

POBREZA INFANTIL E DISPARIDADES

EM MOÇAMBIQUE 2010



Relatório Sumário



Nações Unidas
Moçambique

POBREZA INFANTIL E DISPARIDADES

EM MOÇAMBIQUE 2010

Relatório Sumário



Nações Unidas
Moçambique

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

© UNICEF, Maputo, Moçambique, 2011

Introdução

Desde 2006, tem melhorado a vida das crianças¹ em Moçambique graças a um maior acesso aos serviços de que necessitam: mais crianças estão matriculadas na escola, têm acesso aos serviços de saúde e são protegidas contra o abuso. Estas conquistas foram alcançadas a despeito da estagnação das taxas de pobreza que se tem verificado desde 2002. Moçambique tem uma das mais elevadas taxas de crianças com baixa altura para a idade no mundo. As taxas de mortalidade infantil permanecem elevadas e a qualidade da educação continua a ser um considerável desafio.

Este resumo apresenta algumas das principais conclusões do estudo *Pobreza Infantil e Disparidades em Moçambique 2010*. Tratando-se de uma actualização de *A Pobreza na Infância em Moçambique: Uma Análise da Situação e das Tendências 2006*, este novo estudo põe em relevo, com base em dados e estudos recentes, a situação enfrentada por dez milhões de crianças de Moçambique, e as barreiras que ainda restam para a plena realização dos seus direitos.

Ao longo do estudo, especial enfoque é dado à desigualdade de agregados familiares, áreas rurais, províncias do centro e do norte, e aos desafios especificamente enfrentados pelas raparigas, para mostrar as persistentes desigualdades subjacentes ao progresso alcançado. Espera-se assim que o estudo informe o debate político e facilite a programação rumo ao cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e a contribuição para uma geração de crianças moçambicanas feliz, saudável e produtiva.

A pobreza infantil

A pobreza na infância tem efeitos imediatos e de longo prazo nas crianças.

Desnutrição crónica, por exemplo, que se desenvolve no período que vai desde a gravidez até aos dois primeiros anos de vida, pode influenciar permanentemente o crescimento de uma criança, resultando em baixa altura para a idade e desenvolvimento mental reduzido. O impacto e natureza cíclica da pobreza intergeracional na infância também é evidenciado pelo seu comprovado papel como obstáculo ao acesso a serviços sociais. As famílias pobres têm mais dificuldade em aceder a cuidados de saúde de qualidade, menos probabilidade de ter os seus filhos na escola e igualmente menos probabilidade de aceder a água potável e instalações sanitárias. É elevado o risco que correm as crianças pobres de se tornarem adultos pobres e, por sua vez, virem a ter filhos pobres.

¹ O 1º Artigo da Convenção sobre os Direitos da Criança define criança como sendo todo ser humano com idade inferior a dezoito anos, a menos que nos termos da lei aplicável à criança a maioridade seja alcançada antes dessa idade.

Pobreza baseada no consumo

De acordo com o Inquérito ao Orçamento Familiar 2008/2009, 55 por cento dos moçambicanos vivem abaixo da linha de pobreza de 18,4 meticais (cerca de meio dólar americano) por dia. Entre 1996 e 2002, o consumo (i.e., o que uma pessoa de facto consome em alimentos e itens não alimentares) e os rendimentos aumentaram e a pobreza decaiu para a maioria dos moçambicanos. A este período de redução da pobreza seguiu-se, no entanto, estagnação entre 2002 e 2008. Segundo o Ministério da Planificação e Desenvolvimento, esta estagnação foi causada principalmente pelos seguintes factores:

- Muito baixas taxas de crescimento da produtividade agrícola, especialmente no que respeita a culturas alimentares, registadas desde 2002;
- Choques climáticos que afectaram as colheitas de 2008, particularmente nas províncias do centro;
- Declínio dos termos de troca, devido a grandes subidas nos preços dos alimentos e combustíveis. Os preços dos combustíveis, em particular, aumentaram substancialmente no período 2002/03 a 2008/09.

A pobreza baseada no consumo é calculada analisando-se tanto produtos alimentares como não alimentares, e é ajustada considerando a sazonalidade, mas omite serviços feitos em casa e serviços públicos vitais. Uma limitação das medidas baseadas no consumo é não levarem em conta as variações na forma como os recursos (alimentos, por exemplo) são distribuídos no seio das famílias. Há evidências de que algumas crianças de agregados familiares pobres estão a ser alvo de discriminação na atribuição de recursos. A linha de pobreza definida por esta medida representa um padrão de vida extremamente básico.

Os agregados familiares moçambicanos caracterizam-se por um elevado nível de vulnerabilidade. Choques, tais como a perda de um rendimento ou uma cultura fracassada devido a secas ou inundações podem fazer com que as famílias passem a ficar abaixo da linha de pobreza. O elevado grau de variabilidade dos níveis de pobreza, em particular a nível provincial, realça esta vulnerabilidade. As flutuações sazonais também podem empurrar temporariamente as famílias para cima e para baixo da linha de pobreza.

Pobreza baseada em privações

O nível do rendimento familiar não dá uma imagem completa da saúde e bem-estar da criança. Os pais de uma criança podem ter um salário decente, mas viver muito longe de uma escola em que os seus filhos possam frequentar as aulas. A educação e outros serviços básicos como os de saúde, saneamento e água potável são investimentos necessários para uma criança crescer e se

tornar um adulto produtivo. Complementar a abordagem baseada no consumo com um enfoque nas privações que a criança sofre permite uma compreensão multidimensional da pobreza. Um ponto forte inerente a uma abordagem baseada em privações é a inclusão do consumo de serviços públicos essenciais.

Por exemplo, o incremento da alocação de fundos para expandir programas de vacinação teria um impacto directo e imediato sobre a pobreza infantil com a medida baseada em privações (mostrando um maior número de crianças que teriam sido vacinadas), mas revelaria o efeito mais lentamente com a medida baseada no consumo.

Utilizando a abordagem baseada em privações, a percentagem de crianças em condições de pobreza absoluta em Moçambique decaiu de 59 por cento em 2003 para 48 por cento em 2008. As crianças rurais estão mais propensas a sofrer privação severa do que suas congéneres urbanas. A percentagem de crianças nas zonas rurais em situação de pobreza absoluta diminuiu significativamente, de 72 por cento para 60 por cento, entre 2003 e 2008. Em 2008, 22 por cento das crianças urbanas eram pobres, contra 30 por cento em 2003.

Os indicadores usados para quantificar a pobreza baseada em privações foram originalmente desenvolvidos por uma equipa da Universidade de Bristol, sendo frequentemente referidos por Indicadores de Bristol. Compreendem sete medidas de privação severa: nutrição, água potável, saneamento, saúde, abrigo, educação e informação. Consideram que as crianças vivem em situação de pobreza absoluta quando enfrentam duas ou mais formas de privação severa.

São significativas as disparidades existentes nas taxas provinciais de pobreza baseadas em privações. A percentagem de crianças sofrendo duas ou mais privações severas foi mais elevada na província da Zambézia em 2003 e 2008 (80 e 64 por cento, respectivamente). A Cidade de Maputo apresenta os mais baixos níveis de pobreza infantil absoluta, com apenas 4 por cento das crianças a enfrentar duas ou mais privações severas, o que reflecte o nível relativamente elevado de acesso a serviços básicos na capital. Niassa registou uma grande redução nos níveis de pobreza infantil, de 58 por cento em 2003 para 35 por cento em 2008. Tanto a Cidade de Maputo como a província de Niassa registaram grandes reduções na medida de pobreza baseada no consumo entre 2002/03 e 2008/09.

Pobreza baseada no consumo *versus* pobreza baseada em privações

Em 2008, os níveis de pobreza foram significativamente mais baixos quando medidos pela abordagem baseada em privações do que medidos com base no consumo. Razão para isso foi o facto de se terem registado significativas melhorias nas medidas de pobreza não monetária entre 2002 e 2008, mas não correspondentes melhoramentos no aumento do consumo. As taxas de pobreza foram relativamente semelhantes (por ambas as medidas), no centro e no norte do país, mas divergiam acentuadamente no sul. No caso da Cidade de Maputo, explica-o o facto de a abordagem baseada no consumo não considerar directamente o acesso a serviços sociais como saúde, educação, água e saneamento, que tendem a concentrar-se nas áreas urbanas.

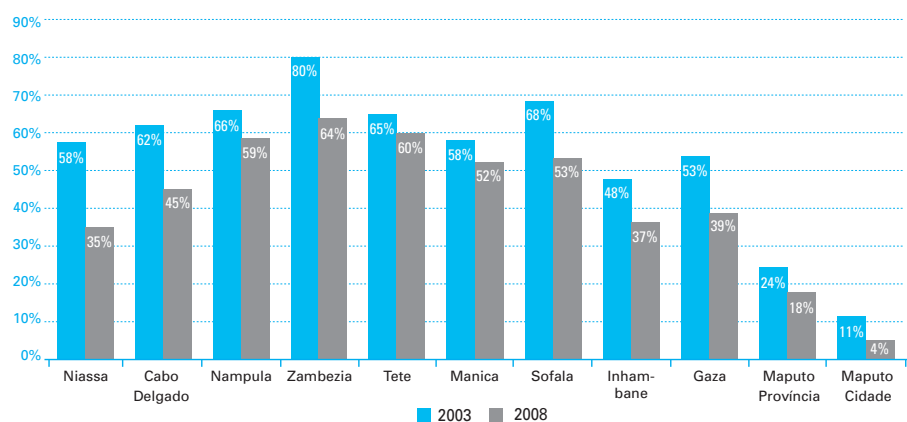
Por ambas as medidas, estima-se que a Zambézia tenha a mais elevada percentagem de pessoas a viver em pobreza absoluta. Esta província recebe fundos consideravelmente abaixo da média *per capita*, encontrando-se entre as que apresentam pior desempenho nos indicadores de desenvolvimento humano. Reparar esta desigual distribuição de recursos deveria constituir uma prioridade para o Governo e seus parceiros de desenvolvimento.

Tabela 1: Privação em Moçambique, 2008

Privação	Percentagem de crianças com privações severas
Nutrição	20 por cento das crianças menores de cinco anos de idade confronta-se com desnutrição grave.
Água	39 por cento das crianças não têm acesso a água potável a menos de 30 minutos de sua casa.
Saneamento	43 por cento das crianças não têm acesso a um sanitário de qualquer espécie nos arredores de sua casa.
Saúde	12 por cento das crianças menores de cinco anos de idade não estão vacinadas ou tiveram alguma infecção respiratória aguda (IRA) que não foi tratada.
Abrigo	5 por cento das crianças vivem numa casa com mais de cinco pessoas por quarto.
Educação	12 por cento das crianças nunca frequentaram a escola.
Informação	40 por cento das crianças não têm televisão, rádio ou jornal em casa.

