

RELATÓRIO ANUAL 2013

MOÇAMBIQUE



unicef 



Regina, Jovito
e Alita Jessone
vivem com os
avós em Marua,
uma aldeia remota
da Zambézia.

ÍNDICE

2013 em revista	3
Principais indicadores do país	4
Estrutura do UNICEF	5

Escolas – O Desafio da Qualidade

Realizações a nível nacional	16
Rádios comunitárias na vanguarda	17

Uma Rede de Segurança para Órfãos

Realizações direccionadas	28
Os Nossos Embaixadores de Boa Vontade	30

Carinho de Mãe

Realizações de políticas	42
Em números	44
2014 e mais além: As nossas prioridades	46
Créditos e notas finais	49

2013 EM REVISTA

As realizações e a transição marcaram o ano que findou, tanto para o UNICEF como para Moçambique. Em 2013, o UNICEF continuou a apoiar o incremento de um pacote essencial de serviços, produtos e conhecimentos para as crianças. Registaram-se avanços em particular na sobrevivência da criança, abrangendo 8,3 milhões de crianças menores de 5 anos durante duas semanas nacionais de saúde, tendo sido distribuídas 570.000 redes mosquiteiras ao longo do ano. Foi garantido um compromisso importante do Governo para garantir o aumento do número de agentes polivalentes elementares a nível nacional. O registo de nascimento foi integrado nas semanas nacionais de saúde, tendo abrangido 350.000 crianças, tendo sido implementados centros de atendimento e aumentado o apoio da polícia às vítimas de violência.

Foram lançadas campanhas de sensibilização nos órgãos de comunicação nacionais sobre a deficiência e a violência, enquanto a nível das comunidades eram lançadas unidades de comunicação para criar a procura e sensibilizar em torno dos serviços essenciais, tais como a vacinação, educação da rapariga e melhor acesso à água e saneamento.

Em uníssono com as agências das Nações Unidas e outros parceiros, continuámos a usar a nossa voz para defender e ajudar a formular políticas favoráveis às crianças, assim como incrementar recursos à volta da protecção social, prevenção do HIV, violência, gravidez prematura e casamento infantil e promover o desenvolvimento equitativo e inclusivo, aproveitando a oportunidade decorrente do crescimento impulsionado pela indústria extractiva.

Enfrentámos obstáculos e, juntos com os nossos parceiros, avançámos para ultrapassá-los. O UNICEF procurou resolver insuficiências persistentes na gestão das finanças públicas nas abordagens sectoriais da saúde e educação, em conjunto com os doadores e o Governo. Quando as cheias devastadoras fizeram incidir o enfoque na falta de prontidão e resiliência, o UNICEF desempenhou um papel activo apoiando o Governo e outros parceiros a aprenderem dos erros e a fortalecerem as suas capacidades.

Por último, tensões políticas renovadas num ano de eleições afectaram negativamente o clima de investimento no país, assim como a implementação de programas em algumas zonas, embora felizmente os efeitos continuem limitados.

Para assinalar o ponto médio do nosso programa de 4 anos no país, reunimo-nos com os nossos parceiros para reflectir estrategicamente em torno dos avanços que registámos no atendimento à criança em Moçambique e que marcos ainda se colocam à nossa frente.

Moçambique pode ser um dos países menos desenvolvidos do mundo, mas também é um dos Leões Africanos graças aos retornos que se prevê que venha a obter da indústria extractiva. Um boom económico deverá mudar o país radicalmente, e o papel desempenhado pelo UNICEF deve mudar com ele.

Embora a prestação de serviços continuasse a ocupar um lugar preponderante na lista de prioridades do UNICEF em 2013, e continuará assim num futuro próximo, o nosso papel de defensores da criança irá aumentar, assim como aumentará o nosso trabalho com vista a fazer um melhor aproveitamento dos recursos e desenhar soluções inteligentes e eficientes para a sobrevivência, desenvolvimento e protecção da criança em Moçambique.

Em 2014 e mais além, o UNICEF irá fazer incidir ainda mais o seu foco nas crianças mais vulneráveis e nas províncias mais desfavorecidas da Zambézia e Tete. Iremos reunir os nossos esforços em torno de áreas prioritárias críticas e bem-definidas, tudo no melhor interesse da criança e das famílias e para maximizar o desenvolvimento positivo e de longo prazo para todas as crianças em Moçambique. Devemos garantir que as crianças, especialmente as mais pobres e desfavorecidas, não definham enquanto o país ganha impulso.



Koenraad Vanormelingen
Representante da UNICEF

PRINCIPAIS INDICADORES DO PAÍS



INDICADOR	National	Zambézia	Tete
Índice de Desenvolvimento Humano	185/187		
Pop. Total /Pop. <18 milhões	25/13	4.7/2.5	2.4/1.3
% do nível de pobreza com base no consumo	54.7	70.5	42
Taxa de mortalidade em <5 anos	97	142	129
% de desnutrição crónica, moderada e grave em <5 anos	42.6	45.2	44.2
% de uso de saneamento melhorado	23.8	6.2	17
% de mulheres de 15-19 anos grávidas ou que deram à luz	37.5	41	36.5
% de taxa bruta de conclusão do ensino primário	41.4	31.6	28.6
% de pessoas de 15-49 anos que vivem com o HIV	11.5	12.6	7

Fontes: IDS 11, HDR 2013, MINED 2012, 2008/09 IOF





● PROGRAMA

➤ ASSUNTOS TRANSVERSAIS

ESTRUTURA DO UNICEF





► Elisa Macanga (à direita) sonha em ser professora um dia.



ESCOLAS: O DESAFIO DA QUALIDADE

Um ensino de qualidade é um factor determinante da redução da pobreza, contendo uma esperança e potencial tremendos para Moçambique. Elisa, uma rapariga jovem com grandes sonhos, sabe disto muito bem.

ELISA ALBERTO MACANGA e a prima, Rosita, cresceram juntas. Elisa tem agora 13 anos e Rosita 12 e vivem numa pequena habitação de um compartimento que pertence aos pais de Elisa. No tecto está pendurada uma lâmpada e a cama está coberta por uma rede mosquiteira. Existe roupa e sapatos na cama e amontoados contra a parede da sala. Num canto encontra-se uma mesa pequena e cadeiras onde um monte de livros sugere que é aqui onde fazem o trabalho de casa. A electricidade alimenta a lâmpada e uma ventoinha para arrefecer o compartimento à noite. A sua casa está situada num dos lados do quintal sem vedação da casa dos avós numa pequena aldeia da província de Gaza.

Os pais de Elisa encontram-se na África do Sul, onde o pai trabalha. Regressam à casa uma ou duas vezes por ano. Elisa é criada pela avó e é um dos outros quatro netos que vivem nesta casa.

► Elisa tem muitas tarefas domésticas, tais como ir buscar água todos os dias, mas o trabalho de casa dado na escola vem em primeiro lugar.



A avó está sentada à sombra de uma mangueira enorme, a escolher milho seco que será pilado e transformado em papas para a refeição seguinte da família. Todas as manhãs depois de se levantar, Elisa escova os dentes e lava a cara, varre o quintal e em seguida prepara a papa antes de ir para a escola. As aulas começam às 7, pelo que se levanta cedo para realizar as suas tarefas. “Ela é uma boa menina,” diz a avó. “Cozinha, varre e também trabalha na machamba,” acrescenta. “A vida corre bem. Não temos muitas preocupações,” afirma Elisa.

No entanto, as estatísticas revelam uma história diferente das outras adolescentes de Moçambique. Tal como acontece com metade dos moçambicanos, Elisa vive abaixo da linha de pobreza, num país que ocupa a 125ª posição de 146 países no índice de desigualdade de género. Moçambique possui a sétima taxa mais elevada de casamento infantil do mundo, com um terço das raparigas casadas antes de atingirem os 18 anos e uma em cada dez (12%) casou-se antes de fazer 15 anos. Elisa tem 13 anos e pelo menos uma das suas colegas de turma já sofreu este destino. “Uma amiga minha chora agora porque abandonou a escola para se casar. Ela quer voltar para a escola, mas o marido não deixa,” diz ela.

► ***"Uma amiga minha chora porque ela quer voltar para a escola mas o seu marido não deixa."***



► Nem tudo são tarefas domésticas e trabalho de casa para Elisa. Brincar com a amiga Alice é uma parte do dia igualmente importante.

Elisa e as amigas têm fortes convicções sobre o casamento. Normalmente tímidas e reticentes, elas são muito claras quando se lhes pergunta se querem casar, quase que gritando um ‘Não!’ ruidoso e colectivo, acrescentando que todas querem primeiro concluir os seus estudos. Porém, as tradições culturais podem constituir barreiras à educação. Existe uma forte correlação entre a prevalência do casamento infantil e o número de raparigas fora do ensino secundário.

Uma das formas adoptadas pelo UNICEF para combater o casamento infantil é através da Child Marriage Coalition (Coligação Contra o Casamento Infantil) direccionada para as normas sociais e comportamentos subjacentes que conduzem ao casamento infantil numa campanha nacional de sensibilização. Como parte desta campanha, unidades móveis multimédia projectam filmes nas comunidades sobre como prevenir a violência e o abuso da criança, incluindo o casamento precoce e a gravidez.

Estão a ser envidados esforços intensos através de grupos religiosos, teatro nas comunidades e clubes escolares.

A atitude positiva das raparigas em relação à educação está reflectida nas estatísticas sobre a assiduidade escolar, que mostram uma melhoria constante nos últimos 10 anos. De 2003 a 2012, a proporção de raparigas no ensino primário aumentou de 57% para quase 90%.

► **De 2003 a 2012 a proporção de raparigas no ensino primário aumentou de 57% para quase 90%.**



► Elisa e as amigas têm fortes convicções sobre o casamento. Todas elas querem primeiro terminar os seus estudos.

Mas ir à escola não é sempre um dado adquirido em algumas zonas do país. O ano de 2013 não foi fácil em Gaza, a província onde Elisa vive. Quando o Rio Limpopo transbordou em Fevereiro provocando inundações que deslocaram 174.000 pessoas, as aulas foram interrompidas por duas semanas, afectando a Elisa e cerca de 20% das crianças do ensino primário das zonas atingidas.

“Choveu quase todos os dias durante dois meses antes das cheias,” afirma Ecclesiana da Graça, professora em Gaza. Sem saber quão grave era a situação, Ecclesiana e o director da sua escola, Raimundo Paulo Tamele, ouviam a estação da rádio comunitária local atentos às notícias e avisos. Distribuído pelo UNICEF, o próprio receptor de rádio, cujas pilhas são recarregadas à mão, funciona mesmo quando não há energia. Um aspecto importante a tomar em consideração, especialmente durante a época das chuvas, altura em que os cortes de energia são frequentes.

