

República de Moçambique

Província de Cabo Delgado

Conselho dos Serviços de Representação do Estado

Serviço Provincial de Actividades Económicas

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Relatório do Inquérito de Nutrição realizado em 8 Distritos e Centros de Acomodação de Pessoas Deslocadas na província de Cabo Delgado

Fevereiro de 2021

Tomás Zaba & Lydia Ndungo

Com apoio de:





# Agradecimentos

Os autores gostariam de estender a seus sinceros agradecimentos às seguintes entidades:

* UNICEF,PMA, JICA, e FCDO Moçambique pelo apoio financeiro
* Equipa do *GNC TA* e *Action Against Hunger (AAH)* pelo apoio técnico prestado.
* Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) pela liderança na coordenação por parte do Governo
* Direcção Provincial de Saúde (DPS) pela colaboração
* Todos membros da comunidades pela calorosa recepção e apoio às equipas de inquérito durante o processo de recolha de dados.
* Agradecimento especial às equipas de inquérito por tornarem o inquérito uma realidade.

# Acrónimos e Abreviaturas

|  |  |
| --- | --- |
| **AAH** | Action Against Hunger (Acção Contra a Fome) |
| **AE** | Áreas de Enumeração |
| **AF** | Agregado familiar |
| **AR** | Áreas de Reserva |
| **ASPU** | Alimento Suplementar Pronto para Uso |
| **ATPU** | Alimento Terapêutico Pronto para Uso |
| **DA** | Desnutrição Aguda |
| **DAc** | Desnutrição Aguda combinada |
| **DAG** | Desnutrição Aguda Grave |
| **DAGc** | Desnutrição Aguda Grave combinada |
| **DAM** | Desnutrição Aguda Moderada |
| **DC** | Desnutrição Crónica |
| **DMD-M** | Diversidade Mínima da Dieta para Mulheres |
| **DP** | Desvio Padrão |
| **DPS** | Direcção Provincial de Saúde |
| **ENA** | Emergency Nutrition Assessment |
| **FCDO** | Foreign, Commonwealth and Development Office |
| **IC** | Intervalo de Confiança |
| **IDP** | População de Deslocada Interna |
| **IPC** | Classificação Integrada de Fases |
| **JICA** | Agencia de Cooperação Internacional do Japão |
| **MGL** | Mulheres Grávidas e Lactantes |
| **MIR** | Mulheres em Idade Reprodutiva |
| **NC** | Nutrition Cluster |
| **ODK** | Open Data Kit |
| **OMS** | Organização Mundial da Saúde |
| **P/A** | Peso-para-Altura |
| **PB** | Perímetro Braquial |
| **PMA** | Programa Mundial de Alimentos |
| **PPT** | Probabilidade Proporcional ao Tamanho |
| **PRN** | Programa de Reabilitação Nutricional |
| **SETSAN** | Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional |
| **SMART** | Método Padronizado para Monitoria e Avaliação de Alivio e Transições |
| **TDA** | Tratamento da Desnutrição Aguda no Ambulatório |
| **TDI** | Tratamento da Desnutrição Aguda no Internamento |
| **UNICEF** | Fundo das Nações Unidades para Infância |
| **US** | Unidade Sanitária |

# Índice

Agradecimentos 2

Acrónimos e Abreviaturas 3

Índice 4

Lista de Tabelas 5

Lista de Figuras 7

1. Sumário Executivo 8

2. introdução 12

2.1. Contextualização e introdução da área de estudo 12

3. Justificativa da necessidade de realização do inquérito 14

4. Objectivos do Inquérito 15

5. Métodos 16

5.1. Estimação da amostra 16

5.2. Procedimentos de amostragem: selecção das áreas de enumeração e agregados familiares 16

5.3. Selecção de crianças e MGL 17

5.4. Critérios de inclusão e exclusão 18

5.5. Organização do Inquérito 18

5.6. Indicadores: definição, cálculos e interpretação 19

5.7. limitações do Inquérito 23

6. Resultados 24

6.1. Amostra do Inquérito e Qualidade de Dados 24

6.2. Qualidade de dados 30

6.3. Prevalência da Desnutrição Aguda 31

6.4. Prevalência da Desnutrição Crónica 41

6.5. Prevalência de Baixo Peso 41

6.6. Indicativo da situação nutricional de MGL 43

6.7. Prevalência de Doenças Infecciosas em Crianças de 6-59 meses e Comportamento de Procura por Serviços de Saúde 44

7. Discussão 46

Estado Nutricional das crianças 46

8. Conclusão 53

9. Recomendações 54

10. Referências 56

11. Anexos 58

Anexo 1: Sumário do relatório de plausibilidade 59

Anexo 2: Lista de Áreas de enumeração Seleccionadas – Primeira ronda 60

Anexo 3: Lista de Áreas de enumeração Seleccionadas – Segunda ronda 61

Anexo 4. Lista de Enumeradores 62

# Lista de Tabelas

[Tabela 1.1. Sumário dos principais resultados 11](#_Toc69414106)

[Tabela 1.2. Estimativa indicativa da Desnutrição Aguda em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe 11](#_Toc69414107)

[Tabela 5.1. Definição de Desnutrição Aguda, Desnutrição Crónica e Baixo Peso de acordo com referência da OMS 2006 21](#_Toc69414108)

[Tabela 5.2. Classificação da OMS para Gravidade da Prevalência da Desnutrição em Crianças <5 anos 22](#_Toc69414109)

[Tabela 5.3. Definição da Desnutrição Aguda pela OMS com base no PB 22](#_Toc69414110)

[Tabela 6.1. Agregados Familiares e Crianças Planificadas *vs* Alcançadas por Área de Inquérito 24](#_Toc69414111)

[Tabela 6.2. Agregados familiares e Crianças que vivem na comunidades normais mas que são IDPs 27](#_Toc69414112)

[Tabela 6.3. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – distrito de Ancuabe 27](#_Toc69414113)

[Tabela 6.4. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Montepuez 27](#_Toc69414114)

[Tabela 6.5. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Montepuez 28](#_Toc69414115)

[Tabela 6.6. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Chiúre 28](#_Toc69414116)

[Tabela 6.7. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Chiúre 28](#_Toc69414117)

[Tabela 6.8. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Ibo 28](#_Toc69414118)

[Tabela 6.9. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Mecúfi 29](#_Toc69414119)

[Tabela 6.10. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Metuge 29](#_Toc69414120)

[Tabela 6.11. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Metuge 29](#_Toc69414121)

[Tabela 6.12. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Mueda 29](#_Toc69414122)

[Tabela 6.13. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Palma 30](#_Toc69414123)

[Tabela 6.14. Sumário da Qualidade dos Dados de Crianças por Área de Inquérito 30](#_Toc69414124)

[Tabela 6.15. Média de Z-scores e Efeito de Desenho de Peso-para-Altura 31](#_Toc69414125)

[Tabela 6.16. Prevalência da DA por P/A e/ou Edema Bilateral em Crianças com idade entre 6-59 meses 32](#_Toc69414126)

[Tabela 6.17. Prevalência da Desnutrição Aguda por PB e/ou Edema bilateral 32](#_Toc69414127)

[Tabela 6.18. Proporção de Crianças entre 6-59 meses por Área de Inquérito admitidas no PRN 33](#_Toc69414128)

[Tabela 6.19. Prevalência Combinada da Desnutrição Aguda por Área de Inquérito 34](#_Toc69414129)

[Tabela 6.20. Comparação entre prevalência de DA deste inquérito e inquéritos passados 35](#_Toc69414130)

[Tabela 6.21. Comparação entre prevalência de DAG deste inquérito e inquéritos passados 35](#_Toc69414131)

[Tabela 6.22. Estimativa indicativa da Desnutrição Aguda em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe 39](#_Toc69414132)

[Tabela 6.23 Estimativa indicativa da Desnutrição Aguda em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe *vs* o Tempo desde que ficaram deslocados 40](#_Toc69414133)

[Tabela 6.24. Prevalência da Desnutrição Crónica em Crianças com Idade entre 6-59 meses por Área de Inquérito 41](#_Toc69414134)

[Tabela 6.25. Prevalência do Baixo Peso em Crianças de 6-59 meses por Área de Inquérito 42](#_Toc69414135)

[Tabela 6.26. Estimativa indicativa da Desnutrição Crónica e Baixo Peso em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe 43](#_Toc69414136)

[Tabela 6.27. Indicativo da situação nutricional em MGL por Área de Inquérito 43](#_Toc69414137)

[Tabela 6.28. Prevalência de Doenças Infecciosas em Crianças de 6-59 meses e Comportamento de Procura por Serviços de Saúde por Área de Inquérito 45](#_Toc69414138)

# Lista de Figuras

[Figura 5.1. Descrição das etapas de amostragem 17](#_Toc69414164)

[Figura 5.2. Estrutura e composição das equipas de inquérito por área de inquérito (distrito ou centro de acomodação de IDP) 18](#_Toc69414165)

[Figura 6.1. Distritos onde as Crianças Deslocadas vieram 25](#_Toc69414166)

[Figura 6.2. Crianças e tempo estimado desde que ficaram deslocados 26](#_Toc69414167)

[Figura 6.3. Distribuição do número de crianças por local de proveniência e tempo estimado desde que deslocaram-se 26](#_Toc69414168)

# Sumário Executivo

Este relatório apresenta resultados do inquérito de nutrição realizado empregando o *Rapid SMART Methodology*, nos distritos afectados pelo conflicto armado e outros com histórico de alta vulnerabilidade à desnutrição aguda na província de Cabo Delgado. O inquérito decorreu entre os dias 1 à 19 de Fevereiro do ano em curso. O objectivo principal do inquérito foi determinar a prevalência da desnutrição aguda (DA) em crianças com idade entre 6-59 meses no distrito em geral e nos centros de acomodação de IDPs. Outros indicadores foram: prevalência de sinais e sintomas de doença Infecciosa em crianças e prevalência da desnutrição em Mulheres Grávidas e Lactantes (MGL). O inquérito foi realizado em 8 distritos, nomeadamente: Chiúre, Metuge, Montepuez, Ancuabe, Ibo, Mueda, Mecúfi e Palma, e nos centros de acomodação de IDPs em Montepuez, Chiúre, Metuge e Palma.

O inquérito foi transversal, empregando amostragem por conglomerados/áreas de enumeração (AE), em três etapas. O desenho do inquérito foi estatisticamente representativo para (a) os distritos de Chiúre, Metuge, Montepuez, Ibo, Ancuabe, Mecúfi e Mueda, (b) os centros de acomodação de IDPs em Metuge, Chiúre e Montepuez e (c) exaustivo para o centros de acomodação de IDPs em Palma, onde o acesso era possível.

**Principais Resultados**

1. **Situação Nutricional em Crianças**

Os principais resultados são apresentados na página à seguir, nos seguintes moldes:

1. Tabela 1.1. Sumário do principais resultados sobre a desnutrição (aguda, crónica e baixo peso e aguda em MGL) das áreas abrangidas pelo inquérito: distritos e centros de acomodação de IDPs.

Análise comparativa entre os resultados deste inquérito com dados históricos (onde tivesse dado para comparar), mostrou que neste inquérito, a prevalência da DA e da Desnutrição Aguda Grave (DAG) foi 1.21 e 1.92 vezes mais alta que a prevalência observada em Abril de 2017, respectivamente no distrito de Ancuabe. No distrito de Chiúre, a prevalência deste inquérito esteve practicamente nos mesmos níveis que de Abril de 2017 (razão: 0.93 DA e 0.88 DAG). Em Mecúfi, a prevalência foi 1.18 e 1.45 vezes mais alta que a prevalência observada em Abril de 2019 para DA e DAG, respectivamente. Este distrito tem a particularidade de não número considerável de IDPs, nem conflicto, o que sugere, portanto, estar mais relacionado à uma vulnerabilidade crónica na população. No distrito de Ibo, com dois pontos de dados históricos, houve uma redução na prevalência da DA em cerca de 74% menos em relação a Abril de 2019 e em 46% em relação a Novembro de 2019, situação esta que poderá estar relacionado com o êxodo observado naquele distrito em consequência do conflicto, porém dos poucos casos existentes, a maioria foram casos de DAG.

1. Tabela 1.2. Sumário do indicativo da situação da desnutrição (aguda, crónica e baixo peso) em crianças avaliadas nas áreas abrangidas pelo inquérito e, que foram deslocados dos distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe. Os resultados desta tabela deverão ser lidos e considerados como indicativo da situação nutricional nos distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe.

1. **Outros indicadores (Saúde)**
   1. A prevalência de crianças que tiveram algum sinal e/ou sintoma de doença Infecciosa (diarreia ou febre ou tosse ou disenteria) esteve acima de 30% em todas áreas de inquérito. Alguns destaques para os centros de acomodação de IDPs em Metuge com cerca de 67.64%, centros de acomodação de IDPs de Montepuez com 57.89%, distrito de Metuge: 55.83%, Chiúre e Ancuabe com 52.24% e 50.0% respectivamente.
   2. Em termos de tipo de sinal e/ou sintoma de doença infecciosa, 6 áreas de inquérito tiveram prevalência de diarreia ≥ 20%; A prevalência de Febre foi ≥ 20% em todas áreas, com destaque para centros de acomodação de Metuge e Montepuez com cerca de 49.60%, 43.42% e distrito de Ancuabe com 41.17%. Quase todas áreas tiveram a prevalência da Tosse ≥ 20%. Mais uma vez, centros de acomodação de Metuge e Montepuez com prevalências mais altas: 38.65% e 40.46% respectivamente.
   3. A maioria dos agregados familiares referiram ter procurado serviços de saúde no momento em que criança apresentou os sinais e/ou sintomas de doença infecciosa, excepto no distrito de Ancuabe (28.70%), Mecúfi (34.89%) e Ibo (36.11%).
   4. A maioria das crianças diagnosticas com DA durante o inquérito não estiveram em tratamento da DA, o que é indicativo da baixa cobertura no acesso ao serviços do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) a nível da comunidade.

**Conclusões**

Os resultados mostram que a situação nutricional nas áreas abrangidas pelo inquérito é mais crónico que agudo, porém com tendência a deteriorar-se de forma progressiva devido à crise dentro da província que tende aumentar. Segundo UNICEF e OMS, os níveis actuais de desnutrição aguda observados com base no peso-para-altura são classificados em “nível baixo” em Mueda, Ibo e centros de acomodação de Montepuez, e “nível médio” em Mecúfi, centros de acomodação de Metuge, Chiúre, distritos de Chiúre e Ancuabe. Entretanto, a prevalência combinada indicou níveis acima de 10% nos distritos de Mecúfi e Chiúre. Os níveis de DAG parecem estar a aumentar baseando-se no facto em que três dos quatro distritos com dados históricos, os níveis de DAG aumentaram em relação aos anos anteriores.

A desnutrição crónica em crianças 6-59 meses, por sua vez, esteve em “nível muito alto” em todas áreas abrangidos pelo inquérito, sendo que em algumas áreas com cerca de 1 em 2 crianças 6-59 meses com desnutrição crónica. Em geral, estes resultados indicam uma situação muito vulnerável nas áreas abrangidas pelo inquérito, e por consequente, alertam sobre a necessidade da respostas em Cabo Delgado ter que seguir o nexo Humanitário-Desenvolvimento, com o objetivo de servir as comunidades em emergências, ajudar na sua recuperação e ajudar a construir uma resiliência robusta.

**Recomendações**

Acções coordenadas são necessárias para (a) fortalecer a capacidade de resposta e resiliência, endereçando os factores de risco, monitorar as condições e planear resposta conforme necessário e (b) reduzir urgentemente os níveis actuais de desnutrição aguda através da intensificação do tratamento e prevalência nas populações afectadas.

As principais recomendações a destacar são: (a) expandir e assegurar o acesso ao tratamento da desnutrição aguda, através do reforço do programa de reabilitação nutricional a nível comunitário, acelerar o processo para implementação da abordagem *family MUAC* e expandir as actividades de tratamento da desnutrição aguda na comunidade (TDC); (b) melhorar as prácticas alimentares (incluindo melhorar o acesso à alimentos nutritivos) em crianças e mulheres, incluindo melhoria do acesso aos serviços preventivos e curativos de saúde e nutrição e (c)expandir advocacia:investimentos multissectoriais são necessários para combater as altas prevalências da desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos. Estas acções podem incluir, mas não limitado à água e saneamento, redução da pobreza, segurança alimentar e formas de vida, e melhor acesso aos serviços de saúde e nutrição.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | DAc | DAGc | DA por P/A | DAG por P/A | DA por PB | DAG por PB | DC | BP | DA MGL |
| Ancuabe | (18),  **8.5%** (5.5 - 12.8) | (5),  **2.3%** (0.7 - 7.5) | (13)  **6.3%** (3.4-11.3) | (4)  **1.9%** (0.5- 7.8) | (12)  **5.6%** (3.2- 9.7) | (5)  **2.3%** (0.7-7.5) | (109)  **54.0%** (47.4-60.4) | (54)  **26.6%** (19.8-34.7) | (7)  **12.7%** |
| Montepuez | ( 12),  **5.9%** (3.3-10.5) | (2),  **1.0%** (0.2-4.1) | (12)  **5.9%** (3.3-10.5) | (2)  **1.0%** (0.2-4.1) | (14)  **6.6%** (3.8-11.6) | (3)  **1.4%** (0.5-4.1) | (78)  **40.2%** (34.4-48.0) | ( 37)  **18.0%** (12.8-25.7) | (3)  **4.4%** |
| Montepuez – IDP | (20),  **6.6%** (3.7-11.4 95%) | (4),  **1.3%** (0.5 - 3.4) | (10)  **3.4%** (1.9-5.9) | (1)  **0.3%** (0.0-2.6) | (14)  **4.6%** (2.3-9.2) | (3)  **1.0%** (0.3-3.1) | (128)  **43.5% (**36.2-51.1) | (59)  **19.7%** (15.3-25.0) | (6)  **10.3%** |
| Chiúre | (29),  **10.1%** (7.4-13.6) | (11),  **3.8%** (2.1 - 6.8) | (19)  **6.9%** (4.7-9.9) | (5)  **1.8%** (0.6-5.0) | (23)  **8.0%** (5.5-11.5) | (9)  **3.1%** (1.6- 5.9) | (139)  **53.3%** (45.1-61.2) | (81)  **29.1%** (23.1-36.0) | (14)  **16.7%** |
| Chiúre – IDP | (19),  **7.2%** (4.8-10.8) | (4),  **1.5%** (0.5 - 4.9) | (14)  **5.6%** (3.1-9.9) | (3)  **1.2%** (0.3-5.2) | (9)  **3.4%** (1.8-6.4) | (4)  **1.5%** (0.5-4.9) | (120)  **50.2%** (44.8-55.6) | (46)  **18.0%** (13.3-23.9) | (4)  **4.1%** |
| Ibo | (8),  **4.3%** (2.2-8.1) | (3),  **1.6%** (0.6 - 4.6) | (7)  **3.9%** (1.8-8.1) | (2)  **1.1%** (0.3-4.3) | (2)  **1.1%** (0.3-4.0) | (1)  **0.5%** (0.1-4.0) | (53)  **30.5%** (23.3-38.8) | (26)  **14.1%** (9.9-19.7) | (4)  **5.1%** |
| Mecúfi | (28),  **12.7%** (8.5-18.4) | (7),  **3.2%** (1.6 - 6.2) | (21)  **9.9%** (6.5-14.6) | (4)  **1.9%** (0.7-4.9) | (14)  **6.3%** (3.4-11.4) | (4)  **1.8%** (0.7-4.7) | (78)  **39.4%** (31.2-48.3) | (55)  **25.8%** (17.5-36.3) | (3)  **4.8%** |
| Mueda | (12),  **3.8%** (2.2 - 6.6) | (1),  **0.3%** (0.0 - 2.4) | (9)  **3.0%** (1.6-5.8) | (0)  **0.0%** (0.0-0.0) | (5)  **1.6%** (0.7- 3.6) | (1)  **0.3%** (0.0- 2.4) | (129)  **44.2%** (38.3-50.5) | (50)  **16.4%** (12.6-21.2) | (7)  **8.8%** |
| Palma – IDP | (15),  **8.2%** (5.08-13.22) | (4),  **2.20%** (0.86 – 5.54) | (11)  **6.3%** (4.7-8.3) | (3)  **1.7%** (0.5-5.8 | (8)  4.4% (1.3-13.7) | (2)  1.1% (0.3-3.92) | (102)  **58.0%** (50.6-65.0) | (65)  **36.5%** (28.1-45.8) | **-** |
| Metuge – IDP | (23),  **9.7%** (6.3 - 14.6) | (5),  **2.1%** (0.9 - 5.0) | (14)  **6.0%** (3.6- 9.8) | (3)  **1.3%** (0.4-4.1) | (15)  **6.3%** (3.7-10.5) | (4)  **1.7%** (0.6-4.6) | (111)  **50.0%** (42.5-57.5) | (48)  **20.8%** (16.5-25.9) | (3)  **5.9%** |
| Metuge | - | - | **2.1** | - | (6)  **3.2%** (1.3- 7.6) | (3)  **1.6%** (0.3- 7.0) | (73)  **41.0%** (34.1-48.3) | (35)  **19.0%** (13.1-26.8) | (17)  **19.5%** |