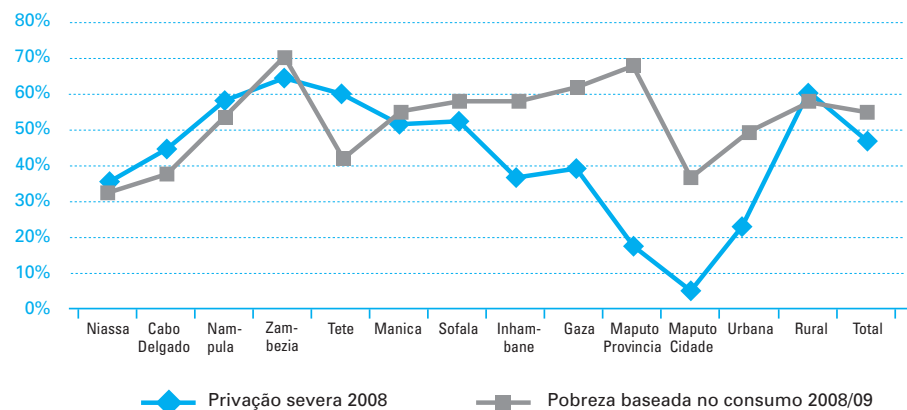
Fonte: UNICEF, *Child Poverty in Mozambique: A deprivations-based approach*. Maputo, 2009.

Figura 1: Percentagem de crianças com duas ou mais privações severas, 2003 e 2008



Fonte: UNICEF, *Child Poverty in Mozambique: A deprivations-based approach. Maputo, 2009.*

Figura 2: Pobreza baseada em privações comparada com pobreza baseada no consumo, 2008, percentagem



Fonte: UNICEF, *Child poverty in Mozambique: A deprivations-based approach. Maputo, 2009* e *Ministério de Planificação e Desenvolvimento. 'Pobreza e bem-estar em Moçambique: Terceira Avaliação Nacional, Governo de Moçambique. Setembro de 2010.*

O Contexto do Desenvolvimento

Apesar de quase duas décadas de paz, estabilidade política e um forte crescimento económico, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo, ocupando o 165º lugar de entre 169 países no Índice de Desenvolvimento Humano. O crescimento do PIB atingiu uma impressionante média anual de 8 por cento no período 1993-2009, embora o PIB *per capita* tenha baixado entre 2008 e 2009. O crescimento económico foi acompanhado pelo desenvolvimento de um ambiente macroeconómico razoavelmente estável e previsível.

Moçambique está fortemente dependente da ajuda internacional ao desenvolvimento. Os recursos externos correspondiam a quase metade do orçamento do Estado em 2010. Uma maior dependência da ajuda traz o risco de transferir a responsabilização do Governo de estruturas democráticas nacionais para parceiros da ajuda. Reagindo a esta situação, o país começou a fazer reformas na sua política fiscal, ampliando a sua base tributária e melhorando a cobrança de direitos aduaneiros. Além disso, estão em curso esforços para melhor harmonização da ajuda, alinhamento, previsibilidade e apropriação (*ownership*), à luz dos princípios da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda e da Agenda de Acção de Acra.

A população de Moçambique é predominantemente jovem. Em 2007, numa população total de 20,5 milhões, metade eram crianças com idade inferior a 18 anos (10 milhões). Devido à sua demografia, Moçambique caracteriza-se por uma extremamente elevada relação de dependência, estimada em cerca de 85 por cento em 2006. O rácio de dependência é a percentagem da população com menos de 15 ou mais de 64 anos de idade. Uma elevada taxa de dependência representa maior risco para uma economia, uma vez que os encargos de apoio à população se distribuem por um número relativamente pequeno de pessoas.

A densidade populacional em Moçambique é baixa, rondando os 26 habitantes por quilómetro quadrado, com uma população predominantemente rural (69 por cento). Esta rala distribuição torna mais difícil e dispendioso fornecer e manter as infra-estruturas e os serviços necessários. Quarenta por cento da população de Moçambique está concentrada nas duas províncias do norte: Nampula (cerca de 4 milhões de habitantes) e Zambézia (3,9 milhões).

No seu quarto e mais recente relatório nacional de progresso rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, de 2010, o Governo de Moçambique reafirmou o seu compromisso de alcançar as metas até 2015. Considera-se provável que Moçambique atinja apenas quatro das 21 metas, entre as quais a eliminação da disparidade de género em todos os níveis da educação, a redução da taxa de mortalidade de menores de cinco anos em dois terços e a reversão da incidência da malária e outras doenças principais.

Moçambique tem também potencial para atingir mais nove metas, sendo improvável que alcance uma. Por falta de dados, não se puderam avaliar os progressos em sete metas.

A planificação a nível nacional em Moçambique é norteada pelo Programa Quinquenal do Governo. A actual governação de Moçambique declarou através de seu Programa Quinquenal um objectivo central de redução da pobreza absoluta para melhorar as condições de vida do povo moçambicano em ambiente de paz, harmonia e tranquilidade.

A descentralização é considerada uma força motriz para a redução da pobreza, constituindo uma prioridade no Programa Quinquenal 2010-14 por incentivar a democracia, a participação popular, a prestação de contas, a responsabilidade e a equidade a nível local. No entanto, a descentralização democrática continua a ser uma possibilidade remota, e, planificação distrital participativa à parte, a prestação de contas tende a ser para cima, para os níveis provincial e nacional, ao invés de para baixo, para a população local.

Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil

Os direitos de cada criança à vida, sobrevivência e desenvolvimento estão consagrados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Apesar dos compromissos de nações de todo o mundo, quase 10 milhões de crianças continuam a morrer todos os anos, ocorrendo a maioria dessas mortes em apenas 60 países em desenvolvimento. Muitas crianças morrem como resultado de doenças e condições facilmente preveníveis ou tratáveis, incluindo infecções diarreicas, sarampo, malária e pneumonia, entre outras. Chegam a metade das mortes de crianças menores de cinco aquelas em que a desnutrição é uma causa subjacente. Água insalubre, saneamento precário e higiene inadequada também contribuem para a mortalidade e morbidade infantil. Água, saneamento e higiene estão intimamente ligados a desnutrição infantil.

Saúde e Nutrição

Crianças bem nutridas, bem cuidadas, saudáveis têm maior probabilidade de sobreviver e de se desenvolver em adultos saudáveis e produtivos, capazes de dar um contributo significativo para o desenvolvimento económico e social de suas famílias, comunidades e nações. Um maior investimento em serviços de saúde significou mais crianças recebendo cuidados médicos e menos crianças com privações de saúde severas.

Mortalidade de menores de cinco

A taxa de mortalidade de menores de cinco é um forte indicador da saúde geral e do bem-estar das crianças. Factores que influenciam a chegada ou não da criança ao seu quinto aniversário são o estado nutricional e o conhecimento

das mães em matéria de saúde; as práticas de assistência; a disponibilidade, o uso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil; o rendimento e a disponibilidade de alimentos na família; a disponibilidade de água potável e saneamento seguro; e a segurança global do ambiente da criança.

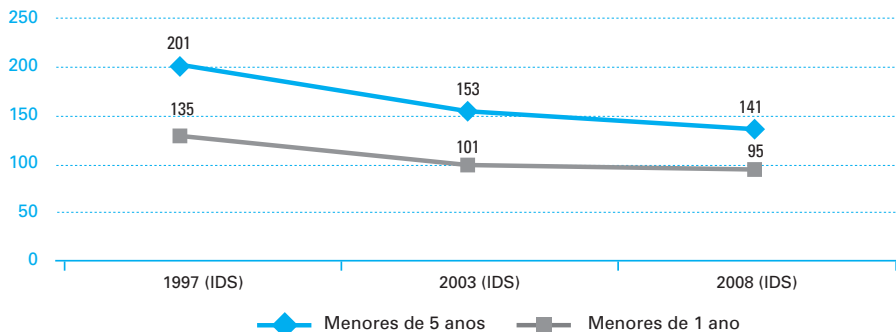
A taxa de mortalidade de menores de cinco anos baixou de 153 mortes por 1.000 nados vivos em 2003 para 141 em 2008. As melhorias foram impulsionadas por uma redução nas taxas de mortalidade nas áreas rurais, onde a taxa de mortalidade de menores de cinco anos desceu de 237 óbitos por 1.000 nados vivos em 2003 para 164 em 2008. Continuam a existir, no entanto, grandes disparidades geográficas. As crianças em Cabo Delgado, por exemplo, têm uma probabilidade quase três vezes maior de morrer antes de atingirem os cinco anos de idade do que uma criança na Cidade de Maputo.

A maioria das mortes em crianças menores de cinco anos são devidas a um pequeno número de problemas comuns, evitáveis e tratáveis, tais como malária, condições neonatais, infecções respiratórias agudas do tracto respiratório inferior (broncopneumonias e pneumonias), infecção pelo HIV, doenças intestinais infecciosas, meningite e desnutrição, ocorrendo isoladamente ou em combinação. Muitas dessas doenças podem ser evitadas investindo-se em vacinas e/ou medidas profiláticas como o uso de redes mosquiteiras.

Nutrição infantil

A desnutrição é a principal causa subjacente contribuinte para o elevado nível de mortalidade infantil em Moçambique. Os seus efeitos podem ser graves e de longa duração. As crianças bem alimentadas estão mais capazes de participar na escola e têm uma maior probabilidade de se desenvolver em adultos saudáveis e produtivos.

Figura 3: Taxas de mortalidade em Moçambique por 1.000 nados vivos, 2003 e 2008 (média dos cinco anos precedentes ao inquérito)



Fonte: IDS 1997 & 2003, MICS 2008.

Desnutrição crónica (baixa altura para a idade)

Moçambique tem uma das mais elevadas taxas de desnutrição no mundo. A percentagem de crianças de cinco anos sofrendo de desnutrição diminuiu de 48 por cento em 2003 para 44 por cento em 2008. A baixa altura para a idade mostra a desnutrição resultante de inadequações cumulativas no estado nutricional e de saúde da mãe antes e durante a gravidez e da criança nos dois primeiros anos de vida. As crianças com baixa altura para a idade têm o seu desenvolvimento físico e mental comprometido, sem possibilidade de recuperação, mesmo que as condições de nutrição melhorem e a criança ganhe peso. As disparidades provinciais em relação à baixa altura para a idade são particularmente marcantes. A prevalência de desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos é maior nas províncias de Cabo Delgado (56 por cento) e Nampula (51 por cento), sendo que na Zambézia, em Niassa, Tete, Sofala e Manica a prevalência é também superior a 40 por cento.

