



Situação das
Crianças em
Moçambique
2014



Juntos pelas
Crianças

unicef 

A reprodução de qualquer parte desta publicação não carece de autorização, excepto para fins comerciais. Exige-se, no entanto, a identificação da fonte

Para descarregar uma versão electrónica ou em inglês deste relatório ou para rectificações, visite <http://sitan.unicef.org.mz/>

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância
Av. do Zimbabwe, 1440
P.O. Box 4713,
Maputo
Moçambique

Email: maputo@unicef.org

© UNICEF Moçambique, Maputo, 2014

ISBN: 978-92-806-4769-3

Situação das Crianças em Moçambique 2014



Prefácio

O relatório *Situação das Crianças em Moçambique 2014* tem como objectivo analisar, de uma forma objectiva, a actual situação das mais de 12 milhões de crianças no país, assim como o progresso alcançado na realização de seus direitos ao longo dos últimos anos.

A abordagem utilizada examina os indicadores básicos relacionados ao bem-estar das crianças, as tendências, os determinantes directos e indirectos dos avanços, os padrões de disparidades, bem como os principais desafios para que todas as crianças gozem de todos os seus direitos.

Desde a última análise deste tipo, *Pobreza Infantil e Disparidades em Moçambique 2010*, produzida pelo Sistema das Nações Unidas, mudanças significantes ocorreram tanto no contexto internacional como no contexto nacional. A crise financeira internacional aumentou desigualdades e contribuiu para a estagnação do progresso social em vários países, e iniciou uma era de austeridade fiscal em muitos países que tradicionalmente são parceiros de apoio programático. Ao mesmo tempo, vários países africanos, incluindo Moçambique, viram aumentar bastante o investimento directo estrangeiro, e descobertas de grandes reservas de recursos naturais abriram discussões sobre novas possibilidades de desenvolvimento económico inclusivo.

Através de uma colaboração entre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, este relatório traz uma oportunidade para reflexão de como esses contextos tiveram impacto na vida das crianças. O estudo aponta que no decurso da última década, a situação das crianças em Moçambique avançou significativamente: mais crianças estão a sobreviver, a ter seu nascimento registado, a ter acesso a fontes de água e saneamento adequado, a ingressar na escola primária e a ter acesso ao sistema de protecção social. No entanto, há ainda muito por se fazer. A desnutrição crónica ainda afecta uma percentagem muito elevada de crianças, muitas mulheres ainda morrem ao dar à luz, metade das raparigas ainda casam antes dos 18 anos, e metade das crianças que iniciam o ensino primário não o completam.

Os avanços da última década são encorajadores e criaram bases sólidas para maior progresso. O contínuo investimento no capital humano é essencial para um desenvolvimento equitativo e sustentável e para a redução da pobreza, e isso começa com o investimento nas crianças. O potencial para avanços mais consistentes e rápidos nos anos por vir deve ser explorado, e este relatório almeja ser não apenas um documento de referência, mas um instrumento de advocacia, uma plataforma ao redor da qual todos aqueles que trabalham para um Moçambique desenvolvido para todos os seus cidadãos possam articular sua visão, sua estratégia e suas políticas.

Koenraad Vanormelingen

Representante

UNICEF Moçambique

ÍNDICE

Mapa de Moçambique	3
Lista de figuras, caixas e mapas	6
Acrónimos e Siglas	7
Sumário Executivo	8
CAPÍTULO 1	
Introdução	10
1.1 Contexto	10
1.2 Quadro conceptual	12
CAPÍTULO 2	
Tendências e disparidades no bem-estar das crianças	14
2.1 O ritmo do progresso	15
2.2 Desigualdades geográficas	27
CAPÍTULO 3	
O que está a dificultar progressos mais rápidos?	35
3.1 Pobreza e vulnerabilidade infantil	36
3.2 Mudanças climáticas e calamidades naturais	48
3.3 Privação de informação, factores socioculturais e relações de género	56
3.4 Fragilidades na oferta e na qualidade dos serviços sociais básicos	63
3.5 Quadro de leis, políticas, instituições e financiamento	73
CAPÍTULO 4	
Conclusões	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO ESTATÍSTICO	86

LISTA DE FIGURAS, CAIXAS E MAPAS

FIGURA 1.1	Moçambique: a 3ª mais alta taxa de crescimento económico entre os países não produtores de petróleo na África Subsariana, 2004-2012 (%)	PÁG. 11	FIGURA 3.4	Razões dadas pelas mulheres para não irem às unidades sanitárias, 2011 (% de mulheres entre 15 e 49 anos de idade)	PÁG. 46
FIGURA 1.2	Quadro conceptual	PÁG. 12	CAIXA 3.2	Transferências sociais, crianças e capital humano	PÁG. 47
FIGURA 2.1	Taxas de mortalidade infantil, 1997-2011 (por 1.000 nados vivos)	PÁG. 15	FIGURA 3.5	Cobertura dos Programas de Transferências Sociais (por milhares de agregados), 2008-2013	PÁG. 48
FIGURA 2.2	Prevalência de febre, IRA e diarreias em crianças menores de 5 anos, 2003-2011 (%)	PÁG. 15	MAPA 3.1	Riscos relacionados ao clima em Moçambique	PÁG. 50
FIGURA 2.3	Desnutrição Infantil, 2008-2011 (% por criança menor de 5 anos)	PÁG. 17	CAIXA 3.3	Conhecimento, atitudes e práticas (CAP) relativos à saúde, higiene e nutrição	PÁG. 57
CAIXA 2.1	Factores associados com a desnutrição crónica em Moçambique	PÁG. 19	FIGURA 3.6	Indicadores sociais por nível de escolaridade das mulheres ou mães, 2011	PÁG. 58
FIGURA 2.4	Utilização de fontes melhoradas de água potável e de casas de banho/latrinas melhoradas (% da população), 1990-2011	PÁG. 21	FIGURA 3.7	População sem Acesso a Meios de Comunicação de Massas, 2011 (% de homens e mulheres dos 15 aos 49 anos)	PÁG. 59
FIGURA 2.5	Ensino primário: repetição, desistência e conclusão, 2004-2012	PÁG. 24	CAIXA 3.4	Casamento prematuro – uma violação dos direitos fundamentais em grande escala	PÁG. 61
CAIXA 2.2	Níveis de aprendizagem baixos e em declínio entre os alunos do ensino primário	PÁG. 24	FIGURA 3.8	Taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil segundo a idade da mãe e intervalos entre gravidezes, 2011	PÁG. 62
FIGURA 2.6	Casamento de raparigas antes dos 15 e 18 anos	PÁG. 26	FIGURA 3.9	Taxa global de fecundidade, 1997-2011	PÁG. 63
FIGURA 2.7	Disparidades urbano-rurais no bem-estar humano e infantil, 2011	PÁG. 27	FIGURA 3.10	Tendências na despesa realizada com os sectores sociais, 2008-2013	PÁG. 77
FIGURA 2.8	Disparidades urbano-rurais na utilização de serviços sociais básicos, 2011	PÁG. 27	FIGURA 3.11	Dotações de despesa per capita com a saúde em 2013 e taxas de mortalidade infanto-juvenil em 2011, por províncias	PÁG. 77
FIGURA 2.9	Disparidades entre províncias: taxa de mortalidade infanto-juvenil (óbitos por 1.000 nados vivos), 2011	PÁG. 29			
FIGURA 2.10	Disparidades entre províncias: % de crianças menores de 5 anos com desnutrição crónica, 2011	PÁG. 29			
FIGURA 2.11	Disparidades entre províncias: % de partos em unidades sanitárias, 2011	PÁG. 30			
FIGURA 2.12	Desigualdades entre províncias: taxas líquidas de frequência escolar (%), 2011	PÁG. 30			
MAPA 2.1	Prevalência de HIV por províncias, 2009 (% da população de 15-49 anos)	PÁG. 31			
FIGURA 3.1	Incidência e profundidade de pobreza, 2002/03-2008/09	PÁG. 36			
FIGURA 3.2	Desigualdades no bem-estar humano e infantil, por quintis de riqueza, 2011	PÁG. 41			
FIGURA 3.3	Desigualdades na utilização de serviços, por quintis de riqueza, 2011	PÁG. 44			
CAIXA 3.1	Custos e distância como barreiras no acesso às unidades sanitárias e ao registo de nascimentos	PÁG. 45			

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADE	Apoio directo à escola
AIAS	Administração de Infra-estruturas de Abastecimento de Água e Saneamento
APE	Agentes polivalentes elementares
CAP	Conhecimento, atitudes e práticas
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CENOE	Centro Nacional Operativo de Emergência
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CLGRC	Comités Locais de Gestão de Risco de Calamidades
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNAC	Conselho Nacional dos Direitos da Criança
COV	Crianças órfãs e vulneráveis
CpD	Comunicação para o desenvolvimento
DNA	Direcção Nacional de Águas
DNRN	Direcção Nacional de Registos e Notariado
DPT	Difteria, pertussis (tosse convulsa) e tétano
DRA	Abordagem de resposta à procura (demand-responsive approach)
e-NUIC	Sistema electrónico de outorga de Número Único de Identificação do Cidadão (biométrico)
EP1	Ensino primário do 1º Grau (1ª- 5ª classes)
EP2	Ensino primário do 2º Grau (6ª – 7ª classes)
FIPAG	Fundo de Investimento e Património do Abastecimento de Água
FMI	Fundo Monetário Internacional
HCT	Equipa Humanitária Nacional (das NU)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAF	Inquérito aos Agregados Familiares, 1996/97 e 2002/03
ICS	Instituto de Comunicação Social
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde, 1996/97, 2003 e 2011
IFP	Institutos de Formação de Professores
IHAC	Iniciativa Hospitais Amigos da Criança
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
INCAF	Inquérito Contínuo aos Agregados Familiares
INE	Instituto Nacional de Estatística
INGC	Instituto Nacional de Gestão das Calamidades
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique
IOF	Inquérito ao Orçamento Familiar, 2008/09
IPG	Índice de paridade de género
IRA	Infecções respiratórias agudas
ITS	Infecções transmitidas sexualmente
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e da Acção Social
MT	Metical/Meticais
NU	Nações Unidas
NUMCOV	Núcleo Multisectorial para as Crianças Órfãs e Vulneráveis
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização não-governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
OSC	Organizações da sociedade civil
PAMRDC	Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica
PARP	Plano de Acção para a Redução da Pobreza
PASD	Programa de Apoio Social Directo
PASP	Programa de Acção Social Produtiva
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PESOD	Planos Económicos e Sociais dos Distritos
PIB	Produto interno bruto
PLF	Pessoas com limitações funcionais
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PNAC	Plano Nacional de Acção para a Criança
PQG	Programa Quinquenal do Governo
PRONASAR	Programa Nacional para o Abastecimento de Água e Saneamento Rural
PSSB	Programa de Subsídio Social Básico
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical (do HIV de mãe para filho)
PVHIV	Pessoas que vivem com o HIV
RED	Alcançar Cada Distrito (Reach Every District)
SACMEQ	Consórcio da África Austral para a Monitoria da Qualidade da Educação
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SETSAN	Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
SMI	Saúde materna e infantil
SMoDD	Sistema de Monitoria do Desenvolvimento Distrital
STLC	Saneamento total liderado pela comunidade
SUN	Scaling Up Nutrition (Movimento Expandindo a Nutrição)
TARV	Terapia anti-retroviral
TGF	Taxa global de fecundidade
TLF	Taxa líquida de frequência
TMI	Taxa de mortalidade infantil
TMIJ	Taxa de mortalidade infanto-juvenil
TRO	Terapia de reidratação oral
UNAPROC	Unidade Nacional de Protecção Civil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USD	Dólar dos Estados Unidos da América



Sumário Executivo

No decurso da última década, Moçambique situou-se entre as dez economias mundiais com o crescimento mais rápido. As previsões para a próxima década indicam que esse crescimento vai continuar a uma taxa elevada. Contudo, apesar desse impressionante desempenho económico e de duas décadas de paz e estabilidade política, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres e menos desenvolvidos do mundo, colocado no 185º lugar entre os 187 países no Índice de Desenvolvimento Humano de 2013.

Quando avaliamos como a situação das crianças e mulheres tem evoluído, constatamos que houve avanços significativos na sobrevivência infantil e na ampliação do acesso aos serviços sociais básicos. O declínio da mortalidade foi constante, caindo para 97 por cada mil nados vivos, no caso da mortalidade em menores de 5 anos, e para 64 por cada mil nados vivos, no caso da mortalidade infantil, segundo o IDS de 2011, colocando o país no caminho para alcançar o ODM 4. Houve também um progresso assinalável no alargamento do acesso a fontes de água potável e saneamento básico, na expansão da cobertura de testagem e tratamento do HIV/SIDA (e na prevenção da transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho), bem como avanços em relação à cobertura dos serviços de registo de nascimento.

A sobrevivência materna e neonatal também registou progressos nos últimos 20 anos, mas continua a ser uma preocupação. De 1990 a 2003, a mortalidade materna reduziu mais de 50%, passando de 1000 mortes maternas em 100.000

nados vivos em 1990 para 408 mortes maternas por 100.000 nados vivos em 2003. Entre 2003 e 2011 a taxa não mostrou variação, tendo se mantido em 408 mortes por 100.000 nados vivos, uma taxa ainda elevada. A mortalidade neonatal está a reduzir a um ritmo mais lento do que a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de 5 anos.

A desnutrição crónica mantém-se a um nível entre os mais elevados no mundo (43% das crianças menores de 5 anos), sem qualquer melhoria nos últimos dez anos, representando um sério desafio não apenas em termos da sobrevivência e do desenvolvimento da criança, mas também do capital humano de Moçambique, da sua produtividade a longo prazo, do desenvolvimento socioeconómico do país e da redução da pobreza.

Depois de uma expansão enorme da escolarização primária, os progressos no acesso à escola e na conclusão do ensino primário pararam nos últimos anos e o nível de aprendizagem dos alunos é baixo. A taxa bruta de conclusão do ensino primário reduziu ligeiramente desde 2008. As taxas de aprovação, em declínio, e estudos sobre a aprendizagem dos alunos mostram que os alunos do ensino primário estão a aprender pouco em termos de competências básicas, quer na escrita, quer na aritmética.

Persistem disparidades geográficas nos níveis de pobreza, de desenvolvimento humano e de bem-estar infantil, sendo quase todos os indicadores em maior desvantagem nas zonas rurais e no Norte e no Centro do país, em com-

paração com as zonas urbanas e a região Sul – a principal excepção é a prevalência do HIV, que apresenta um padrão inverso. Este relatório destaca a situação particularmente desfavorecida da Zambézia, a segunda província mais populosa, em relação a um grande leque de indicadores sociais. Algumas destas disparidades são muito grandes, como por exemplo no caso da mortalidade em menores de 5 anos, que é mais do que duas vezes maior na Zambézia do que nas províncias onde este indicador é mais baixo.

A pobreza é um factor chave das privações que as crianças sofrem. Dados demonstram a importância de que as barreiras de custo e de distância se revestem, por exemplo, no acesso aos serviços de saúde e de registo de nascimento. Muitos dos indicadores sociais mostram grandes disparidades segundo os quintis de riqueza dos agregados familiares, embora em alguns casos as privações sejam elevadas mesmo nos quintis mais ricos. Desde o início dos anos 2000, a pobreza parece estar a diminuir mais lentamente do que seria de esperar, dado o rápido crescimento da economia, embora não sejam ainda conhecidas as tendências do período mais recente (desde o último Inquérito ao Orçamento Familiar, realizado em 2008/09). A cobertura de protecção social, como resposta a esta vulnerabilidade, é ainda muito fraca, apesar do recente alargamento dos programas.

No entanto, a vulnerabilidade infantil não resulta somente do nível económico dos agregados familiares. Outros factores chave incluem a estrutura do ambiente familiar (e a separação ou perda dos pais), a presença de deficiências e as disparidades de género.

Há uma relação sinérgica entre a pobreza, as mudanças climáticas, os riscos associados as calamidades naturais e as flutuações sazonais na insegurança alimentar que, directa e indirectamente, afectam o bem-estar da criança em muitos domínios. A frequência e o impacto das calamidades naturais estão a ser exacerbados pelas mudanças climáticas de longo prazo, que colocam milhões de moçambicanos em risco de perda dos seus meios de subsistência, aumentando a sua vulnerabilidade. Num contexto de grande pobreza, é muito limitada a capacidade dos agregados familiares de se prepararem, responderem e recuperarem de choques ambientais. Por falta de alternativas, a população pobre envolve-se em práticas de subsistência prejudiciais ao ambiente, sendo também os que ficam mais expostos aos choques ambientais e menos capazes de lidar com as suas consequências. As crianças são directamente atingidas, de maneiras diversas. Cada ano, a desnutrição aguda aumenta durante o período de escassez antes das colheitas. O acesso à comida, água potável, educação e cuidados adequados torna-se um grande problema durante as calamidades.

Deficiências de conhecimento, atitudes e práticas, enraizadas nas tradições culturais e em relações de género desiguais, são outros factores chave que influenciam o bem-estar das crianças. Este relatório chama a atenção para a influência contínua de instituições e líderes tradicionais ao nível comunitário no que diz respeito à formação de atitudes e práticas e realça o papel que os ritos de iniciação, especialmente para as raparigas adolescentes no Norte e no Centro do país, desempenham na formação das expectativas das raparigas relativamente ao seu papel na sociedade e na formação das práticas reprodutivas. Apesar de alguma melhoria nos últimos anos, uma das consequências mais sérias continua a ser a elevada incidência de

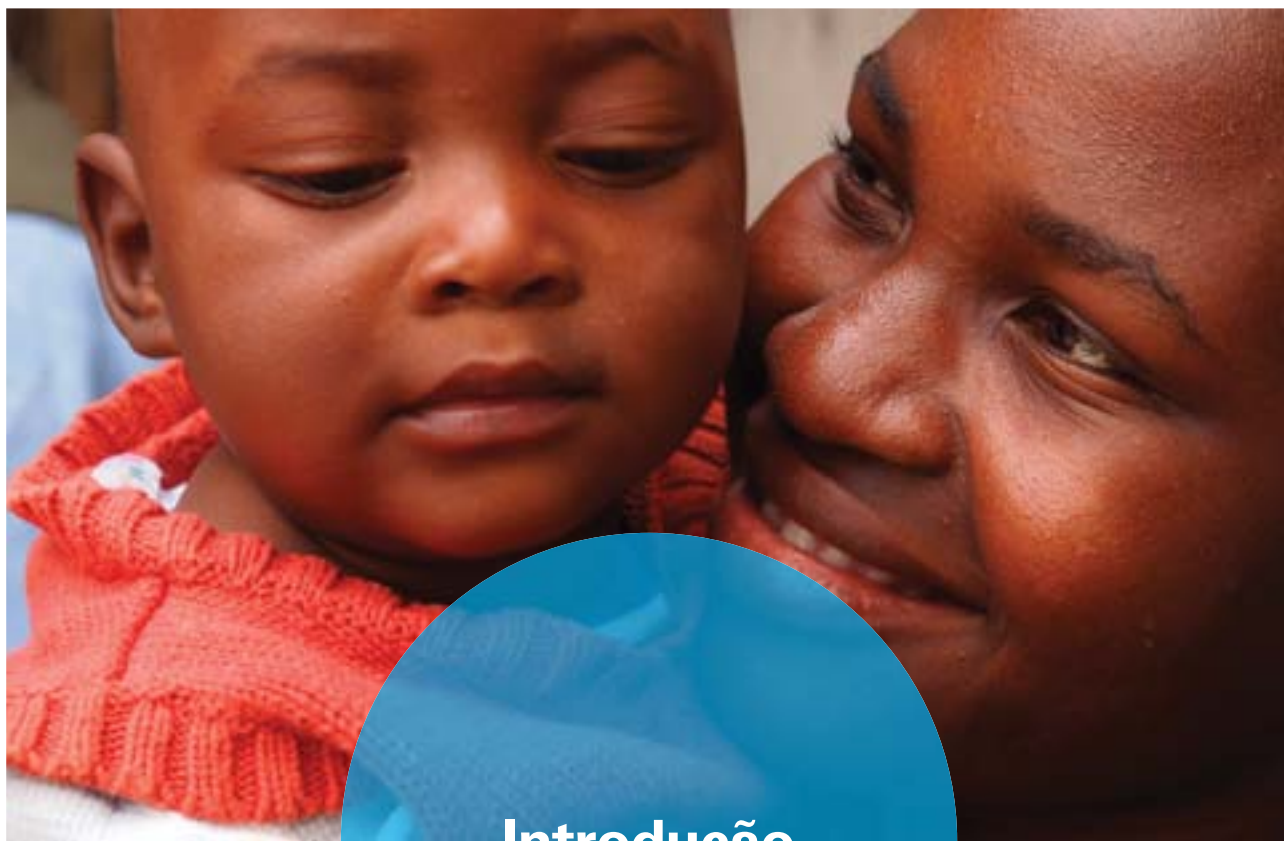
casamento prematuro de raparigas, que contribui, por sua vez, para o início precoce da actividade sexual e, conseqüentemente, para o enorme problema da gravidez na adolescência, com os seus efeitos devastadores na mortalidade em menores de 5 anos e materna.

Foram registados grandes avanços nos últimos anos na oferta de serviços sociais básicos, mas ainda persistem desafios e são significativas as preocupações relativas à qualidade destes serviços. A distância continua a ser uma das principais razões para a não utilização de serviços de saúde. No sector da educação, a disponibilidade de escolas e de professores ainda constitui uma barreira à escolarização no EP2 e especialmente no ensino secundário nas zonas rurais mais distantes. Há uma crescente preocupação acerca da qualidade dos serviços prestados em todos os sectores. Os protocolos de tratamento no serviço nacional de saúde nem sempre são seguidos. A disponibilidade de pessoal de saúde é ainda limitada, sobretudo nas zonas rurais. No ensino primário, a introdução da formação acelerada de professores foi bem-sucedida no que toca ao aumento do número de professores, mas prevalece o desafio de melhorar a qualidade do ensino.

O facto de que os sectores sociais têm tido menor peso na despesa total do Estado deve ser ressaltado e analisado.

A análise das tendências relativamente às despesas sectoriais é um tanto dificultada pela falta de abrangência dos dados disponíveis nas contas públicas (e pela falta de classificação funcional das despesas distritais até recentemente). No entanto, observa-se que, em termos relativos, os sectores sociais estão a receber menos prioridade na atribuição de recursos, comparativamente com, por exemplo, a expansão das infra-estruturas físicas. Esta tendência não é tão óbvia devido ao rápido aumento da despesa em termos absolutos, possibilitado pelo rápido crescimento da economia, das receitas públicas e da despesa global.

Investir nas crianças é crucial para um desenvolvimento equilibrado e para a redução da pobreza a longo prazo. Moçambique tem grandes défices em infra-estruturas físicas que precisam de ser abordados para que o país possa realizar o seu potencial para atingir níveis superiores de crescimento económico e de desenvolvimento. Mas o investimento no capital humano é também essencial para um desenvolvimento equilibrado e para a redução da pobreza, e isso começa com as crianças. Seria difícil obter melhorias no capital humano sem resolver, de maneira frontal, as deficiências sérias de oferta e qualidade nos sectores sociais, através de um esforço mais expedito para melhorar a nutrição durante o período crucial de desenvolvimento cognitivo na primeira infância. À medida que Moçambique avança para um período de rápido desenvolvimento das suas extensas reservas de gás e de recursos minerais, com perspectivas de estes constituírem fontes importantes de receitas fiscais adicionais para o Estado a partir do início dos anos 2020, tornar-se-á importante dar a devida prioridade ao financiamento dos sectores sociais e à realização dos direitos das crianças moçambicanas.



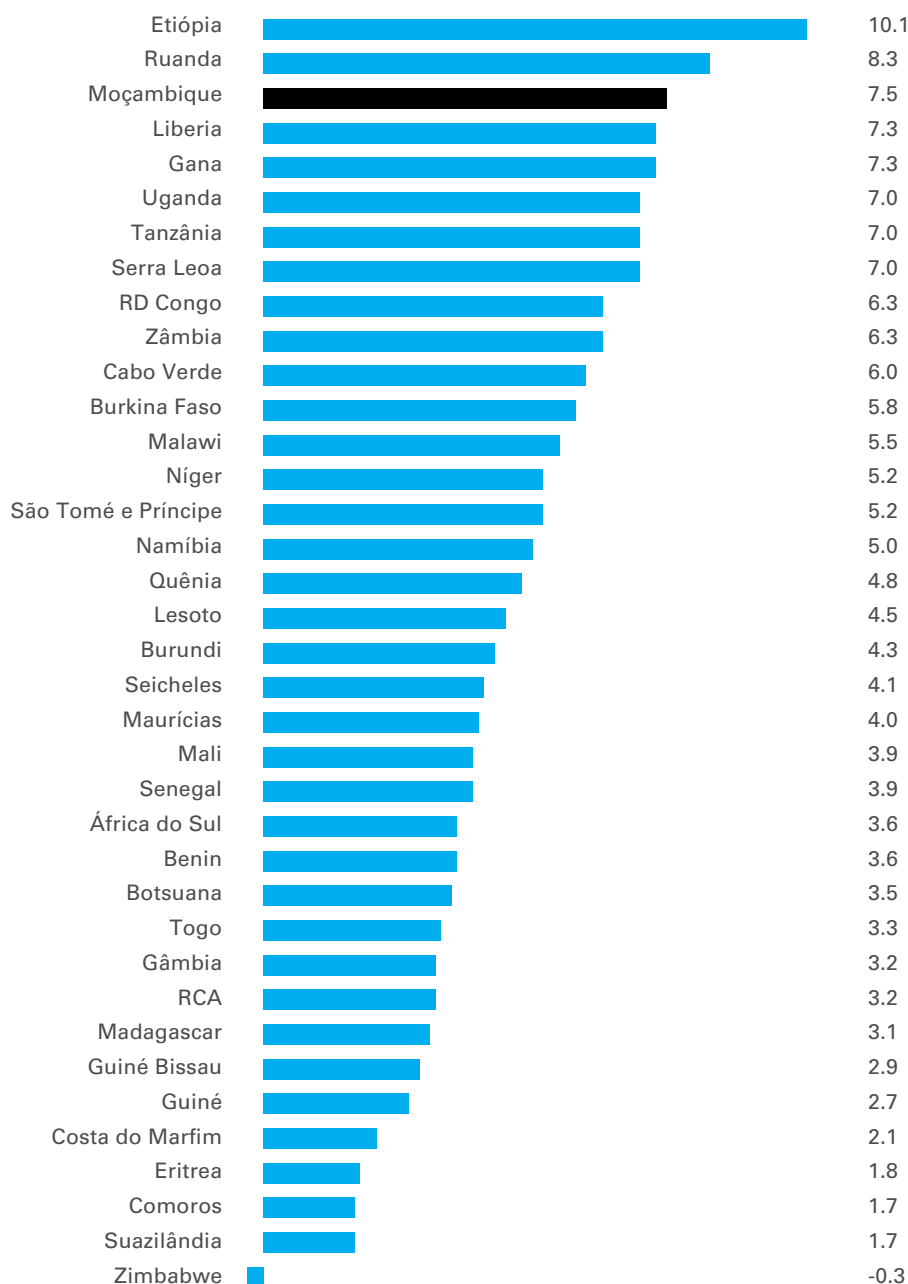
Introdução

01

1.1 CONTEXTO

Moçambique tem registado uma rápida melhoria no seu desempenho económico. No decurso da última década, o país colocou-se entre as dez economias mundiais com as mais elevadas taxas de crescimento, com uma média anual de 7,5% de 2004 a 2012, mais do que qualquer outro país não produtor de petróleo na região subsariana, para além da Etiópia e do Ruanda, como mostra a Figura 1.1. Níveis crescentes de receitas próprias e um nível de ajuda externa ainda elevado tornaram possível ao Governo aumentar a sua despesa em mais de um terço, em termos reais, ao longo dos últimos cinco anos (2008-12), tendo a despesa pública atingido 33% do PIB em 2012 (FMI, 2013).

Figura 1.1 – Moçambique: a 3ª mais alta taxa de crescimento económico entre os países não produtores de petróleo na África Subsariana, 2004-2012 (%)



Fonte : FMI, 2013.

Este elevado crescimento do PIB e o aumento da despesa pública impõem a seguinte pergunta: Melhoraram ao mesmo ritmo as vidas e o bem-estar dos moçambicanos e em particular das crianças, que constituem mais de metade da população (52%)? O desempenho económico positivo traduziu-se numa melhoria rápida da realização dos direitos das crianças à sobrevivência, ao desenvolvimento do seu pleno potencial, a serem protegidas e a participarem nas decisões que têm impacto nas suas vidas? Explorar as respostas a estas perguntas é um dos objectivos desta análise de situação, que visa fornecer uma visão panorâmica concisa, mas abrangente, do grau de progresso da realização dos direitos dos 12,6 milhões de crianças moçambicanas (INE, 2007), analisando

do ao mesmo tempo os factores que estão a possibilitar, ou a dificultar, tal progresso.

Esta análise de situação, produzida em colaboração entre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CNAC) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) tem o seu principal foco nas tendências e nos progressos recentes, tendo em conta os últimos dados de uma vasta gama de indicadores relacionados com a criança no Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011, bem como os dados administrativos recentes, os documentos de políticas e de planeamento e outros estudos. A análise põe também numa perspectiva mais ampla a análise de tendências, recorrendo em particular aos ciclos

sucessivos de inquéritos nacionais, incluindo os IDS realizados em 1997, 2003 e 2011, o Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) em 2008 e os estudos do orçamento familiar (IAF e IOF) em 2002/03 e 2008/09¹.

A análise insere-se no quadro da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), com especial enfoque nos progressos de Moçambique relativamente à garantia dos direitos das crianças moçambicanas à sobrevivência, desenvolvimento e protecção. A análise é apresentada de modo integrado, e não sectorial, para permitir uma visão holística do progresso alcançado pelo país quanto aos direitos das crianças e dos factores sociais, económicos, culturais, institucionais e outros que promovem ou entram o progresso. Estes factores dizem muitas vezes respeito a dimensões diversas do bem-estar infantil, e não apenas a resultados em sectores particulares, como, por exemplo, a saúde ou a educação de forma isolada.

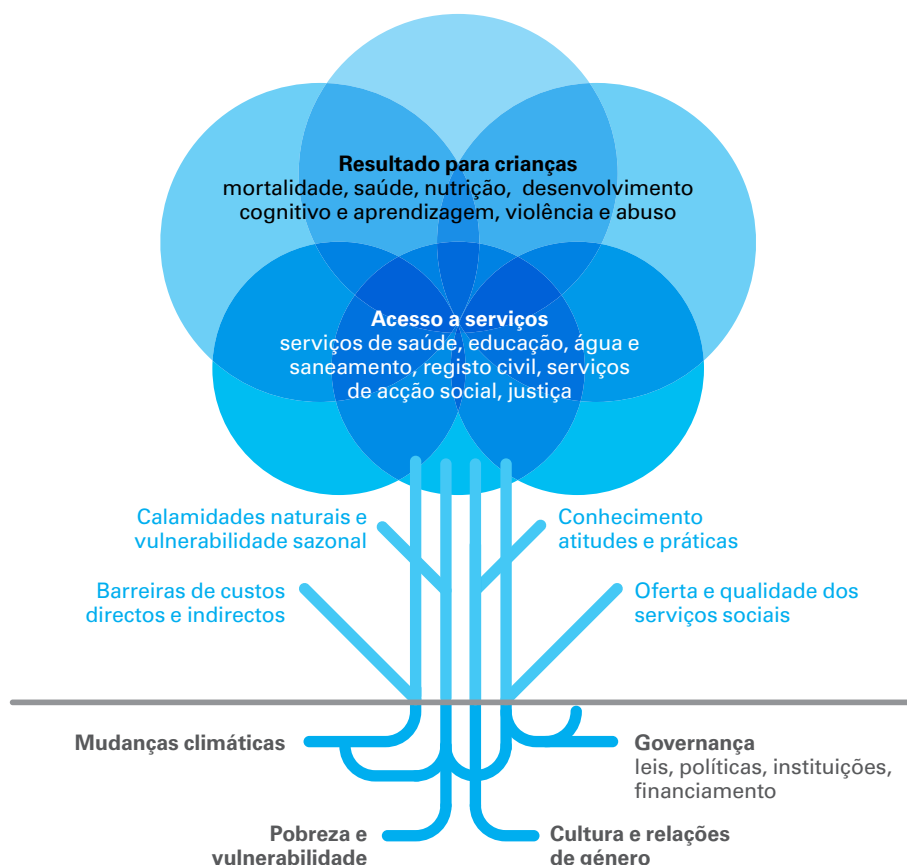
1.2 QUADRO CONCEPTUAL

Esta análise relaciona o bem-estar das crianças (os ‘resultados’) com os seus factores determinantes imediatos e subjacentes. Esta baseia-se numa ‘árvore de problemas’ simplificada, destinada a facilitar uma compreensão holística dos factores que influenciam o bem-estar das crianças, como é mostrado na Figura 1.2. A ‘árvore’ comporta três níveis que dizem respeito aos resul-

tados (direitos ou bem-estar) e os determinantes intermediários e fundamentais.

No topo da ‘árvore’ está a situação relativa à realização dos direitos ou do bem-estar das crianças, no qual se combinam dois tipos de direitos: em primeiro lugar, os que dizem respeito a ‘resultados finais’ ou impactos (por exemplo, mortalidade infantil, estado de saúde e de nutrição, desenvolvimento cognitivo, aprendizagem e ausência de violência e maus-tratos); e em segundo lugar, os que têm a ver com o acesso a (ou utilização de) serviços básicos, como os serviços sanitários preventivos e curativos, o sistema de ensino, as fontes melhoradas de abastecimento de água potável e de infra-estruturas de saneamento adequadas, o registo de nascimentos, os serviços de assistência social e o sistema judicial. Embora os dois tipos de direitos façam parte da Convenção sobre os Direitos da Criança e de outros instrumentos de direitos humanos, é preciso ter-se em mente a distinção referida, que surge ao longo deste relatório, já que o acesso a serviços pode ser melhor entendido como sendo um dos níveis intermédios que, em última análise, afectam os resultados para as crianças. Nota-se de passagem que alguns dos indicadores aqui discutidos, tanto ao nível do acesso a serviços como ao nível dos resultados finais, correspondem aos que são utilizados para medir os progressos no alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

Figura 1.2 – Quadro conceptual



Na base da 'árvore' situa-se uma série de parâmetros fundamentais para o progresso a um 'nível social profundo'. Estes afectam indirectamente e por canais múltiplos os resultados (e o acesso aos serviços) para as crianças através de vários níveis intermédios. Estes parâmetros fundamentais são reunidos em quatro grupos: pobreza e vulnerabilidade, ambiente (incluindo mudanças climáticas), cultura e relações de género e governação. Estes quatro grupos não são, na verdade, absolutamente separados, visto que há sinergias entre eles e, no seu conjunto, constituem causa e efeito do nível de desenvolvimento económico e social de um país. Portanto, a pobreza reflecte e condiciona o grau de desenvolvimento, contribui para a degradação ambiental e resulta dela, e interage com as normas e práticas socioculturais, algumas vezes através do nível intermédio da educação. A governação, que se interpreta aqui como a qualidade do quadro de leis, políticas, instituições e financiamento, reflecte o nível de desenvolvimento do país, ao mesmo tempo que determina, em muitos aspectos, o seu ritmo e a sua natureza, bem como o seu avanço (ou a falta dele) para atacar a pobreza, a vulnerabilidade e a degradação ambiental.

O meio da 'árvore' é constituído por uma massa de graus intermédios, que ligam os parâmetros fundamentais ao acesso aos serviços e aos resultados finais para as crianças. Estes graus intermédios foram muito simplificados no Quadro 1.2, pois as vias de causalidade são demasiado complexas para serem representadas num diagrama. Uma apresentação mais detalhada e precisa destes graus intermédios e das vias de causalidade tornar-se-ia numa massa indecifrável de elementos e setas, passando não apenas verticalmente para afectar directamente os direitos das crianças, mas também entrecruzando-se de maneira complexa e com numerosos círculos em sentido contrário. Nesta zona da 'árvore', as grandes 'ramificações' estruturais incluem, primeiro, a **disponibilidade de serviços básicos**, abrangendo as infra-estruturas, os recursos humanos, as cadeias de abastecimento e outros factores que determinam a oferta e a qualidade desses serviços. Num segundo e importante ramo estão **os custos directos e indirectos que os agregados familiares enfrentam ao tentar** melhorar o seu consumo e acesso a serviços sociais, ou a sua procura por estes serviços. Estes custos não são só directos, no sentido do preço dos produtos ou das taxas pela utilização dos serviços, mas também indirectos, como no caso dos custos dos transportes, quando os serviços ficam distantes, ou os custos de oportunidade, como a perda de tempo e de rendimento envolvidos no processo de aceder aos serviços. Em terceiro lugar, algumas intervenções importantes para o bem-estar das crianças são afectadas não apenas pela oferta de serviços e por factores económicos (pobreza e custos para o agregado familiar), mas também pelos **conhecimentos, atitudes e práticas**, que às vezes espelham características socioculturais mais profundas, assim como os níveis de escolaridade e de acesso à informação. Finalmente, **as mudanças climáticas e a degradação ambiental** estão a levar a uma maior incidência e gravidade das calamidades naturais, assim como a efeitos mais subtis, mas mais generalizados, de insegurança alimentar sazonal na população rural que vive de uma agricultura de sequeiro.

A estrutura desta análise segue a lógica do quadro conceptual. No seguimento desta introdução, o Capítulo 2 aborda o progresso nacional no que diz respeito aos principais indicadores da sobrevivência, do desenvolvimento e da protecção da criança, assim como às desigualdades geográficas, entre as áreas urbanas e rurais e entre as 11 províncias, relativamente a estes indicadores. O objectivo deste capítulo é avaliar as tendências, em particular no período após a realização do MICS de 2008, identificar os desafios mais importantes para a melhoria da situação das crianças e realçar os problemas de desigualdades na realização dos direitos da criança.

Análise holística dos factores que determinam a realização dos direitos das crianças moçambicanas

O Capítulo 3 abrange os factores que, nos níveis intermediário e subjacente, afectam o grau de progresso. Há cinco secções neste capítulo. A primeira concentra-se na pobreza e na vulnerabilidade e nos seus efeitos em termos de barreiras de custos e de disparidades económicas entre agregados familiares no que diz respeito ao acesso a serviços e à realização dos direitos da criança. A segunda analisa os problemas de mudanças climáticas e de calamidades naturais, com os seus efeitos sobre as crianças. A terceira cobre os factores socioculturais, incluindo as relações de género e as suas consequências para as crianças através dos conhecimentos, atitudes e práticas nos agregados familiares e nas comunidades. A quarta debruça-se sobre a oferta e a qualidade dos serviços sociais básicos e sobre os seus factores críticos (infra-estruturas, recursos humanos e cadeias de abastecimento). A quinta secção considera o quadro de leis, políticas, instituições e financiamento que determina a oferta e a qualidade dos serviços e influencia muitos outros 'ramos' da árvore de problemas. Finalmente, o Capítulo 4 delinea as principais conclusões.



Tendências e disparidades no bem-estar das crianças

02

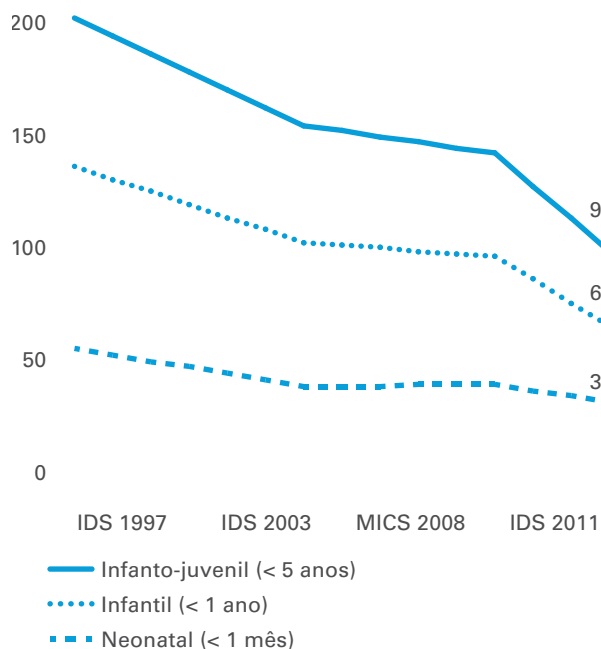
Este capítulo fornece primeiro uma panorâmica concisa do grau de progresso conseguido por Moçambique nos últimos anos para melhorar o bem-estar das crianças e, de seguida, avalia as desigualdades nos resultados, analisando as disparidades geográficas entre áreas urbanas e rurais e entre províncias. Outros aspectos da equidade, tais como as disparidades entre as crianças segundo o nível de riqueza dos agregados familiares e a desigualdade de género, são discutidos no Capítulo 3. Tabelas com dados detalhados sobre as tendências e as disparidades nos indicadores relativos aos resultados para crianças encontram-se no anexo estatístico, no fim deste relatório.

2.1 O RITMO DO PROGRESSO

SOBREVIVÊNCIA INFANTIL

Moçambique tem registado um avanço contínuo na redução da mortalidade em menores de 5 anos, o que significa que cada vez mais crianças conseguem sobreviver até aos 5 anos de idade. Estudos nacionais sucessivos, levados a cabo desde os finais dos anos 90, mostram uma tendência de descida, particularmente para a mortalidade em menores de 5 anos e a mortalidade infantil (no primeiro ano de vida), como mostra a Figura 2.1. O declínio da mortalidade foi constante, caindo para 97 por cada mil nados vivos, no caso da mortalidade em menores de 5 anos, e para 64 por cada mil nados vivos, no caso da mortalidade infantil, segundo o IDS de 2011, colocando o país no caminho para alcançar o ODM 4. Contudo, a evolução tem estado a ser menos rápida no que diz respeito à mortalidade neonatal (mortalidade durante o primeiro mês de vida), a qual, tal como sucede noutros países que se dirigem para uma redução dos níveis de mortalidade, passa a representar um maior peso dentro da mortalidade total antes dos cinco anos (de 27% em 1997 para 31% em 2011). Há bastante espaço para melhorias, uma vez que, a nível nacional, praticamente uma em cada dez crianças ainda morre antes de completar o quinto ano de vida, e são grandes as disparidades entre as províncias.

Figura 2.1 – Mortalidade em menores de 5 anos, 1997-2011 (óbitos por 1.000 nados vivos)

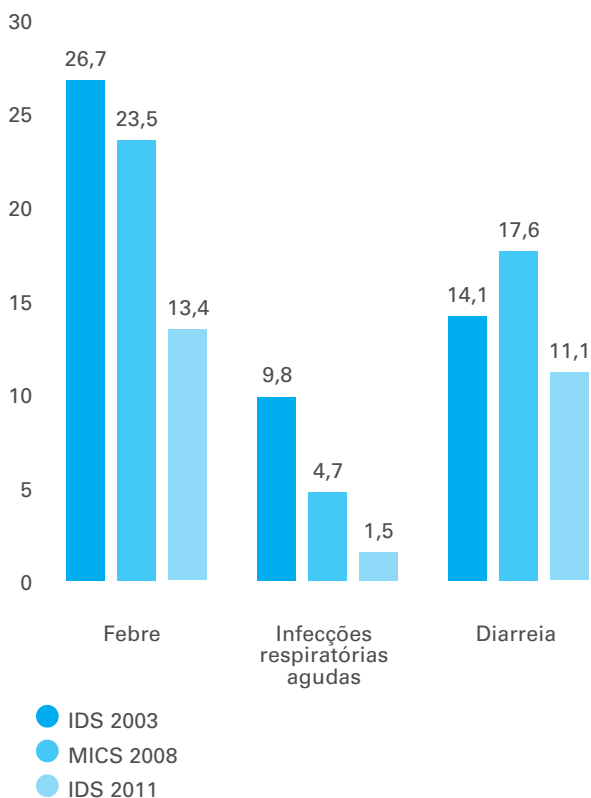


Fontes: MICS 2008 e IDS 1997, 2003 e 2011

SAÚDE INFANTIL

A redução da mortalidade infantil reflecte a queda acentuada na prevalência de febre, infecções respiratórias agudas (IRA) e diarreia, verificada nos últimos 14 anos (1997-2011) anos entre as crianças menores de cinco anos. Estes avanços são particularmente importantes, visto que a malária (da qual a febre é o principal sintoma), as infecções respiratórias agudas e as diarreias estão entre as principais causas de mortes de crianças em Moçambique (respectivamente a primeira, a terceira e a quarta causas directas de morte em menores de 5 anos)². A segunda maior causa de mortalidade em menores de 5 anos no país é o SIDA, cujas taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos provavelmente têm diminuído também, graças ao alargamento da testagem do HIV nas mães, à prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV) e ao tratamento anti-retroviral pediátrico. A prevalência da febre (nas duas semanas que precederam os respectivos inquéritos nacionais) diminuiu pela metade entre as crianças dos 0 aos 4 anos de idade no período entre IDS 2003 e o IDS 2011.