Tabela 1.1. Sumário dos principais resultados

Tabela 1.2. Estimativa indicativa da Desnutrição Aguda em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | DAc | DAGc | DA por P/A | DAG por P/A | DA por PB | DAG por PB | DC | BP |
| Quissanga | (26),  **8.0%** (5.5 – 11.5) | (6),  **1.8%** (0.8 – 4.0) | (17),  **5.4%** (3.4 – 8.5) | (3),  **1.0%** (0.3 – 2.8) | (15),  **4.6%** (2.8 – 7.5) | (5),  **1.5%** (0.7 – 3.6) | (133),  **43.9%** (38.4 – 49.5) | (60),  **18.9%** (15.0 – 23.6) |
| Macomia | (29),  **8.2%** (5.8 – 11.6) | (8),  **2.3%** (1.2 – 4.4) | (18),  **5.4%** (3.4 – 8.3) | (5),  **1.5%**, (0.6 – 3.4) | (17),  **4.8%** (3.0 – 7.6) | (7),  **2.0%** (1.0 – 4.0) | (171),  **52.0%** (46.6 – 57.3) | (77),  **22.6%** (18.5 – 27.4) |
| Mocímboa da Praia | (31),  **7.5%** (5.3 – 10.4) | (10),  **2.4%** (1.3 – 4.4) | (18),  **4.6%** (2.9 – 7.1) | (6),  **1.5%** (0.7 – 3.3) | (23),  **5.5%** (3.7 – 8.2) | (7),  **1.7%** (0.8 – 3.4) | (184),  **47.3%** (42.4 – 52.3) | (102),  **25.1%** (21.2 – 29.6) |
| Muidumbe | (10),  **4.4%** (2.4 – 7.9) | (1),  **0.4%** (0.1 – 2.4) | (8),  **3.5%** (1.8 – 6.8) | (1),  **0.4%** (0.1 – 2.5) | (4),  **1.7%** (0.7 – 4.4) | (1),  **0.4%** (0.1 – 2.4) | (109),  **51.2%** (44.5 – 57.8) | (36),  **15.9%** (11.7 – 21.3) |

# introdução

## Contextualização e introdução da área de estudo

Cabo Delgado faz parte do total de onze províncias que constituem a República de Moçambique, sendo localizada na zona norte do País. Tem uma superfície de 82,625 km² com uma população estimada do último censo de 2017 em cerca 2,320,261 habitantes (Intituto Nacional de Estatística, 2019), e uma população estimada projectada para o ano corrente em 2,597,016 habitantes[[1]](#footnote-2). Cabo Delgado faz fronteira com a República da Tanzânia à norte, e com as províncias de Nampula, a sul, e Niassa a oeste. Em termos étnicos, Cabo Delgado é predominado pela tribo Makonde, e, com Makua e Mwani sendo os grupos étnicos minoritários. Pemba é a capital provincial e maior cidade da província, seguido de Montepuez e Mocímboa da Praia.

Desde finais de 2017 até a actualidade, a província vem sendo assolada pela ocorrência de conflicto armado provocado por insurgentes/terroristas na zona nortenha da província (OIM & INGC, 2019). Esta situação tende a deteriorar-se de forma progressiva com aumento da incidência de violência contra civis. Por consequência deste situação complexa, estima-se que cerca de 688,476 pessoas ficaram deslocadas dentro da província de Cabo Delgado e para as províncias de Niassa, Nampula, Zambézia e Sofala e estima-se que deste total de pessoas deslocadas, aproximadamente metade são crianças (International Organization for Migration (IOM), 2021b)

A destruição dos meios de subsistência, a falta de acesso aos serviços básicos e a pandemia de COVID-19 tiveram efeitos prejudiciais na segurança alimentar. A província de Cabo Delgado já tem uma situação nutricional pré-crise já precária, com níveis muitos altos da desnutrição crónica (53%, IDS 2011), o que representa quase uma em cada duas crianças com menos de 5 anos de idade sofrendo da desnutrição crónica. Uma análise de insegurança alimentar realizada em finais de 2020 indicou ter havido cerca de 160.000 pessoas em insegurança alimentar grave (IPC 3 e acima), nos distritos Mocímboa da Praia, Macomia, Ibo, Quissanga e Nangade. Estimou-se ter havido outras 225.000 pessoas em níveis de estresse de insegurança alimentar (IPC 2) devido à impacto de choques climáticos e violência.

A situação de alimentação e nutrição ficou agravada pelo fluxo contínuo de deslocados internos que dependem totalmente de ajuda. Alguns surtos de cólera localizados, sarampo e malária foram sendo reportados. Projecções no sector da agricultura indicaram altas probabilidades de haver diminuição da produção de alimentos em consequência da insegurança dentro dos distritos afectados directamente e o deslocamento de pessoas que limitam o acesso às terras agrícolas e aos mercados e outras actividades de subsistência.

Por outro lado, no sector de saúde, a escalada do conflito e do deslocamento interrompeu o acesso aos serviços de saúde e nutrição essenciais nos distritos e populações afectadas: acesso inadequado aos serviços de vacinação e ao aumento dos casos de sarampo, entre outros problemas de saúde relacionados com as crianças, que pioram a situação nutricional.

Um rastreio nutricional rápido realizado nos centros de acomodação de pessoas deslocadas e em algumas comunidades identificadas como hospedando outra parte dos deslocados no distritos de Metuge, identificou cerca de 7.6% (27/358) de desnutrição aguda nos centros de acomodação, sendo destes 2.0% (7/358) de DAG. Nas comunidades hospedeiras por sua vez, a estimativa da percentagem da desnutrição aguda foi de 3.20% (6/191) e na comunidade local os AF que referiram não ser deslocados, a estimativa da percentagem de desnutrição aguda foi de 0.9% (5/597).

**Assistência Humanitária**

Actualmente, é notória a existência de Organizações Nacionais e Internacionais operando nas áreas de saúde, nutrição, segurança alimentar, água e saneamento nos distritos-alvo e noutros distritos na província de Cabo Delgado, contudo, há existência de locais onde as coberturas não são adequadas, em parte pela inacessibilidades das áreas por insegurança, por outro lado pela dinâmica do influxo das pessoas deslocadas.

Em Cabo Delgado, existem um total de 131 unidades sanitárias (US). Destas 98 com serviços de Tratamento da desnutrição aguda em ambulatório (TDA) e 16 com serviços de Tratamento da desnutrição aguda no Internamento (TDI). Todos estes serviços são implementado pelo Ministério da Saúde (MISAU). Como consequência do conflicto armado, existem 33 centros de saúde que estão fechados.

# Justificativa da necessidade de realização do inquérito

Última análise de IPC insegurança alimentar aguda (inSA) estimou ter havido cerca de 160,000 pessoas enfrentando inSA Grave (IPC Fase 3 ou mais) nos distritos de Mocímboa da Praia, Macomia, Ibo, Quissanga e Nangade e outras 225,000 pessoas enfrentando um nível de estresse (IPC Fase 2) devido ao impacto dos choques climáticos e violência. Face a este cenário e outros, o Governo, através do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) e a Direcção Provincial de Saúde (DPS), em coordenação com o *Nutrition Cluster*, e come o com apoio do UNICEF e PMA, concordou num plano de avaliação como parte da ampla resposta à crise humanitária, com objectivo de providenciar informação sobre a situação nutricional actual nos distritos mais afectados na provincial de Cabo Delgado.

Estes esforços são complementares às acções que o MISAU/DPS/SPS e outros Clusters estão a levar a cabo em relação as avaliações de rotina e *ad-hoc* para entender a situação actual e facilitar uma análise conjunta.

# Objectivos do Inquérito

1. **Objectivo Geral**

Determinar a prevalência da desnutrição aguda em crianças com idade entre 6-59 meses nos centros de acomodação de Pessoas Deslocadas Internas e no distrito em geral, nos distritos identificados como prioritários na província de Cabo Delgado.

1. **Objectivos específicos**
2. Avaliar o estado nutricional as crianças com idade entre 6 e 59 meses através de medição dos parâmetros antropométricos peso, altura, perímetro braquial, idade e sexo, e sinais clínico da presença de edema bilateral.
3. Avaliar a prevalência de doenças Infecciosas (febre, tosse, diarreia e disenteria) em crianças com idade entre 6-59 meses através da administração de um recordatório às 2 semanas antes a data de inquérito;

1. Avaliar o estado nutricional das Mulheres grávidas e lactantes através da medição do perímetro braquial.

# Métodos

## Estimação da amostra

#### Para cada área de inquérito (distrito e centros de acomodação), com excepção do distrito de Palma, foram consideradas vinte e cinco (25) AE e 10 agregados familiares (AF) por AE. O mesmo número de AE foi considerado para os centros de acomodação de IDPs em cada um dos distritos elegíveis, isto é, 25 AE dos centros de acomodação de IDPs em Metuge, 25 AE em Metuge e 25 AE em Montepuez. Nos centros de acomodação de IDPs do distrito de Palma foi usado uma abordagem exaustiva em áreas onde era possível ter acesso em termos de segurança.

## Procedimentos de amostragem: selecção das áreas de enumeração e agregados familiares

O inquérito empregou uma abordagem de amostragem em três etapas (Figura 5.1), com selecção das AE considerando o princípio de probabilidade proporcional ao tamanho da população (PPT). Os bairros constituíram o quadro de amostragem para os distritos. Os centros de acomodação de IDPs por sua vez, o quadro de amostragem foram o total de centros existentes e activos dentro do distrito elegível (neste caso Metuge, Chiúre e Montepuez), conforme reportado nos mapeamentos da Organização Internacional de Migração (OIM) e do *Cluster* Coordenação de Campo e Gestão de Campo (CCCM Cluster).

1. **Primeira etapa**

As AE foram aleatoriamente selecionadas considerando o PPT usando o *ENA software for SMART*. A lista completa e actualizada de todos os bairros e centros de acomodação **acessíveis** foi inserida no *ENA software for SMART*. Áreas de Reserva (AR) foram igualmente seleccionada pelo *software* durante a mesma etapa. Os detalhes sobre as áreas áreas selecciondas são apresentadas nos anexos 2 e 3 deste relatório.

1. **Segunda etapa**

Consistiu na segmentação de áreas selecionadas na primeira etapa, que tenham sido consideradas como grandes. Em cada comunidade, um ou dois informantes-chave (isto é, Chefe da comunidade, bairro) eram solicitados para providenciar informação sobre a comunidade, como por exemplo, os limites, divisões da comunidade e o número estimado de AF. Em AE relativamente grandes, eram segmentadas quando tivessem mais de 250 AF ou se os AF ainda que <250, estivessem geograficamente dispersos um do outro. Esta divisão foi baseada nas unidades administrativas já existentes, como o caso de quarteirões, zonas, estradas ou outros limites naturais (rios, caminho, ou lugares públicos como mercado, escola ou igrejas, mesquitas, etc). Se os segmentos tivessem um número similar de AF, um segmento era aleatoriamente selecionado para representar a AE. Se os segmentos tivessem números de AF relativamente diferentes, o segmento era seleccionado aplicando o PPT.

1. **Terceira etapa**

Consistiu na selecção dos AF’s. Era considerado um AF, “todas pessoas que comem da mesma panela e vivem juntos” (definição do Instituto Nacional de Estatística (INE). Dado a confusão que o conceito de AF pode existir no seio da população, geralmente associado a um casa, para evitar estas situações, era explicado às autoridades locais antes de começar com o trabalho.

Agregados familiares eram seleccionados dentro de cada AE aplicando a técnica de amostragem aleatória simples. Todos AF eram listados e enumerados pelas equipas de inquérito. Os 10 AF (na primeira fase) e 12 AF (na segunda fase) foram sendo seleccionados da lista actualizada dos AF da área e com identificação única. Vinte e quatro (24) equipas foram constituídas engajadas durante as avaliações, enquanto a recolha de dados decorreu durante 19 dias em duas fases.

## Selecção de crianças e MGL

Todas crianças com idade entre 6 e 59 meses vivendo nos AF seleccionados eram incluídas nas avaliações antropométricas, incluindo gémeos e órfãos ou outras crianças sem nenhum grau de parentesco mas que vivesse naquele AF. AF sem crianças eram, mesmo assim, incluídos para avaliações de MGL quando existissem. Qualquer AF ausente ou com criança ou MGL ausente eram revisitados no final do dia antes das equipas saírem da AE. Crianças em falta ou ausentes que não tivessem sido encontradas nas múltiplas visitas feitas pelas equipas antes de saírem da área não eram incluídas no inquérito. Uma ficha de controlo de AE foi usada para registar todas visitas aos AF e anotar qualquer AF ausente. AF abandonados eram idealmente excluídos do total da lista de AF antes do inquérito começar. O respondente primário do inquérito eram os cuidadores da crianças.

**Figura 5.1.** Descrição das etapas de amostragem

## Critérios de inclusão e exclusão

Todas crianças com idade entre 6-59 meses eram incluídas no inquérito. A idade era verificada recorrendo aos documentos oficiais da crianças (cartão de saúde, cédula pessoal). Para aquelas que não tivessem documento, calendário de eventos locais eram usados para ajudar ao respondente e cuidador da criança a lembrar a data de nascimento da sua criança. Cerca de 11% dos respondentes tiveram que lembrar da idade da sua criança com ajuda do calendário de eventos locais. Idade (se ≥ 2 anos) foi o parâmetro usado para decidir se a criança seria medida de pé ou deitada.

Todos inquéritos foram realizados durante a época de escassez de alimentos, alguns dias debaixo de chuvas intensas, e em áreas de alto risco de insegurança devido ao conflito.

## Organização do Inquérito

### Coordenação e Colaboração

A gestão do inquérito foi feito pelo SETSAN e DPS por parte do Governo, com apoio financeiro do UNICEF e PMA, e apoio do UNICEF e *Action Against Hunger* Canada na coordenação técnica do inquérito.

### Composição das Equipas de Inquérito e Supervisão

Foram formadas quatro equipas de dois membros em cada área de inquérito. Todos membros vieram do SETSAN e DPS. Cada equipa eram composta por um avaliador e seu assistente (Figura 5.2.). Quanto à supervisão, para cada área de inquérito haviam dois supervisores representados entre as seguintes instituições/organizações: UNICEF, PMA, DPS, SETSAN, AVSI, Medicus Mundi e GNC TA.

Figura 5.2. Estrutura e composição das equipas de inquérito por área de inquérito (distrito ou centro de acomodação de IDP)

### Treinamento das Equipas de Inquérito

Todas equipas de inquérito foram submetidos a um treinamento de cinco (5) dias sobre os aspectos técnico-teóricos e práticos da metodologia, administrado em Inglês pela equipa de GNC TA, com interpretação para Português. O treinamento foi liderado pelo GNC TA com apoio do SETSAN, DPS e PMA. O teste de padronização das medições antropométricas foi realizado durante um dia, medindo 10 crianças com objectivo de avaliar a precisão e acurácia dos enumeradores em fazer medições com qualidade necessária. No final do treinamento, foi realizado um teste piloto numa comunidade, com duração de um (1) dia para avaliar o desempenho das equipas de inquérito nas condições reais do campo.

Cada membro da equipa foi entregue documentos-chave e instrumentos necessários para realizar o trabalho de campo: um guião sobre os procedimentos de campo com instruções sobre como proceder para recolher dados, ficheiros para selecção de AF, calendários de eventos locais, e questionário. O questionário foi pré testado durante o piloto e modificações feitas quando fosse necessário.

## Indicadores: definição, cálculos e interpretação

* + 1. **Antropometria**

1. **Idade**

A idade foi registada em crianças na faixa entre 6-59 meses no seguinte formato: dia/mês/ano. A data de nascimento exacta foi registada apenas mediante confirmação nos documentos oficiais como o caso de cartao de sáude, cédula pessoal. Onde documento não estivesse disponível ou não fosse possível confirmar em documentos oficiais, a data de nascimento era estimada com recurso ao calendário de eventos locais para ajudar ao respondente a lembrar o ano e o mês me que a criança nasceu e para o dia considerava-se a mediana 15.

1. **Peso**

O peso foi avaliado em crianças com idade entre 6-59 meses, em quilogramas (Kg), e ao mais próximo 0.1Kg com recurso a uma balança electrónica da marca SECA, referência 874, com função 2 em 1 (pesagem indirecta). Crianças que com alguma facilidade podiam ficar de pé por si só eram pesadas com directamente na balança. Para crianças que não podiam ficar de pé na balança sozinhas, a pesagem indirecta era feita com ajuda de algum membro da familia. Dois membros de uma equipa trabalhavam de forma colaborativa, com responsabiliades instrasmissíveis, para medir as crianças.

1. **Altura**

A altura era medida em crianças com idade entre 6-59 meses no mais próximo centimetro (cm): 0.1cm. Um altímetro de madeira padrao foi usado. Crianças com idade inferior a dois anos eram medidas deitadas e àquelas com idade maior ou igual a dois anos eram medidos de pé. Em casos de situação contrária era indicado no questionário para permitir ajustes durante a análise conforme o caso. Dois membros de uma equipa trabalhavam de forma colaborativa, com responsabiliades instrasmissíveis, para medir as crianças.

1. **Perímetro Braquial (PB)**

O PB foi avaliado em crianças com idade entre 6-59 meses e em MGL ao cm mais próximo. Todas crianças e MGL eram avaliadas usando o braço esquerdo com recuso à fitas de PB para crianças e MGL resprectivamente. Dois membros de uma equipa trabalhavam de forma colaborativa, com responsabiliades instrasmissíveis, para medir as crianças.

1. **Edema Bilateral**

O edema bilateral foi avaliado em crianças com idade entre 6-59 meses. A presença ou ausênciaausência de edema bilateral em crianças foi registada como “sim” para presença ou “não” para ausência. A verificacao da presença ou ausência de edema bilateral foi feito ao pressionar com os dedos polegares por três segundos continuos sobre os dois pés da criança. Qualquer caso suspeito requria a confirmação por diferentes equipas, incluindo o supervisor se presente naquele momento, e uma foto com o rosto da criança censurado quando possível.

### Definições e Cálculos

1. **Desnutrição Aguda**

A DA é uma manifestação física consequência da incapacidade de um individuo consumir ou absorver nutrientes. A DA representa a falha na criança de receber nutrição adequada e pode ser resultado de ingestão alimentar inadequada ou um episódio recente de doença que terá causada a perda de peso. Os dados antropométricos de crianças foram analisados considerado os *SMART flags* e padrões da OMS.

