



RELATÓRIO CONTINENTAL SOBRE O CUSTO DA FOME EM ÁFRICA (COHA)

Impacto Social e Económico da Subnutrição Infantil



Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitido, em qualquer forma ou meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, sem autorização prévia.

Apoio financeiro por:





SOBRE O CUSTO DA
FOME
EM **ÁFRICA** | **COHA**
IMPACTO SOCIAL E ECONÓMICO DESNUTRIÇÃO
EM CRIANÇAS EM

RELATÓRIO CONTINENTAL SOBRE O CUSTO DA FOME EM ÁFRICA (COHA)

**Impacto Social e Económico da
Subnutrição Infantil**





EC 1964 - 1

Índice

Preâmbulo	4
Agradecimentos	6
Resumo Executivo	7
Capítulo I: Introdução	9
Antecedentes Socioeconómicos E Nutricionais	9
Capítulo II: Visão Geral Da Nutrição Em África	12
Visão Geral Da Nutrição Em África	12
Capítulo III: Metodologia	17
Quadro Conceptual	17
Causas De Subnutrição	17
Consequências Da Subnutrição	18
Análises Dimensionais	18
Capítulo IV: Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil No Setor Da Saúde	22
Efeitos Sobre A Morbilidade	22
Efeitos Sobre A Mortalidade	23
Custos Para A Saúde Pública E Privada Da Subnutrição	24
Capítulo V: O Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil Na Educação	26
Efeitos Na Reprovação Escolar	26
Efeitos Na Retenção/Abandono	28
Estimativa Dos Custos Da Educação Pública E Privada	29
Capítulo VI: O Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil Na Produtividade	31
Perdas Por Atividades Não Manuais Devido À Redução Da Escolaridade	31
Perdas Em Atividades Manuais Intensivas	33
Custo De Oportunidade Devido À Mortalidade	34
Perdas De Produtividade Global	34
Capítulo VII: Resumo Dos Efeitos E Custos	36
Resumo Dos Custos E Do Pib Do Respetivo Estado-Membro	36
Análise De Cenários	37
Poupanças Projetadas	39
Capítulo VIII: Opções De Políticas E Recomendações	43
Histórias De Sucesso Africano (Progressão Dos Estados-Membros No Tratamento Da Subnutrição Infantil)	43
Recomendações E Opções Políticas	45
Conclusão:	54
Anexo	57
Glossário	57

Preâmbulo

Relatório Continental Sobre o Custo da Fome

A Comissão da União Africana (CUA), através do Departamento de Desenvolvimento Humanitário e Social da Saúde, liderou a implementação do Estudo do Custo da Fome em África (CFA) em todos os estados-membros da União Africana. O Estudo foi realizado no âmbito da Estratégia Regional Africana de Nutrição (2005-2015) e da Estratégia Regional Africana de Nutrição revista (2015-2025). Desde a sua criação em 2010,

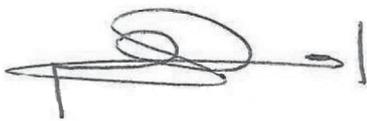
a aprovação dos ministros das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico em 2012 (Resolução 898), e o apelo dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana em 2014 (Assembleia/AU/Decl.4(XXIII), para a conclusão bem-sucedida do estudo, incluindo a ampla divulgação dos resultados a nível nacional e regional, o estudo foi concluído por vinte e um (21) estados-membros (para além dos quatro (4) estados-membros piloto iniciais).

O Relatório Continental Sobre o Custo da Fome em África cumpre as conclusões e recomendações dos vinte e um (21) estados-membros da UA, que até agora completaram o estudo (Burquina Fasso, Chade, República Democrática do Congo, Egito, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Ruanda, Sudão, Uganda e Zimbabué). Destaca os efeitos negativos significativos das crianças subnutridas na saúde, desempenho escolar e produtividade laboral, para dar uma oportunidade aos estados-membros que não realizaram o estudo de aceder à informação e utilizá-la na aprendizagem, defesa, desenvolvimento de políticas e estratégias para intervenções específicas e sensíveis à nutrição.

O estudo fornece as provas para defender e posicionar a nutrição como uma prioridade fundamental para a consideração dos decisores políticos a nível nacional, regional e continental. As conclusões foram também fundamentais para salientar a importância da ação e coordenação multissetorial na implementação de programas e iniciativas de nutrição a todos os níveis, afirmando que eliminar a subnutrição não pode ser um combate de um único interveniente, mas sim unindo forças e criando estratégias para ações multissetoriais concertadas e integradas.

A Comissão gostaria de destacar o apoio do Programa Alimentar Mundial (PAM) das Nações Unidas no desenvolvimento deste relatório e a colaboração contínua a nível dos estados-membros na realização do estudo, fornecendo apoio técnico e financeiro. Gostaria também de reconhecer o esforço, a contribuição e a liderança da equipa da CUA, especialmente da equipa do departamento de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social, na implementação do Estudo Sobre o Custo da Fome em África e, mais especificamente, no desenvolvimento deste importante relatório.

A Comissão da União Africana, trabalhando com parceiros e principais partes interessadas, continua empenhada em trabalhar em estreita colaboração com os estados-membros na implementação das recomendações resultantes deste relatório, bem como no custo dos relatórios dos estudos sobre a fome ao nível dos estados-membros, a fim de alcançar um continente livre de fome e malnutrição.



S.E. Amira El Fadil,

Comissária, Departamento de Saúde,
Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social
Comissão da União Africana

Agradecimentos

O Relatório Continental Sobre o Custo da Fome em África (CFA) está a ser implementado no quadro da Estratégia Regional Africana de Nutrição (2016-2025). Durante a Terceira Comissão Técnica Especializada em Saúde, População e Controlo de Drogas (STC-HPDC-3) realizada no Cairo, Egito, em 2019, os ministros solicitaram que fosse elaborado pela Comissão da União Africana, com o apoio do PAM e outras partes interessadas, um Relatório Continental sobre os progressos na implementação das recomendações dos estudos sobre o CFA.

O Departamento de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social gostaria de estender o seu apreço ao consultor Douglas Karugonjo pela compilação deste relatório, sob a liderança e orientação da Dra. Margaret Agama-Anyetei, Chefe da Divisão de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social, e o apoio de Priscilla Wanjiru, responsável pelas Parcerias Externas. O Departamento gostaria também de agradecer o apoio financeiro e técnico do Programa Alimentar Mundial (PAM), que tornou possível o desenvolvimento deste relatório. Agradecemos ainda o apoio dos membros da equipa técnica sobre o CFA do PAM, Beza Berhanu e Addisu Bekele.

Resumo Executivo

O estudo do Custo da Fome em África (CFA) é uma iniciativa liderada pela Comissão da União Africana (CUA), através da qual os estados-membros da União Africana são capazes de estimar o impacto social e económico da subnutrição infantil num determinado ano. Em março de 2012, foi feita uma apresentação sobre «O custo da fome em África: impacto social e económico da subnutrição infantil» aos ministros Africanos das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Económico durante a 5.ª Conferência Conjunta da União Africana (UA) e da Comissão Económica para África (ECA) dos ministros do Planeamento Económico e das Finanças, realizada em Adis Abeba, Etiópia. Na altura, o estudo multinacional e multidisciplinar estava a ser realizado nos primeiros quatro (4) países-piloto. Os ministros emitiram uma resolução confirmando a importância do estudo e recomendando a sua continuação para além da fase inicial (AU/CAMEF/EXP/22(VII)). Além disso, os Chefes de Estado e de Governo da União Africana em 2014 (Assembleia/AU/Decl.4(XXIII), apelaram à conclusão bem-sucedida do estudo, incluindo uma ampla divulgação dos resultados a nível nacional e regional. Até à data, 21 estados-membros concluíram o estudo, nomeadamente: Burquina Fasso, Chade, República Democrática do Congo, Egito, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Ruanda, Sudão, Uganda, Zimbabué, Reino de Essuatíni e Reino do Lesoto.

O modelo do estudo do CFA é utilizado para estimar os casos adicionais de morbilidade, mortalidade, reprovações escolares e abandono escolar e redução da capacidade física associada ao estado de subnutrição de uma pessoa antes dos cinco anos de idade. A fim de estimar estes impactos sociais durante um único ano, o modelo concentra-se na população atual, identifica a percentagem dessa população que foi subnutrida antes dos cinco anos de idade, e depois estima os impactos negativos associados sentidos pela população no ano em curso. Utilizando esta informação e os dados fornecidos pelas Equipas Nacionais de Implementação (ENI) dos respetivos estados-membros, que completaram o estudo, o modelo estima as perdas económicas associadas incorridas pela economia na saúde, educação e produtividade potencial num único ano.

O relatório Continental CFA fornece informações sobre os efeitos da subnutrição no desenvolvimento económico e social. Servirá como um instrumento de defesa para assegurar um discurso político eficaz e eficiente sobre nutrição e intervenções nutricionais no contexto do planeamento do desenvolvimento nacional. As recomendações e um menu de opções políticas dos estudos do CFA giram em torno da formação e implementação de políticas nutricionais. Entre este menu de opções políticas e recomendações está o alargamento da cobertura dos serviços básicos de saúde e nutrição, uma maior defesa da nutrição e um maior desenvolvimento da fortificação alimentar básica e indígena; o planeamento nacional e os procedimentos orçamentais para a nutrição devem ser reforçados através do desenvolvimento da orçamentação anual e da mobilização de fundos, bem como da revisão das despesas de nutrição.

Foram feitos progressos notáveis nos estados-membros a nível político. A nutrição tem sido firmemente colocada nas agendas nacionais de desenvolvimento nos países que empreenderam o estudo do CFA, cujos efeitos terão um forte impacto nos próximos anos. Este relatório mostra os benefícios de estabelecer objetivos para reduzir a subnutrição. De acordo com os objetivos de Malabo, eliminando a subnutrição infantil através da redução da hipotrofia para 10% e da subnutrição para 5% até 2025, nos

21 estados-membros os resultados mostram que é possível alcançar uma poupança média anual total de 8,1 mil milhões de USD, bem como uma redução de 38% nos custos associados à subnutrição infantil. A Comissão da União Africana está numa posição de forte influência para utilizar as conclusões a fim de defender junto dos respetivos estados-membros a colocação da nutrição nas agendas nacionais e políticas como uma prioridade máxima. Existem histórias de sucesso em alguns estados-membros que fornecem encorajamento e servem de exemplo para o desenvolvimento regional através de um esforço consolidado. As conclusões deste relatório provam que é necessário chegar a um consenso, para que as intervenções prioritárias incluam investimentos específicos e sensíveis à nutrição a nível político, de coordenação, multisetorial e comunitário.

As combinações mais precisas de intervenções variariam de país para país.



Capítulo

Introdução



Capítulo I: Introdução

Antecedentes socioeconómicos e nutricionais

O continente africano continua a suportar o pesado fardo da malnutrição. Embora tenham sido feitos enormes progressos para enfrentar a malnutrição e os desafios relacionados,

a batalha está longe de estar ganha. São necessários esforços adicionais e sustentados para enfrentar e inverter o peso crescente da malnutrição, em conformidade com os compromissos globais e continentais assumidos em 2015. Alguns países deram passos notáveis no caminho para alcançar a Declaração de Malabo, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). É necessário mais esforço para acelerar a realização dos principais objetivos nutricionais. Ao longo da última década, a África conheceu um desempenho económico notável que tornou o continente cada vez mais atrativo para o investimento e o comércio globais. De acordo com o Resumo Regional da Segurança Alimentar em África, realizado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) em 2018, o ritmo de crescimento real do Produto Interno Bruto (PIB) no continente duplicou na última década. Ainda assim, o continente apresenta algumas das mais elevadas taxas de subnutrição infantil do mundo. O capital humano é a base do desenvolvimento social e económico, tal como articulado na Agenda 2063 da União Africana e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A melhoria do estado nutricional das pessoas tem um impacto direto no desempenho económico, através do aumento da produtividade e da melhoria da vantagem comparativa nacional. Para que África maximize as suas perspetivas económicas, presentes e futuras, existe uma necessidade urgente de intervenções sustentáveis e rentáveis que abordem a situação nutricional dos membros mais vulneráveis da sua sociedade. Tal como foi observado pelos Chefes de Estado e de Governo africanos em 2014, a agricultura e a segurança alimentar são determinantes fundamentais da nutrição infantil, que requerem respostas coordenadas e integradas de outros setores, incluindo a saúde, a educação, o trabalho, a proteção social, e a colaboração coordenada com os parceiros de desenvolvimento, do setor privado, das universidades, da sociedade civil e das comunidades (Declaração de Malabo, Assembleia/AU/Decl.4(XXIII)). Se a subnutrição infantil fosse reduzida, haveria uma melhoria direta nas taxas de mortalidade infantil, uma vez que a subnutrição é o contribuinte mais importante para a mortalidade infantil. Se as mulheres em idade fértil não estivessem subnutridas, teriam menos probabilidades de ter filhos com peso inferior ao normal. Além disso, as crianças saudáveis conseguiriam uma melhor educação, seriam mais produtivas como adultos e teriam maiores probabilidades de quebrar o ciclo da pobreza. Assim, é necessário aumentar os esforços para sensibilizar a população em geral, os decisores políticos e os parceiros de desenvolvimento sobre os elevados custos da subnutrição, a fim de reforçar os compromissos nacionais e internacionais e assegurar que as crianças em África cresçam saudáveis e devidamente alimentadas. Posicionar as intervenções nutricionais como uma prioridade máxima para o desenvolvimento e a redução da pobreza é muitas vezes difícil, em parte devido à falta de dados credíveis tanto sobre os retornos a curto como a longo prazo. De facto, não existem provas suficientes específicas de cada país para demonstrar como uma nutrição melhorada pode ter um impacto direto no desempenho escolar, e assim melhorar as oportunidades no mercado de trabalho e no trabalho físico. Além disso, a nutrição é demasiadas vezes considerada como uma questão de saúde, ignorando as implicações sociais e económicas que tem noutras áreas de desenvolvimento.