Em Moçambique, a baixa altura para a idade é observada em crianças em muito tenra idade, mesmo antes dos seis meses, e aumenta até aos 24-36 meses. A elevada prevalência (ligeiramente acima dos 20 por cento) de desnutrição em crianças com menos de seis meses de idade é motivo de preocupação, dado não ser espectável uma taxa de tal ordem nessa faixa etária. As taxas de baixa altura para a idade aumentam com a idade do nascimento até aos 24-36 meses, atingindo um pico de cerca de 54 por cento, após o que diminuem ligeiramente.

Desnutrição aguda (baixo peso para a altura)

Não foi observada nenhuma diferença significativa entre as taxas de 2003 e 2008 de baixo peso para a altura em crianças menores de cinco anos, que foram, respectivamente, de quatro e cinco por cento. Baixo peso para a altura é um tipo de desnutrição decorrente de uma excessiva perda de peso recente devido a doença grave ou falta de alimentos. O baixo peso para a altura a nível nacional é baixo, embora se verifiquem significativas variações entre as províncias, de nove por cento em Nampula a um por cento em Gaza.

Baixo peso

A prevalência de crianças desnutridas menores de cinco anos baixou de 20 por cento em 2003 para 18 por cento em 2008. Baixo peso, isto é, baixo peso para a idade, é função de deficiências passadas e presentes na nutrição, saúde e outros cuidados, vividas por uma criança. O número de crianças com baixo peso nas áreas rurais diminuiu de 25 por cento em 2003 para 19 por cento em 2008; durante o mesmo período, a prevalência nas áreas urbanas permaneceu estática, situando-se nos 13 por cento. Maiores melhorias foram observadas entre as famílias mais pobres, nas quais a prevalência de crianças com baixo peso caiu de 29 por cento em 2003 para 23 por cento em 2008. Tal como acontece com o baixo peso para a altura, as disparidades provinciais são

particularmente sérias, com mais de uma em cada quatro crianças com baixo peso na província de Nampula, comparativamente a uma em cada quinze na Cidade de Maputo.

Causas de desnutrição crónica

Constatou-se que pobreza, sexo masculino, idade, baixo nível de escolaridade da mãe, água insalubre e saneamento precário, e viver nas províncias do centro e do norte estavam associados aos níveis de baixa altura para a idade das crianças em Moçambique. As causas da desnutrição nas crianças são múltiplas e inter-relacionadas:

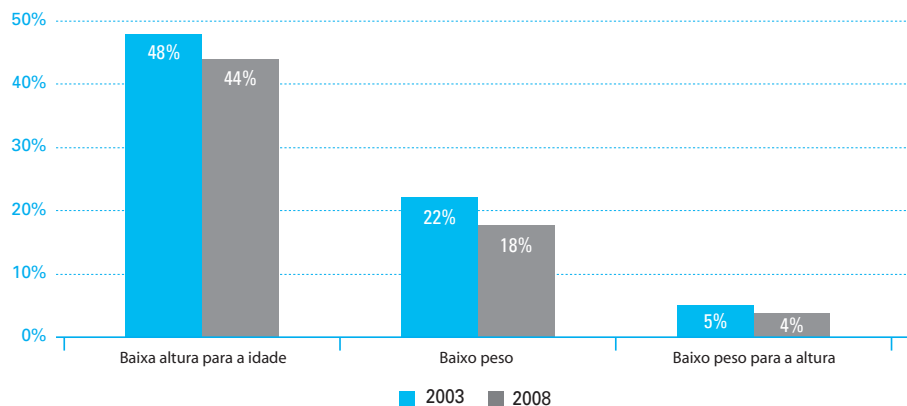
- *São causas imediatas* uma ingestão inadequada (em quantidade e qualidade) de alimentos e doenças. A interacção entre esses dois factores leva ao aumento da morbidade e mortalidade. A infecção pelo HIV é também uma das principais causas de défice de crescimento e desnutrição nas crianças;
- *São causas subjacentes* um insuficiente acesso a alimentos, práticas inadequadas de cuidados materno-infantis (especialmente deficiente aleitamento materno) e insuficiente acesso a cuidados de saúde, água potável e saneamento;
- *São causas básicas* a pobreza, insuficiente educação (especialmente das mães) e desigualdades de género, incluindo gravidez na adolescência.

Aleitamento

Práticas apropriadas de alimentação infantil são cruciais para a sobrevivência e desenvolvimento da criança. Recomenda-se aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. As taxas de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses em Moçambique aumentaram entre 2003 e 2008 (de 30 para 37 por cento), mas o seu nível continua baixo. O aleitamento materno exclusivo diminui rapidamente com a idade, de 57 por cento na faixa etária de zero a um mês a 17 por cento entre os quatro e cinco meses.

Deficiência de iodo

A deficiência de iodo é a maior causa individual evitável de dano cerebral e retardamento mental no mundo. A carência de iodo também reduz a sobrevivência infantil, o crescimento e o desenvolvimento. O uso de sal iodado em Moçambique aumentou ligeiramente de 54 por cento em 2003 para 58 por cento em 2008, o que advém de maior uso de sal iodado nas áreas urbanas. Nas áreas rurais, verificou-se uma ligeira diminuição. Quando as mulheres grávidas sofrem de deficiência de iodo, correm o risco de aborto espontâneo, morte fetal e outras complicações. A deficiência de iodo pode ter graves consequências físicas e mentais a longo prazo. Por decreto oficial, todo o sal deve ser iodado, se bem que a aplicação tenha sido fraca.

Figura 4: Taxas de desnutrição (moderada) em crianças menores de cinco anos, 2003 e 2008

Fonte: IDS 1997, MICS 2008.

Saúde materna

Estimativas indicam que a mortalidade materna diminuiu substancialmente nos últimos anos, de 1.000 óbitos maternos por 100.000 nados vivos no início de 1990 para 408 por 100.000 nados vivos em 2003. A redução das mortes maternas tem sido largamente devida à melhoria de acesso a serviços de saúde, nomeadamente planeamento familiar, cuidados obstétricos e neonatais de emergência e cuidados pré-natais, e melhorias em equipamentos, material de comunicações e transporte desde 2007.

A cobertura dos cuidados pré-natais tem melhorado de forma significativa, tendo a percentagem de mulheres atendidas pelo menos uma vez por pessoal de saúde qualificado durante a gravidez aumentado de 85 por cento em 2003 para 92 por cento em 2008 e ocorrendo agora cerca de 58 por cento dos partos em unidades sanitárias. No entanto, atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio de mortalidade materna exige investimento contínuo em serviços de saúde e esforços contínuos de comunicação.

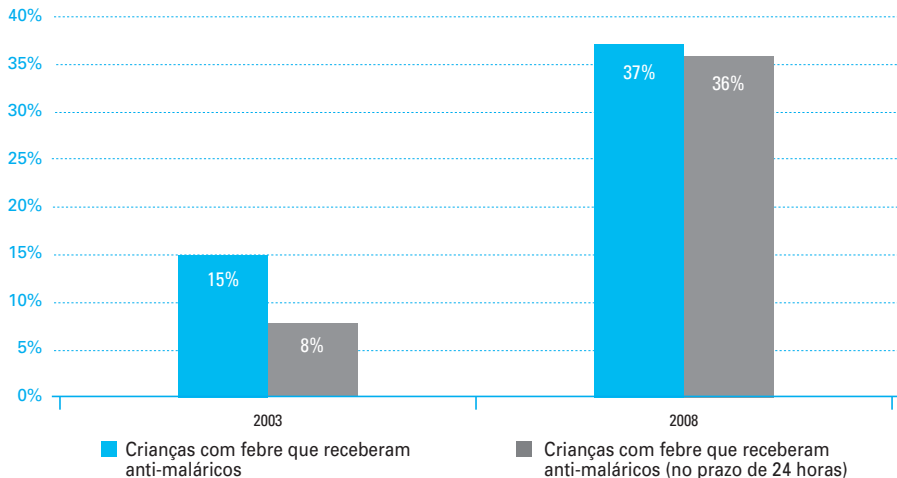
Doenças da infância

Malária

A malária é a causa de um terço das mortes de crianças menores de cinco anos. A prevalência de malária pouco mudou entre 2002 e 2008. Em 2008, a prevalência global estimada era de 51 por cento. Muito poucas crianças são levadas ao hospital quando têm febre (60 por cento), e apenas 36 por cento das crianças receberam medicamentos antimaláricos. A posse de rede mosquiteira à escala nacional passou de 18 por cento de agregados com pelo menos

uma em 2003 para 65 por cento em 2008. Todavia, apenas 31 por cento dos agregados familiares relataram possuir uma rede tratada com insecticida. A percentagem de crianças que relataram dormir sob uma rede passou de 10 por cento em 2003 para 42 por cento em 2008.

Figura 5: Percentagem de crianças que receberam tratamento adequado para malária, 2003 e 2008



Fonte: IDS 2003, MICS 2008.

Infeção respiratória aguda

A infeção respiratória aguda (IRA) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade entre as crianças em Moçambique, sendo a pneumonia a infeção mais grave. A OMS estima que 60 por cento das mortes por IRA poderiam ser evitadas com o uso selectivo de antibióticos, mas o sucesso do tratamento depende de detecção precoce e acesso a unidades sanitárias. Em 2008, cerca de 65 por cento das crianças com sintomas de IRA foram levadas a uma unidade sanitária.

Doenças diarreicas

A diarreia é outra importante causa de morbilidade e mortalidade infantil em Moçambique, contribuindo com quase sete por cento das mortes de menores de cinco anos. Houve um aumento na prevalência de doenças diarreicas em crianças menores de cinco anos, passando de 14 por cento em 2003 para 18 por cento em 2008. Quase metade (47 por cento) das crianças (com 0-5 anos) com diarreia receberam terapia de reidratação oral, continuando com a amamentação normal. Ainda não se está a usar sistematicamente zinco para

tratar a diarreia em Moçambique. A sua introdução e a gestão comunitária de casos feita por agentes comunitários de saúde treinados possibilitará resultados ainda melhores, acelerando a redução da mortalidade infantil.

