



# PROTEÇÃO DA CRIANÇA EM MOÇAMBIQUE E PROVÍNCIA DO NIASA PONTO DE SITUAÇÃO - DIAGNÓSTICO

UMA INICIATIVA



COM O APOIO





**PROTEÇÃO DA CRIANÇA  
EM MOÇAMBIQUE E  
PROVÍNCIA DO NIASSA  
PONTO DE SITUAÇÃO - DIAGNÓSTICO**

## FICHA TÉCNICA

**Título:**

Proteção da Criança em Moçambique e Província do Niassa | Ponto de situação-Diagnóstico

**Redação:**

Manuel Branco Mendes

**Revisão:**

Alexandre Silva, Ana Isa Neves, Joana Peixoto

**Ilustração ou Fotografia:**

Alexandre Dundero, Manuel Branco Mendes, Joana Peixoto

**Grafismo e paginação:**

Diogo Lencastre

**Edição:**

FEC – Fundação Fé e Cooperação

**Local de Edição:**

Lisboa

**Data de Edição:**

Junho 2023

**Tiragem:**

50 exemplares

**Impressão:**

Minerva print

**Depósito Legal:**

DL/BNM/1295/2023

**Copyright © FEC**

*Esta publicação foi produzida no âmbito do Projeto Othukumana - Juntos III - Desenvolvimento Integrado da Infância no Niassa, com o apoio financeiro da Misereor e da Kindermissionswerk "Die Sternsinger". O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade da FEC e não reflecte necessariamente a posição dos financiadores.*

*Esta publicação é de distribuição gratuita.*

*A sua venda é proibida.*

# ÍNDICE

<b>NOTA EXPLICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>OBJETO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO FÍSICA E HUMANA</b>	<b>19</b>
1.1. Geografia e calamidades naturais	19
1.2. Demografia	20
1.2.1. População	20
1.2.2. Taxas de fecundidade e natalidade	21
1.2.3. Crescimento populacional	22
1.2.4. Agregados familiares	23
1.2.5. Estrutura etária	24
1.2.6. Esperança de vida	27
1.2.7. Densidade populacional	27
1.3. Nota histórico-política	27
1.4. Dimensão cultural e religiosa	29
1.5. Situação social e económica	30
1.6. Organização político-administrativa	32
1.7. Desenvolvimento humano	33
<b>2. SAÚDE</b>	<b>35</b>
2.1. Legislação	37
2.2. Documentos estratégicos e avaliadores	37
2.2.1. Política nacional de saúde neonatal e infantil (2006)	37
2.2.2. Plano estratégico do sector saúde 2014-2019 (pess)	38
2.2.3. Plano nacional de acção para a criança 2013-2019 (pnac)	39
2.3. Saúde da criança	39
2.3.1. Vacinação	40
2.3.2. Proteção vacinal contra o tétano	41
2.3.3. Proteção de re-hidratação oral	41
2.3.4. Procura de cuidados e tratamento de pneumonia com antibiótico	42
2.3.5. Uso de combustíveis sólidos	42
2.4. Áreas críticas da saúde infantil	43
2.4.1. Saúde materno-infantil	43
2.4.1.1. Contraceção	43
2.4.1.2. Cuidados pré-natais	44
2.4.1.3. Assistência ao parto	44
2.4.2. Mortalidade na infância	46
2.4.2.1. Mortalidade neonatal	48
2.4.2.2. Mortalidade infanto-juvenil	50
2.4.3. HIV/SIDA	52
2.4.4. Outras infeções sexualmente transmissíveis	56
2.4.5. Malária	58
<b>3. NUTRIÇÃO</b>	<b>63</b>
3.1. Alguns indicadores (MICS, 2008 e IDS, 2011)	64
3.2. Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2015 (2020)	66
3.2.1. Conceitos	66
3.2.2. Causas	66
3.2.3. Linhas estratégicas	67
<b>4. DESENVOLVIMENTO</b>	<b>69</b>
4.1. Os primeiros anos de vida	69
4.2. Idade escolar	71

<b>5. EDUCAÇÃO</b>	<b>73</b>
5.1. Legislação de base	75
5.1.1. Lei nº 18/2018, de 28 de dezembro	75
5.2. Documentos estratégicos	77
5.2.1. Estratégia do desenvolvimento integral da criança em idade pré-escolar (DICIPE) 2012-2021	78
5.2.2. Plano nacional de acção para a criança ii (PNAC) –educação e lazer (2013-2019)	79
5.2.3. Plano estratégico da educação 2020-2029	80
5.3. Síntese e algumas conclusões	90
5.3.1. Nível nacional	90
<b>6. PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA, DA SUA DIMENSÃO SOCIAL ATÉ À PROTEÇÃO INDIVIDUAL</b>	<b>95</b>
6.1. Enquadramento	96
6.1.1. Pobreza	96
6.1.2. Protecção social	98
6.2. Legislação	101
6.2.1. Lei de enquadramento da protecção social (Lei 4/2007)	101
6.2.2. Lei da (Reforma da Lei) família (Lei nº 10/2004, de 25 de agosto)	102
6.2.3. Lei da organização tutelar de menores (Lei nº8/2008, de 15 de julho)	103
6.2.4. Lei de protecção da criança (Lei nº 7/2008, de 9 de julho)	104
6.3. Documentos estratégicos	107
6.3.1. Estratégia nacional de segurança social básica (ENSSB 2016-2024)	107
6.3.2. Política de acção social e estratégia de implementação (Resolução nº 46/2017)	109
6.3.3. Plano nacional de acção para a criança II (PNAC) 2013-2019	112
6.4. Algumas dimensões do sistema de protecção da criança	114
6.4.1. Protecção social	114
6.4.1.1. Registo de nascimento	114
6.4.1.2. Trabalho infantil	116
6.4.1.3. Uniões prematuras	121
6.4.1.4. Vulnerabilidade e orfandade	124
6.4.1.5. Deficiência	127
6.4.2. Protecção individual	130
6.4.2.1. Violência contra as crianças	131
<b>7. ALGUMAS REFLEXÕES EM TORNO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA EM MOÇAMBIQUE NA PROVÍNCIA DO NIASSA</b>	<b>135</b>
7.1. Um modelo teórico	135
7.1.1. Princípios inspiradores	135
7.1.2. Constituição e funcionamento	136
7.2. Aproximação à realidade de Moçambique	139
7.2.1. A criança como uma responsabilidade de toda a sociedade	139
7.2.2. A componente judiciária do sistema de protecção	139
7.2.3. A componente policial do sistema de protecção	141
7.2.4. A componente pública técnico-administrativa do sistema de protecção	141
7.2.4.1. Plano Nacional de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC II)	141
7.2.4.2. Conselho Nacional de Acção Social (CNAS)	143
7.2.4.3. Ministério do Género, Criança e Acção Social	143
7.2.4.4. Governo Provincial – Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social	144
7.2.5. A componente comunitária do sistema de protecção	145
7.2.5.1. Escolinhas Comunitárias	146
7.2.5.2. Comitês Comunitários de Protecção da Criança	151
7.3. Contributos para a Província do Niassa a partir do modelo teórico e outros referenciais no âmbito da protecção da criança	164
7.3.1. Abordagem continuada e integrada	164
7.3.2. Desenvolvimento de um espaço de trabalho social	165
7.3.3. Trabalho em rede	166
7.3.4. Modelo de funcionamento	167

# QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

## QUADROS

Quadro 1: Censo-2017: Áreas de inquirição . . . . .	13
Quadro 2: MICS 2008: Questionários e módulos temáticos . . . . .	14
Quadro 3: Inquérito Demográfico e de Saúde: Módulos de inquirição . . . . .	15
Quadro 4: Plano Nacional de Acção para a Criança (PNAC) 2013-2019: Áreas-chave, áreas específicas e objectivos . . . . .	16
Quadro 5: Objectivos de redução da mortalidade neo-natal. . . . .	50
Quadro 6: Objectivos de redução da mortalidade infantil . . . . .	51
Quadro 7: Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV E SIDA (PEN IV - 2015-2019) – Objectivos e resultados esperados . . . . .	55
Quadro 8: Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infecções de Transmissão Sexual (2018-2021) – Factores de vulnerabilidade . . . . .	56
Quadro 9: Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infecções de Transmissão Sexual (2018-2021) – Estratégias de prevenção . . . . .	57
Quadro 10: Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária (IIM) - Principais resultados . . . . .	59
Quadro 11: Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil (2006) e Plano Nacional de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC) – Objectivos de desenvolvimento da criança em idade escolar . . . . .	71
Quadro 12: Estratégia do Desenvolvimento Integral da Criança em Idade Pré-escolar (DICIPE) 2012-2021 - Objectivo específico: Assegurar o acesso a uma educação pré-escolar centrada na criança na área da Educação Pré-Escolar e Ensino Pré-Primário. . . . .	78
Quadro 13: Censo 2017 – Frequência do Ensino Pré-Escolar. . . . .	84
Quadro 14: Plano Estratégico da Educação 2020-2029 – Objectivos para crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais . . . . .	88
Quadro 15: Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) (2013-2019) e Plano Estratégico da Educação (2020-2029) - Objectivos da Educação Pré-Escolar. . . . .	90
Quadro 16: Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) – Educação e lazer (2013-2019 e Plano Estratégico da Educação 2020-2029: Objectivos para o ensino primário . . . . .	93
Quadro 17: Lei de Protecção da Criança – Direitos da criança e deveres do Estado . . . . .	105
Quadro 18: Política de Acção Social e Estratégia de Implementação e PNAC II: Alinhamento de medidas a partir do diagnóstico de situação constante na Política de Acção Social e Estratégia de Implementação. . . . .	110
Quadro 19: Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) 2013-2019: Acções previstas para a área-chave da Protecção . . . . .	113
Quadro 20: Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) 2013-2019: Acções previstas para a área-chave da Participação da criança . . . . .	113
Quadro 21: Estratégia da Educação Inclusiva e Desenvolvimento da criança com Deficiência 2020-2029 . . . . .	129
Quadro 22: Manual de Orientações dos Comitês Comunitários de Protecção da Criança - Módulos. . . . .	155
Quadro 23: Manual de Orientações dos Comitês Comunitários de Protecção da Criança – Especificação das acções que integram os módulos . . . . .	156
Quadro 24: Análise comparada entre os documentos de referência e o trabalho desenvolvido com os Comitês, com a intervenção da FEC, na Província do Niassa . . . . .	158
Quadro 25: Comitês Comunitários de Protecção da Criança na Província do Niassa . . . . .	160

## GRÁFICOS

Gráfico 1: Moçambique - população por sexo . . . . .	20
Gráfico 2: População da Província do Niassa vs. total nacional . . . . .	21
Gráfico 3: Fecundidade Específica . . . . .	21
Gráfico 4: Crescimento populacional comparado: Nacional e Província do Niassa . . . . .	22
Gráfico 5: Moçambique - Chefes de família por sexo . . . . .	23
Gráfico 6: Niassa - Chefes de família por sexo . . . . .	23
Gráfico 7: NIASSA - Agregados familiares por tamanho . . . . .	24
Gráfico 8: Censo 2017 - Estrutura etária a nível nacional . . . . .	25
Gráfico 9: Niassa - População total <19 anos . . . . .	26
Gráfico 10: População por religião (valores percentuais nacionais e da Província do Niassa) . . . . .	30
Gráfico 11: PALOP - Índice de Desenvolvimento Humano . . . . .	34
Gráfico 12: Vacinação no primeiro ano de vida - Província do Niassa e Nacional (%) . . . . .	41
Gráfico 13: Tratamento de re-hidratação oral - Província do Niassa e Nacional (%) . . . . .	42

Gráfico 14: Assistência durante o parto -Província do Niassa e Nacional . . . . .	44
Gráfico 15: Médicos, enfermeiras e obstetras por 10.000 habitantes (2010-2018) . . . . .	45
Gráfico 16: Mortalidade materna (rácio por 100.000 nascituros) . . . . .	45
Gráfico 17: Mortalidade na infância (<5 anos): Tendência temporal (2000 -2020) . . . . .	46
Gráfico 18: Mortalidade infantil (< 5 anos) quinquênios anteriores a 2008 (MICS) e 2011 (IDS) . . . . .	47
Gráfico 19: Taxas de mortalidade na infância (1998-2008) . . . . .	47
Gráfico 20: PALOP- Taxa de mortalidade neonatal e infanto-juvenil (<5 anos) . . . . .	48
Gráfico 21: Mortalidade neonatal (<28 dias): tendência temporal . . . . .	48
Gráfico 22: Mortalidade neonatal (rácio por 1.000 nascituros vivos) . . . . .	49
Gráfico 23: Mortalidade infantil (< 1 ano): Tendência temporal . . . . .	49
Gráfico 24: Novas infecções por HIV por 1.000 indivíduos não infectados (2018) . . . . .	52
Gráfico 25: HIV - Prevalência na população entre os 15 e os 49 anos (2009 . . . . .	53
Gráfico 26: Incidência da malária por 1.000 indivíduos em risco (2018) . . . . .	60
Gráfico 27: Malária - Prevenção e tratamento. . . . .	61
Gráfico 28: Prevalência de atividades facilitadoras ou inibidoras da aprendizagem (0-59 meses). . . . .	71
Gráfico 29: Frequência do EPE . . . . .	82
Gráfico 30: Oferta de EPE. . . . .	83
Gráfico 31: Rede de oferta da educação pré-escolar . . . . .	83
Gráfico 32: Tipo de salas de aula por província, 2018. . . . .	86
Gráfico 33: Projecção de apoio à criança (subsídios) 2019-2024 . . . . .	108
Gráfico 34: Moçambique - Situação registral da criança (0-17 anos) em valores absolutos e percentuais . . . . .	115
Gráfico 35: Moçambique - Razões apontadas para o não registo da criança . . . . .	115
Gráfico 36: População entre 7 e 19 anos com actividade na semana anterior ao inquérito (%). . . . .	118
Gráfico 37: Tipo de actividade desenvolvida na semana anterior ao inquérito (%) . . . . .	118
Gráfico 38: Estado civil da população entre os 12-19 anos-TOTAL (%) . . . . .	121
Gráfico 39: Estado civil da população rural entre 12-14 anos (%) . . . . .	122
Gráfico 40: Estado civil da população rural entre 15-19 anos (%) . . . . .	122
Gráfico 41: Estado civil da população urbana entre s 12-14 anos (%) . . . . .	122
Gráfico 42: Estado civil da população urbana entre 15-19 anos (%) . . . . .	122
Gráfico 43: População casada, em união marital, separada ou viúva, entre 12-19 anos, por sexo (%) . . . . .	122
Gráfico 44: <18 anos que não vivem com os pais biológicos (%) . . . . .	125
Gráfico 45: Condição de orfandade materna . . . . .	126
Gráfico 46: Tipo de deficiência (0-19 anos) . . . . .	128
Gráfico 47: Violência física nos últimos 12 meses, entre indivíduos de 13-17 anos de idade (%). . . . .	133
Gráfico 48: Violência emocional por um dos pais, cuidador, ou outro familiar adulto nos últimos 12 meses . . . . .	134
Gráfico 49: Prevalência da violência sexual nos últimos 12 meses, entre indivíduos de 13-17 anos de idade. . . . .	134
Gráfico 50. Número de escolinhas comunitárias na Província do Niassa (1997 –2018) . . . . .	148

## FIGURAS

Figura 1: Documentos estratégicos e outros na área da saúde . . . . .	36
Figura 2: Planos estratégicos e outros relativamente ao desenvolvimento escolar. . . . .	77
Figura 3: Modelo conceptual do sistema de Protecção da Criança . . . . .	137
Figura 4: Escolinha Comunitária - uma visão alargada (“Leigos para o Desenvolvimento”) . . . . .	148
Figura 5: Distribuição geográfica das escolinhas comunitárias por distrito (1997 –2018) . . . . .	149
Figura 6: referências documentais relativamente aos Comités Comunitários de Protecção da Criança . . . . .	152
Figura 7: Em direcção a uma abordagem continuada e integrada . . . . .	165
Figura 8: Níveis de competência e circuitos de funcionamento . . . . .	167
Figura 9: modelo de articulação da escolinha comunitária na inexistência de comité comunitário . . . . .	168
Figura 10: Modelo de articulação da escolinha comunitária na existência de comité comunitário . . . . .	168
Figura 11: Para uma visão sistémica da protecção da criança . . . . .	170



## SIGLAS E ACRÓNIMOS

---

<b>AIDI</b>	Atenção Integrada das Doenças da Infância
<b>CcD</b>	Crianças com Deficiência
<b>CCR</b>	Consulta de Criança em Risco
<b>CCS</b>	Centro de Colaboração em Saúde
<b>CNAC</b>	Comité Nacional dos Direitos da Criança
<b>CNCS</b>	Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA
<b>CPPC</b>	Comité Comunitário de Protecção da Criança
<b>DICIPE</b>	Estratégia do desenvolvimento integral da Criança em Idade Pré-Escolar
<b>DPGCAS</b>	Direcção Provincial de Género, Criança e Acção Social
<b>ECN</b>	Escolinhas Comunitárias do Niassa
<b>EEPE</b>	Estabelecimentos de Educação Pré-escolar
<b>ENSSB</b>	Estratégia Nacional de Segurança Social Básica
<b>EP</b>	Ensino Primário
<b>EPE</b>	Educação Pré-Escolar
<b>FAO</b>	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
<b>FEC</b>	Fundação Fé e Cooperação
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>ICFI</b>	ICF International
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IDS</b>	Inquérito Demográfico e de Saúde
<b>INAS</b>	Instituto Nacional de Acção Social
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Segurança Social
<b>InVIC</b>	Inquérito sobre Violência contra a Criança em Moçambique
<b>MGCAS</b>	Ministério do Género, Criança e Acção Social
<b>MICS</b>	Multiple Indicator Cluster Surveys
<b>MINEDH</b>	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>MMAS</b>	Ministério da Mulher e da Acção Social

- 
- NEE** Necessidades Educativas Especiais
- Numcov** Núcleo Multissetorial para as Crianças Órfãs
- ODS** Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
- OE** Orçamento de Estado
- OIT** Organização Internacional do Trabalho
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- ONG** Organização Não Governamental
- PACOV** Plano de Acção para as crianças Órfãs e Vulneráveis
- PALOP** Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- PASD** Programa de Apoio Social Direto
- PASP** Programa Acção Social Produtiva
- PcD** Pessoas com Deficiência
- PEE** Plano Estratégico de Educação
- PNAC** Plano Nacional de Acção para a Criança II -2013-2019
- PNAD** Plano para a Área da Deficiência
- PNUD** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PRN** Programa de Reabilitação Nutricional
- PRONAE** Programa Nacional de Alimentação Escolar
- PROSAS** Programa Serviços de Acção Social
- PSSB** Programa de Subsídio Social Básico
- RGPH** Recenseamento Geral da População e Habitação
- RN** Recém-Nascido
- SRO** Sais de re-hidratação oral
- TATE** Triagem, Avaliação e Tratamento de Emergência
- UNESCO** Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
- UNICEF** Fundo das Nações Unidas para a Infância
- US** Unidade de Saúde

# NOTA EXPLICATIVA

---

## **OBJECTO DE AVALIAÇÃO**

Constitui objectivo do presente relatório, possibilitar uma avaliação genérica da situação da criança em Moçambique e, na medida do possível e dos dados disponíveis, na Província do Niassa, nomeadamente:

- Recolher indicadores quantitativos
- Anotar a legislação mais relevante
- Identificar os documentos estratégicos sectoriais e centrados na criança
- Conferir a organização e dinâmica do sistema de protecção da criança

Pretende-se, assim, uma visão da criança no seu todo (também designada por visão holística) acompanhada por uma outra perspetiva a qual tem em consideração os seus diversos níveis de enquadramento relacional e social (conhecida pela designação de teoria sistémica).

Concorrendo para a visão holística pretendida, é utilizado um critério decorrente da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, assente nas questões associadas à saúde, à educação e protecção, procurando identificar lacunas, mas também sinergias entre as mesmas.

Na verdade, se as áreas da saúde e da educação têm a sua própria estratégia de desenvolvimento, acontece que muito frequentemente as mesmas incidem acima de tudo a melhor forma de prestação dos respectivos serviços (aquilo a que, numa lógica de gestão, poderíamos chamar de oferta).

Importa, no entanto, dedicar uma atenção muito específica à criança e seu contexto específico, tendo em vista, na medida do possível, proporcionar condições para o seu acesso a esses serviços (aquilo a que, na mesma lógica de gestão, poderíamos considerar a procura).

Esta dimensão de fortalecimento possível da criança, suas famílias e comunidades, integra-se numa das linhas da protecção da criança, concretamente, a sua protecção social.

Todavia, há que ter em consideração uma outra dimensão mais individual e que, portanto, não tem tanto já a ver com o ambiente social adverso, mas quando essa adversidade decorre, por regra, da sua própria família ou de alguns outros elementos de maior ou menor proximidade, sob a forma de abuso directo sobre a pessoa na sua qualidade de criança, seja esse um abuso físico, psicológico, sexual ou de negligência.

Importa, nesse contexto, proteger a criança de mais abusos, tentando remover os agentes desse perigo da vida da criança e constituindo, desta forma, uma outra linha de protecção, esta mais de carácter individual ou, se quisermos, especial.

Face à conjugação de ambas, que não se encontram ligadas por um nexo de causalidade linear, mas que se reforçam na maioria dos casos, desenvolvem-se estratégias de protecção da criança a que, por regra, se apelidam de protecção integral, uma vez que têm por objectivo o desenvolvimento da criança no seu todo independentemente de a natureza do risco ou perigo ser mais de carácter social ou individual<sup>1</sup>.

A visão holística da criança que aqui abordámos comporta necessariamente um entendimento sistémico dos factores que constituem o seu meio externo, identificando-os, desde logo, e, depois, procurando compreender a lógica da sua interacção.

Tendo por referência Moçambique como o meio envolvente, importa então identificar, desde logo, algumas das componentes deste meio envolvente como sejam a situação económica do país, as suas características sócio-culturais e, como o próprio nome indica, os seus sistemas de saúde, de educação, de segurança, de justiça e de protecção social, entre outros mais.

A partir da evidência desta dimensão macrossistémica nacional, tenta-se procurar a sua expressão na Província do Niassa, tendo em conta as suas particularidades as quais terão naturalmente também os seus reflexos na disponibilidade dos serviços, na organização das comunidades e no posicionamento da criança, sua família e comunidade, face a todos estes níveis de enquadramento.

Proceder-se-á, assim, como que a um duplo zoom, como se de um filme se tratasse, partindo de uma panorâmica geral até ao foco num ponto específico, ambos a ocorrer em simultâneo.

O primeiro desses movimentos é aquele que parte de uma panorâmica de Moçambique, no seu todo, até se concretizar na realidade da Província do Niassa.

O segundo movimento é aquele que parte do contexto envolvente da criança nas suas dimensões socioculturais, saúde, educação, segurança e outras mais, até se focar na sua protecção.

De uma ou outra perspectiva a criança é sempre o centro do sistema.

---

<sup>1</sup> <https://data.unicef.org/topic/child-protection/overview/#>): UNICEF uses the term 'child protection' to refer to prevention and response to violence, exploitation and abuse of children in all contexts. This includes reaching children who are especially vulnerable to these threats, such as those living without family care, on the streets or in situations of conflict or natural disasters

## METODOLOGIA

A metodologia tem em consideração a natureza do objeto de avaliação, as regras pré-definidas e aquelas que decorrem do circunstancialismo em que ocorre o presente diagnóstico.

Considerou-se, assim, duas etapas para o efeito:

- 1) Recolha de informação disponível *on-line* ou disponibilizada por outras entidades e respectivo tratamento;
- 2) Contactos com organismos públicos, agentes educativos e de protecção em contexto de formação e nas suas comunidades.

### Primeira etapa: Recolha de informação disponível *on-line* e respectivo tratamento

São bastantes os documentos que caracterizam, enquadram juridicamente ou definem estratégias e acções relativamente à situação da criança em Moçambique, uns de forma directa e outros indirectamente, ainda que a maioria deles apenas parceladamente.

Far-se-á, tanto quando possível, a referência a alguns dos mais significativos a propósito de cada uma das matérias a abordar.

Outros há, no entanto, de carácter mais global e, por isso, transversais às diferentes áreas e que, por essa razão, mas também pela sua importância diagnóstica ou de estratégia, importa deixar desde já referenciados e contextualizados.

#### Censo<sup>2</sup>

Efectuado, como é norma, de 10 em 10 anos, decorreu, em 2017, o IV Recenseamento Geral da População e Habitação, cujos resultados definitivos constam de documento próprio de divulgação, publicado já em 2019.

É este um instrumento indispensável em qualquer país, com a garantia técnica possível e, a esta data, o mais actualizado de todos.

Não cabendo neste contexto a sua apresentação, os dados do mesmo serão privilegiadamente utilizados nos diversos capítulos que se seguem, sempre que for julgado oportuno.

Fica, aqui, contudo, uma referência necessariamente genérica às áreas que foram objecto de inquirição:

#### QUADRO 1: CENSO-2017: ÁREAS DE INQUIRIÇÃO

Agregado familiar
Estado civil
Deficiência
Educação
Actividade económica
Fecundidade e mortalidade
Habitação
Bens duráveis e acesso às tecnologias de informação e comunicação
Empoderamento da mulher
Violência doméstica

<sup>2</sup> Disponível em: [censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf](#) (ine.gov.mz)

### Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS)<sup>3</sup>

Mais conhecido pelo acrónimo resultante da sua designação em inglês (MICS – *Multiple Indicators Cluster Survey*) esta ferramenta, desenvolvida a partir dos anos 90 sob os auspícios da UNICEF e aplicada em Moçambique pelo Instituto Nacional de Estatística com o apoio daquela entidade, constitui uma fonte de dados indispensável a um conhecimento mais objectivo da realidade da situação da criança no país e, tendo em conta a sua metodologia e indicadores alinhados com outros países, a possibilidade de uma análise internacional comparada.

A sua periodicidade não terá, contudo, sido a desejável, uma vez que após os primeiros MICS realizados em 1995, apenas se verificou uma outra aplicação em 2008, sendo, por isso, esses os resultados aqui utilizados, apesar de terem já passado quase 14 anos sobre os mesmos.

Para a recolha dos dados de 2008 foram aplicados três questionários, mais especificamente:

- **Informação sobre os membros do agregado familiar e habitação**
- **Mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos**
- **Menores de 5 anos (aplicados a mães ou pessoas encarregadas das crianças)**

Tendo em vista uma visão global dos mesmos, ainda que parte significativa não seja utilizada no presente relatório, referem-se os módulos temáticos que integram cada um dos questionários.

#### QUADRO 2: MICS 2008: QUESTIONÁRIOS E MÓDULOS TEMÁTICOS

Questionário sobre os membros do agregado familiar e habitação
Membros do agregado familiar
Educação
Água e saneamento
Características do agregado familiar
Segurança de posse da habitação
Redes mosquiteiras e pulverização
Trabalho infantil
Portadores de deficiência
Órfãos e vulneráveis
Rendimentos
Sal iodado
Questionário sobre as mulheres
Características da entrevistada
Situação matrimonial e actividade sexual
Mortalidade infantil
Saúde materna e do recém-nascido
Toxóide tetânico
Contracepção
Atitudes em relação à violência doméstica
HIV e SIDA
Questionário sobre menores de 5 anos
Registo de nascimento e aprendizagem na infância
Desenvolvimento da criança
Vitamina A
Amamentação
Tratamento de doença
Malária
Imunização
Antropometria

<sup>3</sup> INE (2009), Relatório Preliminar do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos 2008: Microsoft Word - MICS Summary Text 090909.doc (humanitarianlibrary.org)

Proporcionada, assim, esta panorâmica, não se apresentarão aqui os dados em concreto, uma vez que parte significativa dos mesmos serão utilizados, ainda que parcialmente, nas abordagens sectoriais que comportam o presente relatório.