► Comunidades mantêm crianças na escola.

Moçambique possui uma rede nacional de estações de rádio comunitária, as quais contribuíram para aumentar a resiliência das escolas, professores e comunidades inteiras às calamidades naturais. Porém, também desempenham um papel importante de outras formas. Todos os dias no país, a programação das rádios comunitárias trata de temas como a prevenção do HIV, violência baseada no género, higiene, saneamento e saúde materno-infantil, com as próprias crianças a contribuírem nas transmissões através da Rede de Comunicadores Amigos da Criança. Contando com o apoio do UNICEF e com financiamento dos Comitês Nacionais do UNICEF, esta rede inclui cerca de 1.500 repórteres amadores que produzem programas de pares para pares sobre temas que são relevantes às crianças e famílias.

► ***Hoje, 8 em cada 10 escolas de todo o país têm clubes escolares com programas de habilidades para a vida.***

Os danos das cheias de 2013 destruíram o sistema de abastecimento de água, que se tornou inutilizável. Felizmente, o UNICEF instalara um sistema de captação de águas pluviais no ano anterior, que a comunidade pôde usar. Um barco fornecido pelo governo permitiu às pessoas atravessar extensões da estrada que estavam submersas para que pudessem comprar alimentos e outros mantimentos na vila mais próxima. O UNICEF apoiou o INGC, Instituto Nacional de Gestão de Calamidades, juntamente com outros parceiros da ONU, na orientação da resposta de emergência, fornecendo comprimidos de purificação da água, baldes e jerry cans para a recolha e armazenagem de água, transporte de água e camiões, assim como a reabilitação e construção de pontos de abastecimento de água e latrinas, beneficiando cerca de 100.000 pessoas.

Mas as questões que afectam as crianças não são apenas resolvidas a nível nacional. As próprias comunidades desempenham um papel fundamental para ajudar a manter as crianças na escola, por exemplo, e os conselhos escolares têm registado algum sucesso nesta área. Constituídos por pais, professores e membros importantes da comunidade, estes comités reúnem-se de três em três meses ou convocam reuniões urgentes se, por exemplo, um aluno desistir de ir à escola.

ESCOLAS AMIGAS DA CRIANÇA

DESDE 2006, o UNICEF reservou recursos significativos para ajudar a melhorar a qualidade de ensino através do programa Escolas Amigas da Criança (EAC) em sete distritos alvos de Moçambique. As EAC funcionam no melhor interesse da criança, proporcionando um ambiente educativo, seguro, saudável e protector, dotado de recursos adequados e de condições físicas, emocionais e sociais propícias à aprendizagem. O modelo EAC promove a inclusão, a sensibilidade em relação às questões de género, a tolerância, a dignidade e o empoderamento pessoal.

A maioria das escolas nos distritos EAC passou a ter pelo menos cinco elementos básicos, nomeadamente conselhos escolares funcionais, exames de saúde bianuais, instalações de abastecimento de água e saneamento, material escolar, apoio psicossocial, grupos teatrais de criança para criança e rádio comunitária, assim como um programa de habilidades para a vida que aborda o género, HIV e SIDA, bem como a prevenção da violência e do abuso sexual. De acordo com um estudo do Ministério da Educação e UNICEF de 2010, a redução da taxa de abandono em 5 distritos EAC entre 2007 e 2009 foi de 2,3%, vs. 0,6% a nível nacional.



► Elisa tem uma boa possibilidade de fazer parte dos 47% de crianças que concluem o ensino primário.



► Com mais de 50% da população com idade inferior aos 18 anos, as necessidades educativas do país são consideráveis.

Silva Siteo é um pai que é membro do conselho escolar da Escola Primária de Uaculalene, situada no mesmo distrito que a escola de Elisa. “Todas as crianças têm este pensamento na cabeça (de abandonar a escola),” afirma. “Quando começam a faltar às aulas, o conselho aplica uma multa aos pais da criança. Se a criança regressar à escola, a taxa é revogada.”

► **Muitas crianças frequentam a escola passada a sua adolescência e já na sua juventude, ou porque começam tarde ou não progridem a cada ano.**

Uma outra forma adoptada pelo conselho para tentar manter as crianças na escola é dando-lhes refeições. “Temos comida até para as crianças que não têm idade para estar na escola,” afirma Olinda Mabassa, que cuida da horta da escola a partir da qual ela prepara as refeições. Além dos alimentos básicos nacionais como o milho e a mandioca, Olinda cria galinhas para a produção de ovos, adicionando proteínas aos alimentos. Algumas das razões principais que fazem com que as crianças abandonem a escola são a pobreza, casamento infantil, gravidez precoce, abuso sexual, longas distâncias, escolas não seguras e caminhos até à escola que não oferecem segurança, bem como o trabalho infantil.

Há cerca de 1.000 alunos matriculados na escola de Elisa, que é constituída por várias salas de aula alinhadas ao longo de um pátio cheio de árvores de grande porte. O director da escola, Virgílio Jorge Machanga, é professor há 10 anos e director da escola há 6. “Eu gosto de ajudar a preparar as crianças para o seu



► O director da escola Virgílio Machanga diz que os materiais de ensino e a formação que recebeu do UNICEF no ano anterior têm sido uma enorme ajuda.



► Ir à escola tem a ver com sonhos e esperança para o futuro.



futuro”, diz ele, acrescentando que os materiais de ensino e a formação em métodos de gestão escolar e de aprendizagem que recebeu do UNICEF no ano passado foram uma grande ajuda. Com 20 professores na escola, o rácio professor-aluno é 47, ou seja, próximo do ideal de 40 alunos por professor e bem abaixo da média nacional de 63 alunos por professor.

Mesmo com os altos níveis de financiamento que o Governo moçambicano tem alocado à educação, há necessidades significativas por atender. Muitas crianças frequentam a escola após a sua adolescência e já a caminho dos seus vinte anos porque começam tarde ou não progridem a cada ano. A aumentar ainda mais a necessidade está o grande número de jovens em Moçambique – mais de 50 por cento da população tem menos de 18 anos. Infelizmente, um grande número de alunos, professores com formação inadequada, salas de aula lotadas e material escolar insuficiente, todos estes factores combinados, mantêm a qualidade de ensino a um nível muito baixo.

► ***"Gosto de ajudar a preparar as crianças para o seu futuro," diz o director da escola.***

No entanto, apesar desses desafios, a educação está a ter um impacto sobre Elisa, que diz que quer ser professora quando terminar a escola. Se ela puder ficar na escola o tempo suficiente, as suas perspectivas de emprego devem ser boas, uma vez que Moçambique enfrenta uma grave escassez de professores, especialmente mulheres, que representam apenas um terço da profissão.

As professoras têm um papel importante a desempenhar na vida das jovens raparigas e o sonho de Elisa, se se tornar realidade, vai servir um propósito digno. As professoras ajudam a criar um ambiente seguro à volta dos alunos e também podem inspirá-los a seguir os seus passos.

► ***As professoras, ajudam a criar um ambiente seguro em torno das meninas, e pode inspirá-las a seguir os seus passos.***



► A professora Eclesiana da Graça é uma das poucas professoras mulheres no país.

Isto é o que aconteceu com Júlia Mite e Deleira Utui, que acalentaram o sonho desde que eram raparigas jovens. Agora as duas são professoras da Escola Primária de Uaculalene, depois de um curso de formação de um ano. A formação de professores é um factor determinante da qualidade de ensino e é algo que o Ministério da Educação irá abordar nos próximos anos, com o apoio do UNICEF.

Agora no seu último ano na escola, há uma boa possibilidade de a Elisa se juntar a 47 por cento das crianças que completam o ensino primário. Embora se trate de ainda menos de metade dos alunos nas escolas, é uma melhoria em relação há uma década atrás, quando menos de um terço o fez. As taxas de conclusão do ensino primário são inferiores à média nacional em lugares como Gaza, onde Elisa vive, mas ela espera desafiar as estatísticas e transitar para o ensino secundário, o que ela terá de fazer para eventualmente se qualificar para a formação de professores.

Tais planos e esperanças para o seu futuro podem ser uma das razões que a fazem frequentar a escola. Virgílio diz que já consegue ver a diferença que a escola faz nas crianças todos os dias. “As crianças vêm para a escola tristes e no fim do dia estão a sorrir”, diz ele.

Para Elisa, uma coisa que certamente aumenta a sua satisfação na escola é o clube da escola, onde ela executa peças de teatro e danças. Enquanto as representações teatrais são divertidas e muitas vezes põem a maioria do público a rir, a mensagem é séria. As canções e peças de teatro abordam temas como a prevenção do HIV, violência e casamento precoce e são eficazes no ensino de habilidades para a vida para os jovens estudantes de uma forma envolvente.

Após a participação no programa, seja como artistas ou como espectadores, testes mostram que 85% das crianças têm um conhecimento satisfatório sobre o HIV. Hoje, oito em cada dez escolas de todo o país têm clubes escolares com programas de habilidades para a vida.

O sucesso de Elisa na escola não passou despercebido. Em casa, a avó diz que ela vê o benefício a longo prazo da educação. “No futuro, eu gostaria de vê-la a trabalhar para que ela possa se sustentar e ajudar a sustentar-me também,” diz ela. “Isto é o que acontece hoje em dia. Você trabalha, então pode comprar pão para a sua mãe.”

Como a educação é um factor-chave para a redução da pobreza, representa uma enorme esperança e potencial para um país em desenvolvimento como Moçambique, e também para a própria Elisa. O Governo assumiu um compromisso sincero perante os seus cidadãos mais jovens, aumentando as despesas de educação em 43% entre 2008 e 2012. Uma população escolarizada será crucial para o futuro do país, se Moçambique quiser capitalizar a explosão de crescimento económico que está a viver neste momento. São os jovens como Elisa que são o melhor investimento do país.