Figura 2.2 – Prevalência de febre, IRA e diarreias em crianças menores de 5 anos, 2003-2011 (%)



Fonte: IDS 2003, MICS 2008 e IDS 2011

É provável que a queda acentuada da prevalência da febre, que é particularmente importante por causa do peso que a malária representa na mortalidade em menores de 5 anos, esteja relacionada com o grande avanço conseguido na extensão das intervenções eficazes para o controlo da malária, tais como a posse e o uso de redes mosquiteiras, a pulverização intra-domiciliária e o manejo de casos de malária com derivados de Artemisinina. A percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem debaixo de redes quadruplicou, passando de menos de 10% em 2003 para 39% em 2011. Ao mesmo tempo, a percentagem dos que dormem debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida continuou a aumentar acentuadamente, de 10% em 2003 e atingindo 39% em 2011³. Os dados administrativos do sistema de saúde indicam que o número de casos de malária registados (em todas as idades) baixou de 6,3 milhões, em 2006, para 3,9 milhões, em 2013 (MISAU, 2013a). A diminuição na prevalência da diarreia pode estar relacionada com o grande aumento, a partir de um ponto de partida baixo, na utilização de fontes melhoradas de abastecimento de água potável de infra-estruturas de saneamento melhoradas.

De 1997 a 2011, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos reduziu-se pela metade

Ao mesmo tempo que há cada vez menos crianças a ficar doentes ou a morrer, os dados relativos ao uso que elas fazem dos serviços de saúde também são encorajadores. A percentagem de crianças menores de 5 anos que tinham febre e foram levadas a um profissional de saúde subiu entre 2003 e 2011 e a proporção que recebeu medicamentos anti-maláricos duplicou entre 2003 e 2011, atingindo os 30%. Uma tendência similar manifesta-se em relação à percentagem de menores de 5 anos com IRA que foram levadas a uma unidade sanitária, a qual subiu entre 2003 e 2011. Por seu turno, o número de crianças entre os 12 e os 23 meses que completa a vacinação do Programa Alargado de Vacinação (PAV) também mudou entre 2003 e 2011, tendo alcançado 64% em 2011. Analisada individualmente, a cobertura das diferentes vacinas também tem estado a melhorar. A cobertura da vacina do sarampo, por exemplo, atingiu 81,5% em 2011⁴. Registou-se também um acréscimo na percentagem de crianças menores de 5 anos com diarreia que receberam terapia de reidratação oral (TRO), a qual passou de 49% em 2003 para 61,5% em 2011.



MORTALIDADE MATERNA E SAÚDE REPRODUTIVA

O Governo tem implementado uma série de ações para a redução da mortalidade materna e melhorar a saúde da mulher. Este esforço resultou na redução da mortalidade materna de cerca de 1000/100.000 nados vivos em 1990 para 408/100.000 nados vivos em 2003. A redução estagnou-se e o rácio de mortalidade materna manteve-se inalterado e a um nível alto de 2003 a 2011, com 408 mortes maternas por cada 100.000 nados vivos. (IDS 2003, 2011). Este facto coloca Moçambique ainda longe de alcançar o ODM 5 referente à mortalidade materna, embora os dados sobre o uso dos serviços de saúde reprodutiva tenham melhorado nos últimos anos. Por exemplo, a proporção de partos em unidades sanitárias, aumentou de 44% em 1997 para 55% em 2011. Houve também um aumento na proporção de mulheres grávidas que frequentaram as consultas pré-natais entre 2003 e 2011. Contudo, a saúde reprodutiva em Moçambique é prejudicada por um uso muito reduzido de métodos contraceptivos, taxas de fecundidade elevadas e crescentes, altos níveis de anemia materna, altos níveis de gravidez na adolescência e intervalos curtos entre os partos.

NUTRIÇÃO

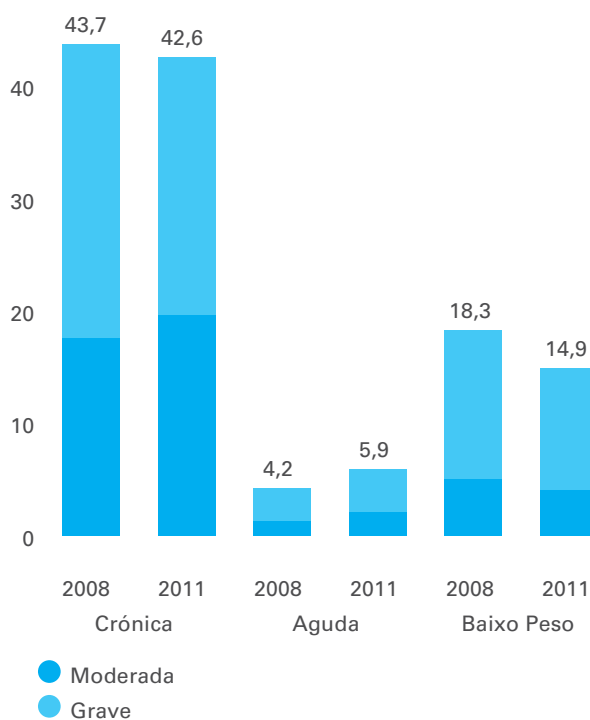
A prevalência de desnutrição continua a ser uma grande preocupação para o Governo de Moçambique. Porém, o país tem registado poucos progressos na redução da desnutrição crónica, que se mantém num dos níveis mais elevados do mundo (e o nono mais elevado em África). A desnutrição crónica, ou baixa altura para a idade, inicia-se antes mesmo de a criança nascer e é causada por nutrição materna inadequada e hábitos alimentares inadequados da criança, bem como infecções frequentes, especialmente durante a gravidez e nos primeiros dois anos de vida (os primeiros 1.000 dias). Entre 2003 e 2011, a desnutrição crónica manteve-se praticamente inalterada, em 41% e 42,6% (IDS 2003 e 2011), respectivamente, das crianças menores de 5 anos, ficando assim acima do limiar de 'muito elevado' definido pela Organização Mundial de Saúde. Contudo, existem grandes disparidades entre as províncias, com taxas que rondam entre os 23% na Cidade de Maputo e Maputo Província e os 55% em Nampula. A proporção de crianças com desnutrição crónica grave, isto é, crianças que estão três desvios padrão abaixo da média, passou de 18,1% para 19,7%. Todavia, houve um decréscimo na proporção de crianças com menos de 5 anos com baixo peso para a idade, de 22,0% em 2003 para 14,9% em 2011. Moçambique tem sido referido como estando a caminho de alcançar a meta nutricional do ODM



1, que mede a proporção de crianças com baixo peso. Porém, este resultado encobre o grave problema da baixa altura para a idade, uma vez que inclui crianças que permanecem demasiado baixas para a idade, mas que ganharam peso adequado. Nessas crianças, as consequências da baixa altura para a idade não podem ser ultrapassadas com o ganho de peso.

A desnutrição crónica não só contribui para a mortalidade infantil, mas devido aos seus efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo na primeira infância e à sua natureza irreversível, tem também sérias consequências para o capital humano em Moçambique e, deste modo, para o desenvolvimento de uma maneira geral. De acordo com uma estimativa mundial, a desnutrição crónica é responsável por 45% de mortes em crianças menores de cinco anos (The Lancet, 2013). A desnutrição crónica na infância reduz as capacidades individuais para o resto da vida, devido aos seus impactos negativos sobre a participação escolar, a aprendizagem e, mais tarde, a produtividade na idade adulta. A desnutrição crónica nos níveis registados em Moçambique é, por conseguinte, um dos principais entraves ao desenvolvimento do país. Enquanto este aspecto não tiver sido calculado especificamente para Moçambique, o Banco Mundial (2006) estima que, globalmente, as perdas de produtividade na vida adulta devidas à desnutrição crónica na primeira infância reduzam o PIB em 2-3%.

Figura 2.3 – Desnutrição Infantil, 2008-2011
(% por criança menor de 5 anos)



Fontes: MICS 2008 e IDS 2011



A desnutrição crónica tem muitas causas subjacentes. A nível mundial, estas incluem as deficiências nas práticas de cuidados e alimentação, a baixa escolaridade materna/elevado analfabetismo feminino, o baixo poder de decisão por parte das mulheres, a pobreza, a gravidez na adolescência e intervalos curtos entre gravidezes (que prejudicam o desenvolvimento do feto), bem como os constrangimentos no acesso a serviços de saúde e baixo uso de fontes melhoradas de água potável e de infra-estruturas de saneamento seguras, apesar de alguns progressos. Contudo, para compreender melhor os factores associados com a desnutrição crónica em Moçambique, foi feito um estudo especial (Caixa 2.1).

43% das crianças de 0-5 anos sofrem de desnutrição crónica, representando quase nenhum progresso desde 2008

Caixa 2.1 – Factores associados com a desnutrição crónica em Moçambique

No âmbito desta análise da situação, foi levado a cabo um estudo⁵ sobre os factores associados à desnutrição crónica nas crianças menores de 5 anos. Tratou-se de uma análise de regressão multivariante, utilizando dados do IDS de 2011. Os resultados, apresentados no Quadro 2.4, isolam os impactos que algumas variáveis teriam na probabilidade de uma criança ter baixa altura para a sua idade, se as crianças a serem comparadas fossem idênticas em todos os outros aspectos. As probabilidades foram estimadas em relação às crianças nos 10% de agregados familiares mais pobres e às crianças nos 10% de agregados familiares mais ricos, assim como às crianças em agregados familiares medianos.

As características-chave incluem a região de residência, o nível de riqueza do agregado familiar, a orfandade, a presença de anemia e as práticas de higiene doméstica. Os

factores que explicam as maiores diferenças nas probabilidades de desnutrição crónica são a região de residência (18 pontos percentuais de diferença entre o Norte e o Sul), o estatuto da criança de órfão ou não órfão (9 pontos de diferença) e o facto de a criança ter ou não ter anemia (9 pontos de diferença). As crianças que vivem nos 10% de agregados familiares mais ricos têm uma probabilidade 12 pontos percentuais mais baixa, relativamente às crianças nos 10% de agregados familiares mais ricos, de ter uma baixa altura para a idade. Os resultados também realçam a importância da higiene enquanto factor associado à desnutrição crónica. A disponibilidade de instalações para a lavagem das mãos cria uma diferença de 3 pontos percentuais na probabilidade de uma criança sofrer de desnutrição crónica. Da mesma maneira, as crianças que vivem em agregados familiares que tratam a água antes de beber têm uma probabilidade de desnutrição crónica que é 3 pontos percentuais menor do que nos agregados familiares que não tratam a água.

Quadro 2.4 – Probabilidades de a criança (menor de 5 anos) sofrer de desnutrição crónica, por certas características

CRITÉRIO	CATEGORIAS DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS	10% MAIS POBRE	MEDIANA	10% MAIS RICO
Género	Rapazes	0,49	0,45	0,37
	Raparigas	0,44	0,40	0,32
Região	Sul	0,37	0,33	0,26
	Centro	0,46	0,41	0,33
	Norte	0,55	0,51	0,42
Lavagem de mãos	Agregado familiar sem instalações para lavagem de mãos	0,48	0,44	0,35
	Agregado familiar com instalações para lavagem de mãos	0,45	0,41	0,33
Tratamento de água	Agregado familiar que não trata a água para beber	0,47	0,43	0,35
	Agregado familiar que trata a água para beber	0,40	0,36	0,28
Alfabetismo	Mãe de criança incapaz de ler uma frase completa	0,48	0,43	0,35
	Mãe de criança capaz de ler uma frase completa	0,43	0,39	0,31
Anemia	Criança com anemia	0,50	0,45	0,37
	Criança sem anemia	0,41	0,37	0,29
Alimentação suplementar	Criança sem alimentação suplementar	0,46	0,41	0,33
	Criança com alimentação suplementar	0,47	0,42	0,34
Órfão	Criança não órfã	0,47	0,42	0,34
	Criança órfã	0,56	0,51	0,43
Sal iodado	Sal do agregado familiar não adequadamente iodado	0,46	0,42	0,34
	Sal do agregado familiar adequadamente iodado	0,48	0,44	0,36
Vitamina A	Criança que não recebeu suplemento de vitamina A nos 6 meses precedentes	0,47	0,43	0,35
	Criança que recebeu suplemento de vitamina A nos 6 meses precedentes	0,47	0,42	0,34

Fonte: Silva-Leander, 2014.



Muitas crianças moçambicanas apresentam um consumo inadequado dos principais nutrientes, incluindo vitaminas e minerais cruciais, devido a uma diversidade dietética pobre, a doenças infecciosas (especialmente malária, doenças diarreicas e HIV/SIDA) e a parasitas intestinais. A deficiência de ferro, por exemplo, pode causar anemia, que interfere, muitas vezes irreversivelmente, no desenvolvimento cognitivo e na imunidade. A anemia também reduz o apetite da criança, criando um ciclo vicioso que põe em perigo a saúde da criança (ver Kotecha, 2011). Em Moçambique, a prevalência de anemia nas crianças entre os 6 e os 59 meses de vida (69%) é muito superior à média de 40% estimada para os países em desenvolvimento (OMS, 2013a). Nas mulheres em idade reprodutiva, a prevalência é também elevada (54%), o que é significativo porque a anemia durante a gravidez está associada a problemas de saúde respiratória nos bebés (Triche et al, 2011) e é também um factor importante na mortalidade materna (OMS, 2013a). O estudo especial sobre a nutrição realizado no contexto desta análise de situação, utilizando dados do IDS de 2011, identificou a anemia infantil como um dos factores principais associados à desnutrição crónica, que explica uma diferença de 9 pontos percentuais na probabilidade de baixa altura para a idade (Silva-Leander, 2014). A deficiência de iodo, que pode começar antes mesmo do nascimento e põe em risco o desenvolvimento da criança e a sua sobrevivência, também é endémica. Uma deficiência grave de iodo durante a gravidez pode levar à natimortalidade, aborto espontâneo e defeitos de nascença. Pode também levar a deficiência mental grave, que reduz a capacidade intelectual da criança (OMS, 2013b). Apesar de a prevenção através do uso do sal iodado ser fácil e não dispendiosa, em 2011 (IDS) apenas 45% dos agregados familiares utilizavam sal iodado, representando uma queda dos 54% em 2003 (IDS). Finalmente, não estão disponíveis dados actualizados relativos à deficiência de vitamina A, que é a principal causa da cegueira evitável nas crianças e pode aumentar o risco de doença e morte por infecções graves (OMS, 2013c). Esta deficiência atingia, em 2002, 69% das crianças entre os 6 e os 59 meses de idade e 11% das mulheres em idade reprodutiva (RdM, 2010a).

A desnutrição aguda, ou baixo peso para a altura, que se traduz principalmente numa perda de peso aguda associada a um período de fome e/ou doença recente, é de 5,9% (na categoria 'média' da OMS), de acordo com o IDS de 2011, embora haja variações regionais. Trata-se de um indicador inerentemente instável, sensível a crises súbitas de meios de subsistência que surgem, geralmente, durante os períodos de escassez antes das colheitas (Novembro/Março). O

IOF de 2008/2009 detectou que a desnutrição aguda chegou aos 8% no mês de Fevereiro⁶.

ÁGUA E SANEAMENTO

Hoje em dia há muito mais pessoas a utilizarem fontes melhoradas de água potável, ou seja, fontes protegidas da contaminação química e fecal. Enquanto em 2003 apenas 37% da população bebia água de fontes melhoradas, em 2011 essa percentagem já atingia os 53%. Contudo, Moçambique ainda está 8 pontos percentuais aquém da média da África Oriental e Austral. Houve também uma melhoria na percentagem da população que precisa de despender mais de meia hora para ir buscar água, de 53% em 2008 (segundo o MICS) para 39% em 2011 (IDS). Trata-se de um avanço bem acolhido, uma vez que, muitas vezes, são as crianças - e principalmente as raparigas - que têm de ir buscar água, expondo-se a diversos riscos, desde a chegada atrasada à escola até aos danos que podem resultar desta tarefa pesada. Contudo, apesar dos progressos, é importante realçar que 16% da população ainda utiliza água de superfície para beber, uma percentagem que tende a manter-se estável desde o IDS de 2003, dado o acentuado crescimento populacional que tem sido registado em Moçambique. A progressiva evolução verificada no acesso à água poderá reduzir esta percentagem, principalmente se as acções forem concentradas na população mais desfavorecida.

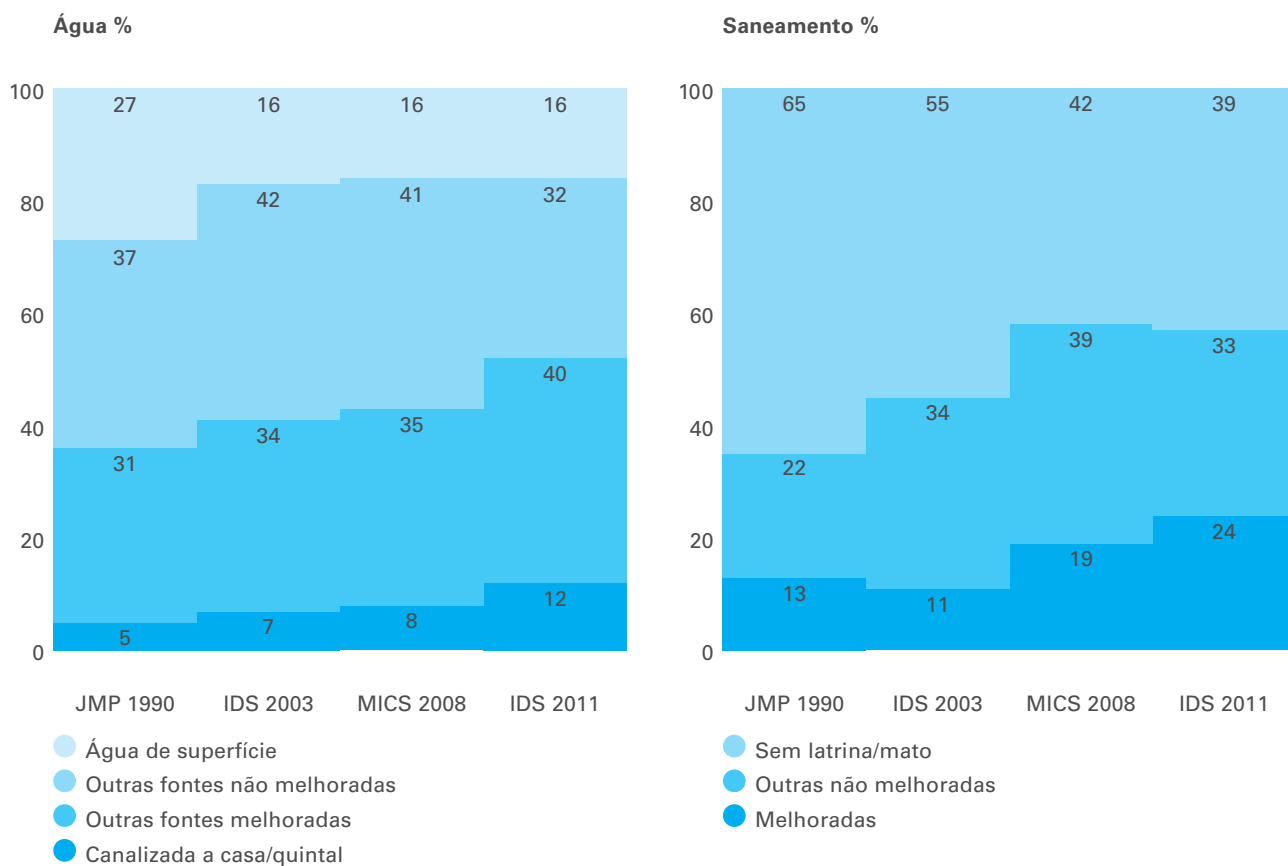
**53% da população
bebe água de fontes
melhoradas**

**39% da população
ainda pratica a
fecalismo a céu aberto**

Os resultados alcançados no saneamento ficam bastante reduzidos em relação aos progressos constatados no uso de fontes de água melhoradas. Menos de um em cada quatro moçambicanos (23,8%) recorre a métodos que separam, de forma higiénica, os detritos humanos do contacto humano e 39% da população ainda pratica a fecalismo a céu aberto. O uso de fontes de água e de infra-estruturas de saneamento não melhoradas é uma ameaça séria à saúde das crianças e é a causa da maioria das mortes por diarreia a nível global⁷. Embora se tenha verificado um avanço enorme desde 2008, altura em que a cobertura era ainda mais fraca, Moçambique está longe de atingir, principalmente no que concerne ao saneamento, as metas do ODM 7 de reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável à água potável e ao saneamento básico⁸.



Figura 2.4 – Utilização de fontes melhoradas de água potável e de casas de banho/latrinas melhoradas (% da população), 1990-2011



Fontes: Estimativas do JMP 1990, IDS 2003 e 2011, MICS 2008. (IDS 2003 e MICS 2008 dados referem-se aos Agregados Familiares; JMP 1990 e IDS 2011 dados referem-se a % da população)



HIV/SIDA

A prevalência de HIV continua a ser alta em Moçambique, com a 8ª prevalência de HIV mais elevada do mundo e mais de um em cada dez cidadãos infectados (ONUSIDA, 2013). O primeiro inquérito de carácter nacional sobre o HIV/SIDA, realizado em 2009 (INSIDA), concluiu que a prevalência na população entre os 15 e os 49 anos de idade era de 11,5%, com uma maior percentagem de mulheres infectadas do que homens (13,1% e 9,2% respectivamente). Em cada 100 casais do país, 15 têm pelo menos um dos parceiros infectados pelo HIV. O INSIDA encontrou uma prevalência de 1,4% em crianças dos 0 aos 11 anos, com taxas que variam entre diferentes grupos etários. No grupo das crianças menores de um ano de idade, cuja infecção se atribui à transmissão vertical (de mãe para filho), a prevalência observada era de 2,3%. Porém, como a maior parte destas crianças crescem sem qualquer tratamento, elas morriam da doença, o que acabou por se reflectir na menor prevalência (1,0%) encontrada no grupo dos 5 aos 9 anos de idade. Desta faixa em diante, há uma tendência de subida na prevalência, que atinge 1,8% no grupo das crianças dos 12 aos 14 anos de idade e aumenta aos níveis mais elevados de 16,8% nas mulheres dos 25 aos 29 anos e a 14,2% nos homens dos 35 aos 39 anos.

Moçambique tem a 8ª prevalência de HIV mais elevada do mundo

Verificou-se uma queda no número de novas infecções, mas o total de pessoas que vivem com o HIV está a subir e esta tendência deve continuar à medida que o aumento da cobertura de tratamento reduz a mortalidade. A UNUSIDA (2012) estima que as novas infecções reduziram de 140.000 em 2001 para 120.000 em 2011, enquanto o número total de pessoas, de todas as idades, que vivem com o HIV subiu de 850.000 para 1,4 milhões durante o mesmo período. Houve um crescimento impressionante na cobertura da testagem do HIV (especialmente de mulheres nas consultas pré-natais), no tratamento anti-retroviral (TARV) e na prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV), graças ao financiamento, em larga escala, de projectos por parte dos doadores e aos esforços do governo. Os dados de inquéritos (IDS e INSIDA) mostram que a percentagem

de mulheres dos 15 aos 49 anos de idade que foram testadas no ano anterior e que tiveram conhecimento dos resultados subiu de 2,4% em 2003 (IDS) para 17% em 2009 (INSIDA) e 26% em 2011 (IDS). Os números relativos aos homens (dos 15 aos 49 anos) são mais baixos, mas também têm subido, de 9% em 2009 (INSIDA) para 14,2% em 2011 (IDS).

Houve grande aumento na cobertura da testagem, do tratamento anti-retroviral e da prevenção da transmissão de HIV de mãe para filho

Ocorreram avanços significativos no acesso aos serviços de TARV e PTV, porém o acesso ao TARV pediátrico ainda é limitado. Houve um importante aumento na percentagem de mulheres grávidas que recebem medicamentos para PTV: 83% em 2013, de acordo com os dados administrativos. Em 2003, menos de 3.000 pacientes recebiam o TARV, mas no final de 2013, este número tinha atingido 497.455, com uma taxa estimada em 62,5% de cobertura para adultos. Contudo, a taxa de cobertura para crianças é extremamente baixa, com apenas 36% em 2013 (CNCS, 2014).

EDUCAÇÃO

Ao longo da última década, Moçambique registou progressos impressionantes ao conseguir escolarizar mais crianças. Este sucesso resultou da abolição das propinas escolares (em 2004), da reforma educativa e dos grandes investimentos na construção de escolas e no recrutamento de professores. Entre 2004 e 2011, o número de alunos matriculados nas cinco primeiras classes do ensino primário (EP1) aumentou cerca de 45%, passando de 3,2 milhões para 4,6 milhões. Nas duas últimas classes do ensino primário (EP2), o número de alunos aumentou 73%, passando de cerca de 491.000 para 852.000 (MINED 2012b).



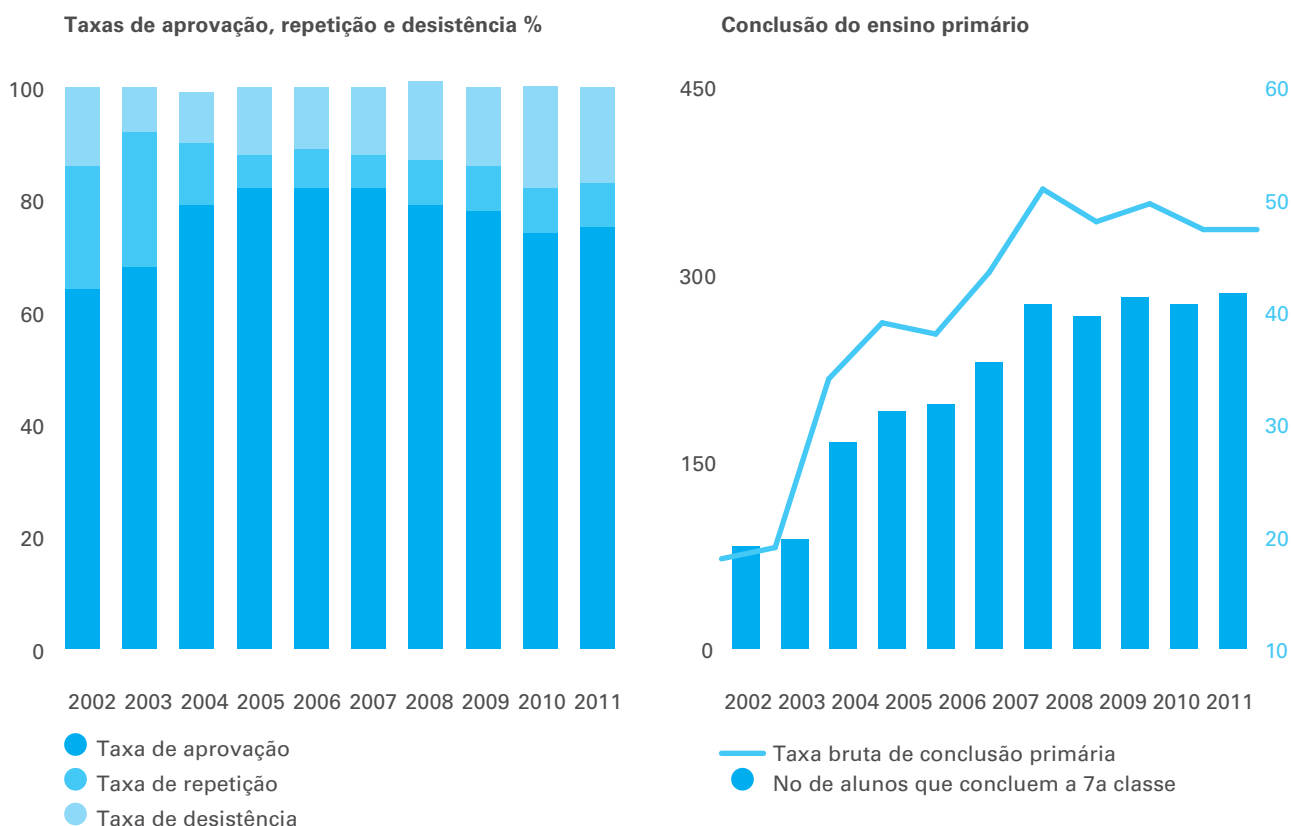
Há mais crianças matriculadas e a iniciarem a escola na idade certa, assim como a frequentarem e concluírem o ensino primário. Têm-se verificado melhorias significativas em relação à idade de ingresso no ensino primário, com uma subida da percentagem de alunos com 6 anos de idade na 1ª classe de 36% em 2002 para 72% em 2012, segundo os dados administrativos (MINED, 2013)⁹. A frequência no ensino primário, medida pela taxa líquida de frequência (TLF), também subiu, passando de 59,7% em 2003 para 77,1% em 2011 (IDS de 2003 e 2011), estando à frente das médias da África Subsaariana. Além disso, a percentagem de crianças que completam o ensino primário é muito maior do que há dez anos. Porém, a taxa bruta de conclusão do ensino primário (o número de crianças de qualquer idade que atingem a última classe do ensino primário em percentagem da população total de crianças de 12 anos de idade) é ainda menor que 50%. O ensino secundário também mostrou um rápido crescimento neste período, mas a partir de um nível muito baixo. Enquanto em 2003 apenas sete em cada 100 crianças de 13 a 17 anos de idade frequentavam o ensino secundário, até 2011 esse número tinha aumentado para 24 em cada 100 (TLF 23,7%).

No entanto, a expansão rápida da escolarização observada desde 2002 começou a abrandar após 2008 e, desde então, tem sofrido um recuo, enquanto que os fracos resultados de aprendizagem tornam-se num motivo de maior preocupação. Os dados dos inquéritos (MICS e IDS) mostram um retrocesso na frequência líquida no ensino primário (TLF), a qual baixou de 81,2% em 2008 para 77,1% em 2011. Mesmo os números absolutos de alunos no segundo ciclo do ensino primário (EP2) caíram em 2011 e 2012 (numa percentagem acumulada de 5,1%). De acordo com os dados administrativos, a taxa bruta de conclusão do ensino primário (na 7ª classe),

que teve uma subida de menos de 20% no início dos anos 2000 para mais de 50% em 2008, sofreu uma redução desde então, passando para 47% em 2012 (ver Figura 2.5). Um estudo efectuado pelo UNICEF (2012) indica que 1,2 milhões de crianças em idade de frequentar o ensino primário e o primeiro ciclo do ensino secundário (ESG1) não frequentam a escola.

**Entre 2004 e 2011,
o número de alunos
matriculados no
EP1 aumentou cerca
de 45%; no EP2, o
aumento foi de 73%**

Figura 2.5 – Ensino primário : repetição, desistência e conclusão, 2004-2012



Fontes : MINED, 2013a.

Além disso, as crianças que vão à escola primária parecem não estar a aprender muito, o que sugere que o alargamento do sistema de ensino observado na década passada trouxe impactos à qualidade do ensino (ver a Caixa 2.2).

Caixa 2.2 – Níveis de aprendizagem baixos e em declínio entre os alunos do ensino primário

As baixas taxas de aprovação nos exames são um sinal de alerta de que o nível de aprendizagem está a diminuir. As taxas de aprovação na 7ª classe (no exame final do ensino primário) estagnaram nos 80% entre 2004 e 2008, tendo descido logo a seguir para os 72% em 2011 (Visser, 2013). De igual modo, as taxas de aprovação nos exames finais dos dois ciclos do ensino secundário têm mostrado uma tendência para descer desde 2008 (MINED, 2013). Estas tendências sugerem que a aprendizagem pode ser, hoje em dia, menor do que o fraco desempenho já revelado pela última testagem padrão efectuada aos alunos, em 2007, pelo Consórcio da África Austral para a Monitoria da Qualidade da Educação (SACMEQ). Nos testes do SACMEQ para leitura e matemática na 5ª classe, as notas baixaram respectivamente de 8% e 9% entre 2000 e 2007, fazendo Moçambique cair do 5º para o 8º lugar em leitura e do 3º para o 6º lugar em matemática (entre um grupo de 9 países da região).

Estes testes concluíram que 22% dos alunos da 5ª classe eram funcionalmente analfabetos e que 33% eram incapazes de fazer operações aritméticas simples.

Dois estudos mais recentes, que tiveram lugar em zonas seleccionadas do Centro e do Norte do país, confirmam que o grau de aprendizagem é muito fraco. O primeiro desses estudos (Raupp et al., 2013), efectuado em 180 escolas de Nampula e da Zambézia, concluiu que só 2% dos alunos da 2ª e 3ª classes tinham adquirido competências básicas de leitura. O segundo estudo (Adelmann et al., 2011), que analisou as competências de leitura dos alunos da 3ª classe em 60 escolas de Cabo Delgado, concluiu que 'os alunos da 3ª classe têm muita dificuldade em conseguir ler'. Da amostra de 631 alunos da 3ª classe, 59% foram incapazes de ler uma única palavra em português.

Os seguintes desafios têm de ser abordados para que se registem novos progressos para o alcance do objectivo da educação para todos:

- **Aumento da cobertura da educação pré-escolar.** A cobertura da educação pré-escolar continua baixa, pois apenas 5% das crianças têm acesso à educação pré-escolar, o que reduz a preparação para a escola. Existem dois sistemas. O primeiro, sob a tutela do Ministério da Mulher e da Acção Social (MMAS, inclui centros infantis públicos e privados para crianças dos 0 aos 5 anos de idade (com apenas 20.000 crianças inscritas em 2013, segundo dados do MMAS) e 'escolinhas' comunitárias para crianças dos 3 aos 5 anos de idade, nas quais foram matriculadas aproximadamente 50.000 crianças em 2013. O Ministério da Educação é responsável pelo segundo sistema, que trata do ensino pré-primário dentro de escolas primárias, embora no estado actual a classe pré-primária exista apenas em algumas escolas privadas (e sem dados sobre o número de crianças escolarizadas)¹⁰.
- **Aumento no número de crianças que iniciam a escola primária na devida idade.** O facto de que muitas crianças ainda iniciam o ensino primário tardiamente tem efeitos adversos mais tarde. As crianças que chegam à adolescência quando ainda estão no ensino primário, devido à sua entrada tardia e à repetição de classes, têm menos probabilidades de concluir o ensino primário (Visser, 2013).
- **Sustentabilidade dos avanços relativos às taxas de desistência e de repetição.** Observa-se um aumento nas taxas de desistência e uma inversão da tendência anterior de declínio das taxas de repetição no ensino primário, como se pode ver na Figura 2.5. Dados administrativos mostram que a taxa de desistência interanual no nível primário mais do que duplicou, passando de 8% em 2003 para 17% em 2011, contribuindo directamente para a redução da taxa de conclusão do ensino primário verificada desde 2008. Ao mesmo tempo, as taxas médias nacionais de repetição, que tinham baixado drasticamente depois da introdução da passagem automática dentro dos três ciclos do ensino primário (classes 1-2, 4-5 e 6-7), com a reforma de 2004, voltaram a subir ligeiramente para cerca de 8% (MINED, 2013).
- **Acesso à escola secundária.** A escolarização no ensino secundário, apesar de estar em grande expansão, continua muito inferior à da maioria dos países africanos. De todas as crianças que concluem o ensino primário, cerca de 70% transitam para o primeiro ano do secundário (8ª classe). No geral, as TLF no ensino secundário são de 25% para os rapazes e de 22% para as raparigas, bastante fracas em comparação com as médias da África Subsaariana, que são de 31% e 29%, respectivamente (UNICEF, 2013a).
- **A qualidade do ensino e da aprendizagem.** Uma grande ênfase deve ser colocada na melhoria da qualidade do ensino com vista a melhorar a aprendizagem dos alunos (ver a Secção 3.5 deste relatório).

O analfabetismo nos adultos, embora tendo diminuído um pouco, ainda continua a ser um problema sério. Os dados do IDS indicam que a alfabetização entre as mulheres dos 15 aos 49 anos só subiu ligeiramente, tendo passado de 37,5% para 40,2% entre 2003 e 2011. A alfabetização masculina é mais elevada, mas estagnou no mesmo período, à volta dos 67-68%. Contudo, o programa nacional de alfabetização tem estado em declínio, com uma queda de 28% no número de participantes entre 2010 e 2012 (MINED, 2013).

PROTECÇÃO DA CRIANÇA

A falta de uma série de dados temporais fiáveis torna difícil avaliar os avanços que dizem respeito à concretização dos direitos de protecção da criança, como o direito à protecção contra todas as formas de violência, abuso e negligência, o direito à protecção contra o trabalho prejudicial e explorador e o direito à identidade legal (através do registo de nascimento). A disponibilidade de dados que possam ser comparados ao longo do tempo limita-se a alguns aspectos específicos, como o casamento prematuro das raparigas e o registo civil.

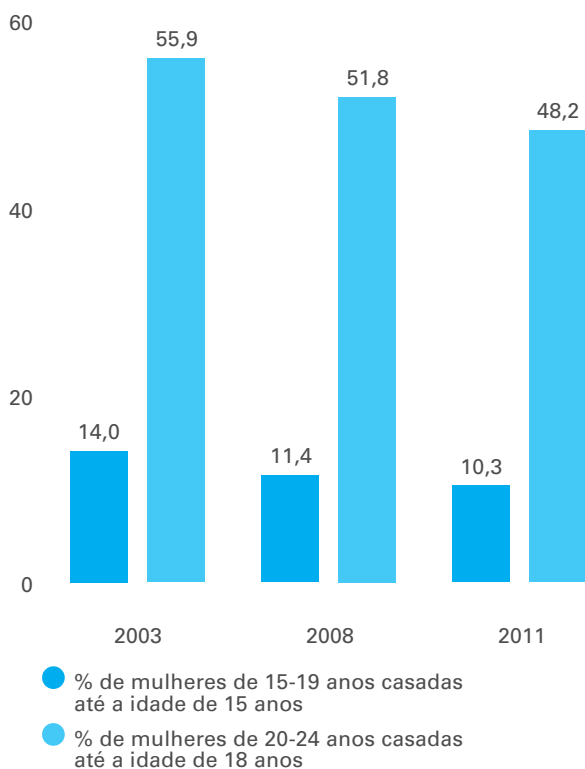
Houve um avanço rápido no registo de nascimentos, mas, apesar disso, metade das crianças menores de 5 anos ainda não estão registadas, o que representa uma violação nítida de um dos mais básicos direitos humanos. Segundo os dados do MICS de 2008 e do IDS de 2011, a percentagem de crianças menores de 5 anos cujo nascimento foi registado subiu acentuadamente de 31% para 48%, muito provavelmente como consequência das campanhas realizadas durante aquele período, incluindo campanhas de sensibilização às famílias para adesão ao registo à nascença nos postos criados. Esta taxa é agora ligeiramente mais elevada do que a média da África Subsaariana (41%) e da África Oriental e Austral (37%), de acordo com os dados do UNICEF (UNICEF, 2013a). No entanto constitui um desafio o aumento da cobertura do registo, em particular à nascença, que é um direito básico da criança.

Inquéritos nacionais mostram que o casamento de crianças apresenta uma tendência em baixa, mas uma em cada duas raparigas ainda casa antes dos 18 anos e uma em cada dez já está casada antes de fazer 15 anos. De facto, Moçambique tem uma das taxas de casamento prematuro (de menores de 18 anos) mais altas do mundo, violando um dos direitos de protecção mais fundamentais (e violando também a lei moçambicana). Todavia, os dados do IDS assinalam um certo progresso, visto que a percentagem de mulheres entre os 15 e os 19 anos de idade que casaram antes dos 15 anos baixou de 14% para 10% entre 2003 e 2011 e que a percentagem de mulheres entre os 20 e os 24 anos de idade que casaram antes dos 18 anos desceu de 56% para 48% (ver Figura 2.6)



Figura 2.6 – Casamento de raparigas antes dos 15 e 18 anos

Casamento de raparigas antes dos 15 e 18 anos



Fonte: IDS 2003 e 2011 e MICS 2008

A violência contra as crianças e mulheres é um problema generalizado, embora não haja dados quantitativos de âmbito nacional sobre a incidência da violência, para além de dados administrativos da polícia sobre a violência doméstica reportada à própria polícia. Em 2012 foram registados 24.380 casos, incluindo 6.863 contra crianças (MINT, 2013). Contudo, estes casos reportados mostram, provavelmente, apenas a ponta do iceberg. Existe uma preocupação especial no que toca ao assédio sexual de raparigas na escola, incluindo pelos próprios professores¹¹. Há mais informação relativa à violência contra mulheres, uma vez que este problema está coberto no IDS de 2011, segundo a qual uma em cada três mulheres (33%) com idade compreendida entre os 15 e os 49 anos declarou que tinha sido vítima de violência física e sexual pelo menos uma vez na sua vida e 28% no ano anterior, principalmente por parte dos maridos e parceiros. Além disso, 12% dessas mulheres afirmaram que, a certa altura da sua vida, tinham sido forçadas a ter relações sexuais. Apenas um pouco mais de um terço (36%) das vítimas de violência física procura qualquer tipo de ajuda, o que pode ter a ver, entre outros aspectos, com as posturas sociais acerca da violência doméstica.

O trabalho infantil atinge mais do que uma em cada cinco crianças dos 5 aos 14 anos de idade. É difícil avaliar as tendências do trabalho infantil, pois não existem dados para anos diferentes. O MICS de 2008 detectou que 22% das crianças trabalhavam, envolvendo uma percentagem maior de raparigas do que de rapazes (24% para 21%), e que as taxas eram especialmente elevadas em Inhambane (39%) e Sofala (30%). Uma fonte de informação mais recente, o inquérito INCAF, que definiu o trabalho infantil de maneira diferente e que parece não incluir o trabalho dentro do agregado familiar, constatou que, no último trimestre de 2011, 12% de crianças entre os 5 e os 17 anos de idade trabalhavam, com proporções mais ou menos semelhantes de raparigas e rapazes envolvidos (INE, 2013). Este estudo encontrou também elevadas taxas em Inhambane e em Sofala, mas uma taxa ainda mais elevada em Tete (40%).

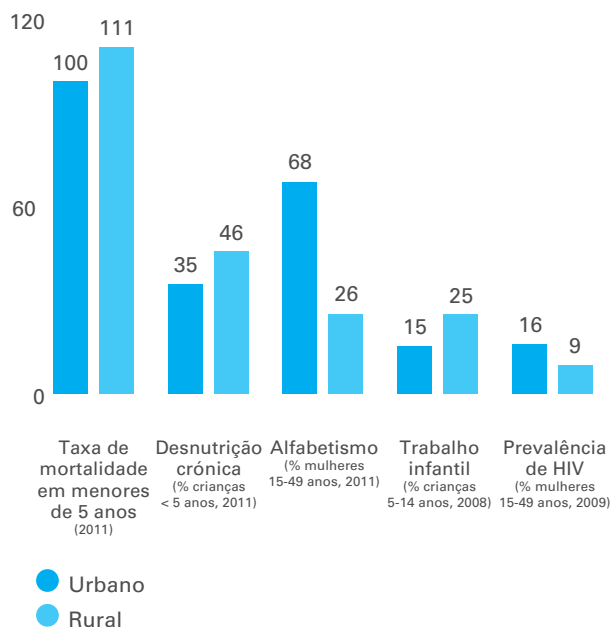
1 em cada 2 raparigas casa antes dos 18 anos; 1 em cada 10 já está casada antes dos 15

2.2 DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS

Existem desigualdades geográficas consideráveis, habitualmente com desvantagem para as zonas rurais e para as províncias do Centro e do Norte do país. Dados administrativos apontam para disparidades também consideráveis entre distritos de uma mesma província. No entanto, devido ao grande número de distritos (141) e ao facto de os dados de inquéritos (geralmente mais fiáveis do que os dados administrativos) não poderem ser desagregados a esse nível, as disparidades entre distritos não serão analisadas neste relatório¹². Ao interpretarem-se estes dados, é importante ter também em conta a distribuição da população. Aproximadamente 30% da população vive em zonas urbanas. Das 11 províncias, algumas são mais densamente povoadas do que outras, com 38% da população total do país concentrada em apenas duas províncias – Zambézia e Nampula¹³.

As zonas rurais estão em situação de desvantagem em muitos indicadores, excepto na prevalência do HIV. Com base nos dados do IDS de 2011, a dimensão territorial da desigualdade entre as zonas urbanas e as rurais pode observar-se tanto a nível do bem-estar humano e infantil (incluindo, por exemplo, a mortalidade em menores de 5 anos, o estado nutricional e o alfabetismo), como também em termos da utilização dos serviços sociais básicos. Em alguns casos, como mostra a Figura 2.7, são acentuadas as disparidades ao nível do bem-estar. Por exemplo, a probabilidade de as mulheres serem alfabetizadas é 2,6 vezes superior nas zonas urbanas do que nas zonas rurais. As crianças das zonas rurais têm 1,7 vezes mais probabilidades de trabalhar. Mas no caso de alguns outros indicadores, como a mortalidade em menores de 5 anos e a desnutrição crónica, as disparidades reduziram ao longo do tempo e neste momento são menos extremas. Em 1997 nas zonas rurais, 237 crianças em cada 1.000 nados vivos morriam antes de completar cinco anos de vida, enquanto nas zonas urbanas morriam 150 crianças (IDS 1997); no entanto, em 2011, essa taxa era de 111 e 100 respectivamente (IDS 2011). Essa mesma tendência de redução das disparidades entre as zonas rurais urbanas também se regista em relação à desnutrição crónica. Para esses indicadores, o que neste momento exige atenção é o facto de os riscos serem altos tanto nas zonas urbanas como nas rurais. A prevalência de HIV contrasta substancialmente com os outros indicadores de bem-estar, apontando para uma situação menos favorável nas zonas urbanas. Esta situação está possivelmente ligada, nas cidades, à densidade populacional mais alta, à migração, ao enfraquecimento das normas socioculturais e ao maior acesso à testagem e tratamento do HIV, que melhora a sobrevivência das pessoas infectadas.