Apesar dos desafios acima mencionados, continuam os esforços, tanto a nível nacional como regional e global, para abordar as questões da subnutrição e da fome. A nível regional, estes esforços incluem iniciativas tais como: a Estratégia Regional Africana de Nutrição; o Programa Integrado para o Desenvolvimento da Agricultura em África (CAADP), especialmente o Pilar III do CAADP, centrado na redução da fome e na melhoria da segurança alimentar e nutricional; a Iniciativa Pan-Africana de Nutrição (PANI), o Quadro para a Segurança Alimentar Africana (FAFS); a Estratégia Decenal para a Redução das Deficiências de

Vitaminas e Minerais em África (ATYS-VMD); o Grupo de Trabalho Africano para o Desenvolvimento Alimentar e Nutricional (ATFFND); o Dia Africano da Segurança Alimentar e Nutricional (ADFNS), o Dia Africano da Alimentação Escolar (ADSF), o Campeão Africano da Nutrição; os Líderes Africanos para a Nutrição (ALN); a Iniciativa da Região Africana para a Eliminação da Hipotrofia (ARISE 2025),

o Quadro dos Resultados da Responsabilização pela Nutrição Africana. A nível global, as iniciativas incluem Esforços Renovados Contra a Fome Infantil (REACH), Compra para o Progresso (P4P), Fomento da Nutrição (SUN), Alimentar o Futuro (FTF), a parceria «1 000 Dias», bem como a Cimeira de Abuja sobre a Segurança Alimentar de 2006. Todos estes esforços são concebidos para reduzir a fome, a malnutrição e a vulnerabilidade, numa tentativa de alcançar também os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, bem como a Agenda 2063 da União Africana.

No âmbito da Estratégia Regional Africana de Nutrição revista (2015-2025), os objetivos do Grupo de Trabalho Africano para o Desenvolvimento Alimentar e Nutricional (ATFFND) e do CAADP, da Comissão da União Africana (CUA) e da Agência Africana para o Desenvolvimento (AUDA-NEPAD), da Comissão Económica das Nações Unidas para África (UNECA) e do Programa Alimentar Mundial (PAM) combinaram os seus esforços para realizar o Estudo sobre o Impacto Social e Económico da Subnutrição Infantil em África. Este estudo é construído com base num modelo desenvolvido pela Comissão Económica para a América Latina e as Caraíbas (CEPAL) das Nações Unidas. Através de um acordo de cooperação Sul-Sul, a CEPAL tem apoiado a adaptação do modelo ao contexto africano e continua a apoiar a implementação do estudo nos países em curso.

O objetivo deste estudo multinacional era fornecer fortes provas sobre as consequências sociais e económicas da subnutrição infantil, a fim de informar, sensibilizar, construir consensos e catalisar ações para a subnutrição em África. Este estudo visa gerar provas para informar os principais decisores e o público em geral sobre os custos que as sociedades africanas já estão a pagar por não abordarem o problema da subnutrição infantil. Os resultados fornecem provas convincentes para orientar o diálogo político e aumentar a defesa em torno da importância de prevenir a subnutrição infantil. Em última análise, espera-se que os estudos incentivem a revisão das atuais práticas de afetação orçamental, políticas e abordagens estratégicas em cada estado-membro participante, para assegurar o fornecimento dos recursos humanos e financeiros necessários para combater eficazmente a subnutrição infantil, especificamente durante os primeiros 1 000 dias de vida, quando ocorre a maior parte dos danos.



↓
12.1 cm
↑

17 18 19 20 21

Capítulo

Visão Geral da Nutrição em África



Capítulo II: Visão Geral da Nutrição em Áfricae

Visão Geral da Nutrição em África

Nos últimos anos, o aumento dos preços globais dos alimentos, seguido da crise económica e financeira, empurrou mais pessoas para a pobreza, vulnerabilidade e fome. Embora o número de pessoas subnutridas tenha diminuído globalmente em 13,2%, de mil milhões para 868 milhões nos últimos 20 anos, a quota da África na população subnutrida mundial diminuiu de 35,5% em 1990 para 22% em 2019. No entanto, este ritmo alarmante ainda exige esforços mais fortes para melhorar a segurança alimentar e nutricional no continente. A hipotrofia entre crianças com menos de cinco anos de idade continua a ser um desafio fundamental em África. De acordo com a classificação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de avaliação da gravidade da malnutrição, metade dos estados-membros africanos tem uma prevalência elevada a muito elevada (mais de 30%) de hipotrofia infantil. Apenas sete estados-membros têm uma baixa prevalência (menos de 19%). Com base na situação atual, é pouco provável que a maioria dos estados-membros africanos atinja a declaração de Malabo até 2025. A hipotrofia infantil é prejudicial ao desenvolvimento da matéria cinzenta entre as crianças, e mina a produtividade económica. A prevalência da subnutrição, tal como mostrado no quadro 2.1 abaixo, pode ser atribuída a restrições persistentes em termos de disponibilidade e acesso a alimentos devido a conflitos, extremos climáticos e abrandamentos económicos, por vezes combinadas.

Quadro 2.1: Número (milhões) de pessoas subnutridas em África (2000 – 2018)

REGIÃO	2000	2010	2014	2015	2016	2017	2018	Mudança entre 2014-2018
África	199,7	199,8	212,1	217,9	234,6	248,6	256,1	44
Central	37,7	36,5	36,7	37,9	41,1	43,2	44,6	7,9
Oriental	112,4	118,6	116,1	119,3	126,9	129,8	133,1	17
Setentrional	9,7	8,5	15,8	15,5	16,1	16,5	17,0	1,2
Austral	3,8	4,2	4,7	5,0	5,5	5,4	5,3	0,6
Ocidental	36,1	31,9	438,7	40,3	45,0	53,7	56,1	17,4

Fonte: Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Estimativa Conjunta sobre a Malnutrição Infantil da UNICEF-OMS-Banco Mundial

O crescimento económico é necessário para reduzir a hipotrofia, mas por si só não é suficiente. São também necessárias intervenções específicas e sensíveis à nutrição. Recentemente, a pandemia da COVID-19 aumentou as ameaças à segurança alimentar e à nutrição, arriscando-se a apagar os ganhos nutricionais do passado, conseguidos com dificuldade, para alcançar os objetivos da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e da Declaração de Malabo até 2025. Em 2019, dos 144 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade afetadas por malnutrição crónica ou hipotrofia a nível mundial, mais de 57,6 milhões viviam em África. No mesmo ano, cerca de 12,7 milhões de crianças com menos de cinco anos

sofriam de malnutrição aguda ligeira ou moderada, das quais 3,5 milhões sofriam de emaciação grave. A criação de alicerces adequados para toda a vida começa desde a conceção até aos cinco anos (ver figura 2.1 abaixo). Uma nutrição adequada leva a sistemas imunitários robustos, menos doenças e boa saúde.

Uma nutrição adequada proporciona um meio de alcançar uma melhor qualidade de vida e de contribuir para o desenvolvimento nacional. A nutrição é também um resultado do desenvolvimento humano e económico. Os investimentos económicos feitos em intervenções nutricionais são uma função do crescimento nacional. Ao lançar os alicerces para uma vida ótima e saudável, a nutrição permite que as populações se tornem mais produtivas de um ponto de vista económico.

Figura 2.1: Efeito da subnutrição no crescimento de uma criança desde o nascimento

 <p>0-5 anos</p>	<p>As crianças subnutridas correm maior risco de anemia, diarreia e infeções respiratórias. Estes casos adicionais de doença são dispendiosos para as famílias e para o sistema de saúde. As crianças subnutridas correm maior risco de morte.</p>
 <p>6-18 anos</p>	<p>As crianças com hipotrofia correm maior risco de reprovação escolar e de abandonar a escola. Os impactos adicionais da reprovação escolar são dispendiosos para as famílias e para o sistema educativo.</p>
 <p>15-64 anos</p>	<p>As crianças que abandonam prematuramente a escola e depois trabalham em atividades não manuais podem ser menos produtivas. Se forem posteriormente empregadas em atividades manuais, a sua capacidade física será reduzida e poderão ser menos produtivas. As pessoas que estão ausentes da força de trabalho devido à mortalidade infantil associada à subnutrição representam uma perda de produtividade económica.</p>

Este capital humano produtivo é um precursor da produtividade laboral essencial, que por sua vez se reflete através do aumento do rendimento individual e, portanto, cumulativo a nível nacional e continental. Todas as formas de malnutrição infligem custos sociais e económicos elevados a um indivíduo, e também coletivamente, a nações ou continentes. O impacto da subnutrição no desenvolvimento humano foi estabelecido pelas ciências e pela investigação como sendo terrível. Inclui défices cognitivos, baixo rendimento, riscos de mortalidade e morbilidade, entre outros.

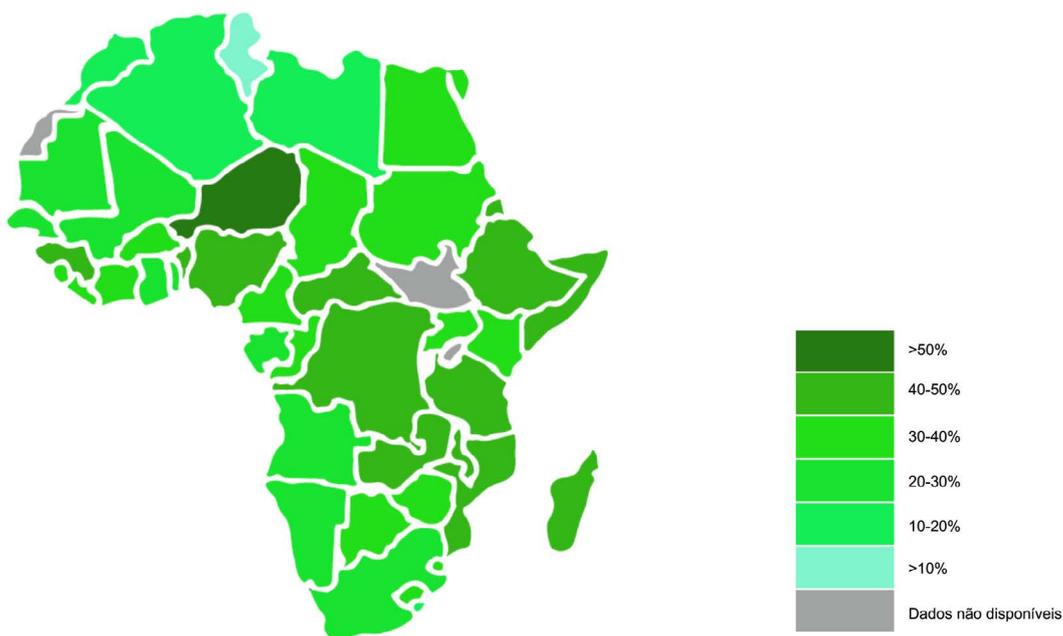
Globalmente, tem havido enormes progressos na redução tanto da taxa de hipotrofia (baixa altura para a idade) como do número de crianças com hipotrofia durante os últimos 31 anos, de 1990 a 2019. Em África, a taxa de crianças com hipotrofia diminuiu de 42,3% em 1990 para 21,3% em 2019 (ver Quadro 2.2). No entanto, durante o mesmo período, o número absoluto de crianças com hipotrofia aumentou de 46,6 milhões para 60 milhões.

Quadro 2.2: Prevalência estimada e número de crianças com hipotrofia com menos de 5 anos de idade: 1990, 2010, 2015, 2019

REGIÃO	Prevalência estimada %				Número (milhões)			
	1990	2010	2015	2019	1990	2010	2015	2019
África	42,3	33,9	32	21,3	46,6	56,1	58,1	60
Central	46,7	34,1	31,8	32,1	6,3	8,1	8,3	8,5
Oriental	51,2	40,1	38	35,2	19	23,4	24	24,5
Setentrional	27,7	19,7	18,3	17,2	6	4,7	5	5,4
Austral	36,6	30	28,7	29,3	2,2	2	1,9	2,1
Ocidental	40,9	33,7	32,4	29,2	13,2	18	19	19,5

Fonte: Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. Estimativa Conjunta sobre a Malnutrição Infantil da UNICEF-OMS-Banco Mundial.

A figura 2.2 abaixo ilustra as taxas de hipotrofia (baixa altura para a idade) em África. De acordo com estes dados, 17 países do continente têm taxas de hipotrofia acima dos 40% e 36 países têm taxas acima dos 30%.

Figura 2.2: Taxas de hipotrofia por país

Fonte: Dados da Base de Dados Global da OMS sobre Crescimento e Subnutrição Infantil (2018)

As aspirações nutricionais e sanitárias do continente africano estão bem articuladas em vários documentos, incluindo a Declaração de Malabo, a Estratégia Regional Africana de Nutrição e a Agenda 2063. Dos 60 estados-membros do Movimento Fomento da Nutrição (SUN), 40 são estados-membros africanos. Além disso, os estados-membros africanos estão a implementar o Programa Integrado para o Desenvolvimento da Agricultura em África (CAADP), que procura integrar a nutrição nos Planos Nacionais de Investimento Agrícola (PNIA). O Quadro de Resultados do CAADP inclui também um foco nutricional para fomentar a contribuição do setor agrícola para os resultados nutricionais.

Mais estados-membros africanos no âmbito do movimento SUN estão a alinhar ações multissetoriais de nutrição nos seus planos nacionais de desenvolvimento.