COMO O UNICEF APOIOU ELISA E OUTRAS RAPARIGAS ADOLESCENTES EM MOÇAMBIQUE

- **Em conjunto com os doadores bilaterais** e do Banco Mundial, apoio orçamental à educação num total de \$100 milhões
- **O programa Escolas Amigas da Criança** ajudou a melhorar a qualidade de ensino
- **Redução do Risco de Desastres**, incluindo água, saneamento e higiene (ASH), protecção, educação e fortalecimento da capacidade de resposta, em conjunto com o Governo e os parceiros da ONU
- **Comunicação para a mudança** de comportamento a nível das comunidades através de programas de rádio, teatro participativo e sessões de multimédia
- **Capacitação e apoio à Rede Participativa dos Media** para os Direitos da Criança
- **Capacitação de estudantes de jornalismo** e jornalistas em serviço sobre os direitos da criança

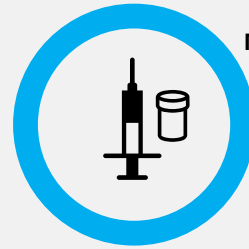
2013 - REALIZAÇÕES A NÍVEL NACIONAL



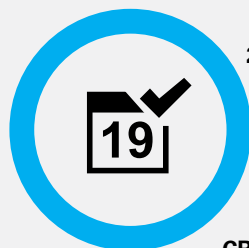
2,500
AGENTES
POLIVALENTES
ELEMENTARES
TREINADOS E
AFECTOS



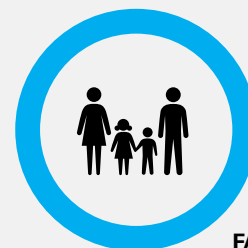
8.5
MILHÕES
DE PESSOAS
PROTEGIDAS
CONTRA A
MALÁRIA



NOVAS
VACINAS
INTRODUZIDAS



2 SEMANAS
NACIONAIS
DE SAÚDE
ABRANGERAM
ATÉ **8,3**
MILHÕES DE
CRIANÇAS



6,800
CRIANÇAS
TRANSFERIDAS
DOS CUIDADOS
RESIDENCIAIS
PARA
FAMILIARES



1,7 MILHÕES
DE CRIANÇAS
ABRANGIDAS
PELAS
HABILIDADES
PARA A VIDA



2.3 MILHÕES
DE PESSOAS
ABRANGIDAS
NAS COMUNI-
DADES ATRAVÉS
DE ACTIVIDADES
DE C4D*



306,000
FAMÍLIAS
RECEBERAM
TRANSFE-
RÊNCIAS DE
DINHEIRO



2 SEMANAS
NACIONAIS
DE SAÚDE
ABRANGERAM
350.000
CRIANÇAS PARA
O SEU REGISTO
DE NASCIMENTO

*Comunicação para o desenvolvimento

RÁDIOS COMUNITÁRIAS NA VANGUARDA

Uma entrevista com José Inácio Picardo
Tomo, coordenador da Rádio Morrumbala

Porque razão a rádio é importante em Moçambique?

Moçambique tem uma grande população rural, onde existem baixos níveis de alfabetização. A Rádio Moçambique, a nossa emissora pública nacional, abrange uma grande parte da população, mas as emissões de rádio em línguas locais como a nossa chegam a um grande número de pessoas das zonas rurais.

Onde é que se formou?

A Rádio Morrumbala é uma das 90 rádios comunitárias em todo o país. Nos últimos quatro anos, formei-me no trabalho. Quando trabalhava em Marrumeu, eu era voluntário numa estação de rádio de lá, então quando me mudei para Morrumbala, continuei.

Pode descrever os programas que produzem?

A estação está em funcionamento há mais de dez anos e transmite em lolo, português e sena – os programas são divididos igualmente pelas três línguas. O meu primeiro programa foi sobre o casamento infantil e foi muito educativo. Os nossos programas actuais são sobre a violência, direitos das crianças, saúde e planeamento familiar. Temos debates ao vivo, onde convidamos provedores de serviços, membros sociais influentes e membros da comunidade. Abrimos as nossas linhas telefónicas e as pessoas podem ligar para nós. Os nossos ouvintes às vezes telefonam para me dizer de que programas gostam mais, ou para me perguntar se um programa vai ser transmitido hoje.

Como é que a estação cobre os seus custos?

O governo paga a electricidade, mas todos os outros custos de funcionamento são cobertos pelas receitas da publicidade. O sinal chega longe e as rádios comunitárias em todo Moçambique chegam até às comunidades, mesmo aos países vizinhos de uma maneira que poucos outros meios de comunicação conseguem.

UMA REDE DE SEGURANÇA PARA ÓRFÃOS

A vida para Alita, Regina e Jovito nem sempre tem sido fácil. Mas os programas sociais e de saúde estão paulatinamente a abranger os órfãos e outras crianças vulneráveis como eles, trazendo esperança para os lugares mais remotos e inclementes.

A CIDADE de Quelimane situa-se a duas horas de voo de Maputo. Morrumbala, uma cidade mais pequena, está a três horas de carro de Quelimane. Mais quatro horas de viagem de carro em direcção ao norte e encontra-se a aldeia de Marua. Vinte minutos de caminhada pela mata e chega-se finalmente à casa de Alita (14), Regina (11) e Jovito (9) Jessone. A paragem de autocarro mais próxima fica a uma longa caminhada daqui e a rede de telefone celular está ainda mais distante. Este é dos lugares mais remotos e isolados que se pode encontrar em Moçambique, onde quase 70 por cento da população vive nas zonas rurais.

Quelimane, Morrumbala e Marua são distritos que se situam na província da Zambézia, onde habita quase um quinto da população de Moçambique, tornando-a a segunda província mais populosa do país. A situação das crianças aqui é, em muitos aspectos, a pior de Moçambique, com a província a receber o nível de financiamento per capita mais baixo do Governo central. Em 2013, a despesa per capita para a saúde foi de 66% da média nacional.





► Família Jessone:
Gemusse e Puasaneie
Jessone e os seus netos
Regina, Jovito e Alita.



► Pwasaneie acende a fogueira que defuma a carne de porco que Gemusse recebeu por ter trabalhado numa exploração agrícola próxima.



► Numa demonstração da preparação de alimentos, Pwasaneie aprende a preparar alimentos nutritivos.

O seu isolamento significa que muitas partes da Zambézia estão fora do alcance da infra-estrutura nacional. É difícil e caro fornecer até mesmo os serviços mais básicos para crianças como os Jessones. Eles vivem no lugar mais pobre, mais desfavorecido de um dos países menos desenvolvidos do mundo.

► **Muitas partes da Zambézia estão fora do alcance da infra-estrutura nacional. Aqui é difícil e caro fornecer serviços.**

Alita, Regina e Jovito têm a sorte de ter sobrevivido a infância, uma vez que a Zambézia tem as maiores taxas de mortalidade em menores de 5 anos, malnutrição aguda, baixo peso e anemia do país. Tal como acontece com uma em cada cinco crianças em Moçambique, eles não vivem com os seus pais, que morreram há alguns anos vítimas de doença súbita.

O avô paterno, Gemusse Jessone, fala da sua família em termos de quem está vivo e quem está morto – ele sobreviveu a três filhas e dois filhos. Colocar as crianças sob os cuidados dos seus avós é habitual em Moçambique onde, sempre que possível, os órfãos são cuidados por um dos avós, dependendo de quem ainda está vivo e disposto a assumir a tarefa.

As crianças que não vivem com os pais porque morreram ou migraram são vulneráveis em quase todos os aspectos das suas vidas por causa da pobreza crónica, falta de cuidados parentais, trauma, estigma e discriminação, falta de escolaridade e risco de abuso.

Embora tradicionalmente as crianças em Moçambique sejam criadas pela sua família alargada, o impacto do HIV e SIDA, pobreza e migração enfraqueceu a capacidade de os familiares cuidarem dessas crianças. Em resultado disso, os orfanatos estão a aumentar em todo o país. As crianças que se encontram em instituições, especialmente as de idade inferior a 3 anos, muitas vezes são privadas de oportunidades adequadas de desenvolvimento cognitivo, emocional, físico e social.

Desde 2012, 6.800 crianças foram retiradas de instituições e reintegradas nas suas famílias. Além disso, mais de 2.500 famílias chefiadas por crianças tiveram acesso a programas de protecção social. Mas ainda há mais de 8.000 crianças que até agora vivem em instituições, muitas das quais são crianças cujo desenvolvimento mental e físico vai abrandar por cada ano que passarem numa instituição.

► *"Dou tudo o que tenho às crianças e é assim que nos arranjamós."*

Alita, Regina e Jovito sentam-se silenciosamente perto do avô, à sombra de uma das casas. Os avós cuidam bem das crianças, mas não contam com o apoio do resto da família. "Todos têm as suas próprias preocupações. Estão todos a cuidar dos seus próprios filhos", diz o avô, que teme o que lhes aconteceria se ele morresse subitamente.

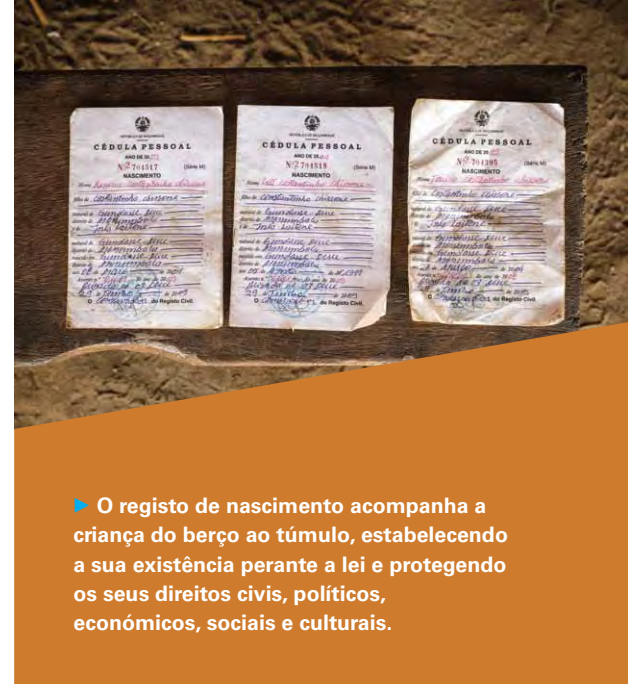
"Dou tudo o que tenho às crianças e é assim que nos arranjamós", diz Gemusse, que os sustenta trabalhando em machambas ou casas próximas da aldeia, onde o seu trabalho é pago em dinheiro ou em espécie. O seu último salário, um pedaço de carne de porco, está pendurado sobre o fogo da cozinha, a defumar. Cuidar dos seus netos órfãos é uma grande responsabilidade para Gemusse e a sua mulher, Puasaneie.

► Cuidar dos netos é uma grande responsabilidade, mas o que quer que tenham dão às crianças. Puasaneie prepara feijão para a refeição da família.





► Os Jessones mostram orgulhosamente os seus documentos de registo de nascimento, prova legal de que são uma família.



► O registo de nascimento acompanha a criança do berço ao túmulo, estabelecendo a sua existência perante a lei e protegendo os seus direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais.

