

INTERVENÇÕES NO CAMPO MATERNO-INFANTIL PARA DIMINUIÇÃO DA DESNUTRIÇÃO E MELHORIA DA SEGURANÇA ALIMENTAR EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE E MOÇAMBIQUE

*Luiz Eduardo Fonseca¹
Aurélio de Carvalho²
Edna Germack Possolo³*

INTRODUÇÃO

A ideia de segurança alimentar ajuda a estabelecer limites e prioridades na formulação de políticas sociais que devem interatuar tanto para a diminuição da pobreza quanto para a ampliação do acesso de todos os cidadãos aos alimentos em quantidade suficiente, com qualidade e regularidade (Belik, 2003). Quando falamos de políticas públicas falamos do papel e dos deveres do Estado.

É bom lembrar que populações pobres podem não ter acesso aos alimentos, seja por problemas ligados ao baixo poder aquisitivo de renda ou devido a outros fatores como conflitos internos, ação de monopólios ou mesmo desvios na implantação de políticas públicas de abastecimento (Belik, 2003). Segundo a OMS (WHO, 1994), a desnutrição é a segunda causa de morte mais frequente em menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. A desnutrição, na sua forma moderada e leve, potencializa outras causas de mortalidade infantil, sendo que cerca de 20 a 30% das crianças gravemente desnutridas vão a óbito durante o tratamento em serviços de saúde nos países em desenvolvimento (Schofield & Asworth, 1996). Essas cifras correspondem a um percentual 4 a 6 vezes mais alto que a taxa de 5%, reconhecida como aceitável pela OMS (2000).

Entretanto, a iniquidade no acesso aos alimentos, causada seja pela desigualdade econômica entre grupos sociais dentro de um mesmo país ou entre países, devido à crescente interdependência do capital num mundo globalizado, pode ter efeitos na saúde das suas populações.

Este artigo utiliza informação coletada junto aos Ministérios da Saúde de São Tomé e Príncipe e Moçambique. É um estudo descritivo que discute algumas iniciativas da atenção materno-infantil para reduzir a presença da desnutrição

¹luiz.eduardo@fiocruz.br - Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS/ Fiocruz)

²Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe

³Ministério da Saúde de Moçambique

nesses países e mostra que na luta por uma segurança alimentar e nutricional de qualidade, tanto as intervenções pontuais e setoriais quanto as mais abrangentes, integradas e participativas têm sua importância política e social.

O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

A situação de saúde santomense

Em 2002, 53,8% da população de São Tomé e Príncipe vivia abaixo da linha da pobreza, com 15% da população em extrema pobreza. Foi observado que a pobreza atingia mais famílias dirigidas por mulheres – 55,7% - do que por homens – 53% (INE, 2009). O país ainda tem uma alta taxa de mortalidade infantil com 38 óbitos por 1000 nascidos vivos, sendo elevada a causa de morte por doenças infecciosas (UNICEF, 2009).

Do ponto de vista nutricional, estudos do UNICEF e do Instituto Nacional de Estatística, em parceria com o Ministério da Saúde, mostraram indicadores elevados de deficit ponderal à nascença – 7,8% (UNICEF, 2006). Foi também encontrada, na população infantil, uma prevalência de malnutrição proteico-calórica (aguda, moderada e grave) na ordem dos 14,5% e na, população geral, um deficit percapita de consumo alimentar na ordem dos 250 Kcal/dia (INE, 2009).

Em relação aos micronutrientes, observou-se a presença elevada deficiência de iodo sérico em 62,8% das crianças dos 6 aos 15 anos de idade (0,9% delas com bócio aparente), tendo sido encontrado uma média de iodo urinário de 22,7 mg/l (OMS/STP, 2001). Quanto à dosagem de vitamina A, observou-se que em 36,5% das crianças menores de cinco anos os níveis séricos apresentavam deficiência grave e 60% com deficiência leve, assim como 42,4% das amostras de leite materno também apresentavam deficiência grave (MS, 1999). Um estudo do Ministério da Saúde, de 1999, mostrou que em São Tomé e Príncipe a prevalência de anemias nutricionais em grávidas com hemoglobina abaixo de 11g/dl o normal estava ordem dos 72,5%, dos 69,2% em crianças menores de cinco anos, dos 78,7% em crianças dos 6-14 anos, dos 61,0% nas mulheres dos 15-49 anos não grávidas e dos 42,4% em homens dos 15-49 anos (MS, 1999).