Cólera

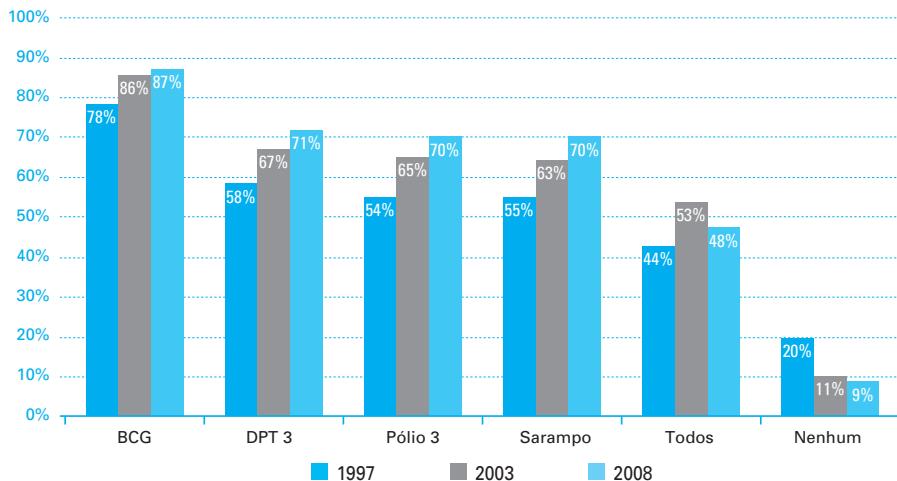
Devido aos baixos níveis de cobertura de saneamento, tem-se registado um elevado número de casos de cólera ao longo dos anos em Moçambique. De 1992 a 2004, os casos de cólera em Moçambique representavam entre um terço e um quinto de todos os casos africanos. Os factores que contribuem para surtos de cólera em Moçambique são: falta de saneamento básico e condições de higiene precárias, escassez e falta de acesso a água potável, inadequada eliminação de resíduos, fracas condições económicas das comunidades; secas e inundações recorrentes; áreas de alta densidade populacional e urbanização deficientemente planeada.

Vacinação

O Programa Alargado de Vacinação nacional registou substanciais progressos nos últimos anos. Moçambique aumentou as suas taxas de vacinação contra sarampo e difteria-tétano-tosse convulsa (DTP3) de cerca de 50 por cento em 1991 para 70-80 por cento em 2007. Foram introduzidas duas novas vacinas, as de hepatite B e *Haemophilus influenzae*, havendo planos para a introdução de vacinas contra rotavírus e pneumococcus. Para tentar ultrapassar a baixa cobertura e as desigualdades na cobertura entre áreas rurais e urbanas, entre províncias e entre quintis de riqueza, o Ministério da Saúde introduziu a abordagem Atingir Cada Distrito (*Reach Every District*), que incide sobre a capacitação dos distritos, profissionais de saúde e comunidades para melhorar a vacinação e outros serviços de sobrevivência materna e infantil.

Financiamento do sector e dotações orçamentais

O sector de saúde recebeu 8,4 por cento dos recursos do estado em 2010, descendo dos 13,4 por cento de 2008. Este nível de financiamento está abaixo da meta de Abuja de atribuição de pelo menos 15 por cento do Orçamento do Estado ao sector da saúde. Continua a haver desigualdades geográficas no financiamento, com a Zambézia e Nampula recebendo consideravelmente menos fundos *per capita* do que as outras províncias.

Figura 6: Vacinação de crianças com 12-23 meses por antígeno, 1997, 2003 e 2008

Fonte: IDS 1997 e 2003, MICS 2008.

Água, Saneamento e Higiene

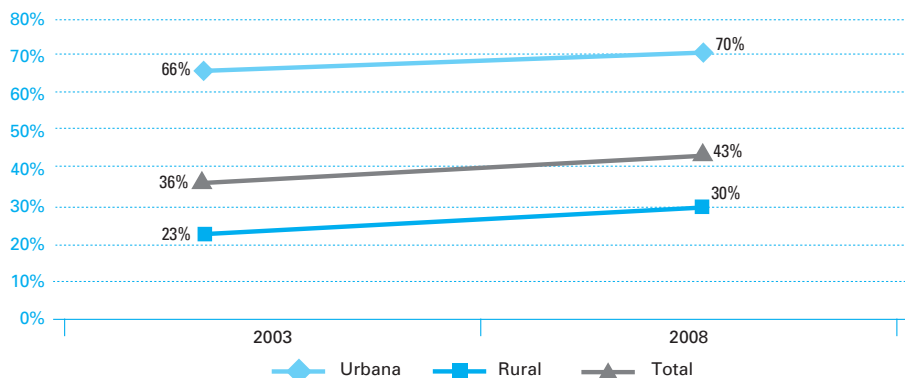
Água insalubre, saneamento precário e higiene inadequada contribuem para a mortalidade e morbidade infantil, e têm uma estreita relação com a desnutrição infantil. O acesso a água potável tem também um efeito significativo sobre as taxas de pobreza, aumentando o tempo que as famílias (em particular as mulheres e raparigas) podem despende em actividades mais produtivas.

Água

A percentagem de agregados familiares com acesso a água potável aumentou de 36 por cento em 2003 para 43 por cento em 2008, sendo um poço não protegido a fonte de água mais comum. Setenta por cento dos agregados familiares urbanos têm acesso a água potável, em comparação com apenas trinta por cento das pessoas das áreas rurais. Constatou-se que riqueza e agregado familiar chefiado por uma mulher ou uma pessoa instruída tinham uma correlação positiva com acesso a água potável.

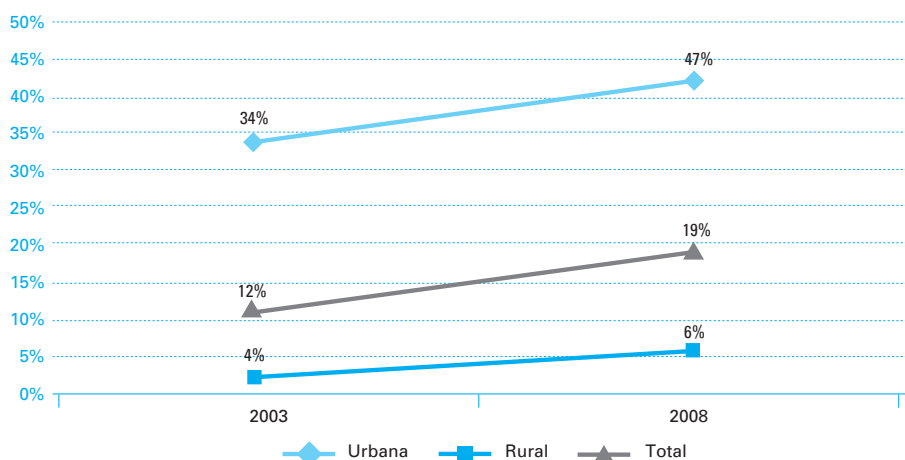
Saneamento

O acesso a saneamento seguro aumentou de 12 por cento dos agregados familiares em 2003 para 19 por cento em 2008. Tal como acontece com a água, é grande a discrepância entre os agregados urbanos e rurais: 47 por cento e 6 por cento, respectivamente, com muito menor taxa de melhoria para os agregados rurais. O acesso a instalações sanitárias melhoradas continua baixo, especialmente nas áreas rurais e nas províncias do norte e centro.

Figura 7: Percentagem de agregados familiares com acesso a água potável, 2004 e 2008

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, "Inquérito Integrado à Força de Trabalho (IFTRAB) 2004/05", Governo de Moçambique, Maputo, 2006 e MICS 2008.

Em 2009, 74 por cento dos 11,7 milhões de pessoas que vivem nas zonas rurais em Moçambique praticavam fecalismo a céu aberto. Apenas cinco por cento tinham acesso a instalações de saneamento melhoradas, e 21 por cento a instalações não melhoradas. Apesar disso, melhorar o acesso a saneamento continua a ser um importante objectivo do governo. Reflectindo tal empenho, os Ministérios das Obras Públicas e Habitação e da Saúde foram distinguidos por um Conselho de Ministros Africano para Água e Saneamento em África pela sua liderança fazendo com que 185 aldeias atingissem em 2009 o estatuto de Livres de Fecalismo a Céu Aberto.

Figura 8: Acesso a saneamento seguro por localização geográfica, 2004 e 2008

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, "Inquérito Integrado à Força de Trabalho (IFTRAB) 2004/05", Governo de Moçambique, Maputo, 2006 e MICS 2008.

Apesar das melhorias verificadas nas áreas urbanas, uma significativa percentagem da população que vive em áreas peri-urbanas não tem acesso a água potável nem instalações sanitárias adequadas. As estimativas de cobertura de água e saneamento de algumas zonas peri-urbanas em Moçambique são de apenas 10 por cento. As pessoas que vivem em áreas peri-urbanas são frequentemente das mais pobres e vulneráveis da sociedade, pois não têm rendimentos estáveis, nem terra arável para prover ao seu próprio consumo alimentar. A densidade populacional é elevada e é frequente as autoridades municipais disporem de limitados fundos para prestar serviços às zonas peri-urbanas. Epidemias de cólera e a malária são mais comuns em zonas peri-urbanas de assentamentos informais do que em quaisquer outras áreas de Moçambique.

Financiamento do sector e dotações orçamentais

Os sectores de água e saneamento estão fortemente dependentes de financiamento externo. Aproximadamente 85 por cento dos investimentos do sector nos últimos três anos provieram da ajuda ao desenvolvimento. O investimento médio anual necessário para cumprir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) nas áreas rurais foi estimado em 70 milhões de dólares americanos. Dada a grande escassez de fundos, é pouco provável que os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com água e saneamento sejam alcançados. Estão a ser mobilizados recursos para o défice de financiamento, seja instituindo um fundo comum seja melhorando a coordenação dos fundos do programa.

Educação e Direito das Crianças ao Desenvolvimento

Nunca é demais referir a importância da educação na vida de uma criança.

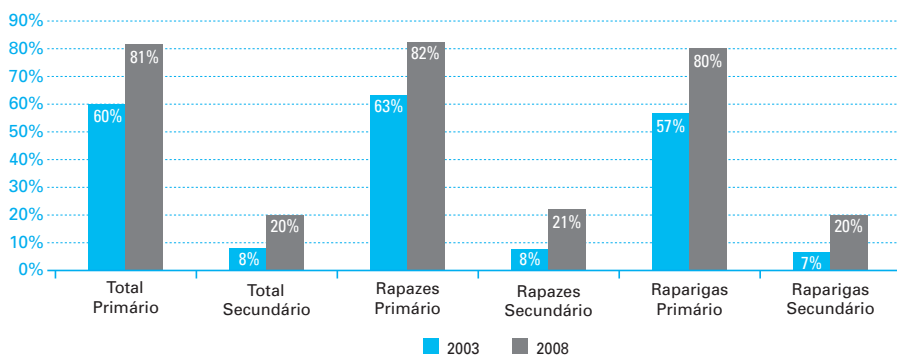
A educação é fundamental para o desenvolvimento da criança e sua plena participação na sociedade. A escola faz mais do que preparar a criança para uma eventual entrada no mundo do trabalho. A sala de aula é também um lugar onde as crianças aprendem os seus direitos como cidadãos. A educação capacita os jovens a protegerem-se contra o HIV e SIDA. Uma mãe escolarizada é um factor determinante para a saúde e o bem-estar dos seus filhos, inclusive em termos de se recebem ou não atenção médica adequada em caso de doença ou se eles, por sua vez, concluem os seus estudos.

