

A Pobreza na Infância em Moçambique

Uma Análise da Situação e das Tendências

SUMÁRIO

Introdução

Neste documento estão resumidas as principais constatações do relatório “A Pobreza na Infância em Moçambique: Uma Análise da Situação e das Tendências”, onde é apresentado um panorama geral da situação sócio-económica dos dez milhões de crianças moçambicanas especialmente no tocante à pobreza na infância, e é analisada a situação actual das crianças em Moçambique. Apresenta também uma visão geral das políticas estatais e do ambiente de prestação de serviços para crianças, identificando áreas em que se tem de avançar e fazendo recomendações sobre como prosseguir.

Outra contribuição do relatório consiste em proporcionar uma perspectiva baseada em direitos humanos dos esforços nacionais para reduzir a pobreza na infância e melhorar, para todas as crianças em Moçambique, os resultados no seu desenvolvimento. Com esse fim em

vista, apresenta-se uma medida da pobreza baseada em privações na infância, que vem complementar a medida oficial da pobreza em crianças baseada no consumo, recorrendo a uma definição que analisa o acesso das crianças à água, saneamento, abrigo, educação, saúde, nutrição e informação. Através desta abordagem, e com base no corpo de dados e trabalho analítico que tem sido realizado pelo Governo e seus parceiros de desenvolvimento, são examinadas as disparidades e as causas imediatas e subjacentes da pobreza na infância.

O objectivo é que todos os parceiros envolvidos em esforços nacionais para promover o desenvolvimento da criança utilizem esta Análise da Situação e das Tendências como fonte de informação, análise e recomendações para a programação e definição de políticas.

A Pobreza na Infância

A pobreza na infância considera a pobreza especificamente vivida por seres humanos em qualquer sociedade durante a sua infância. As crianças vivenciam a pobreza diferentemente dos adultos, na medida em que, para além dos efeitos imediatos que a pobreza nelas tem, tem também efeitos que se vão fazendo sentir pela vida fora, passando para a vida adulta. Por exemplo, malnutrição crónica, desenvolvimento mental reduzido, ou trauma psicológico vividos na infância afectam uma pessoa para o resto da sua vida.

As crianças que vivem na pobreza estão privadas de muitos dos seus direitos, tais como o direito de sobreviver, de se desenvolver, de participar e de serem protegidas. O instrumento legal internacional fundamental em matéria de direitos da criança é a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), de que Moçambique é signatário. Asseverando a Convenção os direitos fundamentais da criança, pode definir-se a pobreza na infância como sendo a privação desses direitos básicos.

Para operacionalizar esta abordagem da pobreza na infância baseada em direitos, o relatório adopta uma abordagem baseada em privações, a qual se serve de uma série de indicadores - conhecidos como ‘indicadores de Bristol’ - para

medir o acesso das crianças a sete direitos (nutrição, água, saneamento, cuidados de saúde, abrigo, educação e informação). Se uma criança não tem acesso a algum desses direitos - como o direito à educação básica, por exemplo - a situação é descrita como ‘privação grave’. Diz-se que as crianças vivem em pobreza absoluta quando enfrentam duas ou mais formas de privação grave. Esta definição de pobreza na infância é designada por abordagem baseada em privações e é apresentada em paralelo com a medida-padrão de pobreza baseada no consumo. As duas medidas são vistas como mutuamente complementares.

Os ‘Indicadores de Bristol’ foram originalmente desenvolvidos para medir privações nos mais diversos países. Desenvolver um conjunto universal de indicadores para todos os países pobres é, no entanto, irrealista. Assim, para efeitos deste relatório, os indicadores de Bristol foram adaptados para reflectir o contexto moçambicano. A tabela abaixo resume os indicadores utilizados na análise. Não foram ponderadas as diferentes privações para tentar apreender a sua importância relativa: apresentam-se ao leitor dados sobre as diferentes privações e deixa-se que ele decida quanto à sua importância relativa no quadro da respectiva análise.

Tabela 1: Indicadores baseados em privações para Moçambique

Forma de Privação Severa	Indicador	Artigo da CDC Associado
Privação Severa de Nutrição	Crianças com menos de cinco anos de idade cujas alturas e pesos para a idade sejam mais de -3 desvios-padrão abaixo da média da população de referência internacional, i.e., grave carência antropométrica	Saúde: combater a doença e a malnutrição - 24 (2) (c)
Privação Severa de Água	Crianças com menos de 18 anos de idade que só têm acesso à água superficial (por exemplo, de rios) para beber ou que vivem em agregados onde a fonte de água mais próxima se situa a 30 minutos de caminho	Saúde: proporcionar água limpa potável - 24 (2) (c)
Privação Severa de Saneamento	Crianças com menos de 18 anos de idade que não têm acesso a um sanitário de qualquer espécie na vizinhança da sua habitação, incluindo sanitários ou latrinas comunais	Saúde: apoiar higiene e saneamento - 24 (2) (e)
Privação Severa de Saúde	Crianças com menos de cinco anos de idade que nunca foram vacinadas ou que sofreram de uma infecção respiratória aguda que não foi tratada	Saúde: direito à saúde e instalações de saúde, combater a doença e a malnutrição - 24 (1)/(2)(c)
Privação Severa de Abrigo	Crianças com menos de 18 anos de idade que vivem em habitações com mais de cinco pessoas por quarto (sobrelotação grave)	Nível de vida: medidas para proporcionar alojamento - 27 (3)
Privação Severa de Educação	Crianças com idades entre 7 e 18 anos que nunca frequentaram a escola e que não estão presentemente a frequentar escola	Educação: ensino primário obrigatório gratuito - 28 (1) (a)/(b)
Privação Severa de Informação	Crianças com idades entre 5-18 anos que não possuem nem têm acesso à rádio, televisão, telefone ou jornais em casa	Informação: acesso à informação - 13/17

Fontes: Adaptado de Gordon et al. 2003 pelo UNICEF Moçambique

O Contexto do Desenvolvimento

O desempenho do país desde o fim da guerra civil no que respeita a indicadores relativos - isto é, a tendência de desenvolvimento - foi extremamente positivo. Desde que terminaram os 16 anos de guerra, em 1992, o país tem vivido uma transição relativamente suave para a estabilidade política e democracia, criado estabilidade macroeconómica e gozado de crescimento económico real sustentável.

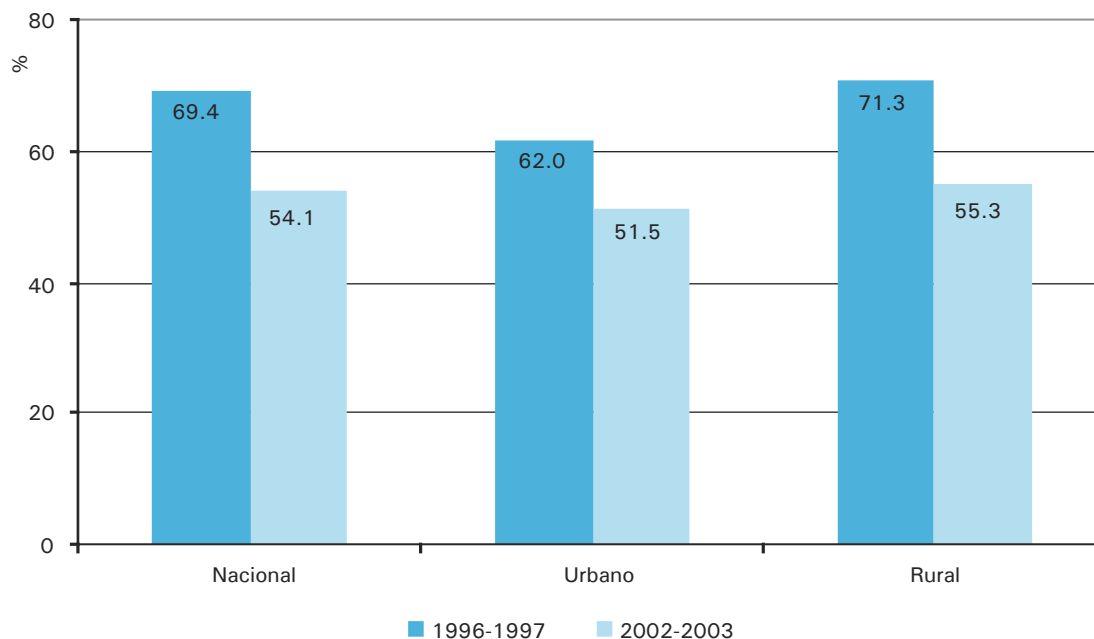
A economia cresceu a um ritmo particularmente intenso, rondando os 8,5 por cento ao ano entre 1997 e 2005, tendo o PIB real ultrapassado o seu nível de antes da independência em 2001. Este crescimento foi apoiado em particular por uma expansão rápida e sustentada do sector da Educação e uma forte recuperação do sector agrícola, que representou 23,6 por cento do crescimento do PIB real entre 1991 e 2004, sugerindo uma recuperação económica de base relativamente ampla beneficiando famílias rurais pobres. Esta situação está reflectida numa decrescente tendência da pobreza, com significativas reduções na percentagem dos que nela vivem. A percentagem da população que vive abaixo da linha de pobreza de consumo

desceu de 69 para 54 por cento entre 1996/97 e 2002/03 (ver Figura 1), ultrapassando a meta de 60 por cento definida na primeira estratégia de redução da pobreza do país (conhecida como PARPA I). Embora a pobreza continue mais elevada em áreas rurais (55 por cento) do que em áreas urbanas (52 por cento), decaiu mais rapidamente nas áreas rurais (uma diminuição de 22 por cento) do que nas áreas urbanas (uma diminuição de 20 por cento).

Apesar deste impressionante progresso, a base significativamente baixa de que parte - Moçambique classificava-se como país mais pobre do mundo em 1992 - significa ser ainda longo o caminho a percorrer. Mais de metade das crianças moçambicanas viviam abaixo da linha de pobreza em 2002/03. Hoje, muitos direitos da criança continuam por realizar, com 49 por cento delas a viverem em pobreza absoluta usando a medida baseada em privações.

A combinação de uma situação inicial muito baixa com forte desenvolvimento subsequente reflecte-se no progresso do país para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Moçambique promete cumprir várias metas dos ODM que definem o progresso relativo no respeitante a algumas das balizas nacionais anteriores - as de redução da pobreza, da mortalidade infantil e da mortalidade

Figura 1: Percentagem da população que vive abaixo da linha de pobreza



Fonte: IAF, 1996/7 e 2002/3

materna - devido a esta forte tendência de desenvolvimento. No entanto, metas que definem progresso relativo no que respeita a limiares absolutos, tais como a educação primária universal e a igualdade de género, continuam distantes (ver Tabela 2 abaixo).

Esforçando-se por criar estabilidade económica, o Governo promoveu igualmente a redução da pobreza na infância direccionando despesas públicas para serviços públicos prioritários através do Orçamento do Estado. A despesa pública do Orçamento do Estado, como apresentada nas contas do Estado, correspondeu de um modo geral às metas sectoriais no período do PARPA I, sendo até provável que as tenha excedido, considerando os grandes volumes de assistência externa que não foram apreendidos pelas contas do Estado.

Evidências do impacto da despesa pública (metade da qual, aproximadamente, é financiada por assistência externa) sugerem ter sido, em grande medida, a favor dos pobres, embora o relatório realce a importância de uma distribuição equitativa de recursos pelas províncias e programas. Por exemplo, a despesa per capita do sector de saúde em 2005 foi, em média, de 2 dólares na província da Zambézia, onde indicadores de bem-estar da criança se encontram entre os piores do país, comparados com 5 dólares na cidade Maputo, onde aqueles indicadores são de longe melhores. A inclusão das despesas dos três hospitais centrais do país - provavelmente de muito difícil acesso para os mais pobres - exacerba em muito essas disparidades na afectação de verbas.

Tabela 2: Ponto de situação em relação aos ODMs

Meta para 2015	Em vias de atingir?
Reduzir para metade a percentagem de pessoas que vivem em pobreza extrema	Sim
Reduzir para metade a percentagem de pessoas que sofrem de fome	Não
Garantir que todos os rapazes e raparigas sejam capazes de concluir todo o ensino primário	Não
Eliminar a disparidade de género em todos os níveis de educação	Não
Reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos	Sim
Reduzir em três quartos o rácio de mortalidade materna	Sim
Travar e começar a reverter a propagação do HIV e SIDA	Não
Travar e começar a reverter a incidência da malária e outras principais doenças	Sim
Integrar princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas do país e reverter a perda de recursos ambientais	Não
Reduzir para metade a percentagem de pessoas sem acesso à água potável e saneamento	Não
Levar adiante o desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em normas, previsível e não-discriminatório.	Sim

Fonte: GM/NU 2005

Reunindo forças na luta contra a pobreza na infância

Embora o Governo de Moçambique seja o primeiro responsável pela observância, protecção e cumprimento dos direitos das crianças moçambicanas, são vários os actores que intervêm nessa matéria em que todos os sectores da sociedade têm um papel a desempenhar, começando pelas próprias crianças.

Crianças

Nos últimos anos, a participação das crianças e jovens tem recebido maior atenção em Moçambique. Uma abordagem ao desenvolvimento baseada em direitos humanos significa que as crianças são vistas como actores no seu próprio desenvolvimento. As crianças têm o direito de participar em processos de tomada de decisões que possam ser relevantes nas suas vidas e de exprimir os seus pontos de vista sobre todas as matérias que as afectam.

Família e comunidade

As famílias são responsáveis por cuidar adequadamente das crianças, cabendo às comunidades exigir serviços para os seus membros e assegurar que todas as suas crianças mereçam bons cuidados, sejam protegidas e tenham acesso aos serviços de que necessitam.

Organizações da sociedade civil

Organizações da sociedade civil, assim como organizações não-governamentais (ONGs), organizações comunitárias, associações do sector privado e académicos são os canais através dos quais as pessoas participam na vida política e social da sua sociedade. Podem fazer exigências, defender e promover os direitos das crianças a nível local e nacional e envolver-se no diálogo político com o Governo.

Governo

Como signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC) e outros acordos internacionais sobre crianças e direitos humanos, o Governo de Moçambique é o primeiro responsável pela realização progressiva dos direitos da criança. Os ministérios da Saúde (MISAU), da Educação e Cultura (MEC), das Obras Públicas e Habitação (MOPH) da Mulher e Acção Social (MMAS) e o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) são de particular importância para as crianças. Os Ministérios do Plano e Desenvolvimento e das Finanças são também de particular importância, pois produzem o Orçamento do Estado e outros instrumentos-chave de planificação e orçamentação.

Parlamento

O Parlamento é um detentor de obrigações para com os direitos da criança, não apenas por assegurar que a legislação nacional esteja em conformidade com a CDC, mas também por combater a pobreza na infância assegurando uma distribuição suficiente e equitativa de recursos para serviços sociais.

