLUSÕES

Os resultados da presente análise de vulnerabilidade reflectem a situação ocorrida no País desde o início do ano corrente:

- O padrão de precipitação teve uma grande variabilidade geográfica e temporal, o que influenciou negativamente o desempenho da campanha agrícola finda em algumas regiões do País;
- **O consumo alimentar é baixo a moderado** na zona sul e em particular Inhambane e Manica. No norte Niassa, C. Delgado e Nampula apresentam o melhor consumo alimentar. Quanto as fontes dos alimentos consumidos, em geral são provenientes da produção própria, seguida pelas compras na qual Maputo e Manica são as províncias mais dependentes com mais de 50% da amostra provincial. Notavelmente os AFs com consumo baixo são os que dependem mais da produção própria e das ofertas para alimentação, em particular em Gaza, Maputo e Cabo Delgado. Por outro lado aqueles com uma alimentação adequada são os que dependem comparativamente mais que os outros grupos de consumo, das compras de alimentos. Dos AFs com consumo baixo, são mais dependentes do mercado nas províncias de Manica e Sofala, estando os outros substancialmente dependentes da própria produção, em particular no Niassa. O índice de estratégias de sobrevivência é consideravelmente mais alto em Sofala e Tete, reflectindo maior stress alimentar no AFs. O bem-estar dos AFs, estimado pelo tipo e quantidade de bens, indicam que Sofala e Tete têm maiores percentagens de ‘pobres’, acima de 30% e Gaza com maior percentagem (acima de 20%) de ‘ricos’ provavelmente devido a tradição de trabalho nas minas e grande volume de remessas;
- Maputo e Gaza são as províncias com maiores despesas em alimentos, com aproximadamente 70% dos AFs. Isto pode sugerir que os alimentos são mais ‘caros’ em Gaza, onde a percentagem de AFs dependentes de compras para consumo é também importante. Gaza e Maputo apresentam maiores percentagens de indicadores proxí de HIV/SIDA (um membro cronicamente doente e/ou morte recente dum membro do AF), estes apresentam forte relação com as características de vulnerabilidade, mostrando que são importantes factores de stress familiar;
- Do cruzamento de cerca de 12 características de vulnerabilidade resultou que Niassa, Tete, Sofala, Inhambane e Gaza são as províncias com maiores percentagens de vulnerabilidade;
- Os dados recentes mostram que mesmo nas áreas rurais onde se concentra a produção agrícola, os AFs são compradores líquidos de bens alimentares. No Centro e no Sul, quase

70% das famílias são compradoras líquidas de milho. A maioria, no Centro e no Sul, é também compradora líquida de arroz, enquanto que no Norte metade da população é compradora líquida de mandioca;

- Assim, a rápida subida dos preços dos alimentos afectará negativamente não só as famílias urbanas pobres, compradoras líquidas naturais de alimentos, mas também as famílias rurais. Este impacto negativo será mais elevado nas famílias pobres dado que estas gastam mais em alimentos, e variará de acordo com o rendimento e a localização (rural, urbano: Sul, Centro e Norte) do AF – considerando que os padrões de despesas em alimentos do AFs variam segundo essas dimensões. Também afectará negativamente as mulheres, dado que estas são as maiores responsáveis pela produção e processamento de alimentos, e por satisfazerem as necessidades alimentares dos AFs dadas as oportunidades limitadas de emprego assalariado nas áreas rurais e urbanas. O grau de substituição de itens mais dispendiosos por outros localmente disponíveis, como a mandioca, também terá importância em termos de impacto sobre a pobreza e a segurança alimentar em Moçambique;
- Todavia, o impacto nas áreas rurais poderá ser mais diferenciado dado que as actuais subidas de preços também representam incentivos económicos atractivos para os agricultores aumentarem a produção e o fornecimento dos mercados, desde que o acesso à informação, insumos e mercados não distorça a distribuição dos benefícios económicos. A subida dos preços dos alimentos também obrigará os AFs vulneráveis a estratégias de sobrevivência que poderão ter impactos empobrecedores irreversíveis sobre as famílias e as crianças, como o esgotamento das reservas, a retirada das crianças da escola ou a redução da sua dieta diária em termos de calorias e nutrientes. A saúde e nutrição deficientes nas primeiras idades podem ter efeitos duradouros na aquisição cognitiva, na frequência escolar e na produtividade ao longo da vida;
- Os preços acompanham as flutuações esperadas, mas podem rapidamente evoluir em função do contexto internacional. No total 64% dos AFs tinham acesso a mercados funcionais nas suas respectivas comunidades, sendo Manica, Sofala e Tete as que apresentam melhores acesso, Nampula e Zambézia as piores. O consumo de alimentos mostrou ser significativamente melhor nos locais onde o acesso a um mercado bem fornecido era bom;
- O saneamento básico continua a apresentar uma situação preocupante, porém, aparenta que houve avanços no acesso a uma fonte de água segura ao nível das províncias que foram afectadas pelas cheias de 2007. As constatações sobre a ligação entre o acesso aos serviços de saúde, *stress* alimentar e pobreza apresentam um quadro preocupante no que diz respeito ao princípio de acesso universal aos cuidados primários de saúde. Contudo, deve-se explorar com mais profundidade as causas das correlações de modo a reverter a situação a favor das pessoas mais vulneráveis;
- Apenas quando as populações têm acesso a uma alimentação adequada e também as mínimas condições sanitárias, de água e saneamento básica pode-se considerar que haja avanços em termos de segurança alimentar e nutricional no país;
- A semana da saúde e criança teve um impacto significativo no grau de cobertura dado que dez vezes mais crianças receberam imunização durante a SNSC, comparado com a cobertura média semana em 2007. Durante a emergência o escrutínio de casos de desnutrição e a suplementação foram feitos;
- Apesar dos investimentos durante a emergência nos sectores de habitação/acomodação e saneamento, os indicadores relativos a estes sectores continuam fracos; e