A aspiração I da Agenda 2063 da União Africana declara «Uma África próspera baseada no crescimento inclusivo e no desenvolvimento sustentável», na qual, sob o objetivo I da área prioritária 2, inclui os objetivos de Malabo de reduzir a hipotrofia de crianças para 10% e o peso insuficiente para 5%. Todos os estados-membros da UA adotaram também as metas globais para a melhoria da nutrição, tal como acordado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2011. Estes objetivos, tal como abaixo indicados, são, portanto, adotados como os objetivos da Estratégia Regional Africana de Nutrição para 2015-2025:

- 1. Redução de 40% do número de crianças africanas com menos de 5 anos de idade com hipotrofia até 2025;**
- 2. Redução de 50% da anemia nas mulheres em idade fértil em África até 2025;**
- 3. Redução de 30% do baixo peso à nascença em África até 2025;**
- 4. Nenhum aumento do excesso de peso em crianças africanas com menos de 5 anos de idade até 2025;**
- 5. Aumentar as taxas de amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses em África para, pelo menos, 50% até 2025;**
- 6. Reduzir e manter a emaciação na infância em África para menos de 5% até 2025.**

Estratégias indicativas para alcançar as metas acima referidas envolvem, entre outras estratégias: implementação integral do CAADP e planos nacionais de investimento agrícola assinados que sejam inclusivos; promoção de políticas que garantam o acesso a alimentos acessíveis e de qualidade para todos; políticas de promoção que conduzam à criação de riqueza e assegurem a sua distribuição uniforme a todos os cidadãos; desenvolvimento e implementação de políticas de geração de energia que contribuam para a produtividade dos esforços das famílias rurais/pobres na melhoria do seu estatuto nutricional e de riqueza; desenvolvimento e/ou implementação de programas alimentares e de nutrição com foco nos grupos vulneráveis das zonas rurais e urbanas, especialmente mulheres, crianças e marginalizados; promoção e comercialização de cereais e culturas alimentares tradicionais de alta nutrição e resistentes à seca, tanto a nível regional como continental.



Capítulo

Metodologia



Capítulo III: Metodologia

Quadro conceptual

A fome é causada e afetada por um conjunto de fatores contextuais. «Fome» é um termo abrangente que reflete a insegurança alimentar e nutricional de um indivíduo.

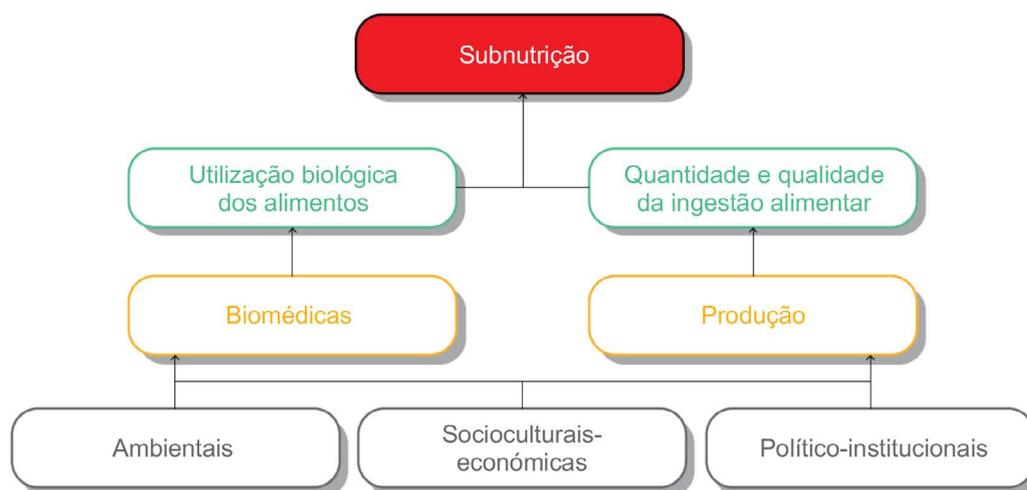
Uma consequência direta e mensurável da insegurança nutricional é o baixo peso à nascença, peso baixo e/ou altura para a idade inferior ao normal. Os níveis de segurança nutricional num país estão relacionados com as transições epidemiológicas e nutricionais que podem ser avaliadas para determinar a situação nutricional da população. Além disso, a situação nutricional de uma pessoa faz parte de um processo que se exprime de forma diferente consoante a fase do ciclo de vida: vida intrauterina e neonatal, infância e pré-escolar, anos escolares ou vida adulta. Isto porque os requisitos nutricionais são diferentes para cada etapa.

Causas de subnutrição

Os principais fatores associados à subnutrição, enquanto um problema de saúde pública, podem ser agrupados nos seguintes: ambientais (causas naturais ou entrópicas), socioculturais-económicos (ligados à pobreza e desigualdade) e político-institucionais (ver figura 3.1). Cada um destes fatores ajuda a aumentar ou diminuir a probabilidade de uma pessoa sofrer de subnutrição. A importância de cada um destes fatores depende do nível de transição demográfica e epidemiológica do país, bem como da fase atual do ciclo de vida da pessoa.

Figura 2.1: Causas de Subnutrição

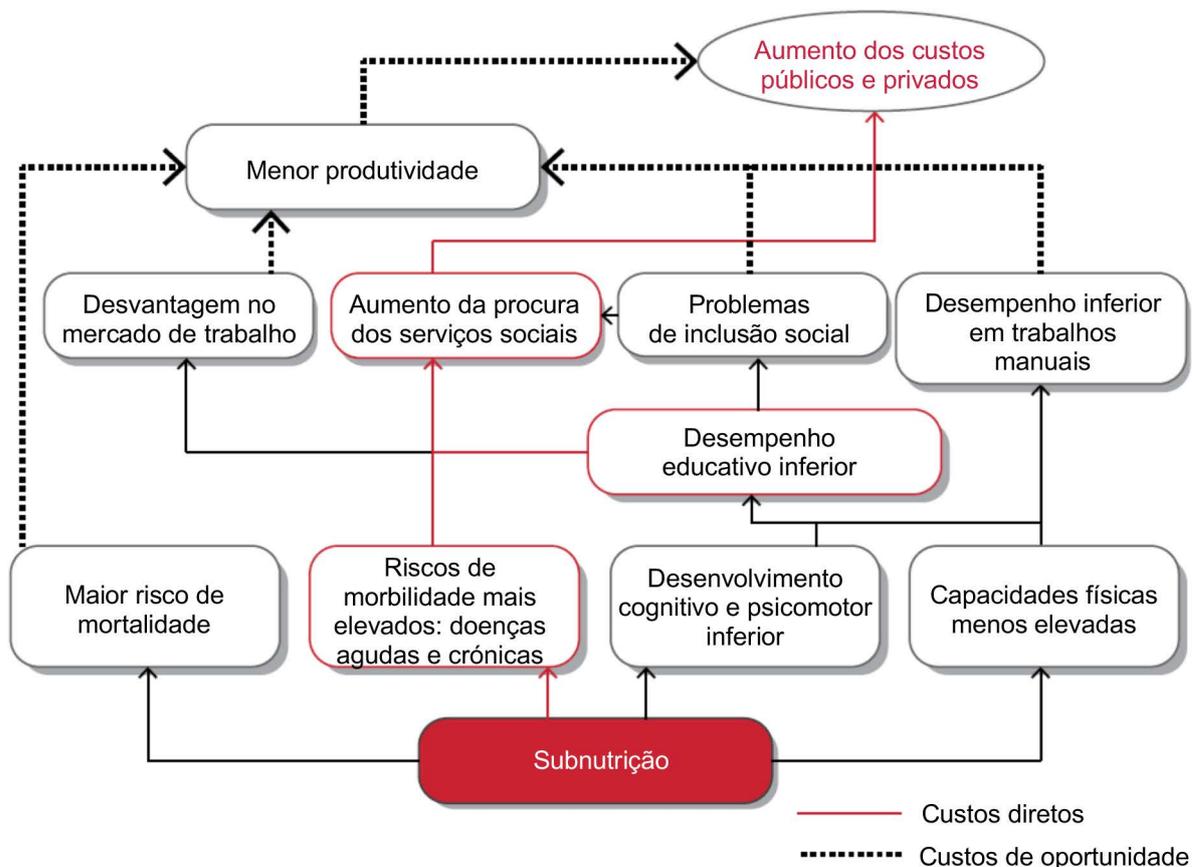
FIGURA 2.1: CAUSAS DE SUBNUTRIÇÃO



Consequências da subnutrição

A subnutrição infantil tem efeitos negativos a longo prazo na vida de uma pessoa, sobretudo nos aspetos da saúde, educação e produtividade (Figura 3.2). Estes elementos são quantificáveis como despesas e custos, tanto para o setor público como para particulares. Por conseguinte, estes efeitos exacerbam os problemas de integração social e aumentam ou intensificam a pobreza. Perpetua-se um ciclo vicioso à medida que aumenta a vulnerabilidade à subnutrição.

Figure 3.2 : Conséquences de la sous-nutrition



Fonte: Rodrigo Martinez e Andrés Fernandez, *Model for analysing the social and economic impact of child undernutrition in Latin America*

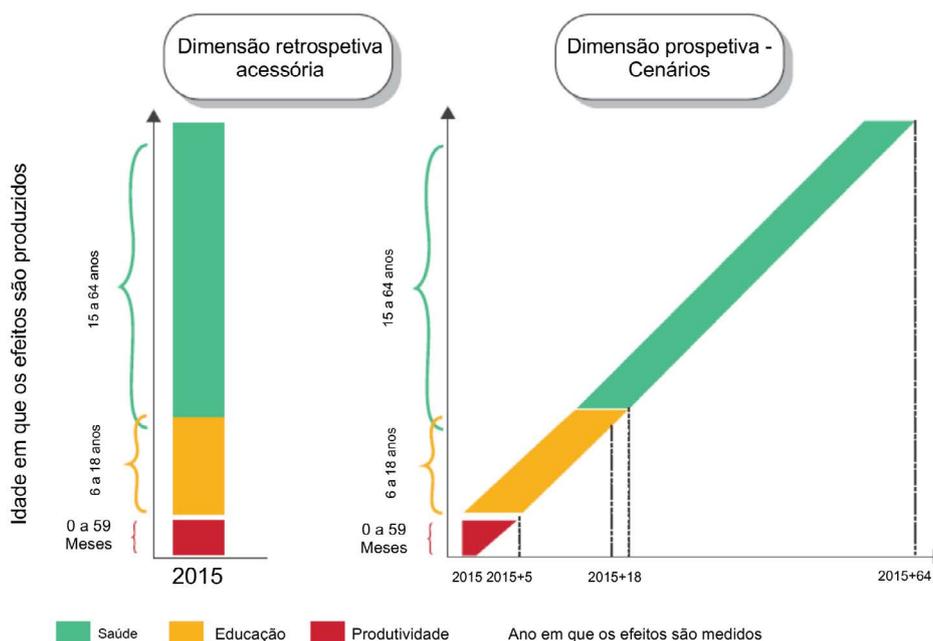
Análises dimensionais

A fim de analisar de forma abrangente o fenómeno da subnutrição, o modelo considera as suas consequências na saúde, educação e produtividade, traduzindo-as em custos.

- 1. Dimensão retrospectiva acessória.** Esta dimensão concentra-se na população no ano do estudo, incluindo casos de mortalidade daqueles que teriam estado vivos no ano do estudo. A dimensão retrospectiva estima a situação nutricional de indivíduos com menos de 5 anos de idade para identificar os custos económicos relacionados no ano do estudo.
- 2. Dimensão prospetiva ou potencial de poupança.** Esta dimensão concentra-se nas crianças com menos de 5 anos num determinado ano e permite analisar as perdas presentes e futuras resultantes de tratamentos médicos, reprovação escolar e menor produtividade. Com base nesta análise, podem ser estimadas poupanças potenciais derivadas de ações levadas a cabo para atingir objetivos nutricionais.

Como mostra a Figura 3.3, a dimensão retrospectiva acessória inclui as consequências sociais e económicas da subnutrição num ano específico para os grupos que foram afetados (0 a 4 anos de idade para a saúde, 6 a 18 anos para a educação e 15 a 64 anos para a produtividade).

Figura 3.3: Dimensão da análise por idade da população e ano em que os efeitos ocorrem



Fonte: Rodrigo Martinez e Andrés Fernandez, *Model for analysing the social and economic impact of child undernutrition in Latin America*

As estimativas do impacto da subnutrição na saúde, educação e produtividade baseiam-se no conceito do risco relativo (ou diferencial) incorrido pelos indivíduos que sofrem de subnutrição durante as primeiras fases da vida, em comparação com o risco incorrido por uma criança saudável. Isto é válido tanto para a análise retrospectiva acessória como para a análise prospectiva de poupança.

Quadro 3.1: Ano de referência para o estudo do CFA em 21 estados-membros africanos

Ano de referência	País	Ano de referência	País	Ano de referência	País
2012	Burquina Fasso	2012	Gana	2009	Mauritânia
2014	Chade	2015	Guiné-Bissau	2015	Moçambique
2014	República Democrática do Congo	2014	Quênia	2013	Niger
2009	Egito	2014	Lesoto	2012	Ruanda
2009	Essuatíni	2013	Madagáscar	2014	Sudão
2009	Etiópia	2012	Maláui	2009	Uganda
2018	Gâmbia	2013	Mali	2015	Zimbabué





MEULAN - LE
BA AMINATA
A.S.H.
AUNIS A

2

IV

Capítulo

Custo Social E Económico Da Subnutrição

Infantil No Setor Da Saúde

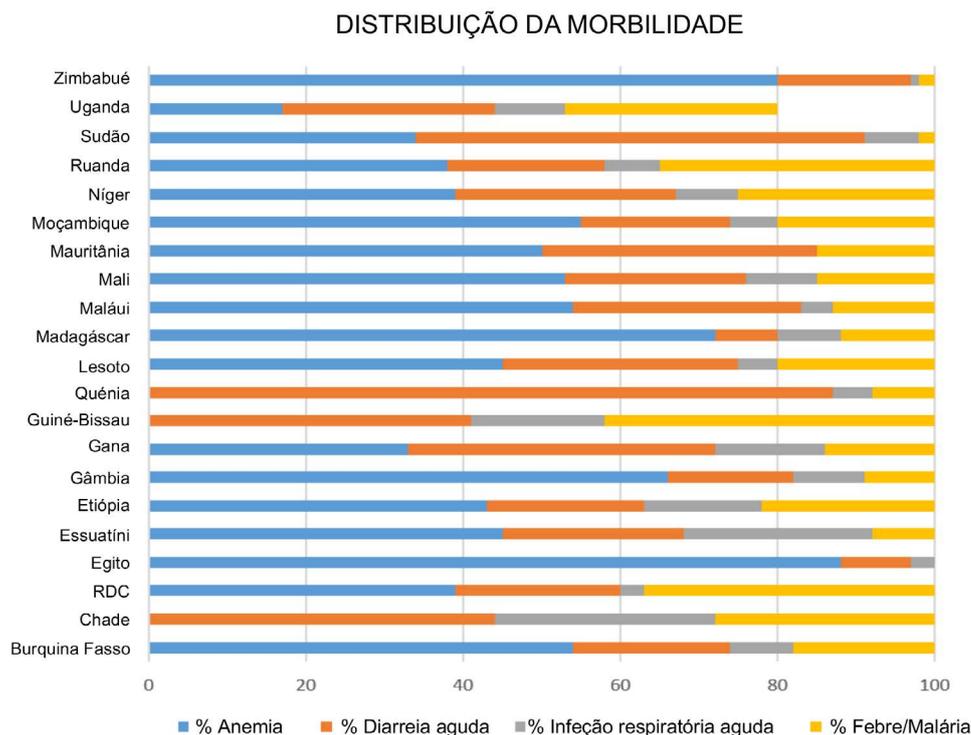


Capítulo IV: Custo Social e Económico da Subnutrição Infantil No Setor Da Saúde

Efeitos sobre a morbilidade

O estudo do CFA examinou os custos de saúde associados ao tratamento do baixo peso à nascença (BPN), baixo peso, anemia, infeções respiratórias agudas (IRA), síndrome diarreica aguda (SDA) e febre/malária associada à subnutrição em crianças com idade inferior a cinco anos. De acordo com os estados-membros que realizaram o estudo do CFA, as crianças subnutridas são mais suscetíveis a doenças recorrentes. Com base em dados dos 21 estados-membros, este relatório continental estima que houve 24,5 milhões de episódios acessórios de doença relacionados com problemas associados ao baixo peso. A Figura 4.1 mostra a distribuição dos casos de morbilidade associados à subnutrição nos estados-membros que levaram a cabo o estudo do CFA.