Quanto à segurança alimentar, pode-se dizer que a agricultura é à base da economia santomense e é dela donde provem a grande parte de produtos consumíveis no país. A proporção da terra produtiva é cerca de quase metade de toda a superfície do país e outra parte é coberta por floresta (50.000 ha). A produção agrícola nacional não é suficiente para cobrir as necessidades nutricionais da população quer em calorias quer em vários outros nutrientes, tendo-se de recorrer a importações na ordem de 40% para calorias e 30% para as proteínas, em 1998 (Carvalho, 2003).

O óleo de palma, fonte principal de beta caroteno da dieta santomense, fornece teoricamente um per capita de cerca de 20 gramas diários deste nutriente

a população, pois este óleo não é consumido na sua forma mais nutritiva. A alimentação tradicional da população, sobretudo rural, é constituída por banana, fruta-pão, peixe, óleo de palma, milho e algumas hortaliças e frutas frescas, que se distribuem habitualmente por duas a três refeições ao dia. Nas áreas urbanas os mesmos alimentos são também consumidos, mas também participam da composição da dieta local com certa frequência os alimentos importados como o arroz, feijão, grão de bico, açúcar e farinha de trigo, com o número de refeições variando entre duas e quatro vezes ao dia (Carvalho, 2003).

O Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe promove ações isoladas de vigilância sanitária dos alimentos para garantir a qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos. Essas ações em geral são discutidas em parceria com organismos internacionais, como a OMS e a FAO, e nacionais, sociedade civil organizada. Entretanto, tem sido feito um esforço maior a fim de promover a atualização da legislação sanitária nacional consoante instrumentos legais com base nos acordos internacionais que o país é signatário, de forma a garantir a segurança desde o início da cadeia alimentar, passando pela produção, rotulagem – incluindo rotulagem nutricional, embalagem, armazenagem e transporte, comercialização até o consumo.

Intervenções materno-infantis em São Tomé e Príncipe

A disponibilidade interna de alimentos em São Tomé e Príncipe é insatisfatória para garantir o consumo necessário dos cidadãos e, portanto, a promoção da segurança alimentar e nutricional. Por outro lado, o crescimento da importação de alimentos pode ameaçar a soberania alimentar do país e afetar a sustentabilidade do sistema alimentar nacional. Além disso, há o risco da imposição de padrões alimentares inadequados e distantes dos valores culturais que envolvem a alimentação santomense (Carvalho, 1999). Isso leva a necessidade de ampla articulação intersectorial no âmbito das ações das políticas económicas de forma a poder minimizar efeitos negativos à produção nacional.

Entretanto, o Ministério da Saúde se empenhou em implantar actividades ligadas à amamentação efectuada em nível das estruturas do Programa de Saúde Reprodutiva (PSR) e pela Atenção Integrada a Doenças da Infância (AIDI). Este programa procura dar ênfase, sobretudo no que concerne ao aleitamento materno exclusivo. Tem sido efectuadas a nível nacional a formação de quadros para o aconselhamento do aleitamento materno e o governo criou uma Comissão Nacional para o Aleitamento Materno. Essa pequena acção tem contribuído muito para garantir uma melhor segurança alimentar aos menores de um ano de idade em São Tomé e Príncipe.