- Com base nos indicadores estimou-se que ao nível nacional 302.662 pessoas encontram-se em situação de vulnerabilidade aguda a InSAN devido especialmente ao impacto dos choques (cheias, ciclone e seca). 509.906 Pessoas estão numa situação de vulnerabilidade crónica, associado aos problemas estruturais e recorrentes, bem como ao HIV/SIDA. 242,615 Encontram-se em risco por terem formas de vida instáveis, terem sofrido com choques de diferente natureza e com fraca capacidade de recuperação, facilmente podem degradar e ficar numa situação de vulnerabilidade aguda.

8. RECOMENDAÇÕES

a. InSAN Aguda

- Providenciar assistência humanitária imediata em termos de abastecimento de água, sementes agrícolas, alimentos e/ou medidas de protecção social para 302,664 pessoas vulneráveis;
- A assistência deverá ter uma duração mínima de 9 meses (até a próxima colheita em 2009);
- Na identificação dos beneficiários de assistência humanitária, deve-se considerar a utilização de indicadores demográficos junto com indicadores de formas da vida para garantir a cobertura dos AFs mais vulneráveis; e
- Introduzir de programas de transferência monetária / senhas em locais onde os mercados são funcionais e acessíveis e a produção é alta, como é o caso de: Gaza e Cabo Delgado, Maputo e Zambézia.

b. InSAN Crónica

- Garantir assistência para cerca de 540,630 pessoas através de programas de desenvolvimento que visam a reduzir a dependência exclusiva da agricultura de subsistência aumentando a diversidade das fontes de rendimento sustentáveis e endereçar os factores estruturais que levam a InSAN crónica;
- Medidas a considerar:
 - Criação de postos de trabalho sazonais e/ou permanentes;
 - Expansão dos mecanismos de protecção social aos grupos elegíveis (por exemplo, mulheres chefes de famílias, idosos sem posses, famílias vulneráveis com crianças órfãs, pessoas portadoras do HIV/SIDA); e
 - Diversificação das fontes de rendimento.
- Mecanismos existentes que podem ser reforçados:
 - Implementação e expansão do programa das zonas semi-áridas, do Plano Director liderado pelo INGC;
 - Expansão sustentável da rede de protecção social através dos programas já existentes no INAS;
 - Antecipar e estender os programas de intensificação agrícola; e
 - Expandir os programas de obras públicas a nível distrital para garantir postos de trabalho sazonais anualmente.
- O SETSAN deverá assegurar a inclusão de acções de vulnerabilidade a InSAN crónica no PEDD.

- c. **Cenários:**
- i. Neste momento estima-se que **302.664** pessoas encontram-se em situações de InSAN aguda com necessidades de medidas para garantir níveis aceitáveis de segurança alimentar. Esta população precisará de assistência durante um período de 9 meses. A partir de Outubro estima-se que cerca de **242.615** pessoas adicionais poderão ficar numa situação de InSAN aguda, no cenário mais provável;
 - ii. Se o “Cenário de Pior Caso” se realizar, é necessário providenciar acesso a uma alimentação adequada para as pessoas que se encontram nestas circunstâncias, sem pôr em perigo a saúde ou formas de vida das mesmas. Deve-se contemplar as várias alternativas para garantir o acesso alimentar. Directamente através de assistência alimentar; e de programas de transferência monetária para aumentar o poder de compra as famílias necessitadas; através de criação de postos de trabalho para aumentar o rendimento destas famílias. Cada Província deveria estudar as formas mais eficazes para atingir as populações afectadas tomando em consideração, os recursos disponíveis e o impacto das medidas na economia local.
- d. **Agricultura**
- iii. Antecipar e expandir os programas de intensificação agrícola, em particular nas áreas afectadas pelos choques;
 - iv. Introduzir uso de energia alternativa para fins agrícolas, de modo a reduzir os custos e intensificar a agricultura mecanizada.
- e. **Mercados e Preços**
- i. Para fazer face ao aumento nos preços dos cereais e outros produtos processados estabelecer unidades de processamento local de milho e mandioca para aumento da disponibilidade alimentar local;
 - ii. Fazer análises regionais e frequentes ao nível do país sobre o comportamento dos preços dos produtos alimentares e possíveis implicações nas formas de vida;
 - iii. Monitorar impacto das transferências monetárias relativamente ao comportamento dos preços dos produtos alimentares nas zonas rurais;
 - iv. Prevendo-se um acentuado agravamento de preços dos alimentos de base, bem como dos preços de alimentos importados, deve-se contemplar como prioridade os AFs cuja dependência dos mercados é acentuada, portanto locais de excelência para implementação de programas de transferência monetárias/senhas nas Províncias de Gaza, Cabo Delgado, Maputo e Zambézia.
- f. **Água e Saneamento**
- i. Promover programas de saneamento a partir dos PEDD em todo o país; e
 - ii. Investigar as causas da falta de acesso aos serviços de saúde ligado ao estado sócio/económico dos AFs.
- g. **Saúde e Nutrição**
- i. Aprofundar os conhecimentos sobre a situação do HIV e SIDA na província de Niassa dado os resultados encontrados relacionados com os próximos indicadores de HIV e SIDA;
 - ii. Em Agosto de 2008, é necessário dar maior atenção e reforçar as acções de mobilização social e comunitária nos Distritos com baixa cobertura.
- h. **Outras:**
- i. Garantir a monitoria em Outubro, em particular verificar os indicadores/ factores de risco;
 - ii. Activar um Estudo de Base de SAN ao nível Urbano, especialmente nas cidades de Maputo e Beira.