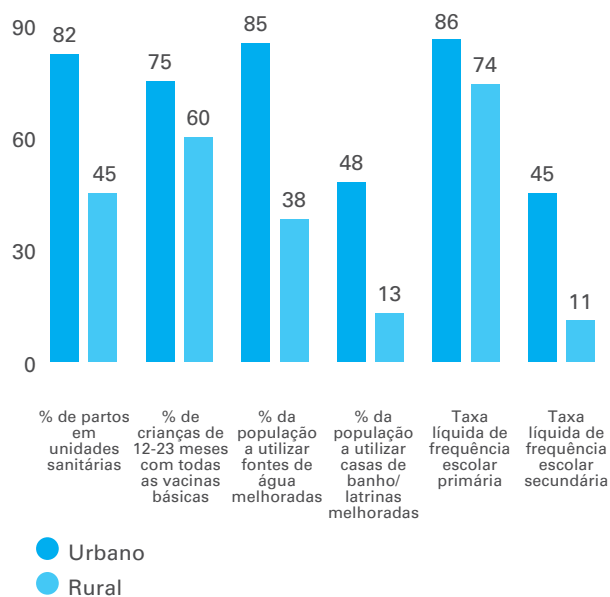
Figura 2.7 – Disparidades urbano-rurais no bem-estar humano e infantil, 2011



Fontes: IDS 2011, MICS 2008 (para o trabalho infantil) e INSIDA (para a prevalência do HIV).

Nota: Os dados desagregados por taxa de mortalidade em menores de 5 anos referem-se ao período de 10 anos que antecedeu o inquérito (2001-2011) e não podem ser comparados com a taxa de mortalidade em menores de 5 anos previamente mencionada (97 por 1.000 nados vivos), que se refere a um período de 5 anos (2006-2011).

Figura 2.8 – Disparidades urbano-rurais na utilização de serviços sociais básicos, 2011



Fonte: IDS 2011.

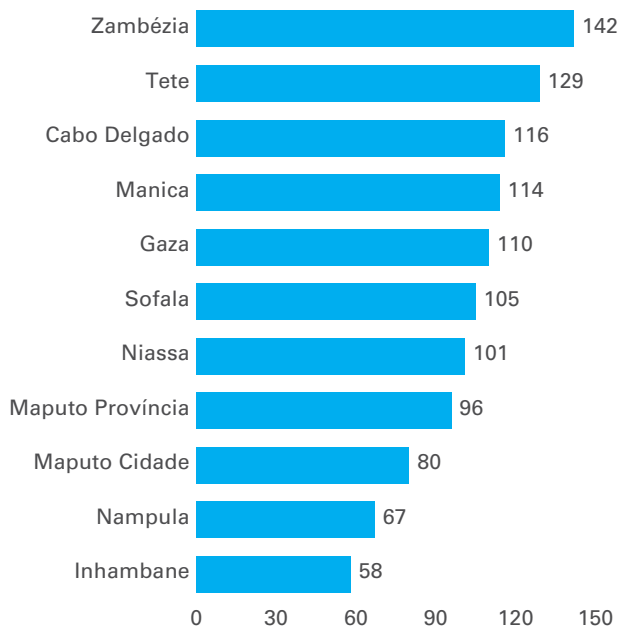


O grau de desigualdade urbano/rural no que diz respeito à utilização dos serviços sociais básicos traduz, em grande medida, o grau de disparidades na oferta de serviços. A diferença na taxa líquida de frequência no ensino primário entre as zonas urbanas e as zonas rurais é bastante ligeira, tal como se pode ver na Figura 2.8, em virtude do avanço significativo verificado em resultado do alargamento da rede de escolas primárias no meio rural. Contudo, as diferenças nas taxas líquidas de frequência entre as zonas urbanas e rurais são grandes no ensino secundário (45% e 11%, respectivamente), devido aos constrangimentos de oferta encontrados a este nível no meio rural. São também importantes as disparidades na utilização dos serviços de saúde, em especial os de saúde reprodutiva. No caso dos partos institucionais, as disparidades mantêm-se elevadas. Em 1997 nas zonas rurais, apenas 33% das mulheres grávidas tiveram um parto institucional, contra 81% das zonas urbanas, enquanto que em 2011 nas zonas rurais 45% das mulheres grávidas tiveram um parto institucional, contra 82% nas zonas urbanas. As mulheres grávidas das zonas urbanas têm uma probabilidade duas vezes maior de dar à luz em unidades sanitárias do que as das zonas rurais (segundo os dados do IDS 2011). Em parte devido às taxas de consultas pré-natais mais baixas, as mulheres no meio rural têm menor probabilidade de fazer o teste de HIV (22% em comparação com 34% no meio urbano). Verificam-se também grandes desigualdades quanto ao abastecimento de água e saneamento. A população rural tem uma probabilidade quatro vezes menor de utilizar infra-estruturas de saneamento melhoradas e duas vezes menor de utilizar fontes melhoradas de água potável do que nas zonas urbanas. No meio rural, metade da população (51%) pratica o fecalismo a

céu aberto e uma em cada cinco pessoas (21%) recorre à água de superfície para beber. Registam-se também grandes disparidades no acesso à água dentro das cidades, nomeadamente entre a moderna 'cidade de cimento' e os aglomerados informais peri-urbanos.

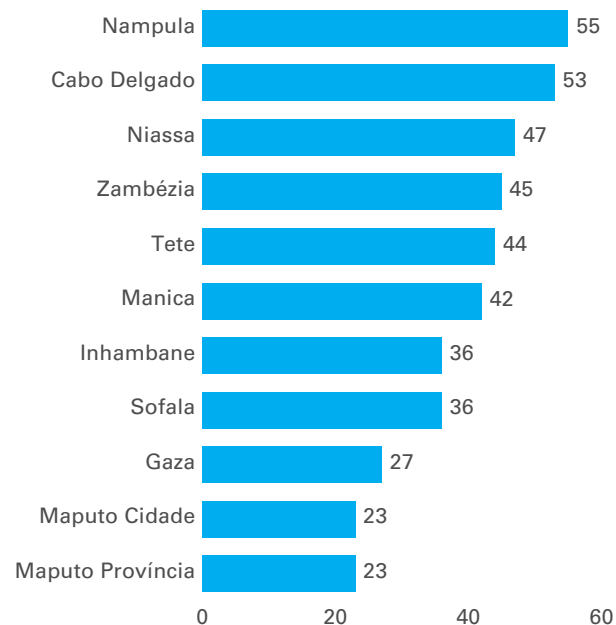
70% da população do país vive em zonas rurais, que são as zonas com as maiores desvantagens em muitos aspectos do bem-estar infantil

Figura 2.9 – Disparidades entre províncias: taxa de mortalidade em menores de 5 anos (óbitos por 1.000 nascidos vivos), 2011



Fontes: IDS 2011.

Figura 2.10 – Disparidades entre províncias: % das crianças menores de 5 anos com desnutrição crónica, 2011



Fonte: IDS 2011.

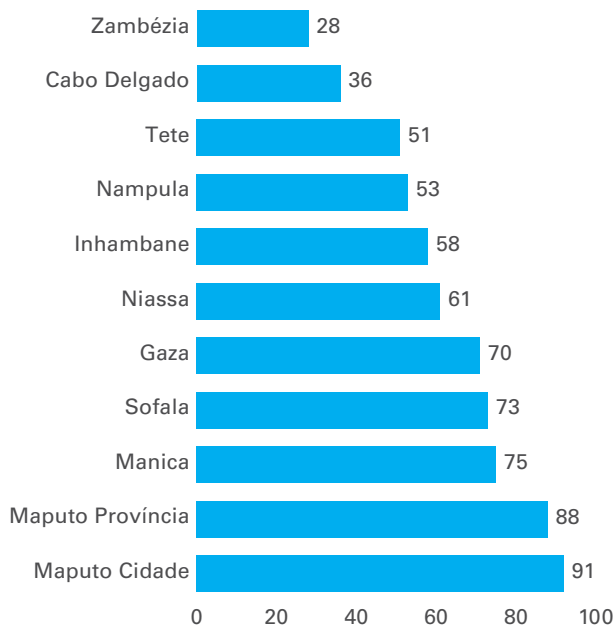
Há uma acentuada disparidade Norte-Sul, que se pode confirmar pelos mais recentes dados do IDS (2011), segundo os quais as províncias do Centro e do Norte do país encontram-se numa situação geralmente de desvantagem em comparação com as do Sul.

A mortalidade em menores de 5 anos é superior a 100 por cada 1.000 nados vivos em seis das províncias do Centro e do Norte (Zambézia, Tete, Cabo Delgado, Manica, Sofala e Niassa), bem como numa província do Sul (Gaza). No entanto, a província nortenha de Nampula tem uma das taxas mais baixas de mortalidade em menores de 5 anos. Uma criança que nasça em Nampula tem uma probabilidade mais de duas vezes maior de sobreviver até completar cinco anos do que uma que nasça na vizinha Zambézia. Em contraste, exceptuando a província da Zambézia, que registou um aumento da mortalidade desde 2003 a 2011 de 123 mortes para 142 mortes por cada 1.000 nados vivos, esta é a região que maiores progressos registou na taxa de mortalidade em menores de 5 anos. Quatro províncias (Nampula, Cabo Delgado, Niassa e Sofala) registaram uma redução de mais de 100 mortes por cada 1.000 nados vivos durante esse intervalo.

Uma criança nascida nas províncias do Norte é duas vezes mais susceptível de sofrer de desnutrição do que uma que nasça nas províncias do Sul. Nampula, Cabo Delgado e Niassa registam as taxas mais altas de desnutrição crónica, na ordem dos 47% a 55%, seguidas pelas províncias do Centro (36% a 45%) e do Sul (23% a 36%).

De um modo geral, a utilização de unidades sanitárias é também mais baixa no Centro e no Norte, em comparação com o Sul, embora com diferenças bastante nítidas entre províncias dentro destas regiões. Por exemplo, a percentagem de partos nas unidades sanitárias varia entre os 28% e os 75% no Centro e no Norte do país, mas em termos globais, é consideravelmente mais elevada no Sul (na ordem dos 58% aos 91%). Por outro lado, nota-se que exceptuando a província da Zambézia, que regista pouco progresso no indicador parto institucional, é nesta região onde houve mais progressos no acesso ao parto institucional entre 2003 e 2011, com destaque para Sofala, Manica, Nampula e Niassa, que aumentou entre 15 e 21 pontos percentuais.

Figura 2.11 – Disparidades entre províncias: % dos partos em unidades sanitárias, 2011

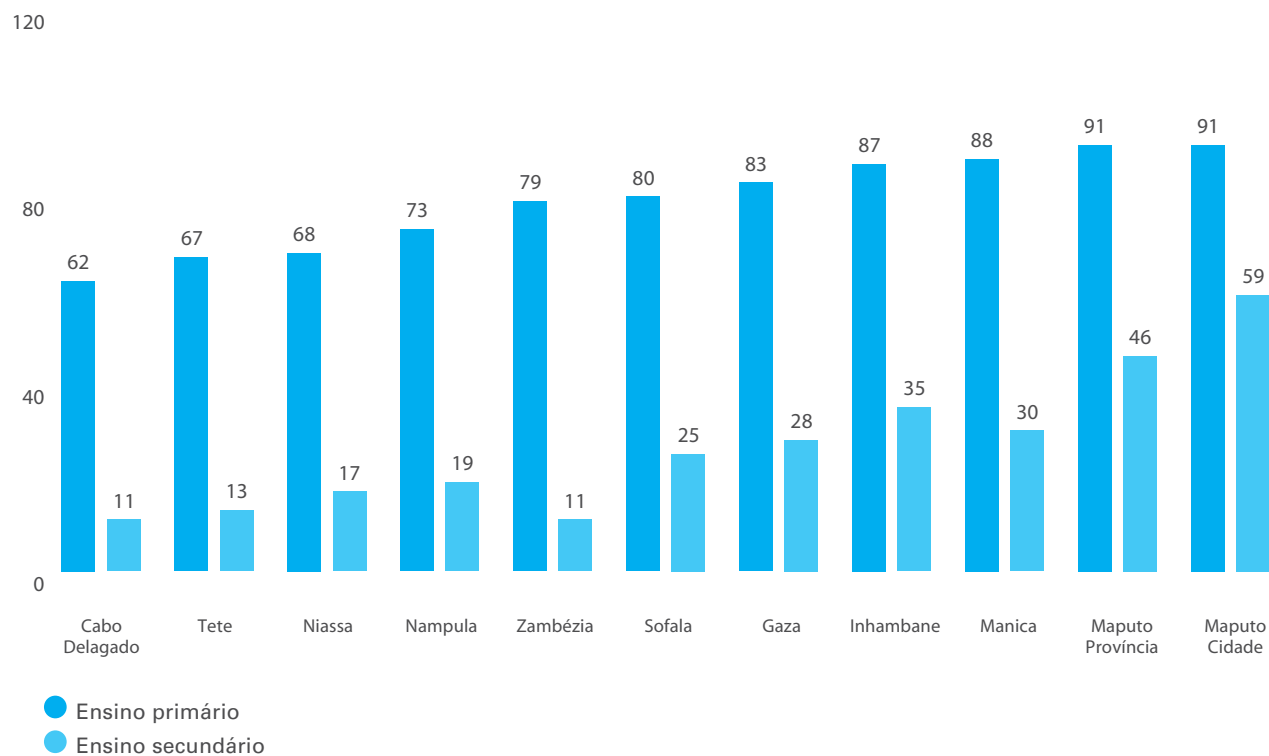


Fonte: IDS 2011.

Existem grandes desigualdades regionais no acesso à educação, sobretudo ao nível secundário. No ensino primário, as taxas líquidas de frequência são de 62% a 73% nas províncias do Norte, de 67% a 88% nas províncias do Centro e de 83% a 91% nas províncias do Sul. No ensino secundário, a TLF é de 59% em Maputo Cidade, mas menos do que 20% em todas as províncias do Norte e menos de 30% em todas as do Centro (e menos de 20% na Zambézia e em Tete). De igual modo, os dados administrativos assinalam grandes disparidades Norte-Sul em termos de taxas de ingresso na devida idade, de retenção, desistência e conclusão escolares e os testes do SA-CMEQ apontam para disparidades semelhantes nos resultados da aprendizagem.

Estas desigualdades manifestam-se também no acesso à água e ao saneamento. De acordo com os dados do inquérito de base do PRONASAR em 2011 (MOPH, 2012a), a percentagem da população das zonas rurais que utiliza tanto fontes melhoradas de água potável como infra-estruturas de saneamento melhoradas decresce de 13% no Sul para 11% no Centro e apenas 4% no Norte.¹⁵

Figura 2.12 – Desigualdades entre províncias: taxas líquidas de frequência escolar (%), 2011



Fonte: IDS 2011.

UM OLHAR À SITUAÇÃO

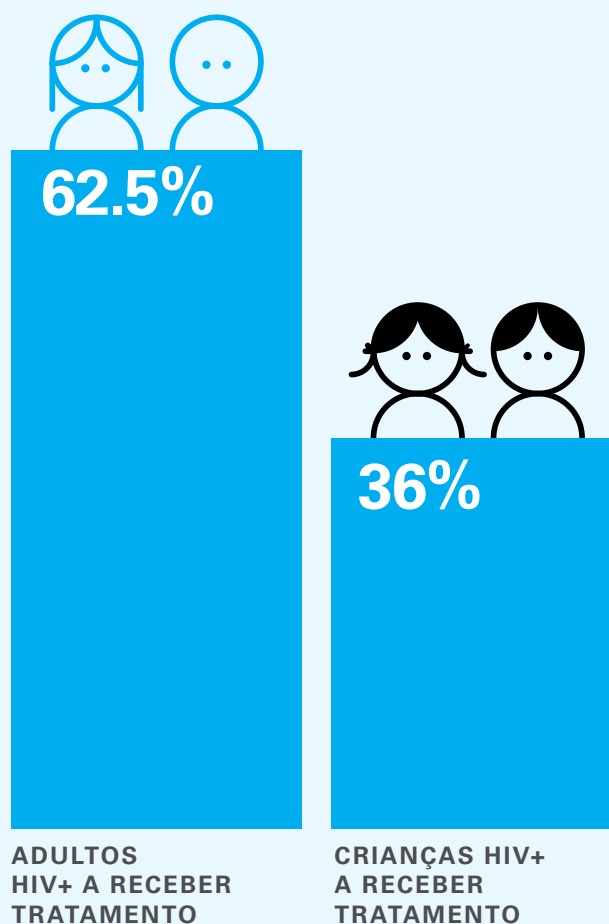
CRIANÇAS EM MOÇAMBIQUE



As mais de 12 milhões de crianças moçambicanas constituem 52% da população do país

HIV/SIDA

Moçambique tem a 8ª prevalência mais elevada do mundo. 11,5% da população (15-49) é seropositiva



UM OLHAR À SITUAÇÃO

MORTALIDADE DE CRIANÇAS 0-5 ANOS

De 1997 a 2011, a mortalidade em menores de 5 anos diminuiu pela metade

1997

20 de cada 100
crianças morriam
antes de fazer 5 anos

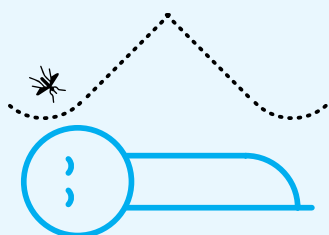


2011

Essa proporção é
agora 10 de cada 100



ESSE AVANÇO É EM PARTE O RESULTADO DO AUMENTO DO USO DE REDES MOSQUITEIRAS, DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL, DE VACINAS E DE TRATAMENTO DE IRA



- 1 – Para os relatórios IDS, ver INE e Macro DHS (2008), INE, MISAU e MEASURE DHS (2005) e INE, MISAU e MEASURE DHS (2012). Para o MICS 2008, ver INE (2009) e para os resultados do IOF 2008/09 (e as comparações com o IAF 2002/03), ver MPD, 2010. Todas as referências bibliográficas estão no fim deste relatório.
- 2 – A malária é a maior causa de morte de crianças menores de 5 anos (33%), seguida do SIDA com 10%, da pneumonia com 10% e da diarreia com 7%. A distribuição das causas de mortalidade é baseada nos dados do Censo de 2007.
- 3 – Além disso, 18,5% dos agregados familiares em 2011 referiram que os quartos tinham sido pulverizados com insecticida nos últimos 12 meses.
- 4 – Embora as vacinas iniciais tenham uma cobertura elevada (cerca de 80% para a BCG e a DPT1), verificou-se uma queda na cobertura posterior (para 69% na DPT3 e 62% na vacinação completa), denotando dificuldades de sustentar o cumprimento dos prazos de vacinação.
- 5 – Silva-Leander S (2014) Situation Analysis Mozambique: Multivariate regression analysis on chronic malnutrition (DHS 2011), UNICEF Moçambique, Maputo
- 6 – A recolha de dados para o IOF de 2008/09 realizou-se no decurso de um ano, de Setembro a Agosto, enquanto a recolha para o MICS de 2008 e o IDS de 2011 teve lugar nos meses imediatamente anteriores e no início do 'período de escassez' (Agosto-Novembro para o MICS e Junho-Novembro para o IDS). Se compararmos os resultados do IOF de 2008/09 e os do MICS de 2008, no período de sobreposição (ver Azzarri et al, 2011), as diferenças na prevalência de desnutrição crónica e de baixo peso para a idade foram muito pequenas e não significativas estatisticamente, embora o IOF tenha detectado uma diferença estatística mais acentuada na prevalência da desnutrição aguda (6,3%), o que se aproxima da prevalência encontrada três anos mais tarde no IDS de 2011.
- 7 – OMS, 2009.
- 8 – Com base nas estimativas de 2009, as metas de cobertura para 2015 são de 68% para a água e 56% para o saneamento. Contudo, é possível que as estimativas de base, que não foram obtidas de inquéritos nacionais, sejam incorrectas, com um valor sobrestimado no caso do saneamento.
- 9 – De acordo com esta fonte, em 2012, por volta dos 7 anos de idade, quase 100% das crianças eram matriculadas na escola.
- 10 – Um estudo levado a cabo em Gaza assinalou que as crianças entre os 3 e os 5 anos que tinham participado num programa DPI na comunidade tinham um melhor desempenho das medidas cognitivas e de desenvolvimento geral por volta dos 6 anos (em comparação com o grupo-controlo) e tinham mais probabilidades de entrar para o ensino primário na idade certa (referido por Fox et al., 2012).
- 11 – Num relatório sobre as visitas de campo efectuadas em 2008 para investigar o assunto, o Ministério da Educação mencionou que, em conversas com os alunos da 4a à 7a classes do ensino primário, 70% das raparigas tinham dito que 'alguns professores usam a relação sexual como condição para a passagem de classe' (MEC, sem data). As referidas raparigas temiam a retaliação como um dos motivos principais de ficarem caladas sobre o assédio sexual.
- 12 – Foi montado um novo sistema de monitoria a nível distrital, O Sistema de Monitoria do Desenvolvimento Distrital (SMoDD) pelo Ministério da Administração Estatal, o Ministério da Planificação e Desenvolvimento e o Instituto Nacional de Estatística (INE) para monitorar o desempenho das diversas administrações distritais. Esta actividade tem sido testada em diversos distritos de Inhambane, mas ainda não foi alargada a todo o país.
- 13 – Os dados detalhados sobre as disparidades, por províncias e por zonas de residência urbanas e rurais, podem ser observados nos quadros A.2 e A.3 do anexo estatístico.
- 14 – Os dados do IDS de 2011 sobre o abastecimento de água e saneamento nas zonas rurais são semelhantes aos resultados do inquérito de base do Programa Nacional para o Abastecimento de Água e Saneamento Rural (PRONASAR), que teve lugar no mesmo ano (MOPH, 2012a). Segundo este, a percentagem da população rural que recorria a fontes melhoradas de água para beber era ligeiramente mais elevada (45%) e a percentagem com saneamento melhorado ligeiramente menor (12%).
- 15 – No entanto, se analisada separadamente, a utilização de fontes melhoradas de água potável é maior no Centro do país (52%) do que no Sul (48%), mas ainda assim é mais baixa no Norte (35%), segundo esta fonte.



O que está a dificultar progressos mais rápidos?

03

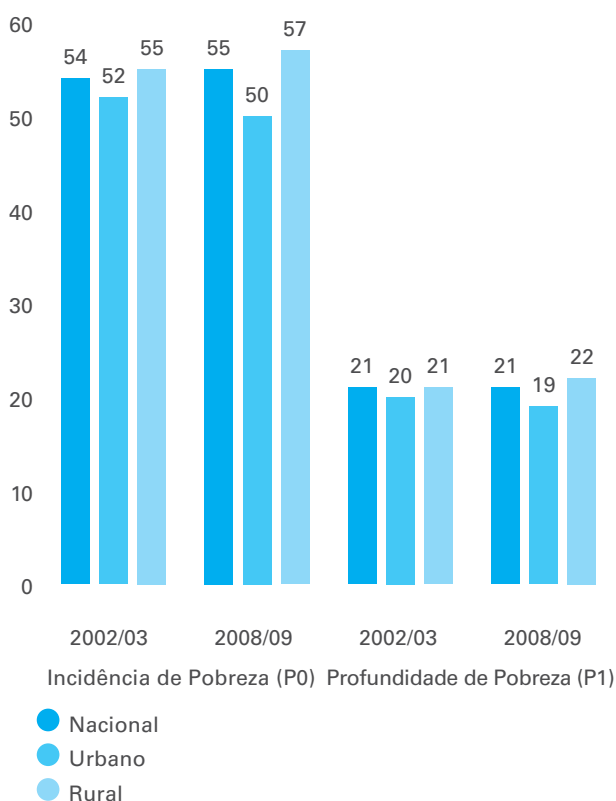
Face aos progressos desiguais discutidos no capítulo anterior, deve ser dada uma atenção especial aos factores subjacentes e intermédios que influenciam o ritmo de progresso, incluindo os entraves que em alguns casos impedem a realização dos direitos das crianças. Tal como se referiu no quadro conceptual desta análise, os factores-chave no nível subjacente incluem a pobreza e a vulnerabilidade, as mudanças climáticas, as práticas socioculturais e as relações de género e a governação. Estes factores afectam, indirectamente e de maneiras diversas e interligadas, a realização dos direitos da criança, por via de uma série de canais intermédios.

3.1 POBREZA E VULNERABILIDADE INFANTIL

A vulnerabilidade infantil é um fenómeno multidimensional, no qual os níveis elevados de pobreza monetária desempenham um papel especialmente importante em Moçambique, além de outros factores como a qualidade do ambiente familiar, a presença de deficiências e as desigualdades de género. A pobreza monetária tem implicações cruciais no acesso aos serviços sociais e no bem-estar da criança. No entanto, tendo em conta a imaturidade e a dependência da criança, as fragilidades dentro da família (ou em casos extremos a ausência de família) podem ser uma fonte adicional de vulnerabilidade infantil. Em Moçambique, este tipo de fragilidade traduz-se em particular no facto de uma grande percentagem de crianças, incluindo, mas não apenas, órfãos, não viver com os pais biológicos. As crianças com deficiências enfrentam a desvantagem adicional da diminuição das suas capacidades funcionais e da discriminação dentro da família, da comunidade e da sociedade, que conduzem muitas vezes a uma situação de exclusão social. As desigualdades de género, discutidas na Secção 3.3 deste capítulo, aumentam a vulnerabilidade das raparigas.

POBREZA MONETÁRIA

Figura 3.1 – Incidência e profundidade de pobreza, 2002/03-2008/09



Fonte: IAF 2002/03 e IOF 2008/09 (INE, 2010)

O rápido crescimento económico registado nos últimos anos não trouxe uma redução significativa da pobreza monetária. Embora não haja dados disponíveis desde o Inquérito sobre o Orçamento Familiar (IOF) mais recente, realizado em 2008/09¹⁶, sabe-se que as taxas de pobreza monetária estagna-

ram durante o período de 2002/03 a 2008/09, com a incidência de pobreza estável neste período entre os 54 e os 55% da população. A profundidade de pobreza (a distância média entre os pobres e a linha de pobreza) também permaneceu mais ou menos inalterada, a cerca de 21% da linha de pobreza (MPD, 2010). A consequência disto é que embora as taxas de crescimento tenham chegado a uma média de 7,5%, isso não mudou a situação dos pobres, ao contrário do que tinha sucedido no início do período pós-conflito, quando o retorno dos refugiados e o renascer das actividades económicas, em especial nas zonas rurais, provocou melhorias iniciais bastante rápidas quanto à redução da pobreza. Cada 1% de crescimento do PIB per capita no período de 1996/97 até 2002/03 fez baixar a pobreza em 0,86 pontos percentuais, mas no período de 2002/03 até 2008/09 só fez baixar a pobreza em 0,04 pontos percentuais. Por outras palavras, o crescimento mais recente da economia não se traduziu na saída de uma maior percentagem dos moçambicanos da pobreza (Cunha et al., 2013).

Esta constatação tem sido atribuída ao facto de que grande parte deste crescimento tem vindo de investimentos nos megaprojectos e na indústria extractiva, que têm uma fraca ligação com o resto da economia, originando poucos empregos. Nas áreas mais atingidas por esses investimentos, a fixação de áreas concessionadas traz o risco de privar as populações locais dos seus meios de subsistência quando são reassentadas em zonas com menor potencial agrícola, como parece ter ocorrido em certos sítios de Tete. Em contraste com os elevados níveis de investimento directo estrangeiro em megaprojectos, tem-se verificado pouco investimento na melhoria da produtividade dos pequenos agricultores, o que prejudica directamente os rendimentos e a segurança alimentar da maior parte da população do país, que está envolvida na agricultura. Esses agricultores são sempre muito vulneráveis aos choques climáticos e à sazonalidade dos rendimentos rurais. Os padrões de vida e a segurança alimentar também têm sido afectados pela subida dos preços internacionais dos alimentos e dos combustíveis, especialmente nas zonas urbanas. Ainda que a pobreza urbana (com uma incidência de 50% em 2008/09) seja mais baixa do que a pobreza rural (56,9%), a diferença é pequena (ver Figura 3.1).

AMBIENTE FAMILIAR E VULNERABILIDADE INFANTIL

O grau de vulnerabilidade das crianças reflecte não só o rendimento dos agregados familiares e a sua capacidade de resistir aos choques económicos e climáticos, mas também o ambiente familiar no qual elas vivem. Não estando plenamente amadurecidas, quer física quer psicologicamente, as crianças dependem muito do apoio e do afecto dos pais e dos membros da família. Quando esse apoio falta ou a criança é totalmente privada de um ambiente familiar, ela fica vulnerável aos maus tratos e a maiores riscos de privações que comprometem o seu bem-estar e o seu desenvolvimento.

O facto de uma considerável percentagem de crianças moçambicanas não viver com os pais biológicos, por serem órfãos ou por consequência da separação dos pais, da migração, do acolhimento informal em famílias alternativas ou de outros factores, é motivo de grande preocupação. De acordo como o IDS de 2011, quase uma em cada cinco crianças (18%) não vive com os seus próprios pais, embora na maior parte dos casos pelo menos um deles esteja vivo. A

percentagem de crianças que estão separadas de ambos os pais sobe em função da idade, atingindo o pico na faixa etária dos 15 aos 17 anos, altura em que 40% das crianças não vivem com nenhum dos pais, ainda que ambos estejam vivos para mais de metade destas crianças (23% do total). É provável que esta situação traduza, entre outros aspectos, o casamento prematuro das raparigas, que constroem novas famílias com os seus maridos e que, por isso, não ficam a viver com os pais. O casamento prematuro pode também ser a razão principal pela qual cerca de 36.000 crianças vivem em agregados familiares em que o chefe de família é uma criança¹⁷. Os dados do IDS indicam ainda que só pouco mais de metade das crianças moçambicanas (52%) vive com ambos os pais, uma percentagem que desce para o seu nível mais baixo em Gaza (28%), muito provavelmente porque essa província tem uma longa tradição de migração por motivos económicos, nomeadamente para a África do Sul. Das crianças que vivem só com as mães, uma em cada cinco tem o pai ainda vivo, o que atesta o grau de separação das famílias, geralmente em virtude de migração ou de instabilidade familiar. Há também uma pequena minoria de crianças que vivem totalmente fora de um ambiente familiar, privadas de um apoio afectivo natural por parte da família e, em alguns casos, expostas a situações de risco muito elevado. Neste grupo incluem-se as crianças que estão nas prisões (2.329, ou 14% da população prisional, em Abril de 2013) e, por volta dos finais de 2012, 8.267 crianças que viviam em centros de acolhimento (MMAS, 2013; Brown e Winberg, 2013). Ainda que a informação disponível sobre este assunto seja escassa, sabe-se que algumas crianças e mulheres jovens são traficadas, principalmente das zonas rurais para as urbanas ou para países vizinhos, incluindo para exploração sexual e trabalho doméstico.

Quase 1 em cada 5 crianças não vive com os seus próprios pais; entre as de 15 a 17 anos, essa proporção sobe para 2 em 5

A percentagem de órfãos aumentou em virtude dos efeitos do SIDA. Os dados do IDS mostram que a percentagem de crianças que são órfãs de um ou ambos os pais aumentou em quase um terço, passando de 10% para 13% entre 2003 e 2011. Os duplos órfãos, que perderam ambos os pais, constituem apenas um subgrupo destas crianças, mas esta categoria também cresceu em importância, de 1,3% para 1,7%, no mesmo período. Estas são principalmente crianças mais velhas. Embora os órfãos (de um ou ambos os pais) tenham uma probabilidade ligeiramente maior de fazer parte dos quintis de riqueza mais altos (indicando ou um maior impacto do HIV/SIDA entre os mais abastados, ou uma maior capacidade dos agregados mais ricos de acolher órfãos, ou ambos estes factores), os dados do IDS 2011 mostram que os órfãos de pai e mãe são especialmente vulneráveis a privações de educação. Eles têm 7 pontos percentuais menos probabilidades de frequentar a escola do que as crianças que não perderam nenhum dos pais e que vivem com pelo menos um deles (74% e 81%, respectivamente). Uma



análise de regressão baseada nos dados do IDS de 2011 (Silva-Leander, 2014) constatou que, de todas as diversas categorias de crianças menores de 5 anos, os órfãos têm a maior probabilidade de desnutrição crónica (51%), após controlar todos os outros factores, em comparação com uma probabilidade de 42% no caso das crianças não órfãs.

Um terço dos agregados familiares está a tomar conta de órfãos ou de outras crianças acolhidas de maneira informal. O IDS de 2011 indica que cerca de 19% dos agregados têm órfãos e pouco menos de um quinto desses agregados (3% de todos os agregados familiares no país) estão a tomar conta de órfãos de ambos os pais. Para além disso, 28% dos agregados acolheram crianças (órfãs ou não), no sentido em que essas crianças estão a viver em famílias alternativas sem nenhum dos pais. Isto é, esmagadoramente, o resultado do acolhimento informal, o que mostra um dos pontos fortes da sociedade moçambicana: um elevado grau de solidariedade que, apesar das dificuldades materiais do dia-a-dia na maioria destas famílias, proporciona um lar a milhões de crianças que não vivem com os próprios pais. Por outro lado, e em conformidade com os dados de educação relativos aos órfãos duplos, existe o risco de alguns destes órfãos ou crianças separadas ficarem em desvantagem em relação aos ‘filhos de sangue’ no seio das famílias de acolhimento ou, no pior dos casos, poderem ser vítimas de exploração como fontes de trabalho dentro do agregado familiar.

DEFICIÊNCIA E VULNERABILIDADE INFANTIL

Com uma taxa de 2% de prevalência na população, segundo o Censo de 2007, a deficiência é um factor adicional de vulnerabilidade infantil. Grande parte das pessoas com deficiência vive nas zonas rurais em famílias pobres e sem acesso aos serviços especiais que requerem. O Censo apontou como causas principais da deficiência a doença (58%) e os problemas



congénitos à nascença (33%), sendo os tipos mais comuns de deficiência as pernas amputadas (21%), a surdez (13%), a cegueira (9%), a deficiência mental (9%), os braços amputados (8%) e a paralisia (7%).¹⁸

Outros estudos calcularam taxas de prevalência de deficiência mais elevadas. Destaca-se a estimativa de 6% feita num estudo nacional representativo sobre as condições de vida da população com deficiência, realizada em 2007-2008, que utilizou os critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS (INE, FAMOD e SINTEF, 2009). Significa que, em 2014, a deficiência afecta cerca de 1,5 milhões de pessoas, impedindo a sua plena funcionalidade. O estudo estimou que cerca de um quarto (26%) dos agregados familiares incluem pelo menos um membro com limitação funcional.

A deficiência afecta 1 em cada 15 pessoas

As condições de vida das pessoas com deficiência são geralmente mais precárias que as do resto da população devido aos efeitos socioeconómicos da estigmatização e da discriminação social das quais são muitas vezes vítimas, assim como aos constrangimentos ligados às próprias limitações de capacidade funcional, ao baixo nível de escolaridade e de inserção no mercado de trabalho e ao fraco acesso a serviços especiais e a subsídios de compensação. Todos estes factores tornam difícil o alcance de um nível de vida decente. O estudo nacional realizado em 2007-2008 utilizou uma lista de 37 tipos de bens para medir o nível de vida dos agregados familiares com e sem Pessoas com Limitações Funcionais (PLF). Este constatou

que os agregados familiares com PLF possuem menos tipos de bens (em média 7,4) comparativamente com os agregados familiares sem PLF (8,2).

Ainda persistem atitudes negativas por parte de muitas famílias, que conduzem a uma situação de exclusão social da pessoa com deficiência desde a infância. As atitudes parecem estar a evoluir para uma melhor aceitação das pessoas com deficiência e uma diminuição da discriminação social contra elas. No entanto, a estigmatização e a discriminação continuam presentes nas comunidades e dentro de muitas famílias, pondo em risco a realização dos direitos da criança com deficiência, diminuindo a auto-estima e às vezes marginalizando a família como um todo. As mães de crianças com deficiência são muitas vezes divorciadas pelos maridos. Estas atitudes negativas enraizam-se nas crenças supersticiosas à volta da deficiência, segundo as quais o nascimento de uma criança com deficiência é um castigo para a família, infligido por poderes divinos ou por antepassados para punir pecados cometidos pelos pais (UNICEF, 2013, e HI, 2010). Por isso, a criança com deficiência muitas vezes não é registada ao nascer e é muitas vezes fechada dentro de casa, em detrimento do seu direito de frequentar a escola e de participar na vida social na comunidade, incluindo o de brincar com outras crianças. Nos piores casos, estas crianças podem ser abandonadas e/ou institucionalizadas em orfanatos (Brown e Windberg, 2013).

As crianças com deficiência são menos escolarizadas, apesar de uma provável melhoria nos últimos anos em resultado da expansão geral do sistema de ensino. O estudo nacional de 2007-2008 constatou que a escolarização das crianças em agregados familiares com PLF era muito mais baixa do que num grupo de controlo de agregados familiares sem PLF. No grupo etário de 0 a 14 anos, as percentagens de crianças nunca escolarizadas eram respectivamente 43% no grupo PLF e 19% no grupo de controlo.

O Governo, através do Ministério da Educação, procura assegurar que as crianças com necessidades educativas especiais sejam integradas nas escolas regulares, em vez de serem segregadas em escolas separadas ou excluídas do sistema de ensino. Já as crianças cujo grau de deficiência é severo devem ser atendidas em escolas especiais, de acordo com a Política Nacional de Educação, adoptada em 1995. No entanto, as poucas escolas especiais disponíveis, maioritariamente no meio urbano, estão direccionadas principalmente às crianças com deficiência auditiva. O Ministério tem três Centros de Recursos de Educação Inclusiva (CREI) nas zonas Norte, Centro e Sul, que providenciam programas de formação profissional destinados a crianças com necessidades educativas especiais e a outras crianças vulneráveis. A existência de crianças com múltiplas deficiências é uma realidade no país, o que faz com que seja necessário encontrar mecanismos específicos para o atendimento dessas crianças, com a sensibilização das famílias e a preparação de técnicos de âmbito social e professores para que possam prestar o devido atendimento a essas crianças.

Ainda persistem atitudes negativas por parte de muitas famílias, que conduzem a uma situação de exclusão social da pessoa com deficiência desde a infância

A implementação da educação inclusiva enfrenta muitos constrangimentos. A educação inclusiva é aquela que é sensível às crianças com necessidades educativas especiais, que compreende a situação destas crianças, nomeadamente no plano psicossocial, e que tem capacidade adequada para atender às suas necessidades específicas dentro do sistema escolar regular sempre que seja possível, levando estas crianças a desenvolverem o máximo do seu potencial, sem estigma e independentemente das diferenças que elas possuam. Um estudo sobre o acesso à educação das crianças com deficiência em Maputo Província e na Zambézia (FAMOD & PI, sem data) concluiu que 'as escolas, na sua maioria, não reúnem as condições mínimas de acessibilidade'. Na maioria dos casos, estas não dispõem de rampas ou casas de banho adaptadas, nem de materiais especializados de ensino para as crianças com deficiência, tais como máquinas braille. Para além disso, o elevado rácio aluno-professor e a inadequada formação técnica dos professores para instruir as crianças com deficiência constituem entraves sérios à implementação da educação inclusiva. Outro estudo, realizado em três distritos de Nampula e Tete em 2012 (UNICEF, 2013), concorda com esta avaliação, salientando a falta de preparação dos professores como constrangimento principal, assim como a falta de materiais didácticos específicos para cada tipo de deficiência e os problemas de acessibilidade física nas escolas. Este estudo revelou que, em ambas as províncias, as crianças com deficiência auditiva ou visual são as que menos frequentam a escola. A não escolarização é também resultado de atitudes dentro da fa-



mília, incluindo o isolamento da criança com deficiência dentro de casa, como já foi referido, o desejo de proteger a criança dos riscos de maus-tratos na escola e a ideia de alguns pais de que não é rentável investir na educação da criança com deficiência.

Vários estudos destacam também a maior vulnerabilidade dos adolescentes, e especialmente das raparigas, com deficiência em relação à sua saúde reprodutiva e à protecção contra o HIV e SIDA (DDP, 2008, Lefèvre-Chaponnière, 2010, e HI, 2013). A grande maioria dos jovens com deficiência são sexualmente activos, mas eles têm menores níveis de conhecimentos sobre o HIV e os métodos de prevenção da transmissão, uma vez que têm baixos níveis de escolaridade e um acesso limitado à informação (sobretudo no caso dos jovens com deficiências auditivas e intelectuais). Devido à sua situação de precariedade extrema, as raparigas adolescentes com deficiência são particularmente vulneráveis, devido não só aos seus baixos níveis de conhecimentos, mas também porque se encontram muitas vezes em relações sexuais instáveis e múltiplas e com quase nenhuma influência sobre a utilização de preservativos pelos seus parceiros. Estes estudos concluíram que os programas de prevenção não têm tomado em conta adequadamente a situação específica dos jovens com deficiência e os constrangimentos que limitam o seu acesso aos meios de informação mais utilizados nas campanhas.

As crianças com deficiência que estão isoladas dentro de casa são especialmente vulneráveis à violência e aos abusos sexuais cometidos por membros da própria família (Save & HI, 2011, e HI, 2013). Estes abusos acontecem, às vezes durante longos anos, sem o conhecimento ou a intervenção de vizinhos, de líderes comunitários ou do Estado (Polícia e assistentes sociais). O baixo nível de escolaridade e a forte dependência das crianças com deficiência tornam ainda mais difícil a procura de ajuda. Os abusos tornam-se mais extensos à idade adulta sob a forma de violência doméstica e sexual. Segundo um estudo recente realizado em Maputo e Matola, 75% das mulheres com deficiência já sofreram alguma vez violência sexual ou doméstica (HI, 2013).

Nos últimos anos observou-se uma tendência de melhoria do acesso de pessoas com deficiência aos serviços de reabilitação e de assistência médica e medicamentosa, mas há ainda grandes défices na disponibilidade e na qualidade dos serviços prestados, incluindo a ausência (ou a distância) dos centros especializados de medicina física e de reabilitação, localizados nas capitais provinciais, e a falta de medicamentos nas farmácias públicas. Segundo o estudo nacional de 2007-2008, a lacuna entre as necessidades



de serviços e o acesso a estes é enorme em quase todos os domínios: por exemplo, um défice de 92% no caso do acesso à formação profissional (para promover a autonomia económica de pessoas com deficiência) e de 82% no acesso aos produtos de apoio ou equipamentos destinados a compensar a deficiência ou a atenuar as suas consequências. Os equipamentos mais disponibilizados, principalmente por ONG especializadas ou através do Programa de Apoio Social Directo (PASD) do INAS, são os de apoio à mobilidade pessoal (cadeiras de rodas e muletas). Segundo o estudo de 2007-2008, menos de metade das pessoas com deficiência visual usavam óculos e nenhuma das pessoas com deficiência auditiva tinha um aparelho auditivo.

A pesar de melhoria do acesso de pessoas com deficiência aos serviços de reabilitação, assistência médica e medicamentos, ainda há grandes défices na disponibilidade e qualidade dos serviços

Verificou-se também um grande avanço nos quadros jurídico, político e de planeamento favoráveis ao respeito dos direitos das pessoas com deficiência, incluindo das crianças. Moçambique estabeleceu um quadro legal que protege os direitos dos cidadãos portadores de deficiência, nomeadamente através da inclusão desta garantia na Constituição da República (no artigo 37) e da ratificação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2012. O Governo adoptou uma Política da Pessoa com Deficiência em 1999 e, para promover a sua operacionalização, adoptou dois planos nacionais da área de deficiência (PNAD I e II) para os períodos respectivos de 2006-2010 e de 2012-2019. O PNAD II tem a finalidade de 'promover a plena participação, igualdade e empoderamento das pessoas com deficiência e... assegurar o princípio de igualdade de direitos e de oportunidades a este grupo social' (RdM, 2012a). Este inclui, entre outras componentes, a expansão da educação básica inclusiva, a disponibilização de serviços de rea-

biltação médica, o apoio social às famílias e a capacitação institucional das organizações de e para pessoas com deficiência. O seguimento do PNAD II é coordenado pelo Conselho Nacional para a Área de Deficiência (CNAD), criado em 2009 como órgão multisectorial no qual estão representados vários ministérios, associações de pessoas com deficiência e outros actores.

Há ainda muito a fazer para assegurar os direitos das crianças com deficiência. Os avanços realizados não têm sido tão significativos como esperado. O relatório de avaliação do PNAD I constatou a 'escassez de recursos humanos capacitados, financeiros e materiais para implementar cabalmente as acções preconizadas no Plano' (RdM, 2012a). As pessoas (e crianças) com deficiência ainda não são efectivamente integradas em muitos dos planos e programas sectoriais. Há ainda o desafio da prevalência de atitudes negativas a nível das famílias e comunidades que afectam a sobrevivência, a protecção e o desenvolvimento de crianças com deficiência. Além disso, a necessidade de se produzir mais dados e estudos sobre a criança com deficiência no país deve ser ressaltada.

ANÁLISE DA EQUIDADE POR QUINTIS DE RIQUEZA

Muitas das facetas do bem-estar ou da privação estão relacionadas com os recursos materiais (ou a pobreza) dos agregados familiares. A análise que se segue utiliza os dados do IDS 2011, desagregados por quintis de riqueza, construídos pela repartição da população em cinco grupos de tamanho igual com base num índice de bens possuídos pelos agregados familiares. Estes grupos de 20% da população vão do quintil mais baixo (ou mais pobre) até ao mais elevado (ou mais rico). A análise observa primeiro as desigualdades inter-quintis em relação aos indicadores de bem-estar humano ou infantil e depois em termos do acesso aos serviços sociais básicos. As Figuras 3.2 e 3.3 apresentam os dados por quintis para alguns indicadores-chave. Dados mais abrangentes encontram-se no quadro A.4 do Anexo estatístico. É importante destacar que, em grande medida, a distribuição da população por quintis de riqueza coincide com a repartição por zonas urbanas e rurais, anteriormente discutida. Na base de dados do IDS, cerca de 80% do total da população urbana posiciona-se nos dois quintis mais elevados, com a população de Maputo Cidade quase toda (96%) no quintil mais rico. Em contrapartida, apenas 4% da população rural encontra-se no quintil mais rico e 22% nos dois quintis mais ricos. Também importa realçar que na província mais pobre, a Zambézia, 43% da população encontra-se no quintil mais baixo (mais pobre), e 70% está nos dois quintis mais pobres.