1. **Peso-para-Altura (P/A)**

O P/A é usado para diagnosticar a desnutrição aguda (perda de peso) em crianças com idade entre 6-59 meses. O P/A foi calculado com recurso ao *ENA Software for SMART* comparando o peso observado de uma determinda criança com a média do peso de uma criança da população de referência para uma determinada altura. Usando o P/A, a distribuição da amostra é comparada contra a população de referência da OMS de 2006. A DA é soma da DAG e Desnutrição Aguda Moderada (DAM). Os pontos de corte para o P/A são apresentados na Tabela 3.1.

1. **PB**

O PB é também usado para diagnosticar a desnutrição aguda em crianças com idade entre 6-59 meses, assim como para MGL (no caso deste inquérito). É avaliado usando uma fita de PB e medindo a circunferência do braço esquerdo. Entre crianças com idade entre 6-59 meses, a DA é a soma de DAG e DAM. Os pontos de coorte do PB são apresentados na tabela Tabela 3.1.

1. **Edema bilateral**

Finalmente, o edema bilateral de causa nutricional, é usado para avaliar a DA. Crianças com presença de edema bilateral são automaticamente considerados sofrendo de DAG, independemente dos valores de P/A ou PB.

1. **Prevalência combinada da Desnutrição Aguda (DAc) e Desnutrição Aguga Grave (DAGc)**

A DAc e DAGc são indicadores compostos usados para avaliar a desnutrição aguda em crianças com idade entre 6-59 meses considerando tanto o P/A, PB e/ou edema bilateral. Estudos, incluindo realizados em Moçambique, mostraram que diferentes crianças são diagnosticas com desnutrição aguda usando os dois critérios recomendados pela OMS, de formas que, reportar prevalência calculada com base no P/A apenas ou prevalência calculada com base no PB apenas subestima a carga real do problema da desnutrição aguda na área em análise (Grellety and Golden, 2016; Zaba, Nyawo and Álvarez Morán, 2020). No caso especifico do estudo de Moçambique, o nível de concordancia entre o P/A e PB mostrou ser raro e os resultados foram similares quando analisados por provincia (Zaba, Nyawo and Álvarez Morán, 2020). O Ministério da Saúde de Moçambique, através do Departamento de Nutrição, concordou, num Webinar Organizado pelo UNICEF Moçambique para apresentar os resultados desta pesquisa, passar a reportar a prevalência combinada e usar nos exercícios de planificação para assegurar equidade na planificação para o combate à desnutrição.

A DAc foi calculada com recurso ao *ENA Software for SMART* considerando a seguinte definição de caso: P/A <-2 DP **ou** PB < 125 mm **ou** presença de edema bilateral, ao passo que DAGc foi calculado considerado a dinificação de caso: P/A <-3 DP **ou** PB < 11.5 mm **ou** presença de edema bilateral, do conjunto de dados na base (Zaba, Nyawo and Álvarez Morán, 2020).

1. **Desnutrição Crónica (DC)**

A DC é uma manisfestação física de uma desnutrição a longo termo que retarda o crescimento e desenvolvimento. Ela reflecte a falha em alcaçar uma altura óptima. Em crianças com idade entre 6-59 meses, a DC é estimada usando o índice Peso-para-Idade (P/I). O P/I foi calculado com recurso ao *ENA Software for SMART* comparando a altura observada de uma criança, com a altura média de crianças da população de referência para aquela idade. Usando o P/A, a distribuição da amostra foi comparada contra a população de referência da OMS 2006. A DC é soma de desnutrição crónica grave e desnutrição crónica moderada. Os pontos de coorte usados são apresentados na Tabela 5.1.

1. **Baixo Peso (BP)**

O BP é uma manifestação física de tanto a DA como a DC. Em crianças com idade entre 6-59 meses, o BP é estimado usando o índice Peso-para-Idade (P/I). O P/I foi estimado com recurso ao *ENA Software for SMART* ao comparar o peso observado de uma determinada criança, com o peso médio de crianças da população de referência para determinada idade. Usando o P/I, a distribuição da amostra foi comparada contra a população de referência da OMS 2006. DC é soma de baixo peso grave e baixo peso moderado. Os pontos de coorte usados são apresentados na Tabela 5.1.

As prevalência da DA (por P/A), DC e BP foram igualmente classificados pela OMS em termos de gravidade e significancia em daúde pública[[2]](#footnote-3) (Tabela 5.2)

Tabela 5.1. Definição de Desnutrição Aguda, Desnutrição Crónica e Baixo Peso de acordo com referência da OMS 2006

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gravidade | DA  (P/A) | DC  (A/I) | BP  (P/I) |
| Global (Moderado + Grave) | <-2 DP e/ou edema bilateral | <-2 DP | <-2 DP |
| Grave | <-3 DP e/ou edema bilateral | <-3 DP | <-3 DP |
| Moderada | <-2 e ≥ -3 DP | <-2 e ≥ -3 DP | <-2 e ≥ -3 DP |

Tabela 5.2. Classificação da OMS para Gravidade da Prevalência da Desnutrição em Crianças <5 anos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gravidade  (Nível) | DA  (P/A) | DC  (A/I) | BP  (P/I) | Interpretação |
| Muito alto | ≥ 15% | ≥ 30% | ≥ 30% | Crítico/Emergência |
| Alto | ≥ 10% - <15% | ≥ 20% - < 30% | ≥ 20% - < 30% | Sério |
| Médio | ≥ 5% - < 10% | ≥ 10% - < 20% | ≥ 10% - < 20% | Pobre |
| Baixo | ≥ 2.5% - < 5% | ≥ 2.5% - < 10% | < 10% | Aceitável |
| Muito baixo | <2.5 | <2.5 |  | Aceitável |

(Onis *et al.*, 2018)

Tabela 5.3. Definição da Desnutrição Aguda pela OMS com base no PB

|  |  |
| --- | --- |
| Gravidade | PB (mm) |
| Global (Moderado + Grave) | < 125 e/ou edema bilateral |
| Grave | < 115 e/ou edema bilateral |
| Moderada | ≥ 115 e < 125 |

1. **Proporção de Crianças com DA com Acesso ao Serviços de Tratamento do PRN**

Depois de cada criança ser avaliada o peso, altura, sexo, idade, PB e edema bilateral, era classificada se tinha ou não desnutrição aguda, quer por PB ou por P/A ou edema bilateral. Quando fosse positivo para qualquer um dos métodos, era perguntado ao (à) cuidadora(o) da criança se a sua criança esteve em tratamento naquele momento em que o inquérito decorreu. Caso a resposta fosse “sim”, pedia-se uma amostra de Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU) ou Alimento Suplementar Pronto para Uso (ASPU) ou cartão de doente desnutrido para confirmar. Todas crianças que não estivessem em tratamento eram referidas para uma US mais próxima e deixava-se com o (a) cuidador(a) uma ficha de referência devidamente preenchida e, nalguns casos, quando grave, eram levadas às US para devido seguimento.

1. **Desnutrição Aguda em MGL**

Todas MGL que residissem nos AF’s seleccionados eram avaliados o seu estado nutricional por meio do PB. DA foi definida como PB < 230 mm.

1. **Prevalência de Doenças Infecciosas em Crianças de 6-59 meses e Comportamento de Procura por Serviços de Saúde**

De acordo com o Quadro conceptual da UNICEF sobre as causas das desnutrição, doenças são causas imediatas da desnutrição. As doenças afectam também o consumo alimentar em crianças, também categorizado com causa imediata da desnutrição (UNICEF, WHO and World Bank, 2020). Neste contexto, foi igualmente importante, portanto, avaliar a morbidade. Para alcançar este objectivo, os cuidadores primários das crianças com idade entre 6-59 meses foram perguntados se as suas crianças algum sinal e/ou sintomas como a febre, tosse, diarreia e disenteria nas últimas duas semanas anteriores a data de inquérito. Aos cuidadores que tivessem dado uma resposta afirmativa, eram à posterior perguntados se teriam procuro pelos serviços de saúde quando a criança estive doente.

### Análise e Interpretação

Os dados eram carregados directamente para o servidor, uma vez que os dados foram colhidos usando plataformas electrónicas – através do aplicativo móvel *Open Data Kit (ODK) Collect* instalado nos *Smartphones*.

Análise de dados para determinação da prevalência da desnutrição aguda em crianças foi feita usando o *ENA software for SMART*. A análise/verificação da qualidade dos dados foi feita tanto durante o processo de recolha de dados para monitoria da mesma, assim como no final para determinação da qualidade geral após finalizada a recolha de dados. Os dados de MGL, assim como de outros indicadores de crianças (doenças) foram analisados usando o IBM SPSS (versão 25). Informações obtidas durante o processo de recolha de dados, incluindo por meio de observação, foram usadas para complementar/contextualizar os resultados do inquérito e fortalecer a interpretação dos mesmos. A interpretação de cada resultado foi com base nos padrões nacionais e internacionais, quando existissem para cada indicador.

## limitações do Inquérito

Este inquérito foi sujeito de algumas limitações conforme descritas abaixo:

1. O treinamento foi feito em Inglês com tradução para Português. Existe alguma possibilidade de alguns conceitos não terem sido percebidos adequadamente pelas equipas de inquérito.
2. Devido à insegurança, algumas áreas foram excluídas do quadro de amostragem, e algumas outras áreas amostradas não foram acessíveis
3. Em Ibo e Metuge, grande parte das crianças foram tiradas para áreas seguras, por isso, apesar das equipas terem feito áreas de reserva não alcançaram a meta planificada
4. Devido às questões de segurança, equipa de Palma foi evacuada antes de completar as avaliações nos centros de acomodação de IDPs onde era para realizar inquérito exaustivo.
5. Nos centros de acomodação de IDPs, parte considerável de cuidadores perdeu documentos, tendo levado as equipas a usar calendário de eventos locais para estimar a idade da criança.
6. Em Mecúfi, muitas crianças tinham cédula pessoalatribuídas durante a campanha de registo vital, porém foram observados muitos erros no documento.
7. Baixo tamanho de amostra para MGL – inquérito desenhado com foco para crianças 6-59 meses.
8. Não há padrões para classificar as percentagens de desnutrição aguda em MGL - requer uma interpretação holística.
9. Nenhuma outra informação sobre a saúde e nutrição para crianças e MGL (por exemplo, indicadores dietéticos como Dieta Mínima Aceitável / Diversidade da Dieta em Mulheres) – o que limita a interpretação dos resultados.

# Resultados

## Amostra do Inquérito e Qualidade de Dados

Na primeira fase de recolha de dados que incluiu os distritos de Metuge, Mecúfi, Ancuabe, Montepuez, Ibo e Chiúre, a amostra tinha sido definida para avaliar 250 AF’s para cobrir o mínimo de crianças necessárias estimada em 200. Desta fase, apenas os distritos de Mecúfi e Chiúre alcançaram a amostra mínima necessária, enquanto os restantes distritos (Montepuez, Metuge, Ibo e Ancuabe) tiveram que fazer AR para cobrir a amostra mínima necessária. Na segunda fase de recolha de dados, por sua vez, que incluiu os distritos Mueda, e centros de acomodação de IDPs em Montepuez, Chiúre e Metuge foi definido um mínimo de 300 AF para cobrir as 200 crianças e um inquérito exaustivo em e Palma. A revisão da amostra de 250 para 300 AF por área de inquérito permitiu alcançar a amostra mínima necessária sem precisar cobrir as áreas de reserva. Por outro lado, no inquérito realizado nos centros de acomodação de IDPs em Montepuez, foram perdidas 4 AE por estas terem abandonado os centros para as comunidades locais e não foi possível rastrear e localizar. Como consequência, as equipas tiveram que cobrir as áreas de reserva.

Todas áreas de inquérito, a excepção do inquérito realizado nas comunidades locais do distrito de Metuge e Ibo, alcançaram a amostra mínima necessária de 200 crianças. Um caso particular foi do distrito de Palma onde, ao contrário dos inquéritos realizados em todos outros distritos e centros de acomodação de IDPs, neste distrito o desenho foi para realizar um inquérito exaustivo nos centros de acomodação de IDPs que fossem acessíveis, entretanto, devido à situação de insegurança que é muito volátil naquele distrito, as equipas de inquérito não puderam completar o inquérito nas áreas anteriormente consideradas seguras para trabalhar. Nos dias onde o acesso era possível, as equipas eram permitidas trabalhar até as 12h45minutos e retirar-se de volta a vila sede do distrito de Palma as 13h00min. Esta situação influenciou negativamente no número de AF a realizar por dia. Por outro lado, dois dias antes do final da período em que as equipas estavam autorizadas a trabalhar naquele distrito, houve um ataque há 20 Km da vila sede de Palma e as equipas foram a evacuadas de volta à cidade de Pemba antes de terminarem com os trabalhos.

O sumário dos resultados dos alcançados em relação ao planificação são apresentados na Tabela 6.1.

Tabela 6.1. Agregados Familiares e Crianças Planificadas *vs* Alcançadas por Área de Inquérito

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Áreas de inquérito | #AF planificados | #AF’s entrevistados | %AF’s entrevistados | #Crianças planificadas | #Crianças avaliadas | %Crianças avaliadas |
| **Ancuabe** | 250 | 269 | 107.6 | 200 | 216 | 108 |
| **Montepuez** | 250 | 270 | 108 | 200 | 214 | 107 |
| **Montepuez – IDPs** | 300 | 281 | 93.67 | 200 | 304 | 152 |
| **Chiúre** | 250 | 233 | 93.2 | 200 | 245 | 122.5 |
| **Chiúre – IDPs** | 300 | 289 | 96.33 | 200 | 263 | 131.5 |
| **Ibo** | 250 | 264 | 105.6 | 200 | 187 | 93.5 |
| **Mecúfi** | 250 | 250 | 100 | 200 | 221 | 110.5 |
| **Mueda** | 300 | 288 | 96 | 200 | 310 | 156.5 |
| **Palma** | Exaustivo | 153 | n.a | Exaustivo | 181 | n.a |
| **Metuge – IDPs** | 300 | 288 | 96 | 200 | 238 | 119 |
| **Metuge** | 250 | 272 | 108.8 | 200 | 180 | 90 |

* + 1. **Local de Proveniência das Crianças e Tempo Estimado desde que ficaram deslocados**

Nos centros de acomodação de IDPs, cada AF era perguntado sobre a sua proveniência. Nos distritos, por sua vez, os AF eram primeiramente perguntados se eram deslocados. Quando a resposta fosse “sim”, perguntava-se à seguir sobre a sua proveniência (o distrito) e quando é que foi forçado a abandonar a sua zona de origem (mês e ano). Na fase das análises, o tempo foi categorizado em (i) últimos 4 meses, correspondendo aos IDPs que ficaram deslocadas desde Fevereiro de 2021 à Outubro de 2020 e (ii) ≥ 5 meses, correspondendo aos IDPs que ficaram deslocados desde Setembro à Janeiro de 2020. Do total das crianças avaliadas durante o inquérito, quer nas comunidades como nos centros de acomodação de IDPs, 1,385 pertencem à AF que são IDPs, correspondendo à 51.95%.

1. **Local de Proveniência**

A Figura 6.1, mostra a distribuição das crianças pelos distritos de onde vieram. A maioria das crianças são deslocados dos distritos de Mocímboa da Praia (n=416), seguidos do distrito de Macomia (n=354 crianças), Quissanga (n=325 crianças) e Muidumbe (n=229 crianças). Muito poucos deslocaram-se Nangade (n=17 crianças) e Palma (n=10 crianças).

Figura 6.1. Distritos onde as Crianças Deslocadas vieram

1. **Tempo Estimado desde que ficaram deslocados**

A maioria das crianças ficaram deslocadas há um período maior ou igual a 5 meses (n=869 crianças, correspondente à 62.74%). Os restantes deslocaram-se nos últimos 4 meses anteriores a data do inquérito (n=477, correspondente à 37.26%) (Figura 6.2). Haviam outras 39 crianças que ficaram deslocadas entre 2018 e 2019.

**Figura 6.2.** Crianças e tempo estimado desde que ficaram deslocados

A Figura 6.3 mostra a distribuição de crianças por local de proveniência e o tempo estimado desde que ficaram deslocados. A maioria das crianças de Quissanga, Mocímboa da Praia e Macomia ficaram deslocados há um período maior o igual à 5 meses. Um caso particular foi observado em crianças do distrito de Muidumbe cuja maioria (n=150) ficaram deslocados nos últimos 4 meses.

Figura 6.3. Distribuição do número de crianças por local de proveniência e tempo estimado desde que deslocaram-se

* + 1. **AF e Crianças que são IDPs mas vivem fora dos centros de acomodação**

Aplicável apenas para áreas onde o inquérito foi representativo do distrito, esta análise mostra a distribuição de AF e crianças que são deslocados internos mas que não vivem nos centros de acomodação em relação ao total de AF e crianças avaliadas em cada área de inquérito. Conforme ilustrado na Tabela 6.2, os distritos de Ibo, Ancuabe, Mueda e Montepuez foram os que tiveram mais AF e mais crianças que são IDPs vivendo fora dos centros de acomodação. Apesar disso, o número de crianças não foi suficiente para calcular estimativas de prevalências que fossem estatisticamente confiáveis. Por esta razão, na Tabela 6.2 são apenas reportados o número de crianças que são IDPs vivendo nas comunidades.

* + 1. **Distribuição da Amostra por Sexo e Idade**

Nas tabelas 6.2 – 6.13 são apresentados a distribuição da amostra por sexo e por classes de idade para cada área de inquérito. Em geral, houve uma representação como esperada entre crianças do sexo masculino e feminino e entre crianças com idade entre 6-29 meses e 30-59 meses de idade (mais detalhes no anexo 1, testes números 2 e 3).