Parceiros internacionais de desenvolvimento

Os parceiros de Cooperação Internacional do Governo, trabalhando aos níveis nacional, provincial e distrital, têm também responsabilidades pelo melhoramento da situação das crianças em Moçambique. Fundos externos financiaram cerca de metade do Orçamento do Estado, e há pelo menos 44 organizações internacionais de desenvolvimento a operar em Moçambique.

Identificação dos Mais Vulneráveis

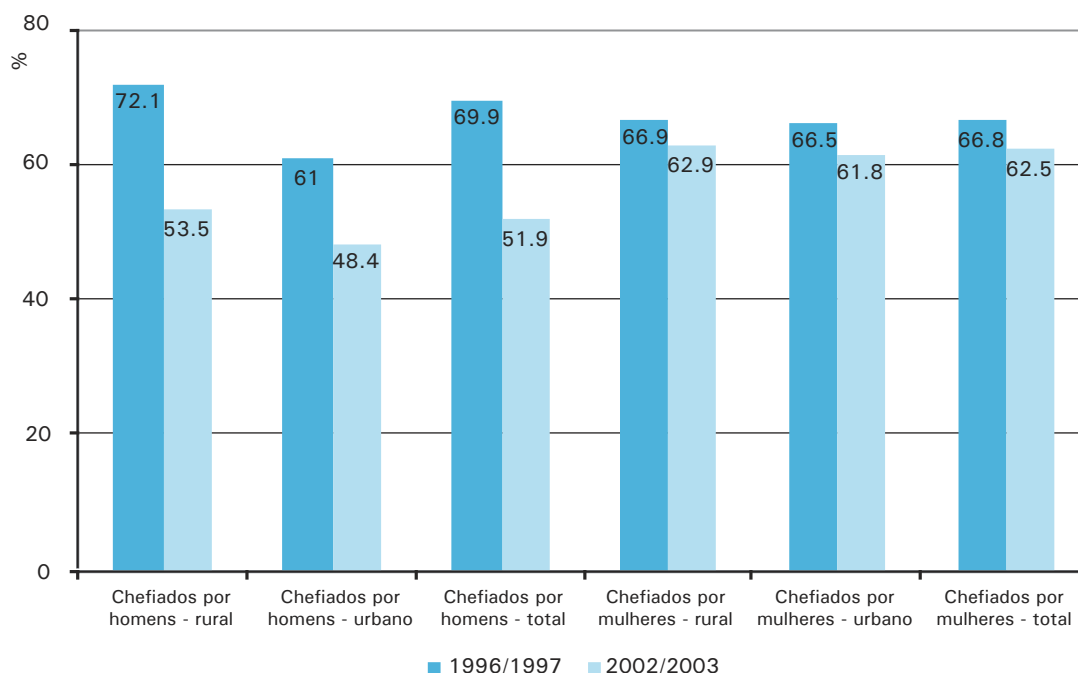
Um elemento demográfico crucial do contexto de desenvolvimento é o facto de a densidade populacional em Moçambique ser bastante baixa, sendo a população predominantemente rural. A densidade populacional está estimada em 25,3 habitantes por Km² (comparada com 69 por Km² no vizinho Malawi, por exemplo), com cerca de 69 por cento dos moçambicanos a viverem em áreas rurais em agregados familiares de, em média, 4,2 membros (comparados com 4,7 em áreas urbanas). Esta distribuição da população torna muito difícil a prestação, com eficiência de custos, de serviços básicos e programas de apoio em áreas rurais, realçando muitas das disparidades urbano-rurais identificadas no relatório. A pobreza e a desigualdade são problemas generalizados: os pobres vivem frequentemente lado a lado dos não-pobres, estando a maior desigualdade representada por

diferenças dentro de distritos. Sendo assim, é particularmente desafiador conceber programas para atingir de maneira eficaz as crianças mais pobres.

Agregados familiares chefiados por mulheres, que representam um terço do total dos agregados familiares em Moçambique e que suportam um desproporcionado fardo no cuidar de crianças órfãs, são também mais pobres do que famílias chefiadas por homens. Embora a pobreza baseada no consumo tenha tido uma redução de 26 por cento em agregados familiares chefiados por homens (de cerca de 70 por cento em 1996/97 para 52 por cento em 2002/03), conheceu uma redução de apenas 6 por cento em agregados familiares chefiados por mulheres (de cerca de 67 por cento para 63 por cento durante o mesmo período) (ver Figura 2).

O impacto da epidemia da SIDA é dramático. A estimativa da prevalência nacional do HIV para 2004 era de 16,2 por cento em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos.

Figura 2: Percentagem de agregados familiares que vivem abaixo da linha de pobreza sendo o agregado familiar chefiado por homens ou mulheres



Fonte: GM et al. (1998) e Chiconela (2004)

Dos 1,6 milhões de órfãos estimados, mais de 380.000 perderam um ou ambos os pais devido a doenças relacionadas com a SIDA. Espera-se que o número de crianças órfãs aumente para 626.000 em 2010. A esperança de vida à nascença deverá também sofrer uma queda de 37,1 anos em 2006 para 35,9 em 2010. Os órfãos que são integrados em outros agregados familiares podem sofrer discriminação: no seio dos agregados familiares pobres há evidências de uma afectação de recursos tendenciosa a desfavor de crianças que não são descendentes biológicos directos do chefe do agregado familiar.

Apesar de uma forte tendência positiva na redução da pobreza, os pobres e muitos dos que se estima estarem pouco acima da linha da pobreza continuam altamente vulneráveis a choques adversos, sendo portanto provável que haja grandes flutuações regionais em indicadores quantitativos de pobreza de ano para ano. A situação precária de muitos agregados familiares torna fundamental que os objectivos globais da redução da pobreza incluam esforços directos para proteger agregados pobres de choques, particularmente agregados chefiados por mulheres, permitindo-lhes manter um nível de vida adequado e relativamente estável. A análise sugere que esquemas de protecção social (como, por exemplo, transferências em dinheiro direccionadas) podem desempenhar um papel importante na protecção de agregados familiares mais vulneráveis contra a indigência, se bem que seja necessária uma cuidadosa planificação para que esses programas funcionem.

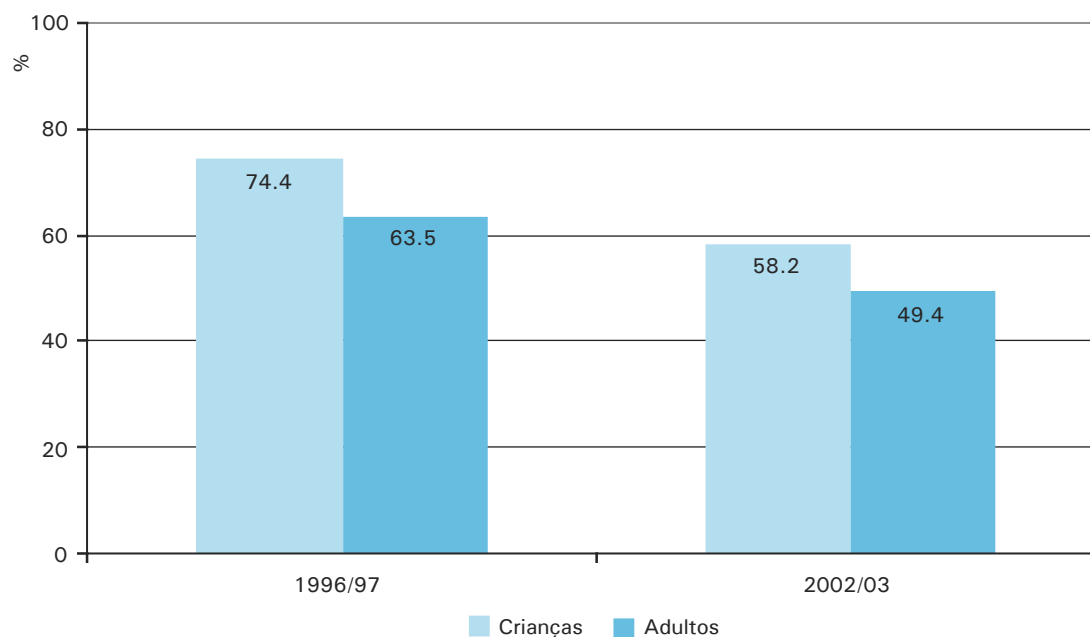
Avaliação da Pobreza na Infância

São usadas no relatório duas abordagens para avaliar a pobreza na infância: a medida oficial baseada no consumo, que se serve de estimativas de pobreza na infância extraídas do Inquérito aos Agregados Familiares (IAF), um inquérito sobre o rendimento e despesas dos agregados familiares, e a abordagem baseada em privações, que utiliza os indicadores de Bristol adaptados a Moçambique.

Medida baseada no consumo

A medida baseada no consumo obedece a padrões internacionalmente aceites e baseia-se em dados recolhidos no inquérito sobre o rendimento e despesa dos agregados familiares (IAF). Centra-se no consumo – e não no rendimento – porque é mais fácil de medir. Inclui tanto itens alimentares como não-alimentares, mas não apreende serviços públicos nem serviços realizados no lar. Como o consumo é apenas medido a nível de agregado familiar, não a nível individual, só pode proporcionar informação sobre o consumo do membro médio do agregado familiar, não de indivíduos, mulheres ou crianças, por exemplo, no agregado familiar. A pobreza na infância no quadro da medida baseada no consumo indica, portanto, a percentagem de crianças que vivem em agregados pobres, não proporcionando nenhuma medida da distribuição de recursos no seio do agregado.

Figura 3: Crianças e adultos a viver abaixo da linha de pobreza



Fonte: IAF, 1996/7 e 2002/3

A medida baseada no consumo indica que o nível de pobreza na infância em Moçambique diminuiu em 22 por cento entre 1996/1997 e 2002/2003 (ver Figura 3). A redução verificada nos níveis de pobreza foi mais acentuada em áreas rurais (uma diminuição de 24 por cento) do que em áreas urbanas (diminuição de 16 por cento). Há consideráveis diferenças entre as províncias, com níveis de pobreza na infância variando de 84 por cento em Inhambane a 39 por cento em Sofala em 2002/03. No entanto, o nível de pobreza nas crianças continua muito elevado, com 58 por cento das crianças vivendo na pobreza em 2002/2003, e, na verdade, na província de Cabo Delgado, na província de Maputo e na cidade de Maputo a percentagem de crianças que vivem em agregados pobres aumentou no período de 1996/1997 a 2002/2003.

Medida baseada em privações

Os indicadores usados para quantificar esta medida foram originalmente desenvolvidos para o UNICEF por uma equipa da Universidade de Bristol - pelo que são frequentemente referidos como Indicadores de Bristol. Os Indicadores de Bristol são baseados na abordagem de privação, concebida a partir da definição de pobreza absoluta concordada na Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Social, como a 'condição caracterizada por severa privação das necessidades humanas básicas'.

A abordagem baseada em privações baseia-se em dados recolhidos no Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2003. Indica que a percentagem de crianças moçambicanas que vivem em pobreza absoluta (isto é, com duas ou mais privações) em 2003 era de 49 por cento,

com níveis significativamente mais elevados nas áreas rurais (63 por cento) do que nas áreas urbanas (20 por cento) (ver Figura 4).

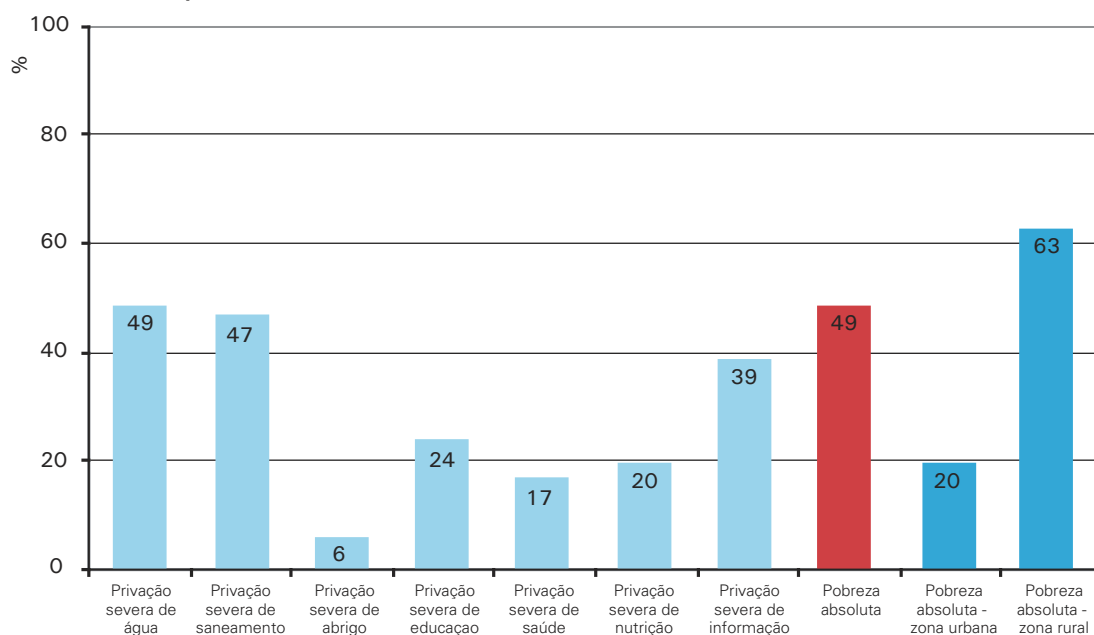
A desagregação da medida de privações por províncias revela que a percentagem de crianças a viver em pobreza absoluta é mais elevada na Zambézia (75 por cento), seguida de Sofala (59 por cento) e Nampula e Tete (55 por cento). A cidade de Maputo surge como tendo de longe os mais baixos níveis de pobreza com base nesta medida (ver Figura 5).

Estes resultados contrastam tremendamente com os que são gerados pela medida baseada no consumo. A cidade de Maputo regista apenas 3 por cento de pobreza infantil na medida baseada em privações, contra 60 por cento usando a abordagem baseada no consumo. A Província de Maputo revela uma diferença igualmente grande entre as duas estimativas. Isto explica-se pelo facto de a abordagem baseada no consumo não apreender directamente o consumo de serviços públicos como saúde, educação, água e saneamento, susceptíveis de particular concentração em áreas urbanas, particularmente em torno da sede do Governo Central.

A medida baseada em privações mostra não haver diferença entre raparigas e rapazes nos níveis de pobreza na infância quando expressos em termos de número geral de privações. No entanto, a análise de privações graves específicas revela que as raparigas estão mais severamente privadas de educação do que os rapazes.