Para obter qualquer tipo de apoio social para as crianças, Gemusse deve ser capaz de provar que eles são, de facto, seus parentes. Felizmente, em 2009, quando os seus pais ainda estavam vivos, todas as crianças foram registadas. Gemusse diz que eles teriam tido que percorrer uma distância muito longa para tal e que teria sido muito caro, por isso preferiram esperar que as brigadas móveis se deslocassem à sua comunidade.

A Zambézia tem a menor taxa de registo de nascimento de qualquer província em Moçambique. Em 2004, foram registados apenas 8 por cento das crianças menores de 5 anos. E embora este número já tenha aumentado para 31%, ainda está abaixo da média nacional de 48%. As crianças não registadas estão em desvantagem ao longo das suas vidas. Coisas simples e quotidianas como ir fazer exames, votar, ou obter serviços sociais, tudo isto se torna impossível. Na prática, as crianças não registadas não existem oficialmente.

► Zambézia tem a menor taxa de registo de nascimento de qualquer província em Moçambique.

Para crianças como os Jessones, é particularmente importante estar registado, pois estabelece laços familiares, relações jurídicas e direitos de herança. Também permite-lhes recorrer à assistência social.

Uma campanha levada a cabo pelo Ministério da Justiça, apoiada pelo UNICEF e DFID durante as Semanas Nacionais de Saúde em 2013, registou 350.000 crianças em todo o país. Existem também planos de digitalizar o sistema actual e colocar oficiais de registo permanentes nos postos de saúde e administrativos. Em 2013, o número de postos administrativos com oficiais de registo atingiu 300, superando a meta em mais de 100 por cento.

► A tia dos Jessone, Hortência Chissone, com o marido Pedro e o seu bebé de 18 meses chegam à vila para a campanha de vacinação.



► O Agente Polivalente Elementar Feliciano Majiga procura visitar os Jessones pelo menos uma vez por semana.



Cerca de metade da família alargada de Alita, Regina e Jovito (sete tias e tios e trinta primos) vivem numa pequena aldeia que está espalhada por uma área do tamanho de um campo de futebol. Oito casas de tamanho estranho feitas de barro e estacas têm finalidades diferentes. Construídas ordenadamente aos pares e viradas umas para as outras, uma serve de cozinha, outra é uma despensa que funciona como um quarto à noite. As aves de capoeira e pequenos cães vagueiam entre as palhotas e os membros da família sentam-se à sombra dos beirais.

Ainda não passa das 09:00, mas o sol já está a tornar qualquer movimento desconfortável. Feliciano Majiga caminhou cerca de uma hora até à casa dos Jessone, aparentemente nada afectado pelo calor. Feliciano é um agente polivalente elementar, ou APE, e tenta visitar a família pelo menos uma vez por semana. Ele é um dos 2.270 APE treinados que trabalham nas suas próprias comunidades, 1.150 dos quais são apoiados pelo UNICEF, através do Ministério da Saúde.

► ***Para crianças como os Jessones, é particularmente importante estar registado, pois permite-lhes recorrer à assistência social.***

Na sacola pendurada ao ombro, Feliciano tem material para tratar e diagnosticar doenças que são responsáveis por cerca de metade da mortalidade infantil no país. O seu kit contém antibióticos para pneumonia, kits de testes de malária, anti-maláricos, paracetamol, sais de reidratação oral e curativos básicos.



► Feliciano examina Puasaneie. Se alguém da família precisar de tratamento, ele trata imediatamente ou refere ao centro de saúde mais próximo.

Ele diz que levou quatro meses a aprender a usar o conteúdo deste kit e agora pode ajudar a curar doenças comuns como a malária e a diarreia, que são um risco de vida, especialmente para as crianças. Feliciano, tal como outros agentes polivalentes elementares, também faz a promoção da saúde, procurando fazer chegar às comunidades mensagens simples que muitas vezes salvam vidas sobre a saúde e prevenção de doenças.

► ***Ele fala sobre o controle da malária e de higiene básica, mensagens simples sobre o que fazer todos os dias na prevenção de doenças.***

Ele cumprimenta Gemusse e, ao começarem a conversar, o resto da família aparece de todo o recinto. Ao se reunirem para ouvi-lo, Feliciano fala sobre o controlo da malária e a higiene básica, coisas simples que podem fazer todos os dias para prevenir as doenças. Assim que termina a sua exposição, as pessoas com doenças discutem os seus sintomas com ele. Se ele puder tratá-los imediatamente, trata-os. Se não puder, vai encaminhá-los para um centro de saúde, algo que ele diz que faz algumas vezes por mês.

Embora os APEs tenham efectuado mais de 1,6 milhões de visitas domiciliárias em 2013, das quais mais de metade a mulheres grávidas, recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos, o seu trabalho tem alguns desafios fundamentais. “Uma vez fiquei sem kits de teste de malária e comprimidos de desparasitação”, diz ele. A rotura de stocks é algo comum, mesmo nos centros de saúde, e uma das formas mais eficazes de resolver este problema é através da previsão, que o UNICEF está a ajudar a desenvolver em conjunto com os parceiros.

Nesta visita, as crianças não tinham queixas. Os seus avós fazem tudo o que for possível para cuidar da sua saúde e, no dia anterior, Gemusse levou-os ao centro de saúde da aldeia, onde estava a decorrer uma campanha de vacinação. Juntaram-se à sua tia Hortência, que levava o seu bebé de 18 meses. Apesar de terem chegado ao fim da tarde, o enfermeiro de vacinação, Joaquim Pinto, tinha estado lá a maior parte do dia. Joaquim é enfermeiro praticante há 22 anos e, num dia normal, vacina entre 35-40 pessoas.

Joaquim está na vanguarda da batalha para aumentar as taxas de vacinação na Zambézia, onde são mais baixas do que em qualquer outro lugar do país. O Governo pretende vacinar 90 por cento das crianças de 1 ano até 2015 contra as doenças preveníveis através de vacinas, nomeadamente a difteria, poliomielite, hepatite B e sarampo. Juntamente com outras agências como a OMS, PMA e FNUAP, o UNICEF está a reunir esforços com vista a reduzir a mortalidade infantil e a melhorar a saúde materna na Zambézia, na recta final rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As visitas de Joaquim, que ocorrem a cada três meses, fazem parte de uma campanha de cobertura acelerada.

Os órfãos estremecem e os bebés choram quando são vacinados. Alita, a sua irmã e o irmão recebem a vacina contra o tétano. Ao bebé de Hortência é administrada a pentavalente, uma vacina combinada destinada a proteger as crianças de cinco anos de doenças perigosas.¹

¹ Haemophilus influenzae do tipo B (HiB), hepatite B, difteria, pertussis (tosse convulsa) e tétano.



► **Até 2015 o governo pretende vacinar 90% das crianças de 1 ano contra doenças imunopreveníveis.**



► Os agentes polivalentes elementares como Feliciano realizaram mais de 1,6 milhões de visitas domiciliárias por todo o país em 2013.

A vacina PCV10 foi introduzida em Moçambique em 2013 e evita doenças respiratórias como a pneumonia, uma das principais causas de morte de crianças em Moçambique.

Embora muito esteja a ser feito para levar os serviços de saúde até às crianças, persistem desvantagens significativas. A Zambézia apresenta as taxas mais baixas de partos institucionais, com apenas 28% das mulheres com partos numa unidade sanitária, em comparação com a média nacional de 54,8%, e a maior taxa de mortalidade em menores de cinco anos, situada em 142 por 1.000 nascimentos vivos, em comparação com a média nacional de 97.

Feliciano diz que por causa das longas distâncias e da falta de transporte público, muitas vezes as mulheres dão à luz a caminho do centro de saúde mais próximo. Uma em cada 30 crianças morre de causas neonatais, muitas das quais poderiam ser tratadas se mais crianças nascessem nos centros de saúde.

Um dos primos dos Jessone, Josefo, teve sorte nesse aspecto. A mãe foi às consultas no centro de saúde antes, durante e depois do seu nascimento. Josefo senta-se, feliz, no joelho da mãe e é uma personificação da sobrevivência da criança. O acesso aos serviços de saúde e uma parteira qualificada significam saúde e sobrevivência para bebés e mães.

A quarenta quilómetros de Marua, cerca de uma dúzia de mulheres estão sentadas pacientemente do lado de fora do consultório do médico no Centro de Saúde de Guerissa. O Dr. António Mácula dá consultas a 50 a 60 pacientes por dia.

“Se o centro de saúde estiver muito longe, eles vão aos curandeiros tradicionais”, diz ele. Tal como o que acontece com Feliciano, as doenças mais comuns que ele trata são a malária, infeções respiratórias e a diarreia, mas muitos têm HIV. A fila para o centro móvel de testagem e aconselhamento do HIV nas proximidades muitas vezes é longa. Quando estão acessíveis, os centros de saúde são bem utilizados pelas comunidades.

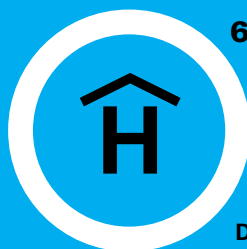
Além de o projecto de vários anos da ONU tratar de questões ligadas à saúde materno-infantil na Zambézia, o UNICEF fornece apoio técnico e defesa de políticas em torno da saúde materna, neonatal e infantil e apoia a integração da saúde e nutrição no Plano Estratégico Nacional para o sector da saúde (2013 - 2017). Também foram garantidos fundos para o controlo da malária para os próximos dois anos e, juntamente com os programas de HIV, tais esforços têm reduzido com sucesso as taxas de prevalência destas doenças fatais.

O número de crianças que, como os Jessones, sobrevive bem além do seu quinto aniversário está a aumentar a cada dia. Na verdade, Moçambique está a caminho de cumprir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 4, reduzindo a mortalidade em menores de 5 anos em dois terços entre 1990 e 2015. Mesmo nas zonas mais pobres e mais desfavorecidas de um dos países menos desenvolvidos do mundo, a situação das crianças está a mudar, lenta mas seguramente, para melhor.