9. ANEXOS

ANEXO 1: Explicação Detalhada dos Indicadores Vulnerabilidade a InSAN

Pontuação do Consumo Alimentar (CA)

Este indicador baseia-se nos seguintes parâmetros:

- ⇒ Análise do consumo alimentar a nível familiar nos últimos 7 dias;
- ⇒ O índice está calculado utilizando pesos para as categorias alimentares de acordo com o valor nutricional;
- ⇒ Os limites (“thresholds”) foram estabelecidos para facilitar a análise das tendências e oferecer bases de comparação; e
- ⇒ Os agregados familiares foram classificados como: Pobre, Moderado e Adequado, com base na pontuação dos valores de consumo das categorias de alimentos.

Fig 1. Categorias de Alimentos e pesos atribuídos

	ITEMS ALIMENTARES	Grupos Alimentares	Peso
1	Milho, F. De milho, arroz, mexoeira, mapira, massa, pão, e outros cereais.	Cereais e tubérculos	2
2	Mandioca, batatas, batata doce		
3	Feijão, ervilhas, amendoim e castanha de caju	Leguminosas e nozes	3
4	Mistura de Soja e Milho (CSB)	CSB	2.5
5	Hortaliças, folhas verdes	Hortaliças	1
6	Frutas	Frutas	1
7	Carne de bife, porco, cabrito aves etc. Peixe. Ovos	Carne e Peixe	4
8	Leite, iogurte e outros produtos lácteos	Leite	4
9	Açúcar e derivados	Açúcar	0.5
10	Óleos, gorduras, manteiga, etc.	Óleo	0.5

Uma Alimentação Adequada – “Limites”.

Consumo alimentar **Pobre**

- $21 \text{ CA} = ((7*2)+7) = 21.0 \text{ CA}$
- Cereais e hortaliças diariamente

Consumo alimentar **Moderado**

- $34.5 \text{ CA} = ((7*2)+7+(5*0.5)+(4*3)) = 34.5 \text{ CA}$

- Cereais e hortaliças diariamente mais óleo e leguminosas 4-5 vezes por semana

Consumo alimentar **Adequado** = CA 35 ou mais

Índice de Estratégias de Sobrevivência

Agregados familiares adaptam os seus comportamentos, em particular os hábitos de consumo alimentar, de modo a enfrentar problemas alimentares, antes de chegar ao fim das reservas ou recursos familiares.

- ⇒ Este índice foi desenvolvido pela CARE/PMA, e testado no Uganda, Ghana, Kenya, Etiópia, e Burundi. O índice é utilizado em Moçambique nos inquéritos de GAV/SETSAN e no sistema de monitoria do PMA.
- ⇒ É um instrumento utilizado para medir segurança alimentar através de avaliações de comportamento de consumo e as respostas dos AFs a falta de acesso a uma alimentação adequada.
- ⇒ O pressuposto é que os Agregados familiares adaptam os seus comportamentos, em particular os hábitos de consumo alimentar, de modo a enfrentar problemas alimentares, antes de chegar ao fim das reservas ou recursos familiares.

Categorias de estratégias de sobrevivência relacionados com mudanças nos hábitos alimentares (em ordem de severidade)

- ⇒ Mudanças na dieta alimentar – consumir alimentos menos preferidos ou alimentos mais baratos;

- ⇒ Aumentar as estratégias não sustentáveis para aumentar o acesso alimentar, por exemplo, empréstimos, crédito, mendigar, etc;
- ⇒ Reduzir o número de pessoas que consome os alimentos familiares; e
- ⇒ Reduzir a qualidade consumida por refeição, reduzir o número de refeições, não comer durante um dia.

Índice de Estratégias de Sobrevivência (IES)

- ⇒ Frequência: Quantas vezes o AF utiliza a estratégia
- ⇒ Pesos para as frequências: Diariamente = 7; Muitas vezes = 4.5; As vezes = 1.5; Muito poucas vezes = 0.5; Nunca = 0;
- ⇒ O IES é utilizado para medir a severidade e a frequência das medidas tomadas pelos AF para ultrapassar os problemas de stress alimentar.
- ⇒ **Um alto IES significa maior stress alimentar no AF.**

Índice de recursos

A medida de Bem-estar socio-económico (Recursos) é uma medida composta baseada no número de bens produtivos e não produtivos do AF. O inquérito utilizou este índice de posse de bens como um indicador proxy para bem-estar Socio-económico. Consideram-se 21 tipos de bens (produtivos e não produtivos) neste índice. (para detalhes de bens tomados em consideração ver o questionário em anexo 3)

Os AFs são classificados da seguinte maneira:

- ⇒ **‘Pobre’** em recursos = 0-4 diferentes tipos de bens;
- ⇒ **‘Media’** em recursos = 5-9 diferentes tipos de bens; e
- ⇒ **‘Ricos’** em recursos = 10+ diferentes tipos de bens.

Para a estimativa de número de pessoas que tem problemas de acesso alimentar, quatro grupos foram definidos utilizando os índices acima descritos, nomeadamente:

- ⇒ Consumo alimentar (acesso alimentar actual);
- ⇒ Índice de estratégias de sobrevivência (sustentabilidade); e
- ⇒ Número de bens familiares – recursos (acesso no futuro).