Apesar das taxas de mortalidade em menores de 5 anos e infantil mostrarem uma correlação com a riqueza, realça-se que a mortalidade é elevada mesmo no quintil mais rico. As diferenças entre os quintis não são tão gritantes, mas o que mais chama atenção é o facto de que os riscos são elevados mesmo para as crianças do quintil mais rico, onde nove em cada 100 crianças não sobrevivem até ao quinto ano de vida (ver Figura 3.2). A pobreza dos agregados parece colocar as crianças em maior risco de morte prematura, mas há, sem dúvida, outros factores envolvidos. Neles inclui-se o ambiente pouco saudável no qual as crianças crescem e a baixa qualidade dos serviços de saúde, que afectam todos os quintis, assim como os diversos factores de ordem sociocultural que têm implicações nas práticas reprodutivas, alimentares, de higiene e de cuidados da criança.

Figura 3.2 – Desigualdades no bem-estar humano e infantil, por quintis de riqueza, 2011



Fontes: IDS 2011, MICS 2008 (trabalho infantil) e INSIDA 2009 (prevalência de HIV).

Este padrão também é observado no que toca à desnutrição crónica, embora os factores económicos pareçam ser predominantes, especialmente em termos de desnutrição crónica grave. As crianças no quintil mais pobre têm uma probabilidade quase quatro vezes maior de sofrer de desnutrição crónica grave do que as do quintil mais rico. Todavia, vale a pena ainda notar que quase um quarto das crianças do quintil mais rico sofrem de desnutrição crónica e que 7% sofrem da sua forma mais grave. Dois estudos das variáveis associadas à desnutrição crónica, utilizando a regressão multivariada, concluíram que a pobreza é a causa principal da desnutrição crónica. O primeiro, que usou dados do IOF 2008/09 (Azzarri et al., 2011), encontrou uma forte relação entre a despesa de consumo e a altura-para-idade das crianças¹⁹, enquanto outros factores menos importantes in-

cluam o tamanho dos agregados familiares e o intervalo entre os partos. O segundo estudo, que se baseou nos dados do MICS 2008, concluiu que a riqueza do agregado familiar²⁰ era tão importante relativamente aos outros factores, como a educação e a qualidade da água e das infra-estruturas de saneamento, que estes se tornam 'quase insignificantes' (Martel, 2009).

A associação com a pobreza é particularmente notável em alguns aspectos específicos como a prevalência de malária e o analfabetismo feminino, como também se pode observar na Figura 3.2. Apenas 13% das mulheres do quintil mais pobre e 17% do segundo quintil mais pobre são alfabetizadas, em comparação com 84% das mulheres no quintil mais rico, segundo os dados do IDS de 2011. Contudo, mesmo neste caso é interessante constatar que 42% das mulheres mais ricas (no quintil mais elevado) não sabem



ler. A prevalência de malária em crianças de 6 a 59 meses de idade aumenta em oito vezes, de 6,5% no quintil mais rico para 53,2% no quintil mais pobre, segundo a mesma fonte.

Por seu turno, a prevalência do HIV constitui excepção, piorando com o nível de riqueza. A prevalência de HIV é muito mais elevada no quarto e quinto quintis (18-21%) do que nos três quintis mais pobres (7%-10%), o que parece contradizer a noção de que há uma relação sinérgica entre a pandemia de HIV/SIDA e a pobreza. A explicação para isto pode residir em factores geográficos, no sentido de que as províncias mais ricas do Sul, onde a prevalência é mais alta, estão mais próximas e mais integradas aos países de alta prevalência na região da África Austral, parcialmente devido à migração.

As diferenças relativamente pequenas entre os quintis, no caso de alguns indicadores, e o elevado nível de privações mesmo nos quintis mais ricos sugerem que é mais apropriado recorrer a abordagens de carácter universal do que às dirigidas de maneira estreita aos mais pobres, embora as abordagens universais sejam mais dispendiosas. O recurso a um 'filtro de pobreza' para aceder a benefícios como transferências sociais ou isenção de taxas é difícil de justificar num contexto como este, no qual, ao longo de todo o espectro, as pessoas estão a ter dificuldades. É também provável que abordagens focalizadas mostrem grandes erros de exclusão (de pessoas que, em princípio, deveriam beneficiar, mas não estão) e erros de inclusão (de pessoas que, em princípio, não deveriam beneficiar, mas estão) por causa das dificuldades técnicas em identificar os mais pobres, já que, nos primeiros decis, são ligeiras as diferenças entre os agregados familiares (em termos de posse de bens, de rendimento e de desenvolvimento humano). Para além disso, são muitos os agregados familiares que, por causa das flutuações climáticas ou de preços, se tornam 'temporariamente pobres', caindo na pobreza durante algum tempo antes de sair desta situação mais tarde. O argumento principal para a focalização baseada em critérios de pobreza neste contexto é de natureza fiscal – o simples facto de que os recursos públicos são escassos e têm de ser racionados, mesmo que as necessidades sejam vastas e que os métodos de focalização (ou de identificação dos beneficiários) estejam provavelmente longe de ser precisos.

No que toca à utilização dos serviços, as disparidades inter-quintis traduzem a relativa importância das barreiras de custos, bem como, de maneira indirecta, certos factores associados à oferta (ver Figura 3.3). Os serviços com elevados custos directos, indirectos e de oportunidade²¹ para os agregados familiares tendem a apresentar maior desigualdade de acesso na transição dos quintis mais pobres para os mais ricos. Contudo, há outros factores, como a disponibilidade e a qualidade dos próprios serviços, que também afectam as disparidades inter-quintis, em especial se os serviços públicos forem localizados desproporcionalmente e forem de melhor qualidade nas áreas urbanas, que são também áreas compostas principalmente pelos quintis mais ricos.

Muitos dos indicadores sociais mostram grandes disparidades segundo o nível de riqueza das famílias, embora algumas privações sejam muitas vezes elevadas mesmo nas mais ricas

É extrema a desigualdade quanto ao uso de fontes melhoradas de água potável e de infra-estruturas de saneamento melhoradas. Os dados do MICS de 2008 mostram que praticamente ninguém nos dois quintis mais pobres utiliza casas de banho/latrinas melhoradas. Embora possa ter havido alguns avanços desde então, 93% da população do quintil mais pobre e 60% da população do segundo mais pobre praticavam o fecalismo a céu aberto. Mesmo no terceiro e quarto quintis, é muito baixo o uso de infra-estruturas de saneamento melhoradas, sendo apenas no quinto quintil que se encontra um acréscimo muito maior, até 72%. A situação é ligeiramente melhor quanto ao uso de fontes melhoradas de água, mas cobre apenas 13% da população no quintil mais pobre e 23% no segundo mais pobre, subindo progressivamente até atingir os 85% no quintil mais rico. Uma em cada três pessoas no quintil mais pobre (29%) recorre à água de superfície (de rios e lagos) para beber.

A pobreza leva ao ingresso tardio no EP1, apesar de os custos directos e indirectos serem baixos neste nível do sistema de ensino. Segundo os dados do IDS 2011, a TLF do ensino primário sobe de 67% no quintil mais pobre para 91% no mais rico. Este facto sugere que os factores económicos criam barreiras na procura por parte dos agregados mais pobres, num contexto em que as dificuldades da oferta já não constituem barreira ao acesso, excepto no EP2 nas zonas rurais mais remotas. Os custos directos sofreram uma redução com a abolição, em 2004, das propinas nas escolas públicas, mas não foram completamente eliminados, porque as escolas continuam a cobrar várias taxas informais e as famílias também têm de fazer face aos preços com o material escolar e, por vezes, com o uniforme²². Embora os gastos dos agregados com estes custos directos e indirectos sejam geralmente bastante baixos no EP1 (Fox &

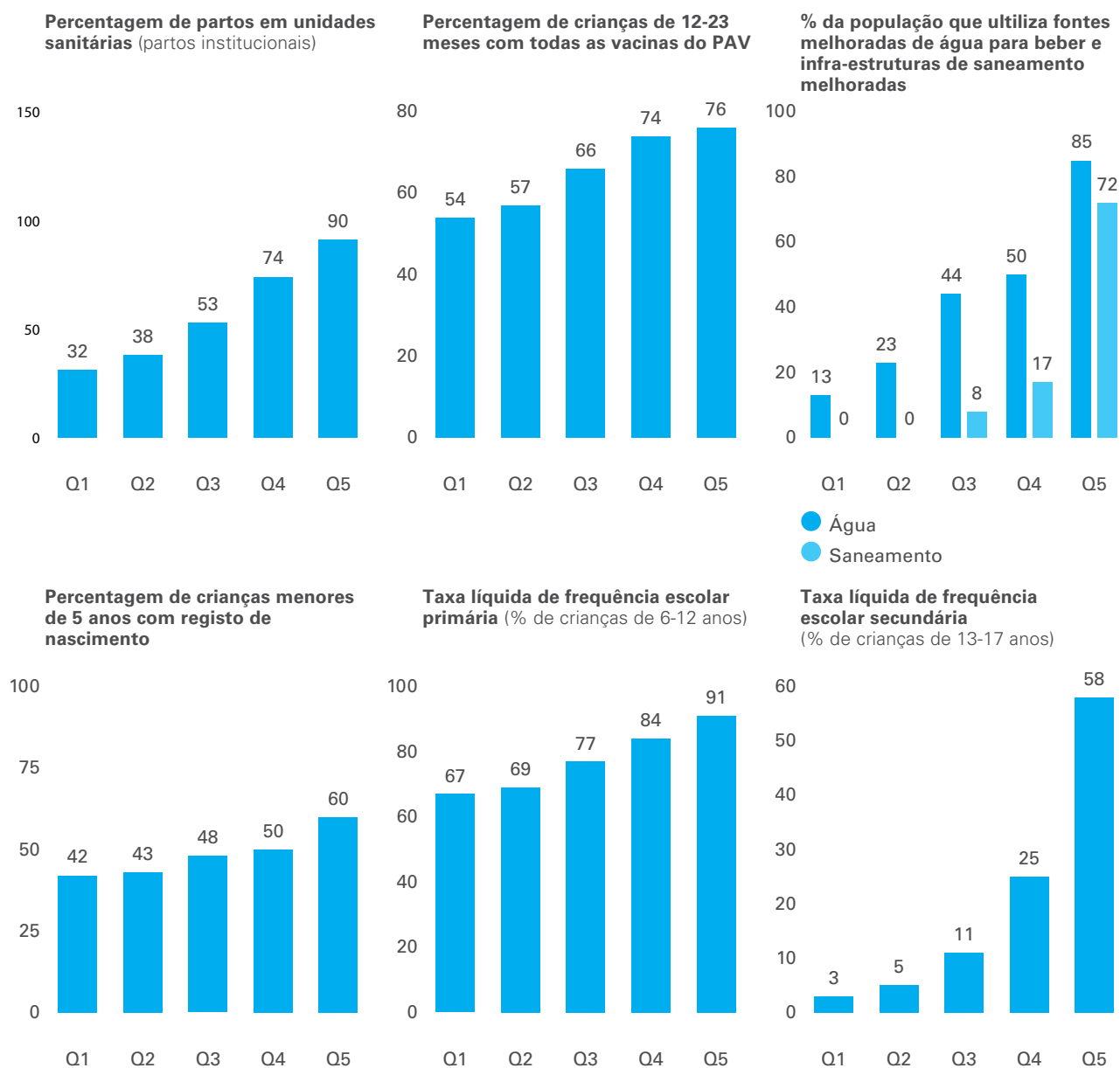


Santibañez, 2011), a pobreza impede o ingresso das crianças no EP1 de outra maneira. Estudos qualitativos efectuados em Gaza (Visser, 2013) e Tete (PMA & DPE Tete, 2012) concluíram que a insegurança alimentar é o motivo-chave do adiamento do ingresso das crianças na 1ª classe. Como a maioria das crianças em idade escolar primária não toma o pequeno-almoço (também uma constatação da pesquisa do SACMEQ), muitos pais consideram as crianças de 6 e 7 anos 'demasiado pequenas' para irem à escola, principalmente porque lá não receberão comida. Moçambique tem uma das taxas de cobertura de alimentação escolar mais baixas entre os países da África Austral, beneficiando apenas 72.000 crianças (1,3% dos alunos do ensino primário) em 2012.

**Em 2008,
praticamente ninguém
nos dois quintis mais
pobres utilizava
casas de banho/latrinas
melhoradas**

São muito mais acentuadas as disparidades económicas no acesso ao EP2 e ao ensino secundário. Por causa do ingresso tardio e da repetição no EP1, muitas crianças chegam a uma idade em que os custos de oportunidade (concorrência com o emprego) tornam-se uma causa importante de desistência nas últimas classes do EP1 e em especial no EP2 (Visser, 2013). No que diz respeito ao ensino secundário, no qual as propinas escolares não foram abolidas e os custos para os agregados familiares são muito maiores, as desigualdades de acesso são enormes. Os custos incluem, no caso das crianças oriundas das zonas rurais mais remotas, os gastos com o transporte, o alojamento e a subsistência nas cidades onde há escolas. De facto, muito poucas crianças dos quintis mais pobres conseguem chegar a este grau de ensino. Em 2011, de acordo com o IDS, só 3% das crianças dos 13 aos 17 anos de idade no quintil mais pobre frequentavam o ensino secundário, em comparação com os 58% de crianças no quintil mais rico.

Figura 3.3 – Desigualdades na utilização de serviços, por quintis de riqueza, 2011 (% de crianças de 6-12 anos)



Fontes: IDS 2011 e MICS 2008 (para água e saneamento).

São também amplas as disparidades económicas na utilização dos serviços de saúde pelas crianças e mulheres. As grandes disparidades que se verificam na percentagem de mulheres que dão à luz em unidades sanitárias, e cujos partos são assistidos por pessoal de saúde, são o exemplo mais extremo da desigualdade na utilização desses serviços. As mulheres do quintil mais rico têm uma probabilidade três vezes maior de dar à luz em unidades sanitárias do que as do quintil mais pobre (90% em comparação com apenas 32%), como se pode ver na Figura 3.3. Embora com uma ligeira redução da desigualdade comparando com 2003 quando essa probabilidade era de 3.6 vezes (89% em comparação com 25%). No caso das crianças, as disparidades são menores, mas não sem importância. As crianças menores de cinco anos do quintil mais rico, por exemplo, têm uma probabilidade 1,4 vezes maior de terem tomado todas

as vacinas do que as do quintil mais pobre, uma probabilidade 1,5 vezes maior de receberem terapia de reidratação oral se tiverem diarreia e uma probabilidade 1,2 vezes maior de dormirem debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida. Contudo, não há nenhuma correlação entre a riqueza dos agregados familiares e a percentagem de crianças menores de cinco anos que recebem medicamentos anti-maláricos quando estão com febre. Este indicador não segue nenhum padrão claro e atinge o seu pico no terceiro quintil, caindo abruptamente para o quintil mais rico (ver Quadro A.4 no Anexo.)

Caixa 3.1 – Custos e distância como barreiras no acesso às unidades sanitárias e ao registo de nascimentos

O IDS de 2011 mostra que mais de metade das mulheres (53%) cita a distância como uma razão para não recorrer às unidades sanitárias quando estão doentes, um pouco mais do que as que citam a necessidade de 'obter dinheiro' (40%). Os custos directos para os pacientes do sistema de saúde público são muito baixos, com taxas que há vários anos não sofrem qualquer alteração (1 MT por cada consulta, 5 MT por dia em caso de hospitalização e 10 MT para prescrição médica) e com isenções para as crianças menores de 5 anos. Todavia, os custos directos são, na prática, bem mais altos quando os medicamentos não estão disponíveis nas unidades sanitárias públicas e há também os custos indirectos (de deslocação) e de oportunidade (tempo), em especial para os pacientes das zonas rurais. Na prática, o factor distância é, em parte, uma barreira financeira, uma vez que há custos de transporte e

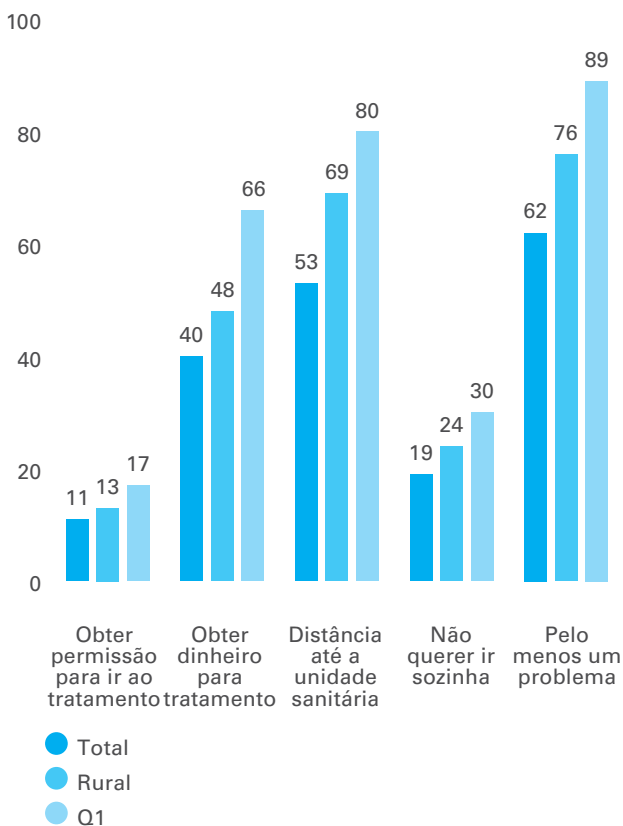
de tempo quando as unidades sanitárias ficam distantes. Por isso, as conclusões do IDS reflectem tanto as capacidades financeiras restritas dos agregados familiares como os problemas persistentes do acesso. É importante realçar que tanto o custo como a distância são mais importantes para os agregados rurais e para os mais pobres, como se pode ver na Figura 3.4. Vai ser implementado um mecanismo piloto de cupão, com o apoio de doadores, para facilitar e incentivar os partos institucionais.

Há barreiras similares de custo e de distância em relação ao registo dos nascimentos, como mostram os dados do MICS de 2008. Os custos foram mencionados como razões de não registo por 20% das mães e a distância por 23%. Mais uma vez, a distância constitui, em parte, uma questão de custos. Ambos constrangimentos foram mais referidos, de novo, nas zonas rurais e nos quintis mais pobres.





Figura 3.4 – Razões dadas pelas mulheres para não irem às unidades sanitárias, 2011 (% de mulheres entre 15 e 49 anos de idade)



Fonte: IDS 2011.

PROTECÇÃO SOCIAL

A estagnação do progresso relativo à redução da pobreza estimula o interesse político quanto ao papel das transferências sociais como mecanismo de aumentar o consumo e o bem-estar dos mais desfavorecidos. O enquadramento legal, político e de planificação nesta área foi fortalecido pela adopção da Lei de Protecção Social, em 2007, de um novo quadro regulador para a protecção social não contributiva, em 2009, de uma estratégia nacional para 2009-2014 e de um plano operacional para a expansão do sistema. Estes avanços geraram incrementos modestos mas sustentáveis em termos de despesa pública, acrescidos de um maior envolvimento dos doadores, e investimentos na melhoria dos sistemas operacionais (focalização, sistema de gestão de informação, pagamentos, manejo de casos), na instituição responsável pelos programas de transferências sociais, o Instituto Nacional de Acção Social (INAS).

Caixa 3.2 – Transferências sociais, crianças e capital humano

O programa mais amplo de protecção social, o Programa de Subsídio Social Básico (PSSB), tem um enfoque bastante limitado que, de modo indirecto, beneficia só uma pequena minoria das crianças mais vulneráveis. Esse programa, que corresponde actualmente a mais de 80% dos beneficiários dos programas do INAS, fornece subsídios regulares em dinheiro para agregados familiares permanentemente sem capacidade para o trabalho, chefiados por idosos e, a uma escala mais reduzida, por pessoas com deficiências e doenças crónicas. Algumas crianças, incluindo órfãos, são beneficiários indirectos, visto que vivem nestes agregados familiares altamente vulneráveis. No entanto, estes agregados familiares tendem a ter um número anormalmente baixo de crianças. Com uma média de apenas 2,3 pessoas por agregado familiar (comparado com a média nacional de 4,7), os agregados familiares com constrangimento permanente de trabalho têm muito menos filhos do que os agregados familiares médios (cerca de 1,0 comparativamente a 2,5). Além disso, o facto de muitas crianças nesses agregados familiares em situação de vulnerabilidade não terem certidão de nascimento atrasa o seu registo como beneficiários secundários, com um suplemento do subsídio de base.

O segundo programa, o Programa de Apoio Social Directo (PASD), está mais direccionado para a criança, mas é bem menor (36.831 beneficiários em 2012) e fornece apenas apoio de curto prazo para agregados familiares temporariamente sem capacidade para o trabalho ou afectados por choques. Esse programa fornece assistência em espécie a agregados familiares chefiados por crianças, agregados familiares com crianças que sofram de desnutrição aguda grave e agregados familiares com doentes de SIDA desnutridos e em tratamento anti-retroviral, entre outros beneficiários.

O terceiro programa, o Programa de Acção Social Productiva (PASP), beneficia as crianças indirectamente. O PASP

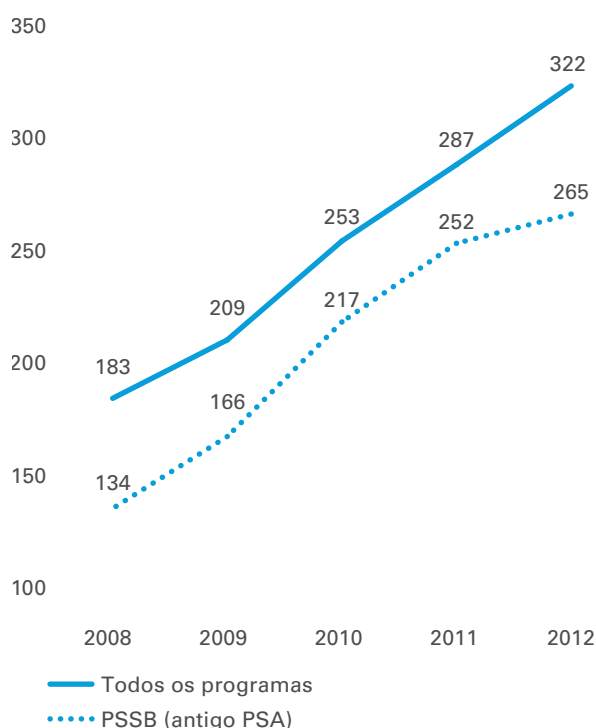
proporciona emprego temporário (de 4 a 6 meses) em trabalhos públicos de alta intensidade de mão-de-obra, sobretudo durante o período de escassez antes das colheitas nas zonas rurais, quando a insegurança alimentar é mais grave, e facilita o acesso a empréstimos de microcrédito como um 'primeiro degrau na escada de saída da pobreza' (Cunha et al., 2013), assim como outras iniciativas de geração de rendimentos promovidas pelo Governo. Trata-se, no entanto, de um programa que ainda tem pequena dimensão, mas que será alargado com o apoio do Banco Mundial e do Programa Mundial de Alimentação.

Moçambique ainda não dispõe de um programa de transferências sociais que se destine especificamente às crianças (como os subsídios de apoio à criança, existentes na África do Sul e na Namíbia) e, em contraste com muitos outros programas de transferências sociais nos países em desenvolvimento, os programas existentes não visam explicitamente o uso dos subsídios como um meio de promoção do investimento, por parte dos agregados pobres, no capital humano das crianças como mecanismo de saída da pobreza a longo prazo. Um estudo recente que simulou o impacto e os custos de diferentes opções para o desenvolvimento futuro dos programas do INAS (Hodges e Tiberti, 2013) demonstra que se o binómio custo-eficácia for avaliado pelo custo de redução da profundidade de pobreza em 1 ponto percentual, um subsídio de apoio à criança seria consideravelmente mais eficaz relativamente aos custos do que o PSSB que está em vigor. Os subsídios de apoio à criança teriam um efeito positivo (significativo em termos estatísticos) numa série de indicadores de desenvolvimento humano, incluindo o saneamento, a educação, a nutrição e a utilização dos serviços de saúde, embora os efeitos sejam pequenos, provavelmente por causa da importância dos constrangimentos de oferta nos serviços sociais básicos e do peso dos factores socioculturais no contexto moçambicano.

A cobertura das transferências sociais duplicou entre 2008 e 2011, mas estas ainda cobrem apenas 15% dos agregados familiares pobres



Figura 3.5 – Cobertura dos Programas de Transferências Sociais (por milhares de agregados), 2008-2012



Fontes: UNICEF, 2013c; Cunha et al., 2013

Apesar de uma expansão rápida das transferências sociais, estas ainda cobrem apenas 15% dos agregados familiares pobres. Moçambique encontra-se muito atrás dos países de rendimento médio na África Austral, os quais têm investido fortemente nos seus sistemas de protecção social, mas está a ter um bom desempenho em comparação com outros países africanos de rendimento baixo. A cobertura dos programas do INAS quase que duplicou, tendo passado de 183.131 para 322.075 agregados entre 2008 e 2012 (ver Figura 3.5). Entre 2011 e 2013, também houve aumentos substanciais nos montantes de transferência do programa principal, o Programa de Subsídio Social Básico (PSSB), que era demasiado baixo para ter impactos significativos.

3.2 MUDANÇAS CLIMÁTICAS E CALAMIDADES NATURAIS

A frequência e o impacto das calamidades naturais estão a ser exacerbados por mudanças climáticas de longo prazo, que aumentam a vulnerabilidade e colocam em risco a subsistência de milhões de moçambicanos. Moçambique está em 3º lugar na lista dos países africanos mais sujeitos a riscos relacionados com calamidades naturais e está em 43º lugar, a nível mundial, entre 173 países (ADW, 2012). As cheias e os ciclones são os fenómenos naturais mais frequentes; contudo, as secas afectam o maior número de pessoas no país. Moçambique é extremamente sensível a estes choques, que provocam a perda de vidas, prejudicam as colheitas, destroem as infra-estruturas económicas e sociais e interrompem os serviços sociais

e actividades produtivas. O Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC) identificou 6 zonas de alto risco e impacto, que no seu conjunto comportam uma população de 7 milhões (INGC, 2013). A incidência de calamidades naturais está a aumentar, tendo-se registado oito desses acontecimentos nos anos 80, sete na década de 90 e 30 após o ano 2000, dos quais nove ocorreram na presente década (uma seca, quatro cheias e quatro tempestades/ciclones), segundo dados do INGC.

A pobreza limita a capacidade das famílias de se prepararem, responderem e recuperarem dos desastres naturais. Estas tendências climáticas adversas interagem com a pobreza, já que a população pobre, por falta de alternativas, envolve-se em práticas de subsistência prejudiciais ao ambiente, nas quais se inclui a agricultura de corte e queima e o corte indiscriminado de árvores para a obtenção de carvão vegetal ou combustível. Os menos favorecidos são também os mais sujeitos e os menos capazes de resistir aos desastres naturais e de lidar com as suas consequências. Dados do IOF de 2008/09 demonstram que as pragas, secas, ciclones e cheias atingem muito mais os agregados mais pobres do que os mais ricos. Colheitas negativamente afectadas ou destruídas contribuem para o elevado grau de insegurança alimentar em Moçambique.

Moçambique está em 3º lugar na lista dos países africanos mais sujeitos a riscos relacionados com calamidades climáticas

Uma vez que a maioria esmagadora dos agregados familiares rurais depende da agricultura de sequeiro, as secas têm um forte impacto nos seus meios de subsistência. Ainda que as condições ambientais das regiões do país mais propensas a secas não se possam comparar às do Sahel ou a outras regiões do mundo extremamente áridas, as secas constituem um entrave sério ao desenvolvimento geral e para a redução da pobreza em Moçambique, já que 81% da população depende da agricultura e 95% das culturas alimentares são produzidas sob condições de sequeiro²³. A vulnerabilidade é agravada pelo facto de muito poucos campos agrícolas serem irrigados. As secas em Moçambique são uma consequência da degradação ambiental e do uso inadequado do solo (ING, 2009) e estão associadas à desertificação (MICOA, 2007). Elas resultam de baixos níveis de precipitação ou de alterações da sua distribuição espacial e temporal (causas climáticas), em combinação com actividades humanas, como o uso excessivo de terra arável, o sobrepastoreio, as queimadas florestais, corte de árvores para lenha, a produção de carvão e a cultura madeireira industrial²⁴. Ocorrendo normalmente a cada três a quatro anos, as secas afectam principalmente as províncias do Sul (Gaza e Maputo), juntamente com os distritos adjacentes do sul de Manica e Inhambane (ver o Mapa 3.1), bem como vários outros distritos do norte de Manica, do sul de Tete e, em menor escala, de certas zonas de Cabo Delgado e do norte de Nampula.



A incidência de calamidades naturais parece estar a aumentar. Nos anos 80 foram 8 acontecimentos, na década de 90 foram 7 e após o ano 2000 já foram mais de 30

Durante o período de escassez que antecede as colheitas, os agregados rurais pobres também ficam vulneráveis à insegurança alimentar sazonal. Os dados do IOF de 2008/09 relativos à percepção dos agregados quanto à escassez alimentar realçam a natureza sazonal da insegurança alimentar, com a percentagem de agregados que dizem ter consumo insuficiente a aumentar progressivamente de quase zero logo após o período das colheitas (Maio-Junho) para quase um quarto em Novembro e mais de 40% no pico do período de escassez, em Janeiro-Fevereiro (Azzarri et al., 2011²⁵). Segundo uma avaliação do PMA, cerca de 25% da população sofre de insegurança alimentar aguda em alguma altura do ano e aproximadamente 34% mantêm-se numa situação de insegurança alimentar crónica sem dieta adequada. A maior parte dos agregados familiares com insegurança alimentar encontra-se nas zonas áridas e propensas a cheias do Sul e do Centro do país (PMA, 2010)

As baixas planícies do litoral ficam constantemente sujeitas a cheias em grande escala, com consequências devastadoras. Vários dos grandes rios vindos dos altos planaltos da África Austral que desaguam no Oceano Índico provocam cheias quando a precipitação é muito intensa no interior do continente. As cheias ocorrem a cada dois a três anos ao longo das maiores bacias hidrográficas, nas planícies costeiras e em áreas com problemas de drenagem. O risco é maior nas regiões do Centro e do Sul. As cheias no início de 2013 afectaram quase 480.000 pessoas, causando 117 mortes e obrigando cerca de 172.500 pessoas a se deslocarem (MPD, 2013). Embora uma missão de avaliação inicial, levada a cabo pelo Banco Mundial (2013), tenha previsto necessidades de financiamento, a curto e médio prazo, na ordem dos 260 milhões de dólares, o Governo declarou que a reconstrução custaria 517 milhões de dólares (MPD, 2013). As cheias de 2013 foram as mais destrutivas desde as cheias devastadoras de Fevereiro de 2000, as piores em 150 anos, que causaram 699 mortes e deslocaram 540.000 pessoas, atingindo um total de 2,5 milhões pessoas.

Os ciclones, que se formam no Oceano Índico, são o terceiro risco sério, em especial ao longo do litoral no Norte do país durante a estação das chuvas (Outubro a Março). De qua-

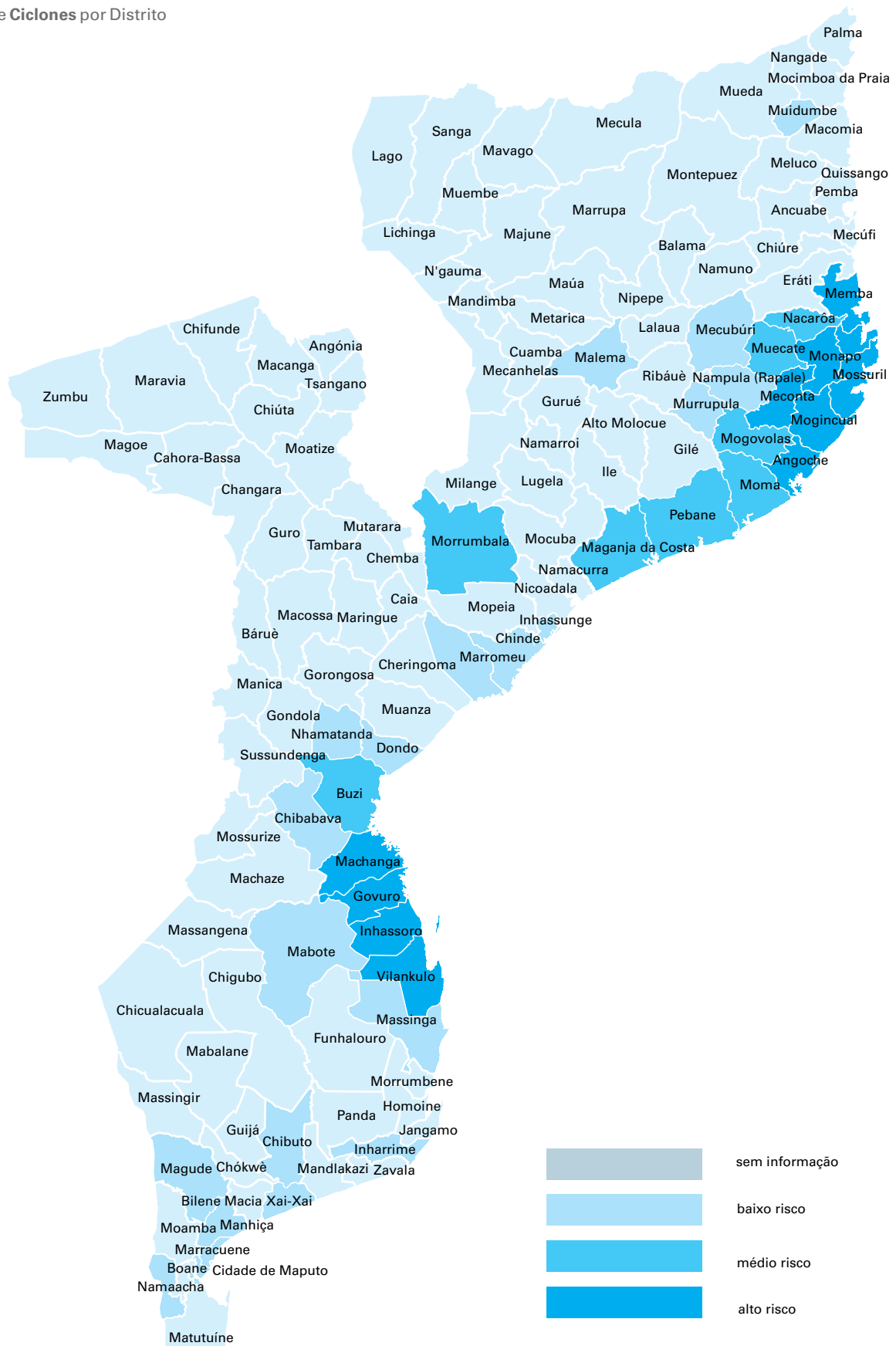
tro em quatro anos há pelo menos um ou dois ciclones, causando estragos às infra-estruturas e prejudicando as colheitas.

As crianças são directamente afectadas de diversas maneiras. Os efeitos da insegurança alimentar e pobreza provocados pelas mudanças climáticas de longo prazo, pelas calamidades naturais e pela vulnerabilidade sazonal prejudicam indirectamente a situação nutricional das crianças. O acesso à água potável já é um problema enorme para as crianças em Moçambique. Durante e logo após as calamidades naturais (cheias e secas), este problema agrava-se devido à contaminação da água potável, levando a surtos de doenças transmitidas pela água, como é o caso das diarreias e da cólera. As crianças também correm riscos de trauma e de cuidados e protecção inadequados durante as calamidades, por falta de serviços de aconselhamento e devido à fragilidade de muitas famílias e à elevada percentagem de famílias monoparentais. Além disso, durante cheias intensas e fortes ciclones, perdem-se infra-estruturas sociais, como escolas e unidades sanitárias. As cheias do início de 2013 destruíram 212 salas de aula, o que fez com que 20% dos alunos em Gaza não pudessem ir às aulas durante várias semanas, para além da perda de material escolar. A perturbação causada pelas calamidades também leva ao não cumprimento da terapia anti-retroviral (TARV) e da terapia de prevenção da transmissão vertical de mãe para filho (PTV).

A situação vai deteriorar-se nas próximas décadas. Desde os anos 60, a precipitação mediana diminuiu a uma média de 3,5 mm por mês ou de 3% por década, enquanto a percentagem de dias com chuva intensa aumentou em 2,6% por década. Prevê-se que estas tendências se intensifiquem nos próximos anos em resultado do aquecimento global (Banco Mundial et al., 2011). Um estudo elaborado pelo Banco Mundial (2010) prevê que, até 2050, o PIB seja entre 4% e 14% mais baixo do que as previsões de referência, se não forem tomadas medidas de adaptação para responder às mudanças climáticas. Calcula-se que os picos de cheias nos rios Limpopo e Save subam numa magnitude de 25%. Algumas zonas do Norte terão cheias mais frequentes. Contudo, devido ao crescimento da população, prevê-se que a disponibilidade de água per capita reduza nas bacias dos maiores rios em cerca de 15% no caso do fluxo do rio Zam-

Mapa 3.1 – Riscos relacionados ao clima em Moçambique

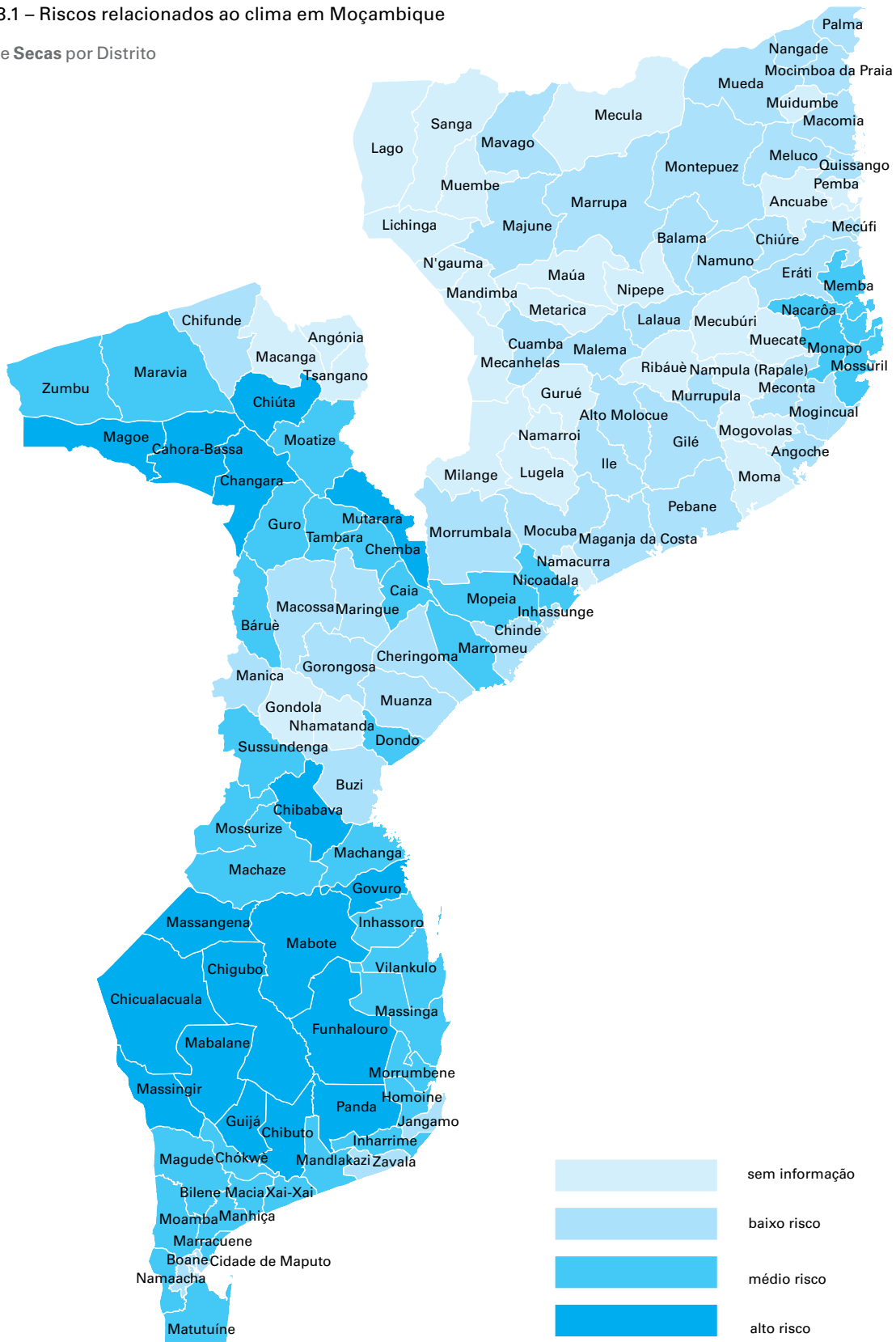
Risco de **Ciclones** por Distrito



Fontes: Disaster Information Management System, www.desinventar.net

Mapa 3.1 – Riscos relacionados ao clima em Moçambique

Risco de Secas por Distrito

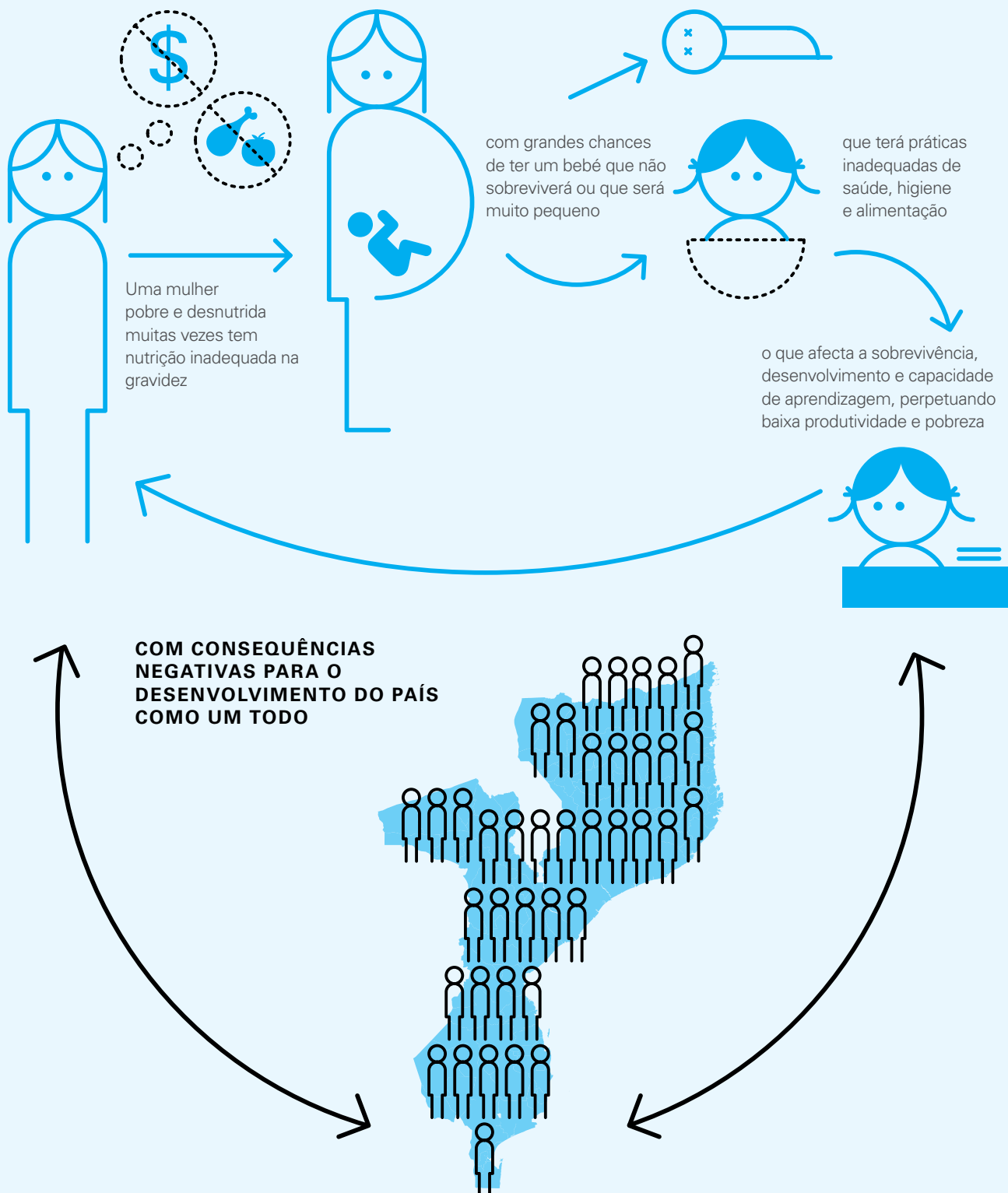


Fontes: Disaster Information Management System, www.desinventar.net

UM OLHAR À SITUAÇÃO

O CICLO DA DESNUTRIÇÃO

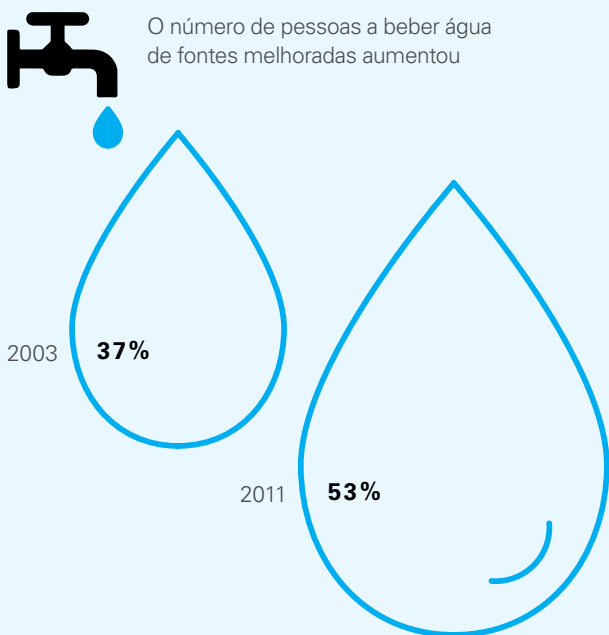
43% das crianças (0-5 anos) moçambicanas sofrem de desnutrição crónica



UM OLHAR À SITUAÇÃO

ÁGUA E SANEAMENTO

Progresso significativo foi feito no acesso à fontes melhoradas de água e saneamento, mas de uma base muito baixa

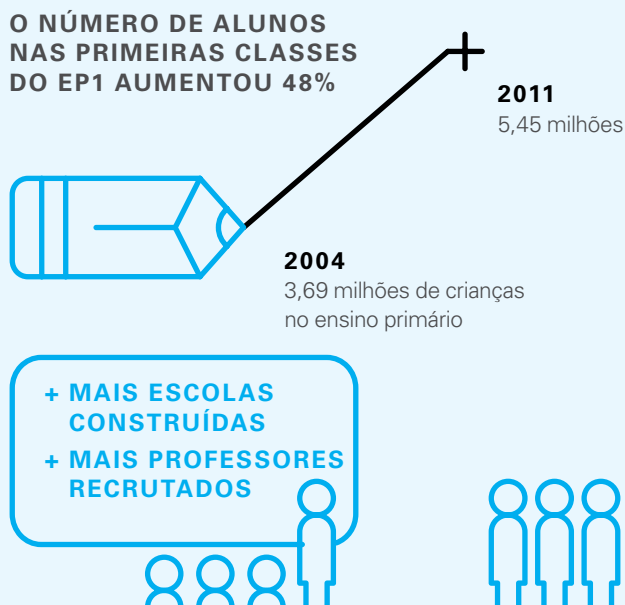


Menos de 1 em cada 4 moçambicanos tem acesso a infra-estruturas melhoradas de saneamento

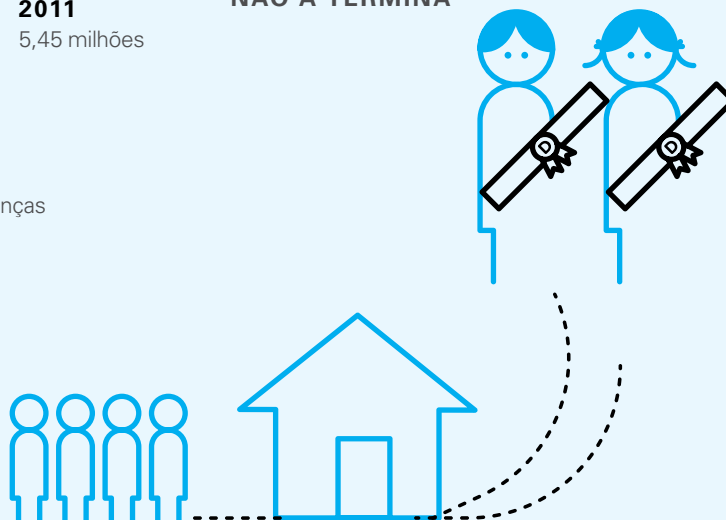


EDUCAÇÃO

Desde 2004, houve progresso impressionante na construção e acesso à escola e no recrutamento de professores. No entanto, ainda metade das crianças que iniciam o ensino primário não o termina, e há crescente preocupação com o nível de aprendizagem.