Ainda não existe uma política definida sobre a alimentação da população infantil no país. No âmbito da política nacional de saúde o governo tem implantado

ações de distribuição de micronutrientes como a vitamina A e o iodo, a partir de iniciativas conjuntas com organismos internacionais como o UNICEF e a OMS através das estruturas de prestação de saúde que são a base da implantação da prática do aleitamento materno. Essa realidade aponta para a necessidade de se definir a implantação de uma política para a alimentação de bebés e crianças a partir de uma estrutura efectiva de coordenação, ou melhor, um serviço organizado com quadros capacitados que possa conceber, orientar e monitorizar as intervenções alimentares em crianças pequenas, assim como as actividades de complementação alimentar e avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Outra intervenção importante em relação à segurança alimentar tem sido o incentivo à preparação de pratos típicos com alto valor proteico e calórico, tais como o cozido de banana com peixe e óleo de palma e suas variantes como o calulú (prato constituído por várias folhas verdes, legumes e peixe ou carne que é consumido com angú, massa de banana ou mesmo com a farinha de mandioca) e a fruta-pão ou banana assada com peixe grelhado e óleo de palma. Nas cidades, incentiva-se o consumo de guizado com feijão e arroz, caldeiradas de matabala ou batata, cachupa (milho, feijão e carnes diversas), sengué (milho e arroz), rancho (feijão com arroz), pão e bolos. O hábito alimentar na infância é uma tarefa das famílias que deve ser monitorado pelas estruturas de saúde da rede de atenção primária, pois é nesse nível de atenção que se previnem as diferentes formas de desnutrição e se reforça a segurança alimentar das comunidades. As ações de educação nutricional em São Tomé e Príncipe procuram reforçar aspectos ligados à higiene alimentar e ao consumo de água de qualidade, filtrada e fervida.

AÇÃO MULTISSETORIAL PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÔNICA EM MOÇAMBIQUE

A situação de saúde em Moçambique

Moçambique é um dos países com mais baixo índice de desenvolvimento humano (IDH de 0,325 em 2013), com 54,7% da população abaixo da linha da pobreza, 56% das mulheres sem escolaridade e uma esperança de vida ao nascer de menos de 50 anos (Possolo, 2013). O país tem a base da pirâmide etária bastante alargada com elevada taxa de natalidade e elevadas taxas de mortalidade infantil. A mortalidade tem características de transição típicas de um país jovem. A AID tem contribuído para elevar os níveis de mortalidade da população do país, embora seja a malária, com elevada prevalência, a principal causa de morte. Constatou-se que, em 2008, 57% das admissões em enfermarias de pediatria se deviam à Malária, respondendo por 23% das mortes intra-hospitalares (Mangue *et al.*, 2011). Por outro lado, o aumento da população urbana tem feito crescer os casos de doenças cardíacas, diabetes e obesidade.

De acordo com o Inquérito Nacional sobre as Causas de Mortalidade, realizado em Moçambique, em 2009, a malária foi responsável por 32,2% da mortalidade infantil, seguida da infecção pós-natal do recém-nascido (12,8%), do HIV-AIDS (9,3%), da pneumonia e da diarreia. Para o grupo etário de 5 a 14 anos, a malária continuou sendo a principal causa de morte, mas a partir dos 15 anos o HIV-AIDS destacou-se como a principal causa de morte, sendo que dos 25 aos 49 anos a AIDS sozinha respondeu por mais da metade dos óbitos (Mangue et al., 2011). A mortalidade infantil é ainda agravada pelo alto nível de desnutrição crônica nesta faixa etária.

Em 2007, a população moçambicana ainda era essencialmente rural (69,6%) sendo a região sul do país, onde se situa a capital Maputo, a que tem a maior percentagem de população urbana (53,9%). Entre 1997 e 2007 houve redução da taxa de mortalidade infantil de 143,7 óbitos por mil nascimentos vivos para 95,5 (Arnaldo, 2007). Entre os fatores que ajudaram a melhorar os níveis de mortalidade infantil está o acesso aos cuidados pré-natais e à água canalizada.

Estima-se que 35% da população moçambicana estejam vulneráveis frente à insegurança alimentar devido tanto a infraestrutura deficitária quanto pelo baixo poder de compra dessa camada populacional (Possolo, 2013). Entretanto, a evolução do estado nutricional das crianças em Moçambique tem se mantido estável desde 2003, apresentando índices de 43% de desnutrição crônica, 15% de baixo peso para a idade e 6% de desnutrição aguda em 2011 (IDS, 2011). A taxa de aleitamento materno exclusivo é de 41% e somente 37% das crianças de 9 a 11 meses de idade tem acesso a três refeições diárias (Possolo, 2013). Cinquenta e quatro por cento da população em Moçambique consome sal iodado, mas somente 25% o fazem com sal devidamente iodado. Embora o consumo calórico pareça suficiente no país, constata-se que mães e crianças se deparam com deficiências no aporte de micronutrientes e gorduras essenciais, pois 38% das famílias têm baixa diversidade de alimentos em sua dieta (IDS, 2011).