Tabela 6.2. Agregados familiares e Crianças que vivem na comunidades normais mas que são IDPs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Áreas de inquérito | IDPs que vivem na comunidade | %IDPs que vivem na comunidade | Crianças (IDPs) que vivem na comunidade | %Crianças (IDPs) que vivem na comunidade |
| **Ancuabe** | 63 | 23.42 | 63 | 29.16 |
| **Montepuez** | 70 | 25.9 | 46 | 21.49 |
| **Montepuez – IDPs** | n.a | n.a | n.a | n.a\* |
| **Chiúre** | 18 | 7.73 | 27 | 11.02 |
| **Chiúre – IDPs** | n.a | n.a | n.a | n.a |
| **Ibo** | 71 | 26.89 | 93 | 49.7 |
| **Mecúfi** | 3 | 1.19 | 3 | 1.35 |
| **Mueda** | 68 | 23.61 | 89 | 28.70 |
| **Palma** | n.a | n.a | n.a | n.a |
| **Metuge – IDPs** | n.a | n.a | n.a | n.a |
| **Metuge** | 25 | 9.9 | 32 | 17.7 |

n.a = não aplicável

Tabela 6.3. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – distrito de Ancuabe

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino |  | Feminino |  | Total |  | Rácio |
| Idade (meses) | **no.** | **%** | **no.** | **%** | **no.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 22 | 46.8 | 25 | 53.2 | 47 | 22.1 | 0.9 |
| 18-29 | 30 | 60.0 | 20 | 40.0 | 50 | 23.5 | 1.5 |
| 30-41 | 27 | 49.1 | 28 | 50.9 | 55 | 25.8 | 1.0 |
| 42-53 | 26 | 55.3 | 21 | 44.7 | 47 | 22.1 | 1.2 |
| 54-59 | 8 | 57.1 | 6 | 42.9 | 14 | 6.6 | 1.3 |
| Total | 113 | 53.1 | 100 | 46.9 | 213 | 100.0 | 1.1 |

Tabela 6.4. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Montepuez

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **no.** | **%** | **no.** | **%** | **no.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 41 | 58.6 | 29 | 41.4 | 70 | 32.9 | 1.4 |
| 18-29 | 21 | 55.3 | 17 | 44.7 | 38 | 17.8 | 1.2 |
| 30-41 | 31 | 59.6 | 21 | 40.4 | 52 | 24.4 | 1.5 |
| 42-53 | 24 | 54.5 | 20 | 45.5 | 44 | 20.7 | 1.2 |
| 54-59 | 4 | 44.4 | 5 | 55.6 | 9 | 4.2 | 0.8 |
| Total | 121 | 56.8 | 92 | 43.2 | 213 | 100.0 | 1.3 |

**Tabela 6.5.** Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Montepuez

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 35 | 47.3 | 39 | 52.7 | 74 | 24.3 | 0.9 |
| 18-29 | 37 | 57.8 | 27 | 42.2 | 64 | 21.1 | 1.4 |
| 30-41 | 31 | 44.3 | 39 | 55.7 | 70 | 23.0 | 0.8 |
| 42-53 | 40 | 47.6 | 44 | 52.4 | 84 | 27.6 | 0.9 |
| 54-59 | 5 | 41.7 | 7 | 58.3 | 12 | 3.9 | 0.7 |
| Total | 148 | 48.7 | 156 | 51.3 | 304 | 100.0 | 0.9 |

**Tabela 6.6.** Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Chiúre

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 39 | 47.6 | 43 | 52.4 | 82 | 28.5 | 0.9 |
| 18-29 | 34 | 56.7 | 26 | 43.3 | 60 | 20.8 | 1.3 |
| 30-41 | 37 | 56.9 | 28 | 43.1 | 65 | 22.6 | 1.3 |
| 42-53 | 21 | 36.8 | 36 | 63.2 | 57 | 19.8 | 0.6 |
| 54-59 | 13 | 54.2 | 11 | 45.8 | 24 | 8.3 | 1.2 |
| Total | 144 | 50.0 | 144 | 50.0 | 288 | 100.0 | 1.0 |

**Tabela 6.7.** Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Chiúre

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 39 | 59.1 | 27 | 40.9 | 66 | 25.1 | 1.4 |
| 18-29 | 27 | 37.0 | 46 | 63.0 | 73 | 27.8 | 0.6 |
| 30-41 | 24 | 42.1 | 33 | 57.9 | 57 | 21.7 | 0.7 |
| 42-53 | 31 | 56.4 | 24 | 43.6 | 55 | 20.9 | 1.3 |
| 54-59 | 7 | 58.3 | 5 | 41.7 | 12 | 4.6 | 1.4 |
| Total | 128 | 48.7 | 135 | 51.3 | 263 | 100.0 | 0.9 |

**Tabela 6.8.** Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Ibo

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 17 | 42.5 | 23 | 57.5 | 40 | 21.4 | 0.7 |
| 18-29 | 18 | 45.0 | 22 | 55.0 | 40 | 21.4 | 0.8 |
| 30-41 | 20 | 41.7 | 28 | 58.3 | 48 | 25.7 | 0.7 |
| 42-53 | 26 | 60.5 | 17 | 39.5 | 43 | 23.0 | 1.5 |
| 54-59 | 3 | 18.8 | 13 | 81.3 | 16 | 8.6 | 0.2 |
| Total | 84 | 44.9 | 103 | 55.1 | 187 | 100.0 | 0.8 |

Tabela 6.9. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Mecúfi

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 29 | 50.9 | 28 | 49.1 | 57 | 25.8 | 1.0 |
| 18-29 | 32 | 48.5 | 34 | 51.5 | 66 | 29.9 | 0.9 |
| 30-41 | 25 | 50.0 | 25 | 50.0 | 50 | 22.6 | 1.0 |
| 42-53 | 21 | 48.8 | 22 | 51.2 | 43 | 19.5 | 1.0 |
| 54-59 | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 | 5 | 2.3 | 0.7 |
| Total | 109 | 49.3 | 112 | 50.7 | 221 | 100.0 | 1.0 |

**Tabela 6.10.** Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Metuge

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 22 | 44.9 | 27 | 55.1 | 49 | 25.9 | 0.8 |
| 18-29 | 22 | 39.3 | 34 | 60.7 | 56 | 29.6 | 0.6 |
| 30-41 | 25 | 51.0 | 24 | 49.0 | 49 | 25.9 | 1.0 |
| 42-53 | 14 | 51.9 | 13 | 48.1 | 27 | 14.3 | 1.1 |
| 54-59 | 4 | 50.0 | 4 | 50.0 | 8 | 4.2 | 1.0 |
| Total | 87 | 46.0 | 102 | 54.0 | 189 | 100.0 | 0.9 |

Tabela 6.11. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Metuge

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 31 | 48.4 | 33 | 51.6 | 64 | 26.9 | 0.9 |
| 18-29 | 28 | 52.8 | 25 | 47.2 | 53 | 22.3 | 1.1 |
| 30-41 | 35 | 64.8 | 19 | 35.2 | 54 | 22.7 | 1.8 |
| 42-53 | 27 | 58.7 | 19 | 41.3 | 46 | 19.3 | 1.4 |
| 54-59 | 10 | 47.6 | 11 | 52.4 | 21 | 8.8 | 0.9 |
| Total | 131 | 55.0 | 107 | 45.0 | 238 | 100.0 | 1.2 |

Tabela 6.12. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Distrito de Mueda

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 46 | 50.0 | 46 | 50.0 | 92 | 29.4 | 1.0 |
| 18-29 | 28 | 40.6 | 41 | 59.4 | 69 | 22.0 | 0.7 |
| 30-41 | 40 | 54.8 | 33 | 45.2 | 73 | 23.3 | 1.2 |
| 42-53 | 31 | 50.0 | 31 | 50.0 | 62 | 19.8 | 1.0 |
| 54-59 | 8 | 47.1 | 9 | 52.9 | 17 | 5.4 | 0.9 |
| Total | 153 | 48.9 | 160 | 51.1 | 313 | 100.0 | 1.0 |

Tabela 6.13. Distribuição da amostra (crianças) por Idade e Sexo – Centros de Acomodação de IDPs do distrito de Palma

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Masculino | | Feminino | | Total | | Rácio |
| Idade (meses) | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **nr.** | **%** | **M:F** |
| 6-17 | 17 | 56.7 | 13 | 43.3 | 30 | 16.5 | 1.3 |
| 18-29 | 18 | 42.9 | 24 | 57.1 | 42 | 23.1 | 0.8 |
| 30-41 | 20 | 41.7 | 28 | 58.3 | 48 | 26.4 | 0.7 |
| 42-53 | 25 | 52.1 | 23 | 47.9 | 48 | 26.4 | 1.1 |
| 54-59 | 5 | 35.7 | 9 | 64.3 | 14 | 7.7 | 0.6 |
| Total | 85 | 46.7 | 97 | 53.3 | 182 | 100.0 | 0.9 |

## Qualidade de dados

Os inquéritos realizados nos distritos de Ancuabe, Ibo, e centros de acomodação de IDPs dos distritos de Metuge e de Montepuez tiveram uma qualidade excelente. Nos distritos de Chiúre e Mueda a qualidade foi classificada em em “bom”. O distrito de Metuge teve dados problemáticos (com DP > 1.2), portanto muito além da distribuição normal, o que significa que a prevalência da DA observada pode estar sobrestimada. Considerando esta situação, e conforme as recomendações do SMART *methodology*, prevalência foi calculada considerando um DP = 1, isto é, uma distribuição normal.

Todos outros inquéritos tiveram o DP dentro dos parâmetros aceitáveis (0.8 e 1.2), o que significa uma distribuição adequada dos dados em torno da média observada e, portanto, os dados são de boa qualidade. Conforme indicado anteriormente neste documento, a qualidade dos dados foi analisada com base nos critérios de verificação de qualidade do SMART *methodology*. Os detalhes do relatório de qualidade são apresentados no anexo 1 deste relatório, entretanto o sumário geral é apresentado na Tabela 6.14.

Tabela 6.14. Sumário da Qualidade dos Dados de Crianças por Área de Inquérito

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Áreas de inquérito | Pontuação total | Classificação |
| Ancuabe | 8% | Excelente |
| Montepuez | 17% | Aceitável |
| Montepuez – IDPs | 6% | Excelente |
| Chiúre | 11% | Bom |
| Chiúre – IDPs | 15% | Aceitável |
| Ibo | 9% | Excelente |
| Mecúfi | 20% | Aceitável |
| Mueda | 11% | Bom |
| Palma | 17% | Aceitável |
| Metuge – IDPs | 6% | Excelente |
| Metuge | 34% | Problemático |

Os resultados apresentados na Tabela 6.15 mostram que a DA por P/A esteve, practicamente, distribuída de forma homogénea em todas AE amostradas em cada área de inquérito, isto é, em quase todas áreas de inquérito (distritos e centros de acomodação de IDPs) foram encontrados casos de desnutrição aguda. Nos centros de acomodação de Chiúre, por sua vez, houve uma ligeira diferença observada entre as AE, o que significa que, enquanto algumas AE tinham casos de DA, outras não. Nenhuma bolsa[[3]](#footnote-4) de desnutrição aguda foi observada.

Tabela 6.15. Média de Z-scores e Efeito de Desenho de Peso-para-Altura

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de inquérito | Média de Z-scores | Efeito de desenho |
| Ancuabe | -0.26±1.05 | 1.14 |
| Montepuez | -0.15±1.08 | 1.00 |
| Montepuez – IDP | -0.20±1.05 | 1.00 |
| Chiúre | -0.28±1.06 | 1.00 |
| Chiúre – IDP | -0.19±1.04 | 1.28 |
| Ibo | -0.28±0.99 | 1.00 |
| Mecúfi | -0.47±1.11 | 1.00 |
| Mueda | -0.10±1.01 | 1.00 |
| Palma – IDP | -0.56±0.95 | 1.00 |
| Metuge – IDP | -0.17±1.06 | 1.00 |
| Metuge | -0.11±1.23 | 1.00 |

## Prevalência da Desnutrição Aguda

### Desnutrição Aguda por P/A e/ou Presença de Edema Bilateral

A prevalência da DA por P/A entre crianças com idade entre 6-59 meses foi classificada em “nível baixo” no distrito de Mueda, Ibo, Metuge e Centro de acomodação de IDPs de Montepuez, enquanto que no distrito de Mecúfi, Chiúre, Ancuabe e Centros de acomodação de IDPs de Metuge e Chiúre (Tabela 6.16) classificados em “nível médio” com base nas classificações da OMS (Onis *et al.*, 2018). A DAc, entretanto, indicou níveis altos de DA acima de 10% nos distritos de Mecúfi e Chiúre (Tabela 6.19). O distrito de Ancuabe reportou o maior número de casos de edema bilateral com 1.9%. Outras áreas de inquérito onde casos de edema bilateral foram identificados foram: distrito de Chiúre (0.7%), Mecúfi (0.5%) e Centros de acomodação de IDPs de Metuge (0.9%), Chiúre IDP (0.4%) e Palma (0.6%). Em quase todas áreas de inquérito, a prevalência da DA foi mais alta em crianças com idade entre 6-29 meses, comparados com outras crianças mais velhas ( 30-59 meses).

Tabela 6.16. Prevalência da DA por P/A e/ou Edema Bilateral em Crianças com idade entre 6-59 meses

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | DA  (n) % (95% IC) | DAG  (n) % (95% IC) | DAM  (n) % (95% IC) |
| Ancuabe\* | (13)  **6.3%** (3.4-11.3) | (4)  **1.9%** (0.5- 7.8) | (9)  **4.4%** (2.1-8.8) |
| Montepuez | (12)  **5.9%** (3.3-10.5) | (2)  **1.0%** (0.2-4.1) | (10)  **4.9%** (2.7-9.0) |
| Montepuez - IDPs | (10)  **3.4%** (1.9-5.9) | (1)  **0.3%** (0.0-2.6) | (9)  **3.0%** (1.6-5.6) |
| Chiúre\* | (19)  **6.9%** (4.7-9.9) | (5)  **1.8%** (0.6-5.0) | (14)  **5.1%** (3.2-8.0) |
| Chiúre - IDPs\* | (14)  **5.6%** (3.1-9.9) | (3)  **1.2%** (0.3-5.2) | (11)  **4.4%** (2.4-7.7) |
| Ibo | (7)  **3.9%** (1.8-8.1) | (2)  **1.1%** (0.3-4.3) | (5)  **2.8%** (1.2-6.2) |
| Mecúfi\* | (21)  **9.9%** (6.5-14.6) | (4)  **1.9%** (0.7-4.9) | (17)  **8.0%** (4.7-13.3) |
| Mueda | (9)  **3.0%** (1.6-5.8) | (0)  **0.0%** (0.0-0.0) | (9)  **3.0%** (1.6-5.8) |
| Palma – IDPs\* | (11)  **6.3%** (4.7-8.3) | (3)  **1.7%** (0.5-5.8 | (8)  **4.5%** (1.9-10.6) |
| Metuge – IDPs\* | (14)  **6.0%** (3.6- 9.8) | (3)  **1.3%** (0.4-4.1) | (11)  **4.7%** (2.7-8.2) |
| Metuge | **2.9% (Calculado com DP = 1)** | | |

*\*Casos de edema bilateral identificados*

* + 1. **Desnutrição Aguda por PB e/ou Presença de Edema Bilateral**

A prevalência da DA por PB entre crianças com idade entre 6-59 meses no distrito de Ancuabe, Montepuez, Chiúre, Mecúfi e Metuge foi > 5%, ao passo que prevalências <5% foram observadas em todas outras áreas (Tabela 6.17). Tal como observado em DA por P/A, resultados de desagregação por idade sugerem crianças pequenas mais vulneráveis que crianças mais velhas em todas áreas de inquérito. Diferentemente do distrito de Ibo, Chiúre e Centros de acomodação de Palma, onde crianças do sexo masculino mostraram ser mais afectadas, nas restantes áreas, crianças do sexo feminino é que mostraram ser mais afectadas.

Tabela 6.17. Prevalência da Desnutrição Aguda por PB e/ou Edema bilateral

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | DA  (n) % (95% IC) | DAG  (n) % (95% IC) | DAM  (n) % (95% IC) |
| Ancuabe\* | (12)  **5.6%** (3.2- 9.7) | (5)  **2.3%** (0.7-7.5) | (7)  **3.3%** (1.7- 6.3) |
| Montepuez | (14)  **6.6%** (3.8-11.6) | (3)  **1.4%** (0.5-4.1) | (11)  **5.2%** (2.6-10.2) |
| Montepuez - IDPs | (14)  **4.6%** (2.3-9.2) | (3)  **1.0%** (0.3-3.1) | (11)  **3.6%** (1.9- 6.9) |
| Chiúre\* | (23)  **8.0%** (5.5-11.5) | (9)  **3.1%** (1.6- 5.9) | (14)  **4.9%** (2.9- 8.1) |
| Chiúre - IDPs\* | (9)  **3.4%** (1.8-6.4) | (4)  **1.5%** (0.5-4.9) | (5)  **1.9%** (0.8- 4.5) |
| Ibo | (2)  **1.1%** (0.3-4.0) | (1)  **0.5%** (0.1-4.0) | (1)  **0.5%** (0.1- 3.8) |
| Mecúfi\* | (14)  **6.3%** (3.4-11.4) | (4)  **1.8%** (0.7-4.7) | (10)  **4.5%** (2.2- 9.2) |
| Mueda | (5)  **1.6%** (0.7- 3.6) | (1)  **0.3%** (0.0- 2.4) | (4)  **1.3%** (0.5- 3.3) |
| Palma – IDPs\* | (8)  **4.4%** (1.3-13.7) | (2)  1.1% (0.3-3.92) | (6)  **3.3%** (1.52-7.00) |
| Metuge – IDPs\* | (15)  **6.3%** (3.7-10.5) | (4)  **1.7%** (0.6-4.6) | (4)  **1.3%** (0.5- 3.3) |
| Metuge | (6)  **3.2%** (1.3- 7.6) | (3)  **1.6%** (0.3- 7.0) | (3)  **1.6%** (0.5- 4.8) |

* + 1. **Proporção de Crianças com DA com Acesso ao Serviços de Tratamento do PRN**

Os valores apresentados na Tabela 6.18 referem à percentagem de crianças que estiveram em tratamento da desnutrição aguda no momento em que o inquérito foi realizado, do total de crianças que foram diagnosticadas com desnutrição aguda quer por P/A, PB ou edema bilateral durante a recolha de dados. O distrito de Ibo foi líder em termos de crianças admitidos ao PRN, no entanto, estes dados precisam ser interpretados com cuidado dada pequena amostra e não considerar uma prevalência de período.

Tabela 6.18. Proporção de Crianças entre 6-59 meses por Área de Inquérito admitidas no PRN

|  |  |
| --- | --- |
| Área de inquérito | (n) % |
| Ancuabe\* | (1)  7.1% |
| Montepuez | (3)  21.4% |
| Montepuez - IDPs | (3),  18.8% |
| Chiúre\* | (2),  9.5% |
| Chiúre - IDPs\* | (11)  18.2% |
| Ibo | (6)  85.7% |
| Mecúfi\* | (3)  18.8% |
| Mueda | (2)  16.7% |
| Palma – IDPs\* | (6)  37.5% |
| Metuge – IDPs\* | (1)  14.3% |
| Metuge | n.a\* |

\*n.a = não aplicável devido aos problemas de qualidade de dados reportados.

### Prevalência Combinada da Desnutrição Aguda

A prevalência combinada da DA entre crianças de 6-59 meses foi mais alta em relação aos critérios individuais: DA por P/A e/ou edema bilateral e DA por PB e/ou edema bilateral. Nos distritos de Mecúfi e Chiúre DAc esteve acima de 10% (Tabela 6.19).

**Tabela 6.19.** Prevalência Combinada da Desnutrição Aguda por Área de Inquérito

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de inquérito | DAc\*  (n), % (95 IC) | DAGc\*  (n), % (95 IC) |
| Ancuabe | (18),  **8.5%** (5.5 - 12.8) | (5),  **2.3%** (0.7 - 7.5) |
| Montepuez | ( 12),  **5.9%** (3.3-10.5) | (2),  **1.0%** (0.2-4.1) |
| Montepuez - IDPs | (20),  **6.6%** (3.7-11.4) | (4),  **1.3%** (0.5 - 3.4) |
| Chiúre | (29),  **10.1%** (7.4-13.6) | (11),  **3.8%** (2.1 - 6.8) |
| Chiúre - IDPs\* | (19),  **7.2%** (4.8-10.8) | (4),  **1.5%** (0.5 - 4.9) |
| Ibo | (8),  **4.3%** (2.2-8.1) | (3),  **1.6%** (0.6 - 4.6) |
| Mecúfi | (28),  **12.7%** (8.5-18.4) | (7),  **3.2%** (1.6 - 6.2) |
| Mueda | (12),  **3.8%** (2.2 - 6.6) | (1),  **0.3%** (0.0 - 2.4) |
| Palma – IDPs | (15),  **8.2%** (5.08-13.22) | (4),  **2.20%** (0.86 – 5.54) |
| Metuge – IDPs | (23),  **9.7%** (6.3 - 14.6) | (5),  **2.1%** (0.9 - 5.0) |
| Metuge | N/A\* (P/A reportado com DP =1) | |

**\***Não aplicável pelo facto da prevalência da DA por P/A ter sido calculada considerando o DP =1, sem portanto, desagregação por DAG, DAM.

* + 1. **Comparação das prevalências actuais com dos inquéritos anteriores**

Nas Tabela 6.20 e 6.21 são apresentados os resultados da análise comparativa entre as prevalências de DA e DAG respectivamente. A prevalência combinada foi usada para esta análise. Razão de prevalência (RP) foi calculada[[4]](#footnote-5).