### **Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS)<sup>4</sup>**

Iniciado internacionalmente em 1984, O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) em Moçambique faz parte dum programa internacional de inquéritos (*MEASURE DHS*) desenvolvido pelo *ICF International* através de um contracto com a *USAID*, com o propósito de apoiar aos governos e instituições privadas dos países em desenvolvimento na realização de inquéritos nacionais por amostragem, nas áreas de população e saúde (in preâmbulo do documento MOÇAMBIQUE – Inquérito Demográfico e de Saúde 2011).

Este documento foi o terceiro realizado no país e, apesar de datado de 2011, é o documento com os dados mais recentes em alguns dos sectores, sobretudo da saúde, uma vez que, no que concerne aos aspectos demográficos, encontram-se já disponíveis os resultados do censo de 2017.

Referem-se também aqui os módulos que integram o presente inquérito, sendo alguns dos mesmos utilizados ao longo do relatório, sobretudo no capítulo sobre a saúde.

#### **QUADRO 3: INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE: MÓDULOS DE INQUIRIRÃO**

Introdução  
 Características da população e dos agregados familiares  
 Características da população entrevistada  
 Estado civil e actividade sexual  
 Fecundidade  
 Intenções reprodutivas  
 Contracepção  
 Mortalidade infanto-juvenil  
 Saúde da criança  
 Amamentação da criança, nutrição infantil e da mãe  
 Malária  
 Conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação ao SIDA  
 Empoderamento da mulher  
 Violência doméstica

### **Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) 2013-2019<sup>5</sup>**

Diferentemente dos documentos anteriores, é este um Plano já de carácter estratégico, centrado directamente sobre a criança nas suas diversas dimensões e, por isso, tendo em consideração outros planos já existentes, integrando outras áreas e mais tendo em consideração a intervenção do sector do Estado e das organizações da sociedade civil.

Com uma primeira edição para os anos 2006-2010, a versão presente deste documento estratégico apresenta um horizonte temporal formalmente definido até 2019, não havendo, contudo, conhecimento da sua actualização até ao momento presente<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI, disponível em: Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 [FR266] (dhsprogram.com)

<sup>5</sup> MMAS, 2012, Plano de Acção para a Criança 2013-2019: Plano de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC II) - MMAS 2 - MGCAS.

<sup>6</sup> Havia ainda um outro documento estratégico, temporalmente coincidente com o PNAC I, designado por Plano de Acção para as crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV), agora integrado no PNAC II.

Este Plano aponta então para 4 áreas-chave desdobrados em áreas específicas e objectivos também específicos como, de seguida, se esquetematiza:

#### QUADRO 4: PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA (PNAC) 2013-2019: ÁREAS-CHAVE, ÁREAS ESPECÍFICAS E OBJECTIVOS

Área-chave	Área específica	Objectivos
Sobrevivência da criança	Saúde	OE1: Aumentar e melhorar a qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-natal, Infantil, Escolar e do Adolescente OE 2: Reforçar o Sistema de Saúde para melhorar a disponibilidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente e aumentar o acesso e utilização destes serviços pelos grupos-alvo OE 3: Fortalecer o envolvimento e capacidade das Comunidades para promoção da Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente OE 4: Garantir o acesso universal a água potável e saneamento
	Nutrição	OE 1: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação OE 2: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos OE 3: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes OE 4: Fortalecer as actividades dirigidas aos agregados familiares para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo OE 5. Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição OE 6: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional
Desenvolvimento da criança	Educação e lazer	OE 1: Aumentar a rede de Educação Pré-escolar OE 2: Assegurar que todas as crianças ingressem no ensino na idade certa (6 anos) e que permaneçam até completar a sétima classe OE 3: Melhorar o desempenho escolar dos alunos, sobretudo no que tange às competências críticas de leitura, escrita, cálculo numérico e habilidades para a vida OE 4: Diversificar as modalidades do ensino secundário, assegurando o acesso equitativo, do ensino secundário dando atenção especial às raparigas OE 5: Melhorar a qualidade e relevância do ensino secundário geral através do desenvolvimento e implementação de um currículo profissionalizante OE 6: Adopção de Medidas e Mecanismos para a prática do desporto e massificação desportiva OE 7: Consolidar o associativismo infanto-juvenil como forma mais efectiva de organização, fonte de aprendizagem participativa da Juventude e de criação e desenvolvimento de programas de desporto, turismo, arte e cultura para jovens OE 8: Formular e Implementar Políticas na área do Desporto.
Protecção		OE 1: Construir um ambiente favorável para alcançar o bem-estar das crianças e para remover as práticas tradicionais nocivas ao seu desenvolvimento OE 2: Capacitar os vários sectores em matéria de protecção da criança OE 3: Prevenir e Proteger as crianças contra todas as formas de abuso, violência, discriminação e exploração OE 4: Garantir os direitos dos adolescentes quando em situação de conflito com a lei, através de um sistema de responsabilidade penal-juvenil OE 5: Assegurar o direito de toda a criança a uma identidade e cidadania OE 6: Assegurar a protecção dos direitos das crianças em situação particular de vulnerabilidade em situações de emergência, privação de meio familiar, pobreza absoluta, por serem portadoras de deficiência, ou se encontrarem refugiadas no País
Participação		OE 1: Promover e facilitar o respeito pelas opiniões das crianças e sua participação em todos os assuntos que lhes digam respeito.

Desdobrando-se ainda cada um destes objectivos específicos em acções, faz-se referência às mesmas em cada um dos capítulos que aborda cada uma destas áreas.



## **Segunda etapa: Contactos com organismos públicos, agentes educativos e de protecção em contexto de formação e nas suas comunidades**

Uma primeira referência é devida à Direcção Provincial de Género, Criança e Acção Social, e, mais especificamente, ao Departamento da Criança na pessoa do seu responsável, Sr. Justino Eugénio, cuja abertura, confiança e competência não é por demais realçar.

Aqui se inclui o conjunto significativo de chefes dos serviços distritais os quais, ainda que em contexto formativo, tornaram possível uma permuta de informação complementar muito próxima das questões mais funcionais do próprio sistema.

Uma segunda referência é feita às largas dezenas de formandos - responsáveis e técnicos de jardins-de-infância, escolinhas comunitárias, centros de acolhimento e outros que, neste verdadeiro caleidoscópio funcional tornaram possível uma visão menos teórica, mas mais autêntica, da realidade moçambicana no que diz respeito à protecção da criança.

Ainda uma palavra de destaque para os elementos das comunidades com quem tivemos o privilégio de contactar através dos seus Comités Comunitários de Protecção da Criança em N'gauma (Bairro dos Funcionários) e em Cuamba (Bairro Adine II) e que, na sua dignidade mais engrandecida pela falta de recursos, nos receberam de forma tão próxima e, sem quaisquer filtros, nos apresentaram a realidade com que diariamente se confrontam tendo em vista a protecção da criança.

Naturalmente que este trabalho só se tornou possível pelo acolhimento e enquadramento efectuado pela Diocese de Lichinga, na pessoa do seu bispo, D. Atanásio Amisse Canira, o qual, não necessariamente de um prisma técnico, mas seguramente numa perspectiva de solidariedade, nos permitiu uma visão das grandes preocupações relativamente à protecção da infância na Província do Niassa.

A referência final vai, naturalmente, para a FEC, quer em Portugal quer em Moçambique, a qual se afigura indispensável não apenas na fase inicial de levantamento, como aquela subsequente de interpretação dos dados recolhidos.



# 1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E HUMANA

## 1.1. GEOGRAFIA E CALAMIDADES NATURAIS

Moçambique situa-se na costa oriental da África Austral. Faz fronteira com a Tanzânia, a norte; com o Malawi e a Zâmbia, a noroeste; com o Zimbabwe e Suazilândia a oeste e com a África do Sul também a oeste e, ainda, a sul. A leste confina com o Oceano Índico, onde se situa, a cerca de 400 km, a Ilha de Madagáscar.

A morfologia do país caracteriza-se por uma extensa área de planície a sul (com cerca de 250.000km<sup>2</sup>, correspondente a 1/3 de toda a superfície) e uma zona de planaltos no centro e norte (com cerca de 500.000 km<sup>2</sup>, correspondendo a cerca de 2/3 do país).

Quanto ao clima, este é predominantemente tropical quente, nas suas variantes semiárido, de altitude, húmido e seco, tendo em conta a sua localização específica e respectivo relevo.

De acordo com o *Plano Director para Prevenção e Mitigação das Calamidades Naturais*<sup>7</sup>, entre alguns ocasionais e outros de carácter cíclico, Moçambique é frequentemente afectado por fenómenos naturais extremos como seca, inundações, ciclones e sismos.

No que respeita aos fenómenos atmosféricos, os mesmos têm a ver com a localização do país, fortemente influenciada pelos anticiclones subtropicais do Oceano Índico, Zona de Convergência Intertropical, depressões térmicas da África Austral e passagem de frentes frias a sul.

Já no que respeita aos fenómenos de sismicidade, a sua causa encontra-se no chamado Vale do *Rift* (que resulta das placas tectónicas africana e arábica) com um dos seus extremos no norte da Síria e o outro nas províncias de Sofala e Gaza.

Assim, tendo ainda em conta as fragilidades económicas e sociais do país e de acordo com o documento *Ecological Threat Report 2021*<sup>8</sup>, Moçambique integra, em oitavo lugar, um conjunto de 15 países identificados como os mais vulneráveis a ameaças ecológicas, nomeadamente progressiva escassez de recursos, desastres naturais associados ou não à subida de temperatura, escassez de água e de alimentação (grau máximo de exposição) e, ainda, crescimento populacional e anomalias de temperatura (grau médio).

Nesse sentido ainda e dada a fragilidade da maioria das infraestruturas, fenómenos climáticos mais intempestivos como cheias e ciclones facilmente destroem as infraestruturas económicas e sociais e outros, prolongando-se no tempo, como a seca, comprometem os meios de subsistência numa população em que 81% da mesma depende da agricultura em que 95% desta é de sequeiro.

<sup>7</sup> [https://www.preventionweb.net/files/21649\\_16411masterplanfordisasterpreventio.pdf](https://www.preventionweb.net/files/21649_16411masterplanfordisasterpreventio.pdf)

<sup>8</sup> <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/10/ETR-2021-web.pdf>

Outros efeitos ainda se fazem sentir de forma mais regular e sazonal no que tem a ver com a escassez alimentar nos períodos que antecedem as colheitas, seja pela extrema dependência da agricultura seja ausência de infraestruturas que regulem minimamente os efeitos decorrentes das cheias numa vez, das secas numa outra vez.

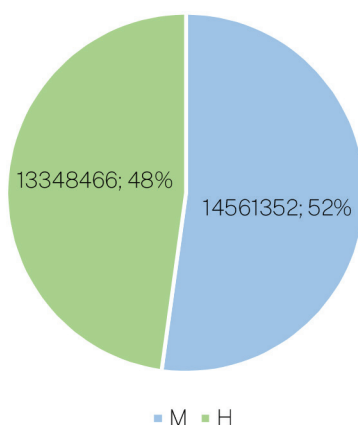
## 1.2. DEMOGRAFIA

### 1.2.1. POPULAÇÃO

#### *A nível nacional*

De acordo com os resultados definitivos do IV RGPH (2017)<sup>9</sup> a população de Moçambique seria de 27 909 798 habitantes<sup>10</sup>, com 14 561 352 indivíduos do sexo feminino (52,1%) e 13 348 466 indivíduos do sexo masculino (47,9%).

**GRÁFICO 1: MOÇAMBIQUE - POPULAÇÃO POR SEXO**

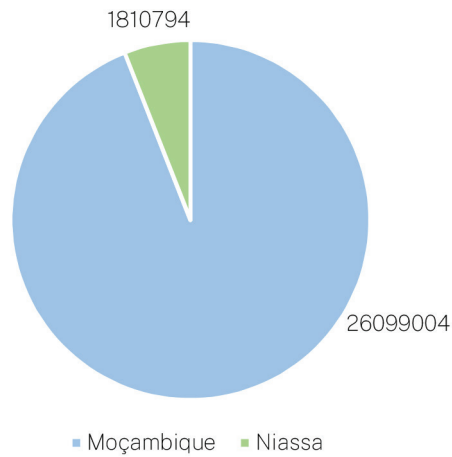


#### *Província do Niassa*

Seguindo o mesmo critério, a Província do Niassa, por sua vez, tinha uma população de 1 810 794 pessoas, das quais 874 773 indivíduos do sexo feminino e 936 021 elementos do sexo masculino, correspondendo a 6,3% do total da população de Moçambique.

<sup>9</sup> Estes e todos os restantes dados deste subcapítulo referente a aspectos demográficos foram retirados dos resultados do Censo de 2017, seja directamente através do site do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique: [www.ine.gov.mz](http://www.ine.gov.mz), seja através de diversas publicações e brochuras divulgadas pelo mesmo INE.

<sup>10</sup> Este número refere-se ao valor ajustado após aplicação da taxa de omissão (instrumento que procura detetar a cobertura do recenseamento após 1 mês da aplicação do mesmo) com um valor percentual global de 3,7 % sobre a população efetivamente recenseada (27 122 222 pessoas, distribuídas por 14 113 344 061 006 indivíduos do sexo feminino (52,1%) e 13 008 778 indivíduos do sexo masculino (47,9%).

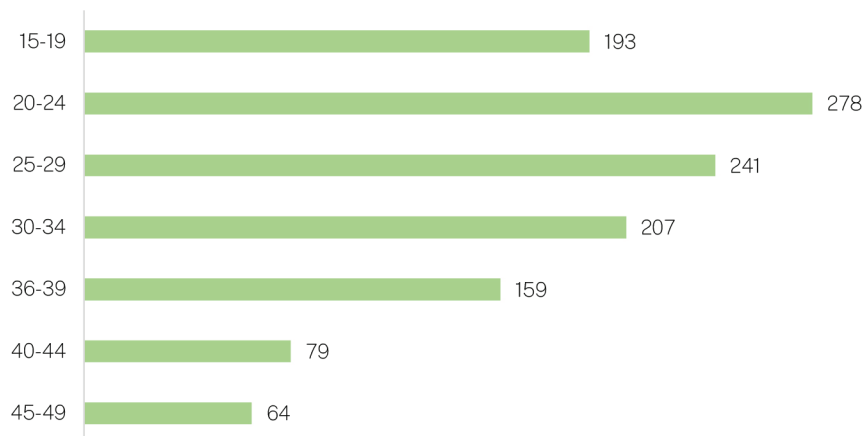
**GRÁFICO 2: POPULAÇÃO DA PROVÍNCIA DO NIASSA VS. TOTAL NACIONAL**

### 1.2.2. TAXAS DE FECUNDIDADE E NATALIDADE

#### ***Fecundidade***

Taxa de Fecundidade Específica – É a razão entre o número de nascimentos vivos de mães em uma determinada idade e o número de mulheres nesta mesma idade ou grupo etário.

Por parecer mais expressivo optou-se, no entanto, por ilustrar este critério de fecundidade pelo número de nascimentos por 1000 mulheres, em cada um dos segmentos etários, nos 3 anos anteriores à aplicação do questionário<sup>11</sup>.

**GRÁFICO 3: FECUNDIDADE ESPECÍFICA**

**Taxa de Fecundidade Geral** – É um indicador que sintetiza o número de filhos que as mulheres, entre os 15 e os 49 anos, teriam durante toda a sua vida reprodutiva se as condições de fecundidade se mantivessem.

A taxa de fecundidade geral em Moçambique 5,2 (2017), sendo que em 2007 era de 5,7.

<sup>11</sup> MICS (2008), Quadro 8.4

Por outro lado, constata-se uma variação significativa entre as áreas rurais (em que esse valor é de 6,9) e as áreas urbanas (com um valor de 4,7).

### **Natalidade**

A taxa bruta de natalidade, por sua vez, indica o número de nascimento por 1000 residentes

#### **A nível nacional**

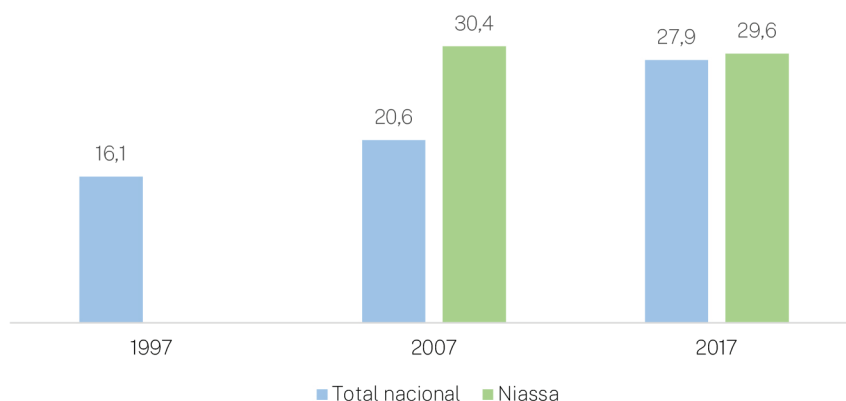
Ainda segundo o Censo (2017) a taxa bruta de natalidade (taxa de fecundidade) é de 37,9 crianças por cada mil habitantes (42,2 em 2007).

### **1.2.3. CRESCIMENTO POPULACIONAL**

#### **A nível nacional**

Os números em apreço reflectem um crescimento muito significativo da população entre os dois últimos censos, com um aumento de 7 277 398 pessoas, tal como o gráfico seguinte evidencia:

**GRÁFICO 4: CRESCIMENTO POPULACIONAL COMPARADO: NACIONAL E PROVÍNCIA DO NIASSA**



De referir ainda que o crescimento populacional tem vindo a ser muito acelerado, mais que duplicando a sua população em 40 anos (1980-1997: 33%; 1997-2007:24,8%; 2007-2017: 40,9%).

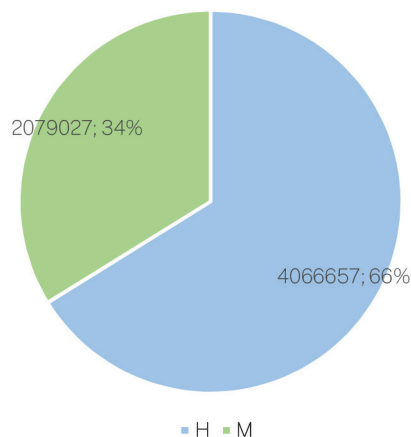
A Província do Niassa foi aquela, logo a seguir à Província de Maputo, que mais cresceu entre ambos os recenseamentos (49,2%, correspondendo a mais 597 396 indivíduos), bastante acima da média nacional de crescimento que se cifrou em 35%.

### 1.2.4. AGREGADOS FAMILIARES

#### *A nível nacional*

Ainda segundo este mesmo documento, o número de agregados familiares era de 6 145 684, havendo, em média, 4,4 pessoas por agregado familiar e com a distribuição por sexo do chamado chefe do agregado que o gráfico seguinte ilustra:

**GRÁFICO 5: MOÇAMBIQUE - CHEFES DE FAMÍLIA POR SEXO**



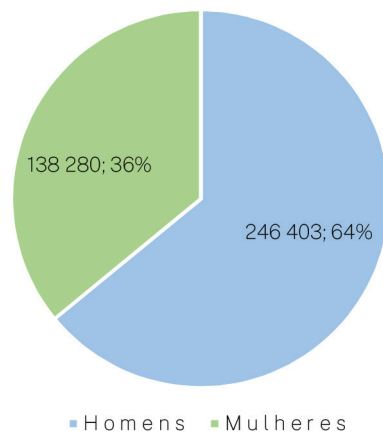
Por ser relevante para o contexto da criança, destacamos ainda os **agregados familiares monoparentais femininos que representam 11,8 % do total**, enquanto os agregados familiares monoparentais masculinos quase não têm significado estatístico (apenas 1,1 % desse mesmo total).

De realçar ainda, conjugando com a abordagem que mais à frente se fará sobre a condição de orfandade da criança, **o número de agregados que têm por chefe uma criança entre os 12 e os 14 anos e que é de 10.155.**

#### *Província do Niassa*

O número de agregados familiares na Província do Niassa é de 384.683, sendo que a distribuição por sexo acompanha a tendência nacional, ainda que com um desvio percentual positivo de 2 pontos relativamente ao valor percentual nacional.

**GRÁFICO 6: NIASSA - CHEFES DE FAMÍLIA POR SEXO**

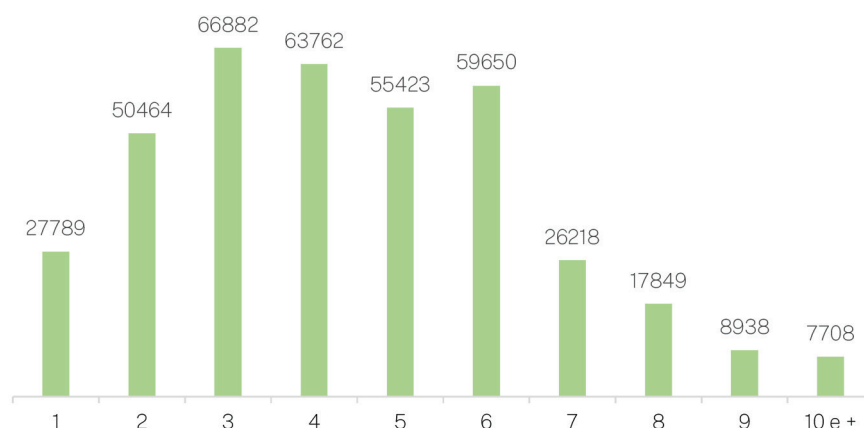


Os agregados familiares monoparentais femininos representam 12,9% (em linha com a média nacional), enquanto os agregados monoparentais masculinos representam apenas 1% do total de agregados (também em linha com a média nacional).

Ainda tendo por referência o agregado familiar, a tipologia prevalecente na Província do Niassa é naturalmente o agregado familiar apenas com filhos (41,2%), seguido do agregado familiar alargado (24,7%).

Melhor assim se compreende que prevaleçam os agregados familiares constituídos por 3 a 6 elementos, no que se configura, aliás, como uma tendência nacional.

**GRÁFICO 7: NIASSA - AGREGADOS FAMILIARES POR TAMANHO**



Um outro dado relevante tem a ver com o número de crianças entre os 12 e os 14 anos assumidas como chefes de agregado familiar, na ordem dos 865, representando, relativamente ao todo nacional já anteriormente referido (10.155), um valor percentual de 8,5% (numa sobre representação de 2 pontos percentuais face aos 6,3% de peso relativo da população do Niassa no todo nacional).

### 1.2.5. ESTRUTURA ETÁRIA

#### *A nível nacional*

Como é bem patente no gráfico que se segue, com a alta taxa de natalidade que ainda se verifica e também com a diminuição da mortalidade infantil, a base da pirâmide etária aumentou significativamente do anterior censo (2007) para o presente (2017), com uma taxa de crescimento populacional anual de 2,8% (INE, 2019).

Esse alargamento é bem visível na ilustração seguinte, retirada de relatório do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique.



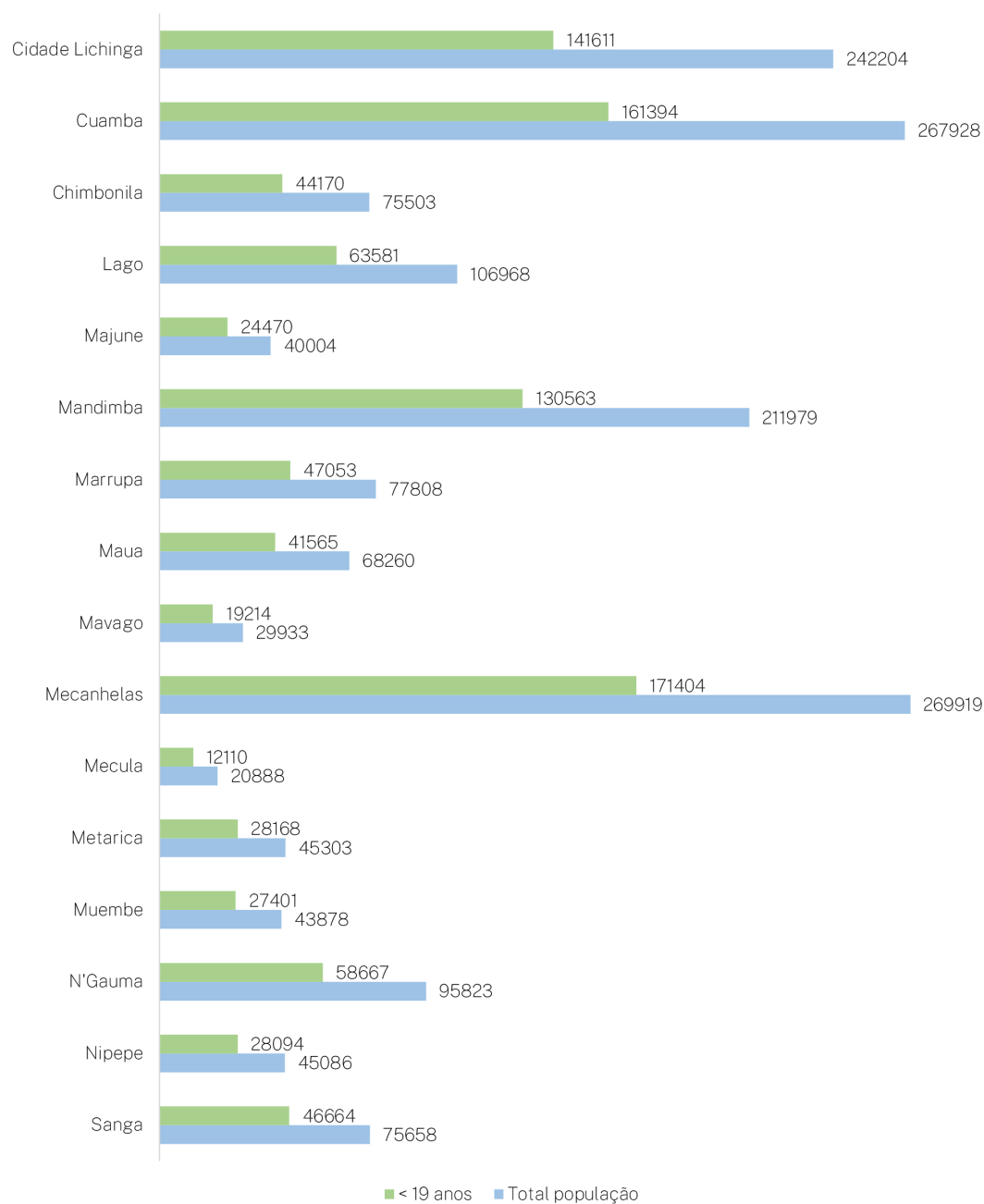
GRÁFICO 8: CENSO 2017 - ESTRUTURA ETÁRIA A NÍVEL NACIONAL

**Província do Niassa<sup>12</sup>**

Numa análise mais fina, já a nível distrital, quatro dos mesmos (Lichinga, Cuamba, Mandimba e Mecanhelas) surgem de forma destacada quer nos valores populacionais gerais quer no número de crianças e jovens com idade inferior a 19 anos, numa proporção que tem como valores mínimos os 58% (Lichinga e Mecula) e um máximo de cerca de 64% (Mecanhelas e Mavago).