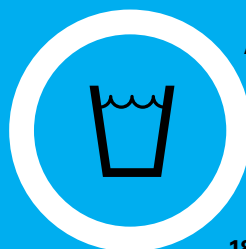
COMO O UNICEF APOIOU OS JESSONES E OUTRAS CRIANÇAS VULNERÁVEIS

- **O Ministério da Justiça** apoiou o registo de nascimento de 60% de todas as crianças menores de 5 anos.
- **O Instituto Nacional de Acção Social** e o Ministério da Mulher e da Acção Social prestaram apoio técnico para garantir que os programas de protecção social se tornassem mais eficientes e expandissem de modo a abranger as famílias chefiadas por crianças.
- **Os agentes polivalentes** elementares identificam as crianças que necessitam de cuidados alternativos de uma forma mais regulamentada. O papel dos avós também foi regulamentado, graças às equipas de cobertura móveis compostas por assistentes sociais, juizes e o Procurador-Geral, com planos de contingência em caso de falecimento dos avós.
- **Foi elaborado um quadro regulador para cuidados alternativos**, bem como uma base de dados de famílias elegíveis e crianças para orfanatos e adopção.
- **Os sinais de sofrimento de crianças** foram monitorados através da gestão de casos para garantir a prestação de apoio psicossocial de qualidade, bem como a protecção contra a violência, abuso e exploração.
- **Formação e integração** dos agentes polivalentes elementares lançadas em 2013 e incrementadas em todo o país com o apoio de parceiros doadores, nomeadamente a ACDI (Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional) e as agências das Nações Unidas.
- **Em conjunto** com a OMS, apoio à melhoria sustentável da cobertura do Programa Alargado de Vacinação (PAV), a capacitação a nível local, o aprovisionamento e a gestão da cadeia de frio.

2013 - REALIZAÇÕES DIRECCIONADAS



**600 UNIDADES
SANITÁRIAS
EM TODOS OS
DISTRITOS**
APETRECHADAS COM
EQUIPAMENTO DE
DIAGNÓSTICO DO HIV NA
PRIMEIRA INFÂNCIA



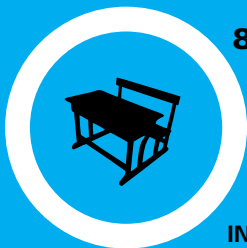
**ACESSO À ÁGUA
POTÁVEL EM
53% (2008: 15%) E
FECALISMO A
CÉU ABERTO EM
40% (2008: 54%) EM
18 DISTRITOS**



**TESTAGEM DO HIV
EM CRIANÇAS COM
MALNUTRIÇÃO
AGUDA EM
100% EM 3
DISTRITOS**



**24 DISTRITOS
OPERAM
GABINETES DE
ATENDIMENTO
POLICIAIS PARA
O APOIO ÀS
VÍTIMAS**



**800 ESCOLAS
AMIGAS DA
CRIANÇA EM
7 DISTRITOS A
BENEFICIAREM DE UM
PACOTE INTEGRADO DE
INTERVENÇÕES**



► Mais de metade da população de Moçambique passou a ter acesso à água potável. Em 2008, apenas 15% tinham acesso.





OLIVER MTUKUDZI

Embaixador de Boa Vontade do UNICEF
para a Região África Austral e Oriental



OS NOSSOS EMBAIXADORES DE BOA VONTADE

“FALEM COM O CORAÇÃO,” disse **Oliver Mtukudzi**, um dos músicos mais populares de África e Embaixador Regional de Boa Vontade do UNICEF, aos locutores infantis durante a sua visita a Moçambique em Junho de 2013. De visita ao país para promover os direitos da criança e a prevenção da violência, teve mais palavras sábias para partilhar com os repórteres amadores: “Se falarem de ânimo leve sobre estas questões não fazem justiça às crianças. Tudo tem a ver com a necessidade de entender o objectivo do vosso microfone e fazerem bom uso dele.”

A visita do Sr. Mtukudzi teve lugar num ano em que os embaixadores de boa vontade estiveram bastante ocupados. Em Fevereiro, o Embaixador de Boa Vontade do UNICEF para Moçambique, Stewart Sukuma e a sua banda actuaram num concerto de angariação de fundos para as vítimas das cheias em Gaza, as quais deslocaram mais de 170 pessoas. Stewart trabalhou incansavelmente na sensibilização em relação ao seu sofrimento, visitando várias vezes campos de deslocados para mostrar o seu apoio e elevar o moral.

Em Abril, **Stewart Sukuma** juntou-se ao Ministro da Saúde, Dr. Alexandre Manguela, para o evento de lançamento da vacina contra a pneumonia, PCV10.

Em Junho, Oliver Mtukudzi e Stewart Sukuma marcaram a Quinzena da Criança participando numa emissão especial na televisão nacional. Durante o programa de duas horas, os artistas falaram sobre o casamento infantil, a deficiência e o HIV/SIDA.

Em Outubro, Stewart Sukuma, Oliver Mtukudzi e outros artistas locais como Mingas, Isabel Novela, Cuca, Hermínio, Yolanda Kakana, Valdemiro José, Neyma, G2, Costa Neto, Muzila e Júlia Duarte gravaram um álbum cujo tema girava à volta de *Saúde e Vida*, com canções a promoverem o aleitamento materno, a educação da rapariga, a sensibilização em relação ao HIV e SIDA, protecção da criança e nutrição. O álbum será lançado em 2014.



► - Soube que tinha HIV quando estava grávida, diz Alzira, que está em sua casa com o bebê Abel.



CARINHO DE MÃE

A capacidade de um pai/uma mãe cuidar do seu filho depende da sua capacidade de cuidar de si próprio. Para Alzira, uma mãe com HIV, essa não é uma tarefa fácil.

A MEIO DA TARDE na vila de Changara, na província de Tete, a temperatura está acima dos 40 graus. Dentro de uma casa minúscula, em que falta grande parte do telhado, uma mulher jovem chamada Alzira varre o chão da cozinha e em seguida pega numa lenha em chamas da fogueira de uma vizinha para acender a sua própria fogueira. Enquanto o fogo acende, ela coloca água para ferver e corta legumes. No quarto contíguo, o seu bebé de 18 meses, Abel, dorme num colchão.

“Soube que tinha HIV quando estava grávida,” diz Alzira. “Não fiquei muito surpreendida porque adoecia muitas vezes.” Ela é uma de pelo menos quatro mães na comunidade que são seropositivas. Tal como acontece com a maioria das mães seropositivas em todo o país, Alzira descobriu o seu estado durante uma consulta pré-natal.

Dados do inquérito mostram que um número cada vez maior de mulheres em Moçambique opta por fazer o teste do HIV. Com efeito, a taxa de testagem do HIV quase que duplicou de 2008 para 2011, passando de 15 para 26 por cento e o diagnóstico e tratamento eficazes estão a ajudar os que têm o vírus a viver mais tempo.

► O número de crianças que recebem TARV aumentou em aproximadamente 5.000 ao longo do ano transacto.



Neste momento, mais de 1 em cada 10 moçambicanos estão infectados pelo HIV, a oitava taxa mais elevada do mundo. Registou-se uma redução no número de novas infecções, mas o número absoluto de pessoas que vivem com o HIV tem vindo a aumentar e é provável que esta tendência continue, uma vez que uma maior cobertura do tratamento reduz a mortalidade.

Uma maior taxa de testagem do HIV nas mulheres significa que o tratamento pode começar mais cedo, aumentando assim a sua esperança de vida. A cobertura do tratamento anti-retroviral (TARV) aumentou de quase zero há uma década para 52% dos adultos em 2013 e é uma das causas do aumento do número de pessoas que vivem com o HIV nos últimos anos.

► **Abel é uma das muito poucas crianças em Moçambique que recebe o TARV actualmente, embora esta situação esteja a melhorar lentamente.**

A tecnologia no centro de saúde está na linha da frente da batalha para prevenir a transmissão vertical de mãe para filho e inclui testes rápidos de diagnóstico, testes de PCR para monitorar os níveis de CD4 e análise de sangue. Foi alargado um programa de diagnóstico do HIV em bebés e desde Março de 2013, 600 unidades sanitárias em Moçambique têm condições para recolher amostras de sangue seco para testagem. Estas amostras são posteriormente enviadas ao laboratório para processamento e se o teste for positivo, a criança pode iniciar o TARV imediatamente.



► A tecnologia no centro de saúde está na vanguarda da batalha para prevenir a transmissão vertical de mãe para filho.

Além do laboratório de testes, o centro de saúde contém um centro de aconselhamento e uma farmácia e é também onde Alzira leva o Abel para tomar as suas vacinas e para o controlo regular da sua saúde de modo a garantir que esteja a crescer bem.

Elastância da Silva, mãe e enfermeira de saúde infantil no centro, presta alguns destes serviços, nomeadamente consultas pré-natais e pós-natais, acompanhamento do crescimento, cuidados, saúde e nutrição de bebés e planeamento familiar. Ela descreve quão sobrecarregada é a sua tarefa. “Segundas e Sextas são os dias mais movimentados. Posso atender até 70 pacientes por dia,” afirma a enfermeira.

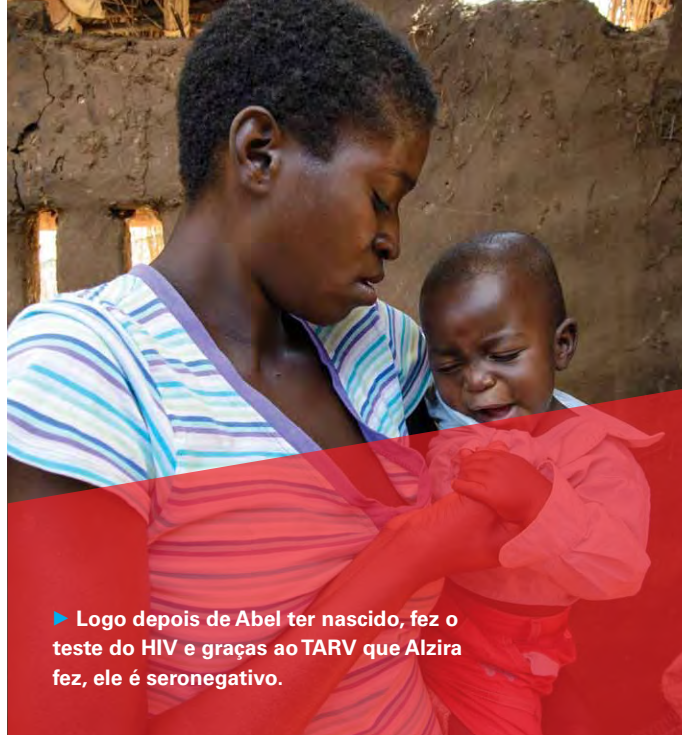
► *Tal como acontece com a maioria das mães seropositivas, Alzira descobriu o seu estado durante uma consulta pré-natal.*

Alzira recebeu uma prescrição de TARV e começou o tratamento assim que recebeu os resultados do teste do HIV. No ano passado, o UNICEF, em conjunto com a OMS e o ONUSIDA, defendeu com sucesso a aprovação pelo governo do acesso universal ao TARV para as mulheres grávidas, com o objectivo de que até 2015, 90 por cento das mulheres grávidas seropositivas e seus filhos tivessem acesso a um pacote de serviços pra mantê-los vivos. Pouco depois do nascimento de Abel, ele também foi testado e graças ao TARV que Alzira fez, o resultado foi negativo.