1. **DA**

Apenas quatro (4) áreas de inquérito tiveram dados históricos para comparar. Segundo ilustrado na Tabela 6.20, no distrito de Ancuabe, este inquérito identificou cerca de 1.21 vezes mais casos de desnutrição aguda que em Abril de 2017. O distrito de Chiúre por sua vez identificou quase os mesmos níveis de desnutrição aguda com uma razão de 0.93. No distrito de Ibo, com dois pontos de dados históricos, a RP mostrou que este inquérito de Fevereiro identificou cerca de 74% de menos casos em relação ao inquérito de Abril de 2019 e cerca de 46% casos a menos em relação ao inquérito de Novembro de 2019. Por fim, o distrito de Mecúfi identificou cerca de 1.18 vezes mais casos de desnutrição aguda neste inquérito em relação 1 a Abril de 2019.

1. **DAG**

Segundo ilustrado na Tabela 6.21, no distrito de Ibo, apesar da prevalência de DA ter sido baixa (<5%), a de DAG é relativamente alta em relação ao observado nos inquéritos anteriores, isto é, quase a metade do total de casos de desnutrição aguda são na forma grave. Análise de razão da prevalência de DAG indicou 4 vezes mais casos de DAG identificados neste inquérito em relação ao último de Novembro de 2019 e 4 vezes mais casos identificados em relação ao inquérito de Abril de 2019 e 2 vezes mais casos identificados em relação ao inquérito de Novembro de 2019.

A razão de prevalência do distrito de Mecúfi mostrou que este inquérito recente identificou cerca de 1.45 vezes mais casos de DAG que o inquérito de Abril de 2019. No distrito de Ancuabe, a razão de prevalência identificou 1.21 vezes mais casos de DAG em relação a Abril de 2017.

Tabela 6.20. Comparação entre prevalência de DA deste inquérito e inquéritos passados

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | 2017  Abril | 2018  Abril | 2019-Abril | 2019-Novembro | 2020 | 2021  Fevereiro | RP | RP |
| Ancuabe | 7.00% | - |  | - | - | 8.50% | 1.21 | - |
| Chiúre | 10.90% | - |  | - | - | 10.10% | 0.93 | - |
| Chiúre (IDPs) | - | - |  | - | - | 7.20% | - | - |
| Ibo | - | - | 14.80% | 8.00% | - | 4.30% | 0.29 | 0.54 |
| Mecúfi | - | - | 10.80% | - | - | 12.70% | 1.18 | - |
| Montepuez | - | - |  | - | - | 5.90% | - | - |
| Montepuez (IDPs) | - | - |  | - | - | 6.60% | - | - |
| Mueda | - | - |  | - | - | 3.80% | - | - |
| Metuge (IDPs) | - | - |  | - | - | 9.70% | - | - |
| Metuge | - | - |  | - | - |  | - | - |
| Palma | - | - |  | - | - | 8.20% | - | - |

Tabela 6.21. Comparação entre prevalência de DAG deste inquérito e inquéritos passados

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | 2017  Abril | 2018  Abril | 2019-Abril | 2019-Novembro | 2020 | 2021  Fevereiro | RP\* | RP\*\* |
| Ancuabe | 1.20% | - | - | - | - | 2.30% | 1.92 | - |
| Chiúre | 4.30% | - | - | - | - | 3.80% | 0.88 | - |
| Chiúre (IDPs) | - | - | - | - | - | 1.50% | - | - |
| Ibo | - | - | 0.40% | 0.80% | - | 1.60% | 4.00 | 2.00 |
| Mecúfi | - | - | 2.20% | - | - | 3.20% | 1.45 | - |
| Montepuez | - | - | - | - | - | 1.00% | - | - |
| Montepuez (IDPs) | - | - | - | - | - | 1.30% | - | - |
| Mueda | - | - | - | - | - | 0.30% | - | - |
| Metuge (IDPs) | - | - | - | - | - | 2.10% | - | - |
| Metuge | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Palma | - | - | - | - | - | 2.20% | - | - |

\*Razão de prevalência entre Fevereiro de 2021 e a prevalência de um outro ano que tivesse dados.

\*\*Razão de prevalência entre Fevereiro de 2021 e Novembro de 2019

* + 1. **Estimativa da Situação Nutricional de Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe**

Conforme indicado na secção sobre a metodologia, alguns distritos não foram incluídos na lista de distritos a realizar o inquérito por serem áreas sem acesso humanitário devido à insegurança. Entretanto, de acordo com a descrição da secção 6.1.1 deste relatório, nos distritos e centros de acomodação que fizeram parte do quadro de amostra deste inquérito, dos AF inqueridos na comunidade, uns referiram ser IDPs e os que vivem nos centros de acomodação eram considerados automaticamente IDPs e, por consequente, perguntava-se sobre a sua origem. Esta pergunta permitiu agregar todas crianças cujos AF referiram vir (deslocados internos) de distritos onde este inquérito não abrangeu devido à insegurança e, assim, ter uma estimativa da situação nutricional das crianças vindas destes distritos.

Do total de crianças pertencentes aos AF que são IDPs, quer vivendo na comunidade, como vivendo nos centros de acomodação, quando agregado por distrito de origem, apenas os distritos de Macomia, Quissanga, Mocímboa da Praia e Muidumbe tiveram uma amostra suficiente para análises estatísticas confiáveis(Figura 6.1).

É, no entanto, extremamente importante considerar que as estimativas aqui calculadas e apresentadas devem ser lidas e usadas com certo cuidado dada a possibilidade de não ser representativa, com certa precisão, da vulnerabilidade de população geral dos respectivo distrito pois, pode se dar o caso de algumas outras famílias daquele distrito, se calhar mais vulneráveis e marginalizadas, não puderam deslocar-se. Assim, os resultados podem apenas ser considerados como indicativo da situação no respectivo distrito.

1. **Prevalência indicativa da desnutrição aguda**

A estimativa indicativa da prevalência combinada da desnutrição aguda foi mais alta em crianças deslocadas do distrito de Macomia com cerca de 8.2% (5.8 – 11.6), seguido de crianças deslocadas de Quissanga 8.0% (5.5 – 11.5) e Mocímboa da Praia 7.5% (5.3 – 10.4). Quanto a forma da desnutrição aguda, as crianças deslocadas dos distritos de Macomia e Mocímboa da Praia tiveram prevalência combinada de DAG acima de 2% (Tabela 6.22)

Quanto ao método usado para avaliação da desnutrição aguda, o P/A identificou 5.4% em Macomia e Quissanga, 4.6% (2.9 – 7.1) em Mocímboa da Praia e 3.5% (1.8 – 6.8) em Muidumbe. Em todos estes distritos, a prevalência de DAG, indicativa da situação dos respectivos foi abaixo de 2.0%. O PB por sua vez identificou mais casos de DAG: 2.0% em crianças deslocadas de Macomia, 1.7% de Mocímboa da Praia e 1.5% de Quissanga. Alguns casos de edema bilateral foram identificados nos quatro distritos.

1. **Prevalência Indicativa da Desnutrição Aguda e Tempo Estimado desde que ficaram deslocados**

Resultados sobre este análise são apresentados na Tabela 6.23.

* **Quissanga**

Como ilustrado na Figura 6.3, grande parte das crianças deslocadas de Quissanga ficaram deslocados há pelo menos 5 meses e um menor número deslocados nos últimos 4 meses. Análises de prevalência da desnutrição aguda mostrou que no subgrupo de crianças deslocadas há mais tempo a prevalência combinada foi de 7.42% (4.80 - 11.03) e 1.56% (0.60 - 3.95) para DAG. A prevalência por P/A identificou 5.07% (2.99 – 8.49) e 1.17% (0.39 - 3.38) de DAG e por PB 4.29% (2.42 - 7.60) e 1.17% (0.39 - 3.38) de DAG. Os dois casos de edema bilateral identificados em crianças deslocadas de Quissanga vieram deste subgrupo.

No subgrupo de crianças deslocadas nos últimos 4 meses, a prevalência cominada foi de 12.1% (5.97 – 22.8) e 3.44% (0.95 – 11.73) de DAG. Usando o P/A e/ou edema bilateral a prevalência foi de 6.89% (2.71 – 16.43) e 0.0% (0.0 – 6.21) de DAG e usando o PB, a prevalência foi de 6.89% (2.71 – 16.43) com 3.44% (0.95 – 11.73) de DAG. É importante notar e considerar que neste último subgrupo o número de crianças muito pequeno, por isso os intervalos de confiança são largos.

* **Macomia**

Análises de prevalência em cada subgrupo mostrou que as crianças deslocadas há pelo menos 5 meses tiveram a prevalência combinada mais alta de 9.13% (5.85 – 13.98) e 3.0% (1.40 – 6.48) de DAG. Usando o P/A e/ou edema bilateral, a prevalência foi de 5.58% (3.15 - 9.72) e 2.03% (0.79 - 5.01) de DAG. Usando o PB e/ou edema bilateral a prevalência foi de 5.58% (3.14 – 9.72) e 2.53% (1.08 – 5.80) de DAG. Dois casos de edema foram identificados neste subgrupo.

A prevalência em crianças deslocadas nos últimos 4 meses foi de 7.46% (4.1 – 13.19) e 1.49% (0.41 – 5.28) de DAG. Usando o P/A e/ou edema bilateral, a prevalência foi de 4.47% (2.08 – 9.42) e 0.74% (0.13 – 4.10) de DAG. Usando o PB e/ou edema bilateral foi de 4.68% (2.16 – 9.85) e 1.49% (0.41 – 5.28) de DAG.

* **Mocímboa da Praia**

No subgrupo de crianças deslocadas de Mocímboa da Praia há pelo menos 5 meses, a análise de prevalência combinada das desnutrição aguda mostrou 7.66% (5.16 - 11.24) e 2.66% (1.35 - 5.20) de DAG. Usando o P/A e/ou edema bilateral a prevalência foi de 4.00% (2.30 - 6.86 e 1.33% (0.51 - 3.37) de DAG. O PB e/ou edema bilateral identificou mais casos, com uma prevalência de 6.33% (4.10 - 9.67) e 2.33% (1.13 - 4.73). Os três casos de edema bilateral identificados nestas crianças veio deste subgrupo.

No subgrupo de crianças deslocadas nos últimos 4 meses a prevalência combinada foi de 6.83% (3.50 – 12.91) e 0.85% (0.15 – 4.68) de DAG. Usando o P/A e/ou edema bilateral, a prevalência da desnutrição aguda foi de 4.3% (1.83 – 9.65) e 0.85% (0.15 – 4.68) de DAG. O PB e/ou edema bilateral identificou 3.41% de desnutrição aguda (1.33 – 8.46), sendo todos na forma moderada.

* **Muidumbe**

Ao contrário dos restantes distrito, a maioria das crianças deslocadas de Muidumbe ficaram deslocas nos últimos 4 meses (Figura 6.3). Neste subgrupo, a prevalência combinada da desnutrição aguda foi de 2.66% (1.04 – 6.55) e 1.26% (0.22 - 6.83) de DAG. Prevalência com base no P/A foi de 5.06% (1.98 - 12.31) e 1.26% (0.22 - 6.83) para DAG. 3.79% (1.3 - 10.58) de DA por PB e 1.26% (0.22 - 6.83) de DAG. O único caso de edema bilateral identificado veio deste subgrupo.

No subgrupo de crianças deslocadas há pelo menos 5 meses, com cerca de 34% do total crianças avaliadas deslocadas de Muidumbe, a prevalência combinada da desnutrição aguda foi de 7.59% (3.52 – 15.59) e nenhum caso de DAG. O P/A e PB identificou a mesma proporção de desnutrição aguda, tendo a prevalência sido de 3.75% (1.3 – 10.58) respectivamente.

Tabela 6.22. Estimativa indicativa da Desnutrição Aguda em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Prevalência combinada | | DA por P/A e/ou edema bilateral | | | DA por PB e/ou edema bilateral | | |
| Distrito | **N** | **DAc (n),**  **% (95% CI)**[[5]](#footnote-6) | **DAGc (n),**  **% (95% CI)** | **DA (n),**  **% (95% CI)** | **DAG (n),**  **% (95% CI)** | **DAM (n),**  **% (95% CI)** | **DA (n),**  **% (95% CI)** | **DAG (n),**  **% (95% CI)** | **DAM (n),**  **% (95% CI)** |
| Quissanga a | 325 | (26),  **8.0%** (5.5 – 11.5) | (6),  **1.8%** (0.8 – 4.0) | (17),  **5.4%** (3.4 – 8.5) | (3),  **1.0%** (0.3 – 2.8) | (14),  **4.4%** (2.7 – 7.3) | (15),  **4.6%** (2.8 – 7.5) | (5),  **1.5%** (0.7 – 3.6) | (10),  **3.2%** (1.7 – 5.6) |
| Macomia b | 354 | (29),  **8.2%** (5.8 – 11.6) | (8),  **2.3%** (1.2 – 4.4) | (18),  **5.4%** (3.4 – 8.3) | (5),  **1.5%**, (0.6 – 3.4) | (13)  **3.9%**, (2.3 – 6.5) | (17),  **4.8%** (3.0 – 7.6) | (7),  **2.0%** (1.0 – 4.0) | (10),  **2.8%** (1.6 – 5.1) |
| Mocímboa da Praia c | 416 | (31),  **7.5%** (5.3 – 10.4) | (10),  **2.4%** (1.3 – 4.4) | (18),  **4.6%** (2.9 – 7.1) | (6),  **1.5%** (0.7 – 3.3) | (12),  **3.1%,** (1.8 – 5.3) | (23),  **5.5%** (3.7 – 8.2) | (7),  **1.7%** (0.8 – 3.4) | (16),  **3.8%** (2.4 – 6.2) |
| Muidumbe b | 226 | (10),  **4.4%** (2.4 – 7.9) | (1),  **0.4%** (0.1 – 2.4) | (8),  **3.5%** (1.8 – 6.8) | (1),  **0.4%** (0.1 – 2.5) | (7),  **3.1%** (1.5 – 6.3) | (4),  **1.7%** (0.7 – 4.4) | (1),  **0.4%** (0.1 – 2.4) | (3),  **1.3%** (0.4 – 3.8) |

a Dois casos de edema bilateral

b Um caso de edema bilateral

c Três casos de edema bilateral

Tabela 6.23 Estimativa indicativa da Desnutrição Aguda em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe *vs* o Tempo desde que ficaram deslocados

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Prevalência Combinada | | DA por P/A | | | DA por PB | | |
|  |  | **N** | **DAc (n), % (95 IC)**[[6]](#footnote-7) | **DAGc (n), % (95 IC)** | **DA (n), % (95 IC)** | **DAG (n), % (95 IC)** | **DAM (n), % (95 IC)** | **DA (n), % (95 IC)** | **DAG (n), % (95 IC)** | **DAM (n), % (95 IC)** |
| Quissanga | Últimos 4 meses a | 58 | (7), **12.1%** (5.97 - 22.8) | (2), **3.44%** (0.95 - 11.73) | (4), **6.89%** (2.71- 16.43) | (0), **0.0%** (0.0 - 6.21) | (4), **6.89%** (2.71-16.43) | (4), **6.89%** (2.71-16.43) | (2), **3.44%** (0.95-11.73) | (2), **3.44%** (0.95-11.73) |
| ≥ 5 meses | 256 | (19), **7.42%** (4.80 - 11.03) | (4), **1.56%** (0.60 - 3.95) | (13), **5.07%** (2.99 - 8.49) | (3),  **1.17%** (0.39 - 3.38) | (10), **3.90%** (2.13 - 7.04) | (11), **4.29%** (2.42 - 7.60) | (3),  **1.17%** (0.39 - 3.38) | (8), **3.31%** (1.59 - 6.04) |
| Macomia | Últimos 4 meses | 134 | (10), **7.46%** (4.1 - 13.19) | (2), **1.49%** (0.41 - 5.28) | (6), **4.47%** (2.08 - 9.42) | (1),  **0.74%** (0.13 - 4.10) | (5), **3.73%** (1.60 - 8.44) | (6), **4.68%** (2.16 - 9.85) | (2), **1.49%** (0.41 - 5.28) | (4), **2.98%** (1.16 - 7.42) |
| ≥ 5 meses | 197 | (18), **9.13%** (5.85 - 13.98) | (6), **3.0%** (1.40 - 6.48) | (11), **5.58%** (3.15 - 9.72) | (4), **2.03%** (0.79 - 5.01) | (7), **3.55%** (1.73 - 7.15) | (11), **5.58%** (3.14 - 9.72) | (5), **2.53%** (1.08 - 5.80) | (3), **3.04%** (1.40 - 6.48) |
| Mocímboa da Praia | Últimos 4 meses | 117 | (8), **6.83%** (3.50 - 12.91) | (1), **0.85%** (0.15 - 4.68) | (5), **4.3%** (1.83 - 9.65) | (1), **0.85%** (0.15 - 4.68) | (4), **3.41%** (1.33 - 8.46) | (4), **3.41%** (1.33 - 8.46) | (0), **0.0%** (0.0 - 3.18) | (4), **3.41%** (1.33 - 8.46) |
| ≥ 5 meses | 300 | (23), **7.66%** (5.16 - 11.24) | (8), **2.66%** (1.35 - 5.20) | (12), **4.00%** (2.30 - 6.86 | (4), **1.33%** (0.51 - 3.37) | (8), **2.66%** (1.35 - 5.17) | (19), **6.33%** (4.10 - 9.67) | (7), **2.33%** (1.13 - 4.73) | (12), **4.0%** (2.30 - 6.86) |
| Muidumbe | Últimos 4 meses | 150 | (4), **2.66%** (1.04 - 6.65) | (0), **0.00%** (0.0 - 2.49) | (4), **2.66%** (1.04 - 6.65) | (0), **0.00%** (0.0 - 2.49) | (4), **2.66%** (1.04 - 6.65) | (1), **0.66%** (0.11 - 3.68) | (0), **0.00%** (0.0 - 2.49) | (1), **0.66%** (0.11 - 3.68) |
| ≥ 5 meses a | 79 | (6), **7.59%** (3.52 - 15.59) | (1), **1.26%** (0.22 - 6.83) | (4), **5.06%** (1.98 - 12.31) | (1), **1.26%** (0.22 - 6.83) | (3), **3.79%** (1.3 - 10.58) | (3), **3.79%** (1.3 - 10.58) | (1), **1.26%** (0.22 - 6.83) | (2), **2.53%** (0.69 - 8.77) |

a Intervalos de confiança muito largos devido a amostra pequena.

## Prevalência da Desnutrição Crónica

A prevalência da DC entre crianças de 6-59 meses foi classificada em nível “muito alto” (>30%) em todas áreas, com base nos limites de UNICEF e OMS de 2018. Em algumas áreas os níveis de DC estiveram acima da média provincial (MISAU, INE and ICFI, 2011), Tabela 4.19. Análises desagregadas por idade mostrou que as crianças mais afectadas são aquelas com idade entre 30-41 meses em quase todas áreas de inquérito. Diferentemente do distrito de Ancuabe e do Centro de acomodação de IDPs em Chiúre, a prevalência da DC foi mais alta em crianças do sexo masculino que feminino em todas áreas de inquérito.