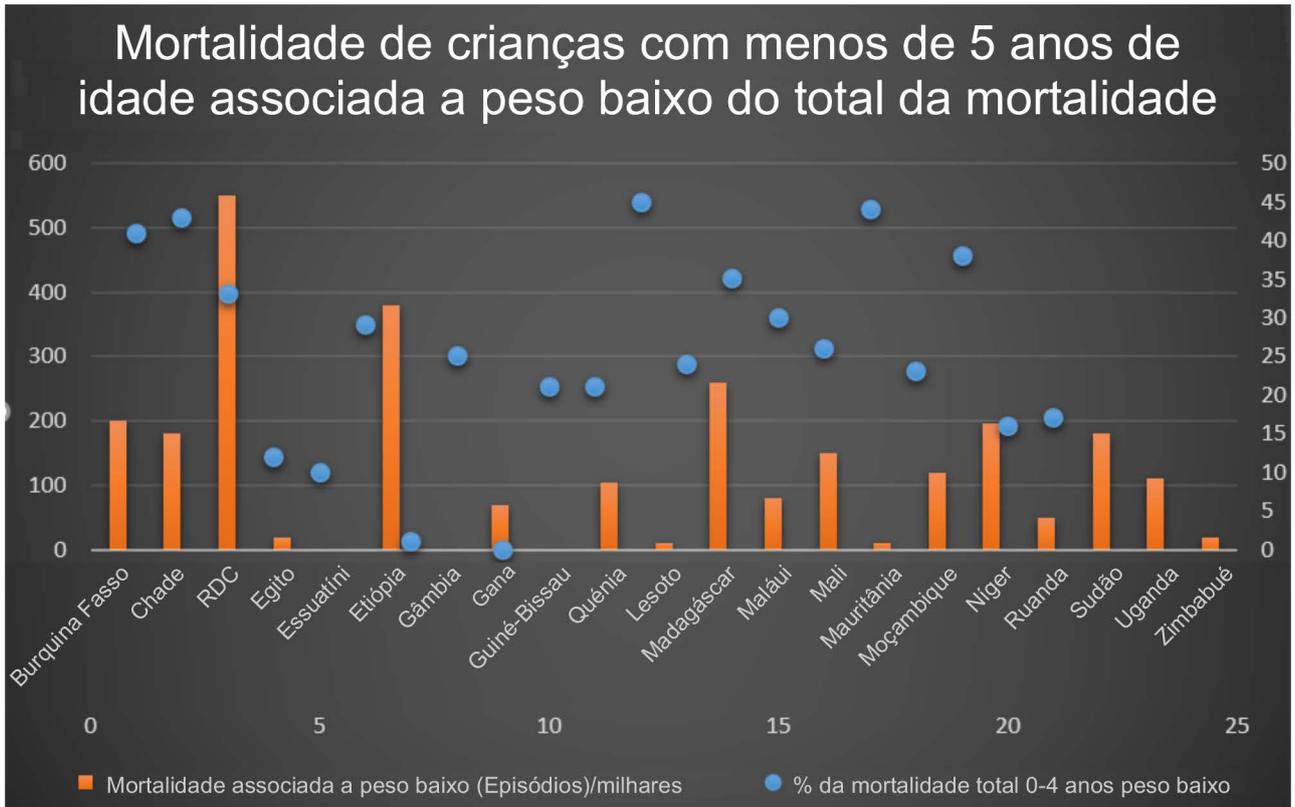
Figura 4.1: Distribuição dos casos de morbilidade nos estados-membros (21):



Efeitos sobre a mortalidade

Durante a última década, calcula-se que 3 milhões de mortes de crianças nos 21 estados-membros que realizaram o estudo do CFA estiveram diretamente associadas à subnutrição. Estas mortes representam cerca de 26 por cento de toda a mortalidade infantil durante este período. Assim, é evidente que a subnutrição exacerbou significativamente as taxas de mortalidade infantil e limitou a capacidade dos estados-membros para atingir o objetivo de reduzir a mortalidade infantil. A Figura 4.2 mostra em detalhe o número e a percentagem de mortalidade infantil associada a peso baixo.

Figura 4.2: Mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade associada a peso baixo do total da mortalidade



Fonte: Dados do CFA de 21 estados-membros

Com base nos vinte e um (21) estados-membros que realizaram o estudo, estima-se que se tenha perdido um equivalente de 16,1% da mão de obra atual devido ao impacto da subnutrição no aumento das taxas de mortalidade infantil. Isto representa cerca de 3,5 milhões de pessoas que teriam entre 15-64 anos de idade, e parte da população em idade ativa dos 21 respetivos estados-membros.

Custos para a saúde pública e privada da subnutrição

O tratamento da subnutrição e das doenças relacionadas é um custo crítico recorrente para os sistemas de saúde. Tratar uma criança gravemente abaixo do peso, por exemplo, requer um protocolo abrangente que é frequentemente mais dispendioso do que o valor monetário e o esforço necessário para prevenir a subnutrição. O custo económico de cada episódio é frequentemente aumentado por ineficiências quando tais casos são tratados sem a devida orientação de um profissional de saúde, ou devido à falta de acesso a serviços de saúde adequados. Estes custos geram um encargo significativo, não só para o setor público, mas também para as famílias e para a sociedade no seu conjunto. Estima-se que 24,5 milhões de episódios clínicos nos 21 estados-membros que empreenderam o estudo estavam associados ao maior risco presente em crianças subnutridas. Como indicado no Quadro 4.2, estes episódios resultaram num custo estimado de cerca de 3,2 mil milhões de dólares americanos.

Quadro 4.1: Custos totais da subnutrição para a saúde

País	Custo total da saúde em milhões (USD)	% PIB
Burquina Fasso	122	1,17
Chade	340	2,78
República Democrática do Congo	229	0,59
Egito	213	0,11
Essuatíni	7	0,24
Etiópia	155	0,55
Gâmbia	6	0,40
Gana	199	0,49
Guiné-Bissau	17	2,30
Quênia	212	0,34
Lesoto	4	0,15
Madagáscar	169	1,59
Maláui	46	0,80
Mali	17	0,15
Mauritânia	6	0,11
Moçambique	188	0,63
Níger	60	0,80
Ruanda	106	1,49
Sudão	800	1,03
Uganda	259	1,62
Zimbabué	72	0,50
Total	3.227	

Fonte: Estimativas de modelo baseadas em 21 estados-membros que realizaram o estudo

Associou-se a maioria destes custos ao protocolo necessário para reabilitar nutricionalmente uma criança com baixo peso, o que muitas vezes requer uma alimentação terapêutica. Um elemento importante a destacar são os custos particulares gerados pelo tratamento de crianças de baixo peso à nascença. Uma grande proporção dos custos relacionados com a subnutrição é suportada pelas famílias, uma vez que, frequentemente, estas crianças não recebem os cuidados de saúde adequados. Nos 21 estados-membros, o modelo estimou que as famílias suportam cerca de 57% dos custos associados à subnutrição, que ascendem a cerca de 1,84 mil milhões de dólares, ao passo que o custo para o sistema de saúde foi de 43%, ascendendo a cerca de 1,39 milhões de dólares, elevando o custo total da saúde para cerca de 3,2 mil milhões de dólares. O ónus dos custos relacionados com a subnutrição é uma componente importante da despesa.





Capítulo

O Custo Social E Económico Da
Subnutrição Infantil Na Educação



Capítulo V: O Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil Na Educação

Não há uma causa única para a reprovação escolar e a desistência. No entanto, há investigação substancial que mostra que os estudantes que sofreram de hipotrofia antes dos 5 anos de idade são mais propensos a ter um desempenho inferior na escola.

As estimativas de custos baseiam-se em informações fornecidas pelos estados-membros que realizaram o estudo sobre o custo médio de uma criança a frequentar a escola primária e secundária, bem como em estimativas de custos incorridos pelas famílias para apoiar a escolaridade.

Efeitos na reprovação escolar

As crianças que sofreram de subnutrição antes dos 5 anos de idade são mais propensas a repetir anos, em comparação com as que não foram afetadas pela subnutrição.

Nos 21 estados-membros, a taxa de matrículas foi de 85,7% no ensino primário e de 51,4% no ensino secundário. Com base em informações oficiais fornecidas pelos estados-membros, uma estimativa de 11 491 642 crianças repetiram anos escolares.

A figura 5.1 mostra o número e as percentagens de reprovação nos 21 estados-membros, enquanto a figura 5.2 mostra a taxa média de reprovação na educação por estado nutricional nos 21 estados-membros. Utilizando dados sobre o aumento do risco de reprovação entre alunos com hipotrofia, estima-se que a taxa de reprovação para crianças com hipotrofia foi de 14%, enquanto a taxa de reprovação para crianças sem hipotrofia foi de 7,5%. Assim, dada a proporção de estudantes com hipotrofia, o modelo estima que 2 109 869 estudantes, ou 18,4% de todas as reprovações no ano de referência, foram associados a hipotrofia.

Figura 5.1: Reprovação escolar associada a hipotrofia (21 estados-membros)

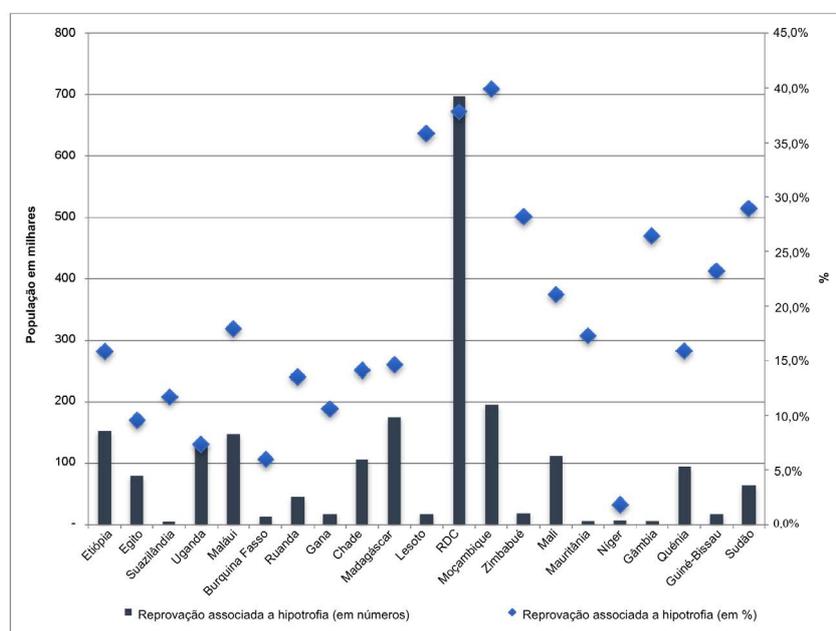
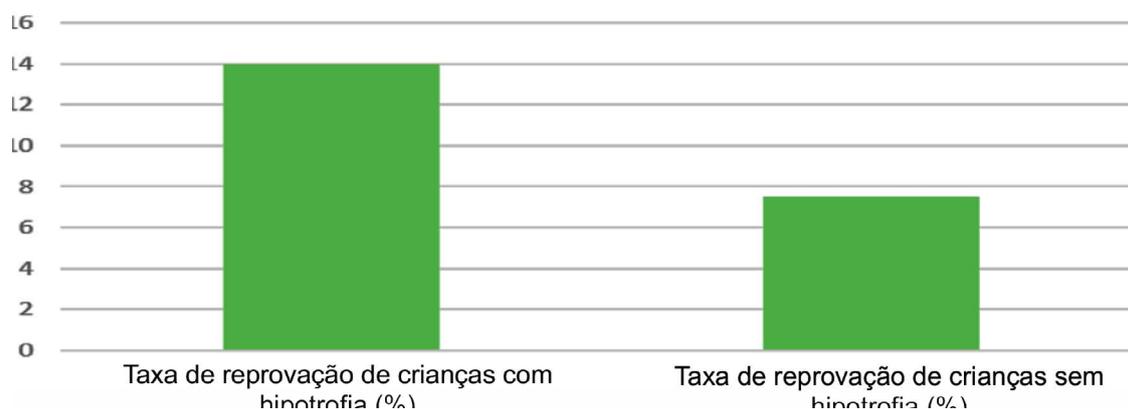
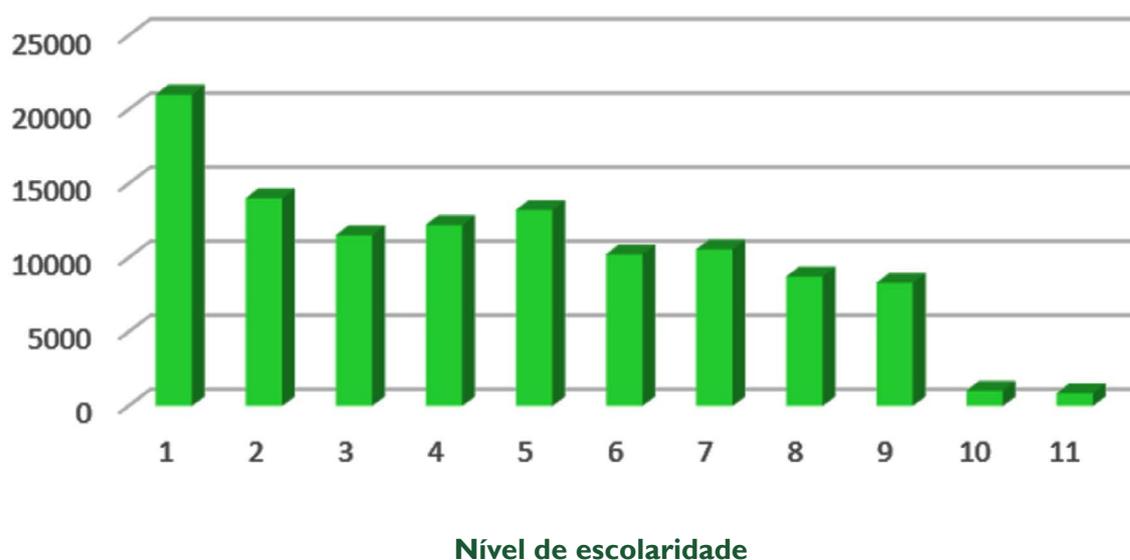


Figura 5.2: Taxas de reprovação por estado nutricional (21 estados-membros)



Como mostra a Figura 5.3, a maioria destas reprovações de ano acontece durante o ensino primário e preparatório.