De acordo com a medida baseada em privações, em famílias onde o chefe do agregado familiar

Figura 4: Privação severa e pobreza absoluta entre as crianças moçambicanas, 2003



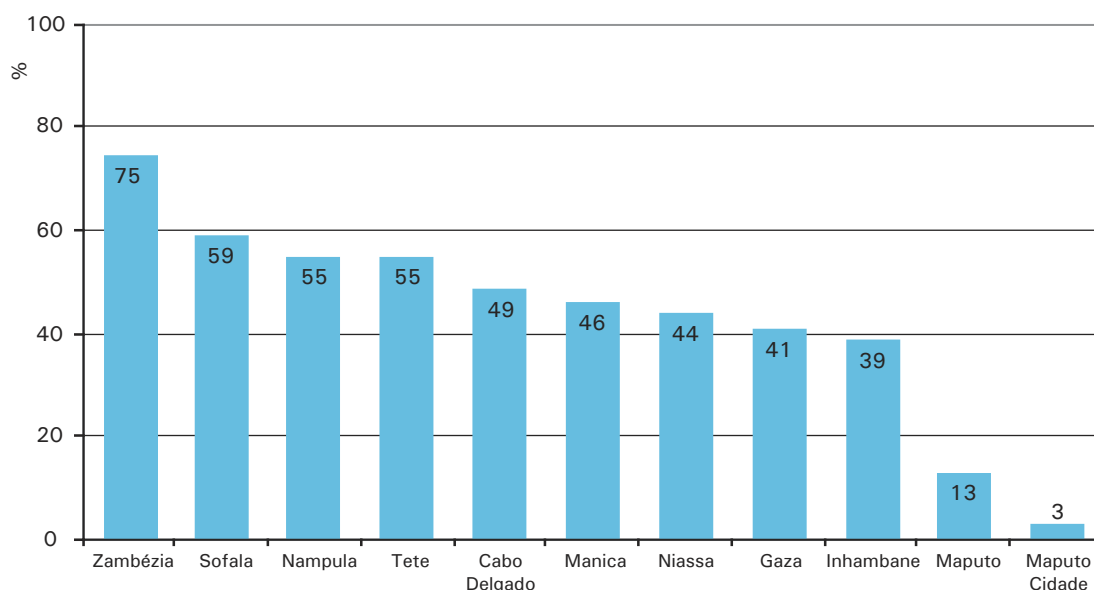
Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

não tem escolaridade, 68 por cento das crianças estavam a viver em pobreza absoluta em 2003, comparadas com 11 por cento em agregados onde o chefe tinha escolaridade secundária ou superior.

Nos últimos anos foi significativo o progresso na melhoria do bem-estar da criança e da mãe em Moçambique, o que permite esperar que o país venha a atingir as metas dos ODM de reduzir a mortalidade infanto-juvenil e materna. No entanto, apesar destes ganhos e das rápidas reduções na medida da pobreza tanto de consumo como não de consumo entre 1997 e 2003, a situação em várias áreas relacionadas com sobrevivência e desenvolvimento saudável da criança - em particular nos indicadores antropométricos-chave - não viu melhorias significativas durante o mesmo período.

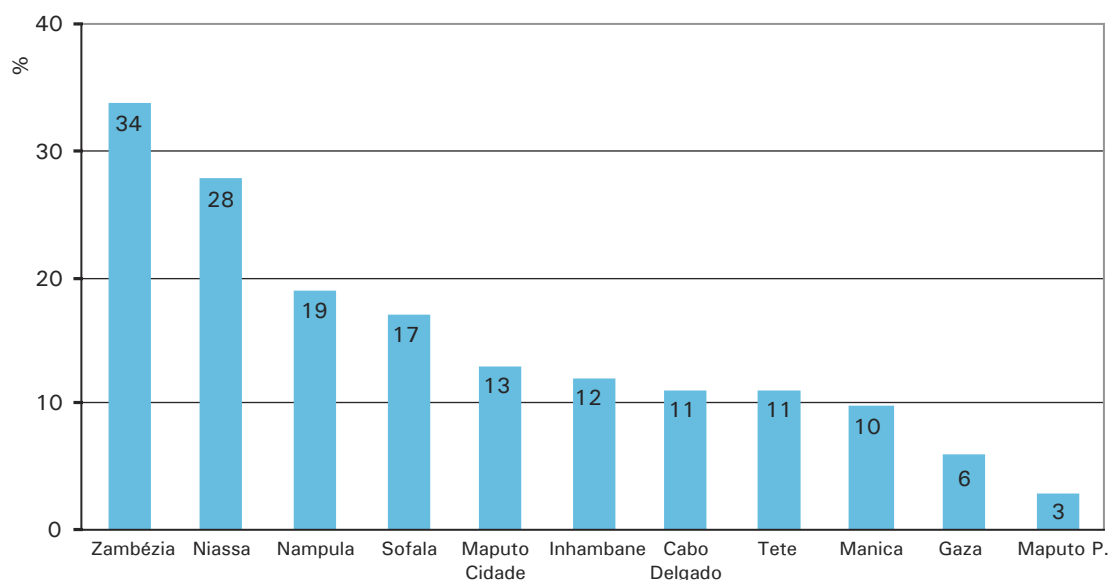
Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança

Figura 5: Distribuição da pobreza absoluta por província nas crianças



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

Figura 6: Percentagem de crianças com privação severa de saúde por província



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

Privações na infância em saúde, nutrição e água e saneamento

Privação severa de saúde

O indicador de privação de saúde é definido como a percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade que nunca foram vacinadas contra qualquer doença ou crianças pequenas que tiveram um episódio recente de infecção respiratória aguda e não receberam qualquer aconselhamento médico ou tratamento.

- 17 por cento das crianças moçambicanas com menos de cinco anos de idade estão severamente privadas de saúde. Existem disparidades entre províncias, com privação severa de saúde variando de 3 por cento na província de Maputo a 34 por cento na província de Zambézia (ver Figura 6).
- As crianças em agregados familiares cujo chefe não tem escolaridade têm uma probabilidade três vezes maior de enfrentar uma privação severa de saúde do que crianças em agregados familiares chefiados por uma pessoa com o nível escolaridade secundário ou superior.

Privação severa de nutrição

O indicador de nutrição é definido como a percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade cuja altura e peso para a idade se encontram mais de -3 desvios-padrão abaixo da média da população de referência internacional.

- Uma em cada cinco crianças com menos de cinco anos de idade está severamente privada em termos nutricionais.

- A privação severa de nutrição em crianças rurais é o dobro da que se verifica em crianças urbanas (23 por cento versus 11 por cento).
- As crianças em agregados familiares cujo o chefe não tem escolaridade são três vezes mais propensas a privação severa de nutrição do que crianças em agregados familiares em que o chefe tem escolaridade de nível secundário ou superior (25 por cento e 7 por cento, respectivamente) (ver Figura 7).

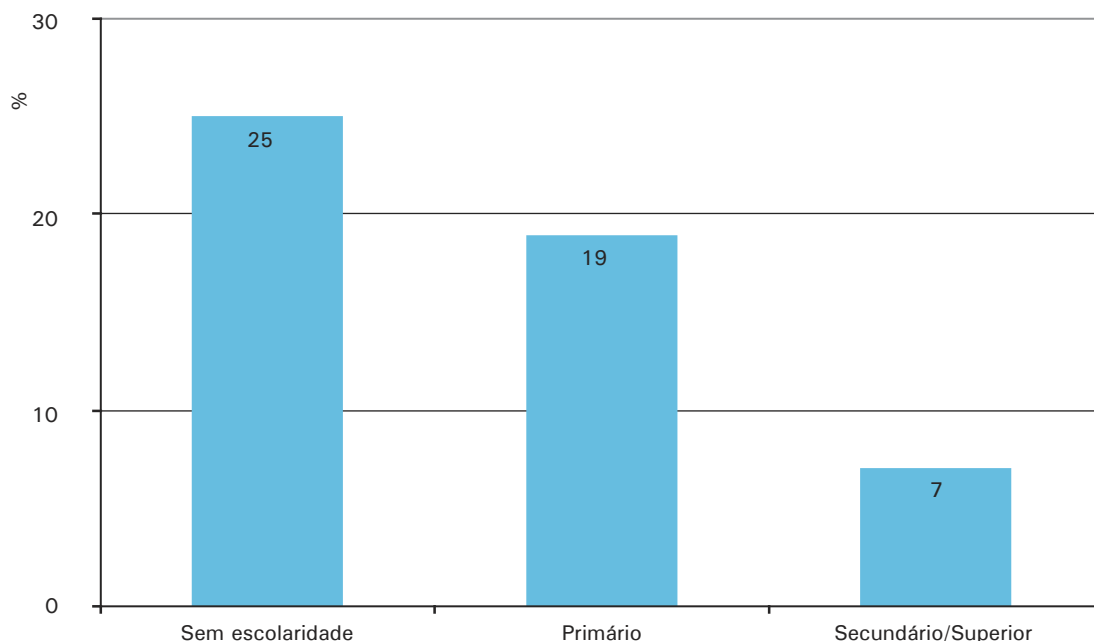
Privação severa de água e saneamento

O indicador de privação de água é definido como a percentagem de crianças com menos de 18 anos de idade que só têm acesso a água superficial (por exemplo, de rios) para beber ou que vivem em agregados familiares onde a fonte de água mais próxima se situa a mais de trinta minutos de caminho.

O indicador de privação de saneamento é definido como a percentagem de crianças com menos de dezoito anos de idade que não têm acesso a instalações sanitárias de qualquer espécie na vizinhança das suas residências, incluindo sanitários ou latrinas comunais.

- 49 por cento das crianças enfrentam privação severa de água e 47 por cento vivem privação severa de saneamento, o que faz da água e do saneamento as privações mais generalizadas vividas por crianças.
- Em áreas urbanas, 25 por cento das crianças enfrentam privação severa de água e 18 por cento enfrentam privação severa de saneamento. Em áreas rurais, a privação severa de água e saneamento em crianças chega aos 61 por cento.

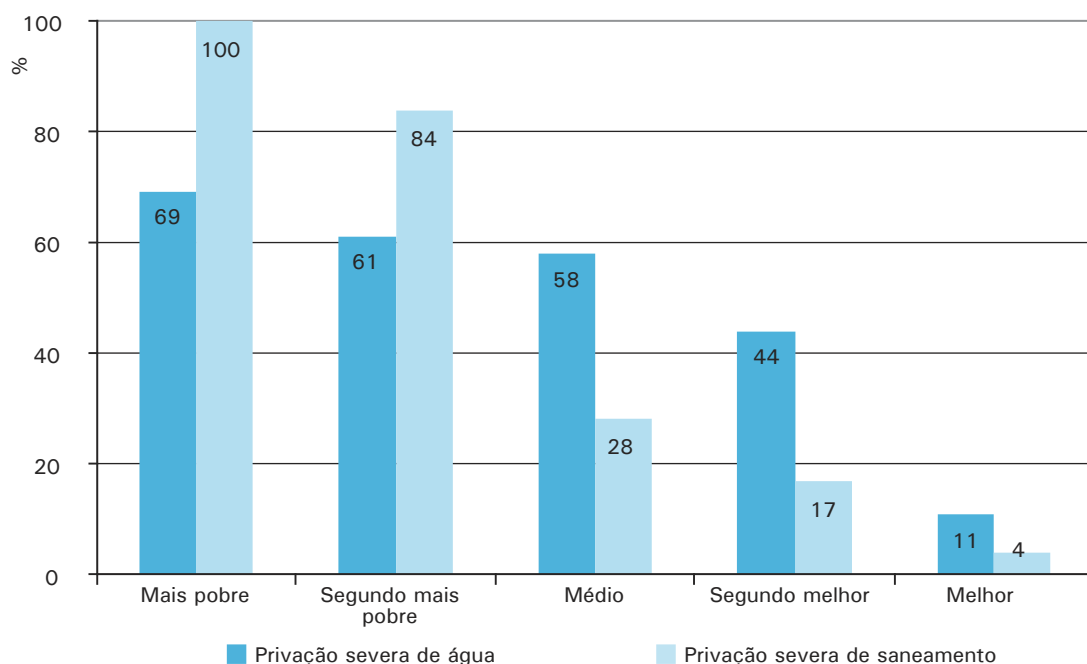
Figura 7: Percentagem de crianças com privação severa de nutrição por nível educacional do chefe do agregado familiar



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

- 59 por cento das crianças em agregados familiares cujo o chefe não tem escolaridade vivem com privação severa de água, em comparação com 21 por cento das crianças em agregados familiares em que o chefe tem escolaridade de nível secundário ou superior.
- 63 por cento das crianças em agregados cujo chefe não tem escolaridade enfrentam privação severa de saneamento, em comparação com apenas 10 por cento em agregados familiares em que o chefe tem escolaridade secundária ou superior.
- Entre as crianças mais pobres, a privação severa de água é de 69 por cento e a privação severa de saneamento é de 100 por cento (ver Figura 8).

Figura 8: Privação severa de água e saneamento em crianças por quintil de riqueza



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

Sobrevivência, saúde e nutrição maternas

Dada a ausência de dados demográficos completos e precisos, é difícil determinar a taxa de mortalidade materna (TMM) - o número anual de mortes em mulheres provocadas por causas relacionadas com gravidez por 100.000 nados-vivos. Moçambique promete alcançar o ODM de reduzir a TMM para 250 por 1.000 nados-vivos em 2015.

- A TMM parece ter diminuído substancialmente nos últimos anos, de uma estimativa de 1.000 mortes maternas por 100.000 nados-vivos em inícios dos anos 90 para 408 por 100.000 nados-vivos em 2003.
- As principais causas imediatas de mortes maternas incluem anemia, hemorragia, e rotura do útero, eclampsia e septicemia. Deficiências nutricionais, quando concorrentes com outras condições médicas, e anemia também contribuem para morte materna.

Um dos mais importantes factores que afectam a saúde da mulher é a boa nutrição, e o factor mais crítico que afecta a nutrição das mulheres é a sua carga de trabalho – as mulheres, especialmente em áreas rurais, trabalham sistematicamente longos e longos períodos e a energia que ingerem não é proporcional ao trabalho que produzem.

- Cerca de 9 por cento das mulheres sofrem de malnutrição.
- A prevalência da malnutrição é maior em mulheres de áreas rurais que de áreas urbanas.
- Anemia e deficiência de vitamina A são os principais problemas nutricionais que afectam as mulheres, particularmente as que estão grávidas e a amamentar.

Os indicadores sobre cuidados pré-natais e os cuidados na infância proporcionam bons indicadores de cuidados de saúde materna.

- A cobertura de cuidados pré-natais melhorou significativamente nos últimos anos, tendo a percentagem de mulheres assistidas pelo menos uma vez por pessoal de saúde qualificado durante a gravidez aumentado de 71 por cento em 1997 para 85 por cento em 2003.
- Muitos ganhos nos cuidados pré-natais foram registados em áreas rurais, onde aumentaram de 65 por cento em 1997 para 79 por cento em 2003. Nas áreas urbanas, os cuidados pré-natais continuam quase universais, com um ligeiro aumento de 96 por cento em 1997 para 97 por cento em 2003.