CONTUDO, METADE DAS CRIANÇAS QUE INICIA A ESCOLA PRIMÁRIA NÃO A TERMINA



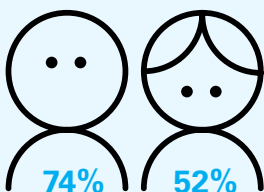
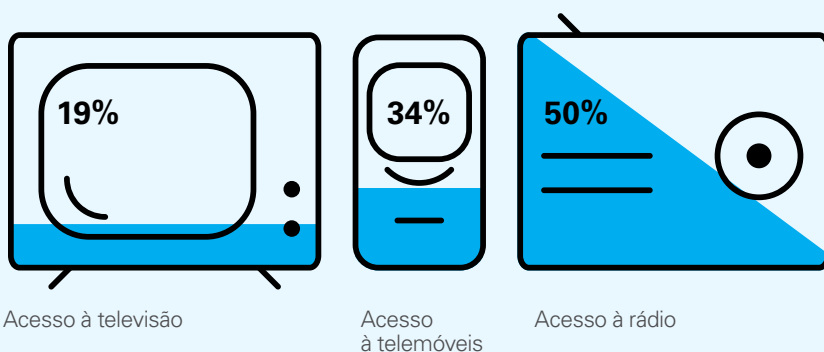
UM OLHAR À SITUAÇÃO

CASAMENTO PREMATURO



PERPETUANDO O CICLO INTER-GERACIONAL DE POBREZA E LIMITANDO O DESENVOLVIMENTO DO PAÍS

ACESSO À INFORMAÇÃO



POR SEXO

Apenas 52% das mulheres têm acesso a qualquer meio de comunicação, comparado a 74% dos homens

SITUAÇÃO NA ZAMBÉZIA



Mais altas taxas de mortalidade de crianças de 0-5 anos

Mais alta incidência de pobreza entre as províncias

Mais baixas taxas de registo de nascimento

Mais baixos níveis de partos institucionais e de assistência durante o parto

beze. É provável que as tempestades tropicais e os ciclones se tornem menos frequentes, mas supõe-se que a sua intensidade e a chuva associada aumentem. Em especial quando associados a ciclones, os avanços do mar irão aumentar e tornar-se uma ameaça aos meios de subsistência das populações que vivem ao longo de margens mais frágeis do litoral, as quais, em condições normais, já são vulneráveis à erosão. Calcula-se que, até 2060, a temperatura terá aumentado entre 1,0 e 2,8 graus centígrados e que o aquecimento será mais rápido no interior do país²⁶. Os efeitos das mudanças climáticas poderão também alterar as épocas e a intensidade da estação chuvosa.

Estas mudanças terão implicações significativas na agricultura e nos meios de subsistência rural. Segundo o Banco Mundial (2010), sem a tomada de medidas de adaptação, o impacto das mudanças climáticas que vão ocorrer nos próximos 40 anos provocará uma queda de 2% a 4% nos rendimentos das colheitas e, adicionado aos efeitos de inundações mais frequentes nas estradas rurais, reduzirá o PIB agrícola de 4,5% a 9,8%. O INGC (2012) prevê que os rendimentos das culturas possam diminuir em cerca de 30% nas áreas mais atingidas.

O Governo concentra-se cada vez mais na redução da vulnerabilidade às calamidades naturais e no fortalecimento da resiliência às mudanças climáticas, assim como no reforço da capacidade de gestão das calamidades. A redução da vulnerabilidade a longo prazo implica a integração da gestão das calamidades e da adaptação às mudanças climáticas dentro das políticas e dos instrumentos de planeamento mais amplos, tanto ao nível sectorial (planos estratégicos dos sectores) como também a nível macro (PARP, Programa Quinquenal do Governo e orçamentação de médio prazo). O novo Programa de Acção Social Produtiva (PASP), do INAS, exemplifica tal abordagem integrada. O programa visa reduzir a vulnerabilidade dos mais pobres aos choques ambientais e à insegurança alimentar sazonal através do aumento dos recursos dos agregados familiares a curto prazo (através do emprego em obras públicas, especialmente durante a estação de escassez nas áreas rurais) e do enfoque da maior parte dos projectos de obras públicas na conservação dos solos e das águas e na reabilitação de áreas degradadas para promover a adaptação e a resiliência a longo prazo (Banco Mundial, 2013b).

3.3 ACESSO À INFORMAÇÃO, FACTORES SOCIOCULTURAIS E RELAÇÕES DE GÉNERO

O acesso à informação contribui para a mudança social e promove práticas e comportamentos benéficos ao bem-estar da criança. Contudo, a privação de informação²⁷ pode sustentar atitudes e práticas prejudiciais, que estão enraizadas nas tradições culturais e nas relações de género e dificultam o progresso em muitas vertentes do bem-estar, incluindo a saúde reprodutiva, o HIV/SIDA, a nutrição e a violência doméstica. O acesso aos meios de comunicação formais continua muito fraco, sobretudo nas zonas rurais e entre as mulheres, limitando o acesso a informações essenciais para a saúde e o bem-estar. Os baixos níveis de alfabetismo (e de competência na língua oficial) impedem ainda mais a obtenção do saber.

O CONTEXTO CULTURAL E AS SUAS IMPLICAÇÕES

O conhecimento sobre assuntos como a saúde, a nutrição, os papéis de género, a sexualidade e a reprodução e as crenças e atitudes que moldam os comportamentos estão, em grande parte, enraizados nas culturas e tradições locais e são transmitidos e sustentados por instituições e líderes de opinião comunitários (as madrinhas e matronas envolvidas nos ritos de iniciação das raparigas, as parteiras tradicionais, os curandeiros e os chefes e régulos, entre outros), bem como pelas igrejas e mesquitas. Embora muitos dos ensinamentos e conselhos sejam benéficos, como por exemplo, o incentivo à circuncisão masculina em alguns grupos étnicos, especialmente em áreas onde residem mais muçulmanos, o que reduz o risco de infecção por HIV²⁸, alguns outros não o são. Esta questão é preocupante em especial no que se refere aos ritos de iniciação das adolescentes, que são prática comum em certos grupos étnicos no Norte e no Centro do país. Estes importantes acontecimentos são marcos de vida que representam a passagem para a vida adulta, endossando como uma norma social a ideia que, uma vez passadas pela iniciação logo no começo da puberdade, a rapariga já está pronta para o casamento e para a procriação (Matsinhe et al., 2010). Isto pode contribuir para a prática generalizada do casamento prematuro, a que se segue a gravidez na adolescência com todos os riscos associados, como o baixo peso à nascença, a obstrução fetal e a mortalidade materna e neonatal. Além disso, os ritos muitas vezes inculcam nas raparigas uma noção de submissão ao homem. Outros costumes, como o alongamento dos pequenos lábios vaginais e a lavagem intravaginal, que são comuns no Norte e no Centro do país, podem trazer riscos de infecções transmitidas sexualmente (ITS), incluindo o HIV (Bagnol e Mariano, 2012). No caso dos rapazes, os ritos de iniciação são menos praticados do que no caso das raparigas. Todavia, quando a prática implica algum tipo de escarificação (a prática de tatuagem da pele por meio de corte, raspagem, uso de líquidos químicos ou de queimadura), é possível o risco de infecção por HIV. Uma análise de regressão, que usou dados do INSIDA, mostra uma forte ligação entre o estado seropositivo de uma criança e a prática de escarificação e tatuagens e sugere que cerca de 9% das crianças seropositivas, com idade entre os 5 e os 11 anos, deve-se ao facto de terem sido sujeitas a essas práticas (Martel, 2011).

Por volta de 2050, o PIB será entre 4% e 14% mais baixo do que as previsões de referência, se não forem tomadas medidas de adaptação para responder às mudanças climáticas

Caixa 3.3 – Conhecimento, atitudes e práticas (CAP) relativos à saúde, higiene e nutrição

O IDS de 2011 e outros estudos recentes sugerem que o avanço nos conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde, higiene e nutrição tem sido bastante limitado. Estas conclusões são ilustradas pelos dados abaixo mencionados relativamente ao tratamento da água, à amamentação, aos conhecimentos sobre o HIV/SIDA e ao comportamento sexual.

No que diz respeito à higiene, a percentagem de agregados familiares que não trata a água antes de a beber manteve-se inalterada (cerca de 90%) entre 2003 e 2011, de acordo com os dados do IDS. Apenas 6% dos agregados utiliza um método adequado de tratamento da água, uma percentagem que cai para 3% nas zonas rurais. Os inquéritos IDS e PRONASAR, levados a cabo em 2011, confirmam que só cerca de 1 em cada 20 agregados rurais faz qualquer tipo de tratamento da água antes de beber. Apenas 26% dos agregados usa água e sabão para lavar as mãos, com outros 6% a utilizar cinza e outros materiais locais. Uma análise de regressão dos dados do IDS de 2011 (Silva-Leander, 2014) constatou que estes factores são fortemente associados com a desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos de idade. O tratamento da água reduz a probabilidade de malnutrição crónica em 7 pontos percentuais e a presença de instalações para a lavagem de mãos reduz esta probabilidade em 3 pontos percentuais.

Verificou-se um avanço significativo no aumento da percentagem de crianças que são exclusivamente amamentadas, embora a média ainda seja bastante baixa em consequência de crenças erradas a que muita gente dá crédito. A amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade é uma das práticas-chave para reduzir os riscos de desnutrição, infecção e mortalidade. A proporção de crianças dos 0 aos 5 meses que são exclusivamente amamentadas passou de 30% em 2003, para 37% em 2008 e 43% em 2011, de acordo com os relatórios IDS e MICS, e a duração média da amamentação exclusiva subiu de 0,7 para 1,3 meses, nesse mesmo período. Contudo, isto quer dizer que a introdução de outros alimentos e líquidos além do leite materno ainda é iniciada muito cedo. Segundo um estudo qualitativo (Arts et al., 2010), persiste uma convicção generalizada de que as crianças precisam de beber água a partir de uma idade muito jovem e que os remédios tradicio-

nais são dados a crianças de todas as idades, principalmente sob a forma de chá para prevenir e tratar doenças e aflições causadas pelos espíritos. As papas são introduzidas por volta dos 4 a 6 meses, ou mesmo antes disso, porque se acredita que, além do leite materno, as crianças pequenas precisam destes alimentos para crescerem bem.

Em 2009, o Ministério da Saúde começou a implementar um plano de comunicação e mobilização social para a promoção, a protecção e o apoio à amamentação. Esse plano inclui a criação e o treinamento de grupos de mães cuja função é difundir, junto das comunidades, os conhecimentos e as boas práticas de amamentação (RdM, 2010a). Todavia, o relatório de Arts et al., baseado em discussões de grupos focais, nota que as jovens mães, principalmente as mães pela primeira vez, não têm autoridade para tomar as suas próprias decisões e recomenda uma abordagem mais abrangente, que alargue a sensibilização além das mães para atingir as sogras, os avós e os pais, uma vez que estes parecem estar menos informados e podem ter uma grande influência nas decisões sobre as práticas de amamentação.

Quanto aos conhecimentos sobre os métodos-chave para a redução dos riscos de infecção pelo HIV, a melhoria tem sido bastante limitada, conforme se pode comprovar pelos dados dos IDS de 2003 e 2011 e do estudo nacional sobre o SIDA (INSIDA), realizado em 2009. As mulheres continuam a saber menos que os homens. Segundo o IDS de 2011, menos de um terço das mulheres (dos 15 aos 49 anos de idade) e a metade dos homens na mesma faixa etária (49,7%) têm uma noção abrangente do HIV/SIDA, compreensão que é mais fraca nas zonas rurais do que nas urbanas e que também varia significativamente consoante as províncias. Se compararmos estes dados com os obtidos no INSIDA de 2009, parece ter havido uma ligeira melhoria nos conhecimentos por parte dos homens, mas não das mulheres. Embora eles saibam mais do que elas sobre o HIV/SIDA, isso não significa que tenham comportamentos menos arriscados. Segundo o IDS de 2011, eram elevadas as percentagens de homens que tinham múltiplas relações sexuais (30%) e que pagavam para ter sexo (14%), tendo havido mesmo uma pequena subida nestes indicadores desde o IDS de 2003.

CAPITAL HUMANO – CONSEQUÊNCIAS DO ANALFABETISMO E DOS BAIXOS NÍVEIS DE EDUCAÇÃO

O analfabetismo e a fraca capacidade de falar a língua oficial são os maiores entraves à informação e ao conhecimento para muitos moçambicanos, em especial as mulheres. Estas duas barreiras estão fortemente interligadas, pois o alfabetismo é adquirido quase só na língua portuguesa e as duas aptidões são conseguidas, primordialmente, na escola. De acordo com o censo de 2007, 49% da população é incapaz de manter uma conversa em português, com as mulheres (58%) em maior desvantagem em relação aos homens (39%).²⁹ A maioria das pessoas que não falam português vive nas zonas rurais (88% do total). Como já referimos, as mulheres também têm um grau de alfabetismo (40% segundo o IDS de 2011) muito

inferior do que os homens (68%) e, apesar do grande aumento da participação escolar, foi muito pequeno o avanço em termos de alfabetização (apenas 3 pontos percentuais para as mulheres e nenhum para os homens) no período entre 2003 e 2011. Isto confirma o fraco grau de aprendizagem obtido pelos alunos na escola. O analfabetismo em mulheres é mais alto nas zonas rurais (74% em comparação com 32% nas zonas urbanas), nas províncias do Centro e do Norte (as percentagens estão acima dos 71% em Cabo Delgado, Nampula, Tete e Zambézia) e nos quintis mais baixos (87% no Q1, 83% no Q2 e 73% no Q3, comparado com 16% no Q5, o quintil mais rico).

49% da população é incapaz de manter uma conversa em português, com as mulheres (58%) em maior desvantagem em relação aos homens (39%)

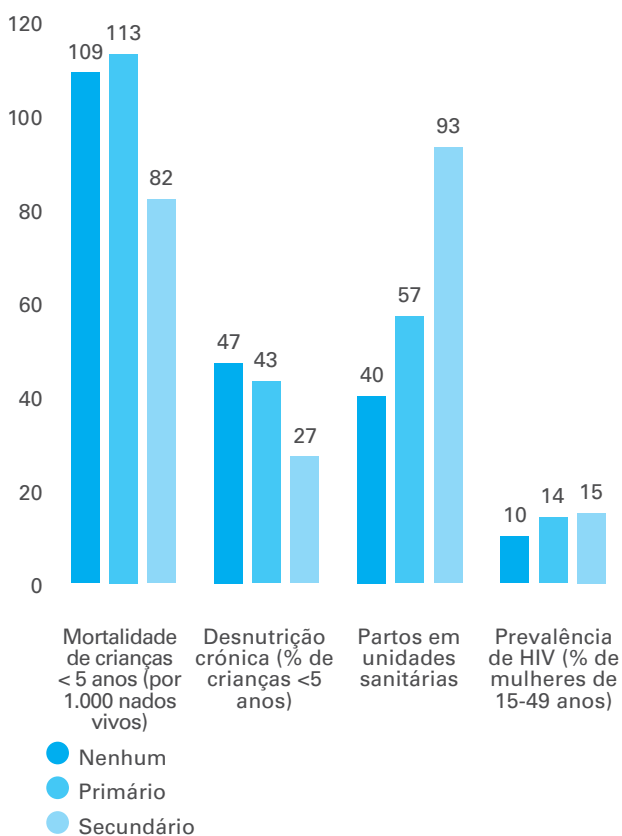
Foi registado um avanço considerável para o alcance da paridade de género na educação, mas os baixos graus de aprendizagem trazem dúvidas quanto ao impacto no alfabetismo feminino, nos conhecimentos e nas relações de género. O IDS de 2011 mostra que o índice de paridade de género (IPG), medido pelas taxas líquidas de frequência (TLF), era de 1,0 no ensino primário, o que quer dizer que percentagens iguais de rapazes e de raparigas dos 6 aos 12 anos de idade frequentavam o ensino primário. Baseado também nas TLF, o IPG no ensino secundário era de 0,9, sendo ligeiramente maior a proporção de rapazes do que a das raparigas (na faixa etária dos 13 aos 17 anos de idade) a frequentar o ensino secundário. No que diz respeito às taxas brutas de frequência escolar, as desigualdades parecem um pouco maiores, a favor dos rapazes, no ensino primário. No entanto, estas pequenas diferenças parecem traduzir-se no facto de os rapazes reprovarem mais nos exames e repetirem mais classes do que as raparigas. Por este motivo, há uma maior probabilidade, relativamente à rapariga, de o rapaz ter idade superior à que corresponde à respectiva classe. Isto comprova-se pela disparidade na taxa bruta de conclusão primária, que é mais elevada para os rapazes, embora a disparidade tenha diminuído de 15 para 6 pontos percentuais entre 2002 e 2011, principalmente por causa de um decréscimo na taxa bruta de conclusão primária dos rapazes (MINED, 2013, e Visser, 2013). A nível primário, as raparigas estão em ligeira desvantagem em algumas zonas do Centro e do Norte do país, mas estas diferenças são extremamente pequenas. O contrário acontece no Sul do país, que apresenta TLF um pouco mais altas para raparigas do que para rapazes, quer no ensino primário, quer no secundário. Ao nível secundário, o IPG é muito baixo nos quintis mais pobres e também em certas províncias do Centro e do Norte. Contudo, a realidade dominante a este nível é que pouquíssimas crianças dos dois a três quintis mais pobres, independentemente do sexo, conseguem chegar até ao ensino secundário.

Não é óbvio até que ponto a educação formal, através dos seus efeitos nos conhecimentos, atitudes e práticas, está realmente a melhorar os diferentes aspectos do bem-estar humano e infantil. Os dados de inquéritos parecem apontar para uma correlação entre o nível de instrução (especialmente de mulheres e mães) e muitos indicadores sociais (ver Figura 3.6). Porém, esta correlação é muitas vezes mais evidente nos níveis superiores de ensino (secundário e superior), os quais, tal como já se disse, beneficiam apenas uma pequena minoria, principalmente nos dois quintis mais ricos. Deve-se chamar a atenção para o facto de que, nos inquéritos de agregados familiares, 'instrução primária' significa ter ido durante algum tempo à escola primária, mas não necessariamente tê-la concluído. Muitos dos que "têm o ensino secundário" terminaram o ensino primá-

rio e frequentaram, pelo menos por algum tempo, o ensino secundário, também sem terem necessariamente concluído esse nível de instrução.

- No caso da mortalidade infantil de menores de 5 anos, é interessante notar (e bastante curioso) que as taxas de mortalidade são, na verdade, mais elevadas nas crianças cujas mães frequentaram o ensino primário, do que entre aquelas cujas mães nunca foram à escola, e que as taxas só descem significativamente em relação às crianças cujas mães frequentaram o ensino secundário.
- A prevalência do HIV é inversamente relacionada com o nível de escolaridade. Por outras palavras, os mais instruídos têm uma probabilidade mais elevada de serem infectados, embora o oposto seja verdade em relação aos conhecimentos sobre o HIV (ainda que com uma grande diferença só no ensino secundário) e à testagem ao HIV. O Ministério da Educação introduziu a educação sobre o HIV/SIDA no curriculum escolar, tanto no ensino primário como no ensino secundário.
- Em relação à desnutrição crónica, a diferença em função do nível de escolaridade das mães é mínima entre as que não têm nenhum nível de escolaridade e as que frequentaram o ensino primário, mas mais elevada quando as mães atingiram o ensino secundário.
- No caso de alguns outros indicadores, como o da percentagem de partos em unidades sanitárias, há diferenças mais nítidas entre os vários níveis de escolaridade.

Figura 3.6 – Indicadores sociais por nível de escolaridade das mulheres ou mães, 2011



Fonte: IDS 2011.

Em certa medida, o fraco impacto do nível de escolaridade (antes do nível secundário) pode-se atribuir à fraca qualidade do ensino primário, que é um dos principais motivos de preocupação realçados nesta análise da situação das crianças em Moçambique. Porém, isso também traduz o facto de muitas das que 'têm escolaridade primária' terem, na verdade, abandonado a escola sem completarem o ensino primário e, em muitos casos, logo após a 1ª ou 2ª classe. Tendo em conta que em muitas escolas pouco se ensina e que os alunos perdem bastante tempo potencial de aprendizagem em virtude de inícios tardios, o encerramento demasiado cedo e os longos períodos de férias, como se observou num estudo efectuado em Cabo Delgado (Adelman et al., 2011), o simples facto de ter frequentado a escola, principalmente por apenas algumas classes, não garante que tenha havido algum tipo de aprendizagem e, assim, algum impacto positivo nas competências das futuras mães em termos de modos de cuidar de si próprias e dos filhos.

Existem mais de 90 estações de rádio comunitárias, que emitem maioritariamente em línguas locais e que cobrem quase metade de todos os distritos

Além disso, a educação parental está associada com muitos outros factores, como o rendimento e a área de residência, o que torna difícil afirmar-se com absoluta certeza qual é o seu impacto directo no bem-estar das crianças. Estudos de regressão multivariada que se baseiam em dados do IOF de 2008/09 (Azzarri et al., 2011) e do MICS 2008 (Martel, 2009) concluíram que, ao se controlar algumas destas outras variáveis ligadas à educação (em especial a forte correlação entre a escolaridade das mães, o consumo per capita e o meio de residência), a educação materna não tem um impacto estatisticamente significativo na desnutrição crónica, que é determinada, principalmente, pelos níveis de riqueza ou de rendimento dos agregados familiares. É muito possível que isto também seja verdade em outras áreas.

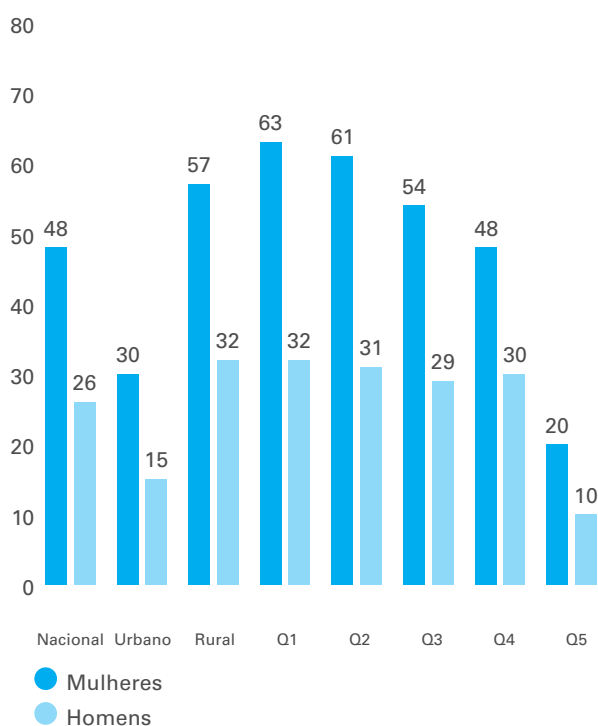
ACESSO À INFORMAÇÃO

O fraco grau de alfabetismo significa que o acesso à informação é principalmente oral, o que destaca a importância da comunicação a nível comunitário, em especial das emissões de rádio em línguas locais. Para além da emissora estatal, a Rádio Moçambique, que emite tanto em língua portuguesa como em línguas locais, existem mais de 90 estações de rádio comunitárias, que emitem maioritariamente em línguas locais e que cobrem quase metade dos 141 distritos³⁰. Estas emissoras produzem programas que se dirigem aos interesses e às preocupações dos ouvintes locais e, por isso, propiciam uma óptima plataforma de disseminação de informação e conhecimentos, incluindo sobre temas de saúde, nutrição e HIV/SIDA. Como veículo de comunicação participativa e muito ligadas às comuni-

dades, estas estações de rádio são importantes agentes de mudança social. Contudo, também têm de fazer face a problemas sérios de natureza técnica e financeira e dependem muito de voluntários não remunerados e de assistência externa, o que põe em risco a sua sustentabilidade a longo prazo

O acesso à informação através dos meios de comunicação social mantém-se fraco, mesmo no caso da rádio. O IDS de 2011 assinala que apenas 50% dos agregados familiares têm um aparelho de rádio (57% nas zonas urbanas e 47% nas rurais), o que aponta para uma pequena descida dos 53% a nível nacional verificados no IDS de 2003. A percentagem de agregados familiares que tem um televisor mais do que duplicou, porém de um nível bastante baixo, para atingir 19% em 2011. A posse de um televisor está quase confinada às zonas urbanas, nas quais 49% dos agregados em 2011 tinham um televisor, contra apenas 6% nas zonas rurais. O IDS também mostra que, em especial no caso da rádio, os homens ouvem mais do que as mulheres (66% em comparação com 43%, pelo menos uma vez na semana). Isto pode suceder por os aparelhos de rádio serem portáteis e pertencerem muitas vezes aos próprios homens, dentro do agregado familiar. No geral, metade (48%) das mulheres com idade entre os 15 e os 49 anos não tem acesso a *nenhum* meio de comunicação (rádio, televisão ou jornal), contra 26% dos homens (ver Figura 3.7). As desigualdades existentes são inúmeras em função da área de residência, da província e do quintil.

Figura 3.7 – População sem acesso a meios de comunicação de massa, 2011 (% de homens e mulheres dos 15 aos 49 anos)



Fonte: IDS 2011.



O aumento da cobertura de telemóveis está a proporcionar meios economicamente mais eficazes de disseminação da informação, ainda que a cobertura seja mais fraca que na maioria dos países da África Austral. Em Março de 2013, o Ministério da Saúde, o UNICEF e a Mcel (a maior operadora de telefones celulares) lançaram o projecto 'SMS pela Vida' para disseminar mensalmente, via mensagens de texto, informações sobre saúde e outras áreas para um universo de 4,5 milhões de clientes da Mcel (UNICEF, 2013b). Todavia, só 34% dos agregados familiares no país dispõem de um telefone celular, de acordo com os dados do IDS de 2011, e essa percentagem é muito menor nas zonas rurais do que nas urbanas (20% em comparação com 67%). Segundo o Instituto Nacional de Comunicações de Moçambique, 70% de todos os utilizadores de telemóveis estão concentrados em Maputo e suas redondezas.

RELAÇÕES DE GÉNERO

Moçambique continua a ser uma sociedade fundamentalmente patriarcal, na qual os homens tomam as principais decisões, especialmente na família e na comunidade, com expectativas de que as mulheres e as raparigas sejam submissas. As mulheres são também sobrecarregadas pelas funções reprodutivas num contexto de elevada fecundidade, cuidados com as crianças e trabalho, dentro e fora do lar. Elas estão menos integradas do que os homens no mercado de trabalho e na economia formal. Conforme o IDS de 2011, só 39,4% das mulheres entre os 15 e os 49 anos tinham estado empregadas nos 12 meses anteriores ao inquérito, comparativamente com 82,3% dos homens. As mulheres empregadas trabalhavam em áreas não especializadas, principalmente a agricultura (63%) e o comércio (24%). Além disso, menos mulheres do que homens são proprietários de casas ou terras por causa dos seus rendimentos mais baixos, assim como dos hábitos de herança³¹. Para além disso, como fez-se referência, as mulheres têm maiores taxas de analfabetismo. Esta multiplicidade de desvantagens interage com e é reforçada por uma cultura de supremacia masculina dentro do lar, inculcada logo na infância dentro da família, na comunidade e em certas regiões do país através de rituais como os ritos de iniciação.

As mulheres estão menos envolvidas do que os homens nas grandes decisões familiares, em especial (segundo dados do IDS de 2011) aquelas que não têm um emprego remunerado. As ramificações desta realidade são inúmeras, incluindo no que diz respeito à capacidade das mulheres, e em especial das adolescentes, de influenciarem as decisões quanto aos comportamentos reprodutivos e sexuais, o que contribui para torná-las mais vulneráveis à infecção por HIV e às gravidezes não desejadas. Os dados do IDS de 2011 mostram que a capacidade que as mulheres detêm de controlar a sua própria fecundidade e escolher os métodos contraceptivos depende do seu grau de independência. A cultura patriarcal também conduz à aceitação generalizada, especialmente por parte das próprias mulheres, da violência contra a mulher. O IDS de 2011 refere que 23% das mulheres e 20% dos homens (entre as idades de 15 e 49 anos) acreditam que, em certas circunstâncias, justifica-se que os maridos batam nas suas esposas³². A dominação masculina no seio da família é reforçada, às vezes, pela grande diferença de idades entre os cônjuges, em parte causada pela prática do casamento prematuro de raparigas (ver Caixa 3.4) e pela poligamia, neste caso, a prática de um homem ter mais de uma esposa. Segundo o IDS de 2011, cerca de um quinto das mulheres casadas (19,5%) estão num casamento com uma ou mais co-esposas.

Os incidentes de violência doméstica, incluindo os casos de abuso em relação à criança, raramente são referidos às autoridades judiciais ou aos serviços de acção social. Pelo contrário, há o hábito de procurar soluções dentro da família ou da comunidade, devido à falta de informação acerca dos mecanismos oficiais disponíveis e à lentidão, à ineficácia e aos elevados custos destes, inclusive para a deslocação às sedes distritais. Para além disso, o quadro legal (o código penal em vigor desde 1886) permite aos perpetradores de violência escaparem impunes por meio do dote ou casamento ("*dote da ofendida*" e "*efeitos do casamento*"). Em caso de estupro, o perpetrador é obrigado a pagar um dote à vítima/sobrevivente e, se ele optar por casar-se com a vítima, a detenção que antecede o julgamento é anulada, podendo ele aguardar o julgamento em liberdade. Se o perpetrador que casa com a vítima continuar casado com ela durante cinco anos (sem divórcio nem separação judicial), as sanções que lhe seriam aplicadas ficam suspensas.

Contudo, a posição social das mulheres está a sofrer alterações em alguns aspectos importantes. Práticas como a poligamia e a aceitação da violência contra a mulher parecem estar em declínio histórico. Por exemplo, por volta de 2011 a percentagem de mulheres em casamentos polígamos tinha diminuído mais de um terço em relação aos 31% do IDS de 2003.³³ O consentimento da violência sobre a mulher baixou 31 pontos percentuais nesse mesmo período, caindo de 54% para 23% das mulheres. As percentagens de raparigas que casam antes dos 15 ou 18 anos também baixaram, como já foi afirmado. Outra tendência, que merece uma análise mais apurada para se lhe perceberem as causas e consequências, é o número cada vez maior de agregados familiares dirigidos por mulheres, percentagem que subiu dos 26% em 2003 para 36% em 2011, ainda de acordo com os dados do IDS..

Caixa 3.4 – Casamento prematuro – uma violação dos direitos fundamentais em grande escala

O casamento prematuro (antes dos 18 anos de idade) atinge aproximadamente metade das raparigas menores de 18 anos e um décimo das que ainda não fizeram 15 anos. O IDS de 2011 mostra que 10% das raparigas que na altura tinham entre os 15 e os 19 anos de idade tinham casado (legalmente ou de facto) antes de completar 15 anos e que 48% das que tinham entre os 20 e os 24 anos de idade tinham casado antes dos 18 anos. A idade legal para o casamento, de acordo com a Lei da Família e a Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, é 18 anos, mas a lei não é cumprida, em parte porque a maior parte dos casamentos são meras 'uniões de facto', ainda que formalizadas pelos casamentos tradicionais, que incluem o dote (lobolo), em vez de casamentos oficiais e registados.

As taxas mais altas de casamento prematuro encontram-se no Norte, com uma em cinco raparigas em Niassa casada antes da idade de 15 anos. A Zambézia e Nampula são as províncias com os maiores números absolutos de raparigas casadas antes das idades de 15 e 18 anos. Uma análise de regressão baseada nos dados do IDS de 2011 (Silva-Leander et al., 2014) constatou que, além das diferenças geográficas, as taxas de casamento prematuro não variavam muito em relação a outras características dos agregados familiares, embora fossem mais baixas em agregados com chefes mais velhos. O casamento antes da idade de 18 anos é associado negativamente com o nível de riqueza do agregado familiar, mas foi significativamente mais baixo apenas no 5º quintil. Em relação à educação, o casamento prematuro (antes dos 15 e 18 anos) é significativamente reduzido apenas para as raparigas com o nível secundário de escolaridade. No entanto, a causalidade parece aplicar-se do casamento para a escolarização, em vez do sentido oposto – sendo o casamento prematuro uma causa importante da desistência escolar.

O casamento prematuro desapodera as raparigas e privadas de outros dos seus direitos. Quando as adolescentes se casam (ou são casadas), as suas aspirações e oportunidades de se desenvolverem mais fecham-se imediatamente. Elas ficam subordinadas aos maridos que, muitas das vezes, são muito mais velhos do que elas (cerca de um quinto das raparigas de 15-19 anos tem maridos 10 ou mais anos mais velhos do que elas, tal como indica o MICS de 2008). Em certos casos, elas são também segundas ou mesmo terceiras esposas,

como se vê pelos dados do IDS, nos quais 9% das raparigas dos 15 aos 19 anos têm co-esposas.

O casamento prematuro é uma das principais causas de desistência escolar entre as adolescentes. Uma análise dos dados de um estudo de painel nacional em 2008 (cobrindo uma subamostra do IAF de 2002/03) mostra que, para adolescentes, o casamento e a gravidez são duas das principais causas que elas mencionam para justificar não serem escolarizadas, com uma percentagem que sobe de 11% aos 13 anos para 15% aos 14 anos, 18,5% aos 15 anos e mais de 20% dos 16 anos em diante (Fox et al., 2012). Para as raparigas, estas percentagens são bem mais altas, já que quase nenhum rapaz se casa antes dos 18 anos. Do mesmo modo, a análise dos dados do IDS de 2011 (Silva-Leander et al., 2014) constatou que o casamento prematuro é associado a reduções significativas na probabilidade de as raparigas concluírem o ensino primário (-11,7% se casadas antes dos 15 anos de idade e -5,5% se casadas antes dos 18 anos) e ingressarem no ensino secundário (-12,9% e -6,4% respectivamente).

Uma vez que a actividade sexual é mais frequente em raparigas casadas do que em raparigas não casadas, o casamento prematuro conduz a gravidezes precoces e indirectamente a riscos mais altos de mortalidade materna e infantil. Conforme documenta Azarri (2011), o risco de desnutrição (baixa altura para a idade, baixo peso para a altura e baixo peso para a idade) é significativamente mais elevado quando as mães têm menos de 19 anos, na altura do parto. O estudo baseado nos dados do IDS de 2011 chegou a conclusões semelhantes, entre as quais a constatação de que as crianças menores de 5 anos que nasceram quando a mãe tinha menos de 18 anos de idade tinham uma probabilidade de desvio adicional do padrão da OMS referente à altura-para-idade, de pelo menos um terço de um desvio padrão (Silva-Leander et al., 2014).

É preciso um grande esforço para que se alterem as regras sociais relativas a esta questão cultural premente e sensível. Graça Machel, destacada activista social a favor dos direitos das mulheres e crianças e antiga primeira-dama de Moçambique, tem mostrado o caminho a seguir pela sua liderança de uma campanha nacional contra o casamento prematuro e esforços semelhantes e mais sustentáveis são necessários.

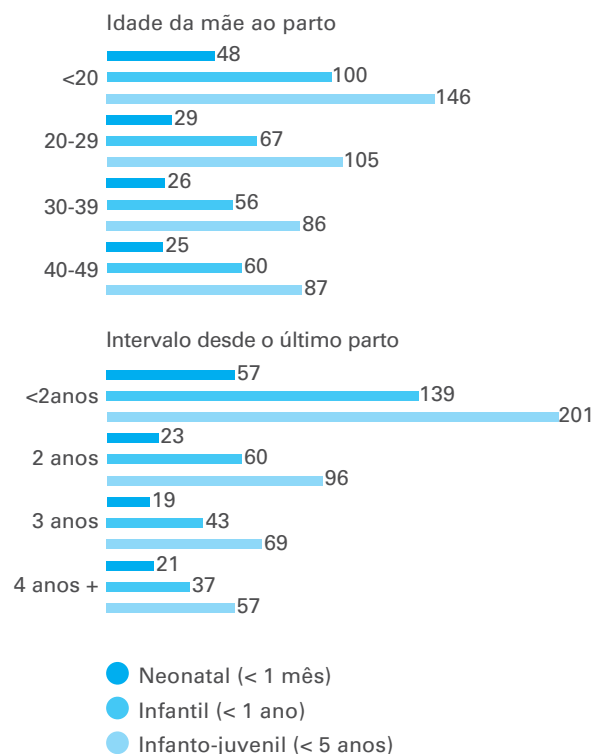
PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS

A actividade sexual começa muito cedo e tem como resultado elevadas taxas de gravidez na adolescência, o que aumenta bastante os riscos de mortalidade materna e infantil. Se compararmos os dois inquéritos IDS de 2003 e de 2011, observamos uma ligeira diminuição na percentagem das adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade que tiveram a sua primeira relação sexual antes dos 15 anos, mas não se alterou a percentagem das mulheres dos 20-24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 18 anos. A idade mediana da primeira relação sexual das mulheres era 16,1 em 2011, quase inalterada desde 2003 (16,0). A idade do início da actividade sexual ocorre muito cedo em quase todas as províncias e quintis e não varia com o nível de escolaridade, mas é particularmente baixa nas províncias do Norte, como Niassa (14,6) e Cabo Delgado (15,2), bem como na província da Zambézia (15,5). A média só sobe um pouco nas zonas urbanas (16,6) em relação às rurais (15,9). Dado o fraco uso de métodos contraceptivos, isso leva a taxas elevadas de gravidez na adolescência. A percentagem de mulheres dos 20 aos 24 anos que deu à luz pela primeira vez antes dos 18 anos desceu de 47% para 40% no período 2003-2011, mas ainda é uma percentagem muito alta e que tem sérias implicações na sobrevivência infantil, visto que as taxas de mortalidade neonatal, infantil e em menores de 5 anos são muito superiores em crianças nascidas de mães com menos de 20 anos (ver Figura 3.8).

Uma análise mais aprofundada dos dados do IDS aponta para um risco muito elevado de mortalidade quando se associam dois factores de alto risco – a idade baixa da mãe (abaixo dos 18) e intervalos curtos entre gravidezes (menos de 24 meses). Por exemplo, o risco de morte antes dos 5 anos é 4,35 vezes maior quando se verifica este duplo alto risco do que em crianças nascidas com três factores de baixo risco (mãe entre os 18 e os 24 anos, intervalo entre os partos superior a 24 meses e ordem de nascimento menor de 4)³⁴.

O início precoce da actividade sexual e o fraco uso de contraceptivos por parte dos casais contribui para uma fecundidade elevada, que parece ter aumentado nos últimos 15 anos. Segundo o IDS de 2011, só 11,3% das mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade que estão casadas, ou em uniões de facto, utiliza meios modernos de contracepção, uma percentagem que sofreu quase nenhuma alteração desde 2003 (11,7%). Essa percentagem é particularmente baixa nas zonas rurais (7,2%), entre as mulheres que não possuem qualquer nível de escolaridade (5,3%) e nos três quintis mais baixos (2,9%, 5,4% e 6,9%, respectivamente), bem como entre as mulheres casadas dos 15 aos 19 anos de idade (5,8%). Apesar da queda da mortalidade em menores de 5 anos, que geralmente leva a uma redução da fecundidade, já que melhora as probabilidades de sobrevivência infantil, a taxa global de fecundidade (TGF) era mais elevada em 2011 (5,9 filhos por mulher) do que em 1997 (5,6). A TGF tem vindo a subir mais nas zonas rurais, tendo passado de 5,8 filhos em 1997 para 6,6 em 2011, como documentam os dados do IDS (ver Figura 3.9). A maior subida da fecundidade tem-se verificado nas províncias do Centro e do Norte, que detêm as mais altas TGF, chegando mesmo aos 7,1 em Niassa. A fecundidade também está negativamente relacionada com a riqueza, atingindo 7,2 nos dois quintis mais pobres.

Figura 3.8 – Taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil segundo a idade da mãe e os intervalos entre gravidezes, 2011



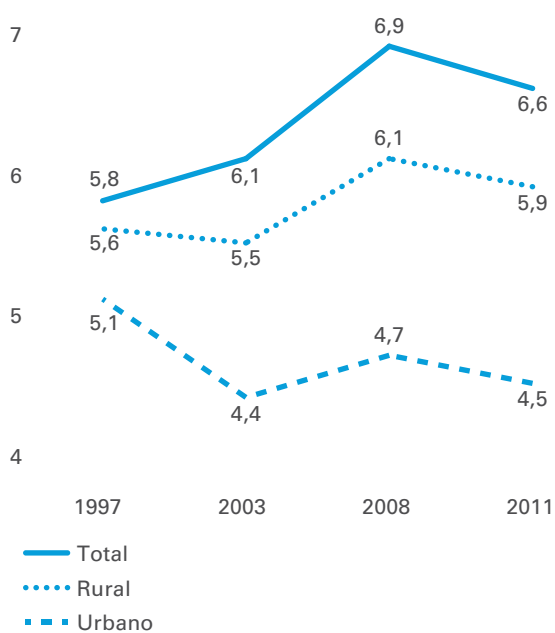
Fonte: IDS 2011.

Diminuiu a percentagem de mulheres (20-24 anos) que deram a luz pela primeira vez antes dos 18

Em 2011, o número de filhos por mulher era mais alto que em 1997



Figura 3.9 – Taxa global de fecundidade, 1997-2011



Fonte: IDS 1997, 2003 e 2011; MICS 2008

3.4 OFERTA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS SOCIAIS BÁSICOS

Nas duas últimas décadas, houve uma grande expansão da oferta de serviços sociais básicos, mas ainda há desafios que limitam o acesso a certos serviços e prejudicam a sua qualidade.