Intervenções materno-infantis em Moçambique

A evolução das políticas e ações no campo da segurança alimentar e nutricional em Moçambique tem início no final dos anos de 1990, com a democratização do país. Em 1998, foi aprovada, com apoio de organismos internacionais como a Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO), a primeira Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional (ESANI) e seu Plano de Ação (PASANI), basicamente calcados no incentivo à produção e consumo de alimentos. Somente em 2006, aprovou-se o Plano Estratégico de Desenvolvimento Nutricional para o Setor Saúde que, a partir de 11 objetivos programáticos, realçava a importância das colaborações intersectoriais. Esse Plano focava na redução da desnutrição aguda a partir da atenção à saúde e apoiava programas de suplementação alimentar com micronutrientes.

Ainda em 2006, foi assinado o Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA 2006-2009), que, embora com breve citação da questão nutricional em Moçambique e pouca ênfase no combate a desnutrição crônica, acabou influenciando os bons resultados obtidos no combate a desnutrição devido a sua abordagem intersectorial. Em 2008, aconteceu a 1ª Reunião Nacional de Nutrição, em Maputo, que ressaltou a desnutrição crônica como o principal problema de nutrição da população infantil moçambicana. Nesse mesmo ano, foi lançado a Segunda Estratégia Nacional de Segurança Alimentar (ESAN II), que declarou a alimentação como um direito humano, reconheceu o efeito catalítico da associação entre desnutrição e VIH-SIDA e apregoeou a descentralização das ações pela segurança alimentar.

Em 2010, o governo de Moçambique instaurou a Comissão de Coordenação Multisetorial para a Prevenção e Redução da Desnutrição Crônica no país, com a parceria de diversas esferas da administração pública, do setor privado e da sociedade civil. O Acto foi marcado pela assinatura de uma Declaração de Compromisso dos diferentes parceiros. Com certeza a importância dessa iniciativa se reflete na inclusão do combate à desnutrição crônica nos objetivos estratégicos do Plano Quinquenal de Governo 2010-2014, assim como pela elaboração do Plano de Ação Multisetorial de Redução da Desnutrição Crônica em Moçambique 2011-2014, com a meta de diminuir a desnutrição crônica em menores de 5 anos para 30% até 2015.

Dentre as intervenções materno-infantis adotadas no período 2003-2012 destacam-se a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a extensão do tratamento da desnutrição aguda e os programas de suplementação com micronutrientes e desparasitação.

O programa de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno foi responsável pela criação de grupos de apoio à alimentação infantil e ao aleitamento materno, à criação e disseminação de material educativo referente ao aleitamento materno e à pressão pela promulgação do Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Essas medidas fizeram aumentar a taxa do aleitamento materno exclusivo de 30% em 2003 para 41% em 2011 (Possolo, 2013). O programa de extensão do tratamento da desnutrição aguda ampliou seu raio de ação para as crianças com mais de 5 anos e para os adolescentes, alcançando, inclusive, as mulheres grávidas, as mulheres em amamentação e até adultos com VIH e tuberculose. O programa de suplementação com micronutrientes e desparasitação foi implantado em todos os centros de saúde e, aliado ao programa ampliado de vacinação, foi associado às campanhas de vacinação e às estratégias móveis de atenção à saúde, sendo responsável, em 2012, por 100% de cobertura para a vitamina A e 98% de cobertura para a dose única de desparasitação de crianças de 1 a 5 anos de idade (Possolo, 2013).

DISCUSSÃO

O presente artigo aponta para o reconhecimento de que intervenções objetivas aplicadas, em São Tomé e Príncipe e Moçambique, em relação às questões nutricionais no segmento materno-infantil colaboraram efetivamente para a redução da prevalência da desnutrição calórico-proteico naqueles países.