- Nos cuidados durante o parto houve poucas melhorias. Em 2003, o IDS indicou que apenas 48 por cento dos nascimentos foram assistidos por pessoal de saúde qualificado, em comparação com 44 por cento em 1997.
- As disparidades nos cuidados durante o parto continuam acentuadas em termos de estatuto socio-económico da mulher, área de residência e localização geográfica. Aproximadamente dois terços das mulheres em áreas rurais têm partos sem assistência de pessoal de saúde qualificado, em comparação com cerca de um quinto das mulheres em áreas urbanas (34 por cento versus 81 por cento).

Sobrevivência infantil

O principal indicador de sobrevivência utilizado para medir o nível de bem-estar da criança e a sua taxa de mudança no país é a taxa de mortalidade de menores de cinco anos (TMM5). A TMM5 é resultado de uma ampla gama de factores: a saúde nutricional e o conhecimento de saúde das mães, a disponibilidade, utilização e qualidade dos serviços materno-infantis, o rendimento e a disponibilidade de alimentos na família, a disponibilidade de água limpa e saneamento seguro, e a segurança global do ambiente da criança. Moçambique promete alcançar os ODM no que respeita à mortalidade infanto-juvenil em 2015.

Como as medidas da taxa de mortalidade de menores de cinco resultam, por um lado, do processo de desenvolvimento, apresentam um bom quadro geral do estado de saúde das crianças moçambicanas e da sociedade moçambicana como um todo.

- Moçambique alcançou um decréscimo contínuo da taxa de mortalidade infanto-juvenil. Entre os períodos 1987-1997 e 1993-2003, a TMM5 diminuiu em cerca de 19 por cento, de 219 para 178 por 1.000 nados-vivos. A taxa de mortalidade infantil decresceu em cerca de 16 por cento de 147 para 124 por 1.000 nados-vivos.
- A taxa de mortalidade de menores de cinco diminuiu mais em áreas rurais do que em áreas urbanas, decaindo em cerca de 20 por cento em áreas rurais comparada com 5 por cento em áreas urbanas.
- No entanto, as taxas de mortalidade infanto-juvenil actuais continuam elevadas, com cerca de uma em cada seis crianças a morrer antes de completar os cinco anos de idade. Em 2004, estimava-se que o número total de mortes em crianças com menos de cinco anos de idade era de 117.000. Isto significa cerca de 320 mortes de crianças cada dia e representa uma TMM5 de 152 por 1.000 nados-vivos.

- A malária e a infecção respiratória aguda (IRA) são as duas principais causas imediatas de mortalidade em crianças pequenas, com o SIDA a surgir como principal causa de morte. A malnutrição é uma significativa causa subjacente de mortalidade infanto-juvenil.

Doenças na infância

Malária

- A malária é a principal causa de morte de crianças em Moçambique, não obstante o facto de ser prevenível e passível de tratamento. Estima-se que mais de uma em cada quatro mortes de crianças com menos de cinco anos se deva a malária.
- O IDS de 2003 indicou que embora 18 por cento das mulheres com crianças possuíssem uma rede mosquiteira, apenas 13 por cento das mulheres e 10 por cento das crianças estavam a utilizá-la (isto é, foram reportadas como estando a dormir debaixo de uma rede na noite que antecedeu o levantamento).
- Foram significativas as disparidades entre províncias e áreas de residência. Em áreas rurais, apenas 7 por cento das crianças estavam a utilizar uma rede, comparativamente a 16 por cento em áreas urbanas.

Infecção respiratória aguda (IRA)

- A infecção respiratória aguda (IRA) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em crianças pequenas, sendo a pneumonia a infecção mais grave.
- De acordo com o IDS de 2003, cerca de 10 por cento das crianças com menos de cinco anos apresentavam sintomas de IRA nas duas semanas precedentes ao levantamento, sendo as crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 meses as mais afectadas (39 por cento)

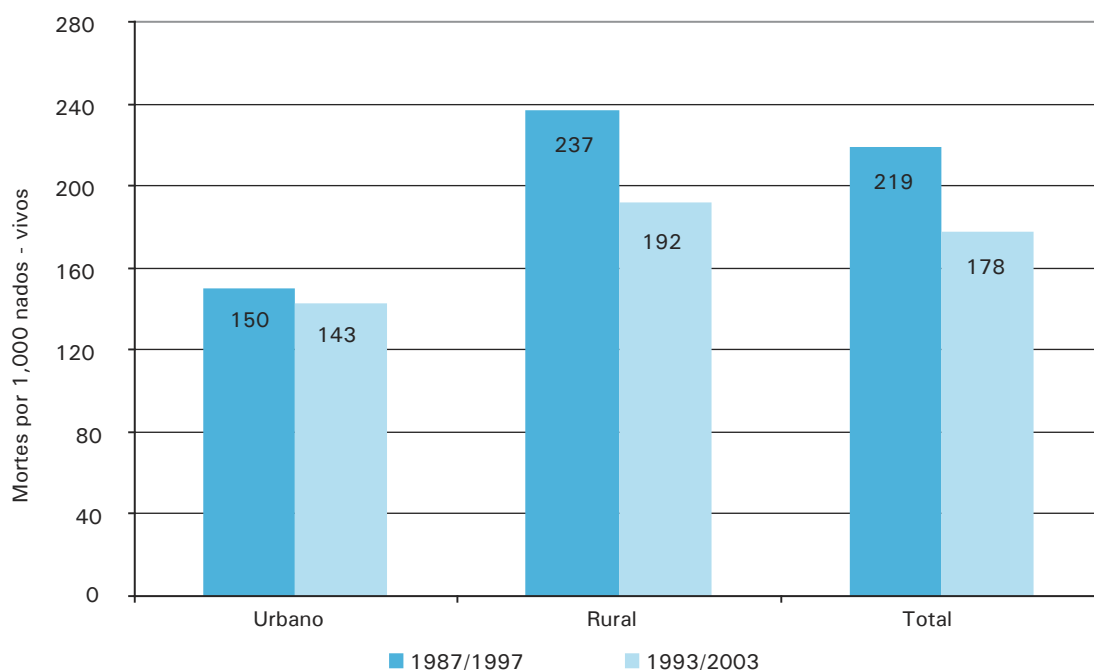
Diarreia

- A diarreia é outra importante causa de morbilidade e mortalidade, particularmente em crianças com seis meses ou mais, quando elas começam a gatinhar e a comer alimentos complementares.
- De acordo com o IDS 2003, 14 por cento das crianças com menos de cinco anos tinham tido diarreia nas duas semanas que antecederam o levantamento.

Doenças preveníveis por vacinas e vacinação

- O Programa Alargado de Vacinação (PAV) para a melhoria da cobertura da vacinação de crianças contra doenças preveníveis por vacinas progrediu substancialmente nos últimos anos.

Figura 9: Taxa de mortalidade de menores de cinco anos: comparação entre 1987/1997 e 1993/2003



Fonte: DHS, 2003

- A percentagem de crianças com um ano de idade com vacinação completa contra as seis principais doenças preveníveis por vacina (difteria, tosse convulsa, tétano, poliomielite, sarampo e tuberculose) aumentou de 47 por cento em 1997 para 63 por cento em 2003.
- No entanto, a cobertura continua baixa e muito irregular. O IDS de 2003 indicou que a cobertura de vacinação completa em crianças com um ano de idade foi de 81 por cento em áreas urbanas comparativamente a apenas 56 por cento em áreas rurais. A cobertura em crianças de mães sem escolaridade foi de 49 por cento, comparativamente a 98 por cento em crianças de mães com escolaridade secundária.

Malnutrição

A malnutrição é factor que mais contribui para o elevado nível de mortalidade infantil. Está também estreitamente ligada a resultados futuros na educação, por influenciar grandemente o desenvolvimento cognitivo imediato e futuro da criança. As principais manifestações da malnutrição são deficiências em macro e micronutrientes.

Deficiências em macronutrientes

Para medir deficiências em macronutrientes em crianças, são usados 3 indicadores antropométricos padrão retirados do IDS de 2003: nanismo (altura para idade), marasmo (peso para altura) e insuficiência de peso (peso para a idade). Embora comparações directas entre diferentes inquéritos aos agregados familiares sejam metodologicamente difíceis, pesquisas que procuram corrigir estas diferenças em termos da concepção dos inquéritos confirmaram ter havido pouco progresso substantivo nestes indicadores antropométricos padrão nos últimos anos.

- Como base em padrões internacionais desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência de malnutrição crónica nas crianças moçambicanas é muito elevada (41 por cento), a prevalência de insuficiência de peso é elevada (24 por cento), e a prevalência de malnutrição aguda é baixa (4 por cento).
- Em áreas rurais, onde cerca de 70 por cento das crianças vivem, os níveis malnutrição são substancialmente mais elevados do que em áreas urbanas, chegando a 46 por cento de malnutrição crónica e 27 por cento de insuficiência de peso.
- As elevadas prevalência de malnutrição crónica e de insuficiência de peso em Moçambique têm enormes implicações sociais e económicas e constituem um dos principais desafios para intervenções de saúde pública.

Prevalência de nanismo (malnutrição crónica)

O nanismo, ou malnutrição crónica, mostra a malnutrição resultante de inadequações no estado nutricional da criança. O nanismo é um bom indicador do bem-estar geral de uma população, pois reflecte o contexto estrutural envolvente da malnutrição.

- A prevalência nacional de nanismo em 2003 foi de 41 por cento em crianças com 0-59 meses. A prevalência de nanismo grave foi de 18 por cento.
- As crianças que vivem em áreas rurais apresentam uma prevalência de nanismo muito mais elevada do que as que vivem áreas urbanas (46 por cento versus 29 por cento).

Prevalência de marasmo (malnutrição aguda)

O marasmo, ou malnutrição aguda, definido com base na relação peso para a altura, revela malnutrição resultante de excessiva perda de peso ocorrida em período recente devido a doença grave ou falta de alimentos.

- Em 2003, o IDS indicou que a prevalência de marasmo em crianças com menos de cinco anos de idade foi de 4 por cento.
- Houve pouca diferença entre áreas urbanas e rurais (3,1 por cento contra 4,3 por cento).

Prevalência de insuficiência de peso

Estar com insuficiência de peso revela o passado nutricional ou défices de saúde vividos por uma criança, tal como o nanismo.

- Comparação entre 1997 e 2003 indica que a prevalência da insuficiência de peso em crianças com menos de 13 anos de idade permaneceu em 26 por cento.
- As crianças que vivem em áreas rurais têm uma probabilidade duas vezes maior de terem insuficiência de peso que as que vivem em áreas urbanas (27 por cento versus 15 por cento).

Deficiências em micronutrientes

A outra grande manifestação de malnutrição é a deficiência em micronutrientes. A falta de dois minerais (iodo e ferro) e uma vitamina (vitamina A) desempenha um papel particularmente importante nestas deficiências.

- O levantamento nacional de Outubro de 2004 da deficiência de iodo em crianças de escolas primárias indicou que a prevalência global

de bócio em crianças era de 15 por cento. A deficiência de iodo continuar a ser, pelo mundo, a maior causa singular de danos no cérebro e retardamento mental preveníveis.

- Em 2002, o Levantamento Nacional da Deficiência em Vitamina A e Anemia indicou que 69 por cento das crianças com 6-59 meses sofriam de deficiência de vitamina A, 14 por cento de forma grave. A vitamina A melhora a resistência das crianças a infecção e a doenças diarreicas, IRA, sarampo e malária. A deficiência em vitamina A grave (DVA) pode também provocar fraca visão e cegueira.

Amamentação

O estado nutricional das crianças pequenas tem muito a ver com práticas das mães relacionadas com a alimentação de bebês e crianças, tanto em termos de deficiências em macronutrientes como em micronutrientes.

- Embora a grande maioria das crianças sejam amamentadas, com 92 por cento das mães a iniciar a amamentação no primeiro dia de vida, a taxa de abandono da amamentação exclusiva é muito elevada. Aos três meses de idade, apenas 38 por cento das crianças são exclusivamente amamentadas.
- O IDS de 2003 revela fracas práticas de amamentação em mulheres, com apenas 30 por cento das crianças tendo amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida.
- A amamentação exclusiva é mais elevada nas áreas rurais do que em áreas urbanas (32 por cento contra 25 por cento).

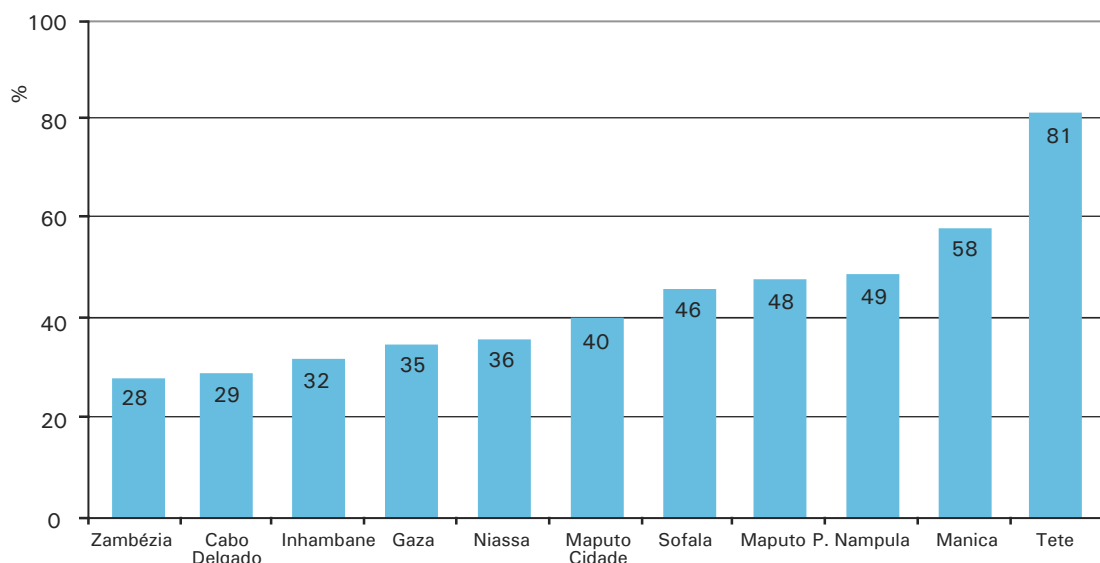
HIV e SIDA

Em 2006, era superior a 1,6 milhões o número estimado de moçambicanos a viver com HIV ou SIDA - 58 por cento mulheres e 5 por cento crianças com menos de cinco anos. O HIV e a SIDA estão a tornar-se rapidamente na principal causa de mortalidade em crianças, com um número estimado em 20.000 crianças com menos de cinco anos a morrer de SIDA em 2006.