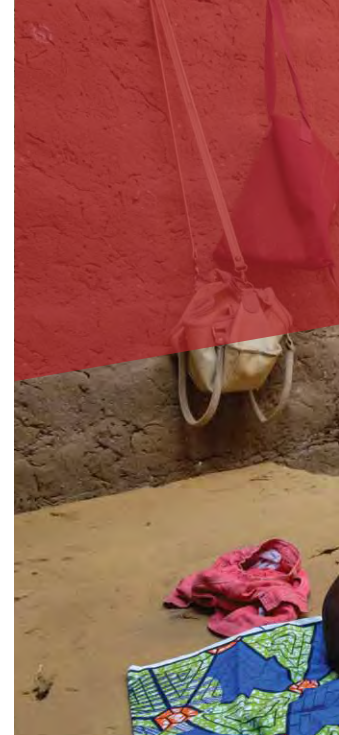
Alzira continuará a fazer o TARV até ao fim da sua vida e enquanto ela estiver a amamentar o Abel, ele também terá que fazer o tratamento. “Em breve ele vai parar de mamar, então voltará a fazer o teste,” diz Alzira. Os resultados deste teste determinarão a continuação do tratamento. Abel é uma das muito poucas crianças em Moçambique que recebe o TARV, embora esta situação esteja a melhorar lentamente. O número de crianças que recebem TARV aumentou em quase 5.000 ao longo do ano transacto. Hoje em dia, 412 unidades sanitárias oferecem serviços de TARV pediátrico, ultrapassando em 25 por cento a meta estabelecida para 2015. Contudo, o número de crianças seropositivas que estão a fazer o TARV continua reduzido (apenas 22%) e terá que aumentar drasticamente no futuro.



► Alzira fará o TARV para o resto da sua vida. Abel fará o tratamento enquanto estiver a mamar.



► Logo depois de Abel ter nascido, fez o teste do HIV e graças ao TARV que Alzira fez, ele é seronegativo.

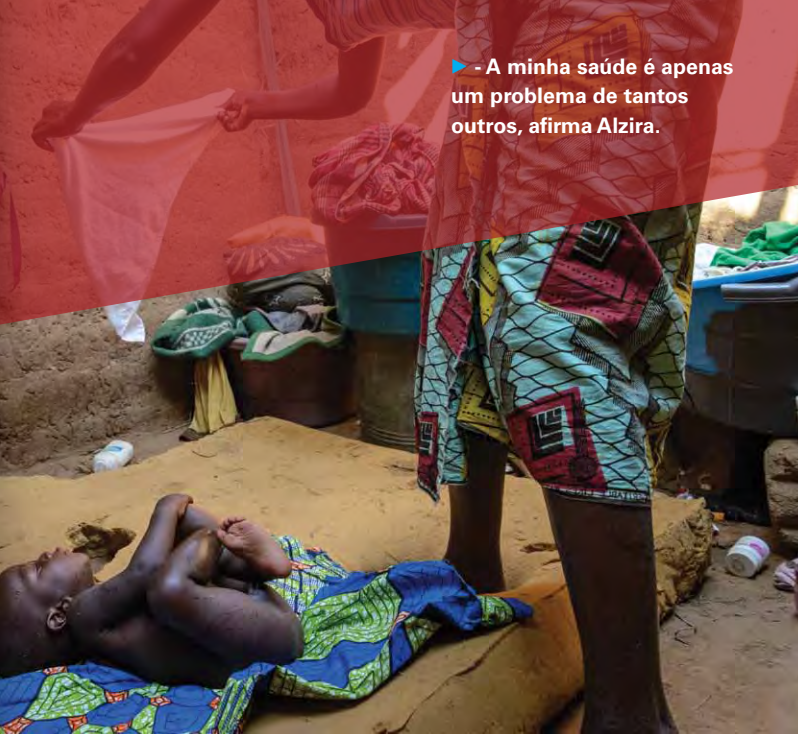


De volta à casa na cozinha de Alzira, o agente polivalente elementar Brejinev José Josefo, está parado à porta. Ele tem visitado a Alzira desde Abril, altura em que foi alertado que Alzira tinha deixado de ir ao TARV do Abel. Ele conseguiu convencê-la a recomeçar o tratamento e ela agora administra a medicação de manhã e à noite para ela e o seu bebé.

Apesar das dificuldades que enfrenta, ela reconhece que o tratamento a tem ajudado a manter-se saudável e com forças para cuidar do seu bebé e enfrentar outras dificuldades que lhe são impostas pela pobreza. “A minha saúde é um desafio entre muitos outros,” afirma com naturalidade.

Em muitas comunidades, o UNICEF tem ajudado mulheres como a Alzira a formar os seus grupos de apoio aos pares, em que elas se ajudam mutuamente com questões práticas do dia-a-dia e também prestam apoio moral e emocional. Este aspecto é quase tão importante para o seu bem-estar como o tratamento médico que recebem. “Trocamos as nossas experiências sobre como cuidar dos nossos bebés e de nós próprias. Isto liberta-me do peso,” afirma Alzira. Também alternam no levantamento dos medicamentos no centro de saúde, o que ela diz que a ajuda a cumprir o tratamento.

Apesar de a sua casa ser pequena e modesta, Alzira mantém-na asseada. A sua roupa está envolta em fardos e a loiça está cuidadosamente arrumada na cozinha. Ela reserva água num jerry can e num balde e tem comida graças aos pais que vivem nas proximidades.



► - A minha saúde é apenas um problema de tantos outros, afirma Alzira.



► - Alzira faz o melhor que pode para terem uma boa alimentação.

► ***Uma nutrição adequada, um regime de medicação consistente, água potável e saneamento adequado são factores que contribuem para a saúde da mãe e do filho.***

Uma nutrição adequada, um regime de medicação consistente, água potável e saneamento adequado são factores que contribuem para a saúde da mãe e do filho. Alzira vai buscar água num ponto de abastecimento situado a menos de 50 metros da sua casa. Ela paga um metical, ou três cêntimos do dólar, por 25 litros de água.

Se visitarem praticamente todas as aldeias entre a casa de Alzira em Changara e a capital Tete à noite, encontrarão multidões de pessoas em fila para obter água nos inúmeros pontos de abastecimento. Na aldeia de Demere, a cerca de 50 quilómetros de distância, existem dois pontos de abastecimento de água situados a uma curta distância um do outro.

Eduardo Cubanhar é o chefe da comissão da água, que é constituída por seis homens e quatro mulheres, que são responsáveis pela manutenção, cobrança de uma pequena taxa pelo consumo da água e por manter o local de abastecimento de água limpo. Ele afirma que os dois pontos de abastecimento de água foram construídos pelo UNICEF com financiamento do DFID, o mais recente em Julho e o mais antigo em 1993. Os dois estão em bom estado de funcionamento graças a esta comissão.

► Eduardo Cubanhar é chefe da comissão da água em Demere e é responsável pela manutenção do ponto de abastecimento de água.



Um esforço combinado e concertado pelo governo moçambicano, com o apoio do UNICEF e parceiros como o DFID, aumentou efectivamente o número de fontes de água melhoradas nas zonas rurais de Moçambique para 38 por cento. Em resultado disso, a proporção da população que tem acesso a fontes de água potável aumentou em quase um terço a partir de 2008.

Eduardo vai até ao poço à noite depois de um dia quente, cercado por mulheres e crianças. “Se a bomba avaria, reunimo-nos, discutimos o que deve ser feito, obtemos dinheiro do cobrador para comprar uma peça nova e em seguida reparamos,” afirma.

► ***“Se a bomba avaria, reunimo-nos, discutimos o que deve ser feito, compramos uma peça nova e em seguida reparamos,”***

O vizinho de Eduardo, Afonso Agostinho, é o presidente da comissão de saneamento da aldeia e é responsável por mobilizar a comunidade para construir latrinas e eliminar o fekalismo a céu aberto. Esta faz parte de uma iniciativa deliberada chamada Saneamento Total Liderado pela Comunidade que a Direcção Nacional de Águas lidera, com o apoio do UNICEF e do DFID. O objectivo é não apenas eliminar o fekalismo a céu aberto e construir latrinas domésticas de baixo custo mas, mais importante ainda, é mudar as normas sociais. Afonso e outros como ele fazem uma grande diferença à saúde das crianças nas zonas rurais.

O sucesso de tais programas de água e saneamento é fundamental para a saúde de todos na comunidade. A diarreia representa 7% de todas as mortes de crianças menores de 5 anos e a construção e utilização de latrinas contribui para prevenir a diarreia. Os esforços combinados do UNICEF e de pessoas como Afonso duplicaram o número de pessoas nas zonas rurais que têm acesso a condições de saneamento para 14%, mas muito mais tem que ser feito para que a maioria da população possa ter acesso a saneamento adequado.



► Uma nutrição adequada ajuda as crianças a manterem-se saudáveis e garante que o seu desenvolvimento físico e mental decorra normalmente.

Em parceria com a Administração da Infra-estrutura de Abastecimento de Água e Saneamento (AIAS) e co-financiamento dos governos dos Países Baixos e Austrália, o UNICEF encontra-se a implementar um programa de água e saneamento em pequenas vilas das províncias de Tete, Manica e Nampula. Estas vilas são centros administrativos e comerciais que se prevê que venham a registar um crescimento significativo nos próximos 10 a 20 anos. A sua infra-estrutura básica é de má qualidade e impede o fornecimento de serviços essenciais como escolas, hospitais e mercados.

De novo em casa de Alzira, é hora do almoço. Ela deita farinha de milho numa panela de água a ferver e mexe até engrossar numa papa, ou xima, um alimento básico em vastas regiões do país. Numa demonstração de preparação de alimentos no dia seguinte, Alzira aprende como preparar uma versão mais rica, a que se adiciona pó de moringa, ovos e amendoim.

Comuns em todo o país, as folhas da moringa contêm níveis elevados de vitamina A e B, cálcio, ferro e proteína. Normalmente de sabor muito amargo, as folhas secas e trituradas da moringa podem ser adicionadas às papas, por exemplo, para uma nutrição complementar.