SAÚDE

O quadro de políticas é favorável a um maior esforço para reduzir a mortalidade materna e infantil, mas os entraves verificados no sistema nacional de saúde estão a dificultar um progresso mais rápido. Em Maio de 2010, a Primeira-Dama e o Ministério da Saúde lançaram uma Parceria para a Promoção da Saúde Materna, do Recém-nascido e da Criança. O Plano Integrado para o Alcance dos ODM 4 e 5 em Moçambique, adoptado pelo Ministério da Saúde em 2008, determina os objectivos e as metas para a melhoria da saúde materna e da criança até 2015. Porém, os constrangimentos relativos ao financiamento, às infra-estruturas, aos recursos humanos e à aquisição de medicamentos acabaram por afectar o progresso.

A ampliação das infra-estruturas de saúde foi bastante grande, mas ainda apenas 65% da população tem acesso a unidades sanitárias a menos de 45 minutos a pé de sua residência. Como já se referiu, a distância é o maior impedimento referido pelas mulheres (no IDS de 2011) como motivo para não irem às unidades sanitárias quando estão doentes ou têm criança doente. Um estudo sobre a imunização levado a cabo na Zambézia em 2012 também concluiu que o maior entrave à vacinação é a distância (59%), seguida da não-disponibilidade de vacinas (11%) ou pessoal (5,5%), além do tempo de espera (9%) (referido em UNICEF, 2013e). Existem grandes disparida-



des geográficas na oferta de infra-estruturas de saúde, que variam entre 1 por cada 10.000 habitantes em Gaza e em Niassa para 1 por cada 20.000 nas três províncias menos favorecidas: Nampula, Tete e Zambézia (UNICEF, 2013e). Apenas 63% das unidades de saúde primárias dispõem de serviços de maternidade, ainda que tenha havido uma certa melhoria, visto que, em cerca de 47% dessas unidades com serviços de maternidade, também já há 'casas de espera de mulheres grávidas' para as mulheres que estão em trabalho de parto, o que constitui um mecanismo de facilitação do acesso.

Já existem esforços de cobertura activa das comunidades, mas estes ainda são limitados. Face ao défice de unidades sanitárias, o alargamento dos serviços exige serviços móveis para a cobertura das comunidades, especialmente nas zonas mais remotas. Para alargar a cobertura da vacinação, o Ministério da Saúde introduziu, como um eixo do seu Programa Alargado de Vacinação (PAV), a questão da cobertura alcance das comunidades, adoptando a abordagem RED (Alcançar Cada Distrito) em 2008. Porém, devido a constrangimentos de natureza financeira, de recursos humanos e de logística, esta componente representa na prática apenas uma pequena percentagem das vacinações – só 15% em 2012 na Zambézia, que tem a mais baixa cobertura de vacinação no país (UNICEF, 2013e).

Os serviços de saúde materna e infantil têm alcançado mais beneficiários mas ainda enfrentam problemas de qualidade. O próximo desafio é melhorar a qualidade. Verificaram-se alguns avanços, nomeadamente a introdução das novas vacinas no PAV e a distribuição em massa às crianças e suas famílias de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida de longa duração. Foi introduzida no PAV a vacina da Hepatite B em 2001, a vacina Hib (contra a Haemophilus Influenza tipo B) em 2009 e a vacina pneumocócica (PCV 10, contra a pneumonia) em Abril de 2013. A vacinação contra o rotavírus (a maior causa de diarreia) será introduzida em 2015. A PCV 10 poderia reduzir bastante a incidência de infecções respiratórias agudas (IRA), que constituem a terceira maior causa de mortalidade em menores de 5 anos no país). Todavia, o sistema de saúde ainda enfrenta uma escassez de recursos humanos qualificados, medicamentos e equipamentos, que afectam a prestação de serviços materno-infantis e, por conseguinte, a sobrevivência infantil e materna. Além disso, as políticas, normas e directrizes e os protocolos nem sempre são respeitados em alguns serviços. No caso da malária, por exemplo, o IDS de 2011 concluiu que enquanto 56% das crianças com febre foram levadas a uma unidade sanitária, apenas 30% fizeram uma análise de sangue (como prescrito na política nacional de manejo de casos de malária).

Em relação à saúde materna, os serviços prestados durante as consultas pré-natais também divergem das normas estabelecidas: só 59% das pacientes tiveram a sua tensão arterial medida, 50% forneceram uma amostra de urina e 85% uma amostra de sangue (reflectindo o facto de que nem todas as unidades sanitárias têm capacidade para realizar testes de urina e amostras de sangue).

Um dos principais desafios à redução da mortalidade materna é o reduzido número de unidades sanitárias que oferecem cuidados obstétricos de emergência (78 de acordo com o Ministério da Saúde) e também o facto de o sistema de referência não assegurar um acesso atempado das mulheres com complicações obstétricas a estas unidades (MISAU, 2013b).

A ampliação das infra-estruturas de saúde foi grande, mas ainda apenas 65% da população tem acesso a unidades sanitárias a menos de 45 minutos a pé de casa

As rupturas de stock de medicamentos continuam a ocorrer, principalmente nas unidades sanitárias periféricas. Desde 2008, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) é responsável pela gestão das aquisições de medicamentos, mas a sua capacidade e os seus sistemas precisam de ser fortalecidos. A falta de critérios claros de priorização nas aquisições de medicamentos e a ausência de qualquer tipo de avaliação das necessidades, baseada em dados epidemiológicos ou de consumo de medicamentos por parte das unidades sanitárias, faz com que o processo de aquisição anual seja ineficaz, provocando a falta de medicamentos e o recurso frequente a aquisições de emergência. A distribuição para as unidades sanitárias é gerida de uma maneira igualmente 'ad hoc' e baseada em urgências, sem qualquer tipo de avaliação das necessidades. Há também grandes deficiências na capacidade de armazenamento a frio, em especial em Nampula e na Zambézia. Embora os procedimentos de aquisição e distribuição de medicamentos e equipamentos sejam fracos, é preciso reconhecer-se que todo o sistema de aquisição, armazenamento e distribuição tem vindo a tornar-se mais exigente, dada a rápida evolução do Serviço Nacional de Saúde e as exigências massivas para o tratamento do HIV/SIDA. Numa tentativa de abordar estes pontos fracos e desafios, o Ministério da Saúde esboçou já um novo plano estratégico para a logística farmacêutica (CMAM, 2013).

O número de profissionais de saúde mais do que duplicou entre 2000 e 2010, mas os rácios de profissionais de saúde por população ainda estão aquém dos rácios internacionais. O pessoal designado à saúde materna e infantil (SMI) quase triplicou neste período e constituiu cerca de 12% do total do pessoal do sector da saúde em 2010. O Ministério da Saúde prevê ter 65 médicos generalistas, médicos de SMI e enfermeiras por cada 100.000 habitantes até 2015, mas mesmo assim, seria

apenas um quarto do rácio recomendado pela OMS, que é de 240 (MISAU, 2013b). Há ainda grandes disparidades no pessoal de saúde entre as províncias, com três vezes mais habitantes por cada profissional de saúde na Zambézia do que em Maputo Cidade (UNICEF, 2013f).

As longas esperas e as atitudes dos profissionais de saúde para com os pacientes desencorajam a procura de serviços de saúde. Um estudo qualitativo levado a cabo na Zambézia (De Maria, 2013) aponta esta como uma das principais razões para a não adesão das mães aos esquemas de vacinação dos bebés, originando uma menor taxa de imunização para as vacinas posteriores.

O QUE ESTÁ A SER FEITO

Revitalização do programa de Agentes Polivalentes Elementares

Aumento da disponibilidade e qualidade dos serviços de Planeamento Familiar e Contraceção

Expansão da iniciativa Maternidades Modelo na perspectiva de melhorar a qualidade dos cuidados de Saúde Materna e Infantil (parto humanizado)

Construção de casas de espera para mulheres grávidas, com vista à redução das complicações obstétricas e mortes maternas e neonatais que ocorrem ao nível das comunidades

Formação de Comitês Nacionais de Auditoria das Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais

Estratégia para o fortalecimento das intervenções das parteiras tradicionais e formação destas para a promoção da saúde da mãe e do recém-nascido ao nível da comunidade

Despiste e tratamento do Cancro do Colo do Útero e da Mama (CACUM)

Campanha de tratamento de Mulheres com Fistulas Obstétricas

Reforço do sistema de gestão, logística, monitoria e avaliação

Reforço dos mecanismos de coordenação

HIV/SIDA

Nos últimos dez anos, houve uma grande expansão na oferta de testes de HIV e de tratamento do SIDA, cobrindo já todos os distritos, embora apenas um quarto das unidades sanitárias (316 em 1.414) forneçam actualmente a terapia anti-retroviral (TARV) a adultos e crianças. Os serviços de PTV já estão disponíveis em 99% das unidades que oferecem cuidados pré-natais. O diagnóstico precoce nas crianças foi alargado mais lentamente, chegando a 475 unidades sanitárias em 2013 (MISAU, 2013c). Das mulheres que deram à luz nos dois anos que antecederam o IDS de 2011, só cerca de 42% receberam aconselhamento sobre o HIV, fizeram um teste e foram informadas dos resultados.

O Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, concebido pelo Ministério da Saúde para o pe-

ríodo 2013-15, visa elevar a cobertura do TARV para 80% até 2015, o que iria reduzir substancialmente a transmissão. Segundo um modelo a longo prazo, faria baixar a incidência e a mortalidade em mais de 50% até 2025, independentemente de outras medidas preventivas, como o aumento da circuncisão masculina³⁵ e mudanças relativas aos conhecimentos e comportamentos sexuais (MISAU, 2013c). Alcançar estes ambiciosos objectivos depende, porém, da manutenção de níveis elevados de financiamento (95% dos quais provêm de doadores) e, face aos graves estrangimentos em matéria de recursos humanos que se verificam no sector da saúde, à passagem dos serviços de TARV para um nível mais baixo de pessoal de saúde e ainda à redistribuição de pessoal treinado por distritos prioritários em termos de HIV³⁶. O reforço do sistema de aquisição e distribuição de medicamentos, como já se viu, é também crucial para evitar a frequente escassez de 'kits' de testagem e de medicamentos já conhecida.

O QUE ESTÁ A SER FEITO

O Governo adoptou, recentemente, a Opção B+ para a prevenção da transmissão vertical

O serviços de saúde são gratuitos, em especial os relacionados ao HIV/SIDA

NUTRIÇÃO

Muitos dos desafios do sector da saúde, atrás referidos, também aplicam-se aos serviços relacionados à nutrição. Alguns desses serviços dependem muito do financiamento de doadores, com baixa alocação de recursos internos. Dá-se pouca prioridade ao processo de aquisição e distribuição de produtos de nutrição, incluindo produtos terapêuticos para o tratamento da desnutrição aguda. A formação de pessoal especializado em nutrição (os técnicos de nutrição) foi interrompida no período entre 2005 e 2010, o que provocou uma falta de pessoal qualificado no sistema nacional de saúde. Em 2009, havia só 90 técnicos de nutrição a trabalharem no sistema nacional de saúde (RdM, 2010a), número que, hoje em dia, está a aumentar de novo, com um novo grupo de técnicos de nutrição que se graduaram em 2012.

O aconselhamento relativo à alimentação infantil ainda é bastante fraco nas unidades sanitárias. Em 2010, o Ministério da Saúde revitalizou a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC) e, até agora, já está a ser implementada em hospitais em cinco províncias e na Cidade de Maputo. No entanto, nenhuma unidade sanitária foi até agora certificada como "amiga do bebé." O Ministério da Saúde introduziu, em 2011, o aconselhamento sobre a alimentação infantil a nível das comunidades. Os APE receberam formação nessas matérias e o trabalho está a ser intensificado pelo Ministério da Saúde e por algumas ONG. O Ministério já pôs em marcha uma estratégia de comunicação sobre a amamentação e está a desenvolver uma Estratégia de Mudança Social e de Comportamento em Nutrição abrangente.

Já existe legislação relevante sobre a nutrição, mas falta pô-la em prática. Moçambique dispõe de um Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, que entrou em vigor em 2008, mas o instrumento legal destinado a regulamentar a sua implementação ainda não foi adoptado. Para garantir um consumo suficiente de iodo, foi aprovado, em 2000, um Di-



ploma Ministerial que especifica que todo o sal para consumo humano e animal deve ser iodado, mas até agora a aplicação da lei tem sido fraca. Em 2011, apenas 45% dos agregados familiares utilizavam sal iodado. Quanto à protecção da maternidade, já desde 2007 existe legislação adequada (inserida na Lei do Trabalho) mas, na prática, são poucas as mulheres que dela beneficiam.

O uso de campanhas de intervenção para alargar a suplementação com micronutrientes e a desparasitação, sobretudo através das semanas nacionais de saúde, tem tido um sucesso considerável. O IDS de 2011 constatou que 75% das crianças dos 6 aos 59 meses de idade receberam vitamina A, contra apenas 50% referidos no IDS de 2003.

Está a ser acelerada rapidamente a implementação de novas abordagens baseadas na comunidade para o tratamento da desnutrição aguda. Em Agosto de 2010, o Ministério da Saúde aprovou um protocolo actualizado sobre o tratamento da desnutrição aguda, que inclui o diagnóstico, a consulta e o acompanhamento a nível da comunidade, bem como o tratamento em regime ambulatorio de crianças com desnutrição aguda sem complicações. Esse tratamento em regime ambulatorio já está disponível em todos os distritos do país e tem contribuído para diminuir a acumulação de pacientes nos hospitais. Contudo, uma planificação e gestão dos produtos terapêuticos ineficazes e, em alguns casos, a fraca capacidade do pessoal de aplicar os protocolos de tratamento continuam a ser desafios sérios.

A implementação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC), aprovado em Agosto de 2010, está a avançar progressivamente. O Secretariado Técnico para a Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN), do Ministério da Agricultura, é incumbido da coordenação do PAMRDC e também actua como 'ponto focal' no país do movimento global SUN ('Expandindo a Nutrição'). Todavia, ao contrário dos países vizinhos, Moçambique ainda não tem um 'ponto focal' ao mais alto nível para o movimento SUN. A capacidade do SETSAN de coordenar a resposta multisectorial à desnutrição tem sido fortalecida com o apoio de diversos parceiros de desenvolvimento. As províncias estão a delinear as suas próprias versões do PAMRDC, com base no plano nacional, e Tete

O QUE ESTÁ A SER FEITO

Revitalização da Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC) que, até agora, já está a ser implementada em hospitais em cinco províncias e na Cidade de Maputo

Estratégia de aconselhamento sobre a alimentação infantil a nível das comunidades e treinamento dos APE nessas matérias

Implementação de uma estratégia de comunicação sobre a amamentação

Desenvolvimento de uma Estratégia de Mudança Social e de Comportamento em Nutrição

Implementação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC)

foi a primeira província a finalizar o seu plano, em 2012. Está a crescer o número de parceiros de desenvolvimento que apoiam a implementação do PAMRDC, mas mantém-se o desafio de aumentar o financiamento interno para a nutrição.

ÁGUA E SANEAMENTO

Os grandes investimentos realizados na ampliação dos serviços de abastecimento de água realçam o desafio de garantir a sua sustentabilidade, sobretudo nas zonas rurais. O estudo de base do PRONASAR de 2011 constatou que 18% das fontes de abastecimento de água nas zonas rurais estavam inoperacionais, com esta percentagem a subir para 26% no Norte (DNA, 2012). Trata-se de uma melhoria da situação verificada há dez anos, quando, de acordo com um inventário feito em 2002/03, 30% das fontes de água a nível nacional não funcionavam. Contudo, corre-se o risco de as necessidades de reabilitação destas fontes desviarem recursos para a construção de mais fontes de água. A 'abordagem de resposta à procura', que constitui um ponto importante da Política de Águas, pretende promover a participação activa dos utentes das fontes e, consequentemente, a sustentabilidade dos investimentos nas fontes de abastecimento de água nas zonas rurais, das quais 90% são equipadas com bombas manuais. Porém, a acrescentar aos problemas de fraca capacidade institucional (em especial a nível das administrações distritais) e aos orçamentos inadequados para investimento e manutenção, a abordagem de resposta à procura tem sido aplicada de maneira inconsistente, com muitos investimentos ainda implementados como iniciativas de oferta 'do topo para a base'. Em consequência disso, as comunidades não estão a ser suficientemente motivadas e organizadas, nem financeiramente capazes, para repararem as bombas de água quando estas avariarem. Não obstante, verifica-se uma tendência de desconcentração de responsabilidades e de recursos financeiros para o nível distrital. O PRONASAR registou uma média de 2,1 técnicos de água e saneamento por distrito, em 2011, e os recrutamentos continuam a aumentar. Há cada vez mais distritos que incluem projectos de água e saneamento nos seus planos económicos e sociais distritais (PESOD). Outros desafios são as poucas opções técnicas em áreas hidrogeológicas problemáticas e os custos de manutenção muito superiores aos que as comunidades rurais mais pobres podem suportar.

Nas zonas urbanas, os maiores desafios são os de melhorar o abastecimento de água canalizada às zonas peri-urbanas, de assegurar a viabilidade financeira a longo prazo dos sistemas de abastecimento de água e de regulamentar as empresas e os fornecedores de pequena escala. Nas principais cidades, que detêm cerca de 80% da população urbana, tem havido avanços notáveis no delegar de responsabilidades para a gestão do abastecimento de água urbano ao sector privado, sob a supervisão de uma instituição pública, o Fundo de Investimento e Património do Abastecimento de Água (FI-PAG), que também é responsável pelos investimentos. O desempenho operacional também tem melhorado, dando mais credibilidade aos serviços prestados, e o sistema de abastecimento nas grandes cidades já está a produzir pequenos excedentes operacionais. Os consumidores que utilizam postos públicos de água pagam uma tarifa social e aplica-se um mecanismo de pré-financiamento para facilitar novas ligações à rede de água canalizada. Em relação ao fornecimento de água em cidades pequenas, foi criada, em 2009, a Administração de Infra-estruturas de Abastecimento de Água e Saneamento (AIAS), que é responsável pelo novo programa de reabilitação e desenvolvimento de pequenos sistemas, muitos dos quais só têm funcionado esporadicamente, após anos de negligência e de mecanismos de financiamento não-sustentáveis. Não há ainda mecanismos claros de financiamento para suporte destes sistemas e as cidades pequenas também enfrentam défices de pessoal técnico devidamente treinado.

Face à alarmante taxa de feccalismo a céu aberto, a melhoria do saneamento é uma prioridade premente, exigindo uma liderança mais forte, a racionalização dos mandatos institucionais, maiores financiamentos e um modelo viável para a comercialização de produtos para a construção de latrinas melhoradas. Apesar de a promoção do conceito de 'saneamento total liderado pela comunidade' (SANTOLIC)—que enfatiza a mobilização da comunidade e a mudança de comportamento para acabar de vez com o feccalismo a céu aberto—ser uma abordagem que vem ganhando terreno nas zonas rurais (conforme as tendências mostradas pelos dados da Figura 2.4), persistem algumas fraquezas institucionais e de financiamento com vista à consolidação desta prática (SANTOLIC) pelo país e para assegurar que as opções tecnológicas por parte da comunidade elevem para o nível de latrinas melhoradas. A liderança em relação ao saneamento está dispersa por uma série de instituições (AIAS, MISAU, MINED, DNA, MICOA, Governos Distritais e municípios) e o diminuto financiamento disponível é direccionado principalmente para a melhoria das dispendiosas redes de esgotos, que beneficiam só uma pequena parte da população urbana. Dado o fraco grau de cobertura do saneamento e as suas implicações para a saúde e mortalidade infantis, o saneamento requer um grau de atenção e um compromisso muito maiores do que existe actualmente. O Banco Mundial calcula que, em Moçambique, o custo do saneamento inadequado (incluindo os custos de oportunidade) seja equivalente a 1,2% do PIB (WSP, 2012). A gravidade da pobreza nas zonas rurais e peri-urbanas faz com que se torne essencial conceber modelos de custos acessíveis que facilitem o investimento doméstico em saneamento, ao mesmo tempo que se aposta na mudança de comportamento através do SANTOLIC.

As deficiências no abastecimento de água e nas infra-estruturas de saneamento em escolas e unidades sanitárias constituem outro desafio, ainda que não quantificado. Para além da importância para a saúde das crianças, a disponibilidade de água potável e de instalações sanitárias dentro das escolas influencia a frequência escolar e a retenção, em especial por parte das raparigas. Não se conhece a verdadeira dimensão do problema, dado que as informações necessárias para o planeamento, o financiamento e a programação não são recolhidas de maneira adequada tanto no sector da educação como no da água e saneamento. O quadro inadequado que se verifica, em particular a falta de liderança institucional e de políticas orientadoras, impede o progresso. Da mesma maneira, a água, o saneamento e as práticas de higiene são muitas vezes negligenciados nas unidades sanitárias, sejam grandes ou pequenas, urbanas ou rurais, e não existe vigilância adequada, o que tem consequências sérias para as crianças.

O QUE ESTÁ A SER FEITO

Melhorias assinaláveis no abastecimento de água: 53% da população usava fontes melhoradas de abastecimento de água em 2011 (sendo 38% nas zonas rurais e 85% nas áreas urbanas) contra os 37% da população em 2003. Também houve melhoria na percentagem da população que precisa de despendar mais de meia hora para ir buscar água, de 53% em 2008 (MICS) para 39% em 2011 (IDS).

O saneamento também registou melhorias, embora o progresso seja lento: 24% da população (IDS) usava infra-estruturas melhoradas de saneamento em 2011 (sendo 13% nas zonas rurais e 48% nas áreas urbanas) contra 12% da população em 2004 (QUIBB).

Foram harmonizados os instrumentos e metodologias de planificação e cálculo da cobertura do abastecimento de água e saneamento, alinhando-os com os instrumentos do INE e os que estão em uso a nível internacional (WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme).

EDUCAÇÃO

O acesso ao Ensino Primário do Primeiro Grau (EP1) já não constitui um entrave sério devido à mobilização feita, à distribuição gratuita do livro escolar, ao apoio às crianças vulneráveis através do ADE e à colocação de professores. Tem havido um grande aumento de infra-estruturas escolares e uma redução do rácio aluno-professor, o qual, embora seja ainda muito elevado (comparativamente com a cifra de 40 que consta nas metas da 'Educação para Todos'), já baixou de 73 para 63 entre 2007 e 2012 (MINED, 2013). As disparidades entre as províncias no rácio aluno-professor também baixaram, embora algumas províncias do Centro e do Norte do país (em particular Nampula e Zambézia) ainda tenham rácios mais altos que a média. Os investimentos na formação de professores fizeram decrescer o número de professores não qualificados (de 44% para 21% no EP1 entre 2004 e 2011) e aumentaram a percentagem de professoras do sexo feminino, que passou para 45% em 2012 (Visser, 2013; MINED, 2013).



A insuficiência da oferta ainda cria uma barreira ao acesso ao EP2, ainda que muito menos do que há dez anos, e representa um grande obstáculo no acesso ao ensino secundário. O aumento percentual no número de escolas e de professores tem sido maior no EP2 e no ensino secundário, mas a partir de um patamar muito baixo. O número de escolas que oferecem as 6ª e 7ª classes (o EP2) triplicou e o número de professores a este nível duplicou entre 2004 e 2011, aumentando assim a proporção de escolas primárias que oferecem o EP2 de uma em cada oito em 2004 para uma em cada três em 2012. Ainda é mais longo o tempo médio que os alunos demoram para chegar a estas escolas nas zonas rurais. No que diz respeito ao ensino secundário, a falta de escolas impede a transição de muitos alunos que conseguem concluir o EP2, especialmente nas zonas rurais mais remotas.

O sistema de educação pré-escolar continua pouco desenvolvido, com um número reduzido de escolinhas comunitárias (583 em 2013) além de alguns centros infantis (principalmente privados e não gratuitos) e classes pré-primárias em escolas primárias privadas nas cidades. Como já foi mencionado, este é um dos factores que adia a preparação para a escola e contribui para o ingresso tardio no ensino primário. As escolinhas comunitárias ainda recebem pouco financiamento do Estado e assim dependem das contribuições dos pais para pagar os seus animadores. O reduzidíssimo número de pessoal qualificado como educadores de infância é um dos maiores constrangimentos. No entanto, cresceu bastante o interesse em se resolver a lacuna existente na prestação destes serviços, o que se comprova pela criação, em 2010, de uma comissão multisectorial, pela aprovação de uma Estratégia do Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar (DICIPE), em 2012, e pelo aumento do apoio por parte dos doadores. O MMAS aprovou novos procedimentos para regulamentar os centros infantis e desenvolveu novos manuais pedagógicos para estes.

Moçambique conseguiu um aumento extremamente rápido no número de alunos, o que colocou imensa pressão no sistema educativo, comprometendo a qualidade e a aprendizagem. Apesar do aumento no número de professores e de salas de aula, este não conseguiu ainda satisfazer a demanda, o que cria a necessidade de a maior parte das escolas funcionarem em dois turnos, e em alguns casos, mesmo três. Embora tenham sido contratados muito mais professores, o seu fraco nível de escolaridade e de capacidades pedagógicas compromete a qualidade do ensino, e por consequência, os próprios resultados de aprendizagem. Os professores têm de lidar com

turmas muito grandes e com o desafio de ensinar, numa mesma sala, crianças de idades muito diferentes e numa língua que não é a língua materna. A rápida expansão da educação também prejudicou a implementação da reforma educativa de 2004, que foi introduzida sem preparação adequada e é pouco entendida pelos professores. A noção de ‘um ensino centrado na criança’, que foi um dos objectivos da reforma, tem sido difícil de pôr em prática no contexto de salas de aula muito cheias e de formação mínima de professores. Discussões em grupos focais com professores também revelam uma discordância quase completa da política de passagem automática nos três primeiros ciclos do ensino primário (1ª-2ª, 4ª-5ª e 6ª-7ª classes), que pretendia reduzir o número de repetentes, mas que é vista pelos professores como prejudicando a qualidade (Beutel, 2011).

O absentismo dos professores e as condições de aprendizagem inadequadas constituem outras preocupações. Apesar de não ser representativo do país como um todo, um estudo efectuado nas escolas de Cabo Delgado (Adelman et al., 2011) aponta para essas preocupações. De acordo com este estudo, a média registada nas presenças dos professores era 87%, mas parecia ser, pelo que foi observado, bastante inferior. Os alunos estavam a perder mais de 50% do seu tempo potencial de aprendizagem, às vezes pelo facto de as aulas começarem tardiamente ou terminarem cedo ou pelo encerramento prolongado das escolas. Alguns destes problemas poderiam ser evitados se a comunidade estivesse mais envolvida na gestão das escolas, através dos conselhos de escola, mas estes têm um desempenho muito fraco na maioria das escolas (Monjane et al., 2011)³⁷. Contudo, há outros problemas relacionados aos recursos. O estudo realizado em Cabo Delgado constatou que apenas 68% dos alunos da 3ª classe tinham cadernos e 73% tinham canetas ou outros materiais de escrita. A posse de livros didácticos era superior (80%), o que reflecte os grandes investimentos feitos a nível nacional, com o apoio de doadores, para produzir e distribuir material didáctico. Um estudo similar, levado a cabo em Nampula e na Zambézia (Raupp et al., 2013), concluiu que as crianças se sentavam no chão em 65% das turmas de Nampula e em 63% nas da Zambézia e que 15% das turmas em Nampula funcionavam debaixo de árvores. Os subsídios concedidos às escolas para despesas locais de funcionamento, através do programa de Apoio Directo às Escolas (ADE), são insuficientes, o equivalente a 1 dólar americano por aluno em 2013 (Visser, 2013), permitindo apenas melhoramentos mínimos no ambiente de ensino.

A melhoria da aprendizagem é um dos três eixos do Plano Estratégico da Educação (2012-2016) e algumas medidas importantes já estão a ser implementadas para melhorar a qualidade

Em 2012, o Ministério da Educação (MINED) definiu padrões de qualidade para o ensino primário e um sistema de monitoria para a sua implementação. O MINED também está a realizar reformas na formação dos professores e a introduzir, numa base piloto, o ensino bilingue.

É imprescindível romper o ciclo de professores mal preparados que estão a ensinar com má qualidade no ensino primário. Um estudo recente (Beutel, 2011) chama a atenção para as desvantagens do modelo de formação acelerada (conhecido como 10+1), que foi usado para impulsionar, com maior rapidez, o número de professores treinados, bem como para a questão relacionada de desmoralização dos professores, consequência do baixo salário, do fraco estatuto social do professor e da elevada percentagem de professores com contrato temporário (58,5% em 2009)³⁸. Para conseguir expandir rapidamente o número de professores, o Ministério da Educação, de início, recrutou um grande número de professores não qualificados, uma prática que foi muito utilizada até 2008, altura em que foi descontinuada. O ministério então aumentou o número de vagas nos Institutos de Formação de Professores (IFP), através do alargamento da rede dessas escolas e da redução, para metade, da duração dos cursos, passando-os de dois para apenas um ano (em 2007). A maior parte destes novos professores foi recrutada como professores contratados (em vez de funcionários públicos) e mantidos nessa modalidade contratual o máximo de tempo possível para reduzir os custos. Esta situação ajudou a ‘resolver’ um problema imediato (a intensa falta de professores), mas com a consequência, a longo prazo, de muitos professores terem habilitações limitadas e grandes necessidades de formação contínua, para além de terem baixos níveis de motivação. O Governo reconheceu estas desvantagens da formação acelerada e, agora que já houve algum progresso na redução dos rácios aluno-professor, está a preparar-se para restabelecer um ciclo de formação com uma duração de 2 anos. Reforçar a formação contínua é outra prioridade, em especial para os 20% de professores do EP1 que foram recrutados sem nenhum tipo de formação prévia. As vagas nos cursos de curta duração (capacitações) são poucas, calculando-se que cubram, por ano, menos de 13% dos professores do nível primário. Alguns IFP também foram orientados para formar directores das escolas com vista a melhorar a qualidade do trabalho por eles executado.

As demoras verificadas na introdução do ensino bilingue também fazem com que as crianças tenham mais dificuldade em aprender. Uma pesquisa feita em Cabo Delgado com estudantes da 3ª classe (Adelmann et al., 2011) demonstrou que os alunos que não falam português em casa (a grande maioria) têm grandes dificuldades de adquirir até os conhecimentos de leitura mais básicos. Apesar da vasta experiência internacional que mostra que o ensino na língua materna proporciona às crianças melhores oportunidades de aprendizagem nos primeiros anos de escola e da prática em muitos outros países africanos de ensinar as crianças nas línguas africanas nas primeiras classes do ensino primário, as crianças moçambicanas continuam a ser ensinadas exclusivamente em português. O Governo tenciona introduzir o ensino bilingue, principalmente nos dois primeiros anos do ensino primário, mas ainda está numa fase piloto. A complexidade implícita na elaboração de livros escolares e na formação dos professores nas línguas locais, que são 17 principais, tem travado um progresso mais rápido.

O QUE ESTÁ A SER FEITO

Formação dos professores e dos directores das escolas

Capacitação dos professores em exercício

Capacitação dos membros dos Conselhos de Escola para melhor realização das suas tarefas

Expansão do ensino à distância no ensino secundário

Construção de salas de aulas que permitam o acesso também às crianças deficientes

Apoio às crianças órfãs e vulneráveis através do ADE, incluindo a retenção da rapariga na escola

Programa Nacional de Alimentação Escolar nas zonas de estígeme

Monitoria e supervisão do trabalho dos professores e dos directores das escolas

Sensibilização das comunidades para o ingresso dos seus filhos no Ensino Técnico-profissional

Sensibilização sobre a entrada na escola com a idade certa

Ingresso gratuito no ensino primário, bem como a distribuição do livro escolar

PROTECÇÃO DA CRIANÇA

Ainda não existe um sistema integrado de serviços de acção social a nível local, com técnicos³⁹ devidamente formados e que sejam capazes de desempenhar um papel eficaz na prevenção do abuso, da violência e da exclusão social e no encaminhamento de vítimas para os serviços de que necessitam. Ainda que os dados para quantificar as necessidades de serviços de acção social ou a cobertura actual destes sejam insuficientes, sabe-se que, em geral, há muitas necessidades não satisfeitas, nas quais se incluem o aconselhamento e a terapia em virtude dos altos níveis de violência, negligência e abuso (nas comunidades, nas famílias e nas escolas) e do grande número de crianças que vivem separadas dos pais biológicos (em alguns casos como órfãos). A coordenação é considerada fraca (MMAS, 2013), embora haja grupos técnicos multisectoriais e ‘núcleos’ (NUMCOV) aos níveis nacional, provincial e distrital para a coordenação dos serviços destinados às crianças órfãs e vulneráveis (COV), os quais funcionam bem.

A maior fragilidade do sistema é ao nível distrital, onde a acção social faz parte de uma estrutura distrital conjunta que é também responsável pela saúde, os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). Os serviços de assistência social parecem diluir-se dentro dos SDSMAS que, em muitos casos, só dispõem de um ou dois assistentes sociais, com qualificações mínimas, cobrindo um distrito inteiro (MMAS, 2013). O âmbito dos serviços prestados é inevitavelmente muito limitado, tendo em conta as distâncias envolvidas e a natureza individual e intensiva do trabalho social, que implica visitas domiciliárias, o aconselhamento, o manejo de casos e a referência destes a serviços complementares.

Os serviços de assistência social formais são complementados por uma rede de comités comunitários de protecção da criança, que já existem em várias províncias. Estes comités têm uma presença maior em certas províncias (por exemplo, na Zambézia) do que em outras. De um modo geral, incluem líderes comunitários e algumas crianças e funcionam como uma ligação entre as comunidades e os serviços estatais. Eles identificam as crianças que estão em risco de maus tratos ou privadas de acesso a serviços essenciais e encaminham-nas para as instituições competentes (SDSMAS, escolas, serviços de saúde e nutrição, polícia e sistema judicial) ou para ONG, entre outras. A essência destes comités consiste no trabalho voluntário dos seus membros. O MMAS já elaborou directrizes destinadas ao fortalecimento destes comités. No entanto, o desafio que persiste é o funcionamento consistente destes comités que ainda precisam de apoio, uma vez que ainda não têm capacidade de se autofinanciar

Um dos maiores desafios é a redução da institucionalização de crianças e a melhoria da protecção das que estão em cuidados alternativos. O quadro legal claramente apoia a colocação de órfãos e outras crianças que não podem viver com os pais biológicos em famílias alternativas, com a institucionalização sendo vista como última opção e, quando possível, somente como uma medida temporária. Há também um quadro regulador para a acreditação e a inspecção de infantários e centros de acolhimento. Contudo, outros interesses mais específicos parecem estar a levar à abertura de um número cada vez maior de centros de acolhimento, os quais, em muitos casos, aceitam crianças que ainda têm um dos pais vivos (normalmente o pai), ou que poderiam ser adoptadas (caso não tenham nenhuma referência familiar) ou acolhidas por outra família. Esta situação é prejudicial aos interesses da criança e desvia recursos que poderiam ser canalizados para soluções dentro de um quadro familiar. Actualmente há 120 desses centros fechados já mapeados (e é provável que haja muitos outros que não sejam conhecidos ou que não tenham regularizado o seu registo junto ao MMAS). Destes, 8 pertencem ao Estado, abrangendo 14% da população de crianças em acolhimento institucional. Os restantes são entidades privadas/religiosas (Brown e Winberg, 2013). Foi elaborada uma proposta de lei para a regulamentação da protecção alternativa de crianças, uma vez que ainda não existe um quadro legal para a mobilização, avaliação, escrutínio e capacitação de famílias de acolhimento. Nesta proposta, foi também desenvolvido um quadro conceptual para a criação de uma base de dados informatizada para o registo e a monitoria da situação de crianças que precisam ou já estão colocadas em cuidados alternativos. Vários esforços são levados a cabo pelo Governo para capacitar equipas multisectoriais em assuntos relativos a cuidados alternativos e desinstitucionalização de crianças; em 2011 aproximadamente foram capacitados 200 funcionários e em 2012 mais de 6.200 crianças sem cuidados parentais foram colocadas em cuidados alternativos. No entanto, ainda é um desafio a gestão de casos individuais por assistentes sociais, que identifiquem e examinem atentamente as famílias alternativas e sigam o processo judicial desses casos (Brown e Winberg, 2013). No período 2008-12, o sistema judicial aprovou 1.500 tutelas⁴⁰ e 184 adopções, o que ainda representa um número limitado, dado que existem aproximadamente 700 mil crianças em risco de abandono no país.

Os esforços para o combate à violência contra as crianças e as mulheres têm aumentado, mas há ainda um cli-

ma de silêncio e impunidade, sendo raro e dispendioso recorrer ao sistema judicial. Desde 2000, o Ministério do Interior, através da Polícia, estabeleceu centros especializados, os gabinetes e secções de atendimento, para prestarem assistência a mulheres e crianças que são vítimas de violência e também para sensibilizar as comunidades. Em 2012, já existiam 260 dessas unidades, incluindo 22 'gabinetes-modelo', espalhados pelo país (MINT, 2013), em comparação com as 204 existentes em 2008. Uma avaliação deste sistema (Ernst & Young, 2010) chamou a atenção para o profissionalismo dos efectivos da polícia que trabalham nestas unidades, para o número crescente de casos com que eles lidam (cerca de 6.000 por ano) e para as ligações com os serviços relacionados (saúde, acção social, a Procuradoria-geral e o sistema judicial), apesar de a maior parte dessas unidades especiais estar localizada nas capitais provinciais e distritais, o que limita o acesso. Muito poucos perpetradores de violência chegam a ser julgados e condenados (perto de 20%) e há poucos especialistas disponíveis para oferecer terapia e aconselhamento às vítimas. Ao mesmo tempo, o Ministério da Educação definiu uma política de 'tolerância zero' para a violência sexual e o assédio nas escolas, incluindo por parte dos professores⁴¹, numa tentativa de eliminar este problema generalizado. Mas embora muito tenha sido feito para sensibilizar os directores escolares, professores e alunos, ainda é muito raro serem aplicadas sanções aos ofensores. Mais recentemente, cinco ministérios (Saúde, Educação, Acção Social, Interior e Justiça) uniram-se para endossar um Plano Multisectorial de Acção para a Aceleração da Prevenção e Resposta à Violência contra a Criança, para o período 2012-17, e para adoptar um protocolo de manejo de casos e de encaminhamento de crianças vítimas de abuso, que está a ser testado.

O país aprovou a Lei da Organização Tutelar de Menores, em conformidade com as normas e padrões internacionais, mas no entanto prevalece o problema de a privação de liberdade não ser utilizada apenas como medida de último recurso. Em Abril de 2013, havia mais de 2.300 crianças e jovens imputáveis, dos 16 aos 21 anos, nos estabelecimentos penitenciários, o que representa 14% da população prisional do país (MMAS, 2013). Há apenas dois tribunais de menores, um na cidade de Maputo e outro (em construção) em Cabo Delgado.

O MINED definiu uma política de 'tolerância zero' para a violência sexual e o assédio nas escolas, incluindo por parte dos professores

Muito pouco tem sido feito para combater o trabalho infantil. Parece haver uma aceitação generalizada de que pouco pode ser feito acerca deste fenómeno, dado o contexto geral de pobreza. A Lei do Trabalho permite que crianças entre os 15 e os 17 anos de idade executem trabalhos 'não perigosos' e até autoriza que crianças com 12 a 15 anos trabalhem em certas condições. Porém, os tipos de trabalho considerados 'não perigosos' ainda não foram definidos e nem a inspecção do trabalho nem a polícia têm pessoal, formação ou fundos para proceder à inspec-



ção dos locais de trabalho e intervir para proteger a criança que está envolvida em trabalhos perigosos.

O sucesso observado no registo de nascimentos resulta principalmente das campanhas de registo gratuito, organizadas pela Direcção Nacional dos Registos e Notariado (DNRN) do Ministério da Justiça. Estas fazem parte do Plano de Acção para o Registo de Nascimento, adoptado em 2004, embora o mesmo também tenha em vista o fortalecimento dos sistemas rotineiros de registo. Desde 2012, alargou-se o âmbito das campanhas pela inclusão do registo de nascimento como uma actividade integrada nas semanas nacionais de saúde.

Ademais, a atenção volta-se para a modernização do sistema de registo de nascimento, para torná-lo mais acessível, seguro e eficiente. Isto implica passar-se de um sistema arcaico em papel, que é ineficaz e pouco seguro, para um registo civil electrónico. Esta reforma é ligada à emissão de cartões de identidade biométricos, através do novo sistema e-NUIC, que está a ser testado em Maputo e Matola, e que deverá em breve estender-se a todo o país. A reforma pretende também melhorar a gestão de estatísticas vitais. Um dos desafios-chave é o de simplificar o processo de registo e a redução da distância a que ficam os serviços de registo, de modo a que se reduzam os custos de transacção para os agregados familiares pobres, principalmente através de uma maior colaboração com as unidades sanitárias e com as autoridades tradicionais, mas também, possivelmente, através do uso da tecnologia móvel para transmitir dados sobre nascimentos, casamentos e falecimentos nas zonas rurais distantes para os gabinetes de registo civil, localizados nas capitais distritais. O MICS de 2008 concluiu que, para as crianças que não foram registadas, as principais razões apontadas foram a complexidade dos procedimentos (25%), a distância

(23%) e o custo (20%). Será também importante abolir ou reduzir as multas por registo tardio, remover restrições como o requisito da presença de ambos os pais durante o registo e melhorar as ligações transversais, de modo a que, por exemplo, os nascimentos possam ser registados por um processo único nas unidades sanitárias, onde quase não se fazem registos actualmente.

O QUE ESTÁ A SER FEITO

Os esforços do Governo e parceiros garantiram que, em 2013, 797.298 crianças fossem registadas

Em 2013, 304.576 agregados familiares foram beneficiados pelo PSSB e 11.345 pelo PASP

Em 2013, 317.657 crianças receberam apoio multiforme (educação, saúde, nutrição, apoio psicossocial, protecção, etc.)

Já existem 1.420 Comités Comunitários de Protecção às crianças

Em 2013, 1.208 crianças foram reunificadas com as suas famílias ou integradas em famílias de acolhimento e adoptivas

REDUÇÃO E RESPOSTA AO RISCO DE CALAMIDADES

O Governo tem registado progressos assinaláveis para melhorar o quadro de gestão do risco de calamidades desde que foi adoptada a Política de Gestão das Calamidades e instituído o Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC), em 1999. A Política tornou-se a estratégia operativa do



país para gerir os riscos de calamidades, enfatizando as conexões entre as políticas de desenvolvimento, a redução da vulnerabilidade e a preparação, prevenção e mitigação dos efeitos das calamidades⁴². O INGC, que desde 2009 está sob a tutela do Ministério da Administração Estatal, é responsável pela coordenação das actividades de gestão de calamidades aos níveis nacional, provincial e distrital, incluindo a coordenação de actividades de socorro durante e depois das catástrofes e a sensibilização da população sobre a prevenção e a coordenação do sistema de alerta precoce.

O INGC melhorou consideravelmente os seus mecanismos de resposta desde as cheias devastadoras de 2000. Investiu em reforçar a recolha e análise de dados e na formação do seu pessoal e desenvolveu um sistema de aviso prévio, que funciona razoavelmente bem. O INGC prepara um plano anual de contingência para cheias e ciclones, em coordenação com a Equipa Humanitária Nacional (HCT) das Nações Unidas⁴³ e organiza exercícios de simulação. Durante as situações de emergência, o INGC actua através do Centro Nacional Operativo de Emergência (CENOE) e dos seus centros provinciais, coordenando também com outros actores, incluindo a Unidade Nacional de Protecção Civil (UNAPROC), a Cruz Vermelha de Moçambique, as agências das Nações Unidas e outros ministérios e ONG. A nível distrital, desde 2005, o INGC, com o apoio da Cruz Vermelha e de ONG, está a estabelecer, equipar e treinar Comitês Locais de Gestão de Risco de Calamidades (CLGRC), que são responsáveis por todas as actividades relacionadas com a gestão e a resposta às calamidades por parte das comunidades, embora ainda não se encontrem em todos os distritos. No seu Plano de Contingência de 2012-13, o INGC indicou que houve já 760 destes comités, inclusive 206 em zonas de alto risco.

Em Março de 2013, a Assembleia da República adoptou uma nova Lei de Gestão das Calamidades. Essa lei define os princípios da prevenção e preparação para calamidades e determina ainda um requisito legal para desenvolver sistemas de aviso prévio e mapas que identifiquem as áreas e as populações em risco de serem afectadas. Esta lei revela um forte engajamento governamental nos esforços de reforçar a gestão dos riscos de calamidades e um desejo de integrar as questões relativas às mudanças climáticas nas políticas e estratégias de desenvolvimento nacional.

O QUE ESTÁ A SER FEITO

O Centro Nacional Operativo de Emergência (CENOE) foi criado em 2006 para actuar durante as emergências

A Lei de Gestão de Calamidades foi aprovada em 2014

Exercícios de simulação foram realizados

Os Comitês Locais de Gestão de Risco de Calamidades (GLGRC) têm recebido treinamento

3.5 QUADRO DE LEIS, POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E FINANCIAMENTO

A qualidade da governação é um dos factores-chave que define o ritmo do progresso quanto à realização dos direitos das crianças. Trata-se do quadro de leis, políticas, instituições e mecanismos de planificação e gestão das finanças públicas, que influenciam a oferta e a qualidade dos serviços sociais básicos, assim como outros factores determinantes do bem-estar das crianças, como o grau de progresso na redução da pobreza.

QUADRO LEGAL E POLÍTICO

Moçambique ratificou a maioria das convenções internacionais relacionadas com os direitos das crianças, incluindo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e os seus respectivos protocolos facultativos. A CDC não prevalece sobre a legislação doméstica, não sendo, assim, sujeita à jurisdição dos tribunais, mas a Lei de Protecção e Promoção dos Direitos da Criança, aprovada em 2008, transpõe os princípios e as principais cláusulas da Convenção para a legislação nacional⁴⁴. Em conformidade com essa lei, o Governo criou o Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CNAC) e estabeleceu órgãos similares a nível provincial.