Frequência

O acesso das crianças a educação registou um enorme aumento graças a concertados esforços do Governo de Moçambique para proporcionar educação a todas as crianças, como garantido na constituição. As taxas de frequência

líquida na escola primária aumentaram entre 2003 e 2008, de 60 para 81 por cento. As taxas de frequência líquida no ensino secundário também aumentaram entre 2003 e 2008, partindo de uma base extremamente baixa de 8 por cento para 20 por cento. A equidade na educação tem aumentado nos últimos anos. Foram maiores os ganhos registados pelas crianças pobres e rurais do que pelas suas congêneres urbanas e mais ricas.

Figura 9: Taxas líquidas de frequência, 2003 e 2008



Fonte: IDS 2003 e MICS 2008.

Em 2003, 1,5 milhões de crianças não frequentavam a escola primária. Cinco anos depois, esse número reduziu para metade, 764.000. O fenómeno 'acima da idade' no ensino primário tem implicações significativas para os resultados de aprendizagem das crianças, uma vez que o mesmo currículo é ensinado ao mesmo ritmo a alunos de idades e níveis de desenvolvimento cognitivo muito diversos. Coloca também sérios desafios a programas escolares de prevenção do HIV e SIDA apropriados às idades.

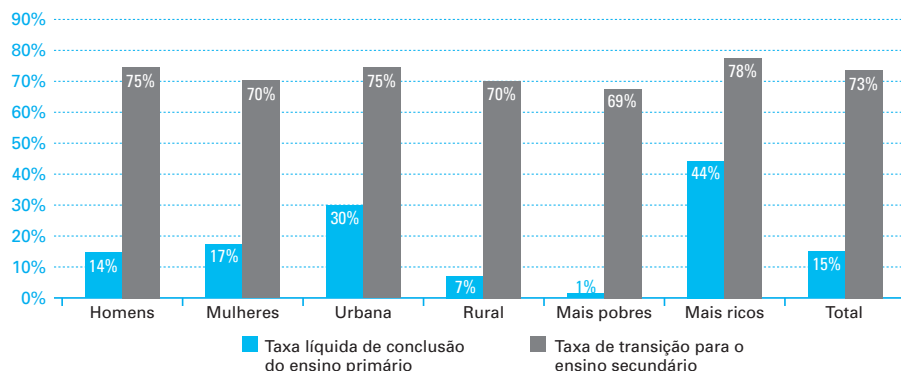
Conclusão do ensino primário e transição para o ensino secundário

As taxas de conclusão do ensino primário são baixas, situando-se nos 15 por cento. É significativa e crescente a disparidade existente entre as taxas urbana e rural (30 por cento contra 7 por cento, respectivamente, em 2008). Embora a maioria das crianças (73 por cento) que completam o ensino primário prossigam para o ensino secundário, as taxas de conclusão neste nível são ainda mais baixas. O Ministério da Educação estima que a taxa bruta de conclusão do ensino secundário foi de 6,5 por cento em 2009. Contrariamente ao ensino primário, o secundário não é grátis, além do que não há escolas secundárias em número suficiente, especialmente nas áreas rurais.

Progressão pelas classes

As baixas taxas de conclusão do ensino primário devem-se, pelo menos em parte, à persistente incapacidade das crianças de transitar regularmente de uma classe para a seguinte. As crianças que não transitam tanto podem estar a repetir uma classe (na segunda, quinta ou sétima classe) como a abandonar o sistema de ensino, pelo menos temporariamente. Em média, cerca de oito por cento das crianças não conseguem passar de classe cada ano, facto que se regista com considerável regularidade ao longo do ciclo primário. Apenas 60 por cento das crianças chegam à última classe do ensino primário. Para alguns grupos de crianças, a taxa de progressão é significativamente menor: as raparigas, as crianças rurais e as crianças mais pobres são mais propensas a não progredir através do sistema de ensino primário.

Figura 10: Taxas de conclusão do ensino primário e transição para o ensino secundário, 2008



Source: MICS 2008.

Equidade na Educação

A desigualdade diminuiu no ensino primário e aumentou no secundário. Os rácios líquidos de frequência do ensino primário aumentaram em todos os quintis de riqueza. O aumento foi mais elevado nas crianças mais pobres do que nas mais ricas, o que reduziu o fosso na equidade.

Alfabetização

As taxas de alfabetização continuam baixas no respeitante a mulheres. Em 2008, apenas 47 por cento das mulheres sabiam ler e escrever. Não se verificou mudança significativa nas taxas de alfabetização das mulheres entre 2003 e 2008, mas uma maior percentagem de mulheres mais jovens são alfabetizadas: 41 por cento das de 20 a 24 anos de idade, em comparação com 53 por cento das de 15 a 19 anos.

Barreiras à participação na educação

Custos directos com a educação

Os custos directos do ensino primário têm sido referidos como um dos principais obstáculos ao ingresso e permanência das crianças na escola. A abolição das tarifas escolares, introduzida em 2004, juntamente com a introdução de um novo currículo e a provisão gratuita de livros e algum material escolar básico, reduziu os obstáculos relacionados com os custos directos. No entanto, o custo dos uniformes e outros materiais escolares continua a restringir o acesso nas famílias mais vulneráveis.

Custos de oportunidade

Num quadro de pobreza, o investimento em educação é uma das escolhas que as famílias têm de fazer relativamente a outras prioridades que afectam as suas vidas e meios de subsistência. A pobreza das famílias muitas vezes obriga a que as crianças ajudem nas tarefas domésticas ou que trabalhem para ganhar dinheiro para sustentar a família.

Tradições e cultura

O casamento prematuro das raparigas e os ritos de iniciação de meninos e meninas tendem a influenciar negativamente as taxas de frequência do ensino primário. Ainda ocorrem ritos de iniciação em algumas partes do país, principalmente nas zonas rurais. O casamento infantil prejudica o acesso à escola, bem como a retenção e conclusão.

Impacto da violência e do abuso nas escolas

A prevalência de violência, abuso e assédio sexual nas escolas afecta a frequência dos alunos, especialmente das raparigas, tendo sido identificada pelos pais como factor que influencia a decisão de retirar os seus filhos da escola. Setenta por cento das meninas entrevistadas afirmaram que alguns professores exigem relações sexuais para passar os alunos e que as escolas não oferecem segurança nesse aspecto. O estudo também observou que as vítimas e tutores não sabem que o abuso sexual é punível por lei. O medo de represálias impele frequentemente as vítimas ao silêncio.

Qualidade da Educação

O fenómeno do 'choque de acesso' é generalizado, tendo um aumento maciço do número de alunos conduzido a um sistema sobrecarregado que simplesmente não satisfaz. Este choque de acesso resultou numa deterioração da qualidade da educação, que pode ser mais claramente vista na redução dos níveis de desempenho dos alunos. Entre 2000 e 2007, Moçambique registou

uma deterioração significativa no desempenho em leitura e matemática de estudantes da sexta classe. A descida de Moçambique de mais de 40 pontos em leitura e matemática foi associada a rápidas mudanças estruturais no sistema de ensino durante esse período, que resultaram em grandes aumentos nas matrículas na 6ª classe sem o correspondente aumento nos professores, material escolar e outros recursos essenciais.

Falta de professores

Moçambique enfrenta uma grave escassez de professores, e o rápido aumento das matrículas no ensino primário tem colocado significativa pressão sobre os professores no sistema educativo. Em 2009, havia uma média de 68 alunos por professor na escola primária, superior ao rácio 65:1 que se registava em 2000. O valor de referência internacional estabelecido pela *Fast Track Initiative* é de 40 alunos por professor. Existem significativas disparidades nos rácios alunos: professor entre as diferentes províncias, variando de 55:1 em Gaza a 91:1 na Zambézia.

Em 2008, 64 por cento dos professores do primeiro ciclo do ensino primário e 78 por cento dos professores do segundo ciclo do ensino primário eram professores formados e qualificados para ensinar. Na província da Zambézia, apenas 54 por cento dos professores do primeiro nível do ensino primário em 2008 tinham formação. O Ministério da Educação está a formar presentemente 5.000 professores por ano, embora a necessidade anual de professores com formação ronde os 7.000. O Ministério eliminou efectivamente desde 2008 a contratação de professores sem formação

O elevado nível de professores não qualificados no sistema torna a formação contínua de professores ainda mais importante. O principal órgão encarregado de fazer monitoria pedagógica e apoiar professores na formação em exercício é a Zona de Influência Pedagógica (ZIP). Não existe nenhum sistema estruturado ou política de formação de professores em exercício em Moçambique. As intervenções continuam descoordenadas e insustentáveis e têm pouco impacto institucional ou pouco impacto duradouro no desenvolvimento profissional dos professores.

O ambiente nas escolas de Moçambique não é favorável à promoção de uma abordagem à educação baseada em direitos que valorize as opiniões das crianças e promova o seu pensamento crítico e as suas faculdades criativas. O ensino é muitas vezes realizado em dois ou mais turnos por dia. As turmas estão superlotadas, com os alunos frequentemente sentados no chão, sem livros, mesas e materiais de aprendizagem suficientes. Em muitas escolas, as aulas são ministradas debaixo de árvores ou em recintos abertos, sem acesso a instalações de água ou saneamento.