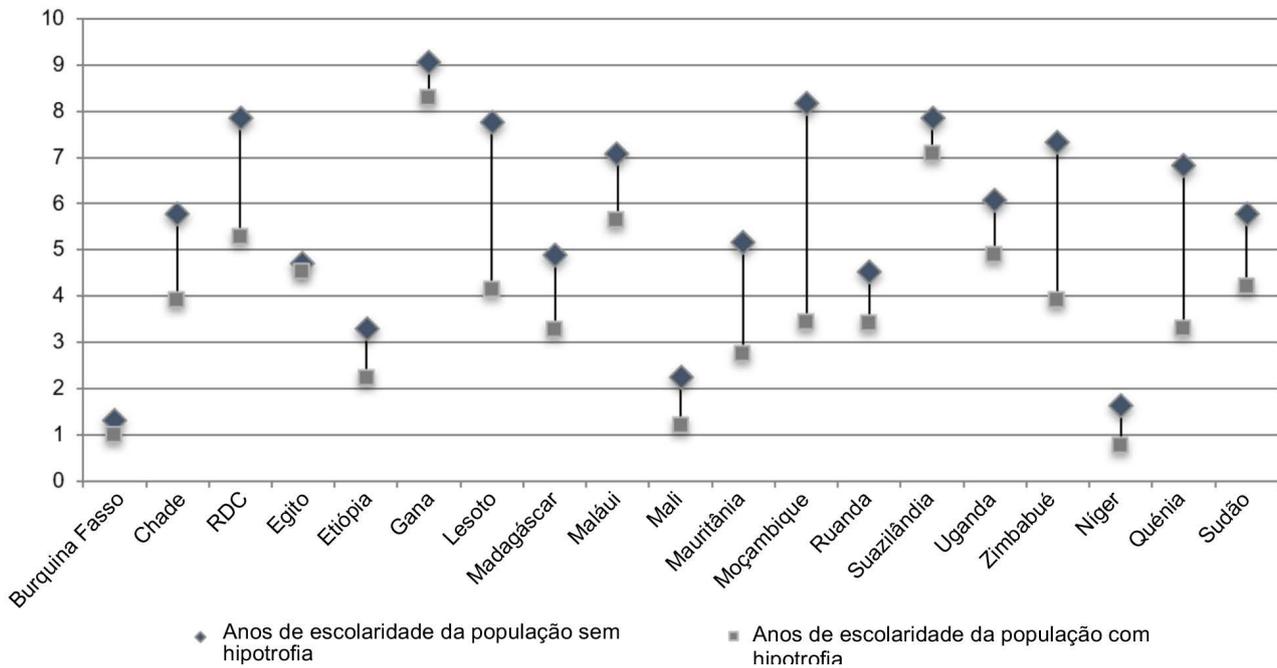
Figura 5.3: Número de reprovação escolar por crianças com hipotrofia por ano (21 estados-membros)



Efeitos na retenção/abandono

A investigação mostra que os estudantes que sofreram de hipotrofia quando crianças têm mais probabilidades de desistir da escola. De acordo com os dados disponíveis, e tendo em conta os riscos relativos relacionados com as consequências da hipotrofia na educação, pode estimar-se que apenas 19,7% das pessoas com hipotrofia (em idade ativa) nos 21 estados-membros completaram a escola primária, em comparação com 79,2% das pessoas que nunca sofreram de hipotrofia. Os custos associados ao abandono escolar refletem-se nas perdas de produtividade sofridas pelos indivíduos em busca de oportunidades no mercado de trabalho. Como tal, o impacto não se reflete na população em idade escolar, mas sim na população em idade ativa. Assim, a fim de avaliar os custos sociais e económicos no ano de referência, a análise centra-se no diferencial entre os níveis de escolaridade alcançados pela população que sofria de hipotrofia quando criança e os níveis de escolaridade da população que nunca sofreu de hipotrofia.

Figura 5.4: Anos de escolaridade da população total e da população com hipotrofia (19 estados-membros)



NB: Dados não disponíveis para o Quênia e a Guiné-Bissau

Estimativa dos custos da educação pública e privada

A reprovação escolar tem implicações diretas nos custos para as famílias e para o sistema escolar. Os estudantes que repetem anos geram um custo incremental para o sistema educativo, uma vez que necessitam do dobro dos recursos para repetir o ano. Além disso, os cuidadores também têm de pagar por um ano adicional de educação.

Nos respetivos anos de referência, a média de cerca de 2 109 869 estudantes nos 21 estados-membros que repetiram anos (e cujas reprovações estão associadas à subnutrição) incorreram num custo de 345,17 milhões de dólares. A maior proporção das reprovações ocorreu durante a escola primária, onde o ónus dos custos recai principalmente sobre o sistema de ensino público. O quadro 5.1 resume os custos da educação pública e privada associados à hipotrofia.

Quadro 5.1: Custos públicos e privados da reprovação escolar (21 estados-membros)

País	Reprovação associada a hipotrofia (em número de milhares)	Custo em milhões de USD	% PIB	% Custo para Famílias/ cuidadores	% Custo para o Governo/ Setor Público
Burquina Fasso	13.721	1,73	0,017	90%	10%
Chade	16.875	18,30	0,15	73%	27%
República Democrática do Congo	697.973	74,21	0,19	88%	12%
Egito	175.175	49,22	0,03	87%	13%
Essuatíni	44.255	0,70	0,024	49%	51%
Etiópia	152.488	7,92	0,03	58%	42%
Gâmbia	6.188	0,85	0,00	74%	26%
Gana	105.732	8,30	0,02	70%	30%
Guiné-Bissau	16.854	0,96	0,13	57%	43%
Quênia	94.708	36,78	0,06	70%	30%
Lesoto	17.044	11,74	0,42	43%	57%
Madagáscar	79.396	11,43	0,11	49%	51%
Maláui	147.044	13,86	0,24	66%	34%
Mali	111.539	17,76	0,16	42%	58%
Mauritânia	6.152	1,47	0,03	57%	43%
Moçambique	195.370	38,12	0,13	61%	39%
Níger	7.665	1,40	0,02	23%	77%
Ruanda	133.931	3,87	0,05	38%	62%
Sudão	63.215	24,31	0,03	44%	56%
Uganda	5.550	9,68	0,06	80%	20%
Zimbabué	18.996	12,58	0,09	37%	63%
Total	2.109.869	345			

Fonte: Estimativas de modelo baseadas em dados de custos dos 21 estados-membros que realizaram o estudo

O custo social da subnutrição na educação é partilhado entre o setor público/governo e o setor privado (famílias/cuidadores). Dos custos globais (21 estados-membros), que totalizam cerca de 345 milhões de USD, a distribuição deste custo varia consoante a reprovação escolar ocorre no ensino primário ou secundário. Em ambos os casos, as famílias cobrem uma maior proporção dos encargos.



VII

Capítulo

O Custo Social E Económico Da Subnutrição
Infantil Na Produtividade



Capítulo VI: O Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil Na Produtividade

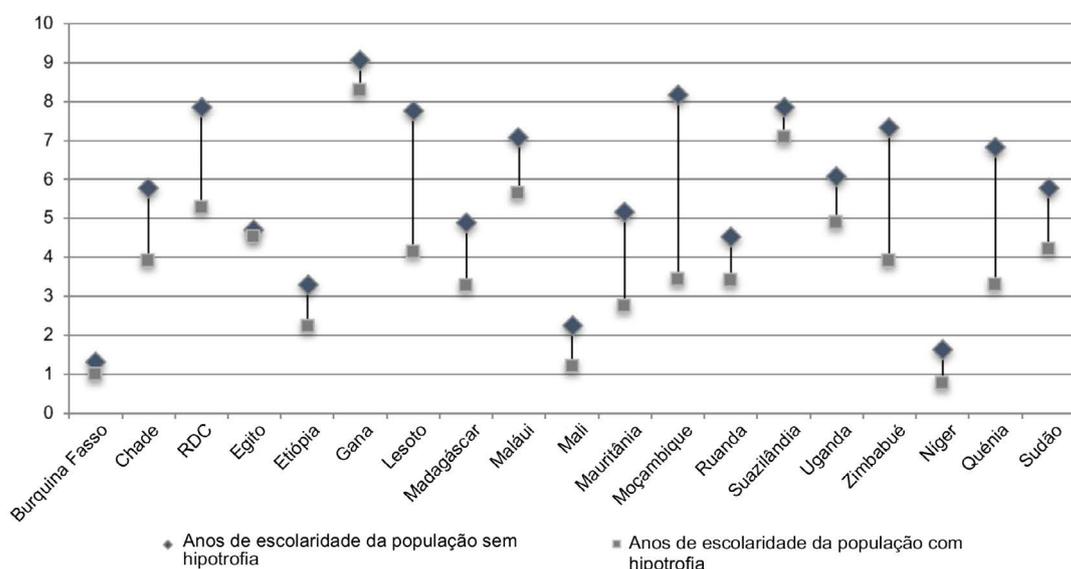
A subnutrição infantil afeta o capital humano e a produtividade em várias dimensões. As crianças que sofreram de subnutrição têm mais probabilidades de atingir níveis educacionais mais baixos do que as crianças saudáveis. Os baixos níveis de educação atingidos tornam-nos muitas vezes menos qualificados para o trabalho, reduzindo assim o seu potencial de rendimento para o trabalho não manual. Os adultos que sofreram de hipotrofia quando crianças tendem a ter menos massa corporal magra e são, portanto, mais suscetíveis de serem menos produtivos em atividades manuais intensivas do que aqueles que não foram afetados pelo atraso de crescimento. Além disso, a população perdida devido à mortalidade infantil prejudica o crescimento económico, uma vez que estas pessoas poderiam ter sido membros produtivos saudáveis da sociedade.

A distribuição do mercado de trabalho é um elemento contextual importante para determinar o impacto da subnutrição na produtividade nacional.

Perdas por atividades não manuais devido à redução da escolaridade

Como descrito na secção de educação deste relatório, os estudantes que estavam subnutridos enquanto crianças completam, em média, menos anos de escolaridade do que os estudantes que foram adequadamente alimentados enquanto crianças. Esta perda em anos educativos tem um impacto particular para as pessoas que estão envolvidas em atividades não manuais, nas quais uma educação académica superior representa um rendimento mais elevado. A Figura 5.4 mostra que a média de anos de escolaridade entre a população sem hipotrofia é de 5,4, enquanto a das crianças com hipotrofia é de 3,2 anos, o que constitui um fosso educativo entre a população com e sem hipotrofia de 2,2 anos.

Figura 5.4: Anos de escolaridade da população total e da população com hipotrofia (19 estados-membros)



NB: Dados não disponíveis para o Quênia e a Guiné-Bissau

O menor rendimento escolar da população com hipotrofia tem um impacto no nível de rendimento esperado que uma pessoa ganharia quando adulta. Tal como apresentado no Quadro 6.1, estima-se (21 estados-membros) que as perdas anuais de produtividade deste grupo sejam de cerca de 4,17 mil milhões de dólares.