<sup>12</sup> <http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/niassa>

**GRÁFICO 9: NIASA - POPULAÇÃO TOTAL <19 ANOS**



### 1.2.6. ESPERANÇA DE VIDA

#### *A nível nacional*

A esperança de vida é agora de 53,7 anos (2007: 50,9), sendo de 56,5 anos para mulheres e 51 anos para homens (INE, 2019).

### 1.2.7. DENSIDADE POPULACIONAL

A densidade populacional em Moçambique é de cerca de 35 habitantes por Km<sup>2</sup>, quase o triplo da densidade populacional na Província do Niassa, a qual pouco ultrapassa os 13 habitantes por Km<sup>2</sup>.

## 1.3. NOTA HISTÓRICO-POLÍTICA

É costume identificar três fases na história de Moçambique, designadamente um período pré-colonial, um período colonial e o atual, pós-colonial.

O primeiro destes períodos corresponde a sociedades caçadoras e recolectoras, provenientes do interior que, já no fim do primeiro milénio, e por força do comércio, começaram a ter uma forte influência árabe

O segundo período corresponde à colonização portuguesa na sequência da chegada das primeiras expedições a partir do final do século XV, inicialmente apenas com a criação de postos mercantis e outra, já no S. XIX, e na sequência da Conferência de Berlim (1885) pela militarização do território e submissão dos poderes locais à governação colonial.

Este período terminou, após uma guerra de libertação de cerca de 10 anos, com a independência do país em 1975.

O terceiro período é o atual de que, de uma maneira genérica, se poderão considerar duas fases: uma fase inicial, caracterizada por uma política centralizada de matriz socializante e de partido único, concomitante com uma guerra civil que durou mais de 15 anos; uma fase que se prolonga até ao momento presente, iniciada, a partir de 1987, com os acordos com o Banco Mundial e o FMI, com a abertura a uma economia de mercado e com a implantação de um sistema político multipartidário, tendo as primeiras eleições nesta fase ocorrido em 1994.

Estas passaram a realizar-se de cinco em cinco anos e o regime é constitucionalmente uma república presidencialista.

Entretanto, desde 2019, que Moçambique se confronta com um movimento insurgente ligado ao radicalismo político islâmico e desenvolvendo acções de terrorismo contra as populações na província de Cabo Delgado.

Para além de esse movimento ser um reflexo da instabilidade provocada por uma estratégia alargada a muitos outros países em África protagonizada por esses movimentos radicais, o mesmo encontrou condições de desenvolvimento nesta província por um conjunto de razões apontadas pelos especialistas, e que aqui se tentará resumir.

Desde logo, a cultura e fé islâmica têm uma histórica e activa implantação nas comunidades nesta província cujos índices de pobreza e vulnerabilidade são, em muitas dimensões, superiores ao resto do país.

A descoberta e início de exploração de jazidas de gás natural nesta província vai permitir a arrecadação por parte do Estado, através de contractos já efetuados com multinacionais, de uma quantia que ultrapassa os 50.000 milhões de dólares.

Contudo, o impacto junto das populações foi mais negativo que positivo, uma vez que não se perceberam benefícios diretos, aumentando, em contrapartida, os níveis de violência, corrupção e mais pobreza. Este sentimento de frustração foi, sobretudo, sentido junto dos mais jovens que facilmente polarizaram essa mesma frustração e desencanto no fundamentalismo da sua cultura e fé religiosa.

Tal foi potenciado pela estratégia de implantação destes movimentos associados ao designado Estado Islâmico por muitos países de África e facilitado pela sua situação geográfica com acesso ao mar e fronteira com a Tanzânia, permitindo uma mais fácil influência estrangeira e movimentação desses grupos.

O resultado trágico desta crise resultou já, segundo dados das Nações Unidas, em mais de 2500 mortes e cerca de 700.000 refugiados, calculando-se que cerca de 75% dos mesmos sejam mulheres e crianças.

Mais especificamente, ao nível da educação, os ataques terroristas na Província de Cabo Delgado levaram à destruição de cerca de 375 escolas em 9 distritos, afetando aproximadamente 180.000 alunos e 1623 professores, tendo sido disponibilizado, na medida do possível e com auxílio de parceiros, tendas temporárias, colocadas em zonas seguras, para continuidade do processo escolar e algum apoio psicossocial aos professores<sup>13</sup>.

Entretanto, a Direcção Provincial de Educação da Província de Cabo Delgado<sup>14</sup> estima que um quinto das escolas, num total de 183, possam vir a não abrir neste início do ano letivo de 2022, seja por força da destruição das mesmas seja pelo sentimento de insegurança que levou parte da população a deslocar-se para outras zonas.

Algumas destas crianças serão integradas em estabelecimentos escolares das zonas em que se encontram.

Como resultado desta situação que se vem prolongando já desde há 4 anos, a Província de Cabo Delgado mantém a mais alta taxa de analfabetismo (mais de 50%) entre as províncias do país.

Parece existir, no entanto, um projecto para reduzir essa taxa de analfabetismo até 39% em 2024, com o envolvimento das igrejas, mesquitas e, mais especificamente, das escolas secundárias existentes.

---

<sup>13</sup> Informação disponível em : Mais de 300 escolas foram destruídas devido aos ataques terroristas em Cabo Delgado – MEPT Moçambique

<sup>14</sup> Informação disponível em: Terrorismo impede abertura de um quinto das escolas de Cabo Delgado | Moçambique | DW | 25.01.2022

## 1.4. DIMENSÃO CULTURAL E RELIGIOSA

### Dimensão cultural

A definição geográfica de Moçambique como, de resto, a grande maioria dos países em África corresponde, sobretudo, às negociações políticas das potências colonizadoras no S. XIX, com especial relevo para a Conferência de Berlim, em 1885 e, posteriormente, com o Tratado Anglo-português de 1891, que veio a definir as suas atuais fronteiras.

Por isso, e para além da diversidade aos mais diversos níveis, nomeadamente étnico, cultural, religioso e linguístico, muitas dessas características são comuns em determinadas regiões dos países limítrofes.

A este propósito, é recorrente a discussão sobre os conceitos de etnia, tribo e outros associados, a partir do que se definem alguns dos traços característicos de cada um desses grupos a nível da tradição, da cultura, língua, comportamento e, por vezes, até pelos seus traços físicos.

Nesse sentido, optou-se aqui por fazer apenas breve referência a uma característica distintiva que tem a ver com os traços de parentesco<sup>15</sup>, a partir de uma fronteira física que é o rio Zambeze. Assim, e a norte deste rio localizam-se os povos matrilineares e, a sul do mesmo, os povos patrilineares.

Por outro lado, e para além da influência portuguesa, enquanto país colonizador, Moçambique desenvolveu, logo desde meados do primeiro milénio, uma forte ligação comercial e cultural com os povos somalis, persas e árabes, de que resultou uma combinação cultural e linguística destas influências, sobretudo na região norte do país, traduzida na cultura e língua suaíle.

Também a influência indiana se faz sentir através de uma forte e activa comunidade que, motivada pelo comércio, começou a aportar à costa leste africana a partir dos finais do Séc.XIX, no caso de Moçambique mais facilitada pelo denominador comum que era a colonização portuguesa.

Relativamente ao nível linguístico são cerca de 20 os grupos linguísticos, sendo que a língua oficial do país - a língua portuguesa - é apenas falada por cerca de 40% da população.

### Dimensão religiosa

A Constituição da República define Moçambique como um Estado laico, mas em que vigora a liberdade religiosa, constituindo a tolerância e convivência a este nível um elemento positivo no desenvolvimento da identidade social.

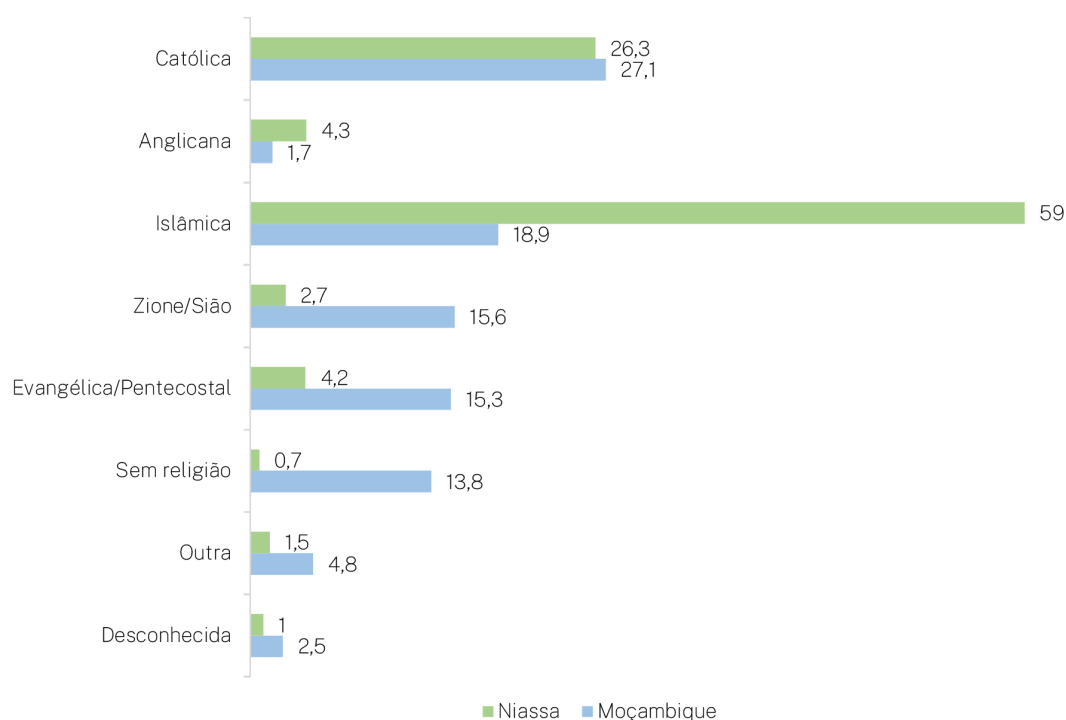
Tendo ainda por referência os dados do Censo (2017), observa-se uma substancial diferença entre a representatividade das diferentes regiões a nível nacional e provincial.

Assim, é patente, a nível nacional, um relativo equilíbrio entre a religião católica a religião islâmica e alguns credos evangélicos, com algumas outras minorias nas restantes opções.

Já na Província do Niassa a religião islâmica triplica a sua representatividade relativamente aos valores nacionais, ainda que a religião católica mantenha proporção idêntica à proporção do todo nacional (pouco mais de um quarto da população), surgindo todas as outras opções, neste nível provincial, com valores substancialmente reduzidos e pouco significativos.

<sup>15</sup> Cultura Moçambicana: Principais Grupos Étnicos de Moçambique ([culturamocambicana.blogspot.com](http://culturamocambicana.blogspot.com))

**GRÁFICO 10: POPULAÇÃO POR RELIGIÃO (VALORES PERCENTUAIS NACIONAIS E DA PROVÍNCIA DO NIASSA)**



## 1.5. SITUAÇÃO SOCIAL E ECONÓMICA

País independente há cerca de 46 anos, Moçambique veio passando por um processo evolutivo, ao longo deste tempo, caracterizado por um esforço de afirmação nacional, marcado inicialmente por organização política monopartidária que levou, entre outras consequências, a uma guerra civil que se veio a prolongar até 1992.

Com as primeiras eleições em 1994 e a abertura da economia ao mercado, o país entrou num processo de crescimento assinalável, acompanhado por uma transformação estrutural com a deslocação do setor da agricultura para o setor dos serviços, seis vezes mais produtivo.

Ainda assim, a agricultura continua a ser a actividade predominante, ainda que seja fundamentalmente uma actividade de autossustentação e pouco tecnológica e productiva, tal como a silvicultura e a pesca, ocupando cerca de 3/4 da população.

De entre os recursos naturais minerais em exploração, como o alumínio e o carvão, destaca-se este último, por força do incremento da sua exportação que, já no ano de 2017, equivaleu a 7% do PIB.

No entanto, e de acordo com o Banco Mundial<sup>16</sup>, depois de alguns anos com taxas de crescimento na ordem dos 7/8% até 2015, o PIB cai para 3,8 nos anos de 2016 e 2017 prevendo-se um crescimento de apenas 3,3% para 2018.

<sup>16</sup> Banco Mundial (2018), Actualidade Económica de Moçambique – Transitando para um Crescimento Mais Inclusivo, disponível em: World Bank Document

Contribuíram para a desaceleração verificada os altos níveis de endividamento externo e a chamada crise das dívidas ocultas, com a retração da ajuda externa, mas também a diminuição do valor das matérias-primas exportadas, o impacto dos desastres naturais (secas, inundações e ciclones) e o surgimento terrorista no norte do país, fortemente condicionador da exploração das grandes jazidas de gás natural.

Contudo, com a perspetiva da exploração dos recursos naturais entretanto confirmados, é lançada a Estratégia Nacional de Desenvolvimento (2015-2035)<sup>17</sup>, visando uma alteração estrutural da economia a partir de 4 pilares, aqui se salientando o primeiro dos mesmos pela sua relação direta com o objeto do presente trabalho:

- **Desenvolvimento do capital humano** (formação orientada para o mercado; instituição e expansão de um ensino profissionalizante e melhoria dos padrões de saúde e protecção social);
- **Desenvolvimento de infra-estruturas de base produtiva**
- **Investigação, inovação e desenvolvimento tecnológico**
- **Articulação e coordenação institucional**

Por outro lado, um estudo do **Banco Mundial (Actualidade Económica de Moçambique – Transitando para um Crescimento Mais Inclusivo, 2018)**<sup>18</sup> apresenta as seguintes conclusões, aqui resumidas:

- Apesar de o PIB ter quase duplicado a partir de 2000 e a taxa de pobreza ter vindo a descer em média 1% ao ano as zonas rurais (ondem vivem 8 em cada 10 pobres) não beneficiaram desse crescimento;
- Esse crescimento tornou-se, assim, menos inclusivo, constatando-se um aumento de 2,6% do consumo familiar *per capita* dos 40% dos mais pobres contra um aumento de 7,0% dos 20% mais ricos;
- Para que esse crescimento se possa tornar mais inclusivo aponta-se o foco para 3 áreas:
  - **Aumentar a produtividade agrícola**
    - Fortalecer resiliência contra cheias e secas;
    - Aumentar a adopção de insumos como fertilizante inorgânico, pesticidas, herbicidas, sementes melhoradas e sistemas de irrigação;
    - Melhorar ligações com os mercados.
  - **Construir uma economia mais diversificada**
    - Reforçar o potencial para diversificar as exportações para uma produção com valor mais acrescentado;
    - Promover o crescimento do sector privado através da competitividade;
    - Investir no desenvolvimento de competências.
  - **Investir em pessoas**
    - Expandir o acesso a electricidade, habitação, saneamento e água
    - Melhorar o rendimento e a qualidade do ensino, especialmente nas zonas rurais;

<sup>17</sup> Disponível em: [moz147210.pdf \(fao.org\)](#)

<sup>18</sup> Disponível em: [World Bank Document e Actualidade Económica de Moçambique: Redução na Pobreza, mas Aumento da desigualdade \(worldbank.org\)](#)

## 1.6. ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

De acordo com o art.º 7º da Constituição:

1. *A República de Moçambique organiza-se territorialmente em províncias, distritos, postos administrativos, localidades e povoações;*
2. *As zonas urbanas estruturam-se em cidades e vilas.*

São 11 as províncias (incluindo Maputo que é, simultaneamente, município e cidade capital), sendo 154 os distritos, 444 os postos administrativos e 1164 as localidades.

### **Província do Niassa**

A província do Niassa situa-se na região noroeste do país, tendo os seus limites, a norte, com a Tanzânia, a oeste com o Malawi, com o qual divide o Lago Niassa e, já no interior do país, a este com a província de Cabo Delgado e, a sul, com as províncias de Nampula e Zambézia.

Trata-se da província mais extensa do país (122.827 km<sup>2</sup>) e é constituída por 16 distritos, 45 postos administrativos e 97 localidades. Tem ainda, desde 2013, 5 dos 53 municípios existentes, criados a partir de 1998 no âmbito do poder local.

A capital da província é a cidade de Lichinga, também com o estatuto de município e, portanto, com um governo local eleito. A sua superfície é de 280 km<sup>2</sup> e a sua população de cerca de 150.000 habitantes.

Enquanto província, a sua organização político-administrativa assenta na Estrutura Orgânica do Governo Provincial, o qual, de acordo com o Decreto n.º 21/2015, de 9 de Setembro, é definido como o órgão local do Estado **encarregue de garantir a execução, ao nível da província, da política governamental definida pelos órgãos centrais** (art.º 2º).

O Governo Provincial é constituído pelo Governador Provincial, pelo Secretário Permanente Provincial e pelos Directores Provinciais.

Avulta, de entre as dezassete direcções, a **Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social**, cujas funções, no âmbito especificamente da criança, são as seguintes (art.º 26, n.º2):

- a) *Coordenar as acções das instituições públicas e privadas no âmbito da implementação das políticas e programas de atendimento à criança;*
- b) *Participar nos processos da Tutela, Acolhimento e Adopção de menores;*
- c) *Instruir processos de licenciamento dos Centros Infantis, Infantários e Centros de Acolhimento a crianças em Situação Difícil;*
- d) *Implementar programas orientados à prevenção de fenómenos sociais nocivos à criança;*
- e) *Coordenar a implementação dos planos e programas definidos para a área da criança;*
- f) *Cumprir e fazer cumprir normas e metodologias de trabalho definidas para a área da criança;*
- g) *Inspecionar e supervisionar as acções realizadas na área da criança nos infantários, centros de acolhimento a criança em situação difícil, centros infantis e escolinhas comunitárias;*
- h) *Realizar outras tarefas que lhe forem cometidas por lei ou por determinação superior.*

Estas Direcções Provinciais, por seu turno, são constituídas por Departamentos Provinciais constituídos por Repartições, havendo ainda outras autónomas.



## 1.7. DESENVOLVIMENTO HUMANO

O **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)** é um instrumento avaliativo da qualidade de vida das pessoas, construído a partir das seguintes 3 dimensões e respectivos indicadores:

- Saúde
  - Indicador: Anos de esperança de vida
- Educação
  - Indicador: Anos de escolarização
- Padrão de vida decente
  - Indicador: Produto Interno Bruto

De acordo com o Relatório de 2020 do **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)**<sup>19</sup>, Moçambique apresentava, para 2019, um índice de 0,456, o que o colocava no **lugar 181 entre 189** países e territórios reconhecidos pelas Nações Unidas.

Todavia, dado que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), construído através de médias, acabava por não identificar as desigualdades não obstante a evolução ocorrida ao longo dos anos, veio a ser construído o designado **Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado à Desigualdade**, tendo em conta os índices de desigualdade encontrados em cada um dos indicadores destas mesmas três dimensões.

É na aplicação destes critérios que **Moçambique, também em 2019, cai para 0,316, com uma perda de 30,7**, valor em linha com o aumento das desigualdades, e também em linha com a generalidade dos países da África Subsariana.

Foi, entretanto, criado um novo índice – **Índice de Desenvolvimento baseado no Género**, desagregando os mesmos três indicadores das mesmas dimensões por género e, depois, tendo em conta a respectiva desagregação por esta variável.

O valor encontrado para **Moçambique, em 2019, é de 0,912**, com uma desproporção entre indivíduos do sexo masculino (**0,476 relativamente aos indivíduos do sexo masculino e 0,435 relativamente aos indivíduos do sexo feminino**).

O **Índice da Desigualdade de Género** reflete as desigualdades de género agora com dimensões diferentes (saúde, empoderamento e mercado de trabalho e consequentes indicadores também diferentes).

**Moçambique apresenta, em 2019, um valor neste índice de 0,523.**

Finalmente, foi ainda desenvolvido o **Índice Multidimensional da Pobreza**, com 2 indicadores específicos para a dimensão da saúde, 2 para a dimensão da educação e 6 para a dimensão do que se entende como um padrão de vida decente.

A este nível os dados disponíveis para Moçambique são de **2011** e identificam um índice de **0,411**, com **49, 1% da população com um grau de pobreza multidimensional severa** a que acresce ainda **13, 6% da população vulnerável à pobreza multidimensional**, o que compara com **62,9% da população com um rendimento inferior à linha da pobreza (1,90 USD/dia)**.<sup>20</sup>

Assumido como um instrumento de avaliação comparativa, a partir do qual se estabelece um ‘ranking’ entre os diversos países, optou-se, no presente contexto, por estabelecer uma comparação apenas com os restante PALOP a partir do Índice de Desenvolvimento Humano e do lugar que ocupam no contexto mundial.

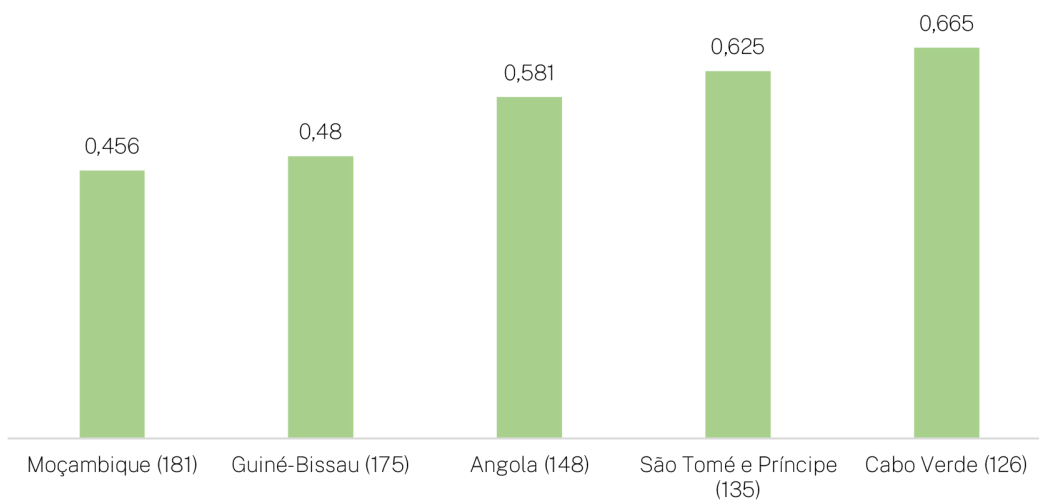
<sup>19</sup> Dados disponíveis na nota de resumo sobre Moçambique a partir do Relatório de Desenvolvimento Humano de 2020: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/MOZ.pdf>

<sup>20</sup> Ver outros dados específicos (saúde, educação) em: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MOZ#>

Refira-se ainda, para melhor compreensão, as quatro categorias estabelecidas:

- Muito alto (0,800-1000)
- Alto (0,700-0,799)
- Médio (0,555-0,699)
- Baixo (0,350-0,554)

**GRÁFICO 11: PALOP - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**



## 2. SAÚDE

### CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

#### Artº 6º

1.Os Estados Partes reconhecem que toda a criança tem o direito inerente à vida.

2.Os Estados Partes devem assegurar ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

#### Artº 24º

1.Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde.

2.Os Estados Partes prosseguem a realização integral deste direito e, nomeadamente, tomam medidas adequadas para:

- a)Fazer baixar a mortalidade entre crianças de tenra idade e a mortalidade infantil;
- b)Assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários;
- c)Combater a doença e a má nutrição, no quadro dos cuidados de saúde primários, graças nomeadamente à utilização de técnicas facilmente disponíveis e ao fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em consideração os perigos e riscos da poluição do ambiente;
- d)Assegurar às mães os cuidados de saúde, antes e depois do nascimento;
- (...)
- f) Desenvolver os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar e os serviços respectivos.

### OBJECTIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

#### Objectivo nº 3

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

3.2 até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos

3.3 até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

3.7 até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

(...)

“ Registámos bons progressos na redução da mortalidade infantil, mas temos de diminuir as taxas de mortalidade materna e neonatal. É fundamental aumentar o número e acesso a parteiras qualificadas para alcançar este objectivo, juntamente com intervenções baseadas na comunidade. A vacinação é uma área em que o Ministério possui uma longa experiência com a UNICEF, cujos resultados são a diminuição da mortalidade infantil em menores de 5 anos, graças a uma grande cobertura das campanhas de vacinação. Nós gostaríamos de disponibilizar todas as vacinas recomendadas em Moçambique.

Alexandre Manguela, Ministro da Saúde em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

Inicia-se o presente capítulo com uma breve referência à Lei nº 25/91, de 31 de Dezembro, a qual cria o Serviço Nacional de Saúde, definindo a sua estrutura e organização.

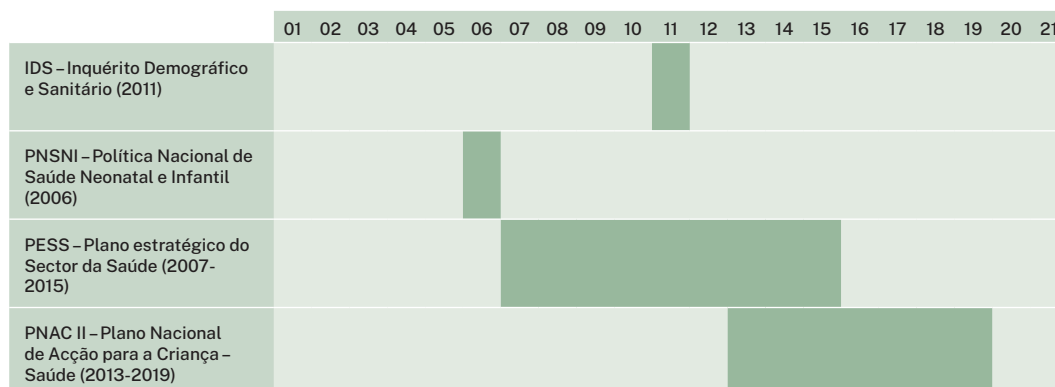
Ainda que a saúde seja uma preocupação transversal aos diversos ciclos da vida humana, ter-se-á em consideração aquelas variáveis, de acordo com a diversa documentação existente, que mais impacto têm na sobrevivência e desenvolvimento da criança.

Quanto aos indicadores da saúde, optou-se pela utilização do Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, o qual acaba por atualizar muitos dos dados dos MICS (2008) a que mais acresce o facto, como a própria designação indicia, de ser este um inquérito com um forte foco nas questões da saúde. Considerar-se-ão, assim, os indicadores deste Inquérito em cada uma das áreas de saúde abordadas neste capítulo, ainda que, algumas vezes, em confronto com outros valores provenientes de outras fontes.

Foram ainda considerados dois documentos estratégicos, um primeiro direccionado para uma política nacional de saúde neonatal e infantil, depois um outro que define uma estratégia para a saúde em geral e, finalmente, o Plano Nacional de Acção para a Criança, já anteriormente caracterizado, aqui, no caso, na sua vertente da saúde. Também aqui, tal como feito relativamente a outras áreas, tentar-se-á uma sistematização dos objectivos identificados em ambos os documentos.

Para melhor perceção estes documentos no tempo elaborou-se a ilustração seguinte:

**FIGURA 1: DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS E OUTROS NA ÁREA DA SAÚDE**



## 2.1. LEGISLAÇÃO

### **Lei nº 25/91, de 31 de dezembro**

O sistema de saúde é constituído pelo setor público e pelo setor privado, seja ou não com fins lucrativos.