A análise, foi realizada utilizando um modelo de agrupamento estatístico que resulta em grupos de AFs com níveis semelhantes em cada um dos indicadores e intervalos lógicos nas sequências.

Os quatro grupos têm as seguintes características.

- ⇒ **Agudo:** Alto stress, baixo à moderado consumo alimentar, pobre em recursos
- ⇒ **Crónico:** Menos stress, melhor consumo, pobre em recursos
- ⇒ **Razoável:** Menos stress, moderado à bom consumo, moderado à bom nível de recursos
- ⇒ **Melhor:** Menos stress, bom consumo, moderado à bom nível de recursos.

ANEXO 2: Estatística de Saúde

Tabela 1

Vitamin A	Habit ma	Água não segura	Saneamento má	Pobre em bens	Afectado HIV
Sem supl	79.9%	76.2%	76.0%	79.7%	77.8%
Com supl vit A	75.8%	77.4%	76.9%	67.8%	69.7%
significant	< 0.05	n.s.	n.s.	< 0.001	< 0.001
Desparasit	Habit ma	Agua não segura	Saneamento má	Pobre em bens	Afectado HIV
Sem desparit	63.8%	55.2%	55.5%	58.1%	55.3%
desparit	52.2%	55.2%	51.0%	45.8%	54.3%
significant	< 0.001	n.s.	n.s.	< 0.001	n.s.
sarampo	Habit ma	Agua não segura	Saneamento má	Pobre em bens	Afectado HIV
Sem vac sarampo	62.4%	57.7%	56.8%	62.9%	60.1%
sarampo	59.3%	62.6%	60.6%	51.4%	60.3%
significant	n.s.	< 0.01	n.s.	< 0.001	n.s.

ANEXO 3: Número de pessoas vulneráveis

DISTRITOS	# Aguda	# Cronica	Em risco
Moamba	6,704	11,628	2,926
Namaacha	4,988	8,651	1,620
Magude	6,345	11,005	2,621
Matutuine	4,423	7,671	1,273
MAPUTO	22,460	38,955	8,440
Chibuto	12,424	21,417	18,696
Guijá	4,744	8,178	2,726
Mabalane		2,320	445
Massingir		2,061	351
Mandlakazi		12,054	12,020
Chicualacuala		2,808	652
Chigubo		1,498	186
Massangena		1,132	106
GAZA	17,168	51,468	35,182
Govuro	4,038	6,161	1,865
Mabote	5,232	7,983	3,131
Funhalouro		4,475	364
Massinga		21,775	8,618
Panda		5,658	582
Inhassoro		5,727	764
INHAMBANE	9,270	51,779	15,324
Caia	34,637	13,924	9,753
Machanga	15,557	6,254	1,967
Marromeu	35,915	14,438	10,486
Buzi		12,833	16,392
Chibabava		8,174	6,650
Chemba		5,235	2,727
SOFALA	86,109	60,858	47,975
Macossa	3,188	4,218	343
Machaze	12,239	16,193	5,055
Tambara	4,837	6,399	789
MANICA	20,264	26,810	6,187
Zumbo	9,169	11,965	1,655
Mágoé	11,298	14,744	2,513
Mutarara	33,498	43,714	22,093
Changara		21,818	12,383
Cahora Bassa		12,522	3,719
TETE	53,965	104,763	42,363
Chinde	17,255	25,883	1,217
Mopeia	16,463	24,695	1,108
ZAMBEZIA	33,718	50,578	2,325
Mogincual	19,208	21,155	10,580
Angoche	40,502	44,608	47,043
Memba		25,192	11,169
Mossuril		12,551	2,772
Nacala-A-Velha		9,577	1,614
Nacarôa		11,614	2,374

NAMPULA	59,710	124,697	75,552
Macomia		6,529	1,450
Mecufi		3,503	417
Mocimb. P.		7,573	1,951
C. DELGADO	0	17605	3818
Lago		8,215	4,539
Mecula		1,580	168
Nipepe		3,322	742
NIASSA	0	13117	5449
TOTAL NACIONAL	302,664	540,630	242,615

ANEXO 4: Questionário as comunidades.

Questionário ID _____

Data da entrevista DD/ / 2008

1. IDENTIFICACAO DO CONTROLADOR

1.1. Nome do controlador _____

1.2. Organização _____

1.3. Telefones: _____

2. SOBRE O AGLOMERADO

2.1. Nome do Aglomerado _____

2.2. Código do Censo: _____

2.3. Coordenadas: 2.3.1. Longitude: _____ E ; 2.3.2. Latitude: _____ S

2.4. Província	2.5. Distrito	2.6. Posto Administrativo	2.7. Localidade	2.8. FEZ	2.9. Centro Reassentamento (indicar desde que ano existe)

2.10. Perfil do Local

2.10.1. Afectedos pelas Inundações/Chuvas anormais

2.10.2. Afectedos pelas secas

2.10.3. Ciclone

2.10.4. Outra Calamidade (especificar _____)

2.10.5. Não foi afectada

2.11. Existência do Aglomerado/Centro de Reassentamento

2.11.1. Existia antes de 2000/01;

2.11.2. Recebeu reassentados/ Criado em 2000/01;

2.11.3. Recebeu reassentados/ Criado em 2007;

2.11.4. Recebeu reassentados/ Criado em 2008

2.12. Proveniência dos reassentados (indicar todos os aglomerados donde vieram)

3. POPULAÇÃO

3.1. Nº de Agregados Familiares: |_|_|_|_| 3.2. Nº de pessoas: |_|_|_|_|_|

3.3. Nº de Homens _____; 3.4. Nº de mulheres _____; 3.5. Nº de crianças com menos de 5 anos _____

4. POPULAÇÃO AFECTADA

		Cheias	Ciclone	Seca	Outros- indicar
4.1	a) Da População total actual quantas pessoas estão afectadas pela(s) calamidade(s)				
4.2	d) Número estimado de pessoas que faleceram vitimas desta(s) calamidade(s)				
4.3	h) Número estimado de pessoas desalojadas				