Figura 11: Resultados dos alunos em leitura, 2000 e 2007

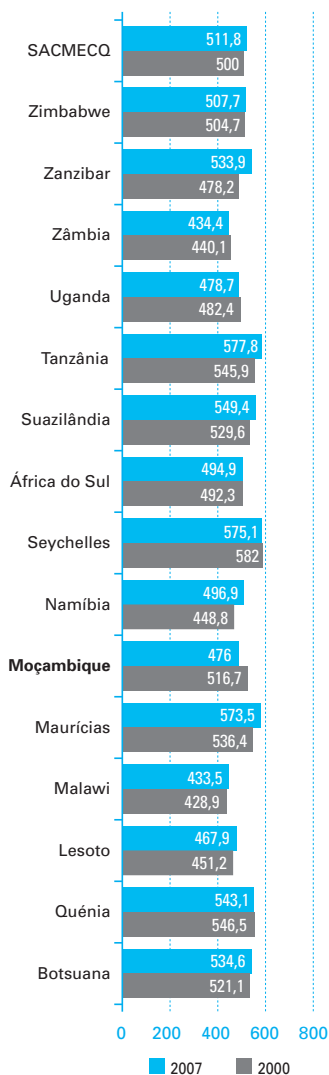
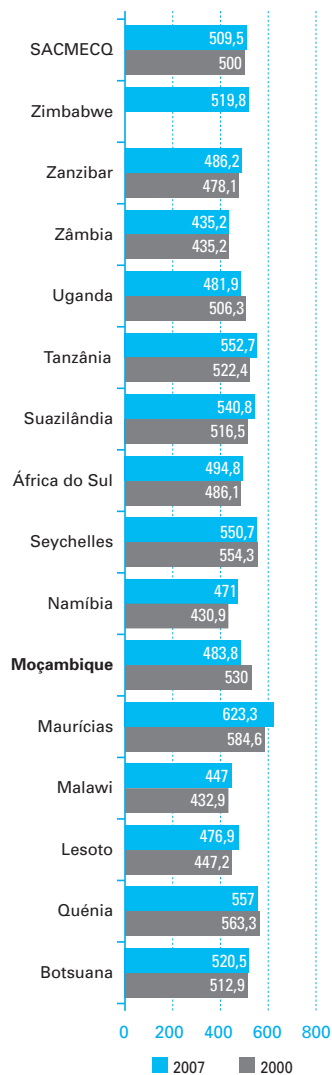


Figura 12: Resultados dos alunos em matemática, 2000 e 2007



Fonte: Makuwa, D. 'What are the levels and trends in reading and mathematics achievement? Southern and Eastern Africa Consortium for Monitoring Education Quality, 2010.

Financiamento do sector e dotações orçamentais

Nos últimos anos, foram atribuídos ao sector da educação 18 a 22 por cento do orçamento. A crise financeira global e o Código de Conduta da UE sobre a Divisão de Trabalho podem ter efeitos negativos sobre o financiamento externo para o sector da educação nos próximos anos. Para 2010, os compromissos externos foram 22 por cento inferiores aos de 2009. Embora o orçamento da educação geral para 2010 tenha aumentado em cerca de 10 por cento, devido a um financiamento interno acrescido, a perda de fundos externos afectou directamente o financiamento das actividades do programa do sector, posto que o aumento do financiamento interno é principalmente orientado para o financiamento de novos contratos de professores e a reforma salarial. Moçambique solicitou, no entanto, fundos adicionais ao abrigo dos Fundos Catalíticos da *Fast Track Initiative* após o termo da fase I em 2010, e conseguiu que lhe fossem conferidos 90 milhões de dólares para o período 2011-2013

Protecção da Criança

Uma protecção efectiva da criança mitiga os riscos e vulnerabilidades subjacentes aos abusos enfrentados pelas crianças, desde o abuso sexual até à institucionalização, passando pelo trabalho infantil. Um ambiente protector para as crianças apoiado por um sólido sistema e infra-estruturas é fundamental para impulsionar o progresso do desenvolvimento humano e económico. Um sistema de protecção da criança efectivo também melhora a saúde, a educação e o bem-estar das crianças, bem como as capacidades que as crianças estão a desenvolver para serem pais, cidadãos e membros produtivos da sociedade. Pelo contrário, um sistema de protecção da criança difuso e fragmentado agrava a pobreza, a exclusão social e a susceptibilidade à infecção pelo HIV, aumentando também a probabilidade de sucessivas gerações virem a enfrentar riscos semelhantes.

Reforma legislativa e das políticas

Foi alcançado um significativo progresso no quadro legal e de políticas respeitantes à protecção da criança, com a aprovação de três instrumentos – a Lei da Criança, 2008; a Lei da Justiça Juvenil, 2008; e a Lei sobre a Violência Doméstica, 2009. A Lei da Criança, adoptada em 2008, traduz efectivamente os artigos da Convenção sobre os Direitos da Criança em legislação nacional de direitos da criança, descrevendo as responsabilidades de todos os intervenientes na concretização desses direitos. Está em curso o desenvolvimento do quadro legal de Protecção da Criança.

Outras medidas adoptadas pelo governo foram a criação do Conselho Nacional da Criança e da Comissão de Direitos Humanos e do Parlamento Infantil, bem

como a sensibilização para as questões de direitos da criança nos *media*. Foram criados em cinco províncias Tribunais de Menores para fortalecer a protecção das crianças em conflito e contacto com a lei.

Protecção social

A Lei da Protecção Social, aprovada em 2007, estabelece que se ofereça segurança social básica a pessoas e crianças pobres em situações difíceis.

A lei inclui protecção social básica, que tem maior potencial para chegar às crianças vulneráveis. A protecção social básica abrange os cidadãos que estão impossibilitados de trabalhar ou que não têm meios para satisfazer as suas necessidades básicas, a saber:

- Pessoas em situação de pobreza absoluta;
- Crianças em circunstâncias difíceis;
- Idosos em situação de pobreza;
- Pessoas portadoras de deficiência em situação de pobreza absoluta;
- Pessoas com doenças crónicas ou doenças degenerativas.

O Regulamento da Segurança Social Básica aprovado em 2009 divide ainda a segurança social básica em acção social directa, acção social relacionada com a saúde, acção social relacionada com a educação e redes de segurança produtiva. A Estratégia de Segurança Social Básica foi aprovada pelo Conselho de Ministros em 2010. Identifica quatro programas como parte do pacote de segurança social básica: dois programas de transferência de dinheiro (o actual Programa Subsídio de Alimentos (PSA) e um novo programa de subsídios para crianças destinado a famílias com crianças órfãs e vulneráveis a seu cargo); o actual programa de Apoio Social Directo (PASD); e um novo programa de redes de segurança produtiva. Há planos para se expandir o Programa Subsídio de Alimentos para incluir um maior enfoque sobre crianças órfãs e vulneráveis como beneficiários indirectos.

Violência, abuso e exploração

A violência contra as crianças é uma grave violação dos direitos humanos com devastadoras consequências para a saúde física e mental a curto e longo prazo. Estatísticas do Ministério do Interior revelam terem sido reportados à polícia mais de 3.500 casos de violência infantil em 2009. É possível que o número de crianças vítimas de violência, abuso e exploração supere em muito o número de casos notificados devido a aceitação social do fenómeno, uma cultura patriarcal e ignorância das vítimas relativamente aos seus direitos.

Violência e abuso sexual nas escolas

O abuso sexual nas escolas constitui uma área de particular preocupação. Num inquérito do Ministério da Educação (MINED) de 2008, setenta por cento das meninas inquiridas relataram que alguns professores usam a relação sexual como condição para passar os alunos de classe, tendo 50 por cento afirmado que não só professores que abusam delas sexualmente, mas também rapazes do seu grupo de colegas. Muitas meninas não sabiam se esses actos eram proibidos por lei nem onde reportá-los quando ocorressem.

O MINED tem uma política de ‘tolerância zero’ para o abuso sexual nas escolas, mas continua fraca a sua aplicação. A Lei da Criança moçambicana de 2008 reafirma a obrigação da direcção da escola de comunicar às autoridades competentes qualquer caso de maus tratos a alunos. No entanto, continua fraco o seguimento de actos de violência nas escolas.

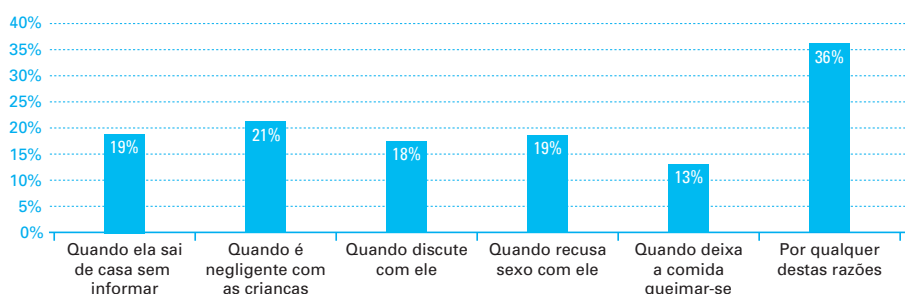
Violência doméstica

A aceitação cultural da violência é um factor que muito contribui para a violência doméstica. A percentagem de mulheres que consideram que os homens têm o direito de lhes bater em certas circunstâncias desceu de 54 por cento em 2003 para 36 por cento em 2008. Embora a redução seja positiva, continua muito elevada a aceitação da violência contra as mulheres. A razão mais comumente citada como justificação para bater na esposa é o marido aperceber-se de que a esposa está a ser negligente com as crianças. A educação pode ser a chave para mudar a aceitação da violência doméstica, pois as mulheres com ensino secundário ou superior são muito menos propensas a considerar aceitável que um marido bata na esposa.

Exploração comercial e abuso sexual

Embora os dados sejam extremamente limitados, há evidências de que ocorre em Moçambique exploração e abuso sexual de crianças. As crianças são muitas vezes forçadas a participar em actos sexuais comerciais para obter ajuda de adultos para fazer face às suas despesas ou como estratégia para enfrentar pobreza extrema. As vítimas de exploração sexual comercial são geralmente pobres e sofreram anteriormente algum grau de violência ou abuso. Os perpetradores de exploração comercial de crianças provêm de todas as esferas da vida: membros da comunidade local, turistas nacionais e estrangeiros em *resorts* de Moçambique e motoristas dos transportes em vilas ou principais estradas.

Figura 13: Percentagem de mulheres de 15-49 anos que acham que um marido pode bater na sua esposa, por motivo específico, 2008



Fonte: MICS 2008.

Tráfico de crianças e migração

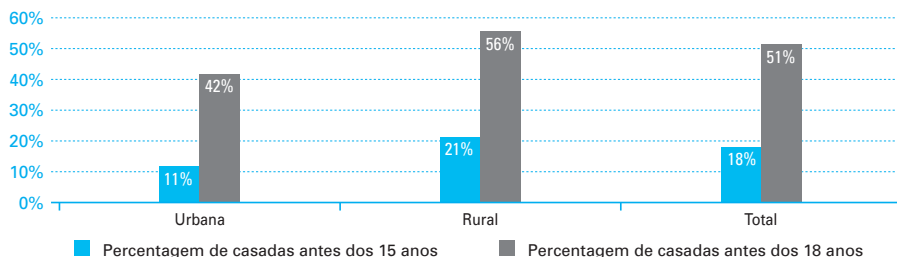
De acordo com um estudo publicado pela Save the Children, as crianças são muitas vezes vítimas de traças de familiares e pares que as empurram para o tráfico. A migração infantil voluntária é muitas vezes decorrente da pobreza ou do facto de a criança ser órfã ou ter sido abandonada. Em Moçambique as crianças deslocam-se das aldeias para as cidades ou, por vezes, atravessam a fronteira ilegalmente e desacompanhadas para países vizinhos, principalmente para a África do Sul, numa tentativa de melhorar a sua vida ou a vida das suas famílias.