Por sua vez, o Serviço Nacional de Saúde, instituído pela legislação acima referenciada, e tendo como função assegurar a assistência médica e sanitária para todos, apresenta a seguinte organização<sup>21</sup>:

**Nível primário - constituído por centros e postos de saúde**

**Nível secundário – formado por hospitais distritais, gerais e rurais<sup>22</sup>**

**Nível terciário – composto por hospitais provinciais**

**Nível quaternário – constituído por hospitais centrais e especializados**

Esta organização enquadra-se, por sua vez, na estrutura política e administrativa do país, a saber: central, provincial e distrital.

A gestão do serviço Nacional de Saúde é da responsabilidade do Ministério da Saúde (MI-SAU) quer no que respeita às orientações técnicas quer relativamente à gestão do orçamento e sua distribuição pelas províncias.

## 2.2. DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS E AVALIADORES

### 2.2.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NEONATAL E INFANTIL (2006)

A Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil procedeu a uma identificação dos problemas de saúde na infância, estabelecendo, ainda, um conjunto de objectivos específicos a alcançar.

Se esses objectivos específicos parecem suficientemente lógicos, eles são, no entanto, suficientemente genéricos para não permitirem uma avaliação objetiva dos mesmos, pelo que haverá necessidade de ir de encontro às respectivas metas e acções prioritárias, o que se fará, no entanto, apenas quando se abordar cada uma dessas mesmas questões.

<sup>21</sup> Em Moçambique, o conceito de CSP é mais frequentemente entendido como um nível de prestação de cuidados, a realizar pelos Centros de Saúde. O nível primário (I) corresponde aos Centros de Saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários”) englobando, pelo menos, as seguintes actividades: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta respectivos; a promoção de uma nutrição apropriada, um abastecimento suficiente de água potável e saneamento básico de meio ambiente; assistência materno-infantil, incluindo o planeamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças endémicas locais; o diagnóstico e tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais”.

Conceição, Maria (2011), *Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em moçambique* Dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (p.212): [https://run.unl.pt/bitstream/10362/10224/1/teseospMZ\\_final\\_10fev11.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/10224/1/teseospMZ_final_10fev11.pdf)

<sup>22</sup> A principal característica de um hospital rural que o distingue dos hospitais distritais é possuir condições para a realização de intervenções cirúrgicas e de dispor de internamento com serviços individualizados para quatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia. Os Hospitais Gerais são muito idênticos aos Hospitais Rurais, mas distinguem-se por se situarem sempre em zona urbana. *Ibidem* (p. 20)

Assim, ficam aqui apenas identificados aqueles **objectivos específicos** que dão corpo a esta Política e Estratégia Nacional:

1. **Fortalecer a coordenação inter e multisectorial para abordagem dos factores determinantes e promoção da saúde da criança;**
2. **Promover o desenvolvimento harmonioso da criança escolar e a adopção de comportamento e estilos de vida saudáveis;**
3. **Empoderar a comunidade para a promoção da saúde e o desenvolvimento pleno das crianças;**
4. **Melhorar os cuidados ao recém-nascido, ao nível da comunidade e das unidades sanitárias;**
5. **Melhorar os cuidados às crianças, ao nível da comunidade e das unidades sanitárias;**
6. **Fortalecer o Sistema Nacional de Saúde.**

### **2.2.2. PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2014-2019 (PESS)**

O PESS veio a surgir logo em 2001 e, depois, em 2005 e 2010, encontrando-se previstas, logo no seu início, as metas para a sobrevivência e desenvolvimento da criança à luz dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Na sua versão atual, o Plano Estratégico do Sector da Saúde conduz-nos ao conjunto de recursos e metodologias intrínsecas a este sector, sendo ministerialmente referido, no respectivo preâmbulo, como “a principal referência para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil”.

Quanto aos **objectivos** definidos no mesmo, deixa-se também quadro-resumo dos mesmos:

**OE 1: Aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde**

**OE 2: Melhorar a qualidade dos serviços prestados**

**OE 3: Reduzir as desigualdades geográficas, e entre grupos populacionais, no acesso e utilização de serviços de saúde**

**OE 4: Melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de recursos**

**OE 5: Fortalecer as parcerias para saúde na base do respeito mútuo**

**OE 6: Aumentar a transparência e prestação de contas na forma como os bens públicos são utilizados**

Complementarmente são caracterizados os programas de saúde que dão corpo a este pilar de “**mais e melhores serviços**”:

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| - Saúde sexual e reprodutiva       | - Promoção de Saúde       |
| - Saúde infantil                   | - Epidemiologia           |
| - Nutrição                         | - Saúde Ambiental         |
| - PAV                              | - Medicina Desportiva     |
| - HIV/SIDA                         | - Saúde da Terceira Idade |
| - Controlo da tuberculose          | - Saúde Oral              |
| - Controlo da Malária              | - Saúde Ocupacional       |
| - Doenças não Transmissíveis       | - Medicina Tradicional    |
| - Doenças Tropicais Negligenciadas | - Medicina Privada        |
| - Saúde do Adolescente             | - Medicina Legal          |
| - Saúde Escolar                    |                           |

### 2.2.3. PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC)

Como houve oportunidade já anteriormente referir, a atual versão do Plano Nacional de Acção para a Criança, colocando esta no centro do mesmo de acordo com o seu lema – a criança – identifica 4 áreas-chave:

- Sobrevivência
  - Saúde
  - Nutrição
- Desenvolvimento
- Protecção
- Participação

Far-se-á agora breve referência aos **objectivos específicos** deste Plano na área da saúde.

**OE 1: Aumentar e melhorar a qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.**

**OE 2: Reforçar o Sistema de Saúde para melhorar a disponibilidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente e aumentar o acesso e utilização destes serviços pelos grupos-alvo.**

**OE 3: Fortalecer o envolvimento e capacidade das Comunidades para promoção da Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.**

**OE 4: Garantir o acesso universal a água potável e saneamento.**

### 2.3. SAÚDE DA CRIANÇA

O documento da **Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique**, anteriormente referido, sistematiza assim os factores determinantes da saúde infantil (p. 15 e 16):

- **Factores económicos:** estão principalmente relacionados com a pobreza uma vez que esta contribui também para o fraco acesso aos serviços de saúde, à educação e a falta de capacidade monetária para pagar os serviços e/ou medicamentos.
- **Factores sócio-culturais:** incluem a iniquidade ao acesso dos serviços sociais, ao baixo nível de educação das mães e as inadequadas práticas familiares no cuidado das crianças. Os factores culturais principalmente ligados ao género tem uma grande influência na morbimortalidade neonatal e infantil em Moçambique.
- **Factores ligados ao género:** devido as expectativas sociais à volta do género, práticas e tradições culturais alguns pais e/ou tutores não consideram que a educação seja apropriada para as crianças do sexo feminino. Outras razões frequentes para ausência das crianças do sexo feminino nas escolas são os casamentos precoces e a gravidez. O fraco poder de decisão das mães faz com que estas não procurem os serviços de saúde atempadamente.
- **Factores nutricionais:** O estado nutricional das mães está relacionado com o estado de saúde da criança e tem repercussão sobre o parto e o baixo peso ao nascer concorrendo para a malnutrição infantil. 8.6% das mulheres apresentavam um IMC < 18.5 (IDS 2003). Ciclos viciosos de ciclo vicioso de malnutrição-infecção influenciam o bom crescimento e desenvolvimento cognitivo da criança.
- **Factores ambientais:** Em Moçambique, a maior parte o ambiente doméstico está abaixo do considerado apropriado para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança sendo os acidentes domésticos (como ingestão de petróleo e queimaduras com líquidos caseiros) relativamente frequentes, contudo, raramente reportados.

- **Mortalidade materna, educação materna e pobreza:** A mortalidade materna afecta principalmente a sobrevivência das crianças. Por outro lado, em Moçambique, cerca de 68% das mulheres adultas são analfabetas o que tem influência nos hábitos culturais concorrendo para práticas nocivas e prejudiciais a saúde das crianças.
- **Crianças órfãs e vulneráveis:** Segundo o INE, estima-se que, em 2005, cerca de 1.600.000 de crianças (0-17 anos) tornaram-se órfãs e vulneráveis sendo que 20% destas devido a pandemia de HIV/Sida. Cada vez menos famílias conseguem garantir a permanência destas crianças na escola, sendo as meninas geralmente são as primeiras a serem retiradas para aumentar o rendimento familiar. Muitos órfãos são susceptíveis de trabalhar em situações de exploração, de serem estigmatizados, correndo risco de serem traficados, sujeitos à violência, abuso e negligência ou forçados a viverem nas ruas das zonas urbanas (PACOVs/2006-2010).
- **Violência contra as crianças:** Um relatório recente do MI mostrou que cerca de 2250 crianças foram vítimas de diferentes formas de violência em 2005. O tráfico de crianças é também é uma preocupação crescente. Um inquérito efectuado pelo MT em 1999/2000 indicou que a prostituição infantil era uma das piores formas de trabalho. Muitos factores contribuem para violência, entre os quais a pobreza, a desigualdade de género e a instabilidade familiar. O relatório do governo sobre a implementação da Convenção dos Direitos da Criança (2001), revelou que em Moçambique existem crianças com menos de 10 anos de idade exploradas sexualmente com fins comerciais.

Programas mais específicos no que tem a ver com áreas críticas da saúde infantil serão abordados no competente capítulo mais à frente.

Entretanto, referem-se, já de seguida, algumas daquelas actividades que, por serem consideradas mais estratégicas face a tantas e tão diferentes causas, parecem mais decisivas, sobretudo na sua dimensão preventiva, seguindo-se, para tanto, o critério e dados constantes no MICS (2008):

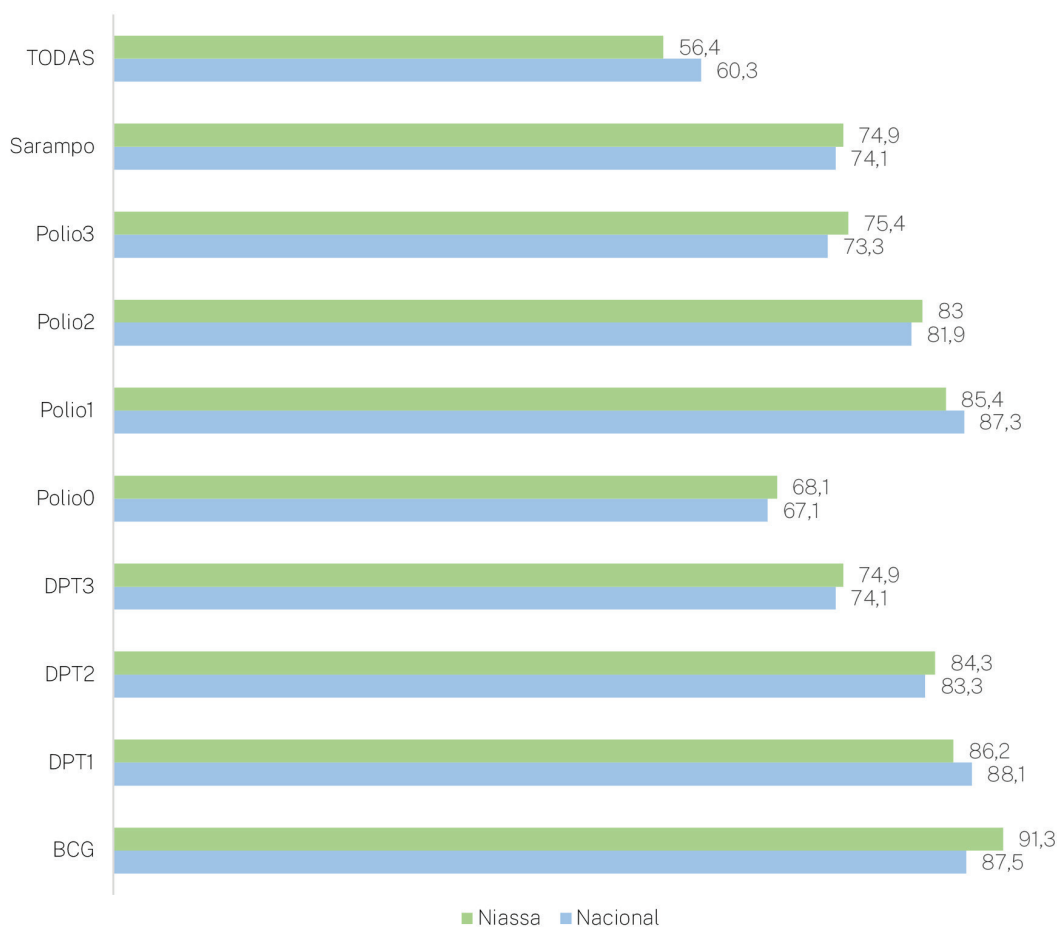
### 2.3.1. VACINAÇÃO

A vacinação assume um papel chave no combate à mortalidade infantil, encontrando-se definido, tendo em conta as orientações da OMS e da UNICEF, o seguinte esquema vacinal durante o primeiro ano de vida:

- Uma vacina contra BCG para se proteger da tuberculose
- Três doses de DPT-HepB para a protegê-la da difteria, da tosse convulsa, do tétano e da hepatite
- Três doses de vacina contra a pólio
- Uma dose contra o sarampo

O gráfico que se segue permite uma avaliação da situação vacinal no país e, bem assim, na Província do Niassa.



**GRÁFICO 12: VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA - PROVÍNCIA DO NIASSA E NACIONAL (%)**

### 2.3.2. PROTEÇÃO VACINAL CONTRA O TÉTANO

O tétano materno é responsável por três quartos da mortalidade materna, tendo ainda uma grande incidência na mortalidade neonatal, pelo que o objectivo definido foi o de assegurar a todas as mulheres grávidas duas doses dessa vacina.

A protecção ocorre também quando, ao longo da vida e consoante o número de anos, ocorrem outras tomas desta vacina.

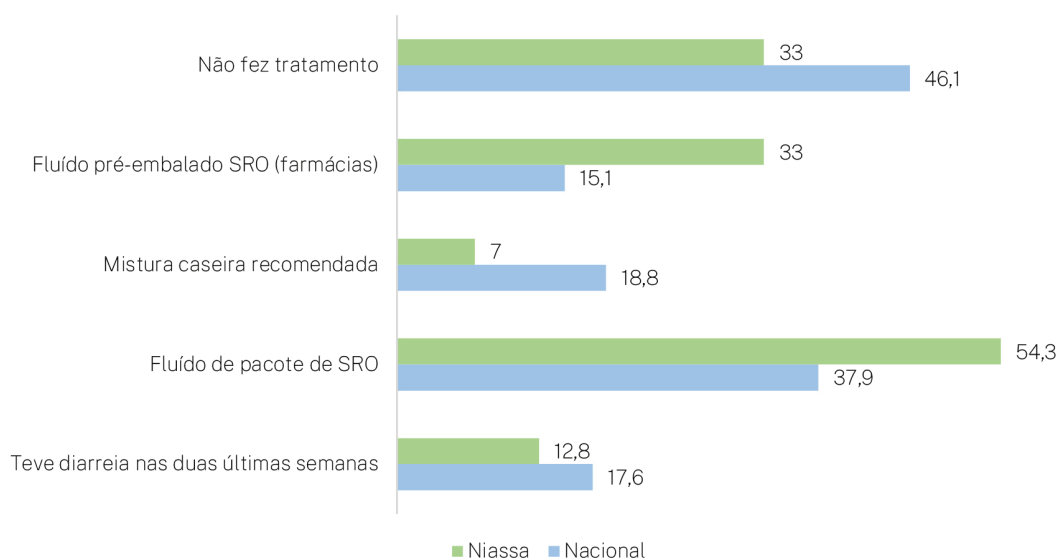
Assim, considera-se que 79,3% das mães se encontram protegidas contra o tétano o que compara com valor para a província do Niassa de 84,9%.

### 2.3.3. PROTEÇÃO DE RE-HIDRATAÇÃO ORAL

A gestão da diarreia (seja através de sais de re-hidratação oral –SRO, seja através de um líquido caseiro recomendado –FCR) assume um papel importante, sabendo-se que esta figura entre as principais causas de morte em crianças até aos 5 anos.

O gráfico seguinte ilustra a utilização das diversas medidas no país e, mais especificamente, na Província do Niassa.

**GRÁFICO 13: TRATAMENTO DE RE-HIDRATAÇÃO ORAL - PROVÍNCIA DO NIASSA E NACIONAL (%)**



### 2.3.4. PROCURA DE CUIDADOS E TRATAMENTO DE PNEUMONIA COM ANTIBIÓTICO

Estima-se que 10% nas mortes em crianças com idade inferior a 5 anos seja causado por pneumonias.

No caso, circunscrevemo-nos apenas aos dados nacionais por ausência de informação no que se refere à Província do Niassa. Assim e no que se refere às crianças até aos 5 anos:

- O recurso mais frequente foi a um Posto/Centro de Saúde (53,3%) ou qualquer provedor de cuidados adequado (65,4%), que não médico, hospital ou entidades privadas;
- A percentagem de crianças com suspeita de pneumonia que receberam antibióticos nas últimas duas semanas foi de 22,3%;
- A percentagem de mães/responsáveis que reconhecem, pelo menos, dois sinais de pneumonia é, a nível nacional, de 15,5% e, ao nível da Província do Niassa, de 10,1.

### 2.3.5. USO DE COMBUSTÍVEIS SÓLIDOS

A preocupação com o uso de combustíveis sólidos prende-se com os elevados níveis de fumo e outros poluentes no interior das habitações, aumentando o risco de doenças respiratórias, asma, tuberculose e cataratas.

Essa é, no entanto, a realidade prevalecente no país, com 97% dos agregados familiares a utilizar combustíveis sólidos para cozinhar, não sendo significativo o recurso a eletricidade (0,7%), gás natural (1,9%), embora o recurso a carvão vegetal já assuma algum significado (14,5%). A cidade do Maputo constitui mesmo a exceção, uma vez que os combustíveis mais utilizados para cozinhar é o carvão vegetal (65%) e o gás natural (21%).

## 2.4. ÁREAS CRÍTICAS DA SAÚDE INFANTIL

### 2.4.1. SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A mortalidade infantil, e mais especificamente a mortalidade neonatal, surge de forma indissociável da saúde reprodutiva, no que tal tem a ver com a contraceção, os cuidados pré-natais e a assistência ao parto.

#### 2.4.1.1. CONTRACEÇÃO

Ressalta, desde logo, a importância do planeamento familiar na medida em que, através do mesmo, se torna possível:

- Prevenir gravidezes precoces, tardias ou não desejadas
- Alargar o período entre nascimentos
- Limitar o número de filhos

Ora, a este respeito, dizem-nos os **MICS (2008)**, no confronto entre os dados nacionais e os da Província de Nampula, relativamente às mulheres entre os 15-49 anos ou seus parceiros, que:

- Não usa nenhum método contraceptivo 83,8% deste universo a nível nacional (contra 86,4% na Província do Niassa).
- Usa algum método moderno (pílula, DIU, injeções, preservativos, etc.) 12,2% a nível nacional (contra 12,7% na Província do Niassa).
  - O uso de preservativo masculino é de apenas 0,8% a nível nacional e de 0,1% na Província do Niassa
- O uso de algum método tradicional circunscreve-se a 4,0 da população identificada a nível nacional (contra 0,9% na Província do Niassa).

De salientar ainda, agora na relação com o nível de instrução e com a capacidade económica:

- A utilização de algum método contraceptivo é de 12% nas mulheres sem escolaridade, 16% naquelas que têm o nível primário de ensino e 37% nas que têm o ensino secundário ou superior.

O **Inquérito Demográfico e de Saúde (2011)**, por sua vez, apresenta-nos o seguinte retrato no que concerne ao estado civil e actividade sexual:

- 14% das mulheres alguma vez unidas já se encontravam casadas ou unidas aos 15 anos. Entre as mulheres de 25 a 49 anos que já tinham começado a vida conjugal, 60% se casaram antes dos 20 anos;
- A idade mediana na primeira união entre as pessoas de 25 a 49 anos é de 18.8 para as mulheres e de 24.7 para os homens;
- A idade mediana no primeiro contacto sexual é de 16.1 para as mulheres de 25 a 49 anos e de 17.1 para os homens da mesma faixa etária;
- Na totalidade, 11% dos homens declaram ter duas ou mais esposas. A prevalência da poligamia é maior nas províncias de Niassa (23%) e Cabo Delgado (19%).

É por isso que o **Plano estratégico do Sector da Saúde (2014-2019)** integra um objectivo no âmbito do **Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva**, que consiste em: **Expandir e melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva**, tendo como indicadores de impacto a taxa de prevalência contraceptiva e as necessidades não satisfeitas de contraceção.

### 2.4.1.2. CUIDADOS PRÉ-NATAIS

O período pré-natal pode ser uma oportunidade para a mulher grávida melhor poder cuidar da sua saúde bem como do desenvolvimento saudável do bebé, adquirir mais informação e prevenir o problema de baixo peso à nascença e eventual transmissão do HIV.

É por isso que a OMS recomenda um mínimo de quatro consultas pré-natais com avaliações específicas, nomeadamente medição da tensão arterial, teste de urina para detetar a presença de bactérias e proteína, teste de sangue para detetar sífilis e anemia severa e medição de peso/altura.

E se a percentagem de mulheres grávidas com acompanhamento pré-natal parece significativo (92,3% a nível nacional e 97,0% na Província do Niassa), os conteúdos recomendados pela OMS, contudo, sofrem uma redução acentuada como ressalta das seguintes percentagens:

- Tiraram amostra de sangue – 67,0% a nível nacional e 56,8% na Província do Niassa
- Mediram a tensão arterial – 66,7% a nível nacional e 46,5 na Província do Niassa
- Tiraram amostra de urina – 39,5% a nível nacional e 38,7% na Província do Niassa
- Mediram o peso – 94,4% a nível nacional e 91,1% na Província do Niassa

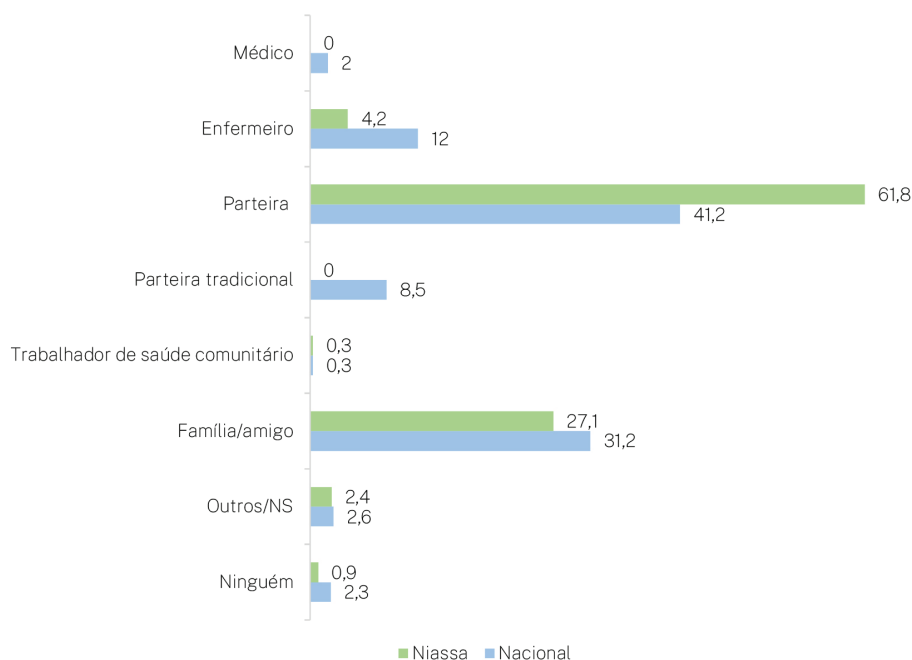
### 2.4.1.3. ASSISTÊNCIA AO PARTO

Três quartos de mortes maternas ocorrem durante o parto ou no período a seguir ao parto. Por isso, e para uma maternidade segura, importa a intervenção de um trabalhador de saúde qualificado (médico/a, parteira ou auxiliar de parteira) e, se necessário, a disponibilidade de um transporte.

Um primeiro dado importante é o número de partos institucionais, isto é, aqueles que ocorrem em unidades sanitárias e que, no caso, constituíram 58% de todos os partos a nível nacional, sendo que na Província do Niassa esse valor sobe para 74,6%.

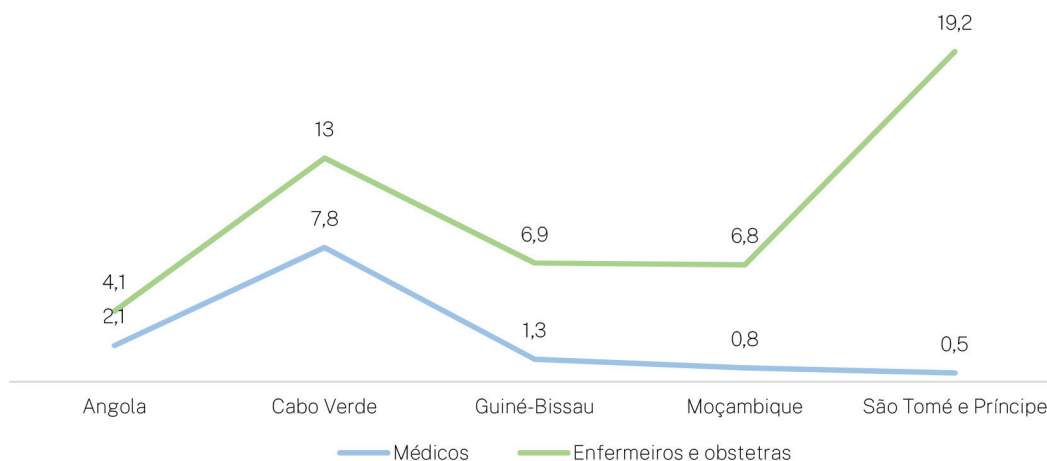
No entanto, e independentemente do local onde o parto tenha ocorrido, importa também saber o tipo de pessoal que assistiu ao mesmo e que o gráfico seguinte melhor expressa:

**GRÁFICO 14: ASSISTÊNCIA DURANTE O PARTO - PROVÍNCIA DO NIASSA E NACIONAL**



Utilizando aqui, uma vez mais, a comparação com os restantes PALOP, melhor se entenderá a escassez de pessoal técnico a este nível, que, sendo um denominador comum, não deixa de ser também preocupante para Moçambique:

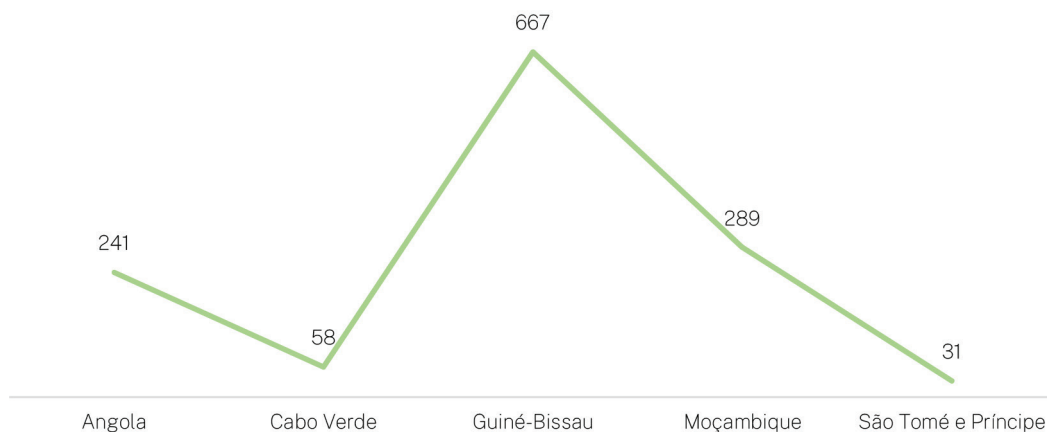
**GRÁFICO 15: MÉDICOS, ENFERMEIRAS E OBSTETRAS POR 10.000 HABITANTES (2010-2018)**



(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados da Organização Mundial de Saúde)<sup>23</sup>

Também aqui o gráfico que se segue permite uma outra visão que decorre da comparação com os restantes PALOP, com dados já reportados a 2020.