5. ASSISTÊNCIA AO AGLOMERADO

	a) Identificar o tipo de assistência que esta sendo providenciado	SIM	NAO	c) Listar as organizações/ grupos/associações, nacionais e internacionais, que prestam cada tipo de assistência:
	1= socorro			
	2= alimentação			
	3= abrigo			
	4= agua potável			
	5= latrinas			
	6= Saúde			
	7= utensílios de cozinha			
	8= roupa e cobertores			
	9= rede mosquiteira			
	10= medicamentos			
	11=Suplementos Alimentares para crianças desnutridas			Se sim, quais produtos e quem distribuiu Bolachas BP-5 ____ Farinha de Soja (CSB) ____
	12=leite em pó ou qualquer outro substituto de leite materno			Se SIM, que produto, qual a frequência de distribuição e quem distribuiu
	biberões às mães com crianças			
	13=educação nutricional dirigidos às mães sobre alimentação das crianças			
	11=semente e utensílios agrícolas			
	12=produtos de higiene e limpeza			
	13= transporte			
	14= fumigação			
	15= outros			

5.1. Quem coordena a assistência	5.2. Composição do grupo de distribuição de alimentos
a) Comitê de gestão	a) Quantas pessoas compõem o comitê gestão -
b) Chefe da Aldeia	b) Quantas dessas pessoas são mulheres -
c) ONGs, (nomes)	c) Chefe do comitê é mulher(Nao=0; sim=1) -
d) Lideres locais	-
e) Governo local	-
f) Outros (Especifique_____)	

6. AGRICULTURA

6.1. Houve constrangimentos na produção agrícola da primeira época 0= NAO ; 1=SIM;

6.2. Se SIM, quais são os principais constrangimento que impedem a obtenção de bons resultados agrícolas nesta comunidade? (sugere se uma pré codificação usando informação proveniente das avaliações anteriores)

6.2.1. Falta de chuvas; 6.2.3. Excesso de chuvas; 6.2.3. Falta de sementes; 6.2.4. Sementes não germinaram; 6.2.5. Pragas/doenças; 6.2.6. Ventos fortes/ciclones; 6.2.7. Outros (indicar)_____

6.3. Quais são as sugestões para resolver estes problemas da produção agrícola que a população enfrenta? (Priorizar)

6.3.1. _____
6.3.2. _____
6.3.3. _____
6.3.4. _____

6.4. Existe semente a venda ou de donativo disponível para ser adquirida? Nao=0; Sim=1

6.5. Existe disponibilidade suficiente de utensílios? Nao=0; sim=1

7. PECUÁRIA E PASTOS

7.1. Quais são os problemas que os animais enfrentam actualmente? (Ponha o círculo na resposta)

7.1.1. Não tem pasto suficiente; 7.1.2. Não tem água suficiente; 7.1.3. Doenças;

7.1.4. Falta de tratamento veterinário 7.1.5. Falta de vacinação

7.1.6. Roubo 7.1.8. Outras _____

7.2. Quais é que são as sugestões para resolver os problemas que afectam os animais nesta comunidade?

7.2.1. _____

7.2.2. _____

7.2.3. _____

7.2.4. _____

7.3. Qual é a situação actual do pasto para os animais em comparação com o mesmo período do ano passado?

7.3.1. Pior 7.3.2. Igual 7.3.3. Melhor

8. MERCADOS E PREÇOS

8.1. Quais são as 2 principais razões de não ter comida suficiente? (Ponha o círculo nas respostas)

8.1.1. Mercado não tem alimentos

8.1.2. Não consegue comprar/preços altos

8.1.3. Mercado distante/ transporte caro

8.1.4. reservas alimentares estão a esgotar

8.1.5. Os rendimentos da machamba baixaram

8.1.6. Outras (especifique) _____

8.2. Para os itens abaixo, por favor providencie a seguinte informação: A unidade de medição e o preço a retalho durante o último mês.

Item	Unidade	Preço por unidade	Preço por unidade em comparação com o ano passado		
			Subiu	Igual	Não subiu
8.2.1. Milho					
8.2.2. Farinha de milho					
8.2.3. Arroz					
8.2.4. Feijão manteiga					
8.2.5. Feijão nhemba					
8.2.6. Feijão boer					
8.2.7. Feijão jugo					
8.2.8. Amendoim					
8.2.9. Óleo da cozinha					
8.2.10. Açúcar					

8.3. Preços dos animais

Item	Preço actual/Cabeça	Preço por unidade em comparação com o ano passado		
		Subiu	Igual	Baixou
Bovinos				
Caprinos				
Ovinos				
Suínos				
Aves				

8.4. Actualmente quais são os principais fornecedores dos cereais no mercado? 0=nao é fornecedor; 1= maior fornecedor; 2= Segundo fornecedor; 3= Terceiro fornecedor