Tabela 6.24. Prevalência da Desnutrição Crónica em Crianças com Idade entre 6-59 meses por Área de Inquérito

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de inquérito | Desnutrição Crónica  (n), % (95 IC) | Desnutrição Crónica Grave  (n), % (95 IC) |
| Ancuabe | (109)  **54.0%** (47.4-60.4) | (40)  **19.8%** (14.7-26.2) |
| Montepuez | (78)  **40.2%** (34.4-48.0) | (27)  1**3.9%** (9.3-21.1) |
| Montepuez - IDPs | (128)  **43.5% (**36.2-51.1) | (38)  **12.9%** (9.1-18.0) |
| Chiúre | (139)  **53.3%** (45.1-61.2) | (45)  **17.2%** (12.3-23.7) |
| Chiúre - IDPs\* | (120)  **50.2%** (44.8-55.6) | (44)  **18.4%** (14.1-23.7) |
| Ibo | (53)  **30.5%** (23.3-38.8) | (18)  **10.3%** (6.4-16.3) |
| Mecúfi | (78)  **39.4%** (31.2-48.3) | (28)  **14.1%** (8.8-21.9) |
| Mueda | (129)  **44.2%** (38.3-50.5) | (49)  **16.8%** (12.9-21.7) |
| Palma – IDPs | (102)  **58.0%** (50.6-65.0) | (48)  **27.3%** (21.2-34.3) |
| Metuge – IDPs | (111)  **50.0%** (42.5-57.5) | (45)  **20.3%** (15.3-26.3) |
| Metuge | (73)  **41.0%** (34.1-48.3) | (38)  **21.3%** (15.0-29.5) |

## Prevalência de Baixo Peso

A prevalência de BP em crianças de 6-59 meses nos distritos de Ibo, Metuge, Montepuez e Centro de acomodação de Montepuez foi classificada em “nível médio”. Os distrito de Ancuabe, Chiúre, Mecúfi e Centros de acomodação de IDPs de Metuge foram classificados em “nível alto” enquanto nos Centros de acomodação de Palma categorizados em “nível muito alto” conforme as prevalência reportadas na Tabela 6.25. Estas prevalências foram altas mais em crianças do sexo masculino que feminino nos distritos de Ibo, Mueda Montepuez e Centros de acomodação de Montepuez, Palma, Metuge e Chiúre. Por outro lado, nos distritos de Metuge, Mecúfi e Chiúre, a prevalência foi mais alta em crianças do sexo feminino. Análises desagregadas por idade sugeriram ser mais vulneráveis as crianças mais pequenas na maioria dos inquéritos.

Tabela 6.25. Prevalência do Baixo Peso em Crianças de 6-59 meses por Área de Inquérito

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área de inquérito | Baixo peso  (n), % (95% IC) | Baixo peso grave  (n), % (95% IC) |
| Ancuabe | (54)  **26.6%** (19.8-34.7) | (8)  **3.9%** (2.2-7.0) |
| Montepuez | ( 37)  **18.0%** (12.8-25.7) | (11)  **5.4%** (3.0-9.8) |
| Montepuez - IDPs | (59)  **19.7%** (15.3-25.0) | (10)  **3.3%** (1.7-6.5) |
| Chiúre | (81)  **29.1%** (23.1-36.0) | (12)  **4.3%** (2.5-7.3) |
| Chiúre - IDPs | (46)  **18.0%** (13.3-23.9) | (11)  **4.3%** (2.5-7.3) |
| Ibo | (26)  **14.1%** (9.9-19.7) | (8)  **4.3%** (2.2-8.2) |
| Mecúfi | (55)  **25.8%** (17.5-36.3) | (21)  **9.9%** (5.6-16.7) |
| Mueda | (50)  **16.4%** (12.6-21.2) | (12)  **3.9%** (2.3- 6.8) |
| Palma – IDPs | (65)  **36.5%** (28.1-45.8) | (23)  **12.9%** (6.6-23.9) |
| Metuge – IDPs | (48)  **20.8%** (16.5-25.9) | (10)  **4.3%** (2.6-7.1) |
| Metuge | (35)  **19.0%** (13.1-26.8) | (8)  **4.3%** (1.9- 9.8) |

* + 1. **Estimativa indicativa da Desnutrição Crónica e Baixo Peso em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe**

A estimativa da prevalência da DC, foi classificada em “nível muito alto” nos quatro (4) distritos onde as crianças foram deslocadas, tendo variado entre 43.9% e 52.0% em crianças deslocadas de Quissanga e Macomia respectivamente (Tabela 6.26). Quanto a BP, a estimativa da prevalência em crianças deslocadas de Muidumbe e Quissanga foi classificada em “nível médio” e “nível alto” em crianças deslocadas dos distritos de Macomia e Mocímboa da Praia.

Tabela 6.26. Estimativa indicativa da Desnutrição Crónica e Baixo Peso em Crianças Deslocadas dos Distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Distrito | N | Desnutrição crónica (n),  % (95% CI)[[7]](#footnote-8) | Desnutrição crónica grave (n),  % (95% CI) | N | Baixo peso (n),  % (95% CI) | Baixo peso grave (n),  % (95% CI) |
| Quissanga | 303 | (133),  **43.9%** (38.4 – 49.5) | (53),  **17.5%** (13.6 – 22.2) | 317 | (60),  **18.9%** (15.0 – 23.6) | (11),  **3.5%** (1.9 – 6.1) |
| Macomia | 329 | (171),  **52.0%** (46.6 – 57.3) | (68),  **20.7%** (16.6 – 25.4) | 340 | (77),  **22.6%** (18.5 – 27.4) | (18),  **5.3%**, (3.4 – 8.2) |
| Mocímboa da Praia | 389 | (184),  **47.3%** (42.4 – 52.3) | (76),  **19.5%** (15.9 – 23.8) | 406 | (102),  **25.1%** (21.2 – 29.6) | (39),  **9.6%** (7.1 – 12.9) |
| Muidumbe | 213 | (109),  **51.2%** (44.5 – 57.8) | (36),  **16.9%** (12.5 – 22.5) | 226 | (36),  **15.9%** (11.7 – 21.3) | (4),  **1.8%** (0.7 – 4.5) |

## Indicativo da situação nutricional de MGL

Um total de 722 MGL foram avaliadas, correspondendo ao cumulativo de todas áreas abrangidas pelo inquérito. Por área de inquérito de forma individual, a amostra de MGL foi muito pequena, e por isso os resultados apresentados na Tabela 6.27 devem ser interpretados com cuidado, evitando generalização. Os autores aconselham a ser lidos como “indicativo” da situação. Segundo resultados apresentados na Tabela 4.27, os distritos de Metuge, Chiúre, Ancuabe e centros de acomodação de IDPs de Montepuez tiveram a proporção mais alta de MGL com desnutrição aguda (acima de 10%).

Tabela 6.27. Indicativo da situação nutricional em MGL por Área de Inquérito

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | DA  (n), % (95% IC) | DAG  PB <210mm  (n), % (95% IC) | DAM  PB 210mm to <230mm  (n), % (95% IC) | Total de MGL avaliadas |
| Ancuabe | (7)  **12.7%** | (0)  **0.0%** | (7)  **12.7%** | 55 |
| Montepuez | (3)  **4.4%** | (2)  **2.9%** | (1)  **1.5%** | 68 |
| Montepuez – IDPs | (6)  **10.3%** | (0)  **0.0%** | (6)  **10.3%** | 58 |
| Chiúre | (14)  **16.7%** | (3)  **3.6%** | (11)  **13.1%** | 84 |
| Chiúre – IDP | (4)  **4.1%** | (2)  **2.0%** | (2)  **2.0%** | 98 |
| Ibo | (4)  **5.1%** | (1)  **1.3%** | (3)  **3.8%** | 78 |
| Mecúfi | (3)  **4.8%** | (0)  **0.0%** | (3)  **4.8%** | 63 |
| Mueda | (7)  **8.8%** | (2)  **2.5%** | (5)  **6.3%** | 80 |
| Metuge - IDPs | (3)  **5.9%** | (0)  **0.0%** | (3)  **5.9%** | 51 |
| Metuge | (17)  **19.5%** | (5)  **5.7%** | (12)  **13.8%** | 87 |

## Prevalência de Doenças Infecciosas em Crianças de 6-59 meses e Comportamento de Procura por Serviços de Saúde

Em quase todas áreas de inquérito, mais de 30% das crianças tiveram algum sinal e/ou sintoma de doença infeciosa nas últimas duas semanas anteriores a data do inquérito no AF. Os distritos de Ancuabe, Chiúre, Metuge e centros de acomodação de IDPs de Montepuez e Metuge, pelo menos a metade das crianças teve algum sinal e/ou sintoma de doença infeciosa (prevalência ≥ 50%).

Desagregando a análise por tipo de sinal e/ou sintoma, das respostas obtidas, a febre foi o sintoma mais reportado em todas áreas de inquérito seguido da tosse. A disenteria por sua vez, ocorreu em níveis relativamente baixos em todas áreas de inquérito. Nos distritos de Metuge (e centros de acomodação de IDPs), Ancuabe, Chiúre e centros de acomodação de IDPs de Montepuez reportaram uma prevalência de diarreias acima de 20% (Tabela 6.28).

Em relação aos comportamento de procura por serviços de saúde, o distrito de Metuge e centros de acomodação de IDPs a maioria dos cuidadores referiram ter procurado pelos serviços de saúde quando a criança estive doente., enquanto que os distritos de Ancuabe, Ibo e Mecúfi tiveram proporções mais baixas do resto.

Tabela 6.28. Prevalência de Doenças Infecciosas em Crianças de 6-59 meses e Comportamento de Procura por Serviços de Saúde por Área de Inquérito

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de inquérito | Crianças com algum sinal/sintoma de doenças infeciosa  (n), % (95 IC) | Diarreia  (n), % (95% IC) | Febre  (n), % (95% IC) | Tosse  (n), % (95 IC) | Disenteria  (n), % (95 IC) | Comportamento de procura por serviços de saúde\*  (n), % (95 IC) |
| Ancuabe | (108),  **50.0%**, (43.39-56.61) | (55),  **25.46%** (20.12-31.67) | (89),  **41.2%** (38.85-47.87) | (51),  **23.61%** (18.44-29.90) | (16),  **7.41%** (4.6-11.69) | (31),  **28.70%** (21.02-37.85) |
| Montepuez | (87),  **40.46%**, (34.13-47.14) | (25),  **11.62%,** (8.00-16.6) | (59),  **27.44%,** (21.91-33.76) | (48),  **22.32%,** (17.27-28.35) | (6),  **2.79%,** (1.29-5.95) | (48),  **55.17%,** (44.73-65.18) |
| Montepuez - IDPs | (176),  **57.89%,** (52.28-63.31) | (64),  **21.05%,** (16.85-25.98) | (132),  **43.42%,** (37.97-49.04) | (123),  **40.46%,** (35.1-46.06) | (28),  **9.21%,** (6.44-12.99) | (96),  **54.54%,** (47.17-61.73) |
| Chiúre | (151),  **52.24%**, (46.5-57.94) | (77),  **26.64%** (21.88-32.02) | (119),  **41.17%** (36.65-46.93) | (79),  **27.33%** (22.52-32.75) | (27),  **9.34%** (6.5-13.25) | (92),  **60.92%** (52.97-68.35) |
| Chiúre - IDPs | (98),  **32.66%**, (27.61-38.16) | (31),  **10.33%,** (7.37-14.29) | (82),  **27.33%,** (22.6-32.64) | (42),  **14.0%,** (10.53-18.38) | (11),  **3.66%,** (2.06-6.44) | (74),  **75.10%,** (66.14-82.95) |
| Ibo | (72),  **38.09%**, (31.47-45.19) | (28),  **14.81%** (10.45-20.58) | (38),  **20.10%** (15.01-26.39) | (45),  **23.80%** (18.3-30.36) | (17),  **8.99%,** (5.69-3.3) | (26),  **36.11%** (25.98-47.65) |
| Mecúfi | (73),  **32.88%**, (27.04-39.31) | (34),  **15.31%** (11.17-20.64) | (46),  **20.72%** (15.91-26.53) | (31),  **13.96%,** (10.02-19.14) | (15),  **6.75%,** (4.13-10.85) | (52),  **34.89%,** (27.71-42.84) |
| Mueda | (144),  **46.00%**, (40.57-51.54) | (58),  **19.53%,** (14.62-23.21) | (71),  **22.68%,** (18.39-27.64) | (83),  **26.52%,** (21.93-31.67) | (5),  **1.59%,** (0.68-3.68) | (92),  **63.88%,** (55.78-71.28) |
| Palma – IDPs | (89),  **48.9%**, (41.74-56.11) | (45),  **24.72%,** (19.02-31.47) | (69),  **37.91%,** (31.18-45.18) | (53),  **29.12%,** (23.01-36.1) | (11),  **6.04%,** (3.40-10.5) | (50),  **56.17%,** (45.83-66.02) |
| Metuge – IDPs | (161),  **67.64%**, (61.46-73.27) | (65),  **27.31%,** (22.04-33.3) | (118),  **49.60%,** (43.29-55.89) | (92),  **38.65%,** (32.2-44.98) | (20),  **8.40%,** (5.51-12.62) | (108),  **67.08%,** (59.5-73.87) |
| Metuge | (110),  **55.83%,** (48.86-62.59) | (39),  **21.66%,** (16.27-28.24) | (61),  **33.88%,** (27.38-41.08) | (44),  **24.44%,** (18.74-31.21) | (16),  **8.88%,** (5.54-13.95) | (72),  **75.0%,** (65.49-82.59) |

# Discussão

## Estado Nutricional das crianças

**Desnutrição Aguda**

A DA é a redução do peso em relação a altura (de uma criança, neste caso). Abordar a DA é importante e crucial devido ao elevado risco de morbilidade e consequente mortalidade em crianças com muito baixo peso corporal (Development Initiatives, 2020). Com base nos recentes limites de classificação da prevalência da DA em relação a sua relevância em saúde pública propostos pela OMS-UNICEF (de Onis *et al.*, 2018), os resultados deste inquérito mostraram que usando o P/A, os níveis de DA e/ou edema bilateral são considerados em “nível médio” no distrito de Ancuabe (6.3%), Montepuez (5.9%), Chiúre (6.9%), Mecúfi (9.9%) e nos centros de acomodação de IDPs de Chiúre (6.9%), Palma (6.3%) e Metuge (6.0%) e considerados em “nível baixo” nos centros de acomodação de IDPs em Montepuez (3.4%) e nos distritos de Mueda (3.4%) e Ibo (3.9%).

Os parâmetros de classificação propostos pela OMS-UNICEF não incluem prevalências baseadas no PB. Entretanto, os resultados deste inquérito mostraram que as prevalências variaram em cada área onde inquérito foi realizado, por exemplo, enquanto no distrito de Mecúfi a prevalência baseada no P/A foi de 9.9% (n=21), usando o PB a prevalência foi de 6.3% (n=14). Por outro lado, enquanto no inquérito representativo do distrito de Chiúre a prevalência baseada no P/A foi de 6.9% (n=19), usando o PB a prevalência foi de 8.0% (n=23). Isto mostra claramente que os dois métodos tem algum nível de discordância no diagnóstico da DA, o que vai de acordo com os resultados de Zaba, Nyawo and Álvarez Morán, (2020) onde usando dados de 45 distritos distribuídos em quase todas províncias de Moçambique (excepto Niassa e Maputo cidade), compararam o nível de concordância entre o P/A e PB (excluindo edema biliteral). A província de Cabo Delgado contribuiu na análise com cinco distritos (Balama, Ibo, Mecúfi, Meluco e Namuno). Resultados mostraram que, nos dados agregados dos 45 distritos, o nível de concordância foi mínimo com diferença estatisticamente significativa (Cohen’s kappa = 0.353; ρ<0.001) e na província de Cabo Delgado os resultados não foram diferentes: nível de concordância mínimo (Cohen’s kappa = 0.363; ρ<0.001).

Desta análise os autores sugeriram que a “prevalência combinada” fosse considerada por reflectir a real carga da DA pelo facto desta considerar todas crianças com desnutrição aguda, independentemente do método usado (P/A ou PB e desta vez incluindo edema bilateral) (Zaba, Nyawo and Álvarez Morán, 2020). Empregando esta abordagem, a análise de prevalência combinada de DA notou-se um aumento na prevalência tanto de DA como de DAG (Tabela 6.19).

**Desnutrição Aguda nos Distritos**

**Distrito de Ibo**

Comparando este resultados, usando a prevalência combinada, com dados históricos (também prevalência combinada, quando fosse possível) nas mesmas áreas, os resultados mostraram que a situação nos distritos é similar aos anos anteriores, excepto no distrito de Ibo onde, com dois dados históricos (Abril 2019, Novembro de 2019), a prevalência neste inquérito reduziu em 74% em relação a Abril de 2019 e em 46% em relação à Novembro de 2019. O inquérito de Abril de 2019 foi realizado muito antes da ocorrência do Ciclone Kenneth que veio à posterior causar dados de proporção devastadora naquele distrito. O de Novembro de 2019, foi realizado seis (6) meses depois do ciclone Kenneth e o conflicto na altura não esteve em alta naquele distrito. A redução na prevalência observada naquela altura teria sido atribuida, por um lado pela protecção que assistência humanitária (alimentar, entre outros) foi activamente providenciada naquele distrito e, por outro lado, pela alta cobertura dos serviços de saúde com 100% de cobertura sanitária, raio US/comunidade de 2.4km, considerados como “muito bom”, apesar das práticas inadequadas de alimentação infantil (SETSAN, DPS, INE, UNICEF, 2020). Neste inquérito de Fevereiro de 2021, por sua vez, apesar da situação denotar alguma redução na prevalência observada, em parte que pode ser justificada pelo êxodo em grandes proporções de crianças para zonas consideradas seguras fora do distrito, uma vez que o conflicto escalou e Ibo é actualmente uma zona de alto risco, ao mesmo tempo, a prevalência de DAG aumentou (4 vezes mais em relação a Abril de 2019 e 2 vezes mais em relação Novembro de 2019), o que sugere que as diferentes privações que a população que ainda encontra-se em Ibo tem no acesso aos serviços essenciais tende a agravar a situação e acções urgentes no sector de saúde em particular são necessárias para evitar uma deterioração ainda maior.

**Distrito de Mecúfi**

Outra situação peculiar e que por isso parece merecer uma atenção especial é a do distrito de Mecúfi, onde mesmo sem conflicto, e com número relativamente menor de IDPs (cerca de 3,998 (International Organization for Migration (IOM), 2021b) em relação aos outros distritos, a prevalência de DA e DAG observada neste inquérito foi 1.18 e 1.45 vezes mais alta que a de Abril de 2019. Esta situação sugere possível existência de mais factores adjacentes e estruturais que precisam ser endereçados para combater a desnutrição aguda, mais do que apenas tratamento dos casos existentes. Em Mecúfi, intervenções de caracter preventivo, estritamente ligados à componentes de mudança de comportamento são necessárias, em paralelo com as curativas de curto prazo. As análises de IPC-DA de 2019, identificaram como principais factores que precisam de seguimento quer a curto, medio e longo prazo os seguintes: (i) prácticas de alimentação infantil inadequadas (dieta mínima aceitável (DMA)=2.4%, frequência mínima de refeições (FMR)=18.4% e diversidade mínima da dieta (DMD)=12.7%), (ii) níveis de insegurança alimentar classificados em Fase 3, com algum aumento de estratégias de sobrevivência; (iii) do total de crianças identificadas com desnutrição aguda, apenas 29% tinham acesso ao tratamento; (iv) cerca de 56.7% dos AF’s sem latrina, 44.31% com saneamento melhorado; (v) apenas 24.5% e 23.8% das crianças de 6-59 e 12-59 meses suplementadas com vitamina A e desparasitadas, respectivamente (SETSAN, 2019).

**Distrito de Ancuabe**

A situação de DA no distrito de Ancuabe é classificada em “nível médio”. Análises comparativas com dados históricos de uma avaliação nutricional rápida realizada em Abril de 2017 (n=733) mostrou que a prevalência deste inquérito foi 1.21 vezes mais alta e a DAG em 2.0 vezes mais alta que em 2017. Esta situação pode estar relacionado ao facto de 50% das crianças no distrito de Ancuabe terem tido alguma doença infecciosa nas últimas duas semanas anteriores ao inquérito, e muito poucos cuidadores das crianças têm o habito de procurar por serviços de saúde quando as crianças se encontram doentes (28.7%). Num inquérito de avaliação de necessidades essências realizado neste distrito, na mesma época sazonal que o *Rapid SMART*, abrangindo comunidades locais não IDPs (n=351) e IDPs (n=377), mostrou que a diversidade da dieta das mulheres em idade reprodutiva (MIR) mostrou ser a mais baixa em Ancuabe com apenas 3% alcançando a Diversidade Mínima da Dieta para Mulheres (DMD-M) (SETSAN CD & WFP, 2021).