**GRÁFICO 16: MORTALIDADE MATERNA (RÁCIO POR 100.000 NASCITUROS)**



(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados da Organização Mundial de Saúde)<sup>24</sup>

E também relativamente a esta matéria o **Plano estratégico do Sector da Saúde (2014-2019)** integra um outro objectivo no âmbito do **Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva**, que consiste em: **Reduzir a morbimortalidade através da expansão e melhoria da qualidade dos cuidados e serviços de saúde materna**, tendo como indicadores de impacto indicadores de im-

<sup>23</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

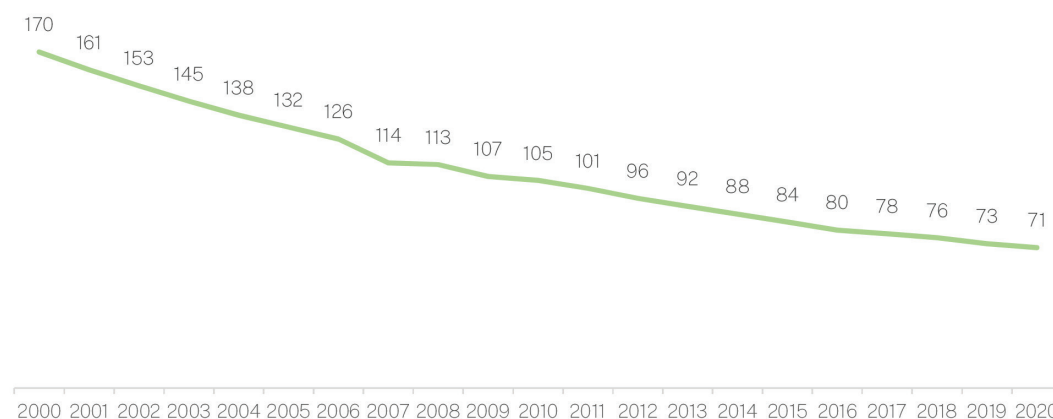
<sup>24</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

pacto o rácio de mortalidade materna (mortes maternas/100.000 nascimentos vivos) e a taxa de fecundidade na adolescência (nascimentos por 1.000 mulheres com idades 15-19 anos).

### 2.4.2. MORTALIDADE NA INFÂNCIA

Apesar dos números ainda significativos, a mortalidade na infância (no período correspondente aos primeiros cinco anos de vida) tem vindo a reduzir-se substancialmente nos últimos 20 anos, como é visível no gráfico seguinte.

**GRÁFICO 17: MORTALIDADE NA INFÂNCIA (<5 ANOS): TENDÊNCIA TEMPORAL (2000 - 2020)**



(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados do site da UNICEF: Data Warehouse - UNICEF DATA)

Importa, no entanto, e no âmbito alargado deste conceito que é a mortalidade infantil, diferenciar diversos conceitos para melhor entender as respectivas tendências de cada um dos períodos. Assim:

**Mortalidade neo-natal** - Probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida, (de 0 a 30 dias).

**Mortalidade pós-neonatal** - probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida e antes de completar o primeiro ano de vida.

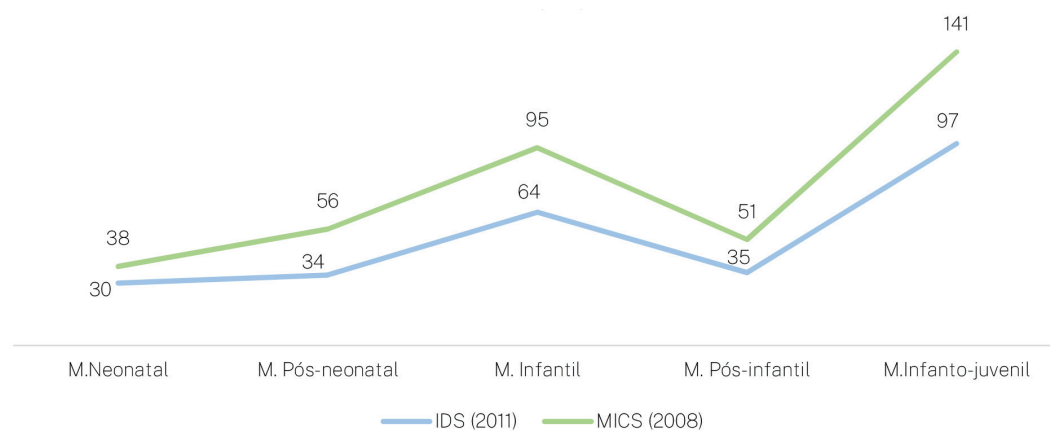
**Mortalidade infantil** – (Aqui em sentido mais restrito) probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida (0-11 meses).

**Mortalidade pós-infantil** – Probabilidade de morrer entre o primeiro e o quinto aniversário.

**Mortalidade infanto-juvenil** - Probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida (0-59 meses).

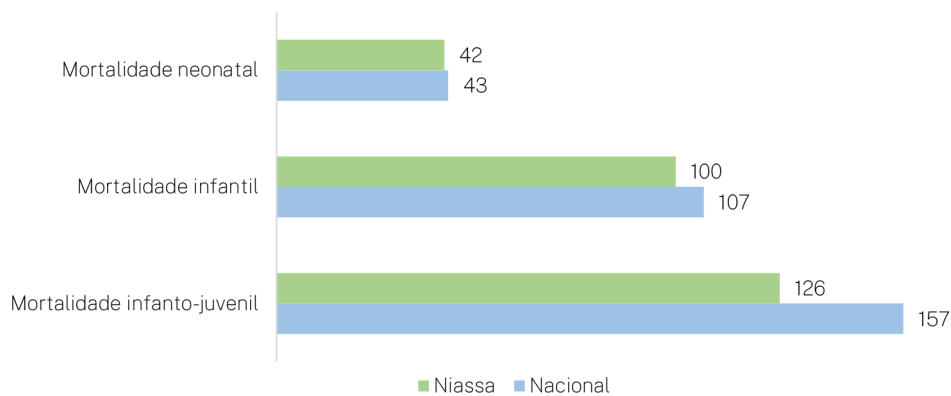
Em qualquer dos casos, a respectiva taxa estabelece-se na relação dos mortos por 1000 nados-vivos.

A partir daqui, poder-se-á, ainda, tentar entender um pouco melhor as tendências ao longo desta fase da vida da criança, correspondendo aos seus primeiros cinco anos, recorrendo, para isso, aos dados dos MICS (2008) e IDS (2011), a partir dos dados relativos ao quinquénio anterior de cada um dos inquéritos.

**GRÁFICO 18: MORTALIDADE INFANTIL (< 5 ANOS) QUINQUÊNIOS ANTERIORES A 2008 (MICS) E 2011 (IDS)**

Para além de todas as conclusões que se poderão retirar sobre a necessidade de investimento nos períodos mais críticos de mortalidade na vida da criança, importa salientar o intervalo entre ambas as linhas, o que corresponde ao progresso existente entre os quinquênios observados.

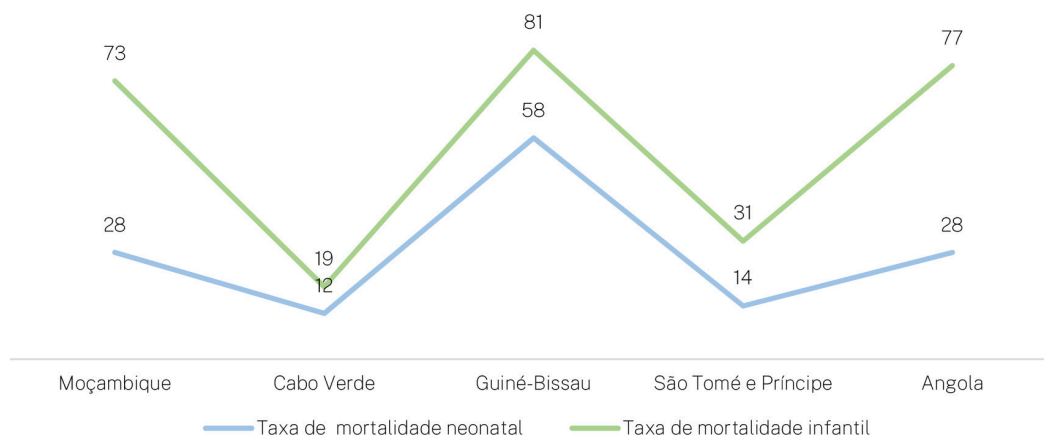
Ainda a partir dos MICS (2008) e também a partir de um segmento temporal suficientemente alargado de 10 anos, torna-se possível uma análise comparada entre a situação nacional e da Província do Niassa, de acordo com o gráfico que se segue.

**GRÁFICO 19: TAXAS DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA (1998-2008)**

Sendo esta a situação em 2008, continua a verificar-se, de acordo com os dados da UNICEF, uma tendência decrescente até ao momento presente, tal como o gráfico inicial deste capítulo bem ilustra.

Mas, para além desta perspetiva temporal, valerá ainda a pena compreender como Moçambique se posiciona nesta matéria no contexto dos restantes PALOP, quer neste indicador genérico quer, de forma mais específica, relativamente à mortalidade neonatal.

**GRÁFICO 20: PALOP - TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL E INFANTO-JUVENIL (<5 ANOS)**



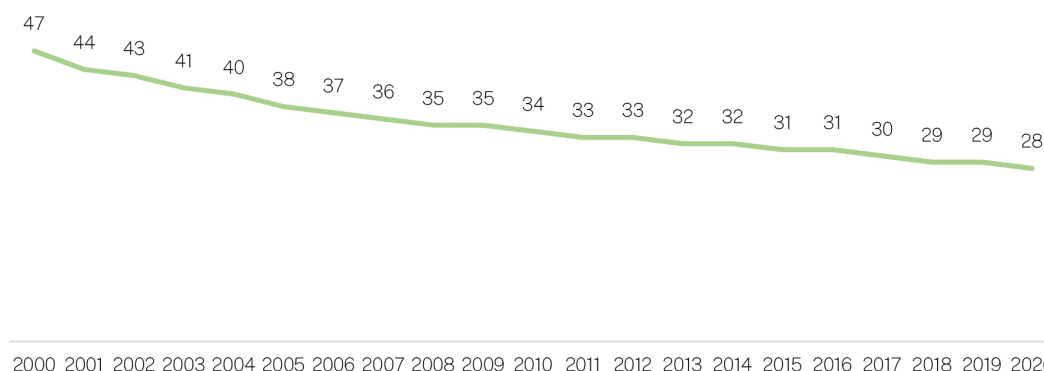
(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados da Organização Mundial de Saúde)<sup>25</sup>

Apresentada, assim, a mortalidade nos primeiros cinco anos de vida através dos critérios e indicadores identificados, far-se-á agora breve abordagem do período crítico correspondente aos primeiros 30 dias de vida e que determina a mortalidade neo-natal bem como, depois, uma visão mais genérica dos primeiros cinco anos de vida da criança.

### 2.4.2.1. MORTALIDADE NEONATAL

Também a mortalidade neo-natal vem revelando uma tendência decrescente nos últimos 20 anos, como fica evidente no gráfico seguinte.

**GRÁFICO 21: MORTALIDADE NEONATAL (<28 DIAS): TENDÊNCIA TEMPORAL**



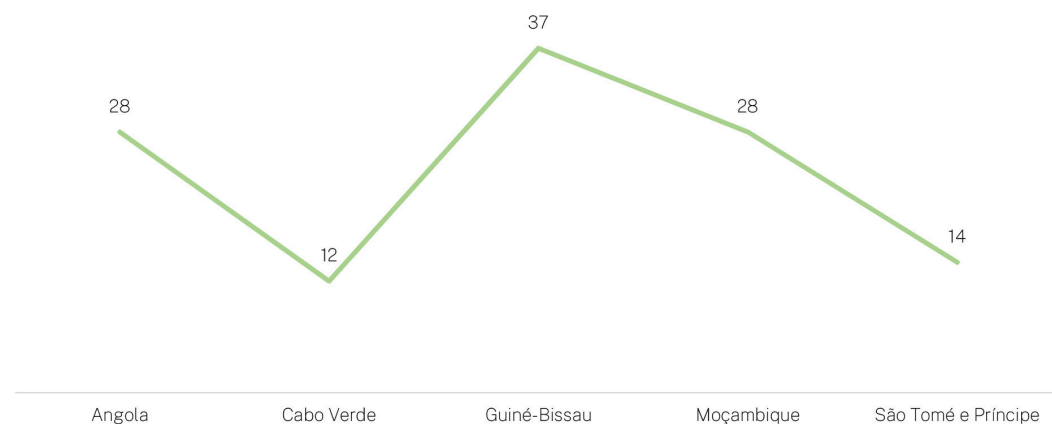
(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados do site da UNICEF: Data Warehouse - UNICEF DATA)

Comparando, contudo, o gráfico inicial relativo à mortalidade infantil nos últimos 20 anos com o gráfico anterior relativo à mortalidade neo-natal em idêntico período, constata-se que a quebra da mortalidade neo-natal (40%) é bem menos acentuada que a quebra da mortalidade infantil em geral (60%).

É um valor, aliás, e em termos de contextualização relativamente aos restantes PALOP, que coloca Moçambique em linha com Angola, apenas abaixo da Guiné-Bissau, mas bastante acima de Cabo verde e São Tomé e Príncipe.

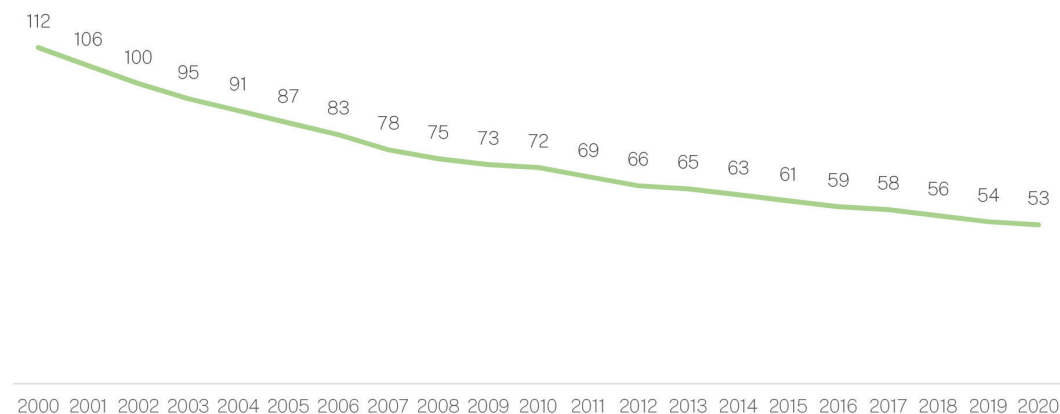
<sup>25</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>



**GRÁFICO 22: MORTALIDADE NEONATAL ( RÁCIO POR 1.000 NASCITUROS VIVOS)**

(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados da Organização Mundial de Saúde)<sup>26</sup>

O mesmo acontece se compararmos este valor de descida de 40% com o valor de descida de quase 50% quando falamos em mortalidade no primeiro ano de vida, como ressalta do gráfico seguinte.

**GRÁFICO 23: MORTALIDADE INFANTIL (< 1 ANO): TENDÊNCIA TEMPORAL**

(Gráfico construído a partir dos Indicadores retirados do site da UNICEF: Data Warehouse - UNICEF DATA)

Constituindo, desta forma, o nascimento e o primeiro mês de vida uma das fases mais críticas da vida da criança, e tendo em vista uma melhor compreensão dessa mesma fase, referem-se aquelas que são apontadas como as principais causas da mortalidade neo-natal em Moçambique:

- Prematuridade/baixo peso ao nascer
- Asfixia
- Sepsis
- Pneumonia
- HIV/Sida
- Malária
- Diarreia
- Sífilis e outras infecções congénitas

<sup>26</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

Refira-se que a malnutrição e a infecção por HIV/Sida são causas subjacentes que contribuem com aproximadamente 20% e 15% destas mortes, respectivamente.

Por outro lado, e como factores contributivos para estas causas, eram apontados os seguintes:

- Baixa cobertura do parto institucional
- Baixa qualidade das consultas pré-natais
- Baixa cobertura das consultas pós-natal

Por isso, o objectivo de redução da mortalidade neonatal encontra-se em todos os documentos estratégicos a que já se fez referência, do modo como se segue:

**QUADRO 5: OBJECTIVOS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE NEO-NATAL**

<p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NEONATAL E INFANTIL (2006)</b></p> <p><b>1. Redução taxa de mortalidade neonatal</b> dos 48 por mil registados em 2003 para 36 por mil em 2010 e 30 por mil em 2015, através da melhoria da qualidade da atenção ao parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Redução da percentagem de recém-nascidos com baixo peso à nascença</b> (inferior a 2.500 gramas) dos 9,8 % registados em 2004 para 7 % em 2010 e 4 % em 2015;</li> <li>- <b>Eliminação do Tétano neonatal</b>, de forma a finalizar, até final de 2012, toda a documentação nacional para a certificação, no quadro da acção mundial para a eliminação desta doença;</li> <li>- <b>Redução da transmissão vertical do HIV</b>, em 2010, para 25%, das crianças testadas HIV+ nascidas de mães seropositivas;</li> <li>- <b>Melhoria da qualidade dos cuidados perinatais</b>, de modo a actuar no combate as infecções neonatais e a minimizar os efeitos da prematuridade</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC)</b></p> <p><b>1. Construir um ambiente favorável</b> para alcançar o bem-estar das crianças e para remover as práticas tradicionais nocivas ao seu desenvolvimento.</p> <p><b>2. Aumentar e melhorar a qualidade dos Cuidados e Serviços</b> de Saúde Materna, Neo-natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.</p> <p><b>3. Reforçar o Sistema de Saúde</b> para melhorar a disponibilidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente e aumentar o acesso e utilização destes serviços pelos grupos-alvo.</p> <p><b>4. Fortalecer o envolvimento e capacidade das Comunidades</b> para promoção da Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.</p>
<p><b>PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2007-2015</b> Programa: Saúde infantil</p> <p><b>OE1 (acesso)</b></p> <p>Melhorar o acesso aos cuidados essenciais ao recém-nascido (RN), incluindo a ressuscitação neonatal e seu seguimento, com ênfase na primeira semana de vida Expandir o número de US que oferecem cuidados ao RN através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Implementar os cuidados essenciais ao recém-nascido</b>, na comunidade, usando as PTs ou APÉs;</li> <li>- <b>Expandir o número de hospitais com unidade de cuidados neonatais (Berçário)</b>, incluindo pessoal qualificado, medicamentos e equipamento apropriado para prestar cuidados aos RN em condições severas/ graves;</li> <li>- <b>Implementar as normas neonatais e pós-natais</b> em vigor para melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido;</li> <li>- Expandir o método mãe canguru (MMC);</li> <li>- <b>Introduzir o uso da Chlorhexidina</b> nos cuidados do cordão umbilical para prevenção da Sepsis.</li> </ul>	

**2.4.2.2. MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL**

Havendo que distinguir, conforme definições já anteriormente apontadas, a mortalidade infantil em sentido mais restrito (correspondente ao primeiro ano de vida) com a mortalidade infanto-juvenil (primeiros cinco anos de vida), o objectivo inscrito na Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil para a mortalidade infantil apontava para uma redução de quase metade no espaço de 12 anos (de 124 para 67 por cada 1000 nascimentos).

Já quanto à mortalidade infanto-juvenil a redução prevista para esse mesmo período seria de 97 para 67 por cada 1000 nascidos vivos.

Numa estratégia comum a toda a mortalidade infantil (agora em sentido mais amplo), os restantes objectivos, mais específicos bem como os restantes planos estratégicos encontram-se organizados no sentido de contribuírem subsidiariamente para estes grandes objectivos expressos quantitativamente.

## QUADRO 6: OBJECTIVOS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

### POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NEONATAL E INFANTIL (2006)

**2. Redução da taxa de mortalidade infantil** dos 124 por mil registados em 2003 para 90 por mil em 2010 e 67 por mil em 2015 e **redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil** dos 178 por 1000 registados em 2003 para 135 por mil em 2010 e 108 por mil em 2015.

- Pelo menos 60% das crianças com menos de cinco anos de idade possam beneficiar, até 2010, da combinação mais adequada de medidas de protecção pessoal e colectiva; incluindo redes **mosquiteiras tratadas com insecticidas** e outras intervenções que sejam acessíveis e de baixo custo;
- **Redução da taxa de mortalidade das crianças de menos de 5 anos por malnutrição grave** dos 15,2% em 2004 para 12,5% em 2010 e para 10% em 2015; redução da taxa de prevalência do baixo peso para a idade dos 24 % em 2003, para 18 % em 2010 e para 13 % em 2015 e redução da taxa de prevalência de anemia, nas crianças dos 6 aos 59 meses, dos 75% registados em 2002, para 50% em 2010 e 30% em 2015;
- **Redução da taxa de incidência de diarreia** de 14% em 2003 para 11% em 2010 e para 10% em 2015 e de infecções respiratórias agudas (IRA), (sobretudo as pneumonias), de 10% em 2003 para 8,5% em 2010 e para 6,5% em 2015, nas crianças de menos de 5 anos;
- **Redução da taxa de incidência da malária grave**, em crianças de menos de 5 anos, dos 55 por 10.000 registados em 2001, para 41 por 10.000 em 2010 e 22,5 por 10.000 em 2015; redução da taxa de mortalidade da malária grave e complicada, em crianças de menos de 5 anos, dos 2 por 10.000 registados em 2001, para 1,5 por 10.000 em 2010 e 1 por 10.000 em 2015; e redução da taxa de mortalidade proporcional por malária, em crianças de menos de 5 anos, dos 30% registados em 2001, para 22,5% em 2010 e 15% em 2015;
- **Redução da taxa de incidência do sarampo** dos 139 por 100.000 registados em 2003, para 4,5 por 100.000 em 2010 e 2,5 por 100.000 em 2015, redução da taxa de mortalidade pelo sarampo dos 1,1 por 100.000 registados em 2003, para 0,05 por 100.000 em 2010 e 0,02 por 100.000 em 2015 e aumento da percentagem de crianças, de menos de um ano de idade, imunizadas contra o sarampo, dos 77% observados em 2003, para 90% em 2010 e 95% em cada um dos distritos em 2015;
- **Aumento da percentagem de crianças HIV+ beneficiando de tratamento antirretroviral** para 10.600 crianças seropositivas (10% do total dos necessitados), em 2007, e para 31.000 (menos de 30% dos necessitados), em 2010;

### PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC)

**META 2: Redução da mortalidade infantil (<5 anos) de 97 por 1,000 nascidos vivos para 67 por 1,000 nascidos vivos em 2015.**

- 1. Aumentar e melhorar a qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.**
- 2. Reforçar o Sistema de Saúde** para melhorar a disponibilidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente e aumentar o acesso e utilização destes serviços pelos grupos-alvo.
- 3. Fortalecer o envolvimento e capacidade das Comunidades** para promoção da Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.
- 4. Garantir o acesso universal a água potável e saneamento.**

### PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2007-2015 Programa: Saúde infantil

#### OE2 (qualidade)

**Melhorar a qualidade dos serviços de saúde infantil** oferecidos nas US, incluindo o seguimento adequado do seu crescimento e desenvolvimento, através de:

- Promover a implementação do calendário da consulta de criança sadia, bem com a prestação, com qualidade, das intervenções definidas nas CCS (tais como o crescimento e desenvolvimento da criança);
- Acelerar a implementação da Estratégia AIDI, incluindo ao nível da comunidade;
- Fortalecer os cuidados pediátricos através da implementação do TATE em todas as US de referência
- Melhorar a integração das consultas de CCR na CCS, para facilitar o seguimento das crianças e, deste modo, diminuir a perda de oportunidade e número de casos perdidos;
- Dotar as US de pessoal qualificado, equipamento e medicamentos essenciais para o RN e para as crianças menores de 5 anos

#### OE3 (equidade)

- Reduzir as desigualdades na distribuição dos serviços de saúde das crianças menores de 5 anos, privilegiando as intervenções de saúde infantil, nas áreas mais desfavorecidas (províncias, distritos, rural/urbano)

#### OE4 (eficácia e eficiência)

- Melhorar a eficiência na prestação de cuidados de saúde do recém-nascido e crianças menores de 5 anos, através do aperfeiçoamento de acções de monitoria das intervenções de monitoria das intervenções de saúde neonatal e infantil

Da conjugação de todos os factores e esforços, esta queda da mortalidade infantil (para metade de 1997 a 2011) parece refletir a queda acentuada na prevalência de febre, infecções respiratórias agudas e diarreia o que reflete também, por sua vez, algum avanço no combate à malária. De assinalar também, para este efeito, uma possível redução da taxa de mortalidade da SIDA em crianças, uma vez que esta constituía ainda a segunda maior causa de mortalidade em menores de 5 anos.<sup>27</sup>

### 2.4.3. HIV/SIDA

#### Ponto de situação

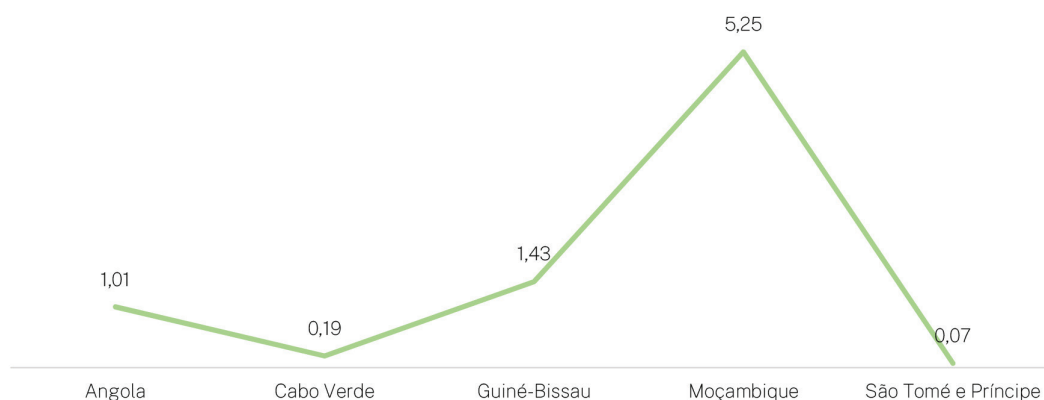
A prevalência de HIV em Moçambique é a oitava mais alta do mundo, constituindo a principal causa de morte em adultos (idade 15-49 anos), com uma taxa de mortalidade de 393 por 100.000 adultos, o que equivale a 40% das mortes nos adultos, no país.

Relativamente às crianças, o HIV/SIDA é a segunda principal causa de morte (depois da malária) nas crianças com idades compreendidas entre os 5 e 14 anos, representando 14% das mortes neste grupo etário.<sup>28</sup>

Mais recentemente (2014, PEN IV) Moçambique era um dos cinco países do mundo com maior crescimento do número de novas infecções.