Prevenção da transmissão da mãe para filho (transmissão vertical)

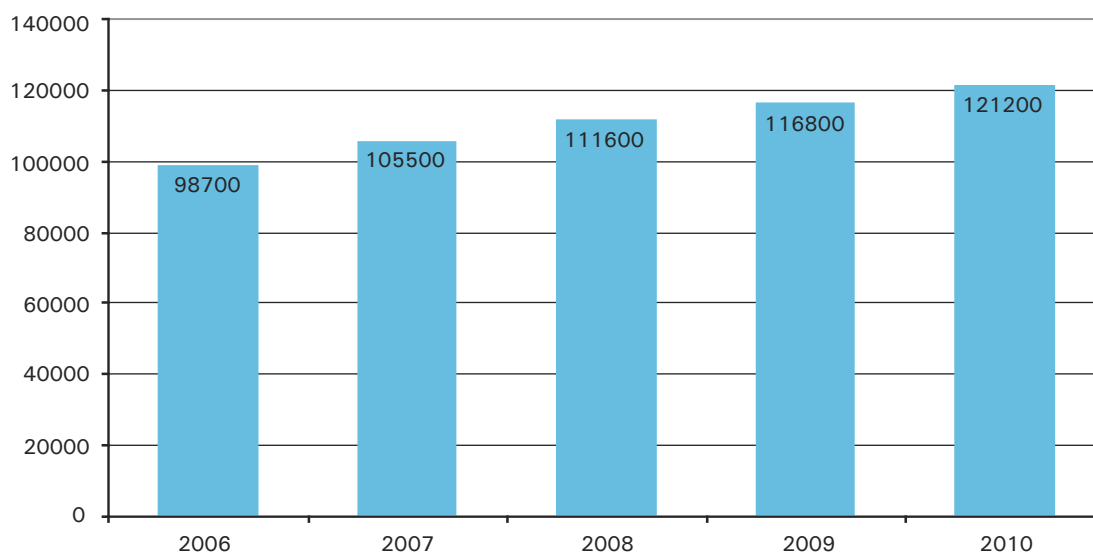
- Há cerca de 146.000 mulheres grávidas seropositivas em 2006, cerca de metade das quais nas quatro províncias centrais do país.
- O nível de conhecimentos sobre a transmissão de HIV da mãe para filho continua baixo. O IDS de 2003 indicou que apenas 44 por cento das mulheres e 43 por cento dos homens no grupo etário de 15 a 49 anos sabiam que o HIV podia ser transmitido da mãe para a criança durante a gravidez, o parto e a amamentação.
- Desde a criação de um programa nacional de prevenção da transmissão do HIV e SIDA de mãe para filho (prevenção de transmissão vertical - PTV), o número de instalações de saúde que oferecem serviços de PTV expandiu-se rapidamente, de oito em 2002 para 113 em meados de 2006.
- No entanto, a cobertura continua muito baixa e bastante desigual. Até meados de 2006, apenas 5 por cento do total estimado de mulheres grávidas seropositivas no país haviam recebido profilaxia para PTV.

Figura 10: Conhecimento entre moçambicanos da transmissão vertical do HIV de mãe para filho



Fonte: IDS, 2003

Figura 11: Crianças a viver com HIV e SIDA: projecção até 2010



Fonte: Impacto Demográfico da SIDA, Grupo Técnico Multisectorial de Apoio ao Combate ao HIV e SIDA, 2004

- É fundamental que se defina como prioritário o acesso à terapia anti-retroviral por mulheres elegíveis, tanto para a sua própria saúde como para reduzir o risco de transmissão pós-natal em mães a amamentar com baixo CD4 e elevada carga viral, e no quadro dos desafios que as mulheres enfrentam na implementação das opções alimentares recomendadas para bebés.

SIDA Pediátrico

- Há cerca de 99.000 crianças com menos de 15 anos a viver com HIV e SIDA em 2006, um número que se espera vir a aumentar para mais de 121.000 no ano 2010. Uma em cada duas crianças infectadas vive nas quatro províncias do centro do país.
- O número de novas infecções em crianças aumentou acentuadamente ao longo dos anos, de uma estimativa de 23.400 em 2000 para 37.300 em 2006, representando cerca de 102 novas infecções por dia. Projecções indicam que este número aumentará para mais de 40.000 em 2010, com 110 crianças a infectarem-se cada dia (ver Figura 11).
- A SIDA está a tornar-se rapidamente a principal causa de mortalidade em crianças, estimando-se em 20 mil as mortes provocadas em 2006 (isto é, cerca de 17 por cento de todas as mortes). Mais de metade das crianças que vivem com SIDA morrem antes de completar dois anos de idade.
- O Ministério da Saúde estima que 75 por cento das crianças com menos de 15 anos que estão a viver com HIV e SIDA requerem tratamento com anti-retrovirais, comparadas com uma média de 15 por cento de adultos seropositivos. Em meados de 2006, de uma

estimativa de 74.000 crianças infectadas elegíveis, apenas 2.300 estavam a receber tratamento, o que representava menos de 3 por cento.

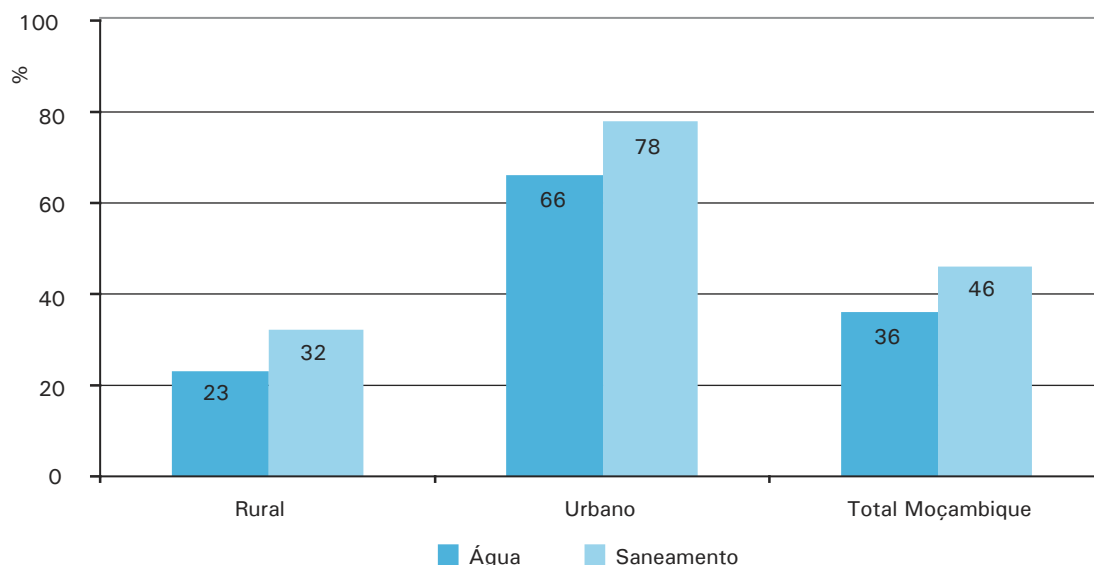
- A distribuição de crianças com acesso a tratamento é altamente desigual, com 68 por cento de todas as crianças em tratamento em 2005 a viver nas quatro províncias do sul do país, e, destas, 55 por cento unicamente na Cidade de Maputo.

Água e saneamento

O acesso a água potável e um saneamento adequado são vitais para a sobrevivência e desenvolvimento saudável da criança, reduzindo a doença e a morte por doenças diarreicas e outras grandes causas de mortalidade infantil. Estima-se que seria necessário proporcionar acesso a um melhor abastecimento de água e melhor saneamento a mais de 300.000 crianças moçambicanas anualmente, caso se pretenda atingir a meta dos ODMs de reduzir a metade o número de pessoas sem acesso sustentável a água potável segura e condições de saneamento adequadas até 2015.

- O uso de uma fonte de água potável é definido como sendo a percentagem de agregados familiares que usam qualquer um dos seguintes tipos de abastecimento de água para beber: água canalizada, fontanário público e furo/poço com uma bomba manual. O Inquérito sobre a Força de Trabalho 2004/2005 ("IFTRAB") indica que apenas 36 por cento da população usa uma fonte de água potável (ou segura) para beber, com grandes disparidades entre zonas urbanas e rurais (66 por cento com água segura nas áreas urbanas e 23 por cento nas rurais) (ver Figura 12). Os dados de todos os inquéritos aos agregados familiares

Figura 12: Uso de fonte de água potável (segura) e meios sanitários de eliminação de fezes



Fonte: IFTRAB 2004/5, Instituto Nacional de Estatística

realizados pelo INE desde 2000 não mostram nenhuma melhoria no uso de fontes de água potável, com valores que apontam para 37 por cento em 2000 (QUIBB), 36 por cento em 2002/2003 (IAF) e 37 por cento em 2003 (IDS).

- O IFTRAB indica que o uso de meios sanitários de eliminação de excrementos é de 46 por cento a nível nacional, com significativas diferenças entre áreas urbanas e áreas rurais (78 por cento versus 32 por cento).

Causas subjacentes da situação de sobrevivência e desenvolvimento da criança

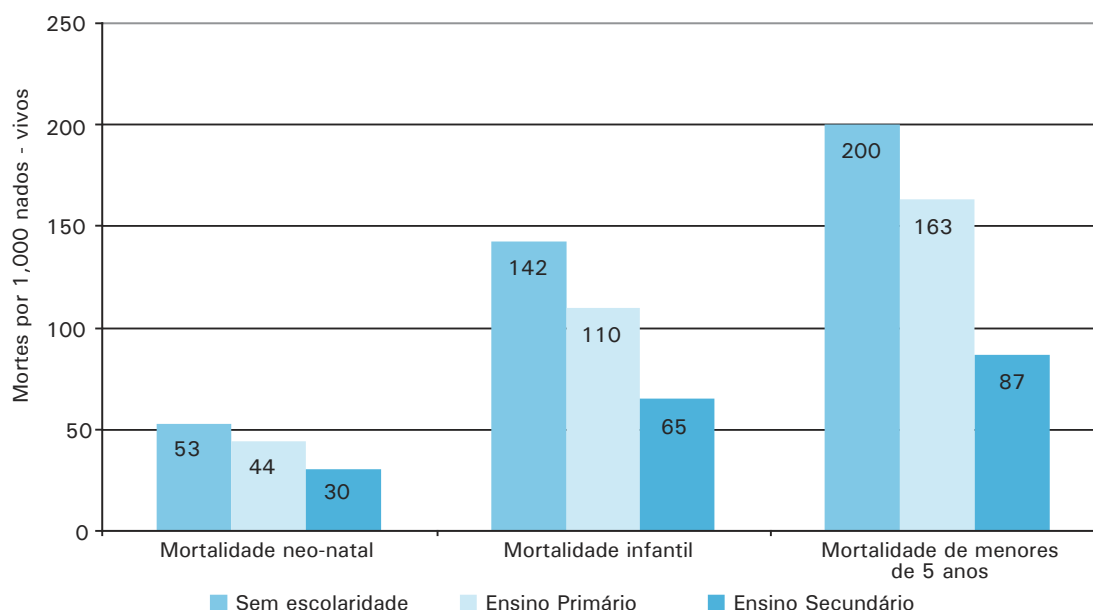
Há várias causas subjacentes às elevadas taxas de mortalidade e ao deficiente estado de saúde das crianças moçambicanas, bem como substanciais barreiras à melhoria da sobrevivência e desenvolvimento da criança em Moçambique.

- **Iniquidade no acesso e financiamento de serviços sociais**
A falta de acesso - acesso físico e económico - a serviços públicos e a deficiente qualidade destes serviços são barreiras significativas, particularmente para as famílias mais pobres, para as pessoas que vivem em áreas rurais e para os que têm menos escolaridade.
- **Acessibilidade económica**
As taxas de mortalidade em crianças provenientes de famílias mais pobres são significativamente mais elevadas do que as de famílias em melhores condições. O *Expenditure Tracking and Service Delivery Survey* revelou que quase metade dos moçambicanos inquiridos achou 'difícil' ou

'muito difícil' conseguir dinheiro para pagar cuidados de saúde, com 51,5 por cento em áreas rurais e 31,7 por cento em áreas urbanas.

- **Acessibilidade física**
O inquérito IFTRAB 2004/2005 indicou que 56 por cento dos agregados familiares ficavam a uma hora ou mais a pé das instalações de saúde mais próximas, com significativa disparidade entre áreas urbanas e rurais (18 por cento versus 72 por cento).
- **Baixos níveis de escolaridade nas mulheres**
O nível de escolaridade das mulheres tem uma forte correlação com o bem-estar da criança. O IDS indicou que crianças de mães sem nenhuma escolaridade tinham uma probabilidade 130 por cento superior de morrer antes de chegar aos cinco anos do que crianças de mães com nível de escolaridade secundário (ver Figura 13).
- **Fraca capacidade dos recursos humanos**
O sector de saúde enfrenta uma aguda falta de recursos humanos - particularmente aos níveis subnacionais. A situação é ainda mais agravada pela pandemia da SIDA. Há presentemente um médico por 44.000 habitantes, enquanto na África Subsariana a média é de um médico para 22.000 habitantes.
- **Fraca qualidade das infra-estruturas**
Muitas instalações de saúde existentes não têm electricidade, abastecimento de água adequado ou equipamento básico. No sector da água, apesar da fraca cobertura continuar a ser o principal problema, uma importante barreira para aceder à água potável e utilizá-la é a frequência com que se avariavam os pontos de água existentes. A DNA estima

Figura 13: Nível de mortalidade em crianças por tipo de mortalidade e nível de escolaridade da mãe



Fonte: IDS, 2003

que aproximadamente 30 por cento das instalações de abastecimento de água que foram construídas nos últimos anos não estão operacionais.

• Calamidades naturais

Moçambique é um país propenso a calamidades naturais, entre os quais ciclones, inundações e secas recorrentes. Em emergências súbitas, a infra-estrutura de saúde fica danificada e estradas ou caminhos tornam-se inacessíveis, reduzindo o já limitado acesso das pessoas a serviços de saúde.

• Envolvendo os utilizadores dos serviços

Em vários inquéritos foram relativamente baixos os níveis de satisfação entre os utilizadores de serviços de saúde. O IAF 2002/2003 indicou que 38 por cento da população não estava satisfeita com os serviços de saúde fornecidos. A primeira razão citada foi o longo tempo de espera, a segunda, a falta de tratamento e a terceira, tratamento não bem sucedido. O inquérito IFTRAB 2004/2005 confirmou estas constatações, com uma ligeira redução do nível de insatisfação.

Educação, Informação e Desenvolvimento da Criança

A educação é um dos mais poderosos instrumentos para a redução da pobreza e desigualdade na infância. A sua importância - e particularmente a do ensino primário - no fazer avançar a economia e o desenvolvimento social

e na redução da pobreza está bem documentada, tendo-se recentemente constatado que os melhoramentos na educação no período 1999-2004 representaram 13,9 por cento do crescimento económico em Moçambique. Particularmente importante é a educação da rapariga por estabelecer uma forte correlação com a redução da mortalidade infantil e uma melhor saúde e nutrição das gerações de crianças vindouras.