Uma pequena multidão de mulheres está reunida a assistir a uma demonstração e assim que a papa estiver pronta, cada uma pega num pratinho para provar. Abel lambe esfomeado a colher com que a mãe lhe dá de comer e fica imediatamente activo e alerta. Uma nutrição adequada não só ajuda as crianças como Abel a manterem-se saudáveis na sua infância, mas também irá garantir que o seu desenvolvimento físico e mental decorra normalmente. Os alimentos nutritivos são também fundamentais para o fortalecimento do sistema imunológico, que se reveste de particular importância para os seropositivos.

A desnutrição é um factor subjacente da elevada taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos em Moçambique. Tanto a causa (desnutrição) como o efeito (desnutrição crónica) são o resultado de uma combinação de factores, incluindo doenças gastrointestinais e práticas alimentares inadequadas. As taxas de desnutrição crónica reduziram apenas ligeiramente desde 2008, tendo passado de 43,7% para 42,6% em 2011. É de importância vital que crianças como o Abel sejam devidamente alimentadas pelas suas famílias e que possam ir ao centro de saúde quando estão doentes.

► **A desnutrição é um factor subjacente da elevada taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos.**



► ***Um terço de todas as mulheres indica ter sido vítima de violência física ou sexual em algum momento da sua vida.***

No entanto, a pobreza constitui o principal obstáculo que Alzira enfrenta para garantir que a criança seja devidamente alimentada. Em muitos dias, ela pura e simplesmente não tem dinheiro para comprar alimentos e depende da ajuda dos pais.

A caminho de casa vinda de uma demonstração de culinária, Alzira e Brejinev passam por um edifício grande com os dizeres ‘Gabinete de Atendimento’ na parte de cima. Este gabinete de atendimento da polícia ajuda as mulheres e crianças vítimas de abuso físico ou sexual e resulta de uma parceria conjunta com os Ministérios do Interior, Justiça, Mulher e da Acção Social, Saúde e Educação, com o apoio do UNICEF, PNUD e FNUAP.

“No meu bairro, existem mais pessoas idosas e não são violentas,” afirma Alzira. Mas ela sabe que se alguma vez for vítima de violência, pode obter ajuda aqui neste gabinete. Brejinev parece séptico e diz que a violência física e outros tipos de abuso são mais frequentes do que é denunciado e que as vítimas nem sempre encontram o apoio de que precisam dentro das suas próprias comunidades. No caso de crianças, o perpetrador é muitas vezes conhecido pela criança e, consequentemente, tem relutância em reportar os incidentes. Uma em cada 3 mulheres dos 15 aos 49 anos indica ter sido vítima de violência física ou sexual em algum momento da sua vida.

Alzira diz que a aldeia muitas vezes lida com situações de abuso exigindo compensação por parte do perpetrador. Algumas 'soluções' da comunidade são, na verdade, um grande impedimento a que os perpetradores sejam levados à barra da justiça e a pôr termo ao ciclo de violência. Mas num país em que as normas sociais consideram aceitável um certo nível de violência contra as mulheres e crianças, levará tempo a conseguir a mudança. Algumas das medidas que o UNICEF e parceiros ajudaram a implementar incluem uma linha de apoio e assessoria jurídica legal para as crianças vítimas de violência.

A capacidade dos pais de cuidar dos seus filhos depende inteiramente da sua capacidade de cuidar de si próprios. Sendo uma mãe com HIV e com meios limitados, Alzira não só protegeu o seu bebé da doença, mas também cuida da sua própria saúde da melhor maneira que pode e com a ajuda de muitos que a rodeiam. O bem-estar da mãe e da criança necessitará sempre da ajuda e do envolvimento de toda uma comunidade, próxima e distante.

COMO O UNICEF APOIOU ALZIRA E ABEL E OUTRAS MÃES E CRIANÇAS

- **Acesso a um pacote essencial de saúde** e nutrição nos centros de saúde e nas Semanas Nacionais de Saúde
- **Promoção do aleitamento materno** e treinamento das mães em matéria de dieta saudável (demonstrações de preparação de alimentos)
- **Demonstração de resposta integrada ao HIV e SIDA** em centros de saúde seleccionados
- **Melhor gestão dos furos** e sistemas de abastecimento da água das vilas
- **2.000 novos furos** e reabilitação de 400 apetrechados com bombas manuais
- **Base de dados distrital** de todos os pontos de abastecimento de água e sua situação operacional
- **Campanha Tolerância Zero à Violência** implementada nas escolas
- **Linha de apoio à criança**, que recebeu até 200.000 chamadas, 64% das quais receberam apoio psicossocial ou encaminhamento
- **Campanhas nacionais de comunicação** que abordam normas sociais negativas

2013 - REALIZAÇÕES DE POLÍTICAS



ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMUNICAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DO SIDA FORMULADA



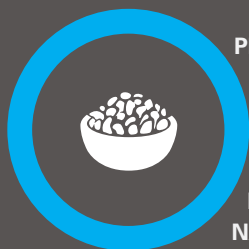
PLANOS DE TRATAMENTO PARA A REDUÇÃO DE **PTV*** ELABORADOS E IMPLEMENTADOS



GOVERNO **EMPENHADO** EM INCREMENTAR O PROGRAMA DE AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARES



ABORDAGENS **SECTORIAIS** COORDENADAS NA SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASH



PLANO DE ACÇÃO NACIONAL CONTRA A MAL-NUTRIÇÃO **CRÓNICA** IMPLEMENTADO NA ZAMBÉZIA



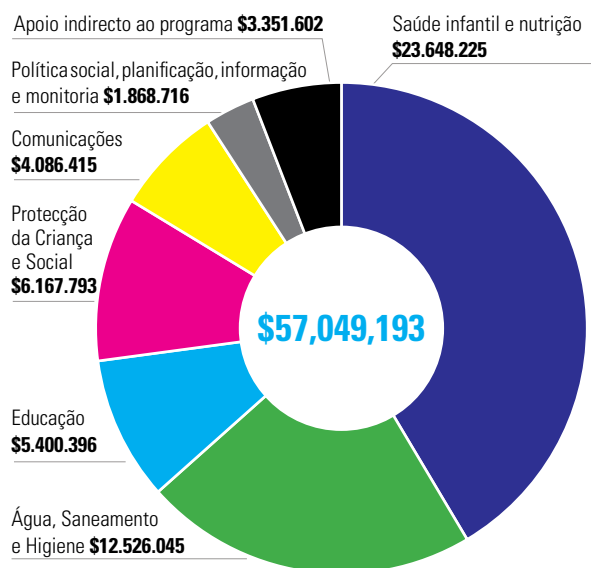
FORMULAÇÃO DE DIRECTIVAS NACIONAIS SOBRE A **SAÚDE INFANTIL**

*Transmissão do HIV de mãe para filho



2013 EM NÚMEROS

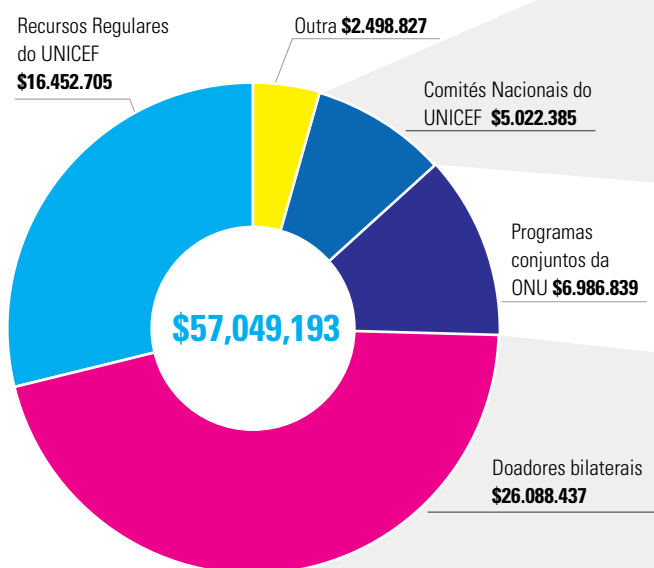
FIGURA 1: FUNDOS UTILIZADOS POR ÁREA DE PROGRAMA



NOTAS:

O programa de Saúde Infantil e Nutrição utilizou aproximadamente 41% de um total de \$57 milhões, quase metade dos quais se destinou à realização das Semanas Nacionais de Saúde, tendo sido vacinadas mais de 8 milhões de crianças no total. O programa de Água, Saneamento e Higiene (ASH) utilizou \$12,5 milhões, ou 22%, para melhorar o abastecimento de água e saneamento nas comunidades rurais, vilas e escolas. Com uma participação de 9%, a Educação realizou trabalho de políticas a montante e apoiou escolas amigas da criança em 7 distritos, enquanto a Protecção da Criança e Social constituíram 11% das despesas. Foi fornecido trabalho de valor acrescentado adicional a programas através da assistência técnica, comunicação para o desenvolvimento, envolvimento das políticas sociais e advocacia, embora estes não representem uma parte substancial das despesas totais.

FIGURA 2: FONTE DOS FUNDOS UTILIZADOS



NOTAS:

- Situados em 29%, os recursos regulares continuam a representar uma fonte importante de financiamento de base flexível.
- Vários doadores também disponibilizaram fundos para os programas conjuntos da ONU, representando aproximadamente \$7 milhões, dos quais \$3 milhões para a Saúde e Nutrição. Cerca de 22% dos fundos dos programas conjuntos da ONU apoiaram a realização dos ODM 4 e 5 na Zâmbia. Outras actividades foram realizadas em conjunto com outras agências das Nações Unidas no quadro do programa *Delivering as One*. Os doadores dos programas conjuntos da ONU incluem a ACIDI, CERF, ONUSIDA e UNOCHA.
- Outras fontes de financiamento incluem a *Micronutrient Initiative*, UNITAID, GAVI e contribuições temáticas da Sede do UNICEF.