Trabalho infantil

Vinte e dois por cento das crianças de 5-14 anos estão envolvidas em trabalho infantil, havendo muito mais crianças trabalhadoras rurais (25 por cento) do que urbanas (15 por cento). Oitenta e seis por cento das crianças que trabalham em áreas urbanas também frequentam a escola, em comparação com 76 por cento nas zonas rurais. A Lei da Criança de 2008 proíbe o trabalho infantil e qualquer forma de trabalho para menores de 15 anos, preconizando medidas punitivas a serem tomadas contra o empregador. No entanto, as pressões económicas e sociais que forçam os pais a compelir os seus filhos para trabalho infantil em regime de exploração devem ser abordadas por via de uma protecção social mais efectiva.

Casamento infantil

Em Moçambique, é ilegal o casamento antes dos 16 anos. O casamento na adolescência pode ter graves implicações para a saúde das meninas. A gravidez e o parto na adolescência estão associados a deficientes resultados de saúde e nutricionais tanto da mãe como de seus filhos.

Figura 14: Mulheres de 20-24 anos que se casaram antes dos 15 e dos 18 anos, 2003 e 2008

Fonte: IDS 2003 e MICS 2008.

Dados recentes revelam que dezassete por cento das raparigas entre os 20 e os 24 anos se casaram antes de fazerem 15 anos, e 52 por cento antes dos 18 anos. As meninas nas zonas rurais (21 por cento) são mais propensas a casar-se antes dos 15 anos do que as das áreas urbanas (11 por cento). Há diferenças significativas nas taxas de casamento infantil entre as regiões sul, centro e norte de Moçambique: as províncias do sul – Gaza, Inhambane, Maputo e a Cidade de Maputo – têm uma taxa de casamentos infantis abaixo de 10 por cento, as províncias do centro têm uma taxa média de 20 por cento, enquanto Niassa e Cabo Delgado, no norte, têm índices de 24 e 30 por cento, respectivamente.

As crianças e o sector da justiça

Os sistemas de justiça ainda não são eficazes para a maioria das crianças. É necessário que se protejam as crianças que entram em contacto com o sistema de justiça como vítimas, testemunhas ou infractoras. Importantes progressos foram feitos, incluindo a criação de uma Secção de Menores no Tribunal em três províncias e de mais de 200 Gabinetes de Atendimento às Vítimas de Violência em todas as províncias.

As crianças em conflito com a lei são frequentemente colocadas em prisões para adultos, embora a lei estabeleça que devem ser mantidas em áreas separadas. A polícia tem autoridade para deter menores que supostamente tenham cometido uma infracção por um período máximo de 30 dias, após o que a criança deve ser apresentada em Tribunal de Menores ou Secções Cíveis. O ideal seria um centro de transição ou instalação intermédia e que se tivessem atenções particulares para garantir que esses casos fossem levados a tribunal de forma expedita. Essa não é, no entanto, a prática comum em Moçambique.

Registo de nascimento

O registo de nascimento dá à criança existência legal e autoridade para reivindicar cidadania e os direitos, benefícios e obrigações inerentes a essa cidadania. O registo de nascimento é especialmente importante numa altura em que a pandemia da SIDA está a privar cada vez mais crianças de cuidados parentais.

Moçambique tem aumentado significativamente o acesso a serviços de registo de nascimento em todo o país. Foi lançada em 2006 pela Direcção Nacional dos Registos e do Notariado, no Ministério da Justiça, uma campanha de registo de nascimento de longa duração. Desde a adopção do Plano Nacional de Acção para o Registo de Nascimento e o lançamento da campanha, cerca de 4,2 milhões de crianças menores de 18 anos foram registadas, ou seja, 40 por cento do total de crianças de Moçambique.

Crianças órfãs e vulneráveis

A vulnerabilidade das crianças não se limita à sua condição de órfãs ou não órfãs, nem está exclusivamente ligada a ser afectada pelo HIV ou SIDA. As crianças que perderam os seus pais devido à SIDA são parte de um grupo muito maior de crianças com sérias e urgentes necessidades. SIDA, pobreza, insegurança alimentar e choques como secas e cheias tornam vulnerável uma ampla gama de crianças.

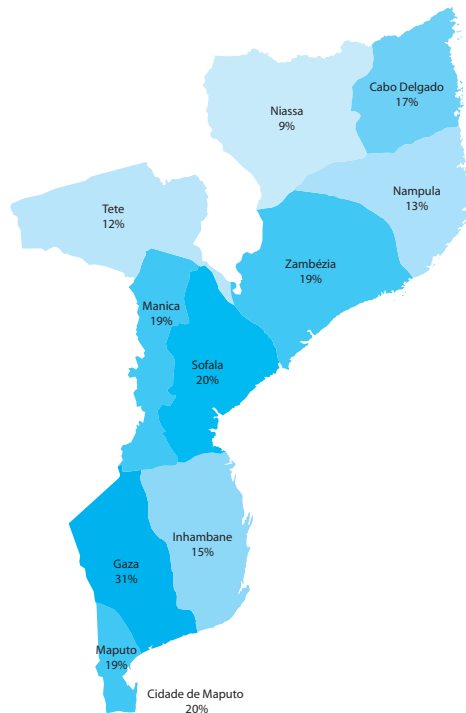
As crianças são consideradas órfãs ou vulneráveis (COV) se um ou ambos os seus progenitores tiver morrido, se no seu agregado familiar tiver morrido algum adulto nos últimos 12 meses após doença prolongada, se vivem em famílias chefiadas por adultos com doença crónica, ou se vivem em domicílios chefiados por outras crianças ou por jovens, mulheres ou idosos. Estima-se que existam 1,8 milhões de órfãos em Moçambique, dos quais 510 mil devido à SIDA.

O Plano de Acção para Crianças Órfãs e Vulneráveis (2006) identificou seis serviços básicos para atender às principais necessidades das crianças: cuidados de saúde, educação, apoio nutricional e alimentar, apoio financeiro, apoio jurídico e apoio psicossocial. O Governo de Moçambique comprometeu-se a garantir que as crianças tenham acesso a pelo menos três desses seis serviços, com particular incidência sobre as crianças que vivem abaixo da linha de pobreza absoluta, incluindo crianças órfãs e crianças vivendo com ou afectadas pelo HIV e SIDA.

As crianças órfãs deparam com um aumento de agregados familiares chefiados por irmãos ou crianças, menores índices de matrículas e mais fraco desempenho escolar, e maior risco de abuso sexual e infecção por HIV, trabalho infantil perigoso, actividade sexual precoce e casamento prematuro, graves problemas psicossociais e problemas de saúde e nutrição. Além disso, o

estigma e a discriminação contra as pessoas afectadas pela SIDA continuam a ser uma questão desafiadora.

Figura 15: Percentagem de crianças órfãs e vulneráveis devido à SIDA, 2008



Fonte: MICS, 2008

Questões Transversais

Género

As mulheres têm uma maior probabilidade que os homens de viver em situação de pobreza em Moçambique. Em 2007, Moçambique classificou-se em 145º lugar entre 155 países no índice de desenvolvimento ajustado ao género, baseado em esperança de vida, educação, alfabetização e PIB *per capita*. Isso reflecte os desafios sociais, económicos e culturais enfrentados pelas mulheres. As mulheres têm menos acesso à educação, menos oportunidades de emprego formal, menor renda e menos oportunidade de diversificar os seus rendimentos.

As raparigas têm mais probabilidade de sofrer privação severa na educação do que os rapazes (13 por cento *versus* 10 por cento, respectivamente).

A disparidade de género no número de matrículas revela uma variação geográfica considerável, com menos meninas matriculadas nas regiões centro e norte, enquanto em algumas províncias do sul, como Maputo e Inhambane, estão matriculadas ligeiramente mais raparigas do que rapazes. Em 2007, a taxa de conclusão da primeira fase do ensino primário foi de 65 por cento nas raparigas e 80 por cento nos rapazes. Esta diferença de género continua a verificar-se na segunda fase do ensino primário, com taxas de conclusão de 39 por cento nas raparigas e 53 por cento nos rapazes. As alunas enfrentam obstáculos no acesso à educação, entre os quais abuso sexual nas escolas e casamento precoce.

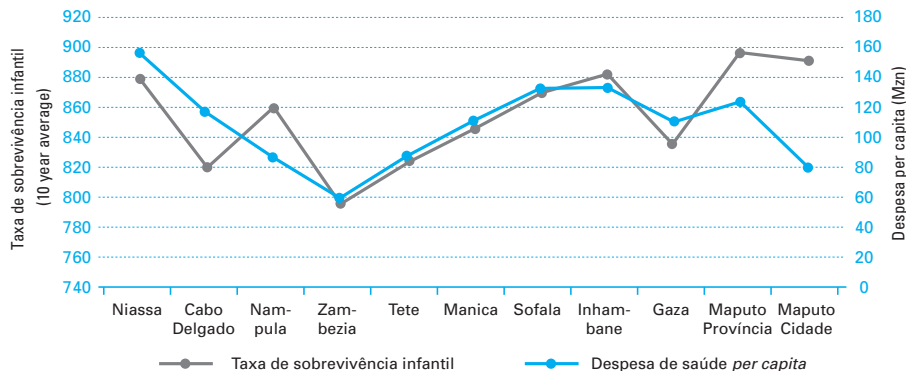
Disparidades geográficas

Existem disparidades provinciais nos vários indicadores de desenvolvimento, tendo as crianças nas províncias do norte e do centro menor acesso a serviços de saúde, educação, água, saneamento e protecção. As províncias do centro e do norte tendem a receber mais baixas dotações orçamentais, menos serviços e mais baixos resultados de desenvolvimento humano. Uma comparação entre a taxa de sobrevivência infantil e a despesa da saúde por província revela uma correlação significativa. As províncias com baixas despesas de saúde também tendem a ter baixas taxas de sobrevivência infantil.

Uma análise da despesa de educação per capita revela uma situação semelhante à da despesa de saúde. As províncias da Zambézia e Nampula recebem a mais baixa dotação de fundos (ver Figura 6.8). Uma vez mais as províncias do centro e do norte recebem uma dotação substancialmente menor que as províncias do sul.

HIV e SIDA

O HIV e a SIDA afectam a pobreza das famílias, incapacitando os que trabalham para o seu sustento e elevando o nível de dependência na população. O Inquérito Nacional sobre o HIV/SIDA 2009 mostra uma prevalência nacional de HIV entre os 15-49 anos de idade de 11,5 por cento. Os resultados desagregados por região confirmaram a maior prevalência no sul, seguido pela região centro. A prevalência de HIV é significativamente maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais em todas as regiões e entre as mulheres, especialmente as mulheres jovens. Há, contudo, alguma evidência de que a incidência do HIV está a diminuir. Os dados mostram também uma tendência global positiva no conhecimento e consciência da transmissão e prevenção do HIV.