O gráfico seguinte, na comparação com os restantes PALOP, reflete bem a dimensão deste problema ao nível ainda galopante de novas infecções:

**GRÁFICO 24: NOVAS INFECÇÕES POR HIV POR 1.000 INDIVÍDUOS NÃO INFECTADOS (2018)**



(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados da Organização Mundial de Saúde)<sup>29</sup>

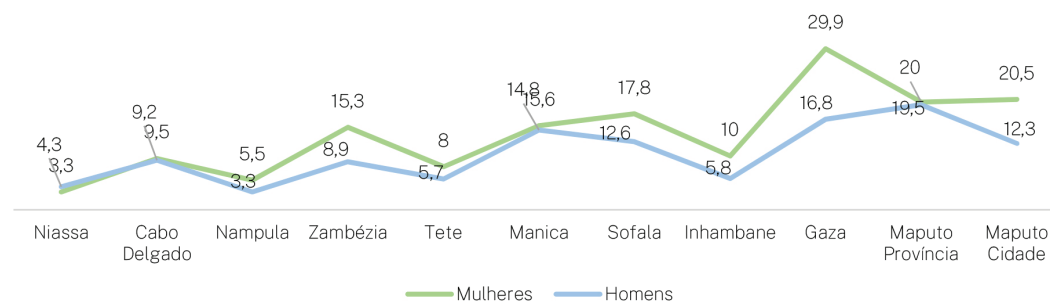
A sua distribuição apresenta, no entanto, acentuadas assimetrias, seja a nível territorial ou relativamente ao sexo ou idade.

O gráfico seguinte, construído a partir dos dados constantes no PEN IV (Plano estratégico Nacional) e embora referente a 2009, permite uma melhor perceção dessas mesmas assimetrias:

<sup>27</sup> UNICEF, Situação das crianças em Moçambique 2014, disponível em: <https://www.unicef.org/mozambique/relatorios/situacao-das-criancas-em-mozambique-2014>

<sup>28</sup> Plano Estratégico Nacional

<sup>29</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

**GRÁFICO 25: HIV - PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO ENTRE OS 15 E OS 49 ANOS (2009)**

Algumas conclusões:

- Verifica-se uma tendência decrescente nas províncias no sentido sul-norte;
- A prevalência nas mulheres é significativamente superior à dos homens, sobretudo entre os 15 e os 24 anos;
- A Província do Niassa surge como aquela com menor prevalência e a única em que a prevalência nos homens é superior à das mulheres.

Quanto às idades, e embora não conste do gráfico em referência, poderá acrescentar-se o pico surge nas mulheres entre os 20 e os 29 anos e nos homens entre os 30 e os 39 anos.

Mais especificamente no que diz respeito às crianças, reportam-se dois excertos de documentos oficiais:

- *Em 2009, dos 1,8 milhões de órfãos, 510.000 tinham como consequência o HIV e SIDA (UN, 2011). A média de prevalência de HIV e SIDA na altura era de 1.7% em crianças com idade entre 1 e 4 anos de ambos os sexos (INSIDA, 2009) e passou para 2% em 2012 (INE (2011). Impacto Demográfico HIV/Sida). A mortalidade devido ao HIV e SIDA é de cerca de 11.2% em crianças com idades entre 1 a 4 anos de idade.* (PNAC II, p.13)
- *“Em 2013, foi estimado que 11 921 crianças nascidas das 100 121 mães seropositivas estariam infectadas pelo HIV, o que resulta em taxa de transmissão vertical de 11.9%<sup>30</sup>. A manutenção da alta taxa de transmissão vertical pode ser, em parte, explicada pela baixa taxa de partos institucionalizados (54%) que apresenta um impacto directo no acesso ao pacote completo de prevenção da transmissão vertical (PTV) e na cascata de cuidados de saúde reprodutivos, maternos e infantis. Estimativas epidemiológicas mostram que 12 000 crianças se infectam anualmente e um total de 190 000 crianças no país vive presentemente com o HIV”.* (PEN IV, p. 16, citando UNAIDS Global Report 1013. HIV Estimate Annex Table, 2014).

### **Intervenção planeada**

Com o primeiro caso ocorrido no país em 1986, o primeiro plano estratégico nacional, só a partir de 2000 começaram a desenvolver-se estratégias nacionais de carácter multissetorial, através dos designados Planos Estratégicos, que tiveram a seguinte sequência temporal:

- Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000 -2002 (PEN I)
- Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2004 – 2009 (PEN II)
- Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 – 2014 (PEN III)
- Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015-2019 (PEN IV)

<sup>30</sup> UNAIDS. UNAIDS Global Report 1013. HIV Estimate Annex Table, 2014, citado por PEN IV, p. 16

Como tónica comum destes planos, progressivamente aprofundada de uma geração para outra dos mesmos, é a sua característica multisectorial, participativa e tendencialmente consensualizada.

Assim, e logo na sequência do PEN I, foi criado em 2001 o **Conselho Nacional de Combate contra a SIDA/HIV (CNCS)** com a missão de proceder à sua coordenação.

Também em 2002, e considerando o número significativo de grávidas infetadas com HIV, foi criado o Programa de Transmissão Vertical do HIV, desde 2012 já com cobertura nacional.

Ainda em 2002 foi elaborado o **I Plano estratégico de Combate ao HIV/SIDA (2003-2005)** ao mesmo tempo que se iniciava um **Programa de Aconselhamento e Testagem na Saúde HIV (ATS)**.

Foi ainda criado em 2006, e integrado no Serviço Nacional de Saúde, um serviço de consulta especializada chamado **Consulta para a Criança em Risco (CCR)**, assegurado por enfermeiras especializadas.

Entretanto, em 2007, o **Programa Nacional de HIV/SIDA** passou a integrar os cuidados de saúde primários a fim de garantir uma maior possibilidade de acesso ao tratamento antirretroviral.

Estimava-se, ainda assim, em 2012, apenas uma taxa de cobertura do TARV de 52% para adultos e 22% para crianças.

Não obstante os resultados alcançados, mas tendo em consideração o impacto negativo desta infecção, a experiência adquirida e a previsibilidade de resultados através de investimento adequado, foi então criado o **PLANO DE ACELERAÇÃO DA RESPOSTA AO HIV E SIDA PARA 2013-2015**, perseguindo três objectivos principais:

- **Aumentar a percentagem de adultos e crianças HIV elegíveis recebendo a terapia antirretroviral para 80%;**
- **Reduzir o número de novas infecções em 50%;**
- **Reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho para 5%.**

Foram, contudo, identificados alguns desafios-chave sem a ultrapassagem dos quais os objectivos definidos se encontravam comprometidos.

São os seguintes esses desafios-chave:

- **Acesso a cuidados**, tendo em consideração, sobretudo nas áreas rurais, as distâncias e os altos níveis de pobreza;
- **Retenção nos cuidados e tratamento**, só possível com o aumento do número de centros de saúde que asseguram o TARV e a criação de grupos comunitários de apoio (GAAC);
- **Recursos humanos insuficientes**, (5 médicos e 29 enfermeiros por cada 100.000 pessoas em 2011), implicando algumas transferências de competências para agentes de saúde e enfermeiros de saúde materno-infantil;
- **Consumíveis e logística**, através de um novo Plano de Gestão de Farmácia e Logística que assegure o estabelecimento de armazéns regionais, sistema trimestral de análise de stocks e parcerias entre entidades públicas e privadas.

Quanto ao **PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV E SIDA (PEN IV - 2015-2019)**, a partir dos objectivos definidos quer no PEN III (2010-2014) quer nos resultados do Plano de Aceleração, e definindo como seu objectivo principal **a redução significativa do número de novas infecções por HIV**, apresenta agora os seguintes objectivos e resultados esperados:

**QUADRO 7: PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV E SIDA (PEN IV - 2015-2019) – OBJECTIVOS E RESULTADOS ESPERADOS**

PRINCIPAIS OBJECTIVOS	RESULTADOS ESPERADOS
1. Reduzir a incidência do HIV por transmissão sexual em 30% até 2019 (passando de 320 em 2013, para 224 novas infecções em 2019) 2. Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV de 8.7% em 2014, para menos de 5% até 2019 3. Reduzir a mortalidade relacionada ao HIV e SIDA em 40% até 2019	1. Aumentado o conhecimento abrangente do HIV nos jovens de 15 a 24 anos, de 41% em 2011, para 60% em 2019 2. Aumentada a cobertura do uso de preservativo na última relação sexual entre pessoas que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses, de 27% em 2011, para 50% em 2019 3. Aumentada a percentagem de homens circuncidados de 51% em 2009, para 80% até 2019 4. Alcançada a cobertura de 94% de mulheres grávidas com sero-estado em HIV conhecido na Consulta Pré-Natal em 2019 (linha de base - 93% em 2014) 5. Assegurado que 96% das mulheres grávidas HIV positivas em PTV recebam Tratamento Antirretroviral (linha de base - 87% em 2014);

Para o efeito, são definidos setores de articulação privilegiada com planos operacionais específicos (Saúde, Educação e Desenvolvimento Humano, Juventude e Desportos, Interior, Defesa, Trabalho, Agricultura e Segurança Alimentar, Assuntos Constitucionais e Religiosos), aqui se destacando o Plano Operacional do Género, Criança e Acção Social.

A este nível, sinalizam-se aqui duas das prioridades estratégicas deste último Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA.

***Crianças e adolescentes vivendo com HIV***

Intervenções específicas previstas para o TARV pediátrico:

- (i) Aumentar o acesso ao TARV das crianças elegíveis;*
- (ii) Aumentar a retenção das crianças HIV em cuidados;*
- (iii) Melhorar a qualidade do atendimento das crianças expostas e HIV + nas US;*
- (iv) Melhorar o seguimento dos adolescentes HIV+.*

Neste contexto, dois grupos particularmente vulneráveis:

- *Crianças dos 0 aos 2 anos, porque são mais vulneráveis por causa da progressão rápida da doença e consequente alta mortalidade, sobretudo nos primeiros meses de vida.*
- *Adolescentes, porque precisam de atenção pela maior vulnerabilidade ao HIV, tendo em conta:*
  - *Início precoce da actividade sexual;*
  - *Maior risco de fraca adesão e abandono ao TARV;*
  - *Maior vulnerabilidade ao estigma e discriminação;*
  - *Transição dos serviços pediátricos (para crianças) para os serviços de TARV adultos;*
  - *Maior risco de violência baseada no género e por alguns adolescentes HIV positivos revelarem desnutrição.*

***Prevenção da Transmissão Vertical***

Tendo em consideração quatro pilares:

- (i) A prevenção primária da infecção para HIV em mulheres em idade sexual e reprodutiva, com especial atenção para adolescentes e jovens;*
- (ii) A prevenção de gravidezes indesejadas, com atenção na integração do PF em outros serviços como os cuidados e tratamento para HIV;*
- (iii) A prevenção da Transmissão Vertical;*
- (iv) A oferta de cuidados e tratamento antirretroviral para mulheres grávidas, lactantes e suas famílias (filhos e parceiros).*

Contudo, e como nota final de maior preocupação, é o próprio PEN IV a reconhecer que **Moçambique continua sendo o sexto país com maiores taxas de novas infecções pediátricas no mundo, contribuindo com 8% destas novas infecções a nível global.**

#### 2.4.4. OUTRAS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A questão, todavia, não se circunscreve às infecções por HIV, havendo outro tipo de infecções transmitidas por via sexual, até porque frequentemente associadas ao HIV, também estas definidas como prioridade de saúde pública.

É assim que surge o **Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infecções de Transmissão Sexual (2018-2021)**, do qual é retirado a informação que se segue.

Importa, desde logo, sinalizar a grande variedade deste tipo de infecções das quais aqui se dá nota das mais significativas:

- *Sífilis, Clamídia e a Gonorreia - que permanecem entre as maiores causas de morbilidade, apesar de curáveis com antibióticos*
- *Herpes simples (HSV), Papiloma vírus humano (HPV) e Hepatite B (VHB) - que são incuráveis e de maior prevalência mundial.*

O impacto da transmissão de mãe para filho destas infecções é grande, uma vez que pode resultar em morte fetal, morte neonatal, baixo peso ao nascer e prematuridade, sepsis, pneumonia, conjuntivite neonatal e deformidades congénitas.

É reconhecido, no plano estratégico em apreço que os dados epidemiológicos a nível populacional são insuficientes, embora se refira que **“Dados do IMASIDA 2015 indicam auto declaração de ITS e/ou sintomas de ITS, de 7,1% entre mulheres e 7,3% em homens na faixa etária dos 15-49 anos de idade que já tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses”.**

São ainda caracterizados os factores de vulnerabilidade, cujo quadro aqui se transcreve:

**QUADRO 8: PLANO ESTRATÉGICO DE ACÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (2018-2021) – FACTORES DE VULNERABILIDADE**

FACTORES COMPORTAMENTAIS	FACTORES BIOMÉDICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práticas sexuais desprotegidas</li> <li>- Múltiplos parceiros sexuais</li> <li>- Sexo transaccional</li> <li>- Início precoce de actividade sexual</li> <li>- Sexo com parceiros cujo estado de infecção é desconhecido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de várias fontes de infecção (diferentes fluidos corporais)</li> <li>- Existência de vários modos de transmissão (uso de droga injectável e transfusão sanguínea)</li> <li>- As infecções de transmissão sexual podem ser assintomáticas</li> <li>- As infecções de transmissão sexual aumentam a transmissão e aquisição do HIV</li> </ul>
FACTORES PSICOLÓGICOS	FACTORES SOCIOCULTURAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa auto-estima</li> <li>- Fraca percepção de riscos pessoais</li> <li>- Medo do estigma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influência de crenças, actitudes e práticas culturais</li> <li>- Influência dos meios de comunicação no comportamento sexual</li> <li>- Violência Sexual</li> <li>- Fraco poder de negociação sobre sexo seguro</li> <li>- Falta de envolvimento comunitário</li> <li>- Baixo nível de educação, pobreza e desemprego</li> <li>- Normas sociais e estigma atrasam a procura de cuidados e tratamento</li> <li>- Violência doméstica resultante da desigualdade de género</li> </ul>
FACTORES DEMOGRÁFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta pessoas de todas as idades</li> </ul>	



De entre os grupos identificados como prioritários, faz-se aqui referência dois deles que integram o âmbito do presente relatório:

– **Mulheres grávidas**

Segundo dados de 2017, é de 5% a prevalência da sífilis em mulheres grávidas no país, contra a média mundial de 1%.

– **Adolescentes e jovens**

Estimativas (*Spectrum*) apontam que os adolescentes entre os 10 e os 19 anos são infectados maioritariamente por via vertical, ou seja, de mãe para filho.

Por outro lado, e segundo dados de 2015, 7,8% de mulheres e 8,1% de homens, entre os 15 e os 24 anos com relações sexuais significativas, declararam ter ITS ou sintomas.

São, assim, definidas, no Plano em questão, as seguintes estratégias para a prevenção e controlo das ITS:

**QUADRO 9: PLANO ESTRATÉGICO DE ACÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (2018-2021) – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
1. Fortalecer as actividades de prevenção primárias das ITS	1.1. Promover comportamento sexual saudável e seguro 1.2. Promover um ambiente acolhedor e políticas inclusivas na prevenção das ITS
2. Promover a detecção precoce, diagnóstico correcto e tratamento das ITS	2.1. Melhorar o rastreio e diagnóstico das ITS de pessoas infectadas 2.2. Garantir o tratamento adequado das ITS 2.3. Melhorar a notificação e seguimento dos parceiros e/ou contactos
3. Garantir recursos adequados para implementar as acções	3.1. Garantir recursos financeiros adequados para implementar as intervenções 3.2. Capacitar os provedores de saúde 3.3. Fortalecer a capacidade laboratorial 3.4. Garantir o acesso aos medicamentos e testes e outros insumos de prevenção
4. Fortalecer a informação estratégica para garantir a gestão programática com base em evidências	4.1. Revitalizar o sistema de vigilância epidemiológica e promover a realização de inquéritos 4.2. Fortalecer a pesquisa 4.3. Fortalecer a área de monitoria e avaliação

É, porventura, em linha com estas preocupações que, procedendo um anterior Plano Acelerado para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis (2018-2020) surge o **Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite em Moçambique**, agora com um horizonte temporal de **2020 até 2024**, sendo que o primeiro programa remonta já a 2004.

Deste último Plano deixa-se também aqui breve referência às restantes duas infecções que integram o mesmo (Sífilis e Hepatite B).

**Sífilis**

De acordo com estudos das últimas duas décadas a prevalência da sífilis em mulheres em idade reprodutiva era 0,3% e 12% e, nas mulheres grávidas, entre 4,9% e 10,9%.

É possível, contudo, de acordo com alguns indicadores ainda que parcelares, que possa ter ocorrido alguma redução destas percentagens.

Poderá essa eventual redução encontrar-se associada à crescente testagem e tratamento (3 doses de Penicilina Benzatínica).

De acordo com os dados de 2018, a Província do Niassa surge como aquela com menos cobertura de testagem (57% contra a média nacional de 78%) ainda que a média de tratamento esteja em linha com a média nacional (69% contra a média nacional de 73%).

### Hepatite B

Não existem dados fidedignos relativamente a esta infecção, mas, de acordo com uma avaliação feita pela OMS (2018), existem algumas estratégias e políticas no país que tendencialmente poderão reduzir um pouco a prevalência existente que se crê rondar os 6,9% na população.

Por outro lado, admitindo o início da implementação da dose de vacina ao nascimento a começar em 2022, não seriam constatadas quaisquer mudanças na prevalência em crianças de cinco anos antes de 2028.

### 2.4.5. MALÁRIA

De acordo com o IDS (2011)<sup>31</sup> *“A malária continua a ser um problema de saúde pública em Moçambique sendo endémica em todo o país, variando de zonas hiper-endémicas ao longo do litoral, zonas meso-endémicas nas terras planas do interior e de algumas zonas hipo-endémicas nas terras altas do interior. Vários factores contribuem para esta endemicidade, desde as condições climáticas e ambientais como as temperaturas favoráveis e os padrões de chuvas, bem como locais propícios para a reprodução do vector. A maioria do país tem uma transmissão ao longo de todo ano, com picos durante a época chuvosa, de Dezembro a Abril. Os principais vectores da malária em Moçambique pertencem aos grupos Anopheles funestus e gambiae. O Plasmodium falciparum é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas infecções maláricas, enquanto infecções por Plasmodium malariae e Plasmodium ovale são observadas em 9% e 1%, respectivamente”*.

1982 foi o ano da criação do **Programa Nacional de Controlo da Malária**, ainda que tenha sido necessária uma década para definir como seu objectivo (já em 1992) a deteção precoce de disponibilização do tratamento adequado, controlo de vetores e promoção de boas práticas da saúde, sem prejuízo de respostas geograficamente setoriais e reactivas a surtos de epidemia, inundações e outros desastres naturais e introdução de metodologias de tratamento.

Em 2006 o Ministério da Saúde declara a malária como uma emergência nacional ao mesmo tempo que era desenvolvido e lançado o **Plano estratégico para o Controlo da Malária (2006-2009)** a que se seguiu, já em 2012, o **Plano Estratégico para 2012-2016** e, já em 2017, o **Plano estratégico até 2022**<sup>32</sup>, com os seguintes objectivos:

- *Fortalecer as competências de gestão do programa e nível central, provincial e distrital, de modo a alcançar os objectivos do plano estratégico;*
- *Disponibilizar pelo menos, 85% de cobertura da população com, no mínimo, uma intervenção de controlo vectorial em todos os distritos do país;*
- *Testar 100% dos casos suspeitos de malária e tratar 100% dos casos confirmados de malária ao nível das unidades sanitárias e a nível comunitário, de acordo com as directrizes nacionais;*
- *Implementar uma abordagem efectiva de comunicação para mudanças social e comportamento para assegurar que, pelo menos, 70% das pessoas procuram cuidados de saúde apropriados e atempados, e que, pelo menos 85% da população utiliza um método de protecção adequada;*

<sup>31</sup> Transcrito do Relatório Final do Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária (2018), disponível em: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PBAAK264.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAK264.pdf)

<sup>32</sup> Realça-se aqui a excelente ilustração gráfica de onde estes dados foram retirados e disponível no seguinte link: <https://web-archival.lshmt.ac.uk/www.linkmalaria.org/sites/link/files/content/attachments/2018-08-22/MozambiqueSingleBannerRGBDigital.pdf>

- *Acelerar os esforços para a eliminação da malária, através da implementação de intervenções epidemiologicamente adequadas;*
- *Reforçar o sistema de vigilância de modo a que 100% das unidades sanitárias e distritos notifiquem dados completos, atempados e de qualidade.*

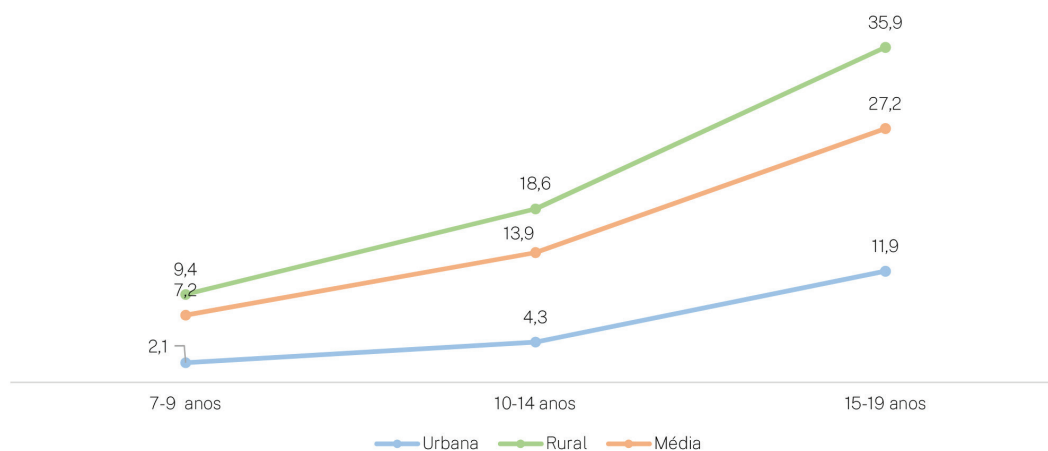
A partir da colaboração deste programa com outras entidades foi efetuado, em 2018, o Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária (IIM) de que se transcrevem os principais resultados:

#### QUADRO 10: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE INDICADORES DE MALÁRIA (IIM) - PRINCIPAIS RESULTADOS

PREVENÇÃO	MALÁRIA NOS AGREGADOS FAMILIARES E NAS CRIANÇAS	CONHECIMENTO E MENSAGENS SOBRE A MALÁRIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Posse de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RTIs):</b> 82% dos agregados familiares Moçambicanos possuem pelo menos uma RTI e, cerca de metade possuem pelo menos uma RTI para cada duas pessoas.</li> <li>– <b>Fontes das RTIs:</b> A maioria das RTIs (87%) são obtidas nas campanhas de distribuição em massa, 4% nas consultas pré-natal (CPN) e 6% são compradas nas lojas ou mercados.</li> <li>– <b>Acesso a uma RTI:</b> 69% da população dos agregados familiares têm acesso a uma RTI. Isto significa que 7 em cada 10 pessoas poderiam dormir debaixo de uma RTI se cada RTI num agregado familiar fosse utilizada por um máximo de duas pessoas.</li> <li>– <b>Uso de RTIs na noite anterior ao Inquérito:</b> 68% da população dos agregados familiares, 73% das crianças menores de 5 anos e 76% das mulheres grávidas dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior ao inquérito.</li> <li>– <b>Tratamento Intermitente Preventivo durante a Gravidez (TIP):</b> 41% das mulheres dos 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito receberam, pelo menos, três doses de SP/Fansidar para a prevenção da malária na gravidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Prevalência da febre:</b> 18% dos membros dos agregados familiares tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito.</li> <li>– <b>Procura de cuidados para crianças com febre:</b> Mais de dois terços (69%) de crianças menores de 5 anos de idade que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito foi-lhes procurado aconselhamento ou tratamento.</li> <li>– <b>Fonte de aconselhamento ou tratamento:</b> Entre as crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito, para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento, 96% foi-lhes procurado o tratamento numa unidade sanitária, 2% numa clínica privada e 2% a outras fontes.</li> <li>– <b>Tipo de medicamento antimalárico utilizado:</b> Entre as crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas semanas anteriores ao inquérito e que tomaram um antimalárico, quase todas (99%) receberam terapia combinada à base de artemisina (TCA).</li> <li>– <b>Anemia severa ou moderada:</b> 14% das crianças dos 6-59 meses de idade tem níveis de hemoglobina inferior a 8 g/dl.</li> <li>– <b>Prevalência da malária:</b> A prevalência da malária em crianças dos 6-59 meses por teste de diagnóstico rápido é de 39%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Conhecimento das mulheres sobre causas, sintomas e prevenção da malária:</b> Mais de metade (63%) das mulheres dos 15-49 anos reconhece a febre como um sintoma da malária e 80% indica as picadas de mosquito como uma causa de transmissão da malária. Mais de três quartos (81%) afirma que as redes mosquiteiras constituem um método de prevenção da malária.</li> <li>– <b>Exposição a mensagens sobre a malária:</b> Um terço (33%) das mulheres dos 15-49 anos viu ou ouviu uma mensagem sobre a malária, nos seis meses anteriores ao inquérito.</li> <li>– <b>Uso de redes mosquiteiras:</b> 18% das mulheres afirmaram não terem dormido debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior ao inquérito. Entre estas, 55% não tinham redes mosquiteiras em casa, 15% afirmaram não haver mosquitos e 10% responderam que não gostam de usar as redes.</li> </ul>

Vale a pena referir também aqui, e na comparação com os restantes PALOP (excepto Cabo Verde que não apresenta valores estatisticamente significativos), a situação preocupante que ainda se vive em Moçambique:

**GRÁFICO 26: INCIDÊNCIA DA MALÁRIA POR 1.000 INDIVÍDUOS EM RISCO (2018)**



(Gráfico construído a partir dos indicadores retirados da Organização Mundial de Saúde)<sup>33</sup>

### Relativamente à Província do Niassa:

Ao nível da prevenção:

- Percentagem de agregados familiares com pelo menos uma RTI: 84% (média nacional: 82%).
- Percentagem de mulheres que recebeu 3+doses de SP/Fansidar: 46% (média nacional: 44%).

Ao nível das famílias e crianças:

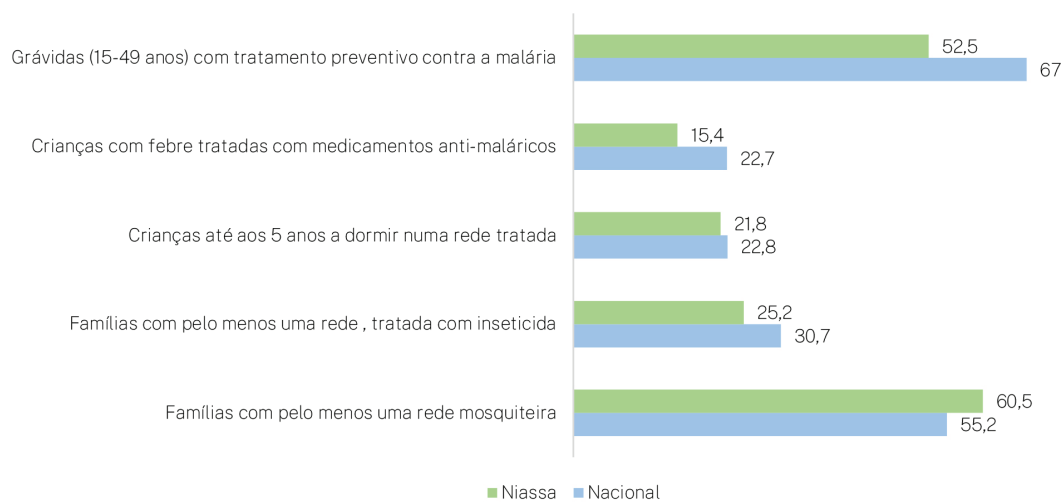
- Percentagem de crianças 6-59 meses de idade que testaram positivas para malária por testagem de diagnóstico rápido: 49% (média nacional: 39,5%). Nota: não foram consideradas a Província e Cidade de Maputo por apresentarem uma percentagem tão ínfima (1%) que distorceria necessariamente a média.