As privações de educação e informação nas crianças

Privação severa de educação

O indicador de privação é a percentagem de crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos que nunca estiveram na escola e que não estão presentemente a frequentar escolas.

- Cerca de uma em cada cinco crianças estão severamente privadas de educação, como massivas disparidades por província, área de residência, sexo, nível de educação do chefe do agregado familiar e riqueza.
- Há variações massivas na privação de educação por província, afectando particularmente as crianças nas províncias de Niassa, Nampula e Zambézia, onde acima de um terço das crianças com idades compreendidas entre os sete e os dezoito anos nunca estiveram na escola (ver Figura 14).
- Há uma correlação directa entre privação severa de educação e se o chefe do agregado familiar em que a criança vive tem escolaridade. Entre agregados familiares em

que os chefes não têm escolaridade, 38 por cento das crianças estão severamente privadas de educação, comparadas com 20 por cento das crianças em agregados em que o chefe tem escolaridade primária, e 4 por cento das crianças em agregados em que o chefe tem nível de escolaridade secundário ou superior.

Privação severa de informação

O indicador de privação é a percentagem de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos que não possuem e não têm acesso à rádio, televisão ou jornais em casa.

- 39 por cento das crianças em Moçambique enfrentam severa privação de informação, existindo diferenças significativas por província, área de residência, sexo, riqueza e nível de Educação do chefe do agregado familiar.
- Nas áreas rurais a percentagem de crianças que enfrentam privação severa de informação é quase duas vezes a das crianças de áreas urbanas (46 por cento versus 24 por cento).
- Entre crianças dos agregados familiares mais pobres, 64 por cento enfrentam privação severa de informação, comparada com 11 por cento nos agregados familiares em melhores condições
- Há uma correlação directa entre o nível de escolaridade do chefe do agregado familiar em que a criança vive e o nível de privação de informação. 53 por cento das crianças que vivem em agregados familiares nos quais o chefe não tem escolaridade vivem com privação severa de informação, comparadas com 10 por cento das crianças em agregados familiares em que o chefe do agregado tem um nível de escolaridade secundário ou superior.

Acesso à escola e frequência escolar

No período de 1992 a 2005, o número de alunos no sistema escolar primário triplicou, de aproximadamente 1,3 milhões para cerca de 3,8 milhões. O número de alunos no ensino secundário aumentou de cerca de 45.000 para 245.000.

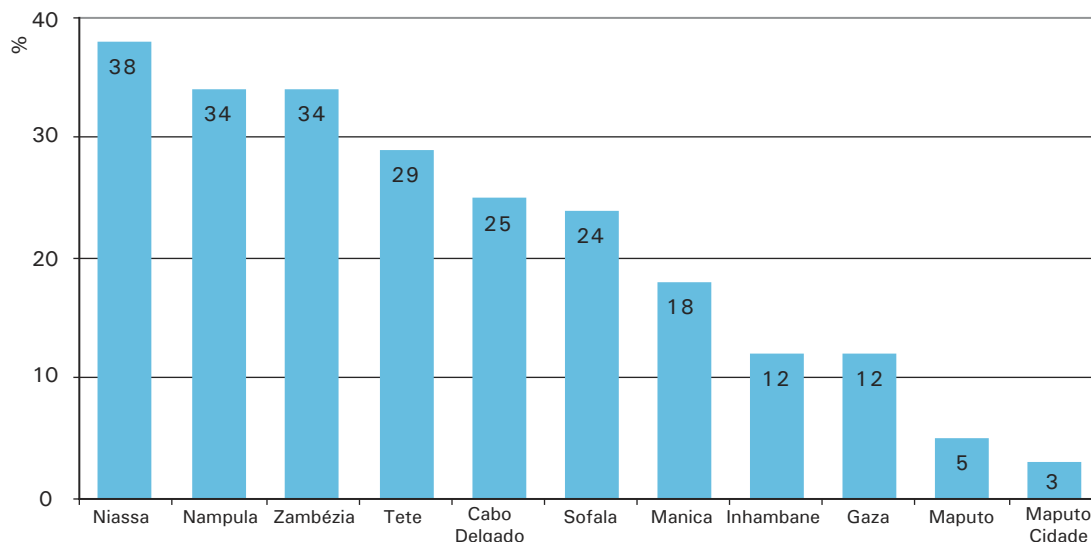
O aumento massivo no número de estudantes foi impulsionado por uma expansão da rede escolar pública nos níveis primário e secundário, de cerca de 3.600 escolas em 1992 para mais de 10.200 em 2005. Em média, foram anualmente construídas cerca de 500 novas escolas e foram recrutados 3.500 novos professores. As taxas de matrículas foram suspensas em 2004, e foram agora abolidas as do ensino primário. O sector da educação representou 19 por cento da despesa total registada no Relatório de Execução do Orçamento do Estado em 2005.

No entanto, continuam a verificar-se significativas desigualdades em termos de acesso à educação, com base no local de residência da criança, se a criança é rapaz ou rapariga e no nível de pobreza no seu agregado familiar. Há presentemente cerca de 660.000 crianças em idade escolar (6-12 anos) que não estão a frequentar a escola primária. Usando a gama de idades permitida na legislação respeitante à educação (6-15 anos) este número aumenta para cerca de 1,3 milhões de crianças.

Taxa bruta e líquida de escolaridade

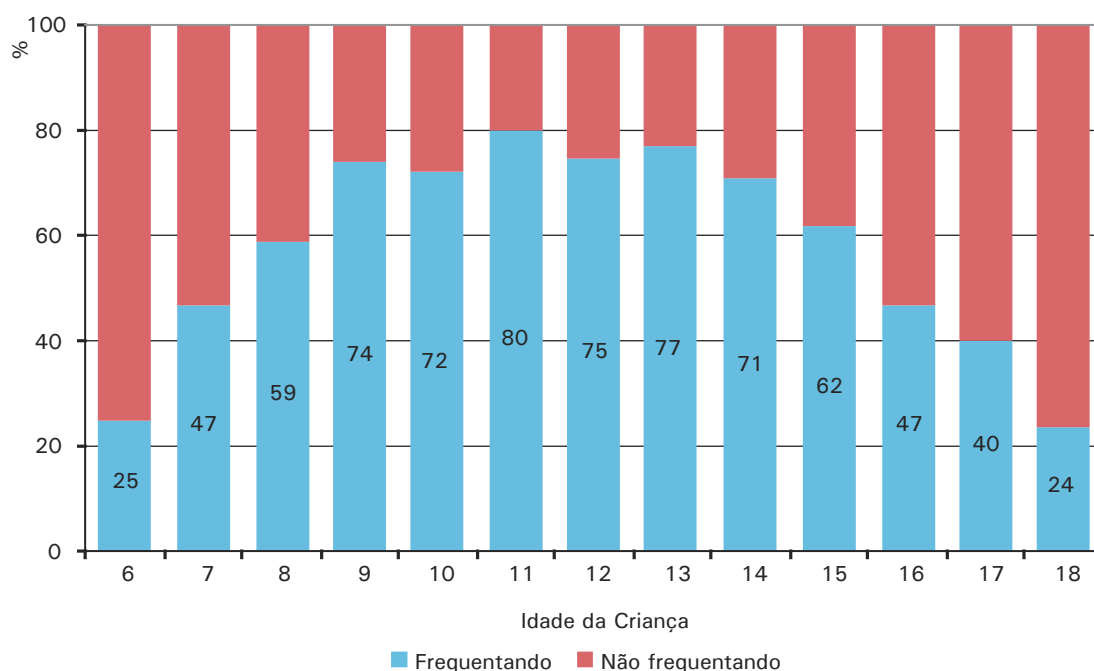
A Taxa Bruta de Escolarização (TBE) e o Rácio Líquido de Escolarização (RLE) em escolas públicas tem aumentado continuamente desde o fim da guerra civil, tanto no nível primário como no secundário.

Figura 14: Privação severa de educação por província



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

Figura 15: Crianças a frequentar o ensino primário (1ª a 7ª classes), por idades



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

- A TBE no primeiro nível do ensino primário (EP1) aumentou de 60 por cento em 1992 para 131 por cento em 2005 e o RLE aumentou de 32 por cento para 83 por cento no mesmo período.
- O acesso ao ensino secundário segue um padrão similar de aumento, tendo o número absoluto de estudantes matriculados no ensino secundário mais do que triplicado entre 1999 e 2005. No primeiro nível do ensino secundário (ESG1), as matrículas dos estudantes (excluindo os nocturnos) aumentaram de cerca de 64.006 para 210.128 e, no nível mais avançado do ensino secundário (ESG2), o número de crianças matriculadas aumentou de 8.368 em 1999 para 25.737 em 2005.
- No entanto, o acesso ao ensino secundário continua a ser privilégio de muito poucas crianças, principalmente das que se encontram em áreas urbanas e do quintil mais rico da população. Em 2005, o TBE no ESG1 e no ESG2 era de 17 por cento e 4 por cento, respectivamente, enquanto o RLE no ESG1 foi de 4 por cento e no ESG2 apenas 1 por cento.
- Este rápido aumento nas matrículas não teve correspondência em mais investimento na qualidade de educação nem em estratégias adaptativas para aumentos maciços nos estudantes. No primeiro nível do ensino primário, havia em média um professor para 74 alunos em 2005.

Taxas de repetência, abandono e conclusão

- Apesar de uma ligeira diminuição no período de 1999 a 2005, as taxas de repetência e abandono no nível EP1 continuam elevadas, em 11 por cento e 8 por cento respectivamente. No nível mais avançado do ensino primário (EP2), as taxas de repetência e abandono indicam também uma tendência de redução. Diminuíram de 25 por cento em 1999 para 6 por cento em 2005 e as taxas de abandono no EP2 diminuíram de 9 por cento para 8 por cento no mesmo período.
- As taxas de conclusão tanto no EP1 como no EP2 revelaram uma acentuada melhoria no período de 1999 a 2004. No EP1 as taxas de conclusão aumentaram de 27 por cento para 48 por cento. No EP2, as taxas de conclusão aumentaram de 11 por cento para 29 por cento em 2004. No entanto, menos de metade das crianças completam o primeiro nível do ensino primário e menos de um terço das crianças completam o EP2.
- As taxas de conclusão no EP1, substancialmente menores em raparigas que nos rapazes, foram de 39 por cento e 57 por cento, respectivamente. A diferença de género é ligeiramente menor no nível mais avançado do ensino primário, onde a taxa de conclusão do EP2 de raparigas foi de 23 por cento comparada com a dos rapazes de 35 por cento.

Frequência

A análise das taxas de frequência proporciona um quadro mais informativo do sector da Educação, uma vez que elas indicam se as crianças estão de facto a frequentar escola, e não simplesmente se estão matriculadas na escola. As cifras relativas à frequência são obtidas através de inquéritos aos agregados familiares, enquanto os dados de matrícula são compilados pelo MEC.

- As tendências na frequência escolar ao longo do tempo confirmam as tendências positivas das matrículas escolares. No entanto, é muito menor a percentagem de crianças que estão a frequentar a escola que a de crianças matriculadas. Por exemplo, enquanto o RLE no EP1 foi de 69 por cento em 2003, o IDS realizado em 2003 indica que a frequência líquida no EP1 desse ano foi de 54 por cento.
- Quase não se registou diferença nas áreas urbanas entre as percentagens de raparigas e de rapazes que estão a frequentar a escola. Nas áreas rurais a diferença de género foi acentuada, com apenas 48 por cento das raparigas a frequentar a escola primária comparativamente a 57 por cento dos rapazes.
- Existe o fenómeno da entrada tardia no sistema do ensino. Por exemplo, somente 25 por cento das crianças com 6 anos de idade estão a frequentar o EP1 (ver Figura 15). A área de residência da criança tem um enorme impacto no que respeita à idade com que ela começa a frequentar a escola. Nas zonas rurais, as crianças entram na escola muito mais tarde que as crianças de áreas urbanas. Aos seis anos de idade, apenas 19 por cento das crianças das áreas rurais frequentam a escola primária, comparativamente a 43 por cento das crianças de áreas urbanas. Aos

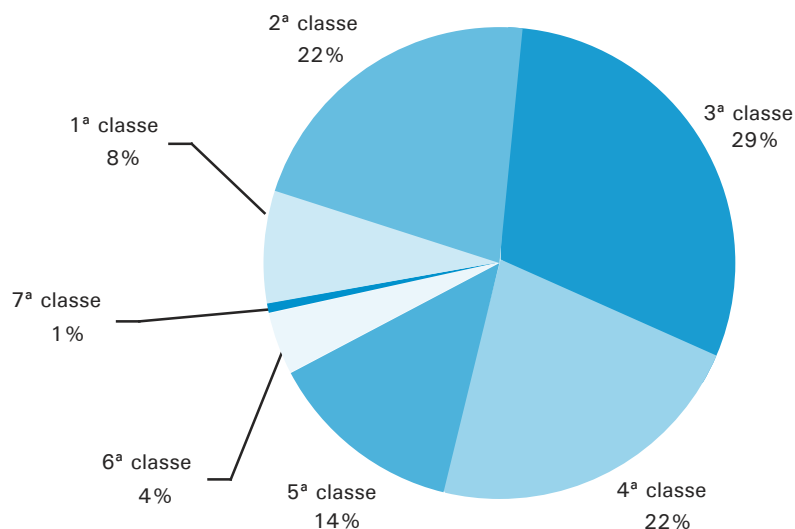
sete anos de idade, a diferença aumenta, com 39 por cento das crianças rurais na escola, comparativamente a 68 por cento em áreas urbanas.

- Aos 11 anos de idade uma criança deveria estar normalmente a frequentar a sexta classe do EP2. É impressionante, no entanto, que apenas 4 por cento das crianças de 11 anos que frequentam a escola estejam na sexta classe. A esmagadora maioria das crianças com 11 anos de idade (95 por cento, estão ainda a frequentar o primeiro nível do ensino primário (EP1) com a maioria na terceira classe (ver Figura 16). Este fenómeno de 'sobre idade' no primeiro nível do ensino primário é resultado da entrada tardia no sistema educativo e elevados níveis de repetência. Esta tendência tem sérias implicações nos resultados de aprendizagem das crianças, pois o mesmo currículo é ensinado com o mesmo ritmo a crianças de idades e níveis de desenvolvimento cognitivo muito diversos.