Segundo a FAO (1996), o termo “fome” é utilizado quando as situações de segurança alimentar se tornam crônicas frente às populações que não têm acesso físico ou econômico a uma quantidade suficiente de alimentos nutritivos, seguros e culturalmente aceitos. Entretanto, o estágio atual de desenvolvimento global tem ampliado o mercado de alimentos industrializados (maioria deles hipercalóricos) às populações mais pobres e criado novo cenário para o setor da saúde e da nutrição, a obesidade associada à desnutrição. Esta tendência foi observada em São Tomé e Príncipe onde, aliado à ausência quase total de seguimento nutricional de grupos vulneráveis, foi encontrado problemas de saúde ligados à alimentação industrializada muito rica em lípidos e pobre e desequilibrada em vários nutrientes, aumentando assim os casos de obesidade, diabete, gota e doenças cardiovasculares.

Durante o Congresso Mundial de Nutrição, realizado no Rio de Janeiro, em abril de 2012, constatou-se a insipiência do pensamento reflexivo e crítico, assim como de ações educacionais e de mobilização/participação social no controle e interferência nas políticas públicas relativas à segurança alimentar e, portanto, na construção de estratégias que possam ser mais eficazes frente ao imenso poderio da indústria e do mercado de alimentos, que visa prioritariamente o lucro em prol da saúde das pessoas (Rocha, 2012). Nesse sentido, as intervenções nutricionais relatadas no grupo materno-infantil de São Tomé e Príncipe e Moçambique assumem maior relevância à medida que procuram mobilizar segmentos da sociedade civil, principalmente em Moçambique, que chegou, inclusive, a construir uma Comissão de Coordenação Multisetorial para a Prevenção e Redução da Desnutrição Crônica no país.

As ações positivas do governo de Moçambique no que se refere às políticas públicas relativas à segurança alimentar e à desnutrição levaram, inclusive, este país a tornar-se membro dos *Early Riser Countries* do movimento chamado “*Scaling Up Nutrition*” (SUN), que congrega pessoas e instituições públicas e privadas em torno do princípio de que todos têm direito a alimentos de qualidade. Ao assumir tais compromissos o governo moçambicano tem se empenhado em contribuir não só para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela rede de atenção à saúde do país quanto de incluir representantes da sociedade civil neste processo. Para levar a cabo o plano de ação do governo, o Ministério da Saúde de Moçambique enfatizou a importância das intervenções de prevenção da desnutrição e do estabelecimento de metas de prestação de serviços, fortalecendo as

atividades de nutrição em nível dos cuidados primários, que inclui não só processos de integração multisetorial, mas também de descentralização e geoprocessamento.

Por outro lado, em São Tomé e Príncipe, apesar de haver tomado uma decisão positiva de assumir um programa nacional de incentivo ao aleitamento materno que ajudou em muito a diminuir as taxas de desnutrição no 1º ano de vida, foi observada a falta de uma política específica para o setor assim como uma insuficiente articulação e coordenação das actividades de nutrição entre o nível distrital e o nível central.

Segundo Belik (2003), a abordagem mais política e multisetorial da segurança alimentar e nutricional permite ampliar o quadro estreito dos programas sociais tradicionais reconhecendo a existência de população em situação de risco e a necessidade de dar acesso aos alimentos para esses grupos inseguros, em quantidade, qualidade e regularidade.

O problema da segurança alimentar aponta para a absoluta falta de poder aquisitivo, por parte de grupos vulneráveis da população, para a manutenção da sua sobrevivência. Sem querer desmerecer os programas de suplementação alimentar através da distribuição de micronutrientes pela rede de atenção do setor saúde, acreditamos que o consumo de alimentos deve ser feito de forma digna, assegurando que as pessoas possam se alimentar com cidadania, sem que sejam tratadas com rações, pílulas e outras fórmulas muito utilizadas nos programas de combate à desnutrição. Segundo David Sanders, durante o Congresso Mundial de Nutrição de 2012, é preciso combater as abordagens preconizadas por certas agências internacionais de medicalizar o problema da desnutrição, ou seja, do uso dos chamados 'alimentos terapêuticos', prontos para uso e utilizados para o tratamento da desnutrição. É preciso adotar abordagens mais amplas e multisetoriais que envolvam não somente a produção, distribuição e comércio dos alimentos quanto envolvam a sociedade civil nos processos de formulação dessas políticas.