8.4.1. Comerciantes 8.4.2. Reserva Local 8.4.3. Ajuda alimentar

8.5. Actualmente de onde é que vem os cereais comercializados?

8.5.1. Mesma localidade ; 8.5.2. Doutra localidade (indicar nomes) _____;

8.5.3. Doutra distrito (indicar nomes) _____;

8.5.4. Doutra província (indicar nomes) _____;

8.5.5. Doutra País (indicar nomes) _____;

8.6. Como está o abastecimento em cereais comparando com o ano passado?

8.6.1. Aumentou 8.6.2. Diminuiu 8.6.3. igual ao ano passado

8.7. Quais são os principais problemas no fornecimento de cereais? (Ponha o circulo nas respostas validas)

8.7.1. Falta de Transporte; 8.7.2. Mau estado das vias de acesso; 8.7.3. Outros _____

9. HIV: QUAIS AS CONDIÇÕES DE PREVENÇÃO DO HIV

9.1	Há preservativos disponíveis?	(Não=0; sim=1)
9.2	Os preservativos são procurados e levados pela população do local?	(Não=0; sim=1)
9.3	Ha actividade de prevenção do HIV?	(Não=0; sim =1)
9.3.1	Se SIM, que Organizações promovem e realizam as actividades, indicando grupos alvo ?	
9.4	Existem activistas do HIV a trabalharem no local?	(Não=0; sim =1)
9.6	Existem serviços de ATV (Aconselhamento e Testagem Voluntário)?	(Não=0; sim =1)
9.7	Existem kits pós violação sexual/ PEP (Post Exposure Profilaxis) kits?	(Não=0; sim =1)

10. SAÚDE E NUTRIÇÃO

10.1. Unidades Sanitárias

Tipo de US: 1, 2, 3	A que distancia fica deste Aglomerado	Tipo de Unidade Sanitária			Número e nível de Técnicos de Saúde (indicar se é médico, técnico médio ou básico)		
		definitivo	tenda	Pau a pique	M	F	total

10.2. Indicar os principais danos/problemas causados pelas calamidades na área de saúde e nutrição- infraestruturas e serviços

10.2.1. _____
 10.2.2. _____
 10.2.3. _____

10.3. Que medidas/ acções já foram desenvolvidas para resolver os danos/ problemas causados pelas calamidades?

10.3.1. _____
 10.3.2. _____

10.4. A comunidade durante os últimos três meses teve problemas de acesso aos serviços de saúde?

SIM.....1 NÃO.....2

10.5. Se sim, porque? Listar as causas por ordem de importância.

10.5.1. _____
 10.5.2. _____
 10.5.3. _____

10.6. A população nesta comunidade usa redes mosquiteiras?

SIM.....1 NÃO.....

10.7. Se não, justifique? Lista as razões de não usar as redes mosquiteiras.

10.7.1. _____
 10.7.2. _____
 10.7.3. _____

10.8. Quais são os maiores problemas de saúde nesta comunidade? Lista segundo a ordem de importância.

10.8.1. _____
 10.8.2. _____

10.9. Nos últimos 6 meses, quantos casos de desnutrição se registaram na unidade sanitária? _____.

10.10. Nos últimos 6 meses quantas crianças receberam tratamento/foram tratadas com F75/F100? _____

10.11. Nos últimos 6 meses quais foram as taxas de crescimento insuficiente e de baixo peso ao nascer (dados fornecidos pela Unidade Sanitária)

Indicadores	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Taxa de crescimento insuficiente						
Baixo peso ao nascer						

11. EDUCAÇÃO

11.1. Escolas em funcionamento

Nível da Escola (EPI, EPC, Esc. Sec)	A que distancia fica deste Aglomerado	Tipo de Escola			Numero de estudantes			Número de Professores		
		definitivo	tenda	Pau a pique	M	F	TOT	M	F	TOT

11.2. Indicar os principais danos/problemas causados pelas calamidades na área de educação- infraestruturas e serviços

11.2.1. _____
 11.2.2. _____

11.3. Que medidas/ acções já foram desenvolvidas para resolver os danos/ problemas causados pelas calamidades?

11.3.1. _____
 11.3.2. _____

11.4. O numero das crianças que não vão a escola aumentou este ano? SIM...1 (salta para -); NÃO.....2

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Av. das FPLM nº 2698 – (Recinto do IIAM - Pavilhão Novo)

Tel: +258 21 461873 Tel/Fax: +258 21 462403 Cell: +258 82 3021717 – Maputo – Moçambique

www.setsan.org.mz

11.5. Se for sim, quais são as principais razões de não irem a escola? Lista em ordem de importância.

11.5.1. _____

11.5.2. _____

12. PRIORIDADES DA COMUNIDADE

12.1. Quais são as principais três prioridades imediatas relevantes para a segurança alimentar a curto prazo?

12.1.1 _____

12.1.2 _____

12.2. Quais são as principais três prioridades a longo prazo?

12.2.1 _____

12.2.3 _____

ANEXO 5: Questionário aos agregados familiares.