Alfabetização

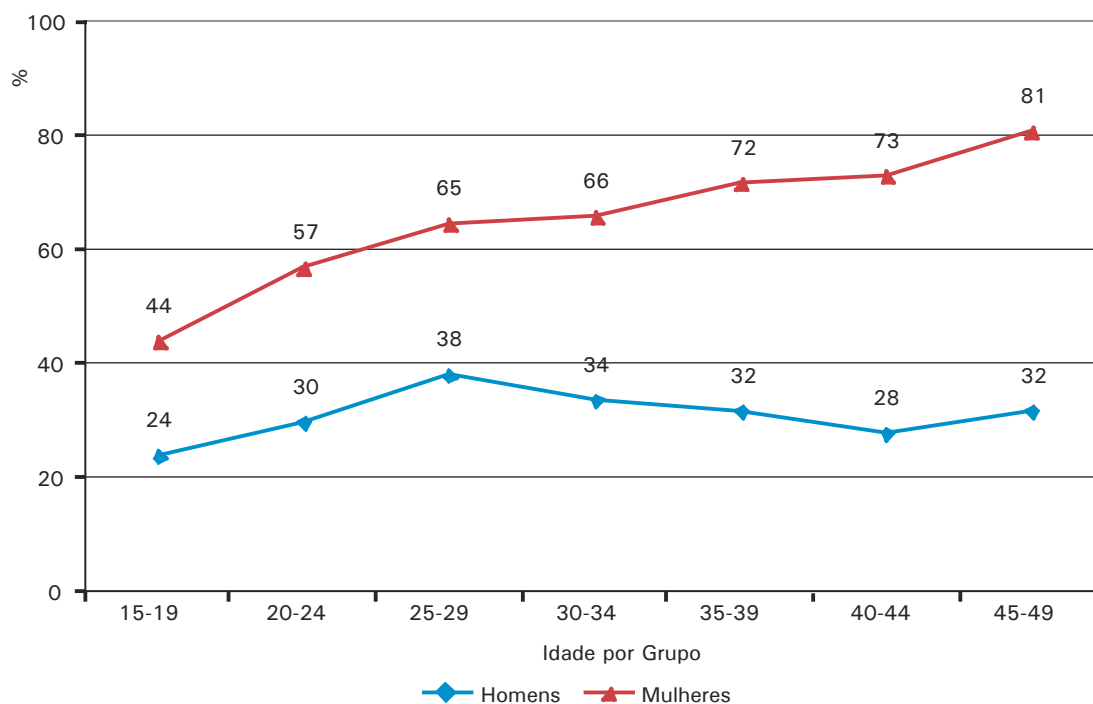
- O Inquérito sobre a Força de Trabalho 2004/2005 revelou que ligeiramente acima de metade (52 por cento) da população é analfabeta, com diferenças significativas entre as áreas rurais e urbanas (66 por cento versus 26 por cento) e entre mulheres e homens (67 por cento versus 34 por cento).
- Uma maior percentagem de moçambicanos mais jovens, particularmente mulheres, é alfabetizada. Em contraste com o elevado número de moçambicanos com mais de 65 anos de idade não-alfabetizados (80 por cento) esta cifra é de 34 por cento em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Figura 16: Distribuição das crianças com 11 anos de idade por classe frequentada



Fonte: INE/MPD/UNICEF 2005, análise adicional do IDS de 2003

Figure 17: Índice de analfabetismo por grupo etário



Fonte: IFTRAB 2004/5, Instituto Nacional de Estatística

Crianças e a educação para a prevenção do HIV

- O conhecimento em matéria de HIV e da prevenção do HIV aumentou significativamente entre 1997 e 2003. Em 2003, o IDS indicou que mais de 95 por cento dos jovens com 15 a 24 anos de idade tinham ouvido falar de SIDA. No entanto, o conhecimento relativo aos meios de transmissão é baixo. Apenas 47 por cento das mulheres jovens e 63 por cento dos jovens do sexo masculino de 15 a 24 anos de idade conheciam as duas principais formas de se protegerem da infecção do HIV (uso de preservativos ou fazer sexo apenas com um parceiro de confiança não infectado).
- Os jovens ouvem falar de HIV e SIDA a partir de diversas fontes. A primeira fonte de informação é a rádio, seguida de amigos e familiares, professores, trabalhadores de saúde, televisão e brochuras/panfletos.

Causas imediatas e subjacentes da privação de Educação

- **Falta de relevância**
A Avaliação da Pobreza e do Impacto Social 2005 (PSIA – Poverty and Social Impact Assessment), do Banco Mundial, constatou que 32 por cento dos entrevistados eram da opinião de que o currículo escolar não tinha relevância.
- **Distância a que se encontra a escola**
A proximidade da escola foi identificada como um factor determinante fundamental

de matrícula e retenção no ensino primário: quanto mais longe da escola uma criança vive, menos probabilidade tem de frequentar.

- **Deficiente qualidade dos processos de ensino-aprendizagem**
Deficiente formação de professores, materiais insuficientes e falta de apoio pedagógico traduziram-se no facto de a maior parte dos professores se basearem em métodos didácticos centrados no professor, privilegiando a repetição e a memorização em detrimento de abordagens centradas no aluno que incentivem o pensamento criativo e a aprendizagem baseada em competências.
- **Falta de materiais**
Um grande obstáculo à qualidade da educação frequentemente referido é a falta de materiais didácticos básicos – manuais, em particular.
- **Fracas condições das infra-estruturas escolares**
A construção de escolas e salas de aula não acompanhou o rápido ritmo de crescimento das matrículas, sendo crónica a falta de escolas por todo o país. Em 2005, havia 70 estudantes para cada sala de aulas. Poucas escolas proporcionam presentemente um ambiente escolar conducente à aprendizagem.
- **Falta de professores**
A falta de professores conduziu a um rápido aumento do rácio professor-aluno nos últimos anos. Em 2005, o rácio professor-aluno era de 74:1, rácio esse que em 2000 era de 65:1.

- **Falta de professores qualificados**
Como o rápido aumento nas matrículas no ensino primário ao longo da última década, a demanda de professores qualificados aumentou tremendamente. Em 2005, no nível primário, apenas 58 por cento dos professores no EP1 eram qualificados, e 68 por cento no nível do EP2.
- **Falta de professores do sexo feminino**
As professoras servem de preciosos modelos para as jovens, encorajando-as a continuarem os seus estudos e diminuindo a probabilidade de abuso dos alunos. Em 2005, do total de professores, eram mulheres apenas 31 por cento no EP1 e 23 por cento no EP2.
- **Violência e abuso nas escolas**
A prevalência de violência, abuso e assédio sexual nas escolas foi identificada pelos pais como sendo um factor que influencia a sua decisão de não enviar os filhos para a escola e um factor que influencia negativamente a frequência, particularmente de raparigas.

Protecção da criança

Os efeitos físicos e psicológicos da violência, do abuso e da exploração afectam o bem-estar e o desenvolvimento da criança, podendo influenciar o seu comportamento e as suas atitudes por toda a infância e pela vida fora na idade adulta. Têm sido dados passos significativos pelo Governo de Moçambique para melhorar os instrumentos políticos e legais de protecção da criança contra violência, abuso e exploração e para assegurar o acesso das crianças mais vulneráveis a serviços sociais básicos.

Protecção da criança contra violência, abuso e exploração

Crianças em conflito com a lei

Existe pouca informação fiável e sistemática sobre a situação das crianças em conflito com a lei, mas há indícios de que o sistema actual não concede protecção à criança em conformidade com os padrões mínimos consagrados em instrumentos internacionais, incluindo a Convenção sobre os Direitos da Criança (Artigos 37 e 40), as Regras de Beijing para a Administração da Justiça Juvenil (1985) e as Directrizes de Riade para a Prevenção da Delinquência Juvenil (1988).

- Um estudo da Save the Children (Noruega) realizado em 2003 nas províncias de Nampula, Sofala e Maputo mostrou que pelo menos 25 por cento de todos os reclusos em prisões entrevistados tinham menos de 18 anos de idade. A principal razão subjacente identificada no estudo sobre crianças em conflito com a

lei foi a pobreza. Vários outros motivos foram apresentados, incluindo diminuição de valores morais, maior acesso a filmes violentos, desagregação da família, falta de escolaridade e falta de emprego.

- O Relatório Estatístico Anual de 2004 sobre o Sistema Prisional em Moçambique reportou que 17 por cento da população das prisões era constituída por adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos.
- O estudo da Save the Children (Noruega) constatou que não estava estabelecido, em nenhuma fase do processo legal, nenhum quadro institucional eficaz para apoiar a execução de leis nacionais e internacionais relacionadas com a protecção da criança.

Violência, exploração sexual e abuso

A informação disponível levanta preocupações quanto à incidência de violência doméstica e abuso sexual, incluindo abuso sexual em escolas.

- Na sua infância ou adolescência, 30 por cento das mulheres e 37 por cento dos homens testemunharam directamente violência entre os seus pais e 15 por cento das mulheres e 20 por cento dos homens sofreram abuso físico por parte de um familiar na sua juventude (Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens, 2001).
- 34 por cento das mulheres que participaram num estudo realizado pelo MMAS em 2004 reportaram ter sido vítimas de violência física, uma violência mais frequentemente perpetrada pelo marido ou por um familiar ou conhecido próximo. Dez por cento dos inquiridos reportaram ter sido submetidos a alguma forma de abuso sexual. As mulheres das áreas rurais reportaram níveis de violência superiores aos das mulheres de áreas urbanas.
- Estudos de caso apontam para a existência de um elevado nível de abuso sexual no sistema escolar. Um estudo recente realizado com o apoio da Save the Children, da CARE International, do MEC e da Rede-CAME/FDC, estimou que pelo menos 8 por cento das crianças a frequentar escolas tinham sofrido abuso físico sexual.
- Num Perfil dos Jovens 2004 realizado pelo Ministério da Juventude e Desportos e com o apoio do UNICEF, 20 por cento das raparigas que participaram no estudo declararam que o abuso era um problema nas escolas. As estudantes informaram ter sido forçadas a escolher entre fazer sexo, pagar dinheiro ou ser expulsas da escola.

Tráfico de crianças

O tráfico de crianças retira-as do ambiente protector das suas famílias e aumenta a sua vulnerabilidade ao trabalho infantil, à violência, à exploração sexual e ao abuso. Tem havido muitos relatos de tráfico de mulheres e crianças, especialmente entre Moçambique e a África do Sul para efeitos de mão-de-obra e trabalho sexual.

- O estudo sobre o tráfico na África Austral realizado em 2002/3 pela Organização Internacional de Migração constatou que Moçambique é tanto um país fonte como um país de trânsito de actividades de tráfico na África Austral. O estudo constatou que aproximadamente 1.000 mulheres moçambicanas e crianças são anualmente traficadas para a África do Sul.
- Estudos da Save the Children UK indicam também a importância da mais vasta questão da migração transfronteiriça de crianças, que é de natureza mais voluntária e menos coerciva que o tráfico. No entanto, as crianças que emigram tornam-se muito mais vulneráveis ao tráfico, tanto no seu país como nos países de destino, tendo pouco acesso a mecanismos de protecção social ou serviços públicos.

Casamento prematuros

O Conselho da População informou que Moçambique tem uma das mais graves crises de casamento prematuros no mundo de hoje:

- Dados do IDS de 2003 indicam que 16 por cento das raparigas com 20-24 anos se tinham casado antes dos 15 anos e 56 por cento antes dos 18 anos.
- A idade média no primeiro casamento em raparigas variou entre as províncias, de 16 anos na província de Nampula a 20 anos na Cidade de Maputo. As raparigas que vivem em áreas rurais tendem a casar-se mais cedo que os seus pares em áreas urbanas. As percentagens de homens que se tinham casado antes dos 15 e dos 18 anos eram consideravelmente inferiores (1 por cento e 14 por cento, respectivamente), sugerindo que as jovens tendiam a casar-se com homens mais velhos.
- As raparigas casadas têm muito menos probabilidade que as não-casadas de frequentar a escola, e as raparigas são muitas vezes retiradas da escola para casar.
- A decisão da família de casar uma criança - rapariga ou rapaz - é muitas vezes uma estratégia de sobrevivência para se libertar do que sente ser um fardo financeiro face a pobreza aguda. As meninas são consideradas prontas para casar ao atingir a puberdade.

Dados do IDS indicam que as raparigas de 15-19 anos de idade nos 20 por cento mais pobres da população têm maior probabilidade de estar casadas do que as raparigas dos agregados familiares em melhores condições.

Crianças trabalhadoras

Os dados mais recentes sobre crianças a trabalhar provêm do Inquérito sobre a Força Trabalho realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2004/2005. No entanto, o inquérito ainda não foi inteiramente analisado. Os resultados aqui apresentados referem-se a crianças envolvidas em actividades económicas definidas como "trabalhar na machamba, vender produtos ou outra actividade económica". Não proporcionam nenhuma indicação da percentagem de crianças envolvidas em trabalho doméstico, que, mostram as evidências, é uma percentagem significativa do trabalho realizado por crianças. De igual modo, também não fazem a distinção entre mão-de-obra infantil e trabalho infantil (referindo-se o último a crianças que estão a trabalhar mas não em situação de exploração e que estão a frequentar a escola).

- O inquérito indica que 32 por cento das crianças com idades compreendidas entre os sete e os dezassete anos estão envolvidas em algum tipo de actividade económica, com diferenças significativas entre áreas urbanas e áreas rurais (16 por cento versus 40 por cento).
- O inquérito revela que a grande maioria das crianças que trabalham estão a fazer trabalho não-remunerado para a família e que raparigas e rapazes estão envolvidos em iguais percentagens. Aos sete anos de idade, 6 por cento das crianças já estão envolvidas em actividade produtiva. Cerca de metade das crianças com idade igual ou superior a 14 anos são economicamente activas.
- Há uma forte correlação entre a probabilidade de uma criança estar a trabalhar e o nível de escolaridade do chefe do agregado. 40 por cento das crianças em agregados em que o chefe não tem escolaridade formal são economicamente activas, comparadas com 15 por cento das crianças em agregados familiares cujo chefe tem escolaridade de nível secundário ou superior.
- Mais de dois terços das crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos que estão a trabalhar frequentam a escola, o que reflecte o facto de a maior parte do trabalho efectuado por crianças ser trabalho não-pago para a família realizado para além das actividades escolares.