Tem-se constatado um avanço significativo na elaboração de um quadro legal e político abrangente para as crianças, que é bastante coerente com a CDC. Esse quadro legal inclui a Lei de Protecção e Promoção dos Direitos da Criança (lei no 7/2008), a Lei da Família (lei no 10/2004), a Lei da Organização Tutelar de Menores (lei no 8/2008), a Lei sobre a Prevenção e Combate ao Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (lei no 6/2008), a Lei do Trabalho (2008), a Lei sobre Violência Doméstica (2009) e o Código de Registo Civil de 2004, bem como a legislação relativa à educação, saúde, protecção social e outras matérias relevantes. Saliente-se, no entanto, que a Lei de Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e a Lei da Organização Tutelar de Menores ainda precisam ser regulamentadas.

Porém, a aplicação das leis é muitas vezes fraca. Por exemplo, como já foi realçado neste relatório, a idade legal para o casamento é fixada nos 18 anos na Lei da Família, mas na verdade cerca de metade das raparigas moçambicanas casa-se antes dessa idade. Do mesmo modo, os perpetradores de violência sexual e física contra mulheres e crianças são raramente processados e condenados, nem é aplicada efectivamente a legislação contra o trabalho infantil perigoso e o emprego de crianças menores de 15 anos. Apesar de grandes esforços em relação à prevenção e resposta à violência contra as crianças, liderados pelo Governo em conjunto com a sociedade civil, ainda existe uma cultura de silêncio ou de aceitação tácita destas violações de direitos por parte das comunidades, que faz com que casos não sejam denunciados às autoridades do Governo.

QUADRO INSTITUCIONAL

A prestação de contas à Assembleia da República enfrenta um certo número de fragilidades, nomeadamente no que diz respeito ao controlo da despesa pública. Apesar do seu papel formal nos processos de planificação e orçamentação (aprovação do Orçamento do Estado e do Plano Económico e Social e aprovação da Conta Geral do Estado após auditoria do Tribunal Administrativo), o nível real de influência do Parlamento sobre as finanças públicas é limitado pela curta duração do ano parlamentar, por lacunas nas suas atribuições (por exemplo, a falta de envolvimento no debate e na aprovação do Cenário Fiscal de Médio Prazo, o CFMP), pela margem de manobra dada ao executivo para fazer revisões ao Orçamento do Estado sem precisar retornar ao Parlamento para aprovação⁴⁵, pela fraca capacidade técnica dos deputados e pelo facto de grande parte da despesa ser extra-orçamental, ou 'off-CUT', ficando assim fora do controlo do Parlamento. O Parlamento tem um plano estratégico de desenvolvimento a longo prazo e recebe assistência técnica das Nações Unidas e dos doadores para o reforço da sua capacidade.

As organizações da sociedade civil (OSC) têm uma estreita base social e exercem uma influência limitada. Apesar das reformas democráticas introduzidas pela Constituição de 1990 terem aberto caminho para a formação de um leque diverso de OSC, uma análise do seu papel na sociedade moçambicana (FDC, 2008) mostra que são fracas em termos de alcance, profundidade e diversidade de participação dos cidadãos. A maioria das OSC funciona como canais utilizados por doadores para a prestação de serviços, apesar de algumas também se envolverem na advocacia de políticas, e elas dependem muito dos financiamentos externos para garantir a sua sobrevivência. Muito poucas têm uma base de filiação, como por exemplo, as associações profissionais, as organizações empresariais e os sindicatos, mas todas elas são pequenas e confinadas geralmente às cidades. No terreno, não existem verdadeiros movimentos sociais, embora as organizações religiosas e as autoridades tradicionais possuam todas uma ampla base social. Estas fraquezas podem atribuir-se a factores estruturais, como a dispersão e a natureza predominantemente rural da população, a pequena dimensão do sector formal da economia e os elevados níveis de pobreza e analfabetismo (Hodges e Tibana, 2005).

A imprensa audiovisual e escrita desempenha um papel restrito na divulgação de informação e na educação da população e como fórum de debate, em parte devido ao escasso acesso da população (sobretudo nas zonas rurais) aos meios de comunicação social, mas também por limitações nas suas próprias capacidades. O fraco grau de acesso aos meios de comunicação, inclusive à rádio, nas zonas rurais já foi previamente discutido neste relatório. A Rádio e a Televisão públicas são os órgãos com maior cobertura. O desenvolvimento dos meios de comunicação privados tem sido dificultado pelas condições desfavoráveis do mercado (baixos níveis de alfabetismo, fraco poder de compra, índice reduzido de electrificação e de acesso à televisão, fracas receitas de publicidade e dificuldades na obtenção de créditos bancários para expansão). As rádios comunitárias, reconhecidas pela sua proximidade das populações, ficam fortemente dependentes do apoio dos doadores. Por fim, os baixos salários pagos aos jornalistas tornam difícil aos meios de comunicação social recrutar e manter profissionais com formação e experiência, limitando a qualidade jornalística (Hodges e Tibana, 2005).



Os doadores têm enorme influência devido ao grau de dependência governamental da ajuda externa, o que distorce a natureza da prestação de contas. Os procedimentos instituídos ao longo da última década para o diálogo entre o Governo e os doadores em relação ao apoio orçamental, associados a um quadro de avaliação de desempenho (QAD) com indicadores e objectivos definidos em conjunto, bem como os procedimentos semelhantes estabelecidos para as estratégias sectoriais e os fundos comuns, acabaram por tornar a responsabilidade face aos doadores mais formalizada do que a perante o parlamento e o público (De Renzio, 2011).

O processo de desconcentração modificou ligeiramente o sistema de administração pública. Os órgãos que são verdadeiramente autónomos e descentralizados são as autarquias, implantadas nas zonas urbanas, às quais foram delegados alguns poderes limitados. Em 2013, elas representavam 1,4% da despesa total do Governo. Mais relevante ainda foi a 'desconcentração' de responsabilidades do Governo central para os 11 governos provinciais e para as 141 administrações distritais. Ainda assim, quase dois terços da despesa pública são efectuados pelo Governo central e esta situação mudou pouco nos últimos anos, embora houvesse um processo de devolução de uma parte da despesa provincial para o nível distrital, que aumentou a parte da despesa efectuada ao nível distrital em cerca de 10% entre 2008 e 2013 (ver Caixa A.9 no anexo estatístico). Registou-se um maior grau de devolução da despesa em alguns sectores específicos, em particular nos sectores sociais. Por exemplo, em 2013, 30% da despesa com o ensino geral foi gerida ao nível provincial e 53% ao nível distrital.

PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DAS FINANÇAS PÚBLICAS

A planificação estratégica foi fortemente reforçada pelas abordagens sectoriais iniciadas nos finais dos anos 90 e nas quais o país foi um dos pioneiros. Actualmente existem planos estratégicos de segunda ou terceira geração em muitos dos sectores relevantes para as crianças, com ligações ao Plano de Acção para a Redução da Pobreza (PARP) e ao Programa Quinquenal do Governo (PQG). Neles se incluem:

- O Plano Estratégico da Educação 2012-2016 (MINED, 2012);
- O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019 (MISAU, 2014);
- A Estratégia Nacional de Protecção Social Básica 2009-2014 (RdM, 2009);

- Duas estratégias distintas para a água e o saneamento – a primeira para as zonas rurais no período 2006-2015, com um documento programático associado (MOPH, 2009), e a segunda para as zonas urbanas em 2011-2025 (MOPH, 2012), para além de um plano de investimento a longo prazo para as pequenas cidades, que está actualmente em preparação.

Moçambique também tem planos estratégicos ou documentos de planificação semelhantes em matérias transversais como as mudanças climáticas, a gestão das calamidades, a nutrição, o HIV/SIDA e a deficiência, em que estão envolvidos muitos sectores. Estes incluem:

- O Plano Director Nacional de Prevenção e Mitigação das Calamidades Naturais, de 2006, que vai ser em breve substituído por uma nova estratégia nacional;
- O Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015(20) (RdM, 2010a);
- O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010-2014 (RdM, 2010b);
- O segundo Plano Nacional de Acção para a Criança (PNAC), adoptado em 2012 para o período de 2013 a 2019 (RdM, 2012b);
- O segundo Plano Nacional da Área da Deficiência (PNAD II) para o período de 2012 a 2019 (RDM, 2012a).

Todavia, a coordenação entre os diversos actores nestes campos é complexa, tornando difícil operacionalizar estes planos, excepto quando os seus conteúdos também fazem parte de estratégias ou planos integrados em sectores específicos. No caso do HIV/SIDA, por exemplo, as intervenções do sector de saúde para a prevenção e tratamento são matéria de um documento suplementar, o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV/SIDA para 2013-2015 (MISAU, 2013c).

Moçambique tem registado grandes progressos na gestão das finanças públicas nos últimos anos, incluindo o estabelecimento e a operacionalização, desde o início dos anos 2000, de um sistema electrónico integrado para a gestão das finanças públicas, o Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE). No entanto, desafios ainda permanecem, sendo um dos maiores o de fortalecer a ligação entre os instrumentos de planeamento sectorial e macro e a elaboração anual do Orçamento do Estado, através de uma forte planificação orçamental a médio prazo, de modo que as dotações orçamentais traduzam as prioridades de política. O principal instrumento para estabelecer esta ligação entre a planificação e a orçamentação é o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP). Contudo, este ainda necessita de ser fortalecido para que possa servir mais efectivamente como instrumento estratégico de afectação dos recursos e orientar o orçamento anual (ver Hodges e Tibana, 2005).

Preocupações relativas ao risco fiduciário⁴⁶ e à necessidade de apresentar resultados concretos perante a opinião pública nos respectivos países doadores fazem com que os Governos doadores encontrem dificuldades crescentes para manter a ajuda programática (através dos fundos comuns e do apoio orçamental), o que traz o risco de um retorno à ajuda baseada em projectos. Esta tendência pode ser claramente observada, por exemplo, no caso do fundo comum de saúde, o PROSAÚDE, cuja fatia do orçamento global para a saúde baixou a partir de 2010 em virtude, principalmente,



da saída do Fundo Global para a Luta contra o SIDA, a Tuberculose e a Malária, desde 2009. Alguns doadores, em especial os EUA, nunca chegaram a providenciar ajuda sob a forma de apoio orçamental ou de desembolsar os seus fundos através do sistema de gestão financeira do Estado. Face à dimensão destes fluxos de fundos paralelos, associados também com a utilização de ONG como contratadores, surgiram três grandes complicações: dificuldades de planeamento e de alocação racional dos recursos; desigualdades criadas pela distorção dos fluxos de fundos destinados a programas verticais para doenças e serviços específicos (em especial para o tratamento e a prevenção do HIV/SIDA); e uma ‘fuga de cérebros’ interna do serviço público de saúde para ONG e projectos autónomos, por causa das distorções salariais (Mussa et al, 2013).

A mudança de uma abordagem sectorial para uma mais territorial na planificação e na gestão orçamental torna mais complexo o desafio de assegurar a coerência da despesa pública nos sectores sociais. Como resultado das reformas do sistema de ‘dupla subordinação’ (tanto para os ministérios sectoriais ‘verticais’ como para os níveis territoriais ‘horizontais’ do Governo), os governos provinciais e as administrações distritais assumiram a responsabilidade de elaboração dos planos e orçamentos a nível desconcentrado, reduzindo o papel dos ministérios sectoriais. Estes últimos agora detêm menos influência sobre a distribuição territorial das dotações orçamentais, embora mantenham o controlo sobre montantes consideráveis de recursos ainda atribuídos centralmente, como já foi mencionado. Isto fez com que a planificação sectorial, inclusive para corrigir o legado histórico de desigualdades territoriais, se tornasse mais complexa e difícil (MISAU, 2013ab).

DESPESA PÚBLICA NOS SECTORES SOCIAIS

A análise da estrutura e das tendências da despesa pública enfrenta dificuldades metodológicas por causa da existência de fluxos consideráveis de recursos e de despesas extra-orçamentais, bem como das fragilidades de classificação orçamental (incluindo a falta de uma classificação por programas) e pelo facto de as despesas a nível distrital não serem incluídas (até muito recentemente) na repartição da despesa por sectores, nem na Lei do Orçamento do Estado (LOE), nem nos relatórios de execução orçamental (REO) e na Conta Geral do Estado (CGE). Embora se tenha verificado algum progresso em introduzir no sistema de gestão das finanças públicas uma parte substancial dos fundos provenientes dos doadores (em especial o apoio geral ao orçamento, a maioria dos fundos comuns e até alguns financiamentos a projectos), esse não é o caso para muitos financiamentos a projectos, os quais, em momentos diferentes do ciclo orçamental, podem ser “*off-budget*” (não constarem na LOE), “*off-CUT*” (não passarem pela conta única do Tesouro) e/ou “*off-accounts*” (não serem registados na CGE). Estes fluxos paralelos de ajuda externa incluem, em especial, os recursos substanciais disponibilizados pelos EUA, principalmente para o HIV/SIDA. Algumas receitas arrecadadas e retidas a nível local (receitas próprias) em sectores como a saúde, também não são registadas nas contas do Estado (ou no orçamento). O facto de as despesas distritais serem efectuadas por serviços distritais multisectoriais (como é o caso dos SDSMAS para a saúde, mulher e acção social) significa que uma parte significativa das despesas registadas nas contas públicas não era desagregada por sectores (até 2012), tornando ainda mais difícil obter um retrato abrangente e preciso das despesas sectoriais reais. Esta limitação tem sido particularmente séria no contexto actual, em que uma parte crescente do orçamento global está a ser alocada e realizada a nível distrital, como

acima mencionado. Em 2013, 53% da despesa com a educação e 17% da despesa com a saúde foi realizada a nível distrital (MIN-FIN, 2014).

Apesar destas limitações de dados, parece ter havido um decréscimo no peso dos sectores sociais na despesa pública realizada, mas um aumento da despesa per capita em termos reais nestes sectores (ver Figura 3.10). Por outras palavras, o crescimento rápido da despesa governamental (de 152% em termos reais entre 2008 e 2013), que resultou do crescimento rápido do PIB e das receitas do Estado (e de uma ampliação recente do défice fiscal), conduziu a uma forte expansão da despesa per capita com os sectores sociais a preços constantes, apesar do crescimento rápido da população e de uma redução ligeira da prioridade relativa dada aos sectores sociais em relação a outras áreas de despesa. Isto pode ser claramente constatado no sector da educação, cuja parte na despesa governamental realizada mostra uma tendência de decréscimo progressivo, de 23,3% em 2008 para 18,5% em 2013, apesar do aumento na despesa per capita com a educação em termos reais de 72% neste período. As tendências no sector da saúde são mais difíceis de delinear devido à componente importante de despesas instáveis com projectos financiados por doadores e aos atrasos constatados na inclusão dos dados sobre estas despesas nas contas públicas. A despesa com a saúde em 2013, que mostrou uma forte redução (tanto em termos relativos como em valores per capita) na Figura 3.10, poderia ser ajustada mais tarde para cima, como aconteceu aos dados de 2012. No entanto, Moçambique parece ficar longe da meta de afectar 15% da despesa governamental para a saúde, adoptada pela União Africana na Declaração de Abuja em 2001, tornando-se difícil resolver os sérios problemas de oferta e qualidade no sector da saúde.

Alguns outros aspectos da despesa pública com os sectores sociais merecem breves comentários:

- Dentro do sector da educação, a despesa com o ensino secundário cresceu de uma maneira particularmente rápida, à volta de 226% cumulativamente de 2008 a 2012 (a preços correntes), reflectindo a expansão deste nível de ensino, enquanto a despesa com o ensino primário cresceu à volta de 77%. É pertinente notar que, dadas as preocupações com a qualidade dos professores, já referidas, a despesa com a formação de professores se manteve praticamente inalterada entre 2007 e 2012, em termos nominais, o que implica um declínio a preços constantes.
- O financiamento do subsector da água manteve-se na faixa de 4-5% da despesa pública total e sempre com menos de 1% da despesa governamental com financiamento interno, sendo o saldo financiado por doadores.
- Quanto à protecção social (excluindo os subsídios de preços), houve um aumento da despesa, a partir de uma base muito baixa, para atingir cerca de 1,4% da despesa governamental em 2013. Quase todo esse montante destina-se aos programas de transferências sociais do INAS, deixando poucos recursos para os serviços de acção social prestados pelo MMAS. Mais de 90% da despesa é financiada por recursos internos.

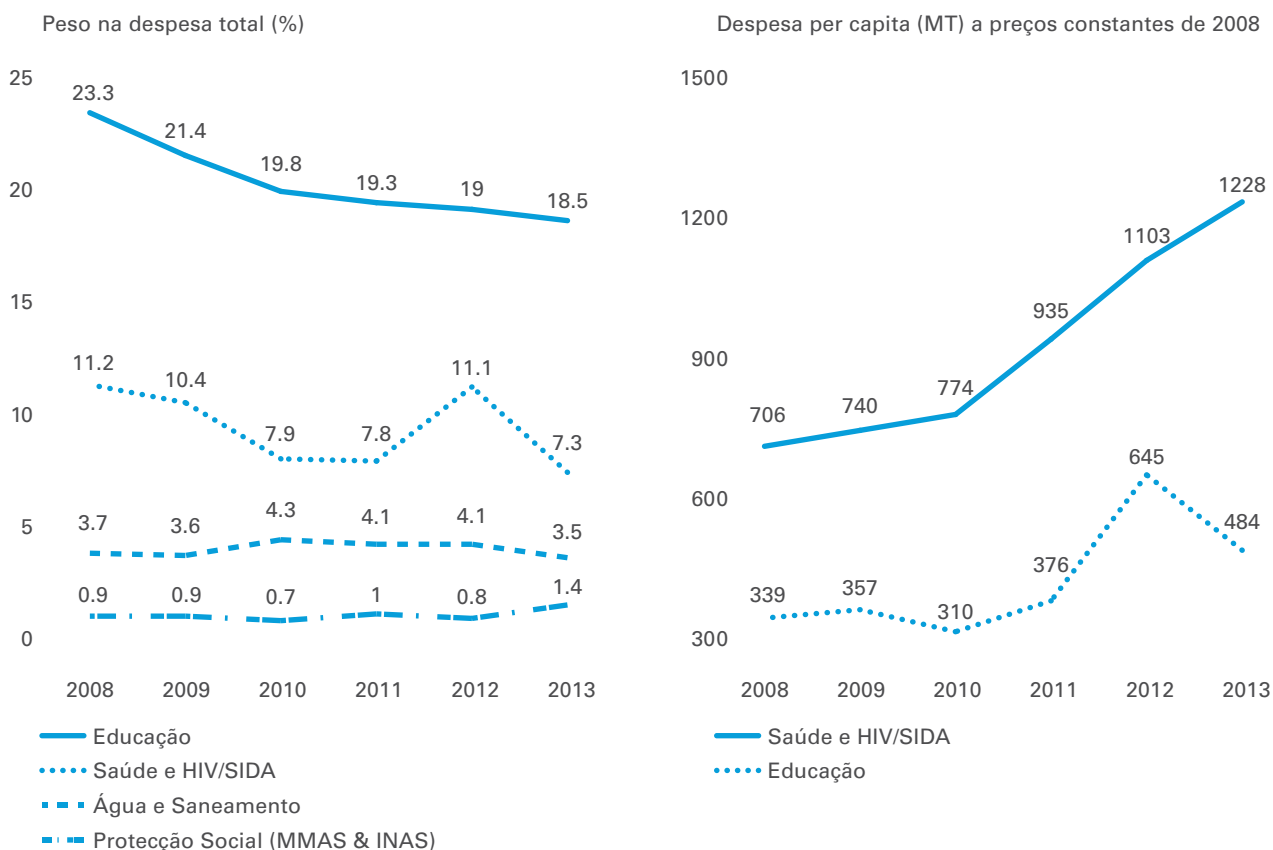
Parece haver também acentuadas disparidades entre as províncias nas despesas *per capita* nos sectores sociais, embora os dados devam ser interpretados com cautela,

limitando-se às despesas feitas directamente pelos governos provinciais. Por outras palavras, os dados excluem as despesas consideráveis feitas a nível central mas que beneficiam as províncias, bem como a crescente componente de despesa distrital. No entanto, é notável que as alocações orçamentais provinciais *per capita* para a saúde variam muito e não parecem reflectir uma tentativa de superar as disparidades no acesso aos serviços de saúde ou nos resultados da saúde. Por exemplo, a alocação de saúde *per capita* em 2013 para a Zambézia foi a mais baixa de todas as províncias, apesar do facto de a Zambézia ter alguns dos piores indicadores de saúde e a maior taxa de mortalidade em menores de 5 anos. Isto pode ser visto na Figura 3.11, que traça, por províncias, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos (com dados do IDS de 2011) e as dotações orçamentais às províncias na saúde em 2013 numa base *per capita*.

Embora em declínio, a dependência dos doadores mantém-se ainda elevada, em particular nos sectores sociais, o que traz preocupações relacionadas com a sustentabilidade. A dependência dos doadores é particularmente elevada no caso da despesa com o sector de água e saneamento (na ordem dos 82%-87% em 2008-2013, de acordo com dados da CGE e dos relatórios de execução orçamental). A ONUSIDA (2013) calcula que a ajuda externa providencia 97% da despesa com o HIV/SIDA, que não é plenamente registada nas contas públicas. Isto levanta uma questão crucial sobre a capacidade de Moçambique de manter os crescentes níveis de cobertura do TARV e da PTV, caso houvesse um corte drástico na assistência externa. A contribuição do financiamento externo à despesa com a saúde é também elevada (58% em 2009), segundo os dados da CGE. O decréscimo para 24% em 2013, mostrado no relatório de execução orçamental desse ano, poderia ser corrigido mais tarde para cima, devido à inclusão tardia nas contas de certas despesas financiadas por doadores, como aconteceu em 2012. As componentes de financiamento externo são muito menores nos casos da educação e das transferências sociais (14% e 9% respectivamente em 2013).

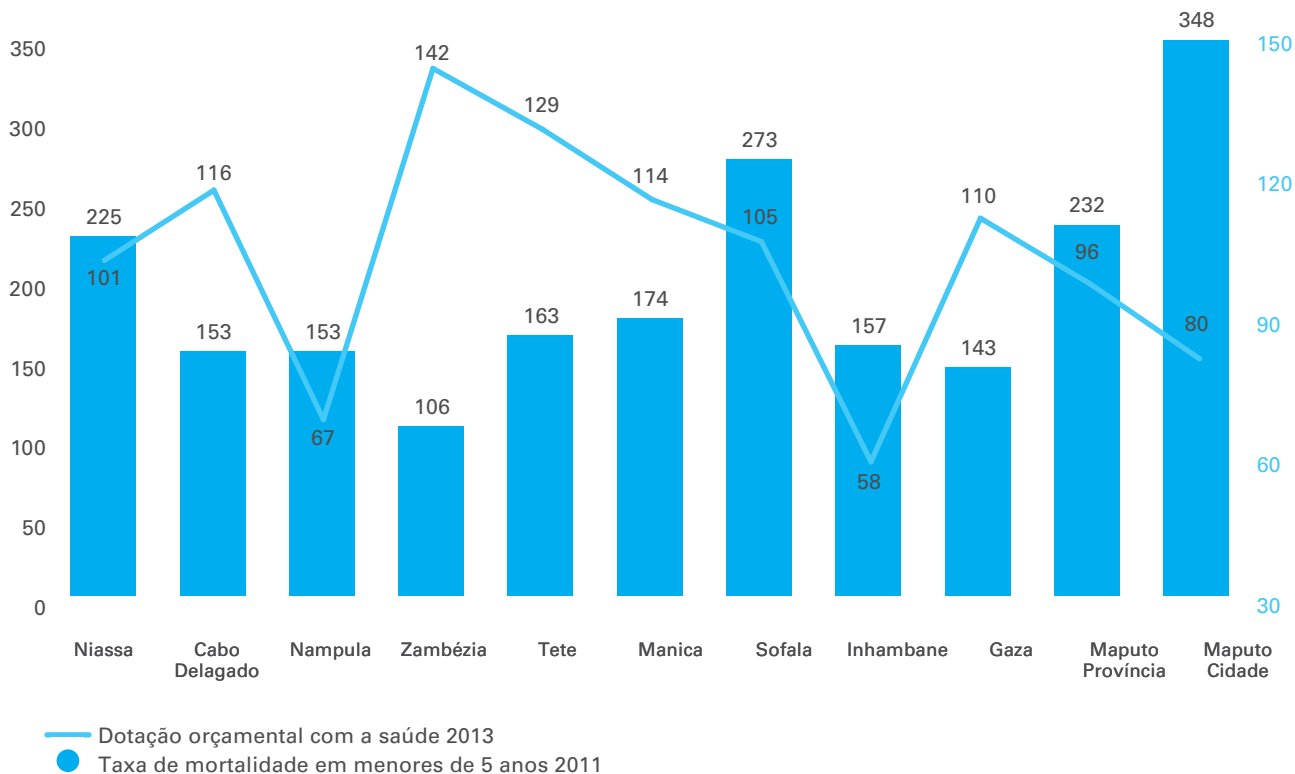
Parece ter havido um decréscimo no peso dos sectores sociais na despesa pública realizada, mas um aumento da despesa per capita real nestes sectores

Figura 3.10 – Tendências na despesa realizada com os sectores sociais, 2008-2013



Nota: Exclui Gestão de Recursos Hídricos
Fontes: CGE 2008-2012 e REO 2013.

Figura 3.11 – Dotações de despesa *per capita* com a saúde em 2013 e taxas de mortalidade em menores de 5 anos em 2011, por províncias



Fontes: UNICEF, 2013b, e IDS 2011.

- 16 – O Instituto Nacional de Estatística (INE) está a planear um novo IOF para 2014/15.
- 17 – Estimativa a partir dos dados do MICS e das projecções populacionais do INE para 2010.
- 18 – A distribuição dos tipos de limitação funcional foi semelhante no estudo nacional de 2007-2008 sobre a população com deficiência: pernas amputadas (23%), a surdez (13%), a cegueira (12%), a deficiência mental (9%), os braços amputados (11%) e a paralisia (10%). Cerca de metade das pessoas com limitação funcional inquiridas (52%) atribuíram a deficiência à doença e um quarto (26%) disseram que era de nascença.
- 19 – Uma elasticidade de 1.286 do “z-score” da altura-para-idade em relação às despesas de consumo per capita dos agregados familiares.
- 20 – Medida por um índice de riqueza.
- 21 – O valor do que tem de ser posto de lado, como seja o emprego, para se conseguir aceder a um serviço.
- 22 – Os uniformes não são oficialmente obrigatórios, mas muitas vezes, na prática, são exigidos pelas escolas, principalmente no nível acima do EP1.
- 23 – FAO (2011).
- 24 – O sistema de exploração agrícola itinerante, através de corte e queima, é o método agrícola tradicional. As árvores são cortadas na quantidade que a família alargada precisa para o cultivo, de modo a assegurar uma alimentação adequada. A madeira é um subproduto usado para cozinhar e, em algumas áreas, para construir abrigos, tanto para pessoas, como para animais. O aumento da população diminuiu o tempo disponível para deixar a vegetação voltar a crescer nos solos de pousio (o solo deixado para descansar e recuperar), provocando a erosão dos solos.
- 25 – Para se analisar o impacto dos riscos climáticos na agricultura e na segurança alimentar, ver INGC (2012), Banco Mundial (2010) e FAO (2011).
- 26 – Ver Banco Mundial/GFDRR Painel de Moçambique, obtido em <http://sdwebx.worldbank.org/climateportalb/home>.
- 27 – A privação de informação refere-se às deficiências de conhecimento geradas pelo inexistente ou fraco acesso à informação, seja através dos meios de comunicação social, seja por mecanismos comunitários a nível local.
- 28 – A análise dos dados provinciais do inquérito sobre o SIDA em 2009 (INSIDA) aponta para uma correlação negativa entre a circuncisão masculina e a prevalência do HIV. Inhambane, que tem uma das taxas mais altas de circuncisão masculina (83,6%), tem uma prevalência de HIV relativamente baixa (8,6%), ao contrário de outras províncias do Sul, onde as taxas de circuncisão são inferiores e a prevalência do HIV é muito superior.
- 29 – No IDS de 2011, estas percentagens eram respectivamente de 60% e 32%.
- 30 – Estas emissoras de radiodifusão são apoiadas quer pelo Fórum Nacional de Rádios Comunitárias (FORCOM), uma ONG independente, quer por uma instituição estatal, o Instituto de Comunicação Social (ICS).
- 31 – Segundo o IDS de 2011, por exemplo, só 13% das mulheres dos 15 e aos 49 anos de idade são donas de terras, em comparação com 25% dos homens do mesmo grupo etário.
- 32 – Esta percepção é mais forte entre as mulheres que não têm nenhum nível de escolaridade e que vivem nos agregados mais pobres e nas zonas rurais.
- 33 – Contudo, esta redução é contrabalançada pelo grande aumento, em particular nas províncias do Sul, na percentagem de mulheres que não sabem se os maridos têm outras esposas, que subiu de 0,3% a 6% neste período. Na cidade de Maputo, esta percentagem atinge os 24% (de mulheres casadas).
- 34 – Tomado isoladamente, o risco de mortalidade é 2,05 vezes mais alto nas crianças nascidas de mães menores de 18 anos e 2,30 vezes mais alto nas nascidas num período inferior a 24 meses após o parto anterior, comparativamente com o grupo de baixo risco. Estas duas categorias de alto risco representam 9,2% e 4,1% dos nascimentos, respectivamente, enquanto o terceiro grupo de alto risco (ordem de nascimento 4 ou mais) é maior (25,2% dos nascimentos), mas com um menor rácio de risco (1,13) se comparado como os outros dois grupos.
- 35 – O serviço de saúde adoptou também um plano nacional para aumentar a circuncisão masculina, visto ter grande impacto nas probabilidades de infecção pelo HIV nos homens. Na sequência de uma experiência piloto realizada em 2009-2012, o programa está agora na fase de implementação em diversas províncias.
- 36 – Segundo o Ministério da Saúde, a percentagem de serviços de TARV oferecidos ao nível de cuidados primários passou de 21% em 2005 para 78% em 2011.
- 37 – Este é um dos principais objectivos da iniciativa Escolas Amigas das Crianças, apoiada pelo UNICEF, em escolas seleccionadas.
- 38 – Os professores com contrato precário têm menos segurança no emprego, não têm direito a pensão e têm poucas oportunidades de fazer formação contínua e de progredir na carreira. A mudança para tornarem-se funcionários públicos, após um mínimo de 2-3 anos de bom serviço, é perturbada por complexos procedimentos burocráticos, elevados custos de transacção e longas esperas, desmoralizando os professores ainda mais (Beutel, 2011).
- 39 – Por volta de 2011, o MMAS, que é responsável pelos assuntos relativos aos serviços de acção social, tinha 1.534 funcionários, dos quais apenas 28% possuíam qualificação especializada em acção social ou educação de infância, as duas áreas principais de acção deste ministério. Em 2011, o Ministério adoptou o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, que visa melhorar a competência técnica desse pessoal, inclusive mediante cursos de formação contínua, tendo preparado novos currículos.
- 40 – A tutela requer o julgamento do Tribunal atribuindo a guarda do menor a pessoas designadas, mas não altera permanentemente os vínculos legais entre o menor e a sua família natural da forma que acontece com a adopção.
- 41 – Despacho no 39/GM/2005 de 5 de Dezembro de 2005
- 42 – Para uma análise do quadro legislativo moçambicano relativo à gestão das calamidades e recomendações de melhoramento, ver IFRCRCS (2012).
- 43 – A Equipa Humanitária Nacional das Nações Unidas (HCT) está a apoiar a resposta às calamidades a nível nacional. Conduzida pelo Coordenador Residente das NU, é constituída pelas agências das NU, ONG nacionais e internacionais e a Cruz Vermelha. A HCT é organizada em agrupamentos sectoriais (Educação/Protecção, Saúde, Nutrição, Segurança Alimentar, Abrigo, Logística, Telecomunicações de Emergência e Reassentamento Inicial), que estão integrados nos quatro sectores do CENOE (Planificação e Informação, Infra-estruturas, Social e Comunicação) e estão alinhados com os respectivos homólogos ministeriais.
- 44 – Contudo, há certas lacunas, como a falta de uma proibição explícita de castigos corporais, tanto em casa como na escola. Ver o artigo 64 da Lei 7/2008.
- 45 – Apenas quando os valores agregados da receita e da despesa sobem é que o Governo tem de os reenviar ao Parlamento para aprovação da revisão do orçamento. Nos últimos anos, isto só aconteceu em 2002, 2007, e recentemente, em 2013.
- 46 – O risco fiduciário é o risco de que os recursos não sejam utilizados para os devidos fins, não alcancem os seus objectivos ou não sejam contabilizados adequadamente.



Conclusões

04

Foram registados grandes avanços na melhoria do bem-estar das crianças, especialmente no que diz respeito à sobrevivência infantil e ao acesso aos serviços sociais básicos. Também se registou um verdadeiro progresso no alargamento do acesso a fontes melhoradas de água potável e de infra-estruturas de saneamento (embora a partir de uma base muito baixa), em alargar a testagem e o tratamento do HIV/SIDA (e da PTV) e na melhoria da cobertura de outros serviços, tais como o registo de nascimentos.

Contudo, a melhoria da sobrevivência materna e neonatal permanece um grande desafio. A taxa de mortalidade materna ainda continua elevada e apesar de ter registado um decréscimo entre 1990 e 2003 na última década, não se observou qualquer redução desta taxa, embora se tenha verificado um aumento da utilização dos serviços de saúde reprodutiva, incluindo as percentagens de partos que têm lugar em unidades sanitárias e que são assistidos por pessoal de saúde. Porém, a mortalidade neonatal, está a decrescer muito mais devagar do que a mortalidade infantil e em menores de 5 anos. No que diz respeito à nutrição, nos últimos anos regista-se uma queda na proporção de crianças menores de 5 anos com peso baixo (um dos indicadores dos ODM), mas outros indicadores do estado nutricional das crianças, tais como a desnutrição crónica (baixa altura para a idade), continuam estacionários e num dos níveis mais elevados de África. Isto influencia negativamente não apenas os progressos registados na sobrevivência infantil, dado o contributo da desnutrição para a mortalidade infantil, mas também para o capital humano, a redução da pobreza e o desenvolvimento socioeconómico a longo prazo.

Os avanços da última década são encorajadores, e o potencial para avanços mais consistentes e rápidos nos anos por vir deve ser explorado

Os progressos nas taxas de escolarização e de conclusão escolar aconteceram à custa de baixos níveis da aprendizagem. Até ao final dos anos 2000, houve enormes avanços em termos de ingresso e de conclusão, tanto no ensino primário como no secundário, embora tendo começado de um ponto de partida muito baixo, no caso do ensino secundário (e mesmo no EP2). No entanto, este cenário reverteu-se no ensino primário, com um ligeiro decréscimo na taxa líquida de frequência e na taxa bruta de conclusão, desde 2008, e uma queda no número absoluto de crianças no EP2 em 2011 e 2012. As taxas de desistência inter-anual têm crescido e as taxas de repetição, que tinham baixado drasticamente após a reforma educativa efectuada em 2004, voltaram a subir. Taxas de aprovação escolar em queda e diversos estudos sobre o desempenho escolar mostram que os alunos do ensino primário aprendem pouco em termos de competências básicas de leitura e de aritmética. Para além da desistência escolar precoce, a fraca aprendizagem na escola explica o reduzido progresso que se verifica nas taxas de alfabetismo do adulto, que se mantém a níveis baixos, em especial no caso das mulheres.

Persistem grandes disparidades geográficas nos níveis de pobreza, de desenvolvimento humano e de bem-estar infantil, sendo quase todos os indicadores piores nas zonas rurais e no Norte e Centro do país, em comparação com as zonas urbanas e a região Sul – com particular excepção para a prevalência do HIV, que exhibe um padrão oposto. Algumas destas disparidades são muito amplas, como, por exemplo, no

caso da mortalidade em menores de 5 anos na Zambézia, que é duas vezes mais elevada do que nas províncias onde este indicador é o mais baixo. O relatório realçou a situação de desvantagem acentuada na Zambézia, que não só detém as taxas mais elevadas de mortalidade em menores de 5 anos, infantil e neonatal, mas também a taxa mais elevada de desnutrição aguda, a percentagem mais baixa de partos em unidades sanitárias (institucionais), as taxas mais baixas de vacinação, a utilização mais baixa de fontes melhoradas de água potável, a taxa líquida mais baixa de frequência do ensino secundário e a taxa mais baixa de registo de nascimento. Este fraco desempenho em termos relativos é tanto mais sério dada a dimensão da população da Zambézia, o que dá à província um grande peso em muitos aspectos da privação infantil. A alocação de recursos ainda não demonstra um esforço determinado para corrigir estas disparidades.

Voltando ao quadro conceptual apresentado no início deste relatório, pode constatar-se que a pobreza monetária continua a ser um dos factores-chave das privações infantis. Uma análise de regressão demonstrou que, por exemplo, a pobreza é, de longe, o factor preponderante associado à desnutrição crónica. Dados dos inquéritos apontam para a importância dos custos e do factor distância no acesso aos serviços de saúde e de registo de nascimento. As disparidades entre os quintis são grandes para vários indicadores, apesar de, em alguns casos, as privações serem grandes mesmo nos quintis mais ricos. As desigualdades económicas são excepcionalmente grandes no acesso à educação pré-escolar, no ensino secundário e na utilização de unidades sanitárias para o parto. Face a este contexto, é factor de preocupação que a pobreza só tenha decrescido ligeiramente desde o início dos anos 2000, apesar do elevado crescimento económico, embora ainda não se conheçam as tendências da pobreza no período mais recente, desde o IOF de 2008/09. A cobertura da protecção social é ainda muito reduzida, não obstante o recente alargamento dos programas do INAS.

Contudo, a vulnerabilidade infantil não deve ser entendida no sentido puramente económico. A grande percentagem de crianças que não vive com nenhum dos seus pais biológicos, em alguns casos devido à orfandade, mas em muitos casos por causa da pobreza, da instabilidade familiar e da migração, testemunha a importância da família alargada, mas também aumenta os riscos de cuidados inadequados, as desvantagens no acesso à educação e, nos piores casos, a exposição a abusos. O fortalecimento dos serviços de acção social, inclusive através de mecanismos comunitários, é fundamental para a protecção dos direitos destas crianças.

Existe uma relação sinérgica entre a pobreza, as mudanças climáticas, os riscos associados às calamidades naturais e a flutuação sazonal da segurança alimentar. A degradação ambiental e o aumento do risco de eventos climáticos extremos reforçam a vulnerabilidade dos agregados mais pobres, particularmente nas zonas rurais, e afecta as crianças por causa dos efeitos sobre os meios de subsistência e a segurança alimentar dos agregados familiares, provocando também danos directos nas infra-estruturas sociais e a ruptura dos serviços sociais, como resultado das calamidades. A adaptação às mudanças climáticas e a gestão dos riscos de calamidades devem ser melhor integradas em políticas de desenvolvimento mais abrangentes. De um ponto de vista positivo, Moçambique tem feito progressos no desenvolvimento de sistemas e de capacidades para reduzir os riscos e mitigar os efeitos das calamidades.



O bem-estar das crianças é também prejudicado por deficiências de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), enraizados nas práticas tradicionais e em relações de género desiguais, assim como por um fraco acesso à informação através dos meios de comunicação social. Este relatório realçou a influência continuada das instituições tradicionais e líderes de opinião comunitários na formação de atitudes e comportamentos, destacando em particular o papel que os ritos de iniciação continuam a desempenhar, especialmente para raparigas adolescentes no Norte e no Centro, na formação das suas expectativas relativamente ao papel da mulher na sociedade e na formação das práticas de saúde reprodutiva. Uma das consequências mais graves, apesar de progressos modestos nos últimos anos, é a incidência ainda elevada de casamentos prematuros (em particular das raparigas), o que contribui para o início precoce da actividade sexual e para o grave problema da gravidez nas adolescentes. Juntamente com um intervalo inadequado entre os partos, este é um dos factores-chave que aumentam o risco de mortalidade materna e em menores de 5 anos e contribui para a taxa de fecundidade elevada e (nas zonas rurais) crescente. Além disso, a submissão feminina e a fraca capacidade de negociação, fortemente enraizadas nas atitudes culturais e na dependência económica, estão subjacentes ao grande problema da violência doméstica e contribuem, em especial, para a vulnerabilidade das raparigas nas relações sexuais, exacerbando os riscos de infecção pelo HIV. Para serem eficazes, as estratégias CAP precisam ir além dos canais formais modernos, como as escolas, as unidades sanitárias e os meios de comunicação e construir parcerias com os principais líderes de opinião comunitários para influenciar as mensagens veiculadas pelos costumes tradicionais como os ritos de iniciação.

Apesar de avanços significativos nos últimos anos, persistem problemas na oferta dos serviços sociais básicos e há ainda preocupações quanto à qualidade destes. Ainda deparamos com défices na cobertura geográfica de alguns serviços, particularmente a presença de unidades sanitárias. A distância ainda é referida nos inquéritos como o motivo principal para não recorrerem aos serviços de saúde. Na educação, a nível do EP1, a existência de escolas e professores já não constitui

um entrave. Todavia, e apesar dos rápidos avanços no aumento do número de escolas que têm a 6ª e 7ª classes, o acesso ao EP2 nas zonas rurais mais distantes ainda é problemático. Ao nível do ensino secundário, a oferta permanece um constrangimento fundamental, apesar de se ter assistido a um dos maiores aumentos de investimento e de número de alunos. Há uma preocupação crescente em relação à qualidade dos serviços em todos os sectores. Os protocolos de tratamento dos serviços de saúde não são totalmente respeitados, devido muitas vezes às interrupções endémicas nos estoques de medicamentos. É prioritária uma reforma radical do sistema existente de aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos. Os recursos humanos também são um grande motivo de preocupação. Embora os números de profissionais de saúde e de professores tivessem crescido rapidamente, persistem défices graves no pessoal de saúde (em relação às normas internacionais dos rácios entre pessoal e população) e níveis inadequados de formação, especialmente no ensino primário, onde a introdução da formação acelerada de professores parece ter sido bem-sucedida em termos do aumento do número de profissionais, mas à custa de uma diminuição da qualidade. As graves deficiências na qualidade prejudicam o impacto destes serviços (por exemplo, os resultados sanitários e a aprendizagem na escola), ao mesmo tempo que diminuem a credibilidade e a utilização dos serviços.

Em termos de legislação e de políticas, está já estabelecido um quadro favorável à realização dos direitos da criança, mas a implementação das leis é fraca devido, principalmente, a constrangimentos de capacidade. Apesar de o acesso ao sistema de justiça ter melhorado, para a grande maioria dos moçambicanos a reparação das violações dos seus direitos, através dos tribunais, é ainda impossível, devido à distância, aos custos e à insuficiente capacidade da polícia e do sistema judicial.



Investir nas crianças é crucial para que o país realize o seu potencial para atingir níveis superiores de desenvolvimento

Moçambique tem avançado mais do que a maioria dos países africanos no desenvolvimento da planificação estratégica, quer a nível macro, quer a nível sectorial, mas a ligação destas com a alocação dos recursos orçamentais torna-se problemática. Apesar das reformas no SISTAFE, a tradução dos objectivos das políticas e dos planos estratégicos em alocações de despesa pública coerentes através do sistema orçamental tem sido dificultada pelas fragilidades do CFMP e tem-se tornado mais complexa com as mudanças dos mecanismos de planificação e orçamentação para os níveis horizontais de administração territorial. Há também indícios de uma retirada parcial de doadores do apoio orçamental e dos fundos comuns, mais notória no caso do fundo comum PROSAÚDE, o que traz o risco de tornar ainda mais difícil a garantia da coerência na alocação de recursos, aumentando ao mesmo tempo, para o Governo, os custos de transacção da ajuda externa.

O decréscimo do peso dos sectores sociais na despesa do Estado é motivo de preocupação. Embora a análise das tendências relativamente às despesas sectoriais seja dificultada pela falta de abrangência dos dados disponíveis nas contas públicas (e pela falta de classificação funcional das despesas distritais até recentemente), restam poucas dúvidas de que, em termos relativos, os sectores sociais estão a receber menos prioridade na atribuição de recursos, comparativamente com, por exemplo, a expansão das infra-estruturas físicas. Esta tendência fica, de certa forma, ocultada pelo rápido aumento da despesa em termos absolutos, possibilitado pelo rápido crescimento da economia, das receitas públicas e da despesa global.

Investir nas crianças é crucial para um desenvolvimento equitativo e para a redução da pobreza a longo prazo. Moçambique tem grandes défices em infra-estruturas físicas que precisam de ser abordados para que o país possa realizar o seu potencial para atingir níveis superiores de crescimento económico e de desenvolvimento. Mas o investimento no capital humano é também essencial para um desenvolvimento equilibrado e para a redução da pobreza, e isso começa com as crianças. Seria difícil obter melhorias em capital humano sem resolver, de maneira frontal, as graves deficiências de oferta e qualidade nos sectores sociais, como por exemplo através de um esforço mais expedito com vista a melhorar a nutrição durante o período crucial de desenvolvimento cognitivo na primeira infância. À medida que Moçambique avança para um período de rápido desenvolvimento das suas extensas reservas de recursos minerais, com perspectivas de estes constituírem fontes importantes de receitas fiscais adicionais para o Estado a partir do início dos anos 2020, tornar-se-á importante dar prioridade adequada ao financiamento dos sectores sociais e à realização dos direitos de todas as crianças moçambicanas.