Questionário ID _____

Data da entrevista DD/ / 2008

1. IDENTIFICACAO DO CONTROLADOR

1.1. Nome do controlador _____

1.2. Organização _____

1.3. Telefones: _____

2. SOBRE O AGLOMERADO

2.1. Nome do Aglomerado _____

2.2. Código do Censo: _____

2.3. Coordenadas: 2.3.1. Longitude: E ; 2.3.2. Latitude: S

2.4. Província	2.5. Distrito	2.6. Posto Administrativo	2.7. Localidade	2.8. FEZ	2.9. Centro Reassentamento (indicar desde que ano existe)

2.10. Perfil do Local

2.10.1. Afectados pelas Inundações/Chuvas anormais

2.10.2. Afectados pelas secas

2.10.3. Ciclone

2.10.4. Outra Calamidade (especificar _____)

2.10.5. Não foi afectada

2.11. Existência do Aglomerado/Centro de Reassentamento

2.11.1. Existia antes de 2000/01;

2.11.2. Recebeu reassentados/ Criado em 2000/01;

2.11.3. Recebeu reassentados/ Criado em 2007;

2.11.4. Recebeu reassentados/ Criado em 2008

2.12. Proveniência dos reassentados (indicar todos os aglomerados donde vieram)

3. POPULAÇÃO

3.1. Nº de Agregados Familiares: |_|_|_|_| 3.2. Nº de pessoas: |_|_|_|_|_|

3.3. Nº de Homens _____; 3.4. Nº de mulheres _____; 3.5. Nº de crianças com menos de 5 anos _____

4. POPULAÇÃO AFECTADA

		Cheias	Ciclone	Seca	Outros- indicar
4.1	a) Da População total actual quantas pessoas estão afectadas pela(s) calamidade(s)				
4.2	d) Número estimado de pessoas que faleceram vitimas desta(s) calamidade(s)				
4.3	h) Número estimado de pessoas desalojadas				

5. ASSISTÊNCIA AO AGLOMERADO

	a) Identificar o tipo de assistência que esta sendo providenciado	SIM	NAO	c) Listar as organizações/ grupos/associações, nacionais e internacionais, que prestam cada tipo de assistência:
	1= socorro			
	2= alimentação			
	3= abrigo			
	4= agua potável			
	5= latrinas			
	6= Saúde			
	7= utensílios de cozinha			
	8= roupa e cobertores			
	9= rede mosquiteira			
	10= medicamentos			
	11=Suplementos Alimentares para crianças desnutridas			Se sim, quais produtos e quem distribuiu Bolachas BP-5 ____ Farinha de Soja (CSB) ____
	12=leite em pó ou qualquer outro substituto de leite materno			Se SIM, que produto, qual a frequência de distribuição e quem distribuiu
	biberões às mães com crianças			
	13=educação nutricional dirigidos às mães sobre alimentação das crianças			
	11=semente e utensílios agrícolas			
	12=produtos de higiene e limpeza			
	13= transporte			
	14= fumigação			
	15= outros			

5.1. Quem coordena a assistência	5.2. Composição do grupo de distribuição de alimentos
g) Comitê de gestão	
h) Chefe da Aldeia	d) Quantas pessoas compõem o comitê gestão -
i) ONGs, (nomes)	e) Quantas dessas pessoas são mulheres -
j) Lideres locais	f) Chefe do comitê é mulher(Nao=0; sim=1) -
k) Governo local	-
l) Outros (Especifique _____)	

6. AGRICULTURA

6.1. Houve constrangimentos na produção agrícola da primeira época 0= NAO ; 1=SIM;

6.2. Se SIM, quais são os principais constrangimento que impedem a obtenção de bons resultados agrícolas nesta comunidade? (sugere se uma pré codificação usando informação proveniente das avaliações anteriores

6.2.1. Falta de chuvas; 6.2.3. Excesso de chuvas; 6.2.3. Falta de sementes; 6.2.4. Sementes não germinaram; 6.2.5. Pragas/doenças; 6.2.6. Ventos fortes/ciclones; 6.2.7. Outros (indicar)_____

6.3. Quais são as sugestões para resolver estes problemas da produção agrícola que a população enfrenta? (Priorizar)

6.3.1. _____
 6.3.2. _____
 6.3.3. _____
 6.3.4. _____

6.4. Existe semente a venda ou de donativo disponível para ser adquirida? Nao=0; Sim=1

6.5. Existe disponibilidade suficiente de utensílios? Nao=0; sim=1

7. PECUÁRIA E PASTOS

7.1. Quais são os problemas que os animais enfrentam actualmente? (Ponha o circulo na resposta)

- 7.1.1. Não tem pasto suficiente; 7.1.2. Não tem agua suficiente; 7.1.3. Doenças;
7.1.4. Falta de tratamento veterinário 7.1.5. Falta de vacinação
7.1.6. Roubo 7.1.8. Outras_____

7.2. Quais é que são as sugestões para resolver os problemas que afectam os animais nesta comunidade?

- 7.2.1. _____
7.2.2. _____
7.2.3. _____
7.2.4. _____

7.3. Qual é a situação actual do pasto para os animais em comparação com o mesmo período do ano passado?

- 7.3.1. Pior 7.3.2. Igual 7.3.3. Melhor

8. MERCADOS E PREÇOS

8.1. Quais são as 2 principais razões de não ter comida suficiente? (Ponha o circulo nas resposta)

- 8.1.1. Mercado não tem alimentos
8.1.2. Não consegue comprar/preços altos
8.1.3. Mercado distante/ transporte caro
8.1.4. reservas alimentares estão a esgotar
8.1.5. Os rendimentos da machamba baixaram
8.1.6. Outras (especifique)_____

8.2. Para os itens abaixo, por favor providencia a seguinte informação: A unidade de medição e o preço a retalho durante o ultimo mês.