Fortalecimento da protecção legal

Quadro legal geral

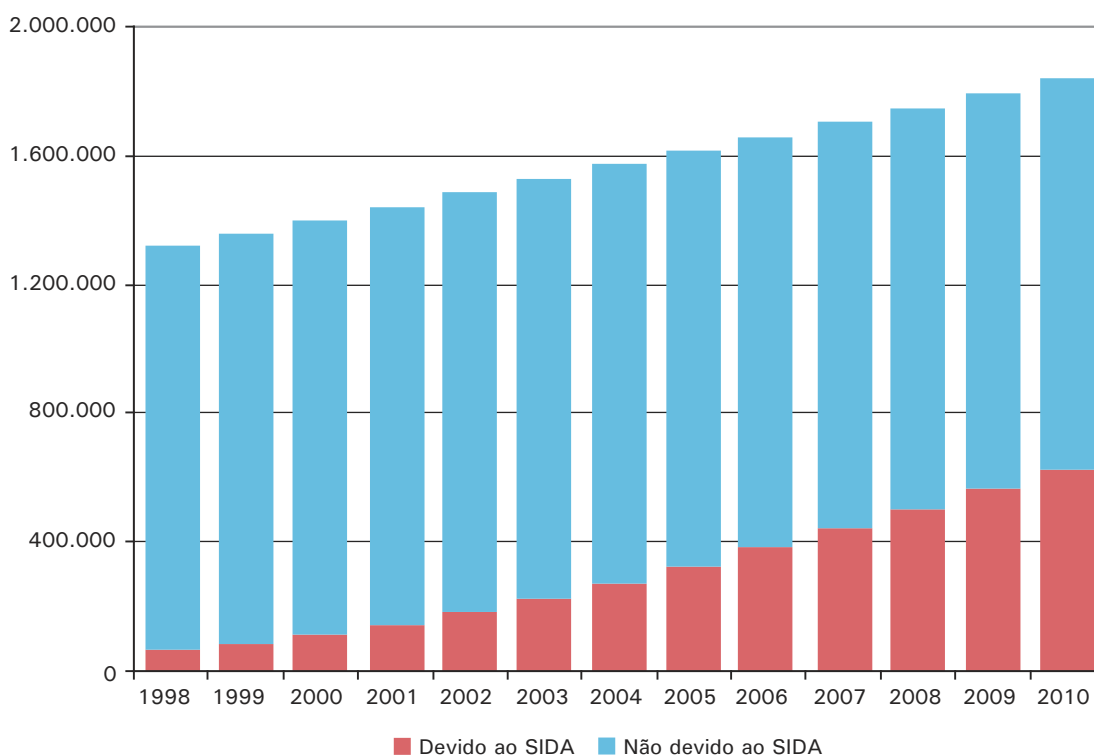
Uma protecção legal e eficaz é parte integrante de um ambiente que proteja a criança. A ausência de um quadro legal adequado agrava a vulnerabilidade da criança e aumenta a probabilidade de ela ver negados vários direitos seus para além dos estritamente associados à sua protecção.

- Moçambique ratificou instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos relacionados com a protecção das crianças, incluindo a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e as Cartas Africanas sobre os Direitos do Homem e dos Povos e sobre os Direitos e Bem-estar da Criança.
- O Ministério da Justiça elaborou uma proposta de Lei de Bases de Protecção da Criança com o duplo objectivo de estabelecer um quadro legal abrangente para a criança e harmonizar a legislação nacional com as obrigações de Moçambique na qualidade de Estado-parte de instrumentos de direitos humanos internacionais. Prevê-se que a lei seja aprovada pelo Parlamento em 2006.

Acesso a serviços básicos e assistência social para as crianças mais vulneráveis

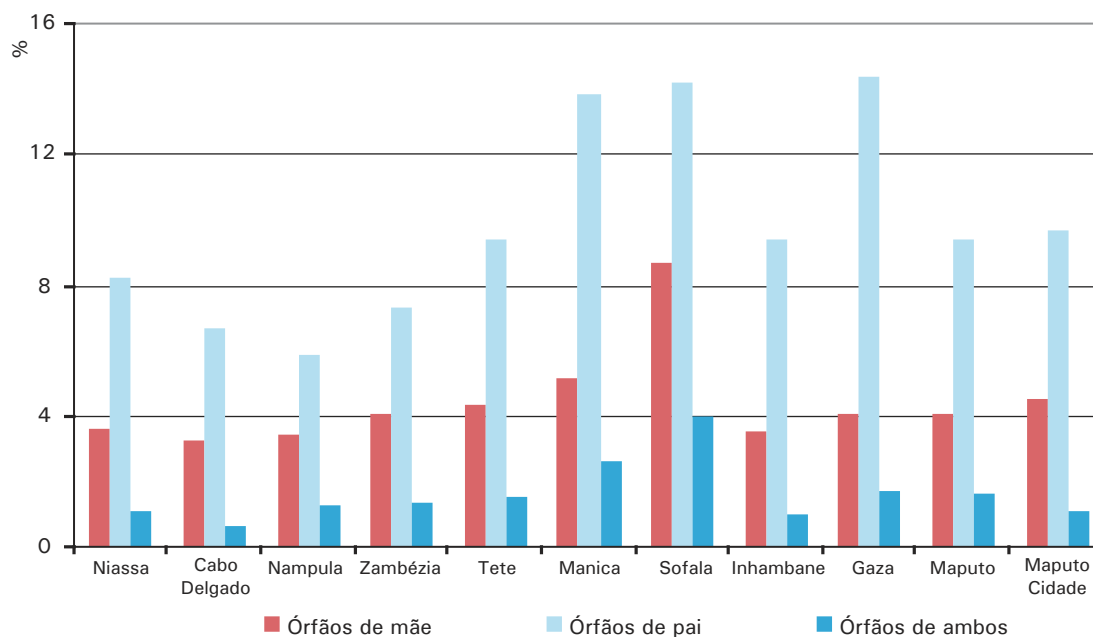
- Há cerca de 1,6 milhões de crianças órfãs com menos de 18 anos de idade em 2006. Dados sobre a percentagem de crianças órfãs (definidas como tendo perdido um ou ambos os seus progenitores), variam consoante as fontes, com estimativas que oscilam entre 12 por cento e 16 por cento do total da população.
- Estima-se que 380.000 crianças tenham ficado órfãs devido à SIDA, o que representa mais de 20 por cento do total de crianças órfãs. Espera-se que o número total de crianças que a SIDA tornou órfãs atinja 630.000 no ano 2010 (ver Figura 18).
- Em 2006, foi estimado que 54 por cento da orfandade materna se devia à SIDA, comparada com 35 por cento dos órfãos de pai. Entre as crianças que tinham perdido ambos os pais, 60 por cento deviam-no à SIDA.
- Para além de serem afectadas pelo SIDA através da perda dos seus pais, cada vez mais crianças estão, elas próprias, com HIV ou SIDA.

Figura 18: Total de órfãos 0-17 anos – projecções de 1998 a 2010



Fonte: Impacto Demográfico da SIDA, Grupo Técnico Multissetorial de Apoio ao Combate ao HIV e SIDA, 2004

Figura 19: Crianças órfãs por província



Fonte: IFTRAB 2004/5, Instituto Nacional de Estatística

- Resultados do inquérito do IFTRAB 2004/2005 indicam que a mais baixa percentagem de crianças órfãs se verifica nas províncias com mais baixos índices de HIV, designadamente Niassa (prevalência de HIV de 11,1 por cento; taxa de orfandade de 10,8 por cento) Cabo Delgado (prevalência de HIV de 8,6 por cento; taxa de orfandade de 9,3 por cento) e Nampula (prevalência de HIV de 9,2 por cento; taxa de orfandade de 8,2 por cento). A percentagem de órfãos é mais elevada na província Sofala, onde quase uma em cada cinco crianças é órfã (19 por cento) e onde a prevalência de HIV é a mais alta do país (estimada em 26,5 por cento em 2004) (ver Figura 19).
- A percentagem de crianças órfãs é ligeiramente mais elevada em áreas urbanas que em áreas rurais (13,8 por cento versus 11,1 por cento).
- 16,6 por cento das crianças que vivem em famílias onde o chefe do agregado familiar não teve escolaridade são órfãs. Esta percentagem diminui com o aumento do nível de escolaridade do chefe do agregado familiar. 10,8 por cento das crianças são órfãs em agregados em que o chefe atingiu o nível EP1; 9,1 por cento onde o chefe atingiu o nível EP2; e 9,9 por cento onde o chefe atingiu um nível de escolaridade secundário ou superior.
- As crianças órfãs estão também a viver desproporcionadamente em agregados chefiados por mulheres. As mulheres chefes da família constituem apenas 30 por cento do total de agregados, mas mais de metade dos órfãos (54 por cento) vivem em agregados familiares que elas chefiam.
- A Análise da Situação de Crianças Órfãs e Vulneráveis realizada em todas as províncias pelo Ministério da Mulher e da Acção Social em 2005, constatou que 0,2 por cento de todos os agregados familiares de crianças órfãs e vulneráveis da pesquisa eram chefiados por uma criança com menos de dezoito anos, com uma cifra ligeiramente superior em agregados familiares de órfãos (0,3 por cento) comparativamente aos agregados familiares de crianças vulneráveis (0,2 por cento).
- As crianças que chefiam agregados familiares têm uma probabilidade maior do que outras crianças de trabalhar em condições de exploração, de serem estigmatizadas, de correr o risco de tráfico, de serem sujeitas à violência, abuso e negligência ou de serem forçadas a passar a viver na rua.

Conclusões

Moçambique, deste o advento da paz, tem registado um progresso significativo na reconstrução pós-guerra, estabilização macroeconómica, recuperação económica e rápida redução da pobreza, definida em termos quer de privações quer de consumo. Além disso, nos últimos anos foram testemunhadas melhorias visíveis em indicadores de desenvolvimento da criança, incluindo significativas reduções da taxa de mortalidade infantil e do rácio de mortalidade materna e um rápido aumento das matrículas no ensino primário.

Apesar deste progresso, a acentuada profundidade da pobreza de que Moçambique está a sair traduz-se no facto de a maior parte das crianças ainda viverem na pobreza. Os níveis de pobreza na infância com base tanto no consumo como em privações continuam elevados, e o progresso no sentido de os reduzir está a ser sériamente prejudicado em todos os sectores pela pandemia da SIDA e resultante enfraquecimento da capacidade de actores fundamentais para a prestação de cuidados e protecção da criança. Em particular, poucas melhorias se têm registado em áreas fundamentais de bem-estar da criança (nomeadamente em medidas antropométricas), o que põe em causa as perspectivas de desenvolvimento da criança pela vida fora. Em outras áreas, a limitada disponibilidade de dados impede uma análise abrangente da situação das crianças, como, por exemplo, as causas da mortalidade infantil e várias questões relativas à protecção da criança.

A acrescentar ao acima exposto, há o perigo de que alguns grupos não estejam a beneficiar do crescimento e da redução da pobreza. As crianças de áreas rurais, por exemplo, encontram-se sistematicamente em piores condições que os seus pares de áreas urbanas, estando ainda outros grupos de crianças, como as Crianças órfãs e Vulneráveis, particularmente marginalizadas. Subjacente às muitas disparidades urbano-rurais está a muito baixa densidade populacional nas áreas rurais, implicando que a prestação de um determinado nível de serviços públicos seja consideravelmente mais dispendiosa em áreas rurais do que em áreas urbanas.

Como conclusão, o relatório indica a necessidade de todos os responsáveis pela redução da pobreza na infância - incluindo o Governo, a sociedade civil e os parceiros de desenvolvimento internacionais - concertarem os seus esforços tanto para reduzir a incidência da pobreza na infância e mitigar o seu impacto, como para assegurar que estejam estabelecidas estratégias específicas para alcançar as crianças

mais marginalizadas e excluídas. É nesse sentido que o relatório destaca várias recomendações, abaixo apresentadas em linhas gerais, para abordar a pobreza na infância:

- **Assegurar uma distribuição de recursos adequada e equitativa.** A análise sistemática de mecanismos, dotações e despesas orçamentais, e especificamente o desenvolvimento de um método eficiente de seguimento das despesas em sectores-chave para a criança são imperativos para assegurar investimento suficiente a favor da criança e informar uma distribuição equitativa dos recursos disponíveis.
- **Fortalecer a capacidade do Estado aos níveis nacional e subnacional.** O principal desafio à prestação não é, muitas vezes, a falta de fundos, mas a limitada capacidade institucional. A um maior investimento a favor das crianças deve, portanto, corresponder suficiente capacidade do Governo para uma utilização eficiente dos recursos disponíveis. Assim, é fundamental que se assegure um investimento significativo e sustentado no fortalecimento da capacidade institucional do Governo aos níveis nacional e subnacional. Particular enfoque tem de ser dado ao desenvolvimento de capacidades de planificação, monitoria & avaliação e gestão financeira aos níveis provincial e distrital, e ao fortalecimento da capacidade de coordenação de agências responsáveis por intervenções multisectoriais beneficiando crianças, especialmente nas áreas de nutrição e protecção da criança.
- **Atingir os mais vulneráveis.** Conhecer a situação das crianças mais vulneráveis e os factores subjacentes à sua marginalização para então dirigir iniciativas para essas crianças tem de fazer parte da agenda nacional de desenvolvimento. É necessário empreenderem-se esforços para assegurar disponibilidade e utilização de dados fiáveis e actualizados sobre a vulnerabilidade das crianças e suas causas e apoiar as crianças no acesso a serviços básicos e programas de protecção social. A ampla distribuição da pobreza e desigualdade na infância e a muito baixa densidade populacional em áreas rurais significa que as políticas direccionadas para as crianças mais pobres e vulneráveis têm de ser concebidas com muita cautela.
- **Acelerar a resposta à pandemia da SIDA.** É importante que as intervenções nas áreas da SIDA pediátrico e da prevenção da transmissão vertical sejam significativamente aceleradas e ampliadas, por forma a reduzir-se o impacto do SIDA na mortalidade infantil e de menores de cinco anos, ajudando assim a preservar as melhorias recentes nas taxas de mortalidade infantil e de menores de cinco anos.

- **Gerir os influxos da ajuda a favor de melhores resultados na criança.** Como o PARPA II sublinha, o ideal seria que os fluxos de ajuda fossem concebidos de forma a promoverem objectivos de longo prazo orientados pelo Governo, tais como esforços de fortalecimento de capacidade. No entanto, o PARPA reconhece também a necessidade de se gerirem potenciais influxos adicionais de duração limitada resultantes da 'elevação de escala'. Esses influxos deverão ser direccionados para programas que possam fornecer uma 'variação rápida' nos resultados de desenvolvimento. A vacinação em larga escala ou campanhas de malária, que fornecem claros benefícios para as crianças, são candidatos naturais, particularmente porque as doenças na infância podem prejudicar o desenvolvimento por toda a vida, razão pela qual devem ser abordadas o mais rapidamente possível.
- **Fortalecer a capacidade da sociedade civil e promover participação comunitária.** É fundamental que a capacidade da sociedade civil seja fortalecida para se garantir um maior e mais alargado apoio do Governo em termos de criação de procura, mecanismos alternativos de prestação de serviços e direccionamento de programas de desenvolvimento para as crianças mais vulneráveis. Além disso, tem de ser promovida e facilitada uma participação activa e informada das comunidades na concepção, implementação e monitorização de programas de desenvolvimento por forma a aumentar o seu impacto e sustentabilidade.
- **Implementar estratégias de comunicação social.** Para fortalecer a troca de informação e conhecimento, promover mudança social e de comportamentos e mobilizar comunidades na luta contra a pobreza na infância, têm de ser apoiadas estratégias de comunicação social talhadas para contextos locais e empregando diversos canais de comunicação. Este é, potencialmente, um importantíssimo instrumento para se registarem progressos em medidas antropométricas, que evidências mostram estarem estreitamente associadas a práticas e atitudes culturais (como acontece, por exemplo, com a amamentação).