Quadro 6.1 Custos totais associados à produtividade (21 estados-membros)

País	Perda total de produtividade	Perdas de produtividade potencial em atividades não manuais	Perdas de produtividade potencial em atividades manuais	Perdas de rendimento devido a mortalidade
Burquina Fasso	\$ 742,61	\$ 40,77	\$ 72,87	\$ 628,97
Chade	\$ 803,97	\$ 59,89	\$ 68,75	\$ 675,33
República Democrática do Congo	\$ 1.467,51	\$ 196,55	\$ 243,98	\$ 1.026,98
Egito	\$ 3.423,15	\$ 483,46	\$ 1.951,28	\$ 988,42
Essuatíni	\$ 84,31	\$ 29,51	\$ 14,84	\$ 39,95
Etiópia	\$ 4.538,33	\$ 52,99	\$ 1.089,57	\$ 3.395,77
Gâmbia	\$ 70,20	-	\$ 24,48	\$ 45,72
Gana	\$ 2.376,12	\$ 349,83	\$ 177,55	\$ 1.848,74
Guiné-Bissau	\$ 52,30	-	\$ 19,50	\$ 32,90
Quênia	\$ 4.004,59	\$ 757,90	\$ 1.099,52	\$ 2.147,18
Lesoto	\$ 184,42	\$ 11,22	\$ 18,62	\$ 154,58
Madagáscar	\$ 1.353,17	\$ 178,56	\$ 176,47	\$ 998,15
Maláui	\$ 536,66	\$ 101,58	\$ 66,72	\$ 368,35
Mali	\$ 416,29	\$ 39,10	\$ 38,55	\$ 338,65
Mauritânia	\$ 750,31	\$ 90,43	\$ 167,45	\$ 492,43
Moçambique	\$ 1.390,85	\$ 480,48	\$ 134,94	\$ 775,43
Níger	\$ 478,46	\$ 129,95	\$ 72,28	\$ 276,23
Ruanda	\$ 709,92	\$ 65,72	\$ 140,83	\$ 503,37
Sudão	\$ 1.191,03	\$ 176,55	\$ 113,69	\$ 900,79
Uganda	\$ 647,43	\$ 118,72	\$ 205,33	\$ 323,37
Zimbabué	\$ 1.569,89	\$ 809,10	\$ 83,46	\$ 677,33
Total	\$ 26.791,54	\$ 4.172,32	\$ 5.980,68	\$ 16.638,54

Perdas em atividades manuais intensivas

As atividades manuais são principalmente observadas nos subsetores da agricultura, silvicultura e pesca, empregando mais de 65% da população em idade ativa nos 21 estados-membros. Os resultados mostram que os trabalhadores com hipotrofia envolvidos em atividades manuais tendem a ter menos massa corporal magra e são mais suscetíveis de serem menos produtivos em atividades manuais do que aqueles que nunca foram afetados pelo atraso de crescimento. Estima-se que uma força laboral de 105 milhões de pessoas nos 21 estados-membros estejam envolvidas em atividades manuais, das quais o modelo do CFA estima que 50,4 milhões sofreram de hipotrofia quando crianças. Isto representa uma perda anual estimada na produtividade potencial devido a atividades manuais estimadas em cerca de 5,9 mil milhões de dólares.

Custo de oportunidade devido à mortalidade

Como indicado na secção da saúde deste relatório, existe um risco acrescido de mortalidade infantil associado à subnutrição. O modelo do CFA estima que 1,2 milhões de pessoas em idade ativa foram perdidas da força de trabalho dos 21 estados-membros respetivos no ano de referência devido à mortalidade infantil associada à subnutrição. Isto representa uma redução de 12% na mão de obra atual dos 21 estados-membros. Considerando os níveis produtivos da população, pela respetiva idade e setor de trabalho, o modelo estima que, no ano de referência, as perdas económicas (medidas pelas horas de trabalho perdidas devido à mortalidade infantil relacionada com a subnutrição) foram estimadas em cerca de 16,6 mil milhões de dólares.

Perdas de produtividade global

As perdas totais de produtividade estão estimadas em aproximadamente 26,8 mil milhões de dólares. A maior parte da perda de produtividade resulta da redução da produtividade devido à mortalidade relacionada com a subnutrição, que representa 62% do custo total. A produtividade perdida em atividades não manuais representa 15,6% dos custos. O diferencial de rendimentos no trabalho manual, devido à menor capacidade física e cognitiva das pessoas que sofreram de atraso de crescimento quando crianças, representa 22,4% dos custos totais. O quadro 6.2 abaixo mostra a percentagem do PIB associada ao custo total da Produtividade (21 estados-membros).

Quadro 6.2: Percentagem do PIB associada ao custo total da produtividade

País	Perdas de produtividade potencial em atividades não manuais	Perdas de produtividade potencial em atividades manuais	Perdas de rendimento devido a mortalidade
Burquina Fasso	0,4%	0,7%	6,0%
Chade	0,5%	0,6%	5,5%
RDC	0,5%	0,6%	2,6%
Egito	0,3%	1,0%	0,5%
Essuatíni	1,0%	0,5%	1,4%
Etiópia	0,2%	3,8%	11,9%
Gâmbia		1,7%	3,1%
Gana	0,9%	0,4%	4,5%
Guiné-Bissau		2,6%	4,4%
Quênia	1,2%	1,8%	3,5%
Lesoto	0,4%	0,7%	5,5%
Madagáscar	1,7%	1,7%	9,4%
Maláui	1,8%	1,2%	6,4%
Mali	0,4%	0,3%	3,0%
Mauritânia	1,6%	3,0%	8,8%
Moçambique	1,6%	0,5%	2,6%
Níger	1,8%	1,0%	3,8%
Ruanda	0,9%	2,0%	7,1%
Sudão	0,2%	0,2%	1,2%
Uganda	0,7%	1,3%	2,0%
Zimbabué	5,6%	0,6%	4,7%





WII

Capítulo

Resumo Dos Efeitos E Custos



Capítulo VII: Resumo Dos Efeitos E Custos

Resumo dos custos e do PIB do respetivo estado-membro

Quadro 7.1

País	Produtividade	Educação	Saúde	% do PIB
Burquina Fasso	\$ 743	\$ 1,73	\$ 122	8,3%
Chade	\$ 804	\$ 18	\$ 340	9,5%
RDC	\$ 1.467,51	\$ 74,21	\$ 228,86	3,9%
Egito	\$ 3.423	\$ 49,22	\$ 213	1,9%
Etiópia	\$ 4.538	\$ 7,92	\$ 155	16,5%
Gana	\$ 2.376	\$ 8,30	\$ 199	6,3%
Lesoto	\$ 184	\$ 11,74	\$ 4	6,5%
Madagáscar	\$ 1.353	\$ 11,43	\$ 169	12,8%
Maláui	\$ 537	\$ 13,86	\$ 46	10,3%
Mali	\$ 416,29	\$ 17,76	\$ 16,85	4,1%
Mauritânia	\$ 750,31	\$ 1,47	\$ 6,46	13,5%
Moçambique	\$ 1.390,85	\$ 41,62	\$ 188,15	5,4%
Ruanda	\$ 710	\$ 3,87	\$ 106	11,5%
Suazilândia	\$ 84	\$ 0,70	\$ 7	3,1%
Uganda	\$ 647	\$ 9,68	\$ 259	5,7%
Zimbabué	\$ 1.569,89	\$ 12,58	\$ 72,23	11,5%
Níger	\$ 478,46	\$ 1,40	\$ 59,78	7,1%
Gâmbia	\$ 70,20	\$ 0,02	\$ 5,92	4,6%
Quênia	\$ 4.004,59	\$ 36,78	\$ 211,79	6,9%
Guiné-Bissau	\$ 52,30	\$ 0,96	\$ 17,30	9,4%
Sudão	\$ 1.191,03	\$ 24,31	\$ 800,14	2,6%
Total	\$ 26.791,54	\$ 347,84	\$ 3.227,90	\$30.367,28

Fonte: Estimativas do modelo do CFA

Análise de cenários

Os resultados apresentados nesta secção projetam os custos adicionais para os setores da saúde e da educação, bem como as perdas de produtividade que a economia de 21 estados-membros suportaria no futuro. Indicam também economias potenciais a alcançar. Este é um apelo à ação para tomar medidas preventivas e reduzir o número de crianças subnutridas, para evitar grandes custos futuros para a sociedade. O modelo do CFA gera uma linha de base que permite o desenvolvimento de vários cenários baseados em objetivos nutricionais estabelecidos em cada estado-membro, utilizando a dimensão prospetiva. Os resultados gerados podem ser utilizados para defender o aumento dos investimentos em intervenções nutricionais comprovadas. A metodologia segue cada grupo de crianças e, com base em cada cenário, estima um caminho progressivo para alcançar os objetivos nutricionais estabelecidos.

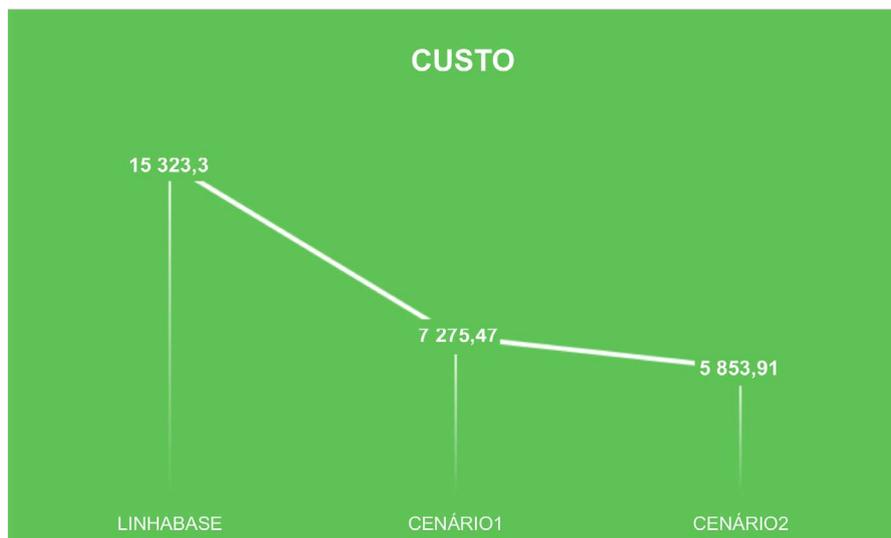
Os cenários desenvolvidos para este relatório são os seguintes:

Linha de base: O Custo da Inação. O progresso na redução da hipotrofia e das crianças com baixo peso mantém-se ao nível alcançado no ano de estudo de cada um dos 21 estados-membros que realizaram o estudo: relativamente ao cenário de base, o progresso da redução da prevalência da subnutrição para nos níveis alcançados no ano de referência. Assume também que o crescimento populacional manteria o ritmo reportado no ano da análise, aumentando assim o número de crianças subnutridas e o custo estimado. Como este cenário é altamente improvável, o seu principal objetivo é estabelecer uma linha de base, à qual se comparam quaisquer melhorias na situação nutricional, a fim de determinar as potenciais poupanças em custos económicos.

Cenário n.º 1: Redução para metade da prevalência da subnutrição infantil até 2025. Neste cenário, a prevalência de crianças com baixo peso e hipotrofia seria reduzida para metade dos valores do ano de referência. É necessário um forte esforço para completar este cenário, que exigiria uma revisão da eficácia das intervenções em curso para a redução da hipotrofia.

Cenário n.º 2: O Cenário «pretendido». Reduzir a hipotrofia para 10% e o número de crianças com baixo peso para 5% até 2025 (metas de Malabo). Neste cenário, a prevalência de crianças com hipotrofia seria reduzida para 10% e a prevalência de crianças com baixo peso e com menos de cinco anos de idade, para 5%. Atualmente, a taxa global de hipotrofia é estimada em 21,3%, com a África a registar a maior prevalência, com 33%, ao passo que a taxa de baixo peso em África é de 28%. Este Cenário pretendido exigiria um verdadeiro apelo à ação e representaria um importante desafio regional. A taxa de progresso necessária para atingir este cenário seria de 4,6% de redução anual durante um período de 5 anos de 2020 a 2025. Como mostra a Figura 7.1, a redução progressiva da subnutrição infantil gera uma redução semelhante nos custos a ela associados.

Figura 7.1: Tendências de custos estimados (milhões de USD) da subnutrição infantil desde o ano de referência até 2025 (21 estados-membros)



Com base na média dos dados dos 21 estados-membros, no cenário da linha de base, onde os progressos e esforços na redução da subnutrição infantil se manteriam aos níveis do ano de referência, o custo total seria de 15,3 mil milhões de USD, reduzido em 52,5% para 7,3 mil milhões de USD, se o Cenário 1 for alcançado, e mais 19,5% se o Cenário 2 for alcançado. Isto representa uma redução total nos custos associados à subnutrição infantil para 72% (9,5 mil milhões de dólares). O quadro 7.2 mostra as poupanças económicas projetadas por cenário para os 21 respetivos estados-membros, e o quadro 7.3 resume as poupanças projetadas.

Poupanças projetadas

Quadro 7.2 Estimativa de poupança para cada cenário

País	Cenário 1 – Reduzir A Metade A Prevalência Da Subnutrição Infantil Até 2025 (Milhões De Usd)	Cenário 2 – Cenário Pretendido De Malabo «10% E 5%» Até 2025 (Milhões De Usd)	*Cenário 3 – Cenário Da Política Específica Do País Gâmbia 9,6% E 6% Até 2030 Quênia 14,7% 8,4% Até 2030 (Milhões De Usd)
Burquina Fasso	65	111,7	
Chade	184,1	370,1	
República Democrática Do Congo	176,32	383,50	
Egito	133	165	
Essuatíni	47	60	
Etiópia	376	784	
Gâmbia*	87,98	66,35	104,53
Guiné-Bissau	20,8	32,13	
Gana	189,4	241,1	
Quênia*	451,81	653,53	377,17
Lesoto	15	24	
Madagáscar	36,5	72,5	
Maláui	61,6	85,9	
Mali	80,1	138,54	
Mauritânia	22	41	
Moçambique	15	24	
Níger	596,2	807,7	
Ruanda	11,5	14,1	
Sudão	49,9	103,1	
Uganda	88	131	
Zimbabué	476	635	
Poupança Média Anual Total	3.183,21	4.944,25	481,7

NB: *CENÁRIO 3 – CENÁRIO POLÍTICO ESPECÍFICO DO PAÍS: Gâmbia 9,6% e 6% até 2030; Quênia 14,7% 8,4% até 2030. Outros estados-membros que realizaram o estudo enquadram-se nos cenários 1 e 2.