- Adelman E, Shuh Moore A-M & Manji S (2011) *Using opportunity to learn and early grade reading fluency to measure school effectiveness in Mozambique*, estudo de caso, EQUIP2: Educational Policy, Systems Development and Management, Washington DC
- ADW, UNU & NC (2012) *World Risk Report*, Alliance Development Works, Berlin, United Nations University Institute for Environment and Human Security, Bonn, & the Nature Conservancy, Arlington, Virginia, Estados Unidos
- Arts M, Geelhoed D, De Schacht C, Prosser W, Alons C & Pedro A (2010) 'Knowledge, Beliefs, and Practices regarding exclusive breastfeeding of infants younger than 6 months in Mozambique: A qualitative study', *Journal of Human Lactation*, 22 de Dezembro
- Azzari C, Carletto G, Davis B & Nucifora A (2011) *Child under-nutrition in Mozambique*, 18 de Abril
- Bagnol B & Mariano E (2012) *Gender, sexuality and vaginal practices*, DAA, FLCS, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo
- Banco Mundial (2006) *Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action*, Washington DC
- Banco Mundial (2010) *Economics of adaptation to climate change*, Country case study Mozambique, Washington DC
- Banco Mundial (2011) *Vulnerability, risk reduction and adaptation to climate change, Mozambique*, Climate risk and adaptation country profile, Banco Mundial, Washington DC
- Banco Mundial (2013a) *Mozambique flood assessment and response mission, Aide mémoire (February 11-21, 2013)*, rascunho
- Banco Mundial (2013b) *Project appraisal document on a proposed credit in the amount of SDR 32.5 million (US\$50 million equivalent) to the Republic of Mozambique for a social protection project*, 4 de Março
- Beutel M (2011) *Teachers talking: Primary teachers' contributions to the quality of education in Mozambique*, Voluntary Services Overseas & National Union of Teachers, Reino Unido, com o Movimento Educação para Todos (MEPT) e o International Task Force on Teachers for EFA
- Brown M & Winberg C (2013) *Relatório de análise da protecção alternativa das crianças em Moçambique*, relatório para UNICEF Moçambique
- CMAM (2013) *Strategic plan for pharmaceutical logistics*, Central de Medicamentos e Artigos Médicos, Ministério da Saúde, Maputo
- CNCS (2014) *Global AIDS Response Progress Report*, Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA, Maputo
- Cunha N, Pellerano L, Mueller J, Lledo V, Xiao Y, Gitton P (2013) *Towards a Mozambican social protection floor*, Social Security Department, International Labour Office, Geneva
- DDP (2008) *Disability and HIV & AIDS in Mozambique*, Disability and Development Partners
- De Maria F (sem data) *O seu filho já apanhou a vacina?* Relatório de estudo de avaliação rápida CAP sobre adesão a vacinação e introdução de novas vacinas
- De Renzio P *Can donors 'buy' better governance? The political economy of budget reforms in Mozambique*, Cadernos IESE no 9/2011, Instituto de Estudos Sociais e Económicos, Maputo
- DNA (2012) *PRONASAR – Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural, Inquérito de Base 2011*, relatório final, Direcção Nacional de Águas, Ministério das Obras Públicas e Habitação
- DNA (2013) *Sistema de Informação Nacional de Água e Saneamento, manual de operação da base de dados sobre as infra-estruturas de abastecimento de água e saneamento rural*, Direcção Nacional de Águas, Ministério das Obras Públicas e Habitação
- Ernst & Young (2010) *Assessment of the model women and children's "gabinetes de atendimento"*, Maputo
- FAO (2011) *Nutrition Country Profile*, Republic of Mozambique
- FDC (2008) *Civil society Mozambique 2007, Mozambique civil society within: Evaluation, challenges, opportunities and action*, Função para o Desenvolvimento da Comunidade, Maputo
- Fox L, Santibáñez L, Vy N & André P (2012) *Education reform in Mozambique, lessons and challenges*, Banco Mundial, Washington DC
- HI (2013) *Saúde sexual e reprodutiva e violência doméstica e sexual*, Handicap International Moçambique, Maputo, Março
- Hodges T & Tibana R (2005) *A economia política do orçamento em Moçambique*, Principia, Estoril, Portugal
- Hodges A & Tiberti L (2013) *Options for strengthening the human capital impacts of INAS programmes*, Oxford Policy Management, Oxford
- IFRCRCS (2012) *Leis de resposta a desastres de dimensão internacional (IDRL) em Moçambique: Uma análise da preparação legal de Moçambique para a regulamentação de questões relacionadas com operações internacionais de resposta a desastres naturais*, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
- IMF (2013) *Regional Economic Outlook, Sub-Saharan Africa*, Fundo Monetário Internacional, Washington DC, Abril
- INE (2007) *3º Censo Geral da População e Habitação, Projecções*, Instituto Nacional de Estatística, Maputo
- INE (2009) *Multiple Indicator Cluster Survey 2008*, Instituto Nacional de Estatística, Maputo
- INE & Macro International (1998) *Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 1997*, Instituto Nacional de Estatística, Maputo, & Macro International, Calverton, Maryland, Estados Unidos
- INE, FAMOD & SINTEF (2009) *Living conditions among people with disabilities in Mozambique: a national representative study*, Instituto Nacional de Estatística, Maputo, Fórum de Associações de Pessoas Portadoras de Deficiência em Moçambique, Maputo, & SINTEF Health Research, Oslo
- INE, MISAU & MEASURE DHS (2005) *Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 2003*, Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde, Maputo, & MEASURE DHS/ORC Macro, Calverton, Maryland, Estados Unidos
- INE, MISAU & MEASURE DHS (2013) *Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*, Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde, Maputo, & MEASURE DHS/ICF International, Calverton, Maryland, Estados Unidos

- INGC (2009) *Study on the impact of climate change on disaster risk in Mozambique*, Synthesis report, Instituto Nacional de Gestão das Calamidades, Maputo
- INGC (2012) *Responding to Climate Change in Mozambique*, Theme 6, Agriculture, Instituto Nacional de Gestão das Calamidades, Maputo
- INGC (2013) *Responding to climate change in Mozambique*, theme 9: Proposed national strategy on disaster risk reduction and climate change adaptation, Instituto Nacional de Gestão das Calamidades, Maputo
- INS & MEASURE DHS (2010) *Mozambique: National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information about HIV and AIDS (2009 INSIDA)*, Key findings, Instituto Nacional de Saúde, Maputo, & MEASURE DHS/ICF Macro, Calverton, Maryland, Estados Unidos
- Kotecha P (2011) 'Nutritional Anaemia in Young Children with Focus on Asia and India', *Indian Journal of Community Medicine*, Vol. 36(1), pp. 8-16
- Lancet, The (2013) *Maternal and child nutrition*, Executive summary of the Lancet Maternal and Child Nutrition series, www.thelancet.com
- Lefèvre-Chaponnière C (undated) *Connaissances, attitudes et pratiques de jeunes handicapés sur le VIH/sida à Maputo (Mozambique)*
- Martel P (2009) *Analysis of the main predictors of long-term nutritional status of children under five years of age – Mozambique, MICS 2008*
- Martel P (2011) *Further analysis on the INSIDA 2009 dataset, Factors associated with the increase in prevalence of HIV/AIDS in children 5-11 years of age*, Maio
- Matsinhe C, Cumbe E, Biza A, Miambo A, Cristina R & Quembo T (2010) *Pesquisa etnográfica, Práticas culturais e comunitárias de promoção de saúde sexual e reprodutiva, Nampula, Sofala, Inhambane – Moçambique*, Maputo
- MEC (undated) *Report on a sounding through gender units, school councils, and girls about which mechanism to adopt for the prevention, combat, reporting and channelling of cases of harassment, including sexual abuse, at school*, Direcção de Programas Especiais, Ministério da Educação e Cultura, Maputo
- MFA Netherlands & UNICEF (2011) *More than just water*, impact evaluation of drinking water supply and sanitation interventions in rural Mozambique, Policy and Operations Evaluation Department, Ministry of Foreign Affairs, Haia, & UNICEF
- MICOA (2007) *National Adaptation Programme for Action (NAPA)*, Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental, Maputo
- MINED (2012a) *Estratégia do desenvolvimento integral da criança em idade pré-escolar 2012-2021*, Ministério da Educação, Maputo
- MINED (2012b) *Plano Estratégico da Educação 2012-2016*, Ministério da Educação, Maputo
- MINED (2013a) *Desempenho do sector da educação 2012*, relatório, versão final (22/03/2013), Plano Estratégico de Educação, Reunião Anual de Revisão, Ministério da Educação, Maputo
- MINFIN (2013) *Relatório de Execução do Orçamento do Estado, Ano 2012*, Janeiro a Dezembro, Ministério das Finanças, Maputo
- MINFIN (2014) *Relatório de Execução do Orçamento do Estado, Ano 2013*, Janeiro a Dezembro, Ministério das Finanças, Maputo
- MINT (2013) *Relatório anual de 2012*, Departamento da Mulher e Criança, Comando Geral da Polícia, Ministério do Interior, Maputo
- MISAU (2010) *Equity watch: Assessing progress towards equity in health, Mozambique*, Ministério da Saúde, Maputo, & Training and Research Support Centre, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, Harare
- MISAU (2013a) *Relatório da revisão do sector de saúde*, Ministério da Saúde, Maputo
- MISAU (2013b) *Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA em Moçambique 2013-2015*, Ministério da Saúde, Maputo
- MISAU (2013c) *Avaliação conjunta anual do desempenho do sector de saúde – 2012*, relatório final, 24 de Abril
- MISAU (2014) *Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019*, 15 de Janeiro, Ministério da Saúde, Maputo
- MMAS (2013) *Relatório do mapeamento e análise dos sistemas de protecção da criança em Moçambique*, Ministério da Mulher e Acção Social, Maputo
- Monjane P (2011) *Avaliação da qualidade dos serviços da educação na óptica dos beneficiários*, Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil, Maputo
- MOPH (2009) *National Rural Water Supply and Sanitation Program*, versão final, Ministério das Obras Públicas e Habitação, Maputo
- MOPH (2012a) *PRONASAR – Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural, Inquérito de Base 2011-2012*, Ministério das Obras Públicas e Habitação, Maputo
- MOPH (2012b) *Estratégia Nacional de Água e Saneamento Urbano 2011-2025*, Ministério das Obras Públicas e Habitação, Maputo
- MPD (2010) *Poverty and Wellbeing in Mozambique: Third National Poverty Assessment*, Direcção Nacional de Estudos e Análise de Políticas, Ministério da Planificação e Desenvolvimento
- MPD (2013) *Diagnóstico Preliminar e Acções de Reconstrução Pós-Calamidades 2013*, Ministério da Planificação e Desenvolvimento, Maputo, Março
- Mussa A, Pfeiffer J, Gloyd S & Sherr K (2013) 'Vertical funding, non-governmental organizations and health systems strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique' *Human Resources for Health*, 11:26
- NU Moçambique (2012) *Situational assessment of the HIV response among young people with focus on the girls' vulnerability in Mozambique*, Maputo
- OMS (2009) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Organização Mundial da Saúde, Genebra
- OMS (2013a) *Nutrition: Micronutrient deficiencies – Iron deficiency anaemia*, Organização Mundial da Saúde, retrieved from <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/>

- OMS (2013b) *Nutrition: Micronutrient deficiencies - Iodine deficiency disorders*, Organização Mundial da Saúde, retrieved from <http://www.who.int/nutrition/topics/idd/en/>
- OMS (2013c) *Nutrition: Micronutrient deficiencies - Vitamin A deficiency*, Organização Mundial da Saúde, retrieved from <http://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/index.html>
- ONUSIDA (2012) *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*, Programa Conjunta das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Genebra
- ONUSIDA (2013) *Getting to zero: HIV in Eastern & Southern Africa*, Programa Conjunta das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Genebra
- PMA (2010) *Comprehensive Food Security and Vulnerability Assessment*, Programa Mundial de Alimentação, Maputo
- PMA & DPE Tete (2012) *Causas de desistência escolar e da situação de segurança alimentar e nutricional de alunos de escolas primárias em Cahora Bassa e Changara*, Programa Mundial de Alimentação & Direção Provincial de Educação de Tete
- Power International (undated) *Factores limitantes para o acesso a educação a crianças com deficiência*
- Raupp M, Newman B & Revés L, *Impact evaluation for the USAID/ Aprender a ler project in Mozambique*, baseline report, International Business and Technical Consultants Inc.
- RAVIM & HI (2010) *People with disabilities in the suburban areas of Maputo and Matola*, Rede de Assistência às Vítimas de Minas & Handicap International, Maputo, Abril
- RdM (2009) *Estratégia Nacional de Protecção Social Básica 2009-2012* (ENSPB), República de Moçambique
- RdM (2010a) *Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020)*, República de Moçambique
- RdM (2010b) *National Strategic HIV and AIDS Response Plan 2010-2014*, Council of Ministers, Republic of Mozambique
- RdM (2012a) *Plano Nacional da Área da Deficiência – PNAD II 2012-2019*, República de Moçambique, Maputo, Setembro
- RdM (2012b) *Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) 2013-2019*, República de Moçambique, Maputo, Dezembro
- RdM (2013) *Conta Geral do Estado, Ano 2012, vol. 1*, República de Moçambique, Maputo, Maio
- Rhee, V., Mullany, L., Khatri, S., Katz, S., LeClerq, S., Darmstadt, G., Tielsch, J. (2008) 'Maternal and birth attendant hand washing and neonatal mortality in southern Nepal' *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 162(7), páginas 603-608
- Santibáñez L & Fox L (2011) *Primary education reform in Mozambique: Feedback from the ground*, relatório de síntese, Banco Mundial
- Save & HI (2011) *Out from the shadows: Sexual violence against children with disabilities*, Save the Children, Londres, & Handicap International, Maputo
- Silva-Leander S (2014) *Situation Analysis Mozambique: Multivariate regression analysis on chronic malnutrition (DHS 2011)*, Oxford Policy Management, Oxford
- Silva-Leander S, Basak B & Schneider P (2014) *Situation Analysis Mozambique: Study on child marriage and teenage pregnancy in Mozambique (DHS 2011)*, Silva-Leander S (2014) *Situation Analysis Mozambique: Multivariate regression analysis on chronic malnutrition (DHS 2011)*, UNICEF Moçambique, Maputo
- Spaull N (2011) *Primary school performance in Botswana, Mozambique, Namibia and South Africa*, working paper, Southern and Eastern African Consortium for Monitoring Educational Quality
- Triche E, Lundsberg L, Wickner P, Belanger K, Leaderer B, Bracken M (2010) 'Association of maternal anemia with increased wheeze and asthma in children' *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 106 (2), páginas 131-139.
- UE (2013) *Nutrition situation and causal analysis – Mozambique*, rascunho, União Europeia, Maputo, Dezembro
- UNICEF (2010) *Child poverty and disparities in Mozambique 2010*, UNICEF Moçambique, Maputo
- UNICEF (2012) *All children in school by 2015, Global initiative on out-of-school children: Mozambique country case study*, UNICEF Moçambique, Maputo
- UNICEF (2013a) *State of the World's Children 2013*, United Nations Children's Fund, Nova Iorque
- UNICEF (2013b) *Improving equity-focused communications strategies to better reach the most deprived children and families in Mozambique*, UNICEF Moçambique, Maputo
- UNICEF (2013c) *Informe Orçamental 2013, Sector de acção social*, UNICEF Moçambique, Maputo
- UNICEF (2013d) *Diagnóstico sobre criança com deficiência em Moçambique*, relatório final, Março, UNICEF Moçambique, Maputo
- UNICEF (2013e) *Addressing Immunization inequities in Mozambique*, GAVI business plan, UNICEF Moçambique, Maputo
- UNICEF (2013f) *Informe Orçamental 2013, Sector da saúde*, UNICEF Moçambique, Maputo
- van Logchem B and Brito R (ed.) (2009) *Synthesis report, Study on the impact of climate change on disaster risk in Mozambique*, Instituto Nacional de Gestão das Calamidades, Maputo
- Visser M (2013) *Report on demand and supply side barriers to education in Mozambique*, Oxford Policy Management
- WSP (2012) *Mozambique loses MZN4 billion annually due to poor sanitation*, Water and Sanitation Program, Banco Mundial
- WSP (sem data) *Water supply and sanitation in Mozambique, Turning finance into services for 2015 and beyond*, Water and Sanitation Program – Africa Region, Banco Mundial, Nairobi

Quadro A.1 – Bem-estar das crianças e mães, 1997-2011

	IDS 2003	MICS 2008	IDS 2011
Mortalidade materno-infantil			
Mortalidade em menores de 5 anos, (por 1.000 nascidos vivos)	153	141	97
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	101	95	64
Mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	37	38	30
Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	408	...	408
Desnutrição infantil (%)			
Desnutrição crónica (moderada e grave, crianças < 5 anos)	48,0a	43,7	42,6
Desnutrição crónica grave (crianças < 5 anos)	...	17,6	19,7
Desnutrição aguda (moderada e grave, crianças < 5 anos)	5,0a	4,2	5,9
Baixo peso (moderado e grave, crianças < 5 anos)	22,0a	18,3	14,9
Agregados com sal iodado	53,7	58,4b	44,8
Crianças 6-59 meses recebendo suplementos de vitamina A	49,8	71,5	74,6
Crianças 6-59 meses desparasitadas	46,3
Crianças 6-59 meses com anemia	68,7
Saúde reprodutiva (%)			
Taxa global de fecundidade	5,5	6,1	5,9
Mulheres em união marital que usam métodos modernos de contracepção	11,7	12,2	11,3
Partos ocorridos em unidades sanitárias	47,6	58,0	54,8
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	47,7	55,3	54,3
Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais por pessoal qualificado	84,6	92,3	90,6
Mulheres grávidas recebendo tratamento preventivo contra malária	...	43,1	19,6
Mulheres grávidas recebendo 2+ vacinações contra o tétano	57,2	66,5	55,9
Gravidezes protegidas contra tétano neonatal	...	79,3	66,9
Saúde infantil (%)			
Crianças 12-23 meses com todas as vacinas básicas	63,3	60,3	64,1
Crianças < 5 anos com IRA, levadas a unidades sanitárias	51,4	65,4	50,2
Crianças < 5 anos com diarreia, que recebem tratamento de reidratação oral	54,1	53,9	61,5
Crianças < 5 anos com febre, recebendo medicação anti-maláricos	14,9	36,7	29,9
Crianças < 5 anos dormindo debaixo de redes mosquiteiras	9,7	42,1	38,9
Crianças < 5 anos dormindo debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida	...	22,8	35,7
HIV/SIDA (%)			
Prevalência de HIV (adultos de 15-49 anos)	...	11,5c	...
Mulheres de 15-49 anos testadas (com resultados) para HIV nos últimos 12 meses	2,4	15c	25,9
Cobertura PTV (% de mulheres grávidas HIV+)d	1	49	72
Água e saneamento (%)			
População usando fontes melhoradas de água para beber	36,6	43,0	52,5
População usando casas de banho/latrinas melhoradas	...	19,3	23,8

Quadro A.1 – Bem-estar das crianças e mães, 1997-2011

	IDS 2003	MICS 2008	IDS 2011
Educação (%)			
Alfabetismo feminino (mulheres de 15-49 anos)	37,5	35,5c	40,2
Taxa líquida de frequência, 1ª classe do EP1	20,8	64,5	...
Taxa líquida de frequência (TLF) no ensino primário	59,7	81,2	77,1
Índice de paridade de género (ensino primário, TLF)	0,9	1,0	1,0
Taxa líquida de frequência no ensino secundário	7,6	20,4	23,7
Violência e abuso (%)			
Mulheres de 15-19 anos casadas antes dos 15 anos	14,0	11,4	10,3
Mulheres de 20-24 anos casadas antes dos 18 anos	55,9	51,8	48,2
Crianças envolvidas em trabalho infantil	...	22,2	...
Registo civil			
Crianças < 5 anos com registo de nascimento	...	30,8	47,9

Notas: a Taxas recalculadas para 2003, com base nas padrões de crescimento da OMS, em 2006. b 21,8% devidamente iodada. c Dados do INSIDA 2009. d Dados administrativos. e Mulheres com idade de 15 anos ou mais.
Fontes: IDS, 2003, MICS 2008 e IDS 2011.

Quadro A.2 – Bem-estar das crianças e mães, por áreas de residência, 2011

	URBANO	RURAL	TOTAL
Mortalidade materno-infantil			
Mortalidade em menores de 5 anos, (por 1.000 nascidos vivos)	100	111	97
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	69	72	64
Mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	34	31	30
Desnutrição infantil (%)			
Desnutrição crónica (moderada e grave, crianças < 5 anos)	15,4	21,3	19,7
Desnutrição crónica grave (crianças <5 anos)	3,8	6,7	5,9
Desnutrição aguda (moderada e grave, crianças <5 anos)	9,8	16,9	14,9
Baixo peso (moderado e grave, crianças < 5 anos)	53,9	40,9	44,8
Agregados com sal iodado	85,0	70,6	74,6
Crianças 6-59 meses recebendo suplementos de vitamina A	58,2	41,7	46,3
Crianças 6-59 meses desparasitadas	59,7	72,0	68,7
Saúde reprodutiva (%)			
Taxa global de fecundidade	4,5	6,6	5,9
Mulheres em união marital, que usam métodos modernos de contracepção	21,1	7,2	11,3
Partos ocorridos em unidades sanitárias	81,8	44,5	54,8
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	80,3	44,3	54,3
Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais por pessoal qualificado	96,3	88,2	90,6
Mulheres grávidas recebendo tratamento preventivo contra malária	26,9	16,8	19,6
Gravidezes protegidas contra tétano neonatal	76,1	63,0	66,9
Saúde Infantil (%)			
Crianças de 12-23 meses com todas as vacinas básicas	75,0	60,0	64,1
Crianças <5 anos com IRA, levadas a unidades sanitárias	64,4	44,0	50,2
Crianças <5 anos com diarreia, recebendo Tratamento de Reidratação Oral	69,8	57,9	61,5
Crianças <5 anos com febre, recebendo medicação anti-maláricos	24,9	31,7	29,9
Crianças <5 anos dormindo debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida	42,2	33,1	35,7
HIV/SIDA (%)			
Prevalência de HIV (adultos de 15-49 anos 2009) a	15,9	9,2	11,5
Mulheres de 15-49 anos testadas (com resultados) para HIV, nos últimos 12 meses	34,0	21,7	25,9
Água e saneamento (%)			
População usando fontes melhoradas de água para beber	84,6	37,8	52,5
População usando casas de banho/latrinas melhoradas	47,8	12,8	27,8
Educação (%)			
Alfabetismo feminino (mulheres de 15-49 anos)	67,8	40,2	40,2
Taxa líquida de frequência no ensino primário (TLF)	77,2	77,1	77,1
Índice de paridade de género (ensino primário, TLF)	1,0	1,0	1,0
Taxa líquida de frequência no ensino secundário	25,0	22,4	23,7
Violência e abuso (%)			
Crianças envolvidas em trabalho infantil b	20,5	23,8	22,2
Registo civil			
Crianças <5 anos com registo de nascimento	47,8	42,2	33,1

Notas: a Dados do INSIDA 2009. b Dados do MICS 2008.

Fonte: IDS 2011.

Quadro A.3 – Bem-estar das crianças e mães, por províncias, 2011

	NIASSA	CABO DELGADO	NAMPULA	ZAMBÉZIA	TETE	MANICA	SOFALA	INHAMBANE	GAZA	MAPUTO PROVÍNCIA	MAPUTO CIDADE
Mortalidade materno-infantil											
Mortalidade em menores de 5 anos, (por 1.000 nascidos vivos)	101	116	67	142	129	114	105	58	110	96	80
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	61	82	41	95	86	64	73	39	63	68	61
Mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	28	31	15	37	48	23	41	16	34	37	33
Desnutrição infantil (%)											
Desnutrição crónica (crianças <5 anos)	46,8	52,8	55,3	45,2	44,2	41,9	35,7	36,0	26,8	22,7	23,2
Desnutrição crónica grave (crianças <5 anos)	24,0	26,8	30,0	21,0	19,3	18,2	14,8	15,8	8,5	6,0	7,4
Desnutrição aguda (crianças <5 anos)	3,7	5,6	6,5	9,4	5,6	6,7	7,4	2,2	1,0	2,1	2,2
Baixo peso (crianças <5 anos)	18,2	20,6	15,5	21,3	17,0	10,8	11,3	6,9	6,3	7,4	5,4
Agregados com sal iodado	52,7	6,5	26,1	18,0	59,4	81,3	55,6	74,4	76,3	63,7	73,0
Crianças 6-59 meses recebendo suplementos de vitamina A	69,0	62,4	78,4	57,6	78,8	91,6	78,7	81,7	77,2	93,7	87,6
Crianças 6-59 meses desparasitadas	46,0	52,9	48,8	27,9	28,6	79,9	58,2	35,8	41,6	73,2	67,4
Crianças 6-59 meses com anemia	64,1	75,8	72,6	79,2	67,6	67,5	62,6	62,1	58,9	51,7	54,5
Saúde reprodutiva (%)											
Taxa global de fecundidade	7,1	6,6	6,1	6,8	6,8	5,8	6,1	4,9	5,3	4,1	3,1
Partos ocorridos em unidades sanitárias	61,4	36,2	53,3	27,8	50,7	75,3	73,4	57,7	70,7	88,3	91,8
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	60,5	35,3	55,3	26,4	51,7	74,0	71,1	59,4	71,1	84,0	90,8
Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais por pessoal qualificado	90,0	96,1	92,9	73,7	90,1	99,2	95,2	96,4	96,6	99,0	97,4
Mulheres grávidas recebendo tratamento preventivo contra malária	3,6	24,8	36,1	7,7	8,7	32,5	31,9	11,9	20,3	27,7	16,6
Gravidezes protegidas contra tétano neonatal	77,6	65,5	75,5	51,7	50,8	70,4	81,4	75,1	65,0	78,6	78,5
Saúde infantil (%)											
Crianças de 12-23 meses com todas as vacinas básicas	77,2	58,5	66,3	47,3	58,0	64,6	78,4	64,7	76,3	87,9	76,7
Crianças <5 anos com febre, recebendo medicação anti-maláricos	43,5	12,7	42,9	35,4	16,8	40,1	33,1	34,2	23,6	2,7	7,0
Crianças <5 anos dormindo debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida	38,9	49,7	51,1	31,6	31,5	38,0	39,9	24,3	9,7	21,8	30,9
HIV/SIDA (%)											
Prevalência de HIV (adultos de 15-49 anos 2009) a	3,3	9,5	5,5	15,3	8,0	15,6	17,8	10,0	29,9	20,0	20,5
Mulheres de 15-49 anos testadas (com resultados) para HIV, nos últimos 12 meses	28,4	12,8	19,9	14,2	39,1	38,5	18,6	29,1	29,8	42,1	33,7
Água e saneamento (%)											
População usando fontes melhoradas de água para beber	43,5	37,1	38,5	25,5	43,5	84,2	65,6	60,3	70,1	85,1	98,9
População usando casas de banho/latrinas melhoradas	28,8	6,1	21,5	6,2	17,0	20,1	22,3	16,7	33,1	46,7	74,2
Educação (%)											
Alfabetismo feminino (mulheres de 15-49 anos)	31,1	25,0	28,2	24,6	23,8	49,4	39,6	51,7	55,8	76,8	85,7
Taxa líquida de frequência no ensino primário	67,9	61,7	73,2	78,9	67,3	87,6	79,8	87,0	83,0	90,6	91,3
Taxa líquida de frequência no ensino secundário	17,2	11,4	18,6	11,1	13,4	29,5	24,9	34,6	27,7	45,8	59,4
Violência e abuso (%)											
Crianças envolvidas em trabalho infantil b	8,9	25,7	16,3	25,1	24,2	25,5	30,1	39,4	26,7	9,6	10,6
Registo civil											
Crianças <5 anos com registo de nascimento	35,1	43,6	59,0	26,8	76,3	67,1	40,2	43,2	31,2	57,3	54,8

Notas: a Dados INSIDA 2009. b Dados do MICS 2008. Fonte: IDS 2011.

Quadro A.4 Bem-estar das crianças e mães, por quintis de riqueza, 2011

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Mortalidade materno-infantil					
Mortalidade em menores de 5 anos, (por 1.000 nascidos vivos)	129	105	114	95	91
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	83	74	69	61	64
Mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	33	32	31	31	33
Desnutrição infantil (%)					
Desnutrição crónica (moderada e grave, crianças <5 anos)	51,1	48,0	46,4	37,4	24,1
Desnutrição crónica grave (crianças <5 anos)	25,7	24,5	21,8	14,9	7,4
Desnutrição aguda (moderada e grave, crianças <5 anos)	9,6	6,1	5,3	4,0	3,2
Baixo peso (moderado e grave, crianças <5 anos)	23,0	17,2	15,2	9,7	6,4
Agregados com sal iodado	27,0	31,9	44,8	58,6	65,9
Crianças 6-59 meses recebendo suplementos de vitamina A	65,4	66,3	75,5	81,7	89,9
Crianças 6-59 meses desparasitadas	37,6	37,4	48,1	51,3	63,4
Crianças 6-59 meses com anemia	77,8	76,3	68,3	62,7	51,5
Saúde reprodutiva (%)					
Taxa global de fecundidade	7,2	7,2	6,3	5,6	3,7
Mulheres em união marital que usam métodos modernos de contracepção	2,9	5,4	6,9	13,8	29,5
Partos ocorridos em unidades sanitárias	31,2	38,2	52,9	74,4	91,5
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	31,5	37,7	52,6	74,2	89,5
Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais por pessoal qualificado	82,8	87,4	90,7	96,2	97,5
Mulheres grávidas recebendo tratamento preventivo contra malária	17,6	15,6	18,4	22,8	26,1
Gravidezes protegidas contra tétano neonatal	59,9	63,1	63,8	71,5	78,1
Saúde infantil (%)					
Crianças de 12-23 meses com todas as vacinas básicas	53,8	57,3	66,3	73,5	75,5
Crianças <5 anos com diarreia, recebendo tratamento de reidratação oral	48,9	57,8	67,4	66,6	72,6
Crianças <5 anos com febre levada ao hospital	47,6	42,7	59,5	69,7	68,0
Crianças <5 anos com febre, recebendo medicação anti-maláricos	36,1	23,7	41,2	26,9	17,1
Crianças <5 anos dormindo debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida	32,4	35,7	35,9	36,1	39,6
HIV/SIDA (%)					
Prevalência de HIV (adultos de 15-49 anos 2009) a	6,6	8,6	9,9	18,3	20,6
Mulheres de 15-49 anos testadas (com resultados) para HIV, nos últimos 12 meses	16,6	17,5	22,2	31,1	38,7
Água e saneamento (%)					
População usando fontes melhoradas de água para beber	12,6	22,8	44,4	49,9	85,1
População usando casas de banho/latrinas melhoradas	0,0	0,1	7,7	17,1	71,6
Educação (%)					
Alfabetismo feminino (mulheres de 15-49 anos)	12,7	17,0	27,1	48,1	83,9
Taxa líquida de frequência no ensino primário (TLF)	66,6	69,2	76,5	84,4	90,7
Taxa líquida de frequência no ensino secundário	3,4	5,2	11,2	24,5	57,8
Violência e abuso (%)					
Crianças envolvidas em trabalho infantil b	24,0	22,8	25,4	23,6	14,3
Registo civil					
Crianças <5 anos com registo de nascimento	42,3	43,1	47,8	50,2	60,2

Notas: a Dados do INSIDA 2009. b Dados do MICS 2008.
Fonte: IDS 2011.

Quadro A.5 – Bem-estar de crianças e mães: comparações Internacionais

	MOÇAMBIQUE (IDS 2011)	ÁFRICA SUBSARIANA	ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL	PAÍSES MENOS DESENVOLVIDOS
Mortalidade materno-infantil				
Mortalidade em menores de 5 anos, (por 1.000 nascidos vivos)	97	109	84	98
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	64	69	55	65
Mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	30	34	29	33
Taxa de mortalidade materna	408	500	410	430
Desnutrição infantil (<5 anos, moderada e grave, %)				
Desnutrição crónica (baixa altura para a idade)	43	40	40	38
Desnutrição aguda (baixo peso para a altura)	6	9	7	10
Baixo peso (peso para a idade)	15	21	18	23
Saúde Reprodutiva (%)				
Partos ocorridos em unidades sanitárias	55	47	43	44
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	54	49	44	48
Mulheres grávidas recebendo cuidados pré-natais por pessoal qualificado	91	77	81	74
Taxa global de fecundidade	5,9	4,9	4,5	4,2
Saúde Infantil (%)				
Crianças 12-23 meses com imunização DPT3	76	71	79	78
Proporção de crianças <5 anos com febre, recebendo medicação anti-maláricos	30	38	31	36
Proporção de crianças <5 anos dormindo debaixo de redes mosquiteiras tratadas com insecticida	36	38	41	41
HIV/SIDA (%)				
Taxa de prevalência de HIV (adultos 15-49 anos)	11,5	4,8	7,0	1,9
Água e Saneamento (%)				
População usando fontes seguras de água potável	53	61	61	63
População usando saneamento básico melhorado	24	30	35	35
Educação (%)				
Taxa líquida de frequência do ensino primário, rapazes	77	72	75	76
Taxa líquida de frequência do ensino primário, raparigas	77	70	75	75
Taxa líquida de frequência do ensino secundário, rapazes	25	31	23	27
Taxa líquida de frequência do ensino secundário, raparigas	22	29	23	24
Violência e abuso (%)				
Mulheres de idades de 20-24 anos casadas antes dos 15 anos	14	12	9	16
Crianças envolvidas em trabalho infantil	22	27	27	23
Registo civil				
Crianças <5 anos registadas	48	41	37	35

Fontes: IDS 2011 e UNICEF State of the World's Children 2013.

Quadro A.6 – Acesso à informação e conhecimento, atitudes e práticas

	IDS 2003	MICS 2008	IDS 2011
Acesso à Informação			
Posse de aparelho de rádio (% de agregados)	53,2	...	50,0
Posse de aparelho de televisão (% de agregados)	8,6	...	18,6
Posse de telemóvel (% de agregados)	34,1
Mulheres entre os 15-49 anos sem acesso a nenhum meio de comunicação (%)	50,4	...	47,6
Homens entre os 15-49 anos sem acesso a nenhum meio de comunicação (%)	22,0	...	25,4
Higiene (%)			
% de agregados familiares que não tratam a água antes de beber	88,8	...	89,9
Nutrição (%)			
% de crianças dos 0 aos 5 meses amamentada exclusivamente	30	36,8	42,8
Saúde reprodutiva (%)			
Idade média da 1ª relação sexual (mulheres entre os 20 e os 24 anos)	16,0	...	16,1
Uso de métodos modernos de contraceção (mulheres entre os 15 e os 49 casadas ou em união)	11,7	12,2	11,3
HIV/SIDA (%)			
	INSIDA 2009		
Mulheres que conhecem 2 meios de reduzir o risco de infecção por HIV	45	60	52
Homens que conhecem 2 meios de reduzir o risco de infecção por HIV	61	63	74
Mulheres com amplo conhecimento sobre HIV	...	32	31
Homens com amplo conhecimento sobre HIV	...	35	50
Homens com duas ou mais parceiras sexuais nos últimos 12 meses	33	20	30
Homens que pagaram para ter relações sexuais nos últimos 12 meses	13	9	14

Notas: a Uso de preservativo e diminuição do nº de parceiros sexuais a 1 só pessoa que não está infectada. Conhecimento do seguinte: O HIV/SIDA pode prevenir-se pelo uso de preservativo e pela redução do nº de parceiros sexuais a uma única pessoa não infectada; uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada com HIV; e o HIV/SIDA não pode ser transmitido pelas picadas de mosquito ou por poderes sobrenaturais.

Fontes: IDS 2003, MICS 2008, INSIDA 2009 e IDS 2011.

Quadro A.7 – Índices de pobreza monetária, 2002/03 e 2008/09

	INCIDÊNCIA DE POBREZA		PROFUNDIDADE DE POBREZA	
	2002/03	2008/09	2002/03	2008/09
Nacional	54,1	54,7	20,5	21,2
Residência				
Urbano	51,5	49,6	19,7	19,1
Rural	55,3	56,9	20,9	22,2
Provincia				
Niassa	52,1	31,9	15,8	12,3
Cabo Delgado	63,2	37,4	21,6	11,5
Nampula	52,6	54,7	19,5	20,0
Zambézia	44,6	70,5	14,0	27,9
Tete	59,8	42,0	26,3	16,5
Manica	43,6	55,1	16,8	21,1
Sofala	36,1	58,0	10,7	27,0
Inhambane	80,7	57,9	42,2	20,9
Gaza	60,1	62,5	20,6	28,3
Maputo Provincia	69,3	67,5	31,1	25,6
Maputo Cidade	53,6	36,2	20,9	11,8

Fonte: IAF 2002/03 e IOF 2008/09 (INE, 2010).

Quadro A.8 – População por províncias: projecções oficiais para 2013

	NÚMERO	% DO TOTAL
Niassa	1.531.958	6,3
Cabo Delgado	1.830.124	7,5
Nampula	4.767.442	19,6
Zambézia	4.563.018	18,7
Tete	2.322.294	9,5
Manica	1.800.247	7,4
Sofala	1.951.011	8,0
Inhambane	1.451.081	6,0
Gaza	1.367.849	5,6
Maputo Provincia	1.571.095	6,4
Maputo Cidade	1.209.993	5,0
Total	24.366.112	100

Fonte: INE.

Quadro A.9 – Distribuição da despesa pública realizada, por níveis administrativos, 2008-2013 (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Governo central	63,7	63,7	65,4	66,0	65,7	64,8
Governos provinciais	31,2	29,4	27,0	19,6	19,5	20,3
Administrações distritais	4,1	5,9	6,5	13,0	13,5	13,5
Autarquias	1,1	1,1	1,0	1,3	1,3	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Conta Geral do Estado dos anos 2008-2012, e REO 2013.

Quadro A.10 – Despesa financiada externamente, como percentagem da despesa total realizada, por sectores, 2008-2012a

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Despesa total	25,9	27,7	23,0	23,9	36,8	17,0
Educação	29,4	29,1	25,4	22,5	16,7	14,3
Ensino geral	31,4	31,4	28,1	23,6	16,3	16,1
Ensino superior	15,8	15,7	12,8	17,0	20,0	3,7
Saúde e HIV/SIDA	52,3	58,8	44,4	43,0	51,1	24,4
Saúde	49,5	57,8	43,4	42,7	55,6	24,2
CNCS	88,8	83,2	74,8	57,1	93,3	37,8
Águas	82,4	83,0	87,0	85,6	86,9	85,3
Gestão de calamidades (INGC)	0,5	0,6	0,1	4,1	2,4	4,2
Justiça juvenil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Protecção social (MMAS e INAS)	37,6	45,1	44,8	25,1	8,7	8,9

Nota: Os dados excluem alguma despesa a nível distrital antes de 2013 e alguma despesa financiada por fontes externas e não contabilizada.

Fonte: Conta Geral do Estado dos anos 2008—2012 e REO 2013.

Quadro A.11 – Despesa pública realizada nos sectores sociais, 2008-2012a

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Em milhões de MT a preços correntes						
Educação	14.976	16.673	19.871	24.031	26.803	31.290
Ensino geral	13.047	14.194	16.390	24.031	23.384	26.757
Ensino superior	1.929	2.479	3.481	3.874	3.418	4.533
Saúde e HIV/SIDA	7.181	8.052	7.965	9.670	15.660	12.345
Saúde	6.677	7.737	7.708	9.491	15.555	12.205
CNCS	504	315	257	179	104	140
Águas	2.623	3.066	4.694	5.464	6.265	6.464
Gestão de calamidades (INGC)	280	286	305	463	487	331
Justiça juvenil	13	14	13	15	18	...
Protecção social (MMAS e INAS)	593	706	719	1.232	1.150	2.384
Subsídios aos preços (combustível e outros)	0	0	4.692	4.354	2.781	2.372
Em % total da despesa pública (menos encargos da dívida)						
Educação	23,3	21,4	19,8	18,8	19,0	18,5
Ensino geral	20,3	18,3	16,3	15,8	16,6	15,8
Ensino superior	3,0	3,2	3,5	3,0	2,4	2,7
Saúde e HIV/SIDA	11,2	10,4	7,9	7,6	11,1	7,3
Saúde	10,4	9,9	7,7	7,4	11,0	7,2
CNCS	0,8	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1
Águas	4,1	3,9	4,7	4,3	4,4	3,8
Gestão de calamidades (INGC)	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2
Justiça juvenil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Protecção social (MMAS e INAS)	0,9	0,9	0,7	1,0	0,8	1,4
Subsídios aos preços (combustível e outros)	0,0	0,0	4,7	3,1	2,0	1,4
Em % do PIB						
Educação	6,2	6,5	6,1	6,6	6,6	6,8
Ensino geral	5,4	5,5	5,1	5,5	5,8	5,8
Ensino superior	0,8	1,0	1,1	1,1	0,8	1,0
Saúde e HIV/SIDA	3,0	3,1	2,5	2,6	3,9	2,7
Saúde	2,8	3,0	2,4	2,6	3,8	2,6
CNCS	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Águas	1,1	1,2	1,5	1,5	1,5	1,4
Gestão de calamidades (INGC)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Justiça juvenil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Protecção social (MMAS e INAS)	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,5
Subsídios aos preços (combustível e outros)	0,0	0,0	1,5	1,1	0,7	0,5
Dados adicionais (milhões de MT)						
PIB	239,8	256,0	323,2	365,3	406,4	463,4
Despesa pública total (menos encargos da dívida)	64,3	77,8	100,3	124,4	141,1	168,9
Encargos da dívida	1,3	1,4	2,7	3,5	4,1	4,0
Despesa pública total (com encargos da dívida)	65,5	79,1	103,0	127,9	145,2	172,9

Nota: Os dados excluem alguma despesa a nível distrital antes de 2013 e alguma despesa financiada por fontes externas e não contabilizada.

Fonte: Conta Geral do Estado dos anos 2008–2012 e REO 2013.

Capa:	Topo: © UNICEF Mozambique/2004-00929 Inferior: © UNICEF Mozambique/2013/Ryan W. Daniels
Página 8:	© UNICEF/MOZA2012-00102/Eli Reed/Magnum Photos
Página 10:	© UNICEF/MOZA2012-00090/Eli Reed/Magnum Photos
Página 14:	© UNICEF/MOZA2012-00227/Chris Steele-Perkins/Magnum Photos
Página 16:	© UNICEF Mozambique/2004-00384
Página 17:	© UNICEF/MOZA2013-00096/Ryan W. Daniels
Página 18:	© UNICEF Mozambique/2012/Mark Lehn
Página 20:	© UNICEF/MOZA2012-00434/Ian Berry/Magnum Photos
Página 21:	© UNICEF/MOZA2012-00408/Ian Berry/Magnum Photos
Página 22:	Esquerda: © UNICEF Mozambique/2013/Ryan W. Daniels Direita: © UNICEF/MOZA2012-00347/Eli Reed/Magnum Photos
Página 23:	© UNICEF/MOZA2012-00471/Caroline Bach
Página 26:	© UNICEF/MOZA2012-00088/Eli Reed/Magnum Photos
Página 28:	© UNICEF Mozambique/2012/Mark Lehn
Página 35:	© UNICEF/MOZA2012-00189/Patrick Zachmann/Magnum Photos
Página 37:	© UNICEF/MOZA2012-00349/Eli Reed/Magnum Photos
Página 38:	© UNICEF/MOZA2013-00013/Alexandre Marques
Página 39:	© UNICEF/MOZA2012-00143/Patrick Zachmann/Magnum Photos
Página 40:	© UNICEF/MOZA2012-00187/Patrick Zachmann/Magnum Photos
Página 42:	© UNICEF/MOZA2012-00146/Patrick Zachmann/Magnum Photos
Página 43:	© UNICEF/MOZA2012-00330/Eli Reed/Magnum Photos
Página 45:	© UNICEF/MOZA2012-00459/Eli Reed/Magnum Photos
Página 46:	Esquerda: © UNICEF/MOZA2012-00321/Eli Reed/Magnum Photos Direita: © UNICEF/MOZA2012-00300/Chris Steele-Perkins/Magnum Photos
Página 47:	© UNICEF Mozambique/2013/Ryan W. Daniels
Página 49:	© UNICEF/MOZA2013-00064/Naysan Sahba
Página 60:	© UNICEF/MOZA2012-00367/Eli Reed/Magnum Photos
Página 63:	© UNICEF/MOZA2012-00316/Eli Reed/Magnum Photos
Página 64:	© UNICEF Mozambique/2013/Ryan W. Daniels
Página 66:	© UNICEF/MOZA2012-00400/Ian Berry/Magnum Photos
Página 68:	© UNICEF/MOZA2012-00233/Chris Steele-Perkins/Magnum Photos
Página 71:	© UNICEF Mozambique/2012/Hanoch Barlevi
Página 72:	© UNICEF/MOZA2012-00249/Chris Steele-Perkins/Magnum Photos
Página 74:	© UNICEF Mozambique/2012/Mark Lehn
Página 75:	© UNICEF Mozambique/2012/Mark Lehn
Página 79:	© UNICEF Mozambique/2012/Mark Lehn
Página 81:	Esquerda: © UNICEF Mozambique/2011/Tommaso Rada Direita: © UNICEF/MOZA2013-00015/Alexandre Marques
Página 82:	Esquerda: © UNICEF Mozambique/2012/Mark Lehn Direita: © UNICEF/MOZA2012-00610/Caroline Bach

**Situação das
Crianças em
Moçambique
2014**