Ao nível do conhecimento e mensagens sobre a malária:

- Percentagem de mulheres de 15-49 anos que têm conhecimento abrangente de sintomas, causas, prevenção e tratamento da malária: 46% (média nacional: 45%).

De algum modo como resumo, considerando os níveis preventivo e curativo, agruparam-se alguns dados mais significativos, a nível nacional e da Província do Niassa, que aqui se ilustram sob a forma de gráfico.

<sup>33</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

**GRÁFICO 27: MALÁRIA - PREVENÇÃO E TRATAMENTO**



# 3. NUTRIÇÃO

## CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

### Artº 6º

1.Os Estados Partes reconhecem que toda a criança tem o direito inerente à vida.

2.Os Estados Partes devem assegurar ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

### Artº 24º

1.Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde.

2.Os Estados Partes prosseguem a realização integral deste direito e, nomeadamente, tomam medidas adequadas para:

(...)

e) Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes;

## OBJECTIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

### Objectivo nº 2

Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.

2.1 até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano.

2.2 até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, inclusive pelo alcance até 2025 das metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crónica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas

(...)

ODS6: Acesso a água e saneamento

“ O problema de desnutrição crónica representa realmente um importante desafio que enfrentamos, por causa do seu impacto sobre o futuro das crianças, uma vez que a desnutrição provoca problemas de desenvolvimento na primeira infância, e afectando também o desempenho escolar...”

Ivete Alane, Secretária Permanente do Ministério da Mulher e da Acção Social em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

Ainda em 2014, Moçambique apresentava um índice de desnutrição entre os menores de 5 anos que era a nona mais elevada de África, sem alteração substancial, segundo a UNICEF<sup>34</sup>, nos últimos 15 anos.

Ainda segundo a mesma entidade, também neste ponto são significativas as disparidades, seja entre as famílias mais ricas e as mais pobres (com o dobro do risco de desnutrição por parte destas últimas), seja na sua maior concentração nas províncias do norte, entre as quais a província do Niassa.

<sup>34</sup> Nutrição | UNICEF Moçambique

Não é demais salientar a gravidade de tal situação na vida da criança tendo em conta o impacto no seu desenvolvimento ao reduzir a sua capacidade cognitiva, depois a aprendizagem escolar e, na vida adulta, a sua rentabilização profissional.

Tendo em vista uma melhor compreensão do problema, Consideram-se aqui alguns indicadores mais significativos e, depois, documento estratégico especificamente direccionado para a desnutrição e, complementarmente, o plano de acção focado na criança, também no qual esta matéria se integra.

Também aqui, tal como feito relativamente a outras áreas, tentar-se-á uma sistematização dos objectivos identificados em ambos os documentos.

De igual modo, e no desconhecimento de outros dados mais atualizados e abrangentes nesta matéria, recorrer-se-á desde já aos MICS de 2008 para melhor se tentar entender os pressupostos dos documentos estratégicos em apreço.

### 3.1. ALGUNS INDICADORES (MICS, 2008 E IDS, 2011)

Cerca de 43% da população com idade inferior a 5 anos vive em situação de insegurança alimentar, situando-se a Província do Niassa numa percentagem intermédia (>45%), ainda que superior à média.

A subnutrição crónica parece ter descido de 48% para 43% entre os Inquéritos Demográficos da Saúde de 2003 e 2011 (citados no PNAC), tendo havido ainda uma redução de 5% e 6% na prevalência da desnutrição aguda, respectivamente em cada um dos inquéritos. Assim, e de acordo com dados do IDS (2011) esta desnutrição aguda afetava 8% das crianças.

Acompanham-se, de seguida, as áreas identificadas nos MICS que contribuem para as situações de desnutrição.

#### ***Aleitamento materno***

A importância da amamentação é sobejamente reconhecida, seja pela sua própria natureza (estéril, sempre disponível e à temperatura ideal) seja pelos anticorpos presentes no mesmo, seja pelo acentuar da relação corporal entre mãe e filho, propiciador de um maior desenvolvimento psicomotor.

Neste sentido o ponto de partida parece positivo uma vez que segundo o IDS (2011), praticamente todas as crianças nascidas nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito (97%) foram amamentadas.

Mas também é um facto que o estado nutricional da criança está estreitamente correlacionado com o estado nutricional da mãe, o que pode comprometer estas vantagens, pelo que o aleitamento materno pode não ser suficiente.

É por isso que esta percentagem não se mantém como inicialmente embora tenha vindo a melhorar, passando de 30% em 2003, a 37% em 2008 e 41% em 2011 (MICS, 2008).

Ainda segundo este indicador e relativamente ainda às condições de amamentação, a Província do Niassa apresenta os melhores resultados, quer relativamente à média nacional, quer relativamente às restantes províncias, som os seguintes valores<sup>35</sup>:

- 0-3 meses, exclusivamente amamentadas - 78,5% (Nacional: 48,4%)
- 0-5 meses, exclusivamente amamentadas - 53,0 % (Nacional: 36,8%)

<sup>35</sup> De notar que a metodologia dos MICS assenta numa amostra populacional, tendo, neste caso, a mesma variado entre 33 e 58 crianças



- 6–9 meses, recebendo leite materno e alimento sólido/meio-sólido –97,4% (Nacional: 83,7%)
- 12-15 meses, amamentadas –96,9 % (Nacional: 91,2%)
- 20-23 meses, amamentadas –72,4% (Nacional: 54,0%)

#### **Iodização do sal**

Relativamente aos micronutrientes, a deficiência de iodo constitui uma das principais causas do atraso mental, com naturais consequências na aprendizagem e, por isso, a estratégia passa pela chamada iodização do sal.

Poder-se-á dizer, contudo, que apenas pouco menos de um terço dos agregados familiares consumia sal suficientemente iodado, contra um outro terço em que o iodo era deficitário e mais de um outro terço em que o sal não apresentava iodo.

Refira-se, no entanto, que no caso da Província do Niassa, a percentagem sal iodado satisfatório era de quase metade dos agregados familiares.

#### **Suplementos de vitamina a**

A vitamina A é essencial para os olhos e sistema imunitário, podendo ser encontrada nos ovos, frutos vermelhos e cor-de-laranja, óleo de palma vermelho e vegetais de folha verde escuro. Um suplemento adequado desta vitamina é assegurado, no entanto, duas vezes por ano pelos serviços de saúde.

É assim que a média nacional das crianças com toma de vitamina A era de 71,5%, mantendo-se a Província do Niassa mais ou menos a esse nível percentual (73,0%).

#### **Acesso a água e saneamento**

O **acesso a água** potável é condição indispensável para prevenir não apenas a desnutrição como para não comprometer o desenvolvimento da criança e, ainda, diminuir uma das causas da mortalidade infantil.

Entende-se por água potável e fontes melhoradas da mesma, aquela que é proveniente de sistemas de canalização domiciliária, torneira pública/fontanário ou poço/furo protegido com bomba manual.

A média nacional de pessoas com acesso a fontes de água melhorada é de 61%, ainda que uma enorme disparidade entre essa percentagem nas zonas urbanas (88%) e rurais (49%). Contudo, 16% da população utilizava ainda água de superfície para beber.

Por outro lado, e excluindo os agregados familiares com água nas instalações, o tempo médio que as populações gastam para chegar a uma fonte de água potável mais próxima buscar e voltar à casa é de 49 minutos.

Na grande maioria dos agregados familiares, a pessoa que vai buscar água é uma mulher adulta (86 por cento), em 7 por cento dos agregados familiares são as crianças de sexo feminino com idade inferior a 15 anos, muitas vezes com implicações na sua frequência escolar e, ainda, na sua exposição a diversos riscos, entre os quais, a sua sujeição a cargas pesadas.

Também o **saneamento** constitui um grave problema, uma vez que menos de um em cada quatro moçambicanos (23,8%) recorre a métodos que separam, de forma higiénica, os dejetos humanos do contacto humano e 36% da população ainda pratica a defecação a céu aberto<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> UNICEF, Situação das crianças em Moçambique 2014. UNICEF: Água, saneamento e higiene | UNICEF Mozambique (Fonte original: JMP, 2017)

## 3.2. PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA EM MOÇAMBIQUE 2011 – 2015 (2020)

### 3.2.1. CONCEITOS

#### Começa-se por clarificar dois conceitos fundamentais:

**Desnutrição crónica** - Baixa estatura para a idade. A desnutrição crónica é causada pela desnutrição aguda na fase da vida entre a concepção e os primeiros dois anos de idade e não é tratada. Por constituir uma fase crítica de desenvolvimento do corpo, os danos causados não podem ser recuperados depois dos dois anos de idade. No entanto, e até essa idade, ela pode ser eliminada rapidamente.

A desnutrição crónica, ou baixa estatura para a idade, é causada pela desnutrição tanto da mãe antes e durante a gravidez e na lactação, bem como da criança durante os primeiros dois anos de vida, com metade da falha no crescimento a acontecer ainda dentro do útero e a outra metade após o nascimento.

**Desnutrição aguda** – Baixo peso para altura. Pode aparecer em qualquer fase da vida e é recuperada.

De acordo com este documento, e tendo como universo as crianças com idade inferior a 5 anos, a subnutrição crónica moderada abrange quase metade (44%) e a subnutrição grave um quinto (20%) das mesmas, sendo ainda responsável por um terço das mortes ocorridas nesta faixa etária.

De acordo com os MICS<sup>37</sup> disponíveis (2008) a desnutrição crónica faz-se sentir com maior incidência nas províncias do norte do país (acima de 50%), encontrando-se a províncias do Niassa numa situação intermédia (superior a 45%).

Dado o conjunto de causas que para tal contribuem e pela reconhecida importância desta situação, foi tecnicamente elaborado o presente plano multisectorial, o qual se suporta numa declaração de compromisso envolvendo o governo, agências das Nações Unidas e sociedade civil através de algumas das suas organizações, vindo ainda a ser formalmente oficializado em sessão do Conselho de Ministros realizada em março de 2010.

### 3.2.2. CAUSAS

Desde logo, as causas desta situação são identificadas em três níveis:

#### Causas imediatas

- Ingestão inadequada de nutrientes (dietas monótonas e deficientes em micronutrientes, especialmente ferro e iodo)
- Níveis elevados de infecção (Malária, parasitas gastro-intestinais, HIV)
- Gravidez precoce

#### Causas subjacentes

- Insegurança alimentar
- Pobreza
- Acesso insuficiente à saúde, água e serviços de saneamento

<sup>37</sup> MICS – Multiple Indicator Cluster Survey

**Causas básicas**

- Pobreza
- Baixo nível de educação
- Desigualdade de género (responsável pelos casamentos e gravidezes precoces)

Tendo em conta as diversas causas e expressões deste fenómeno, o documento em apreço procedeu a um levantamento das iniciativas e entidades que se encontravam a intervir nesta área em 2009/2010, aqui se resumindo o essencial das três dimensões que temos vindo a abordar no presente relatório:

**3.2.3. LINHAS ESTRATÉGICAS****SAÚDE**

- **Educação nutricional** - Em 2009, o Ministério da Saúde, em colaboração com os parceiros, iniciou a implementação de um Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno em Moçambique;
- **Suplemento alimentar nutricional** - O Ministério da Saúde, através do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) e com o apoio da UNICEF e do PAM, assegura os suplementos adequados para a desnutrição aguda grave (Plumpy Nut) e moderada (CSB).
- **Suplemento com nutrientes e desparasitação** - Apesar de tudo, já em 2009, a cobertura de suplemento com vitamina A estava acima dos 90% em todas as províncias, encontrando-se também a desparasitação numa percentagem mais ou menos idêntica sobre o número de crianças elegíveis.

**EDUCAÇÃO**

- **Alimentação escolar** - O Ministério da Educação tem um Programa de alimentação escolar que, no entanto, só abrangia à data (2009) cerca de 10% dos alunos do país. No caso concreto da Província do Niassa, ele estava presente em cerca de metade dos distritos, tendo passado, nesse mesmo ano, nesta e outra província, a título experimental, a responsabilidade da distribuição alimentar para a Direcção Provincial de educação e Cultura.<sup>38</sup>
- **Educação nutricional** - Constatou-se que, apesar de as questões da nutrição integrem os currículos, muitos professores não abordavam essa matéria.
- **Hortas escolares** - Tendo como objectivo levar o aluno a conviver com a horta tendo em vista a diversificação alimentar, existe mesmo um projecto especial de hortas escolares<sup>39</sup> que, todavia, à data não estava ainda a ser implementado na Província do Niassa.
- **Prevenção da gravidez precoce** - Sabendo-se do impacto da gravidez precoce na desnutrição crónica, encontrava-se em curso, já desde 1999, o Programa Geração Biz, tendo em vista promover a saúde sexual e reprodutiva.

**ACÇÃO SOCIAL**

**Programa Subsídio de Alimentos** - Este programa é da responsabilidade do Ministério da Mulher e Acção Social, com o objectivo de distribuir alimentos às pessoas vulneráveis, nomeadamente idosos, pessoas com deficiência, doentes crónicos e mulheres grávidas, ainda que a sua cobertura fosse muito baixa.

**Programa de Apoio Social Direto** - É um programa de transferências monetárias, mas com muito pouco significado de cobertura.

<sup>38</sup> Mapa 4 do anexo 2, p. 85

<sup>39</sup> O Projecto "Junior farmer field and life schools" é da iniciativa da FAO tem a duração de 11 meses, encontrando-se, contudo, à data, restringido a Manica e metade dos distritos de Sofala

Faz-se ainda aqui breve referência ao **Plano Nacional de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC)**, na sua dimensão de nutrição, o qual apresenta, como seu objectivo geral, **acelerar a redução da desnutrição crónica em menores de 5 anos de 44% em 2008 até 30% em 2015 e 20% em 2020.**

De resto, e no se refere aos seus objectivos específicos/ estratégicos o PNAC acaba por assumir os mesmos objectivos, de acordo com o quadro seguinte.

PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA EM MOÇAMBIQUE 2011 – 2015 (2020) PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC)
<b>OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS:</b>
1: Fortalecer as actividades com impacto no estado nutricional dos adolescentes (10-19 anos). 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação. 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros dois anos. 4: Fortalecer as actividades dirigidas aos agregados familiares para a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo. 5: Fortalecer a capacidade dos Recursos Humanos na área de nutrição. 6: Fortalecer a capacidade nacional para a advocacia, coordenação, gestão e implementação progressiva do Plano de Acção Multisectorial de Redução da Desnutrição Crónica <sup>40</sup> . 7: Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional.

<sup>40</sup> Este objectivo surge apenas no PLANO DE ACÇÃO MULTISSECTORIAL PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÓNICA EM MOÇAMBIQUE 2011 – 2015 (2020)

# 4. DESENVOLVIMENTO

## 4.1. OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Tudo começa e (quase) tudo se decide nesse tempo crítico que medeia entre a gravidez de sua mãe e os primeiros três anos de vida da criança.

É, de facto, nesse período que se processa com maior intensidade o desenvolvimento cerebral, o qual depende em grande medida de uma nutrição adequada e de um meio envolvente estimulante e amigável.

A importância dos primeiros anos de vida é bem patente em tão simples constatações como estas salientadas pela UNICEF<sup>41</sup>:

- Mais de 80% do cérebro da criança é formado até aos 3 anos de idade;
- Mais de 75% de cada refeição irá alimentar o cérebro do bebé;
- 15 minutos de interação positiva podem desencadear milhares de conexões no cérebro do bebé.

O desenvolvimento da criança processa-se, assim, em quatro dimensões principais, as quais necessariamente se interpenetram e se influenciam mutuamente:

- Física
- Social
- Emocional
- Mental

Melhor se compreende, por isso, que a forma como este desenvolvimento ocorre depende muito dos respectivos contextos económicos, sociais e culturais, os quais, com as suas limitações e especificidades, podem apresentar padrões bem diferenciados.

E, neste ciclo, que pode ser virtuoso ou vicioso, a pobreza pode também ser o princípio e o fim de tudo!

Em contextos de maior pobreza, desenvolvimento pessoal e social insuficiente e maternidade precoce, os cuidados pré-natais revestem-se de uma importância acrescida, assegurando uma maior compreensão da gravidez e dos cuidados a tomar por forma a prevenir e a identificar alguns dos perigos mais frequentes.

Aqui se incluem, por regra, a necessidade do reforço alimentar, controle da hipertensão por forma a prevenir quadros de eclampsia, vacinação (malária, tétano, etc.).

<sup>41</sup> <https://www.unicef.org/early-childhood-development>

A partir deste enquadramento podemos então considerar dois parâmetros, um de **insucesso total** traduzido em taxas de mortalidade e outro de **(in)sucesso relativo**, medindo os indicadores de desenvolvimento da criança.

**Relativamente às taxas de mortalidade**, foi este tema já abordado anteriormente em capítulo próprio.

**Relativamente a indicadores-padrão de desenvolvimento da criança**, consideram-se 4 indicadores, considerando-se a percentagem de crianças entre os 36 e os 59 meses beneficiando de pelo menos 3 dos 4 domínios desses indicadores a partir dos seguintes critérios:

- **Literacia-numeracia** – Conseguir fazer pelo menos duas das seguintes actividades:
  - Identificar pelo menos 10 letras do alfabeto;
  - Ler pelo menos quatro palavras simples e conhecidas;
  - Conhecer o nome e reconhecer os símbolos de todos os números de 1 a 10.
- **Desenvolvimento físico** – Conseguir
  - Apanhar um pequeno objeto, como um pau ou uma pedra do chão, com dois dedos ou não haver referências por parte do cuidador de que a criança se encontra por vezes demasiado doente para brincar.
- **Desenvolvimento social-emocional** – Estar bem com outras crianças, não pontapear, morder e bater noutras crianças ou não se distrair facilmente.
- **Aprendizagem** – Seguir instruções simples de como fazer corretamente alguma coisa e/ou agir independentemente quando lhe é dada alguma tarefa simples.

O Indicador global identifica a percentagem de crianças, entre os 36 e os 59 meses, que têm êxito em, pelo menos, 3 dos 4 domínios anteriormente descritos.

Relativamente a estes indicadores não foi possível recolher qualquer dado, quer internamente nos diferentes inquéritos existentes quer externamente no próprio site da UNICEF (Data Warehouse - UNICEF DATA).

Contudo, os MICS (2008) apresentam um conjunto de dados associados aos factores de aprendizagem, alguns dos quais aqui traduzidos em gráfico pelo seu interesse e por permitir uma maior aproximação à realidade da Província do Niassa no confronto com o todo nacional.

Para uma maior clarificação importa explicitar melhor o significado de cada um dos itens representados. Assim:

**Apoio familiar para aprendizagem:** Percentagem de crianças com idades entre 0-59 meses, cujos familiares estão envolvidos em actividades que promovem a aprendizagem e facilitam a escolarização.

**Materiais pedagógicos (livros infantis):** Percentagem de crianças com idades compreendidas entre 0-59 meses que vivem em agregados familiares contendo 3 ou mais livros infantis.

**Criança deixada sozinha:** Percentagem de crianças em idade 0-59 meses deixada sozinha na semana anterior ao inquérito.

**Criança deixada ao cuidado de outra criança < 10 anos:** Percentagem de crianças em idade 0-59 meses deixada ao cuidado de outras crianças menores de 10 anos de idade na semana anterior ao inquérito.

**GRÁFICO 28: PREVALÊNCIA DE ACTIVIDADES FACILITADORAS OU INIBIDORAS DA APRENDIZAGEM (0-59 MESES)**

Dados extraídos dos MICS (2008) – Desenvolvimento infantil

## 4.2. IDADE ESCOLAR

Com o objectivo geral de promover um desenvolvimento harmonioso da criança em idade escolar, encontram-se previstos objectivos diversos em dois dos documentos estratégicos a que se tem vindo a fazer referência.

Ainda que o primeiro deles seja já de 2006 (Política Nacional) enquanto o PNAC tem uma projecção temporal a 2019 e, por isso, mantendo alguma atualidade, optou-se por apresentar os dois com vista a uma perspetiva mais abrangente desta área relativa ao desejável harmonioso escolar da criança.

### QUADRO 11: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NEONATAL E INFANTIL (2006) E PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC) – OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NEONATAL E INFANTIL (2006)	PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC)
<p>3. Assegurar o desenvolvimento harmonioso da criança escolar e adopção de comportamento e estilos de vida saudáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar e dinamizar a implementação efectiva, em 95 % das escolas do EP1, até 2010, e em 50 % das escolas do EP2, das vacinas de reforço previstas no calendário vacinal e, nas escolas do EP2 também da vacinação antitetânica das estudantes do sexo feminino com 15 anos ou mais;</li> <li>- Promover, dinamizar e tomar medidas apropriadas para a implementação do pacote básico de Saúde Escolar, de modo a que, até 2006, as crianças de 50 % das escolas do EP1 e, até 2010, 95 % das crianças dessas escolas, tenham acesso a exames médicos periódicos de despiste precoce de perturbações da acuidade visual e auditiva, da epilepsia, deficiências de aprendizagem e atraso mental, de doenças da boca, de malformações físicas e de carências nutricionais;</li> <li>- Promover e dinamizar a desparasitação das crianças nas escolas EP1 e EP2 desde que haja evidência de que na comunidade que se serve da escola, pelo menos 50 % das crianças utilizem regularmente instalações sanitárias ou latrinas;</li> <li>- Promover, dinamizar e tomar medidas apropriadas, até fim de Junho de 2007, para a formação e capacitação dos professores das EP1 e EP2 em matéria de promoção e preservação da Saúde, bem como na prestação de Primeiros Socorros.</li> </ul>	<p>Para o alcance dos objectivos na área da saúde, serão implementadas entre outras, as seguintes acções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação e expansão dos Pacotes de Intervenções definidos para os Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente (SMNNIA).</li> <li>- Produção e disseminação de evidências que contribuem para a melhoria da definição e implementação de políticas, estratégias, programas e intervenções na área de SMNNIA.</li> <li>- Implementação do Pacote de Intervenções Comunitárias nas áreas de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.</li> <li>- Implementação de acções para a mudança de comportamentos e aumento da demanda e utilização dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal, Infantil, Escolar e do Adolescente.</li> <li>- Informação e educação das comunidades, especialmente as crianças nas escolas para a adopção de comportamento e práticas de higiene apropriadas.</li> <li>- Expansão de infra-estruturas de serviços de fornecimento de água e saneamento, principalmente nas zonas rurais.</li> </ul>
<p><b>PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2007-2015</b> Programa: Saúde infantil</p> <p>(...)</p>	





# 5. EDUCAÇÃO

## CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

### Artº 28º

1-Os Estados Partes reconhecem o direito da criança à educação e, tendo nomeadamente em vista assegurar progressivamente o exercício desse direito na base de igualdade de oportunidades:

- a) Tornam o ensino primário obrigatório e gratuito para todos;
- b) Encorajam a organização de diferentes sistemas de ensino secundário, geral e profissional, tornam estes públicos e acessíveis a todas as crianças e tomam medidas adequadas, tais como a introdução da gratuitidade do ensino e a oferta de auxílio financeiro em caso de necessidade;
- c) Tornam o ensino superior acessível a todos, em função das capacidades de cada um, por todos os meios adequados;
- d) Tornam a informação e a orientação escolar e profissional públicas e acessíveis a todas as crianças;
- e) Tomam medidas para encorajar a frequência escolar regular e a redução das taxas de abandono escolar

## OBJECTIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**ODS 4 – Garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.**

4.1. Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos completam o ensino primário e secundário que deve ser de acesso livre, equitativo e de qualidade, e que conduza a resultados de aprendizagem relevantes e eficazes.

4.2 Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira fase da infância, bem como cuidados e educação pré-escolar, de modo que estejam preparados para o ensino primário.

4.5 Até 2030, eliminar as disparidades de género na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e crianças em situação de vulnerabilidade.

“ Em 1975, o país herdou uma taxa de analfabetismo de 97%, que 5 anos mais tarde foi reduzida para 72%. Situa-se neste momento em 48%. A estratégia de combate ao analfabetismo visa reduzir esta taxa para 30% até 2015. Em 1979, o país tinha 7.000 escolas. Depois da guerra, em 1992, tinha baixado para 3.500, mas hoje existem mais de 15.000 escolas em Moçambique. Mas esta rápida expansão tem criado alguns problemas, nomeadamente em termos de qualidade, rácio aluno/professor, falta de carteiras, aulas que têm lugar debaixo das árvores. Hoje, o rácio aluno/professor reduziu de 75 para 63 alunos por professor. Maputo e Gaza têm rácios menores de 48-50, na Zambézia e Nampula são maiores do que a média nacional. A nossa principal prioridade é melhorar a qualidade da aprendizagem.

Augusto Jone Luís, Ministro da Educação em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

“ Acho que a educação é a força libertadora. E nos próximos cinco a dez anos, vejo que o grande desafio é garantir a qualidade do ensino. Expandir o acesso, sim, mas as crianças devem ter acesso a uma educação que lhes dê mais do que o básico da vida, tais como falar, ler e contar. Num horizonte de 10 anos, acho que um desafio será alargar o que já foi alcançado a nível primário para o nível secundário. As altas taxas de acesso que vemos agora são para o primeiro nível do ensino primário. No nível secundário, há uma queda dramática. Então, o que acontece com essas crianças que desaparecem da escola a partir deste ponto? Elas desaparecem do ensino técnico e profissional. Desaparecem da aprendizagem de habilidades para a vida. Além disso, há a questão das desigualdades regionais. Poderia contribuir para a estabilidade, se realmente começamos a empurrar as províncias de Nampula e Zambézia para a frente, sobretudo quando consideramos que os recursos naturais estão, lá, localizados. Vai ser muito difícil manter o discurso da unidade quando uma criança em Maputo, em média, tem 20 vezes mais de oportunidades do que uma criança na Zambézia. Deve-se empreender esforços na educação e na saúde com uma certa discriminação positiva, de uma forma racional.

Augusto Jone Luís, Ministro da Educação em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

De acordo com o documento de revisão das políticas de educação<sup>42</sup>, A formulação dos planos de educação em Moçambique remonta à primeira metade dos anos 90 e resulta de uma orientação explícita do Governo para responder a dois eventos que tiveram um impacto significativo no sistema nacional de educação: ao nível nacional, a assinatura do Acordo Geral de Paz, em Outubro de 1992, e, no plano internacional, a adopção, em 1990, da Declaração Mundial de Jomtien sobre “Educação Para Todos”.