Figura 16: Despesa per capita na saúde (2008) e sobrevivência infantil (1998-2008)

Fonte: Sal e Caldeira e Ximango Consultores, 'Análise do Impacto da Estrutura das Despesas sobre o Desenvolvimento Económico e as Condições de Vida em Moçambique,' Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação, 2009 e MICS 2008.

A SIDA começa a apresentar-se como uma das principais causas de mortalidade nas crianças, estimando-se que tenha provocado 19.000 mortes de crianças em 2008. Estima-se que a incidência do HIV em crianças menores de 15 anos tenha diminuído, de cerca de 38.500 novas infecções em 2005 para cerca de 31.000 em 2009, equivalente a cerca de 85 novas infecções por dia. Esta redução é principalmente atribuída à expansão da implementação do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), ou seja, redução da transmissão de mulheres grávidas e a amamentar para seus filhos, e do programa de tratamento anti-retroviral.

Como a epidemia do HIV está principalmente concentrada na parcela economicamente activa da população, ou seja, nos que têm entre 15 e 49 anos, os seus efeitos são desproporcionalmente sentidos pelos grupos de idade que desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da economia e dos sectores sociais do país. Através dos seus efeitos sobre o número de professores formados, profissionais de saúde e outros provedores, a SIDA afecta também os mecanismos de geração de capital humano futuro.

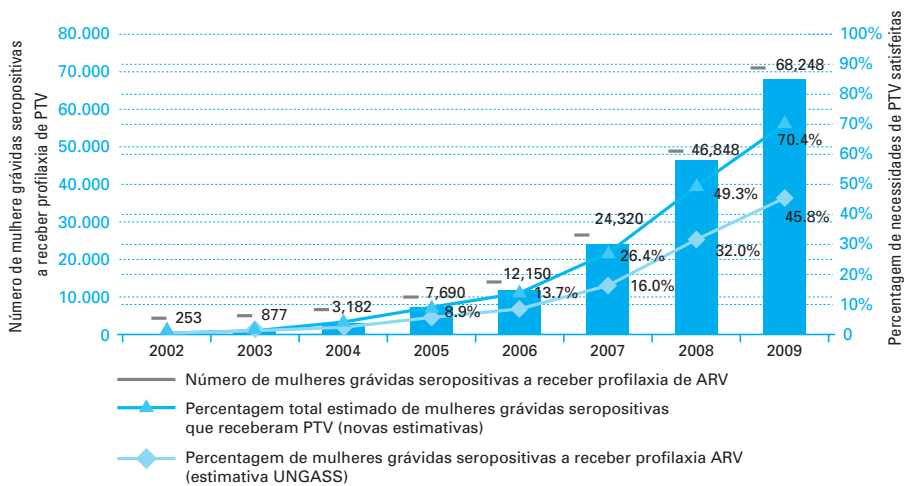
Questões ambientais e mudança climática

Situações de emergência como as secas e as inundações têm graves impactos sobre o bem-estar da criança. A vulnerabilidade das crianças aumenta em situações de emergência, por terem menos acesso a unidades sanitárias, aumentando também as doenças de veiculação hídrica, como a cólera. As aulas e a rotina são interrompidas, e as crianças têm menos protecção contra a exploração, por exemplo contra o abuso sexual. É possível que as emergências se intensifiquem pois a mudança climática aumenta a ocorrência de ciclones, inundações e secas em Moçambique.

Factores ambientais estão também relacionados com as principais causas de mortalidade infantil, tais como a malária e infecções respiratórias agudas. Degradação ambiental significa aumento da poluição, stress hídrico, desflorestação e degradação do solo, pressão sobre as necessidades básicas de saúde e segurança alimentar das crianças.

Uma segurança alimentar reduzida muitas vezes leva as famílias de fracos recursos a adoptarem mecanismos para fazer face a dificuldades que não são no melhor interesse da nutrição infantil. Os efeitos da desnutrição nas crianças podem ser graves e permanentes. As principais estratégias utilizadas pelos agregados familiares rurais em situação de insegurança alimentar são comer alimentos de menor preferência, reduzir o número de refeições por dia, e comer a totalidade ou parte das reservas de sementes para a campanha seguinte. Se os adultos podem conseguir adaptar-se a essas mudanças na sua dieta, pelo menos no curto prazo, os efeitos sobre as crianças são mais graves devido às suas diferentes necessidades nutricionais.

Figura 17: Tendências na cobertura de PTV entre 2002 e 2009



Fonte: Ministry of Health, Annual Report, National Laboratory Services, Maputo, 2009.

Comunicação para o Desenvolvimento

Uma comunicação e órgãos de comunicação robustos são essenciais para todos os cidadãos, incluindo crianças, terem uma palavra a dizer nas questões que afectam as suas vidas. São também uma forma de transmitir aos pais informações vitais sobre a educação, saúde e questões de protecção, por exemplo, como proteger seus filhos da malária ou dos efeitos nocivos do abuso cometido contra crianças. A rádio continua a ser o meio de comunicação de massas com maior cobertura. A emissora pública nacional, a Rádio Moçambique, cobre 80 por cento da população, e o Fórum Nacional de Rádios Comunitárias (FORCOM), criado em 2004, registou mais de sessenta estações comunitárias de rádio em todo o país, quando em 1994 existia apenas uma.

Comunicação inovadora para estratégias de desenvolvimento, incluindo a Rádio Criança para Criança e Unidades Móveis Multimédia, têm um enorme potencial para envolver mais pessoas, principalmente jovens, em actividades educativas, diálogo e debate públicos. A Rede de Teatro Comunitário, com mais de 100 grupos de teatro a nível nacional, usa a abordagem 'Teatro do Oprimido' na representação teatral em palco, uma abordagem que convida os membros do público a participarem activamente na representação. Através das suas representações, sensibilizam e promovem atitudes e comportamentos positivos nas áreas de sobrevivência infantil, educação da rapariga, género e prevenção do HIV.

Conclusões

Foram significativas as melhorias na vida das crianças moçambicanas quando a pobreza é vista como privação das necessidades da infância: saúde, educação, nutrição, abrigo e outras necessidades básicas. Os avanços observados na pobreza baseada em privações estão em parte associados aos grandes esforços feitos pelo Governo na prestação de serviços sociais. O Governo tem investido fortemente em educação e saúde, do que advêm melhorias significativas na percentagem de crianças enfrentando privações severas de educação e saúde. Mas apesar de a percentagem de crianças com privação severa ter diminuído nos últimos anos, quase metade das crianças moçambicanas continuam a sofrê-la.

À medida que se vão registando esses avanços, certos grupos de crianças vão sendo deixados para trás. As crianças de áreas rurais têm indicadores de desenvolvimento mais baixos do que as suas congéneres de áreas urbanas. As taxas de privação continuam consistentemente mais elevadas nas crianças das províncias do centro e do norte, e, em particular, na província da Zambézia. Enquanto isso, práticas culturais e tarefas domésticas tiram raparigas da escola em todo o país e colocam-nas em maior risco de infecção pelo HIV.

Como o prazo de 2015 para se cumprirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio se aproxima rapidamente, são necessários maiores esforços, investimentos e parcerias para satisfazer as necessidades e direitos básicos das crianças moçambicanas, incluindo:

- **Investimento continuado em serviços essenciais:** a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade é uma das principais causas de mortalidade infantil. É necessário investimento em todo o sector da educação para se garantirem os ganhos alcançados e melhorar-se a qualidade da educação.
- **Uma distribuição mais equitativa dos fundos do orçamento entre as províncias:** É clara a necessidade de se reverem, com base em evidências, os critérios utilizados na alocação de fundos do orçamento do Estado e de se chegar a uma distribuição mais equitativa.
- **Expansão do apoio a grupos vulneráveis:** são necessárias redes de segurança social direccionadas para a provisão de dinheiro e outros apoios a grupos vulneráveis para reduzir a pobreza e privação. Deve criar-se um maior espaço fiscal para a protecção social.
- **Chefes de agregados familiares escolarizados e informados:** A educação é a chave para melhorar os resultados da saúde. Devido a baixos níveis de escolarização, limitado acesso a informação sobre a prevenção e tratamento de doenças e ao ambiente insalubre de muitos agregados familiares, as práticas dos cuidadores são muitas vezes inadequadas ou mesmo prejudiciais para a saúde das crianças.
- **Investimento continuado do governo em água e saneamento:** Embora se tenham registado progressos na criação de um ambiente propício, a capacidade de implementar as intervenções na escala e com a qualidade necessárias nem sempre está presente a nível subnacional. A melhoria do saneamento e das práticas de higiene, particularmente nas áreas rurais e peri-urbanas, deve ser uma prioridade nacional e requer forte colaboração multisectorial na abordagem de todas as causas subjacentes.
- **Uma abordagem abrangente para melhorar a qualidade da educação:** Esta medida inclui o desenvolvimento de normas de qualidade escolar, o estabelecimento de um quadro nacional de avaliação da aprendizagem, a realização e integração de vários esforços de motivação, formação e supervisão de professores, especialmente supervisão pedagógica em exercício e apoio a professores.
- **Sensibilização para a violência e o abuso nas escolas e na sociedade:** Deverão ser fortalecidas as unidades de género a nível nacional e descentralizado para sensibilizarem todas as autoridades escolares e membros de conselhos da escola em matéria de prevenção e notificação de abuso sexual. A violência contra a mulher é comum e considerada

aceitável por uma grande percentagem de mulheres, bem como pela sociedade em geral. São necessárias iniciativas de sensibilização e uma melhor divulgação de informação para diminuir a incidência da violência de género.

- **Desenvolvimento de um sistema holístico de protecção da criança:** Esta medida envolveria principalmente a melhoria dos dados e mecanismos de monitoria, o desenvolvimento de uma abordagem mais sistémica e coordenada nos ministérios relevantes e entre eles; e o reforço das capacidades dos ministérios relevantes para desenvolver uma abordagem robusta e sistémica da protecção à criança.
- **Investimento e sensibilização no respeitante à degradação ambiental:** Sem esses investimentos, a degradação ambiental pode vir a reduzir significativamente ou até mesmo a reverter os progressos realizados na sobrevivência educação e protecção da criança. É necessário agir-se com urgência na sensibilização das comunidades para a necessidade de se reduzirem as práticas ambientalmente nocivas e para se garantir que as iniciativas públicas e privadas sejam conduzidas de uma forma ambientalmente sustentável.
- **Media e comunicação alternativos:** As estratégias de Comunicação para o Desenvolvimento centradas nas crianças têm de envolver mais os líderes, mobilizadores sociais e activistas locais nas intervenções.