Item	Unidade	Preço por unidade	Preço por unidade em comparacao com o ano passado		
			Subiu	Igual	Nao subiu
8.2.1. Milho					
8.2.2. Farinha de milho					
8.2.3. Arroz					
8.2.4. Feijão manteiga					
8.2.5. Feijão nhemba					
8.2.6. Feijão boer					
8.2.7. Feijão jugo					
8.2.8. Amendoim					
8.2.9. Óleo da cozinha					
8.2.10. Açúcar					

8.3. Preços dos animais

Item	Preço actual/Cabeça	Preço por unidade em comparação com o ano passado		
		Subiu	Igual	Baixou

<i>Bovinos</i>				
<i>Caprinos</i>				
<i>Ovinos</i>				
<i>Suínos</i>				
<i>Aves</i>				

8.4. Actualmente quais são os principais fornecedores dos cereais no mercado? 0=nao é fornecedor; 1= maior fornecedor; 2= Segundo fornecedor; 3= Terceiro fornecedor

8.4.1. Comerciantes 8.4.2. Reserva Local 8.4.3. Ajuda alimentar

8.5. Actualmente de onde é que vem os cereais comercializados?

8.5.1. Mesma localidade ; 8.5.2. Doutra localidade (indicar nomes) _____;

8.5.3. Doutra distrito (indicar nomes) _____;

8.5.4. Doutra província (indicar nomes) _____;

8.5.5. Doutra País (indicar nomes) _____;

8.6. Como está o abastecimento em cereais comparando com o ano passado?

8.6.1. Aumentou 8.6.2. Diminuiu 8.6.3. igual ao ano passado

8.7. Quais são os principais problemas no fornecimento de cereais? (*Ponha o circulo nas respostas validas*)

8.7.1. Falta de Transporte; 8.7.2. Mau estado das vias de acesso; 8.7.3. Outros _____

9. HIV: QUAIS AS CONDIÇÕES DE PREVENÇÃO DO HIV

9.1	Há preservativos disponíveis?	(Não=0; sim=1)
9.2	Os preservativos são procurados e levados pela população do local?	(Não=0; sim=1)
9.3	Ha actividade de prevenção do HIV?	(Não=0; sim =1)
9.3.1	Se SIM, que Organizações promovem e realizam as actividades, indicando grupos alvo ?	
9.4	Existem activistas do HIV a trabalharem no local?	(Não=0; sim =1)
9.6	Existem serviços de ATV (Aconselhamento e Testagem Voluntário)?	(Não=0; sim =1)
9.7	Existem kits pós violação sexual/ PEP (Post Exposure Profilaxis) kits?	(Não=0; sim =1)

10. SAÚDE E NUTRIÇÃO

10.1. Unidades Sanitárias

Tipo de US: 1, 2, 3	A que distancia fica deste Aglomerado	Tipo de Unidade Sanitária			Número e nível de Técnicos de Saúde (indicar se é médico, técnico médio ou básico		
		definitivo	tenda	Pau a pique	M	F	total

10.2. Indicar os principais danos/problemas causados pelas calamidades na área de saúde e nutrição- infraestruturas e serviços

10.2.1. _____

10.2.2. _____

10.2.3. _____

10.3. Que medidas/ acções já foram desenvolvidas para resolver os danos/ problemas causados pelas calamidades?

10.3.1. _____
10.3.2. _____
10.3.4. _____

10.4. A comunidade durante os últimos três meses teve problemas de acesso aos serviços de saúde?

SIM.....1 NÃO.....2

10.5. Se sim, porque? Listar as causas por ordem de importância.

10.5.1. _____
10.5.2. _____
10.5.3. _____

10.6. A população nesta comunidade usa redes mosquiteiras?

SIM.....1 NÃO.....

10.7. Se não, justifique? Lista as razões de não usar as redes mosquiteiras.

10.7.1. _____
10.7.2. _____
10.7.3. _____

10.8. Quais são os maiores problemas de saúde nesta comunidade? Lista segundo a ordem de importância.

10.8.1. _____
10.8.2. _____
10.8.3. _____

10.9. Nos últimos 6 meses, quantos casos de desnutrição se registaram na unidade sanitária? _____.

10.10. Nos últimos 6 meses quantas crianças receberam tratamento/foram tratadas com F75/F100? _____

10.11. Nos últimos 6 meses quais foram as taxas de crescimento insuficiente e de baixo peso ao nascer (dados fornecidos pela Unidade Sanitária)

Indicadores	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Taxa de crescimento insuficiente						
Baixo peso ao nascer						

11. EDUCAÇÃO

11.1. Escolas em funcionamento

Nível da Escola (EPI, EPC, Esc. Sec)	A que distancia fica deste Aglomerado	Tipo de Escola			Numero de estudantes			Número de Professores		
		definitivo	tenda	Pau a pique	M	F	TOT	M	F	T O T

11.2. Indicar os principais danos/problemas causados pelas calamidades na área de educação- infraestruturas e serviços

11.2.1. _____
11.2.2. _____
11.2.3. _____

11.3. Que medidas/ acções já foram desenvolvidas para resolver os danos/ problemas causados pelas calamidades?

11.3.1. _____
11.3.2. _____
11.3.1. _____

11.4. O numero das crianças que não vão a escola aumentou este ano? SIM...1 (salta para -); NÃO.....2

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Av. das FPLM nº 2698 – (Recinto do IIAM - Pavilhão Novo)

Tel: +258 21 461873 Tel/Fax: +258 21 462403 Cell: +258 82 3021717 – Maputo – Moçambique

www.setsan.org.mz

11.5. *Se for sim, quais são as principais razões de não irem a escola? Lista em ordem de importância.*

11.5.1. _____

11.5.2. _____

11.5.3. _____

12. PRIORIDADES DA COMUNIDADE

12.1. Quais são as principais três prioridades imediatas relevantes para a segurança alimentar a curto prazo?

12.1.1 _____

12.1.2 _____

12.2. Quais são as principais três prioridades a longo prazo?

12.2.1 _____

12.2.3 _____