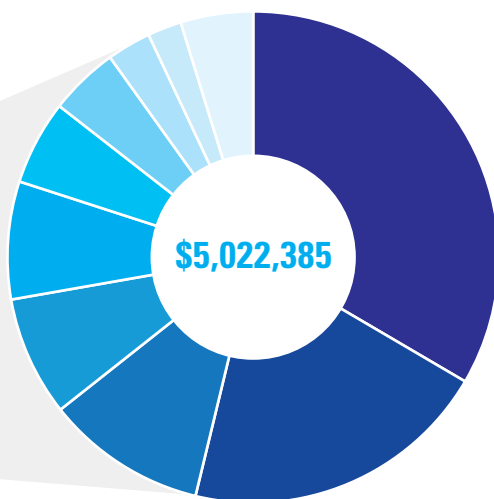


FIGURA 3: FUNDOS DOS COMITÊS NACIONAIS

Fundo dos EUA para o UNICEF	\$1,679,647	Comitê Nacional da GB	\$278,962
Fundos Consolidados dos Comitês Nacionais	\$1,021,128	Comitê Nacional da Noruega	\$229,451
Comitê Nacional da Holanda	\$531,067	Comitê Nacional do Japão	\$145,535
Comitê Nacional da Dinamarca	\$396,169	Comitê Nacional da Alemanha	\$112,039
Comitê Nacional da Finlândia	\$388,976	Outras contribuições (<\$100,000)	\$239,411

NOTAS:

Dezassete Comitês Nacionais do UNICEF disponibilizaram \$5 milhões, um terço dos quais destinados ao apoio ao sector da Educação. As contribuições dos Comitês Nacionais apoiam predominantemente a programação dos vários sectores. O Fundo dos EUA para o UNICEF continuou a ser o maior, disponibilizando 33% de todo o financiamento dos Comitês Nacionais. O Comitê Nacional da Holanda disponibilizou 11%, enquanto os Comitês Nacionais da Dinamarca e da Finlândia disponibilizaram 8% cada. O Comitê da GB disponibilizou 6%, e os Comitês Nacionais da Noruega, Japão e Alemanha providenciaram 5%, 3% e 2% respectivamente. Vários Comitês Nacionais deram contribuições inferiores a \$100.000, nomeadamente os da Austrália, Bélgica, Eslovénia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal e Suécia.

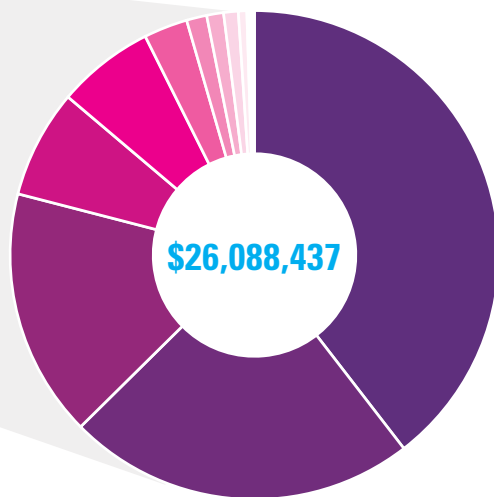


FIGURA 4: FUNDOS BILATERAIS

GB	\$10,313,922	Dinamarca	\$349,842
Países Baixos	\$6,017,235	Irlanda	\$289,960
Canadá	\$4,285,861	Comissão Europeia	\$252,597
Austrália	\$1,867,381	Noruega	\$145,316
USAID	\$1,679,875	Outros (<\$100.000)	\$132,015
Bélgica	\$754,433		

NOTAS:

Os doadores bilaterais disponibilizaram cerca de 46% da totalidade de fundos, dos quais 60% apoiaram a Saúde Infantil e Nutrição. O Departamento para o Desenvolvimento Internacional da Grã-Bretanha (DFID) foi o doador bilateral mais significativo, tendo disponibilizado 40% do total dos fundos, 90% dos quais apoiaram a Saúde e Nutrição. Os Países Baixos disponibilizaram 23% dos fundos, grande parte dos quais canalizados para a Iniciativa Um Milhão da Água, Saneamento e Higiene (ASH), enquanto o apoio do Canadá se centrou na saúde. A Austrália e a USAID disponibilizaram 7% e 6% dos fundos, financiando o Programa de ASH e a Saúde, respectivamente. O apoio da Bélgica incidu na redução e mitigação do risco de desastres. A Irlanda e a CE disponibilizaram 1% dos fundos cada para a Protecção e a Noruega disponibilizou 1% para ASH. A Finlândia e a Nova Zelândia também prestaram apoio financeiro aos Escritórios de Representação.

2014 E MAIS ALÉM

AS NOSSAS PRIORIDADES

Uma vez que 2013 foi um ponto intercalar do nosso programa 2012-15 em Moçambique, realizámos uma sucessão de reuniões com os nossos parceiros para entender se estávamos a fazer as coisas correctamente e se estávamos a fazê-las em prol do bem-estar das crianças em Moçambique. Isto resultou na nossa identificação de **cinco áreas prioritárias cruciais**, as quais definirão o trabalho do UNICEF nos próximos anos e contribuirão para maximizar uma mudança positiva nas vidas das crianças, especialmente as mais pobres e mais marginalizadas entre elas.

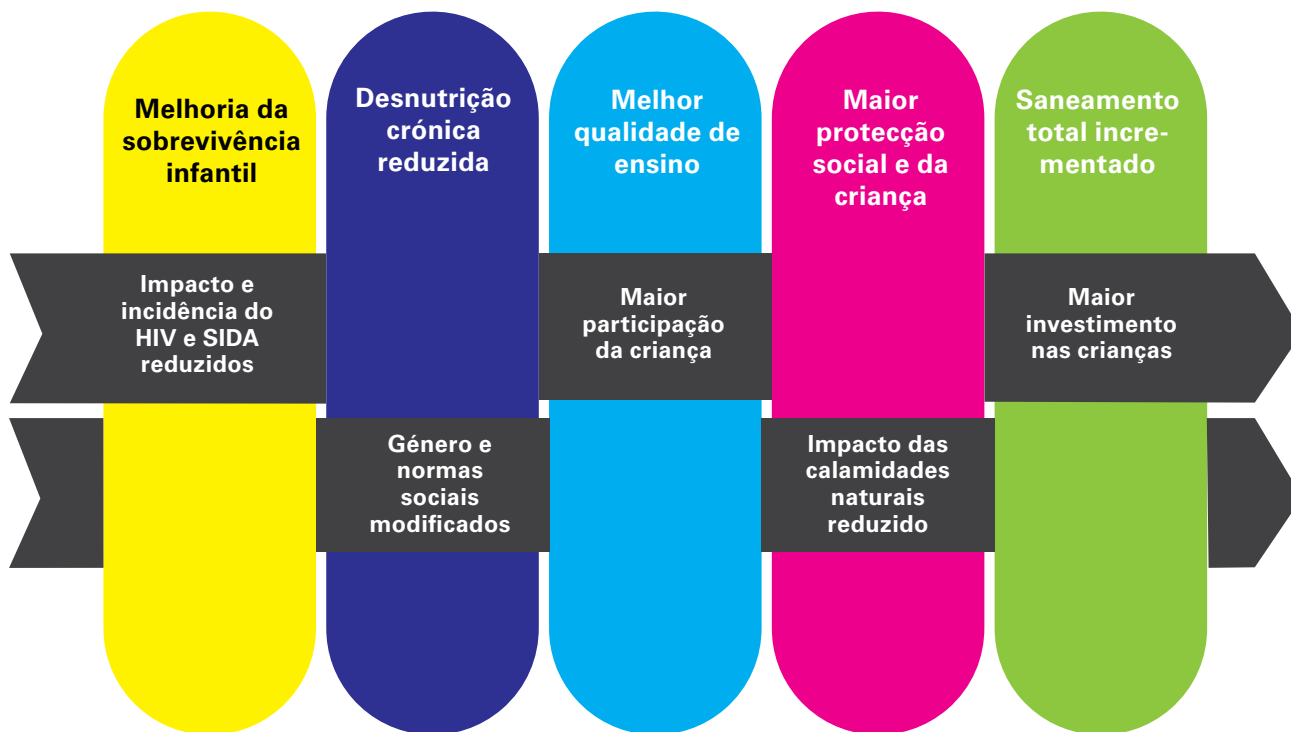
- **Melhor sobrevivência neonatal** e da criança através de intervenções na comunidade, incluindo o incremento das intervenções dos agentes polivalentes elementares e baseadas em factos
- **Desnutrição crónica** reduzida através do acesso a serviços essenciais, produtos e conhecimentos
- **Melhor ensino de qualidade**, aprimorando os resultados de aprendizagem, capacitação das instituições de formação de professores e melhoria das práticas de ensino com base nas comunidades
- **Protecção social e da criança** alargada através da gestão de casos baseados na comunidade e apoio da protecção jurídica e social
- **Saneamento total incrementado** nas zonas rurais, com ênfase nas abordagens comunitárias do saneamento total.

As prioridades temáticas serão reforçadas com cinco componentes transversais, a saber:

- **Incidência e impacto reduzidos** do HIV e SIDA, com ênfase na eliminação da transmissão vertical de mãe para filho, na prevenção da infecção dos adolescentes e no tratamento, cuidados e apoio às crianças afectadas
- **Incentivar uma mudança** completa nas normas sociais que constituem a base e afectam os resultados nas crianças, nomeadamente questões de desenvolvimento da criança, tais como o HIV, malnutrição, saneamento e gravidez precoce
- **Melhor participação da criança** e seu envolvimento nos processos de desenvolvimento
- **Maior investimento nas crianças** através de dados e de análise para planificar e orçar eficazmente o desenvolvimento da criança
- **Impacto reduzido das calamidades naturais**, criando resiliência e sistemas de apoio para as crianças, suas famílias e comunidades.

O UNICEF continuará a manter um pé na porta dos responsáveis pela definição de políticas e o outro firmemente assente na terra, principalmente nas províncias de foco de Tete e da Zambézia, onde a convergência entre os programas irá melhorar. Iremos gradualmente passar da prestação de serviços para um trabalho político baseado em factos, com ênfase num melhor aproveitamento das parcerias, capacitação, advocacia e inovação.

ÁREAS PRIORITÁRIAS



PRIORIDADES CRUCIAIS



ASSUNTOS TRANSVERSAIS PRIORITÁRIOS



Todas as fotos ©UNICEF Moçambique/2013/Marques
excepto p. 30 ©UNICEF Moçambique/2013/Daniels
p. 31 ©UNICEF Moçambique/2013/Sahba

Texto: Melany Markham
Conceito e editor: Patsy Nakell, Gabriel Pereira
Design: Daniela Cristofori
Publicado e traduzido por: UNICEF Moçambique

Todos os dados contidos neste relatório são extraídos das estatísticas mais recentes disponíveis do UNICEF e agências parceiras.

Todos os valores encontram-se em dólares americanos, salvo indicação em contrário.

Para descarregar uma versão electrónica ou em português deste relatório ou para rectificações, visite www.unicef.org.mz.

©United Nations Children Fund (UNICEF) 2014

UNICEF MOÇAMBIQUE

1440, Ave do Zimbabwe

C.P 4713

Maputo, Moçambique

Telefone: +258.21.481.100

Email: maputo@unicef.org

www.unicef.org.mz

www.facebook.com/unicef.mozambique

juntos pelas crianças