Os resultados actuais mostram alguma similaridade com os dados históricos sobre os factores contribuintes para a desnutrição aguda. em 2017, foram identificados factores como (i) a baixa ingestão dietética em crianças menores de 2 anos (DMA=1.0%, DMD=5.1% e FMR=49.5%); (ii) altas prevalências de doenças infecciosas (diarreia=42.5%, febre=62.5% e tosse=45.0%); (iii) baixa cobertura no acesso ao tratamento da desnutrição aguda; (iv) fraco acesso a fontes segura de agua e outras factores estruturais como baixa literacia materna (IPC TWG, 2017). Neste inquérito, do total crianças identificadas com desnutrição aguda, apenas uma esteve admitida ao programa de Reabilitação Nutricional (PRN), mostrando que o acesso ao tratamento continua sendo um desafio. Intervenções capazes de reverter este cenário são necessárias, com ligação com estratégias de mudança de comportamento.

Por outro lado, olhando na perspectiva de segurança alimentar a nível do AF, o inquérito de avaliação de necessidades essências, mostrou que 68% dos AF’s das comunidades normais (não IDPs) e 64% dos que confirmaram ser IDPs reportam ter tido um índice de consumo alimentar inadequado, isto é, a qualidade da dieta e a frequência de refeições nos últimos 7 dias antes do inquérito eram inadequadas, sendo estes níveis considerados como “crítico”. Enquanto os IDPs vivendo nas comunidades referiram depender mais de assistências alimentar (72%), 73% dos AF nas comunidades referiram subsistir-se de produção própria, o que sugere consequências da época sazonal sobre o consumo alimentar. Cerca de 36% dos AF nas comunidades tiveram que usar estratégias de sobrevivência severas, sendo que destas, 56% optaram pela redução do número de refeições, 25% optaram por limitar as porções das refeições, e 8% optaram por alimentar mais baratos. Na população que é IDP vivendo nas comunidades, 35%, 6% tiveram que optar por estratégias de sobrevivências extremas classificadas como crise e emergência, respectivamente (SETSAN CD & WFP, 2021).

Estes factores, todos, alimentares e não alimentares, podem ter influenciado negativamente na ocorrência da desnutrição aguda nas crianças do distrito de Ancuabe. Por esta razão, sugerem que as intervenções devem ser especificas e sensíveis a nutrição, com caracter preventivo a médio e longo prazo.

**Distrito de Chiúre**

A prevalência observada no distrito de Chiúre foi practicamente a mesma com a observada numa avaliação nutricional rápida (n=750 crianças) em Abril de 2017, com a razão de 0.93. Nas análises de IPC-DA realizadas em Maio de 2017 sobre estes dados, com o nível de prevalência que viria a ser classificada em “Situação Crítica” com base no PB, foram identificados como principais factores contribuintes para a situação (i) a baixa ingestão dietética em crianças menores de 2 anos (DMA=2.5%, DMD=2.5% e FMR=50%), (ii) altas prevalências de doenças infecciosa (diarreia=26.9%, febre=55.2%) e (iii) insegurança alimentar aguda em situação de emergência, (iv) baixa cobertura no acesso ao tratamento da desnutrição aguda, (v) acesso a fontes segura de água e outras factores estruturais como, baixa literacia em mulheres entre outros (IPC TWG, 2017). Com relação ao acesso ao tratamento, neste inquérito de Fevereiro, do total de crianças identificadas com desnutrição aguda, apenas duas estiveram admitidas ao PRN. À semelhança do sugerido para Ancuabe, em Chiúre também são necessárias intervenções capazes de reverter este cenário são necessárias, com ligação com estratégias de mudança de comportamento.

Neste inquérito de Fevereiro, o ambiente de saúde parece similar com cerca de 52.24% das crianças com algum tipo doença infecciosa, acima de 20% das crianças com diarreia e tosse. Por outro lado, houve reporte de cerca de 71% dos AF’s nas comunidade de Chiúre com consumo alimentar inadequado e 100% dos AF com reservas de milho a durar menos de 1 mês, 43% e 13% dos AF’s usando níveis extremos de estratégias de sobrevivência classificado como “Emergência” e “Crise”, respectivamente. 26%, 23% e 16% dos AF tiveram que optar por redução de número de refeições, porções de comida reduzida e alimentos menos caros, respectivamente (SETSAN CD & WFP, 2021).

Outra similaridade em relação aos dados históricos é notável na ingestão dietética a nível individual (da criança), onde resultados do inquérito de avaliação de necessidades essências, mostrou que os valores são preocupantemente (muito baixos), com 0% das crianças com idade entre 6-23 meses tendo uma DMA, tanto dentro de IDPs como nas comunidades não IDPs (n = 68)[[8]](#footnote-9),[[9]](#footnote-10). Chiúre também apresentou o valor mais baixo de crianças menores de 2 anos sendo amamentadas em comparação com outros distritos da província incluídos na avaliação, com apenas 58,8% tendo sido amamentadas nas últimas 24 horas (SETSAN CD & WFP, 2021).

Por outro lado, como é sabido, o estado nutricional das mulheres também tem impacto directo sobre a situação nutricional dos filhos. O indicador de DMD-M, que actua como um substituto para a ingestão de micronutrientes para MIR mostrou que apenas 5% das mulheres em Chiúre estão alcançando uma dieta diversificada.

Este quadro pode ter influenciado negativamente na situação da desnutrição aguda em crianças, e por isso, à semelhança do sugerido nos distritos anteriores, intervenções incluindo abordagens preventivas são necessárias para endereçar o problema da desnutrição aguda e sues respectivos factores, incluindo os subjacentes e estruturais.

**Distrito de Montepuez**

Dados históricos para comparação não foram encontrados no distrito de Montepuez. Entretanto, a prevalência observada é classificada em nível médio. Semelhantemente aos outros distritos, muitas crianças que sofrem de DA não tem acesso ao tratamento. Cerca de 40% das crianças tiveram alguma doença infecciosa nas últimas semanas anteriores ao inquérito. Os factores relacionados à insegurança alimentar neste distrito mostram que cerca 76% dos AF tem índice de consumo alimentar adequado e 24% com consumo alimentar inadequado, porém, 95% dos AF indicaram ter as suas reservas de milho a durar menos de 1 mês e 64% dos AF sem acesso à fontes de agua segura para consumo humano. Embora a situação no distrito possa parecer melhor em relação aos outros distritos, é importante considerar acções especificas e sensíveis à nutrição e ir monitorando as condições e planificar respostas conforme necessário.

**Distrito de Metuge**

A semelhança de Montepuez, não foram encontrados dados históricos para comparar com a situação observada neste inquérito. Entretanto, conforme indicado nos resultados, os dados sobre o P/A tiveram problemas de qualidade, o teste sobre o DP mostrou que este esteve muito acima dos padrões normais >1.20, o que significa que a prevalência com base no P/A poderia estar sobrestimada dada a alta variação dos dados em relação à media dos Z-scores. Os dados do PB por sua vez foram de boa qualidade. Usando este indicador, a prevalência esteve abaixo de 5%, o que pode significar uma situação não alarmante. A situação nutricional no distrito em geral pode ter estado protegida, pelo facto de a maioria dos AF’s (80%) terem tido um consumo alimentar adequado, e cerca de 40% sem estratégias de sobrevivência, apesar que outros as tenham enfrentado e quase todos AF’s com acesso à fontes segura de agua para beber (96%) (SETSAN CD & WFP, 2021). Ainda neste inquérito do SETSAN CD & PMA, o distrito de Metuge mostrou uma proporção maior de MIR com uma boa diversidade na sua dieta (45%), tendo sido este o maior valor observado em relação ao resto dos distritos incluídos nesta avaliação (SETSAN CD & WFP, 2021).

Relativamente às crianças, a DMA foi de 3.8%, com DMD em 32.1% e boas prácticas de amamentação (78.2%). No lado da saúde, apesar de mais da metade das crianças terem tido alguma doença infecciosa nas últimas duas semanas anteriores ao inquérito, uma maioria delas (75%) foram levadas às US para tratar a doenças apesar do influxo de IDPs alguns vivendo nas comunidades, facto que também pode ter ajudado a proteger que as infecções não comprometessem a ingestão alimentar nas crianças e causar depleção no seu peso corporal.

Este cenário, que de alguma forma mostra-se diferente dos restantes distritos da província, poderá ser resultado das diferentes intervenções de saúde, nutrição e segurança alimentar que foram sendo oferecidas no distrito de Metuge, no âmbito da resposta aos IDPs. É importante ir monitorando a situação no distrito e planificar respostas conforme necessário.

**Distrito de Mueda**

Além das doenças, não foram encontrados dados históricos ou recentes para comparar a situação com a situação actual, nem mesmo informação sobre segurança alimentar. Os resultados deste inquérito mostram que a situação em Mueda esta em “nível muito baixo” segundo a OMS-UNICEF. Quase a metade das crianças em Mueda tiveram alguma doença infecciosa, mas com um comportamento de procura por serviços de saúde relativamente alto (63.8%). Note-se, que apesar da situação actual mostrar ser normal, dado o facto de existência de alguns focos de conflicto armado naquele distrito, e agora com o influxo de pessoas deslocadas de Palma em consequência da recente crise de Palma, onde estima-se que até o dia 15 de Abril, cerca 6,401 IDPs de Palma estão em Mueda, correspondendo a 34% do total de deslocados reportados (18,661), e todos clamam por fome (International Organization for Migration (IOM), 2021a), é extremamente necessário desenvolver acções de resposta como busca actividade casos de desnutrição aguda e seu respectivo tratamento, particularmente nos IDPs vindos de Palma, e fortalecer a capacidade de resposta das autoridades do distrito ir monitorando as condições e planear respostas conforme necessário.

**Desnutrição Aguda nos Centros de Acomodação de IDPs**

Em geral, a situação nutricional dos centros de acomodação de IDPs mostrou-se em “nível médio” em quase todos os centros, excepto nos de Montepuez classificado em “nível baixo”, e a prevalência combinada foi mais alta em relação a DA e PB isolados. Na maioria dos centros de acomodação, mais da metade das crianças tiveram algum tipo de doença infecciosa e com comportamento de procura por serviços de saúde também em boas proporções.

Como característico, as pessoas deslocadas tem sido muito dependente de assistências humanitárias para poder subsistir-se. Esta situação reflectiu nos resultados do inquérito realizado em IDPs nos distritos de Metuge, Chiúre onde cerca de 91% e 71% dos AF referiram obter cereais de ajuda alimentar em Metuge e Chiúre, respectivamente. Quase a metade dos AF’s em Metuge (43%) e mais da metade em Chiúre (63%) tiveram um consumo alimentar inadequado nos últimos 7 dias anteriores ao inquérito e parte considerável dos mesmos optaram por estratégias de sobrevivência extremas: 44% e 20% dos AF’s com estratégias classificadas como emergência em Metuge, 23% e 17% em Chiúre na mesma ordem de severidade.

Por outro lado, conforme documentado nos mapeamentos do cluster de Coordenação de Campos e Gestão de Campos, a maioria dos centros de acomodação tinham diferentes tipos de assistência humanitária, para além de alimentar, indo deste nutrição, com actividades de brigadas moveis integradas e rastreios activos da desnutrição aguda, entre outros. Estes factores todos, podem ter protegido uma deterioração acentuada da situação nutricional nas crianças e, por isso, é importante fortalecer estes mecanismos e ir monitorando a situação.

Nos centros de acomodação do distrito de Palma, apesar de não terem sido abrangidos todos os centros de acomodação planificados, a situação observada é preocupante. Diferentemente dos centros de acomodação dos outros distritos, nos de Palma, principalmente o “campo” de Maganja, tem muita vulnerabilidade para a desnutrição aguda: falta de fontes de água segura para beber, latrinas, não disponibilidade frequente de bens alimentares e dos poucos existentes a preços muitos altos (1kg de arroz a custar cerca de 400 MZN), e fila longas para compra de pão (1 pão chegando a custar 40 MZN), incluindo mandioca, associado à alta volatilidade do distrito aos ataques dos terroristas. Em finais do mês de Março os terroristas atacaram a vila sede de Palma, tendo queimado infraestruturas como o centro de saúde de referencia do distrito que tinha capacidade para internamento e tratamento dos casos de DAG e até a data em que escreve este relatório não há acesso humanitário àquele distrito, portanto serviços de saúde e nutrição interrompidos, o que agrava ainda mais o nível de vulnerabilidade da população naquele distrito à desnutrição aguda e ao risco de morte de crianças por desnutrição aguda por falta de tratamento.

**Desnutrição Crónica**

A DC está em “níveis muito alto” em todas áreas avaliadas, incluindo nos centros de acomodação de IDPs, e em crianças deslocadas dos distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe. Estes níveis são similares aos observados em inquéritos realizados nos distritos de Balama, Namuno, Meluco, entre 2018 e 2019, também classificados em “muito alto” (SETSAN, 2018; SETSAN, DPS, INE, UNICEF, 2020).

Embora evidências especificas indicando os factores que estejam relacionados com estes níveis tao altos , practicamente sem redução nenhuma observada em resultado das acções do Plano de Acção Multissectorial para Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) cuja sua vigência terminou em 2020, onde esperava-se a redução da DC em mais de 20% (República de Moçambique, 2010), os resultados em si mostram a necessidade de expandir acções de advocacia einvestimentos multissectoriais para combater as altas prevalências da DC. Estas acções podem incluir, mas não limitado à água e saneamento, redução da pobreza, segurança alimentar e formas de vida, e melhor acesso aos serviços de saúde e nutrição.

# Conclusão

Os níveis de desnutrição nos distritos abrangidos pelo inquérito, particularmente, mostrou-se ser mais crónico que agudo, porém com tendência a deteriorar-se de forma progressiva com aumento da crise humanitária na província. Nos centros de acomodação de IDPs por sua vez, mostrou-se haver algum estresse nutricional.

A desnutrição crónica em crianças 6-59 meses, foi está em níveis “muito alto” em todas áreas abrangidos pelo inquérito, incluindo em crianças deslocadas dos distritos de Quissanga, Macomia, Mocímboa da Praia e Muidumbe, o que espelha a situação destes distritos. Em geral, é seguro dizer que 1 em cada 2 crianças com idade entre 6-59 meses tem a sua altura desproporcional à sua idade.

Com base nas prevalência da DA, estes resultados ainda não indicam necessariamente uma emergência aguda nutricional nas áreas abrangidas pelo inquérito, mas os resultados em geral alertam sobre uma situação que e já de alta vulnerabilidade considerando os elementos apresentados e discutidos no capitulo sobre a discussão deste relatório e por isso, há uma necessidade de intervenções (coordenadas) específicas e sensíveis à nutrição que protejam contra uma deterioração da situação nos distritos e áreas afectadas..

As respostas em Cabo Delgado devem seguir um nexo Humanitário-Desenvolvimento, com o objetivo de servir as comunidades em alta vulnerabilidade aguda à desnutrição aguda, ajudar na sua recuperação e ajudar a construir uma resiliência robusta. Várias partes interessadas precisam se concentrar na criação de um ambiente para melhorar a saúde e a segurança alimentar e nutricional de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e crianças pequenas e envolver toda a comunidade para enfrentar o ciclo intergeracional da desnutrição. Sem esses esforços, as futuras gerações de Cabo Delgado não podem atingir o seu pleno potencial e serão perdidas.

# Recomendações

Actualmente, a prevalência da desnutrição aguda é baixa/media. Entretanto, é necessário implementar medidas preventivas e continuar a monitorar a situação para evitar maior deterioração. A prevalência da desnutrição cronica é muito alto e indica um nível elevado de vulnerabilidade da população, especialmente as crianças.

1. **É urgente a melhorar o acesso aos serviços preventivos e curativos de saúde e nutrição**. As entidades responsáveis por esta temática, liderado pelo Ministério da Saúde, através das Direcção Provincial de Saúde e Parceiros locais e o *Nutrition Cluster*, devem considerar priorizar acções sobre esta problemática. As abordagens devem basear-se, sem limitar-se, a:
2. **Expandir o tratamento da desnutrição aguda** considerando o indicativo de cobertura baixa que o inquérito demonstrou, através do reforço do programa de reabilitação nutricional a nível comunitário, acelerar o processo para implementação da abordagem *family MUAC* e expandir as actividades de tratamento da desnutrição aguda na comunidade (TDC).
3. **Expandir as intervenções específicas de nutrição preventivas**, tais como, a suplementação com micronutrientes e a desparasitação através de brigadas móveis integradas e de agentes comunitários de saúde.
4. **A promoção da nutrição materna e infantil** através de abordagens de mudança de comportamento para incentivar o consumo de alimentos mais nutritivos, a adopção de medidas preventivas de saúde, higiene e saneamento e da colaboração com os serviços de protecção social, para melhor cobrirem e responderem às necessidades nutricionais destes grupos, por exemplo, através da cestas de alimentos sensíveis à nutrição com aumento da quantidade de alimentos ricos em proteínas e inclusão de opções de proteínas de origem animal na cesta de alimentos.
5. **A promoção da nutrição** sempre que possível, O SETSAN a nível provincial e parceiros devem **continuar a monitoria da situação**, e realizar inquéritos SMART mais completo, com alguma regularidade para monitorar a situação, especialmente nos distritos com nível médio e estes devem ser integrados com segurança alimentar para dar uma imagem completa sobre a vulnerabilidade da população. Estes inquéritos podem ser realizados sempre que se julgar necessário.
6. Engajamento de profissionais já treinados nas futuras avaliações para continuar criando capacidade técnica.
7. Incluir e/ou triangular dados com outros indicadores que permitam uma interpretação holística: ambos o estado nutricional de crianças e mulheres é influenciada por múltiplos factores –intervenções não podem ser restritas à gestão da desnutrição aguda apenas, mas uma abordagem mais abrangentes e sistemática.
8. Importante continuar a reconhecer as MGL como grupos vulneráveis quando se trata de segurança nutricional e precisa ser mantido como grupo alvo essencial para avaliações nutricionais.
9. O Governo e todos os parceiros devem expandir advocacia, **investimentos e ações multi-sectorais para a nutrição**, incluindo mas não limitado à redução da pobreza, segurança alimentar e formas de vida, água e saneamento, saúde e nutrição, alinhadas com os planos e estratégias nacionais. Estas ações são necessários nas áreas afeitadas para combater as altas prevalências da desnutrição crónica, uma contribuição fundamental para a estabilidade.

# Referências

Development Initiatives (2020) *2020 Global Nutrition Report: Action on equity to end malnutrition*. Bristol, UK. Available at: https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/.

Grellety, E. and Golden, M. H. (2016) ‘Weight-for-height and mid-upper-arm circumference should be used independently to diagnose acute malnutrition: policy implications’, *BMC Nutrition*. BMC Nutrition, 2(1), p. 10. doi: 10.1186/s40795-016-0049-7.

International Organization for Migration (IOM) (2021a) *DISPLACEMENT TRACKING MATRIX: Emergency Tracking Tool (ETT): Palma Crisis, Mozambique*. Available at: https://displacement.iom.int/reports/mozambique-—-emergency-tracking-tool-palma-crisis-report-—-53-27-march-14-april-2021.

International Organization for Migration (IOM) (2021b) *DTM Mozambique: Baseline Assessment Round 10 (January - February 2021) - Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Sofala and Zambézia Provinces*. Available at: https://iomint-my.sharepoint.com/personal/mbakr\_iom\_int/\_layouts/15/onedrive.aspx?id=%252Fpersonal%252Fmbakr\_iom\_int%252FDocuments%252FDTM Baseline Reports%252FIOM DTM Baseline Assessment Report R10 - Jan-Feb 2021.pdf&parent=%252Fpersonal%252Fmbakr\_iom\_int%252FDocuments%25.