Quadro 7.3: Comparação de Cenários do CFA (21 estados-membros)

Cenários	Percentagem anual de redução da hipotrofia infantil necessária	Poupança económica (PIB)
Custo da Inação O progresso da redução da prevalência da subnutrição para ao nível registado no ano da análise (33% de hipotrofia e 28% de baixo peso)	ão aplicável	Aumento até 82% da perda registada no ano de recolha de dados (para o período até 2025)
Cenário 1 Redução para metade da prevalência de hipotrofia e baixo peso até 2025 (16,5% de hipotrofia e 14% de baixo peso)	De 2,8% a 3,3%	Anualmente até 3,2 mil milhões de dólares
Cenário 2 Redução da hipotrofia para 10% e baixo peso infantil para 5% até 2025	4,6%	Anualmente até 4,9 mil milhões de USD

De acordo com estudos do CFA, entre os 21 países, o custo para os setores da saúde varia entre 0,15% e 2,8% do seu PIB, com sete estados-membros a exceder 1% do seu PIB. Uma criança subnutrida corre o risco de sofrer de deficiências cognitivas e físicas, o que tem impacto na qualidade de vida enquanto criança e adulto na sociedade. Nos países em análise, quase 2,1 milhões de crianças reprovaram um ano escolar devido a hipotrofia, representando 18,4% do número total de repetentes nestes países, com um custo estimado para o PIB que varia entre 0,002% e 0,42%. Globalmente, o aumento da reprovação escolar na escola primária foi responsável pela maior parte do custo para o setor da educação. As investigações indicam que as crianças com hipotrofia são mais suscetíveis de serem afetadas quando entram na força laboral. Isto reflete-se em capacidades produtivas reduzidas. Globalmente, o custo de produtividade é muito mais elevado e varia entre 1,53% e 15,97%. Em particular, em catorze dos países envolvidos, o custo de produtividade excedeu 5% do seu PIB, e é em grande parte impulsionado pela mortalidade relacionada com a subnutrição. Os outros dois fatores que contribuem para os custos de produtividade estão relacionados com atividades manuais intensivas e atividades não-manuais. Estes custos refletem-se de forma clara na percentagem da população adulta que sofre de hipotrofia, pelo menos entre 35 a 40% da população dos países analisados relativamente ao CFA. Os potenciais benefícios económicos da redução da subnutrição são um elemento-chave na defesa dos investimentos em nutrição. A redução de casos clínicos no sistema de saúde, a diminuição da reprovação escolar e a melhoria do desempenho educativo, bem como da capacidade física, são elementos que contribuem diretamente para a produtividade nacional. Uma das principais contribuições deste estudo é ter identificado as externalidades positivas na economia quando a subnutrição infantil é reduzida. A principal conclusão deste estudo é que a subnutrição infantil crónica não pode ser considerada como uma questão setorial, porque as suas causas e os seus efeitos estão ligados às políticas sociais e económicas. Portanto, a redução da hipotrofia requer intervenções nas áreas da saúde, educação, proteção social, comércio, indústria e infraestruturas sociais e económicas, bem como no emprego, e quaisquer avanços na redução da hipotrofia constitui uma prova de que se está a avançar para um desenvolvimento inclusivo no país, no sentido de um crescimento mais equitativo.



V

Capítulo

Opções De Políticas E
Recomendações



Capítulo VIII: Opções De Políticas E Recomendações

Histórias de sucesso africano (progressão dos estados-membros no tratamento da subnutrição infantil)

A experiência de alguns estados-membros que conseguiram uma redução substancial da prevalência da hipotrofia sugere que o empenho político de alto nível, uma governação nutricional eficaz, um foco na saúde e na nutrição materna e infantil, em particular nos primeiros 1 000 dias, têm sido fatores importantes em vários países. Além disso, o alinhamento com objetivos de nutrição continentais e globais e a construção de parcerias têm ajudado no planeamento e na implementação de intervenções sensíveis e específicas em termos de nutrição, utilizando uma abordagem multissetorial. O quadro 8.1 mostra histórias de sucesso de alguns estados-membros.

Quadro 8.1: Progressão africana

PAÍS	Iniciativas dos estados-membros
Burquina Fasso	Reforçou a governação nutricional e juntou-se ao movimento SUN para intervenções geograficamente direcionadas para os cuidados de alimentação de lactentes e crianças pequenas. De 2003 a 2017, 43,1% a 21,1%.
Essuatíni	O Plano Nacional de Investimento Agrícola da Suazilândia (SNAIP) incorporou objetivos nutricionais pela primeira vez, incluindo a redução da hipotrofia e da emaciação. Ministério da Saúde – realizou uma análise de lacunas para dar prioridade às intervenções a fim de abordar as causas da hipotrofia e desenvolver orientações nacionais para uma redução nacional da hipotrofia.
Etiópia	A Etiópia está a reduzir progressivamente a subnutrição com a estratégia-chave de uma forte rede de segurança e de um plano integrado. O Governo reviu o Programa Nacional de Nutrição (PNN) – declaração SECOTA – e aumentou a frequência da monitorização da hipotrofia.
Gana	Foco na melhoria da saúde, saneamento, nutrição e conhecimentos sobre os cuidados das mães. Iniciativas para aumentar o planeamento e serviços de saúde comunitários e melhorar a alimentação e os cuidados a lactentes e crianças pequenas. De 1999 a 2014, 30,6% a 18,8%.
Quénia	Compromisso político ao mais alto nível e governação nutricional eficaz. Aderiu ao movimento SUN e concentrou-se na saúde e nutrição materna e infantil, reconhecendo a importância dos primeiros 1 000 dias. Fortalecimento legislativo dos principais alimentos com minerais essenciais e vitamina A. De 2005 a 2014, 40,2% a 26,2%.
Lesoto	Desenvolveu uma política nacional de alimentação e nutrição, bem como um plano de ação de custos, para operacionalizar a política e abordar a recomendação do CFA para eliminar a hipotrofia.

Madagáscar	O primeiro-ministro assinou um programa multiagências sobre a prevenção da hipotrofia e o aumento do financiamento interno para a nutrição.
Uganda	A hipotrofia é reconhecida como um indicador-chave de desenvolvimento e incluída no projeto do Plano Nacional de Desenvolvimento II. O governo deu prioridade à redução da hipotrofia e iniciou campanhas de sensibilização através do jornal New Vision.

Recomendações e opções políticas

Embora se saiba muito sobre as intervenções específicas mais eficazes em matéria de nutrição, estão ainda a ser desenvolvidas provas da eficácia das intervenções sensíveis à nutrição. Um conjunto completo de relatórios e estudos fornece exemplos úteis de práticas sensíveis à nutrição. Por exemplo, a Síntese de Evidências de Abordagens Multissetoriais para uma Nutrição Melhorada é um produto da Parceria Bancária sobre Nutrição – uma iniciativa do Banco Africano de Desenvolvimento empreendida com o apoio da Big Win Philanthropy e da Fundação Aliko Dangote – e centra-se em diferentes intervenções setoriais que mostram impacto na nutrição. Além disso, o Relatório de Tendências e Perspetivas para África 2015 da União Africana chamou a atenção para as medidas necessárias para promover uma revolução nutricional e apoiar melhores dietas. A resiliência económica deve ser reforçada para salvaguardar a segurança alimentar e a nutrição contra as adversidades económicas. Isto exigirá políticas e programas de curto e longo prazo. A curto prazo, os países precisam de proteger os rendimentos e o poder de compra face às dificuldades económicas. Além disso, é importante ter implementadas políticas do setor da saúde que protejam os pobres contra os custos catastróficos dos cuidados de saúde, bem como políticas destinadas a reduzir a volatilidade excessiva dos preços dos alimentos.

A longo prazo, os países precisam de investir para reduzir as vulnerabilidades e desigualdades económicas; criar capacidade para resistir a choques; manter as despesas de saúde e outras despesas sociais; e utilizar instrumentos políticos para criar ambientes alimentares mais saudáveis. Isto requer o equilíbrio de um conjunto de políticas e investimentos para alcançar uma transformação estrutural inclusiva que diversifique a economia, afastando-a da dependência das mercadorias, ao mesmo tempo que promove a redução da pobreza e sociedades mais igualitárias.

Quadro 8.2: Menu de opções políticas

Recomendação	Opções políticas
<p>1. Aumentar a prioridade dada à prevenção e ao controlo da subnutrição e da hipotrofia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Aumentar os esforços de sensibilização do público e da política sobre os impactos sociais e económicos da subnutrição infantil para assegurar que a nutrição, com foco na abordagem da hipotrofia e do baixo peso, receba o nível mais elevado possível de compromissos. Isto inclui a continuação dos esforços como os Líderes Africanos para a Nutrição, Campeões da Nutrição, Campeões Nacionais bem como o Balanço de resultados de nutrição continental. ii. Revisão da integração contínua da nutrição nos planos de desenvolvimento nacional, regional e local. iii. Rever os quadros nacionais de desenvolvimento para assegurar que a redução da prevalência da hipotrofia é um indicador de resultados das políticas de desenvolvimento social e económico. iv. Estabelecer objetivos agressivos e de valor absoluto para a redução da hipotrofia e do baixo peso que vão além de uma redução proporcional a nível nacional. v. Incorporar indicadores adicionais sensíveis à nutrição, por exemplo sobre deficiência de micronutrientes, que são críticos para abordar a malnutrição infantil, nas metas nacionais. vi. Complementar a ajuda internacional com investimentos financeiros liderados a nível nacional e o reforço da capacidade nacional para combater a subnutrição infantil. vii. Fomentar a implementação da Estratégia Continental de Educação para África para promover melhores resultados educativos que tenham impacto na subnutrição infantil.
<p>2. Reforçar a liderança, a governação e a coordenação de uma resposta nacional multissetorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Criar uma agência ou comissão nacional de nutrição com um mandato legal claro para coordenar as atividades dos diferentes setores e posicionar a nutrição como uma prioridade. ii. Atribuir responsabilidades institucionais específicas aos setores, conforme apropriado, para assegurar uma clara responsabilização. iii. Criar uma linha orçamental e um sistema de acompanhamento para financiar um plano de ação multissetorial em matéria de nutrição. iv. Descentralizar a abordagem multissetorial, estabelecendo gabinetes em instituições-chave, ministérios, departamentos e agências relevantes a nível nacional, regional e local para assegurar uma coordenação adequada.

3. Melhorar o ambiente político para assegurar a disponibilidade de alimentos nutritivos e serviços de nutrição.

- i. Aumentar os investimentos no combate à subnutrição durante os primeiros 1 000 dias de vida de uma criança, inclusive através de uma melhor disponibilidade e acesso a alimentos complementares ricos em nutrientes para crianças dos 6 aos 23 meses de idade.
- ii. Integrar a prestação de serviços de nutrição com outros serviços essenciais e prestar serviço de nutrição em todos os pontos de contacto.
- iii. Mecanismos de contenção que limitam a variação dos preços dos alimentos, particularmente para alimentos saudáveis, tais como fruta, legumes, laticínios e leguminosas num contexto de elevada volatilidade do mercado e instabilidade macroeconómica. Rotulagem correta dos alimentos, armazenamento, processamento, manipulação e regulamentação adequados.
- iv. Implementar subsídios para providenciar produtos alimentares mais saudáveis, que forneçam uma parte da ingestão nutricional necessária em zonas geográficas de elevada vulnerabilidade.
- v. Incentivar a biofortificação de alimentos básicos comuns com múltiplos micronutrientes, especialmente em áreas com diversidade alimentar limitada e elevada deficiência de micronutrientes.
- vi. Explorar o fortalecimento em casa, utilizando pós de micronutrientes como estratégia para melhorar a qualidade dos alimentos complementares para crianças acima dos 6 meses de idade.
- vii. Aumentar os programas nacionais de alimentação escolar, incluindo alimentos fortalecidos obrigatórios nas refeições escolares, para assegurar uma maior ingestão de nutrientes para as crianças que frequentam a escola.
- viii. Promover parcerias público-privadas como estratégia de envolvimento do setor privado no fornecimento de serviços de saúde acessíveis, bem como na produção e comercialização de produtos alimentares enriquecidos, e no reforço das cadeias de valor nutritivo e das normas de rotulagem.

<p>4. Reforçar a comunicação para a mudança social e comportamental.</p>	<ul style="list-style-type: none">i. Fornecer programas de sensibilização para a saúde das mulheres, particularmente antes do casamento e da gravidez, para as proteger da malnutrição e fornecer-lhes a informação necessária para preparar refeições saudáveis e nutritivas para as suas famílias.ii. Enfatizar a importância da amamentação exclusiva para crianças com menos de 6 meses, e continuada até aos 2 anos, e evitar a sua substituição por leite adaptado.iii. Investir numa estratégia de comunicação e programas de mudança de comportamento para informar as famílias vulneráveis sobre os alimentos nutritivos de baixo orçamento.iv. Aumentar o papel dos trabalhadores comunitários nas zonas rurais para assegurar a transferência da consciência de saúde e nutrição para as mulheres em idade fértil.v. Reforçar a capacidade e o papel do Ministério da Informação na comunicação e na defesa de uma nutrição adequada a todos os níveis.vi. Sensibilizar a população para convencê-la da qualidade nutricional dos alimentos locais e promover práticas culinárias que preservem essas qualidades.vii. Desenvolver, rever ou atualizar guias nutricionais sobre os produtos alimentares disponíveis localmente que podem ser utilizados, misturados ou processados para desenvolver refeições nutricionalmente enriquecidas para grupos vulneráveis.viii. Integrar programas de nutrição nos currículos escolares para incutir a importância da nutrição, da segurança alimentar e da diversificação dietética na educação desde a primeira infância.
<p>5. Monitorizar as tendências e determinantes da malnutrição e avaliar o progresso das intervenções.</p>	<ul style="list-style-type: none">i. Melhorar os sistemas de monitorização e avaliação e ligá-los às intervenções de prevenção.ii. Reforçar um sistema nacional de vigilância nutricional que facilite intervenções baseadas em provas.iii. Implementar uma periodicidade de 2 anos entre avaliações da subnutrição infantil, para medir resultados a curto prazo na prevenção da hipotrofia.iv. Melhorar os sistemas de dados para assegurar a disponibilidade de dados locais fiáveis sobre indicadores nutricionais.