CONCLUSÃO

Vimos neste artigo que programas pontuais e setoriais como o incentivo ao aleitamento materno podem produzir efeitos extremamente positivos nas taxas de desnutrição durante o primeiro ano de vida. Entretanto, essas medidas são pouco eficazes para outras faixas etárias que continuam vulneráveis quanto ao baixo acesso a uma alimentação de qualidade e em quantidade suficientes para prevenir a desnutrição crônica. Vimos que programas integrados podem não apenas melhorar as taxas de amamentação quanto os níveis gerais de desnutrição, a partir da promoção não só do consumo, como da produção, podendo inclusive reforçar o círculo virtuoso de crescimento.

Outro aspecto importante, observado na adoção de políticas mais integradas, é o envolvimento das diferentes esferas da sociedade, do poder público local, das famílias e de representantes da sociedade civil. A participação de todos os segmentos da sociedade desde a formulação de políticas de segurança alimentar e nutricional até a sua implantação e gestão, como contrapartida por parte dos beneficiários dessas políticas e de seus programas. Acreditamos que, pouco a pouco, participando tanto de reuniões e discussões políticas quanto de consultas, acompanhamento de pré-natal e recém-nascido e outras ações, essas famílias podem questionar a situação de risco em que vivem, adquirir autoestima para promoverem mudanças positivas em suas vidas, podendo, inclusive, fazer parte de outros programas específicos para cada situação encontrada na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnaldo, C. (2007). Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique: uma análise dos níveis, das tendências, diferenciais e variação regional. Maputo: [s.n.].
- Belik, W. (2003). Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. Saúde e Sociedade v.12, n.1, p.12-20, jan-jun.
- Carvalho, A. (1999). Estudo sobre a carência em micronutrientes em São Tomé e Príncipe. Mimeo.
- Carvalho, A. (2003). Prevalência de desnutrição proteico-calórica em crianças menores de 15 anos em São Tomé e Príncipe. Mimeo.
- FAO. (1996). The State of Food and Agriculture. Rome.
- Inquérito Demográfico Sanitário (IDS) (1999). Ministério da Saúde. São Tomé e Príncipe.
- IDS/Governo de Moçambique (2011). Inquérito Demográfico e de Saúde.
- INE. (2009). Enquete Demográfica e de Saúde. Instituto Nacional de Estatística (INE) e Ministério da Saúde, São Tomé e Príncipe.
- Mangue J, Rodrigues RN, Machado CJ. (2011). Moçambique, 1997 a 2007: aspectos sociais, económicos, demográficos e de saúde. UFMG/CEDEPLAR, TD432, Belo Horizonte.
- MISAU. (2010). Plano de Ação Multisetorial para a Redução da Desnutrição Crônica em Moçambique 2011-2015. Maputo.
- MS. (1999). Inquérito Demográfico Sanitário (IDS). Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe.
- OMS/STP. (2001). Mesure des modifications de l'état nutritionnel en STP.
- Possolo, EG. (2013). "Scaling Up Nutrition" em Moçambique. Apresentado no 2º Congresso do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa.
- Rocha, RL. (2012). Qualidade no debate da alimentação. In: Editorial, Revista RADIS Comunicação e Saúde, n 119, julho.

Schofield, C & Asworth, A. (1996). Why have mortality rates for severe malnutrition remained so high? *Bulletin of the World Health Organization*, v 74(2): 223–229.

Teixeira, RMV. (2012). Indicadores de saúde materno-infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

UNICEF. (2006). Crianças e mulheres em São Tomé e Príncipe.

UNICEF. (2009). Crianças e mulheres em São Tomé e Príncipe.

WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical report series 894. WHO: Geneva.

WHO/UNICEF. (1994). Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluation intervention programs. WHO, Geneva.