Intituto Nacional de Estatística (2019) *IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017 Resultados Definitivos – Moçambique*. IV. Edited by Instituto Nacional de Estatística: Direcao de Estatísticas Demográficas Vitais e Sociais. Maputo: Instituto Nacional de Estatistica. Available at: http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf.

IPC TWG (2017) *Relatório da Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional*. Maputo.

MISAU, INE and ICFI (2011) *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland.

OIM & INGC (2019) *Displacement Tracking Matrix: Mozambique — Tropical Cyclone Kenneth Response Baseline Assessment – Round 4*. Pemba.

de Onis, M. *et al.* (2018) ‘Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years’, *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press, pp. 1–5. doi: 10.1017/S1368980018002434.

Onis, M. De *et al.* (2018) ‘Prevalence thresholds for wasting , overweight and stunting in children under 5 years Public Health Nutrition’, *Public Health Nutrition*, (4), pp. 1–5. doi: https://doi.org/10.1017/S1368980018002434.

República de Moçambique (2010) ‘PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA EM MOÇAMBIQUE 2011 – 2014 (2020)’. Maputo, pp. 1–111.

SETSAN, DPS, INE, UNICEF (2020) *Relatório Final do Inquérito de Segurança Alimentar e Nutricional nos Distritos de Namuno e Ibo, decorrido no inicio da Época de Escassez de Alimentos – Novembro de 2019*. Pemba.

SETSAN (2018) *Relatório Final Da Avaliação Sazonal De Nutrição De Março – Abril De 2018*. Maputo. Available at: http://www.setsan.gov.mz/wp-content/uploads/2018/07/Relatório-da-Avaliação-Sazonal-de-Nutrição-2018.pdf.

SETSAN (2019) *Sumário da Situação de Insegurança Alimentar Aguda e Desnutrição Aguda - 2019/20*. Maputo. Available at: http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user\_upload/ipcinfo/docs/IPC\_AFI\_AMN\_Mozambique\_2019April2020Feb\_English.pdf.

UNICEF, WHO and World Bank (2020) *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2020 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates.*, *WHO*. Geneva: doi: 10.18356/6ef1e09a-en.

Zaba, T., Nyawo, M. and Álvarez Morán, J. L. (2020) ‘Does weight-for-height and mid upper-arm circumference diagnose the same children as wasted? An analysis using survey data from 2017 to 2019 in Mozambique’, *Archives of Public Health*. Archives of Public Health, 78(1), p. 94. doi: 10.1186/s13690-020-00462-7.

# Anexos

## Anexo 1: Sumário do relatório de plausibilidade

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de teste |  | **values/range** | **Mecúfi** | **Metuge** | **Ancuabe** | **Montepuez** | **Chiúre** | **IBO** | **Mueda** | **Metuge IDPs** | **Montepuez IDPs** | **Chiúre IDPs** | **Palma IDP** |
| 1 | Flagged data (% of out of range subjects) | <7.5 | 5 (3.6 %) | 5 (3.7 %) | 5 (2.9 %) | 5 (4.2 %) | 5 (4.2 %) | 5 (2.7 %) | 5 (4.2 %) | 0 (2.1 %) | 5 (2.6 %) | 5 (3.5 %) | 5 (3.3 %) |
| 2 | Overall sex ratio (significant Chi square) | >0.001 | 0 (p=0.840) | 0 (p=0.275) | 0 (p=0.373) | 4 (p=0.047) | 0 (p=1.000) | 0 (p=0.165) | 0 (p=0.692) | 0 (p=0.120) | 0 (p=0.646) | 0 (p=0.666) | 0 (p=0.374) |
| 3 | Age ratio (6-29vs 30-59) Significant Chi square | >0.001 | 4 (p=0.004) | 4 (p=0.008) | 0 (p=0.905) | 0 (p=0.163) | 0 (p=0.253) | 0 (p=0.385) | 2 (p=0.051) | 0 (p=0.320) | 0 (p=0.847) | 4 (p=0.025) | 2 (p=0.084) |
| 4 | Dig. prevalence score- weight | <20 | 0 (5) | 2 (8) | 0 (7) | 0 (7) | 0 (5) | 2 (11) | 0 (6) | 0 (7) | 0 (5) | 2 (8) | 2 (12) |
| 5 | Dig. prevalence score- height | <20 | 0 (15) | 2 (12) | 0 (7) | 0 (9) | 0 (8) | 0 (5) | 2 (8) | 2 (8) | 2 (11) | 2 (9) | 4 (14) |
| 6 | Dig. prevalence score- MUAC | <20 | 0 (9) | 2 (9) | 0 (10) | 0 (16) | 0 (11) | 2 (11) | 2 (9) | 0 (7) | 2 (8) | 2 (10) | 2 (9) |
| 7 | Standard Dev. WHZ | >0.80 | 5 (1.11) | 20 (1.23) | 0 (1.05) | 0 (1.08) | 0 (1.06) | 0 (0.99) | 0 (1.01) | 0 (1.06) | 0 (1.05) | 0 (1.04) | 0 (0.95) |
| 8 | Skewness WHZ | <±0.6 | 0 (-0.19) | 0 (-0.06) | 0 (0.09) | 1 (-0.32) | 1 (-0.22) | 0 (0.06) | 0 (0.08) | 1 (-0.28) | 0 (0.09) | 0 (-0.12) | 1 (-0.26) |
| 9 | Kurtosis WHZ | <±0.6 | 0 (-0.11) | 1 (-0.33) | 1 (-0.38) | 1 (0.20) | 1 (0.26) | 0 (0.10) | 0 (-0.19) | 3 (-0.46) | 0 (-0.03) | 0 (-0.19) | 3 (0.41) |
| 10 | Poisson WHZ -2 | >0.001 | 0 (p=0.464) | 0 (p=0.667) | 0 (p=0.268) | 0 (p=0.556) | 0 (p=0.792) | 0 (p=0.385) | 0 (p=0.591) | 0 (p=0.619) | 0 (p=0.713) | 0 (p=0.287) | 0 (p=0.058) |
| 7 | OVERALL | <24 | 20% | 36% | 8% | 17% | 11% | 9% | 11% | 6% | 9% | 15% | 19% |

## Anexo 2: Lista de Áreas de enumeração Seleccionadas – Primeira ronda

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | **Mecúfi** | **Metuge** | **Ancuabe** | **Montepuez** | **Chiúre** | **Ibo** |
| 1 | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Metuge | Bairro Ancuabe - Sede | Bairro Cimento | Bairro Meriha | Bairro Cimento |
| 2 | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Metuge | Bairro Ancuabe - Sede | Bairro Matuto | Bairro Namiuta | Bairro Cumuamba |
| 3 | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Metuge | Bairro Ancuabe - Sede | Bairro Matuto | Bairro Mecone | Bairro Cumuamba |
| 4 | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Metuge | Bairro Gihote | Bairro Mirige | Bairro Jonga | Bairro Cumuamba |
| 5 | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Messanja | Bairro Gihote | Bairro Nancaramo - B | Bairro Jonga | Bairro Cumuamba |
| 6 | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Messanja | Bairro Gihote | Bairro Nacate | Bairro Milamba | Bairro Cumuamba |
| 7 | Bairro Sambane | Bairro Nacuta | Bairro Gihote | Bairro Nacate | Bairro Milamba | Bairro Cumuamba |
| 8 | Bairro Sambane | Bairro Nacuta | Bairro Nacuale | Bairro Napai | Bairro Milamba | Bairro Mussemuco |
| 9 | Bairro Sambane | Bairro Nacuta | Bairro Nacuale | Bairro Ncoripo | Bairro Milamba | Bairro Quirimbo |
| 10 | Bairro Sambane | Bairro Nacuta | Bairro Nacuale | Bairro Niuhula | Bairro Micolene | Bairro Rituto |
| 11 | Bairro Sambane | Bairro Nacuta | Bairro Nacuale | Bairro Mapupulo- Sede | Bairro Micolene | Bairro Rituto |
| 12 | Bairro Sambane | Bairro Nacuta | Bairro Metoro - Sede | Bairro Mapupulo- Sede | Bairro Mugipala | Bairro Rituto |
| 13 | Bairro Sambane | Bairro Mieze Sede | Bairro Metoro - Sede | Bairro Mapupulo- Sede | Bairro Mugipala | Bairro Rituto |
| 14 | Bairro Sambane | Bairro Mieze Sede | Bairro Metoro - Sede | Bairro Massingir | Bairro Meculane | Bairro Rituto |
| 15 | Bairro Sambane | Bairro Mieze Sede | Bairro Metoro - Sede | Bairro Massingir | Bairro Meculane | Bairro Matemo |
| 16 | Bairro Sambane | Bairro Mieze Sede | Bairro Salaue | Bairro Massingir | Bairro Meculane | Bairro Matemo |
| 17 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Mieze Sede | Bairro Salaue | Bairro Mirate-Sede | Bairro Juravo | Bairro Matemo |
| 18 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Salaue | Bairro Mararange | Bairro Murocue | Bairro Matemo |
| 19 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Salaue | Bairro Mararange | Bairro Bilibiza | Bairro Quirimba-Sede |
| 20 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Meza-Sede | Bairro Mararange | Bairro Namogeliua Sede | Bairro Quirimba-Sede |
| 21 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Campine | Bairro Unidade | Bairro Ocua-Sede | Bairro Quirimba-Sede |
| 22 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Campine | Bairro Nacololo | Bairro Marere | Bairro Quirimba-Sede |
| 23 | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Nanjua | Bairro M'pupene | Bairro Marere | Bairro Quirimba-Sede |
| 24 | Bairro Maueia | Bairro Nanlia | Bairro Nanjua | Bairro Namanhumbir | Bairro Samora Machel | Bairro Quirimba-Sede |
| 25 | Bairro Maueia | Bairro Nanlia | Bairro Minheuene | Bairro Namanhumbir | Bairro Samora Machel | Bairro Quirimba-Sede |
| RC | Bairro Mecufi - Sede | Bairro Nanlia | Bairro Metoro - Sede | Bairro Napai | Bairro Muajaja | Bairro Cumuamba |
| RC | Bairro Sambane | Bairro Metuge | Bairro Minheuene | Bairro Mputo | Bairro Namogeliua Sede | Bairro Quirimba-Sede |
| RC | Bairro Murrebue - Sede | Bairro Messanja | Bairro Salaue | Bairro Mirate-Sede | Bairro Ocua-Sede | Bairro Matemo |

## Anexo 3: Lista de Áreas de enumeração Seleccionadas – Segunda ronda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| # | **Mueda** | **Metuge IDPs** | **Montepuez IDPs** | **Chiure IDPs** |
| 1 | BAIRRO MAIMIO | Ntokota | Nicuapa | Marrupa |
| 2 | BAIRRO MAPUTO | 25 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 3 | BAIRRO MAPUTO | 26 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 4 | BAIRRO ROVUMA | 27 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 5 | BAIRRO LILONDO | 28 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 6 | BAIRRO LITEMBO | 29 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 7 | BAIRRO LITEMBO | 30 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 8 | BAIRRO MIULA | 31 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 9 | BAIRRO MIULA | 32 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 10 | BAIRRO MPEME | 33 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 11 | BAIRRO MPEME | 34 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 12 | BAIRRO CHAPA - SEDE | 35 de Junho | Nicuapa | Marrupa |
| 13 | BAIRRO LIPELUA | Muaja | Nicuapa | Katapua |
| 14 | BAIRRO NANHALA | Namaluco | Mapupulo - centro 1 sede | Katapua |
| 15 | BAIRRO IMBUHO - SEDE | Nangua | Mapupulo - centro 1 sede | Katapua |
| 16 | BAIRRO IMBUHO - SEDE | Nangua | Mapupulo - centro 1 sede | Katapua |
| 17 | BAIRRO NAMAUA | Nangua | Namanhumbir | Katapua |
| 18 | BAIRRO NAMAUA | Nangua | Namanhumbir | Katapua |
| 19 | BAIRRO NEGOMANO-SEDE | Nangua | Namanhumbir | Meculini |
| 20 | BAIRRO N'GAPA - SEDE | Manono | Namanhumbir | Meculini |
| 21 | BAIRRO N'GAPA - SEDE | Manono | Nasimoja | Meculini |
| 22 | BAIRRO NATSENGE | Manono | Nasimoja | Chiure velho |
| 23 | BAIRRO NATSENGE | Namuapala | Nahupo | Chiure velho |
| 24 | BAIRRO NATSENGE | Namuapala | Nahupo | Chiure velho |
| 25 | BAIRRO NATSENGE | Centro Agrario de Namapala | Nahupo | Chiure velho |
| RC | BAIRRO NATSENGE | Ntokota | Nasimoja | Meculini |
| RC | BAIRRO NTANDEDI | 37 de Junho | Mapupulo - centro 1 sede | Marrupa |
| RC | BAIRRO MIULA | 38 de Junho | Mapupulo - centro 2 sede | Marrupa |

## Anexo 4. Lista de Enumeradores

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipa de Ibo** | | | |
|
| **Ordem** | **Nome completo** | **Função** | **Número da Brigada** |
| 1 | Lydia Ndungu | Supervisora |  |
| 2 | Mattia Baglioni | Supervisor |  |
| 3 | Kodak Raul Marroda | Supervisor |  |
| 4 | Celestino Mutemba Júnior | Avaliador | 1 |
| 5 | Julieta António Haua | Assistente |
| 6 | Bacar Azevedo Horácio | Avaliador | 2 |
| 7 | Carlitos Estevão Alufane | Assistente |
| 8 | Abdul Ladina | Avaliador | 3 |
| 9 | Subeli Joaquim | Assistente |
| 10 | Carlos Joaquim Preciso | Avaliador | 4 |
| 11 | Assara Angelo | Assistente |
| **Equipe de Montepuez** | | | |
|
| **Ordem** | **Nome completo** | **Função** | **Número da Brigada** |
| 1 | Lydia Ndungu | Supervisor |  |
| 2 | Bernabé Jerequete | Supervisor |  |
| 3 | Esperança Manuel Caliha | Avaliadora | 1 |
| 4 | Ivo Maurício António | Assistente |
| 5 | Arina José João Macoca | Avaliadora | 2 |
| 6 | Assane Jamal | Assistente |
| 7 | Ana Tesoura | Avaliadora | 3 |
| 8 | Herminio Raul Jorge | Assistente |
| 9 | Chafim Paulino Alande | Avaliador | 4 |
| 10 | Elma Domingos | Assistente |
| **Equipe de Ancuabe** | | | |
|
| **Ordem** | **Nome completo** | **Função** | **Número da Brigada** |
| 1 | Catija Sária Paulo | Supervisor |  |
| 2 | Sherifa Eduardo José | Supervisor |  |
| 3 | Oldivina José Mboane | Avaliadora | 1 |
| 4 | Teresa Adriano | Assistente |
| 5 | César da Silva Nunes | Avaliador | 2 |
| 6 | Muanassa Luis Abaina | Assistente |
| 7 | Nelson João Arlindo Zacarias | Avaliador | 3 |
| 8 | Miguel Fernando | Assistente |
| 9 | Esmeralda Lopes Cassambai Luanda | Avaliadora | 4 |
| 10 | Mauro Manuel Nevila | Assistente |
| **Equipe Mecúfi** | | | |
|
| **Ordem** | **Nome completo** | **Função** | **Número da Brigada** |
| 1 | Isabel Maria Pereira Periquito | Supervisora |  |
| 2 | Reuel Kirathi Mungai | Supervisor |  |
| 3 | Belito António Feniasse | Avaliador | 1 |
| 4 | Sofia Joaquim | Assistente |
| 5 | Tomas Evanilson | Avaliador | 2 |
| 6 | Estela Elias Mário | Assistente |
| 7 | Gamito Xavier | Avaliador | 3 |
| 8 | Luisa Martins | Assistente |
| 9 | Joanito Jacob | Avaliador | 4 |
| 10 | Elisa Francisco Inraca | Assistente |
| **Equipa de Metuge** | | | |
|
| **Ordem** | **Nome completo** | **Função** | **Número da Brigada** |
| 1 | Almeida Logossa | Supervisor |  |
| 2 | Hazinate Jemusse | Supervisor |  |
| 3 | Amélia Mindú | Avaliadora | 1 |
| 4 | Danito Natalino | Assistente |
| 5 | Celino Arlindo | Avaliador | 2 |
| 6 | Lurdes Jacinto | Assistente |
| 7 | Ruquia Faustina Terence Neto | Avaliadora | 3 |
| 8 | Feleciano Luis | Assistente |
| 9 | João Luis Abaina | Avaliador | 4 |
| 10 | Milton Xavier Muronha | Assistente |
| **Equipa de Chiúre** | | | |
|
| **Ordem** | **Nome completo** | **Função** | **Número da Brigada** |
| 1 | Avelino Silvério | Supervisor |  |
| 2 | Ali Juma | Supervisor |  |
| 3 | Victória Icuamuro | Avaliadora | 1 |
| 4 | José Manuel Pintainho | Assistente |
| 5 | Lucia Luis Mateus | Avaliadora | 2 |
| 6 | Tomé Francisco António | Assistente |
| 7 | Cremildo Paulo Camoga | Avaliador | 3 |
| 8 | Cátia Virgilio | Assistente |
| 9 | Armando Timamo | Avaliador | 4 |
| 10 | Idaia Cassida Albertino | Assistente |

1. <http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/projeccoes-da-populacao-2017-2050> [↑](#footnote-ref-2)
2. Aplicável para DA por P/A e DC apenas. [↑](#footnote-ref-3)
3. O termo “bolsa de desnutrição aguda” refere a áreas de enumeração onde muitos casos de desnutrição aguda são encontrados em comparação à outras áreas sem casos. [↑](#footnote-ref-4)
4. Produto da divisão entre a prevalência de Fevereiro de 2021 e a prevalência de um outro ano que tivesse dados. [↑](#footnote-ref-5)
5. Intervalos de confiança calculados considerando amostragem aleatória simples. Este técnica foi considerado uma vez que as crianças não foram avaliadas nos seus respectivos distritos e por isso áreas de enumeração não são aplicáveis. [↑](#footnote-ref-6)
6. Intervalos de confiança calculados considerando amostragem aleatória simples. Este técnica foi considerado uma vez que as crianças não foram avaliadas nos seus respectivos distritos e por isso áreas de enumeração não são aplicáveis. [↑](#footnote-ref-7)
7. Intervalos de confiança calculados considerando amostragem aleatória simples. Este técnica foi considerado uma vez que as crianças não foram avaliadas nos seus respectivos distritos e por isso áreas de enumeração não são aplicáveis. [↑](#footnote-ref-8)
8. A amostra de 68 apresentada para o indicador MAD em Chiúre é ainda mais reduzida ao desagregar os grupos de populações (IDP e Host), tornando a amostra ainda menor. É importante considerar o tamanho limitado da amostra ao analisar esses resultados, e os valores podem ser vistos mais como indicativos da situação do que como definitivos [↑](#footnote-ref-9)
9. O indicador de Diversidade Mínima da Dieta (DMD), que é um indicador agregado do DMA (juntamente com a frequência mínima de refeições e o indicador de amamentação). Uma criança é considerado com tendo uma DMD quando tiver consumido pelo menos 4 ou mais dos 7 grupos de alimentos nas últimas 24 horas antes do inquérito). Esta é a metodologia atual que o PMA segue de acordo com a orientação da OMS / UNICEF de 2011. No entanto, houve uma nova nota de orientação em que o indicador é recomendado para ser alterado para 5 ou mais dos 8 grupos de alimentos em 2019. O PMA está a rever os sues instrumentos para acomodar esta nova definição.

   Note-se, entretanto, que mesmo usando a definição anterior de DMA, a ingestão dietéticas nas crianças continua muito baixa. [↑](#footnote-ref-10)