<p>5. Monitorizar as ten-dências e determinantes da malnutrição e avaliar o progresso das intervenções.</p>	<ul style="list-style-type: none">v. Recolher informação que relacione o estado nutricional das crianças com os meios de subsistência e as atividades económicas das famílias, bem como o acesso a serviços básicos, tais como água e saneamento durante a avaliação da nutrição infantil. Impulsione o programa de Água e Higiene Sanitária (WASH).vi. Assegurar a sensibilização e a apropriação pelos interessados do seu papel na recolha de dados setoriais.vii. Melhorar o fluxo de informação e relatórios através do estabelecimento de uma página da web/portal único de informação pública dedicada às intervenções nutricionais.viii. Reforçar os sistemas para a recolha, análise e comunicação de dados desagregados.ix. Estabelecer parcerias com institutos de investigação e universidades africanas para apoiar a geração de um conjunto abrangente de provas, o desenvolvimento de novas ferramentas e estratégias para alimentar a melhoria da conceção e implementação de programas.x. Apoiar os esforços continentais para melhorar a recolha de dados, análise, avaliação e documentação para informar melhor e mais eficazmente as políticas e programas.xi. Estabelecer um mecanismo robusto de acompanhamento para medir os investimentos dos estados-membros na nutrição infantil e os progressos alcançados.xii. Adotar uma abordagem mais estruturada para medir os resultados a curto prazo para a prevenção da subnutrição infantil e para rever e melhorar sistematicamente as intervenções.xiii. Impulsione o Quadro dos Resultados da Responsabilização pela Nutrição Continental para medir, acompanhar o progresso dos indicadores nutricionais acordados e reforçar o envolvimento dos governos e parceiros.
--	--

<p>6. Priorizar estratégias e intervenções inovadoras e multissetoriais de nutrição que façam parte de sistemas alimentares sustentáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Estabelecer sistemas alimentares sustentáveis com cadeias de valor orientadas para a nutrição como um fator de mudança na luta contra a subnutrição infantil. ii. Ampliar os programas de alimentação escolar com alimentos saudáveis, diversificados e nutritivos, com foco na cadeia de valor sensível. Programas de alimentação escolar concebidos em torno de alimentos básicos e autóctones. iii. Assegurar o alinhamento e coerência com outras estratégias setoriais relacionadas com a saúde, a educação e a agricultura, em particular, para combater a subnutrição infantil e maximizar o impacto. iv. Principais resultados da nutrição em todas as estratégias e planos nacionais e continentais. v. Estabelecer mecanismos de coordenação eficazes através de processos consultivos integrados, participativos e inclusivos para facilitar a compreensão das funções e responsabilidades de cada parte interessada e reforçar sinergias. vi. Estabelecer plataformas nutricionais multissetoriais para capitalizar os benefícios transversais das intervenções nutricionais. vii. Desenvolver um roteiro claro para as principais partes interessadas a todos os níveis para orientar a implementação de ações concretas e calendarizadas com vista a atingir os objetivos esperados.
<p>7. Principais resultados em termos de género nas intervenções de nutrição infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Dar prioridade a programas e políticas que empoderem as mulheres e raparigas adolescentes e aumentem a sua consciência e competências sobre cuidados maternos, gravidez e as suas necessidades nutricionais diárias. ii. Investir em oportunidades de formação destinadas a jovens e mulheres para expandir as oportunidades de emprego e geração de rendimentos.

<p>8. Plano de financiamento estável e contínuo para investir na nutrição infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none">i. Mobilizar recursos adicionais para a implementação do plano de ação nutricional, incluindo através de dotações orçamentais específicas (por exemplo, impostos, lotarias, setor privado, etc.).ii. Explorar e adotar mecanismos de financiamento inovadores para canalizar novos recursos e preencher a lacuna de investimento em nutrição, inclusive através de parcerias público-privadas, ferramentas de gestão de risco, ferramentas de crédito inovadoras e subsídios inteligentes, remessas de migrantes e investimentos da diáspora.iii. Aumentar os investimentos em sistemas de proteção social integrados, rentáveis e sensíveis à nutrição.iv. Promover o investimento na implementação e replicação de um sistema alimentar sustentável para melhorar os retornos da nutrição infantil.
--	--

Conclusão:

O continente africano está a fazer esforços louváveis para melhorar o estado nutricional. O fardo da subnutrição infantil é uma ameaça direta aos ganhos económicos que estão a ser obtidos no continente e tem o potencial de comprometer o desenvolvimento e a produtividade das gerações futuras de África. Os esforços para enfrentar o desafio da subnutrição infantil devem concentrar-se no aumento dos investimentos em intervenções específicas e sensíveis à nutrição. É importante melhorar a coordenação a todos os níveis através de planos multissetoriais de responsabilização. Uma ação eficaz necessita de outros setores, tais como a agricultura, a água, o saneamento, a higiene, a proteção social e a educação, para maximizar o impacto nutricional. A atenção deve também concentrar-se em fortes mecanismos de monitorização e avaliação e no desenvolvimento de capacidades para proporcionar maiores retornos sociais e económicos das intervenções nutricionais. As intervenções prioritárias para combater a subnutrição infantil devem ser intervenções baseadas em provas, tais como aumentar o acesso a serviços de saúde de qualidade, promover o consumo de dietas saudáveis e nutritivas, promover e proteger o aleitamento materno exclusivo e garantir o acesso à educação básica, serviços de saneamento e água potável. A educação comunitária, especialmente das mulheres e dos jovens, é essencial para melhorar os níveis nutricionais nas regiões rurais.

Os programas de fortalecimento alimentar em larga escala podem dar um contributo importante para melhorar a qualidade das dietas ao nível da população.

Os desenvolvimentos no setor agrícola devem promover sistemas alimentares sustentáveis para melhores resultados em termos de nutrição e saúde. O reforço dos mecanismos de proteção social será fundamental para mitigar a fragilidade, ao mesmo tempo que se trabalha em prol da igualdade de género e do empoderamento das mulheres e raparigas adolescentes. A governação frágil e os efeitos dos conflitos e dos fatores de stress relacionados com o clima são desafios importantes que limitam o progresso. Muitos estados-membros africanos sofrem catástrofes naturais, conflitos e crises humanitárias, incluindo a chegada de refugiados de países vizinhos, pandemias como a COVID-19 e outras que possam surgir. As crises humanitárias contribuem para o risco acrescido de insegurança alimentar e de acesso inadequado a serviços essenciais de nutrição e saúde. No futuro, serão essenciais esforços concertados para combater estes motores subjacentes da malnutrição e assegurar a sustentabilidade das ações a fim de garantir uma boa nutrição em África.

Muitas vezes, a nutrição infantil não é vista como um investimento a longo prazo, o que demorará vários anos a gerar retornos sociais, levando assim à priorização de investimentos a curto prazo nas afetações orçamentais. A renovação dos compromissos nacionais para a eliminação da malnutrição infantil é de suma importância. O custo da inação seria demasiado colossal para a economia do continente, tanto agora como no futuro, o que justifica que África impulsione ações políticas para uma redução drástica do atraso de crescimento e da subnutrição. O impacto económico associado à malnutrição infantil, particularmente crianças com baixo peso e crianças com hipotrofia, é muito significativo, com consequências de grande alcance para a saúde, educação e produtividade. O modelo do CFA fornece uma importante análise prospetiva sobre os potenciais benefícios económicos gerados por uma redução da prevalência da subnutrição infantil. O estudo do CFA apresenta uma oportunidade para compreender melhor o papel que a nutrição infantil pode desempenhar como catalisador da transformação social e económica e do desenvolvimento humano. A União Africana apela aos governos para que continuem a dar prioridade à nutrição nos respetivos planos governamentais nacionais, a fim de assegurar que os ganhos obtidos ao longo dos anos sejam mantidos e sustentados.

Anexo

Glossário

1. **Subnutrição infantil:** o resultado de baixos níveis prolongados de ingestão alimentar (fome) e/ou baixa absorção dos alimentos consumidos. É geralmente aplicado a carências energéticas ou proteicas, mas também pode estar relacionado com deficiências de vitaminas e minerais. As medidas antropométricas (hipotrofia, peso baixo e emaciação) são os indicadores de subnutrição mais amplamente utilizados.
2. **Fome crônica:** o estado das pessoas cuja ingestão alimentar fornece regularmente menos do que as suas necessidades energéticas mínimas, levando à subnutrição.
3. **Custos não cobertos pelo sistema de saúde:** esta variável inclui o valor dos suprimentos (ou seja, medicamentos) que são pagos pela família.
4. **Probabilidade Diferencial (PD):** refere-se à diferença entre a probabilidade de ocorrência de uma consequência (ou seja, doença, reprovação escolar e menor produtividade) dada uma condição específica. O modelo utiliza esta variável especificamente para determinar o risco entre os que sofrem de subnutrição e os que não sofrem (CEPAL).
5. **Taxa de desistência por ano escolar:** percentagem de alunos que desistem de um ano escolar num determinado ano letivo (UNESCO).
6. **Episódios:** é o número de eventos de doença que ocorrem para uma determinada patologia. No modelo baseia-se num período de um ano, ou seja, o número de vezes que uma patologia específica ocorre num ano (CEPAL).
7. **Insegurança alimentar:** existe quando as pessoas não têm acesso a uma quantidade suficiente de alimentos seguros e nutritivos e, portanto, não estão a consumir o suficiente para uma vida ativa e saudável. Isto pode ser devido à indisponibilidade de alimentos, poder de compra inadequado ou utilização inadequada a nível doméstico (FAO).
8. **Vulnerabilidade alimentar:** reflete a probabilidade de um declínio agudo no acesso ou consumo de alimentos, frequentemente em referência a algum valor crítico que define níveis mínimos de bem-estar humano (PAM).
9. **Fome:** o estado das pessoas cuja ingestão alimentar fornece regularmente menos do que as suas necessidades energéticas mínimas, ou seja, cerca de 1 800 kcal por dia. É expresso operacionalmente pelo indicador de subnutrição (FAO).
10. **Dimensão retrospectiva acessória:** utiliza-se para estimar o custo da subnutrição na população de um país num determinado ano. O modelo aplica-o analisando os custos de saúde das crianças em idade pré-escolar (0 a 5 anos) que sofrem de subnutrição, os custos de educação das crianças em idade escolar (6 a 18 anos) e os custos económicos resultantes da perda de produtividade dos indivíduos em idade ativa (15 a 64 anos) (CEPAL).
11. **Restrição do crescimento intrauterino (RCIU):** refere-se ao peso do feto que está abaixo do percentil 10 para a idade gestacional (OMS). No modelo, este é o único tipo de condição considerada na estimativa do custo para crianças com baixo peso à nascença.
12. **Baixo peso à nascença (BPN):** um recém-nascido é considerado como tendo baixo peso à nascença quando pesa menos de 2,500 kg (OMS).

13. **Malnutrição:** um termo amplo para uma série de condições que prejudicam a boa saúde, causadas por uma ingestão alimentar inadequada ou desequilibrada ou por uma má absorção dos alimentos consumidos. Refere-se tanto à subnutrição (privação alimentar) como à nutrição excessiva (ingestão alimentar excessiva em relação às necessidades energéticas) (FAO).
14. **Taxa de mortalidade:** a proporção de mortes por ano numa dada população, normalmente multiplicada por um 10.^o do tamanho da população, sendo expressa como o número por 1 000, 10 000, ou 100 000, indivíduos por ano.
15. **Produtividade/Produtividade laboral:** mede a quantidade de bens e serviços produzidos por cada membro da força de trabalho ou a produção por unidade de trabalho (OIT). No modelo, refere-se à contribuição média que um indivíduo pode fazer para a economia, medida pelo consumo ou rendimento, dependendo da disponibilidade de dados.
16. **Dimensão prospetiva ou potencial de poupança:** esta dimensão permite projetar as perdas presentes e futuras resultantes de tratamentos médicos, reprovação de anos escolares e menor produtividade causada pela subnutrição entre crianças com menos de cinco anos em cada país, num ano específico (CEPAL).
17. **Despesa social pública:** a despesa social é a prestação por instituições públicas (e privadas) de benefícios e contribuições financeiras aos agregados familiares e indivíduos, a fim de prestar apoio durante circunstâncias que afetem negativamente o seu bem-estar, desde que a prestação dos benefícios e contribuições financeiras não constitua um pagamento direto por um determinado bem ou serviço nem um contrato individual ou transferência (OCDE).
18. **Risco relativo:** refere-se ao risco de ocorrência de um evento, dada uma condição específica. É expresso como uma razão entre a probabilidade do evento ocorrer no grupo exposto em comparação com um grupo não exposto. No modelo, é utilizado para estabelecer o nível de risco de doença, menor desempenho educacional ou menor produtividade em relação à exposição à subnutrição.
19. **Taxa de reprovação escolar:** número de repetentes num dado ano escolar, num determinado ano letivo, expresso como percentagem de matrículas nesse ano escolar no ano letivo anterior (UNESCO).
20. **Hipotrofia:** reflete a baixa altura para a idade; um indicador de malnutrição crónica, calculado comparando a altura para a idade de uma criança com uma população de referência de crianças bem nutridas e saudáveis (PAM). O modelo utiliza-o como indicador para analisar o impacto no desempenho educacional e na produtividade.
21. **Subnutrição:** a ingestão de alimentos que é continuamente insuficiente para satisfazer as necessidades energéticas dietéticas. Este termo é utilizado indistintamente com fome crónica, ou, neste relatório, fome (FAO).
22. **Subnutrição:** o resultado de baixos níveis prolongados de ingestão de alimentos e/ou baixa absorção dos alimentos consumidos (subnutrição). É geralmente aplicado a deficiências energéticas (ou de proteínas e energia), mas também pode estar relacionado com deficiências de vitaminas e minerais (FAO).
23. **Baixo peso:** medido por comparação do peso por idade de uma criança com uma população de referência de crianças bem nutridas e saudáveis (PAM). O modelo utiliza-o para analisar o impacto da subnutrição infantil na saúde.
24. **Emaciação:** reflete um processo recente e grave que levou a uma perda de peso substancial, geralmente associada à fome e/ou doença. A emaciação é calculada comparando o peso para a altura de uma criança com uma população de referência de crianças bem nutridas e saudáveis (PAM).

Photo credits

Página 1 -WFP/Nyani Quarmyne

Página 4 -WFP/Olivier Le Blanc

Página 10 - WFP/Cantines

Página 14 -WFP/Nyani Quarmyne

Página 20 -WFP/ Brenda Barton

Página 25 -WFP/Irshad_Khan

Página 26 -WFP/Tambacara

Página 31 -WFP/Olivier Le Blanc

Página 32 -WFP/ Stephen Wong

Página 38 -WFP/ Richard Lee

Página 43 -WFP/Olivier Le Blanc

Página 44 -WFP/Vera Boohene

Página 50 -WFP/Niger



União
Africana 

WFP  World Food Programme