Nesse sentido, o progresso na escolarização das crianças acentuou-se, tendo vindo a tornar-se mais significativo ao longo destas duas últimas décadas, fruto de medidas como a abolição de propinas escolares (em 2004), reforma do sistema educativo e significativo investimento na construção de escolas e recrutamento de professores.<sup>43</sup>

Não obstante, e de acordo com o Censo de 2017, cerca de 39% da população moçambicana não sabe ler nem escrever (era de 50,4% no Censo de 2007), com um claro agravamento relativamente às mulheres em que essa percentagem sobe para quase metade das mesmas (49,4%) pouco ultrapassando um quarto nos homens (27,2%). Esta assimetria das taxas de analfabetismo tem os seus extremos no homem urbano (11,2%) em contraponto à mulher rural, em que esse valor dispara para 62,4%.<sup>44</sup>

Importa, desde logo, ter em consideração estes dados enquanto pano de fundo social, uma vez que os mesmos contribuem para uma melhor compreensão de algumas das maiores dificuldades na escolarização da criança fraca uma vez que dificultam o envolvimento eficaz da comunidade e das famílias na gestão e desenvolvimento do sistema educacional.

<sup>42</sup> Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, 2019, *Revisão de Políticas Educacionais (em) Moçambique* (p.10): REVISÃO DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DE MOÇAMBIQUE – Mozaprende

<sup>43</sup> UNICEF, *Situação das Crianças em Moçambique 2014*

<sup>44</sup> Taxa de analfabetismo: percentagem das pessoas com 15 anos e mais de idade que não sabem ler nem escrever.

## 5.1. LEGISLAÇÃO DE BASE

### 5.1.1. LEI Nº 18/2018, DE 28 DE DEZEMBRO

Poder-se-ão considerar três marcos legislativos fundamentais na reformulação e evolução do sistema Nacional de Educação, separados por períodos temporais relativamente mais ou menos longos:

- Lei nº 4/83, de 23 de Março
- Lei nº 6/92, de 6 de Maio
- Lei nº 18/2018, de 28 de Dezembro

Deter-nos-emos naturalmente sobre este último diploma, ainda que tentando melhor perceber a evolução a partir daquele outro que o antecedeu.

Assim, o Sistema Nacional de Educação apresenta agora uma estrutura mais diferenciada, deixando de considerar a componente de ensino extra-escolar, mas criando um novo subsistema para a educação profissional e constituindo novos subsistemas a partir do que na anterior legislação eram apenas modalidades, como é o caso da formação de professores e do ensino de adultos, ao mesmo tempo que se mantinham, como modalidades, a educação especial, vocacional e à distância.

Lei nº 6/92, de 6 de Maio	Lei nº 18/2018, de 28 de Dezembro
Ensino pré-escolar	a) Subsistema de Educação Pré-Escolar;
Ensino escolar	b) Subsistema de Educação Geral; c) Subsistema de Educação de Adultos; d) Subsistema de Educação Profissional e) Subsistema de Educação e Formação de Professores;
Ensino extra-escolar	f) Subsistema de Ensino Superior

Assim, e especificando um pouco mais cada um dos mesmos:

#### **Subsistema de Educação Pré-Escolar**

- A educação pré-escolar é a que se realiza em creches e jardins de-infância para crianças com idade inferior a 6 anos, como complemento da acção educativa da família. (nº do artº 10º).
- A rede da Educação Pré-Escolar é constituída por instituições criadas por iniciativa pública, comunitária e privada. (nº 3 do artº 10º).
- 4. A frequência da Educação Pré-Escolar não condiciona o acesso ao ensino primário. (nº 4, artº10º).

Não se constatam quaisquer alterações significativas entre uma e outra legislação.

#### **Subsistema de Educação Geral**

- Corresponde agora ao anterior Ensino Escolar, compreendendo agora:
  - **Ensino Primário** o qual compreende **seis classes** (na legislação anterior eram sete classes) organizadas em dois ciclos de aprendizagem, cada um com três classes: 1º ciclo -1ª a 3ª classe e 2º ciclo -4ª a 6ª classe.
  - **Ensino Secundário**, organizado, de igual modo, em **seis classes** (aumentando um ano relativamente à legislação anterior), organizadas também em dois ciclos, cada um com três classes: 1º ciclo -7ª a 9ª classe e 2º ciclo -10ª a 12ª classe.

Continuando a ser definido como o eixo central do sistema,

- Acentua-se a importância da escolarização aos 6 anos ao considerar a obrigatoriedade da sua inscrição nessa idade;
- Define-se como gratuito o ensino primário nas escolas públicas, isento do pagamento de quaisquer propinas;
- A escolaridade obrigatória passa a ser da 1ª à 9ª classe (isto é, até ao fim do primeiro ciclo do ensino secundário).

#### **Subsistema de Educação de Adultos**

Aqui se destacando dois aspectos:

- A formação conferida corresponde à que é dada pelo subsistema de educação geral, tendo em conta, no entanto, a experiência social e profissional anterior do jovem ou adulto;
- Tem acesso ao ensino de adultos indivíduos a partir dos 15 anos (ensino primário) e a partir dos 18 anos (ensino secundário).

#### **Subsistema de Educação Profissional**

Abrange o ensino técnico-profissional, formação profissional e o ensino superior profissional. A reger-se por legislação específica.

#### **Subsistema de Educação e Formação de Professores**

Com a função de formação de professores para os diferentes subsistemas.

#### **Subsistema do Ensino Superior**

A reger-se por formação específica.

De referir ainda a existência de **modalidades especiais do ensino escolar**:

- **Educação especial**
- **Educação vocacional**
- **Educação à distância**

Transversal à generalidade dos subsistemas, mas, naturalmente, com maior impacto nas crianças e jovens, há ainda a considerar algumas áreas transversais, nomeadamente a educação especial, vocacional e à distância, abordadas em capítulo próprio na legislação em referência, ainda que o desenvolvimento das mesmas seja remetido para posteriores decisões do governo.

Deixar-se-á, assim, aqui, como mera nota, o essencial do contido na legislação atual a que nos temos vindo a referir.

**Educação Especial**  
**ARTIGO 18**  
*(Características e objectivos)*

1. A Educação Especial é um conjunto de serviços pedagógicos educativos, transversais a todos os subsistemas de educação, de apoio e facilitação da aprendizagem de todo o aluno, incluindo daquele que têm necessidades educativas especiais de natureza física, sensorial, mental múltiplas e outras, com base nas suas características individuais com o fim de maximizar o seu potencial.
2. É objectivo da educação especial proporcionar à criança, jovem e adulto uma formação em todos os subsistemas de educação e a capacitação vocacional que permita a sua integração na sociedade, na vida laboral e na continuação de estudos.
3. O ensino da criança, do jovem e do adulto com necessidades educativas especiais realiza-se em escolas regulares e em escolas de educação especial.
4. A criança com necessidades educativas especiais múltiplas ou atraso mental profundo deve receber educação adaptada às suas capacidades em escolas apropriadas.

**Educação Vocacional**  
**ARTIGO 19**  
*(Características e objectivos)*

1. A Educação Vocacional consiste na educação do jovem e do adulto que demonstrar talento e aptidão especiais nos domínios da ciência, da arte, do desporto, entre outros.
2. A Educação Vocacional realiza-se em escolas vocacionais.
3. O objectivo da Educação Vocacional é desenvolver de forma global e equilibrada a personalidade do indivíduo.
4. A Educação Vocacional é feita sem prejuízo da formação própria do Subsistema de Educação Geral ou da Educação

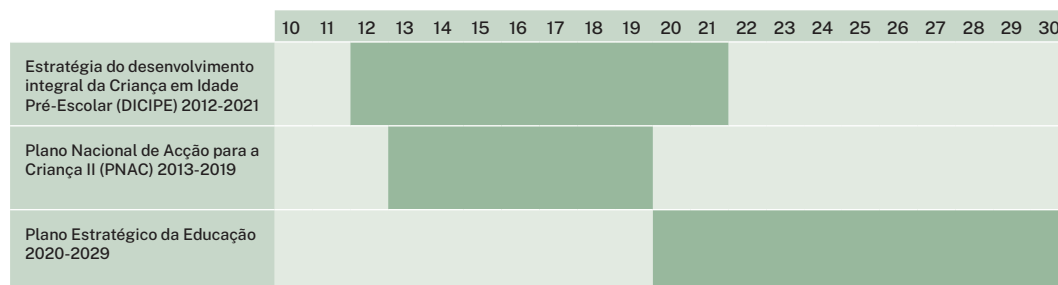
**Educação à distância**  
**ARTIGO 20**  
*(Características e objectivos)*

1. A Educação à Distância é uma modalidade de educação essencialmente não presencial contemplada nos subsistemas.
2. São objectivos da Educação à Distância proporcionar a todos os cidadãos que, não podendo ou não querendo realizar os seus estudos em regime presencial, pretendam a elevação dos seus conhecimentos científicos e técnicos

## 5.2. DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS

A análise documental nesta perspetiva estratégica incidiu sobre três dos documentos estratégicos mais estruturantes e temporalmente próximos, como poderemos melhor perceber no diagrama seguinte.

**FIGURA 2: PLANOS ESTRATÉGICOS E OUTROS RELATIVAMENTE AO DESENVOLVIMENTO ESCOLAR**



Como se depreende, desde logo a partir da sua própria designação, os dois primeiros são documentos abrangentes, centrados sobre a criança e, a partir daí, desdobrados nas áreas consensualmente identificadas como de maior importância para a criança, como é o caso da educação.

Mais especificamente ainda, o primeiro destes documentos (DICIPE) restringe-se à idade pré-escolar enquanto o segundo (PNAC II), focado na criança nas suas diversas dimensões, prolonga-se por todo o ciclo etário acordado na definição de criança (até aos 18 anos).

Já o terceiro (PEE) centra-se exclusivamente sobre a educação, projetando a mesma para um período alargado de 10 anos e em cujo início nos encontramos presentemente.

### 5.2.1. ESTRATÉGIA DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR (DICIPE) 2012-2021

Apesar de se tratar de um documento com termo no presente, o mesmo possibilita uma perspetiva decomposta nas suas diversas vertentes com vista a uma visão integral, ao mesmo tempo que se tentará perceber, no termo da sua vigência correspondente ao presente ano, a evolução que for possível detetar relativamente a este período de 10 anos.

Por mais que evidente e conhecido, torna-se desnecessário acentuar a importância deste primeiro ciclo de vida do ser humano e, conseqüentemente, a importância de uma estratégia que incide sobre os seis primeiros anos de vida.

Sem perder de vista o seu carácter sistémico e a sua abordagem holística, identificar-se-á, no entanto, no presente capítulo dedicado à educação e lazer, os objectivos da estratégia incidindo especificamente sobre a Educação Pré-Escolar e Ensino Pré-Primário complementado com dois outros de carácter transversal – um ligado à família (educação parental) e outro ligado ao sistema de gestão de informação.

Dos três pilares da Estratégia (Acesso, qualidade e capacidade institucional) deter-nos-emos no primeiro dos mesmos numa lógica de que a educação pré-escolar acaba por ser uma condição de protecção da criança e, por isso, a importância de acesso à mesma.

Fixar-nos-emos também apenas nas actividades que integram este objectivo específico no pilar já referido e respectivos indicadores e metas.

#### QUADRO 12: ESTRATÉGIA DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR (DICIPE) 2012-2021 - OBJECTIVO ESPECÍFICO: ASSEGURAR O ACESSO A UMA EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR CENTRADA NA CRIANÇA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR E ENSINO PRÉ-PRIMÁRIO

Pilares	Matriz da Estratégia 2012-2021		
	Actividade	Indicador	Meta
ACESSO	Expansão do sistema de educação pré-escolar;	Número de crianças com acesso ao ensino pré-escolar	Crianças em idade pré-escolar com acesso ao sistema formal de ensino pré-escolar;
	Criação de instituições de educação pré-escolar;	Número de escolinhas nas comunidades	Aumento o número de crianças nas escolinhas comunitárias
	Mobilização e apoio técnico às comunidades na criação de “escolinhas comunitárias”;	Número de crianças com acesso ao ensino pré-escolar	% de comunidades desenvolvimento de escolinhas
	Criação de centros de recursos (CR)	% de educadores que usam o CR No de CR criados por província	C/R funcional em relação aos objectivos definidos
	Criação de jardins infantis		% de jardins criados
	Integração das crianças com necessidades educativas especiais	Número de crianças com acesso ao ensino pré-escolar	% de crianças com necessidades educativas especiais com acesso a estes serviços

### 3.2.2. PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA II (PNAC) – EDUCAÇÃO E LAZER (2013-2019)

O Plano Nacional de Acção para a Criança (2013-2019), coordenado pelo então Conselho Nacional dos Direitos da Criança, baseia-se nas políticas e planos dos diferentes sectores, concentrando-se em 4 áreas-chave:

- Sobrevivência
- Desenvolvimento
- Protecção
- Participação

Correspondendo a área-chave do desenvolvimento à educação e lazer, será esta parte do PNAC aquela que será abordada neste capítulo dedicado à educação.

Começando pelo seu objectivo geral:

#### **Melhorar o acesso, retenção e a qualidade da educação das crianças**

Referem-se aqui alguns dos seus objectivos específicos, designadamente:

*Objectivo Especifico 1: Aumentar a rede de Educação Pré escolar;*

- *Meta 5: Expansão do acesso das crianças à educação pré-escolar de qualidade dos actuais 4% para 15% até 2019.*
  - *Acções:*
    - *Expansão do acesso das crianças a educação pré-escolar através da implementação da Estratégia do Desenvolvimento Integral da Criança em idade Pré-Escolar.*

*Objectivo Especifico 2: Assegurar que todas as crianças ingressem no ensino na idade certa (6 anos) e que permaneçam até completar a sétima classe;*

- *Meta 8: Aumento da taxa bruta de conclusão de educação básica de 7 classes para 54% no total e 51 % para raparigas em 2016.*
  - *Acções:*
    - *Promoção do ingresso das crianças na escola aos 6 anos de idade.*

*Objectivo Especifico 4: Diversificar as modalidades do ensino secundário, assegurando o acesso equitativo, do ensino secundário dando atenção especial às raparigas;*

- *Meta 9: Expandir o acesso ao ensino secundário profissionalizante. Taxa bruta de escolarização ESG1 total 50% e raparigas 47% em 2016.*
  - *Acções:*
    - *Continuação de construção e apetrechamento das escolas secundárias, priorizando a zona rural.*

*Outras acções de carácter transversal:*

- *Elaboração de estratégias para reduzir disparidades regionais, de idade e de género.*
- *Adopção de medidas para assegurar o acesso e permanência de crianças com necessidades educativas especiais e crianças em situação difícil na escola.*
- *Construção acelerada de salas de aulas e respectivo apetrechamento.*
- *Continuação da produção e distribuição do livro escolar gratuito.*
- *Expansão do Ensino Bilingue garantindo a sua qualidade.*
- *Formação de professores para ensinarem jovens com necessidades especiais.*
- *Expansão e atendimento a crianças com Necessidades Educativas Especiais.*
- *Fortalecimento da capacidade dos conselhos de escola para permitir a participação e retenção das crianças em situação difícil.*

### 5.2.3. PLANO ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO 2020-2029

O Plano Estratégico da Educação 2020-2029, surge, relativamente ao passado, na sequência do plano anterior reportado ao período de 2012-2016/19, cujas conclusões e recomendações foram consideradas relevantes para o presente plano.

Relativamente ao futuro o mesmo é elaborado em consonância com a agenda 2030.

Procura, assim, corresponder a 3 objectivos estratégicos principais assim definidos:

- *Garantir a inclusão e a equidade no acesso, participação e retenção*
- *Assegurar a qualidade da aprendizagem*
- *Assegurar a governação transparente, participativa, eficiente e eficaz*

Por forma a não dispersar demasiado esta abordagem da área da educação tendo como pano de fundo a protecção social da criança, optou-se por especificar apenas os desafios do primeiro dos objectivos estratégicos, caracterizado pelas preocupações de inclusão e equidade.

Assim, e recapitulando a formulação deste primeiro objectivo estratégico - **Garantir a inclusão e a equidade no acesso, participação e retenção** - são identificados os desafios seguintes:

- *Igualdade de oportunidades de acesso e retenção (incluindo a nível de género e NEE);*
- *Assiduidade estudantil;*
- *Redução do Rácio alunos-professor;*
- *Redução da Repetição e abandono escolar;*
- *Melhoria do Ambiente escolar; Incentivos à demanda.*

Tal como é ainda reconhecido neste mesmo Plano tornam-se indispensáveis soluções concretas que vão de encontro aos desafios acima referidos, aqui se salientando, de entre as apresentadas, as seguintes:

- *Expansão gradual, em parceria com o Ministério do Género, Criança e Acção Social, do acesso e participação na Educação Pré-Escolar (EPE), com uma componente específica de nutrição e saúde infantil, priorizando as crianças mais vulneráveis.*
- *Diversificação das modalidades de ensino, beneficiando das oportunidades oferecidas pelas tecnologias de informação e comunicação, como por exemplo, a educação aberta e à distância.*
- *Melhoria dos ambientes escolares, a nível de infraestruturas e equipamentos, incluindo água, saneamento e mobiliário adequado para todas as crianças.*
- *Melhoria do ambiente de aprendizagem (seguro e de não-violência), incluindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e resposta à violência baseada no género e a institucionalização de mecanismos claros e credíveis de denúncia e referência de casos de violência nas escolas.*
- *Exercício da liderança na implementação da Estratégia de Género do sector da Educação, assegurando a sua apropriação, financiamento e monitoria pelos diferentes subsectores. Esta prioridade exige a duplicação de esforços tendentes a reduzir as taxas de desistência das raparigas, incluindo por motivos de gravidez precoce e casamento prematuro, e apoiar a sua reintegração na escola.*
- *Desenvolvimento de uma estratégia transversal de prevenção e resposta aos desastres naturais e outras emergências no sistema educativo.*
- *Introdução de novas parcerias e modalidades inovadoras de provisão educativa que incluam a comunidade, órgãos de governação local, ONG's e o sector privado.*



- *Introdução de programas de apoio social que sejam parte integrante de uma política multissetorial de correção das desigualdades dentro e fora da escola (socioeconómicas, género, culturais, localização geográfica ou necessidades educativas especiais).*
- *Introdução de medidas de incentivo à demanda da educação, envolvendo as famílias e a comunidade escolar, explorando a introdução de soluções inovadoras, como por exemplo, modalidades de educação parental (p.42).*

Foram definidos seis programas sectoriais, a saber:

- *Educação pré-escolar*
- *Ensino primário*
- *Ensino secundário*
- *Educação de adultos*
- *Educação e formação de professores*
- *Desenvolvimento administrativo e institucional*

Não deixam, no entanto, de ser sinalizadas algumas das ameaças que impendem sobre o sucesso do mesmo, nomeadamente:

- *Diminuição da ajuda internacional;*
- *Diminuição do OE nos últimos anos, com efeitos colaterais como, por exemplo, a diminuição na contratação de professores primários;*
- *A percepção da corrupção nos serviços públicos.*

Dois pressupostos surgem, todavia, como indispensáveis para a implementação destes Programas:

- *“A colaboração com diversas entidades a vários níveis, como órgãos executivos de governação descentralizada provincial, órgãos distritais e municipais e, ainda, as instituições de formação, Universidades, Organizações da Sociedade Civil, Organizações Não-Governamentais (ONG), Sector Privado e os Parceiros de Cooperação”.*
- *A descentralização progressiva dos serviços educativos ... com a transição do papel de implementador, para uma vertente de regulação, planificação, supervisão e monitoria dos vários níveis administrativos (p. 17).*

De todo o Plano Estratégico, e atento o objectivo fundamental do presente trabalho na conjugação da educação com a protecção social, optou-se por abordar apenas aquilo que no mesmo diz respeito à educação pré-escolar e ao ensino primário bem como as problemáticas transversais a qualquer um dos programas sectoriais.

## EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

Seguindo o roteiro deste mesmo Plano Estratégico, abordar-se-á, contudo, aqui a educação pré-escolar apenas na perspetiva do primeiro objectivo estratégico no que tem a ver com a inclusão e equidade.<sup>45</sup>

A este nível da inclusão e equidade, transcreve-se o primeiro dos objectivos estratégicos apontados e respectivas acções prioritárias:

### **Promover a expansão gradual do acesso equitativo à Educação Pré-escolar, priorizando os distritos com indicadores mais baixos de aprendizagem no Ensino Primário**

- Elaborar e implementar um plano custeado de expansão gradual da EPE, priorizando os distritos que registem os indicadores mais baixos de aprendizagem, no Ensino Primário;
- Implementar, no âmbito da expansão do acesso da EPE, a componente de saúde e nutrição;
- Promover parcerias e soluções flexíveis e inovadoras para a implementação do Plano de Expansão da EPE.

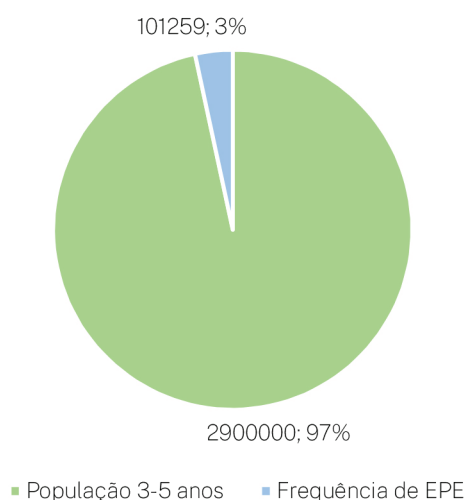
A rede de oferta deste subsistema inclui creches, jardins de infância e centros infantis (que englobam creches e jardins de infância numa mesma instituição) de iniciativa pública, comunitária ou privada.

Tem uma natureza complementar à acção educativa da família e não condiciona o acesso ao ensino primário.

A sua importância, não apenas como direito da criança, mas como factor de desenvolvimento, é universalmente reconhecida e em Moçambique, como em outros países em desenvolvimento, atestada pela iniciativa de Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) e que deu origem, em 2012, à Estratégia de Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar (DICIPE).

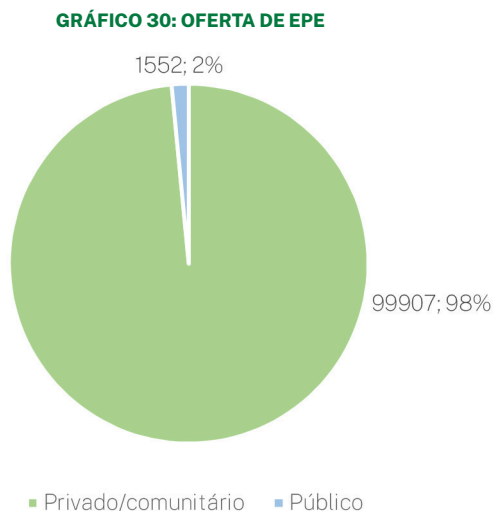
Contudo, recuperando o ODS-4 que consta no início do presente capítulo, e com apenas 3% das crianças em idade pré-escolar a frequentar o jardim de infância, fácil é perceber como este objectivo se encontra irremediavelmente comprometido.

**GRÁFICO 29: FREQUÊNCIA DO EPE**



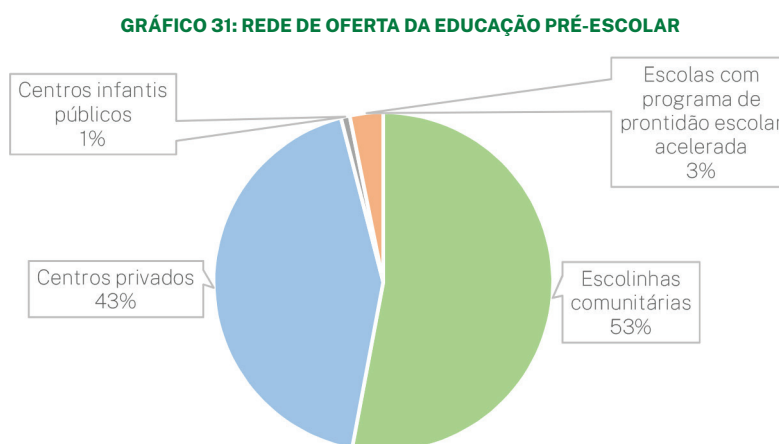
<sup>45</sup> Uma vez mais, por ir além do pretendido com o presente relatório e prevenindo, desta forma, o risco de dispersão, não se fará a abordagem da educação pré-primária a partir dos objectivos estratégicos associados à qualidade do ensino e à governação transparente. Os números que suportam os gráficos apresentados são aqueles que constam no documento em análise (p.56)

Se olharmos agora as entidades que asseguram esta oferta a desproporção torna-se ainda mais significativa.



Face a estas esmagadoras desproporções em que apenas 1 em cada 30 crianças em idade própria consegue ter acesso ao EPE e, dessas mesmas com idade para tal, a oferta pública contempla apenas 1 criança em cada quase 2.000, é bom de ver o esforço que toda a sociedade deverá continuar a fazer nesta área educativa e a responsabilidade a que o sector privado e comunitário representam neste contexto.

Numa análise mais fina, melhor se percebe como o sector comunitário domina a oferta, logo seguido do sector privado (PEE, p. 26), o que poderá levantar uma questão fundamental que é o de saber como fortalecer este segmento das escolinhas comunitárias<sup>46</sup>, comprovada a sua implantação, mas sabendo também, dada a sua natureza emergente de comunidades vulneráveis, como lhes dar a força que as mesmas merecem.



<sup>46</sup> De referir, apesar de não serem estruturas estatais, o estado criou diretrizes para a sua abertura e para o trabalho desenvolvido – Guião de Abertura e Funcionamento das Escolinhas Comunitárias – 2016, Orientações Técnicas para Escolinhas Comunitárias – 2018, Manual de Actividades nas Escolinhas Comunitárias – 2018 (basicamente todos eles impondo algumas diretrizes ao funcionamento, estruturação, etc.). Todavia, e apesar de existir já uma prática da sua supervisão, de acordo com as referidas diretrizes, parece não ser exatamente essa a situação na província do Niassa.

Assim, este primeiro objectivo estratégico, o da inclusão e equidade (para além de outros de qualidade e governação), no sentido da expansão da EPE, priorizando os distritos com indicadores mais baixos de aprendizagem no Ensino Primário, é apresentado como devendo ter as seguintes características:

- Deve ser estratégico, utilizando o critério de priorização já anteriormente definido
- Deve ser flexível, promovendo as mais diversas parcerias (comunidades locais, estruturas locais de governação, ONG, parceiros internacionais e sector privado)
- Deve garantir a continuidade das inúmeras escolinhas e centros que foram alvo de projectos piloto nos últimos anos, evitando o risco de se perderem as boas práticas adquiridas
- Deve integrar uma componente de saúde e nutrição escolar
- Deve garantir a inclusão, sobretudo em questões de género e de crianças com necessidades educativas especiais
- Deve promover a consciencialização dos pais, famílias e comunidade sobre a importância da EPE

Deste modo, e de acordo com a respectiva matriz estratégica, a partir de uma base atual de 2% da população até aos 5 anos a frequentar EPE, foi definida uma meta intermédia de 10% para 2024 e de 17% para 2029.

Poderá considerar-se, contudo, uma leitura diferente a partir dos dados do recenseamento<sup>47</sup> relativamente à população identificada com frequência escolar o que, nos escalões dos 3, 4 e 5 anos, poderá corresponder basicamente ao ensino pré-escolar.

Contudo, aqui, a desproporção é de tal modo esmagadora que não se torna perceptível essa diferença entre aqueles que frequentam o ensino pré-primário e aqueles que desistiram face àqueles que não tiveram essa oportunidade,

#### QUADRO 13: CENSO 2017 – FREQUÊNCIA DO ENSINO PRÉ-ESCOLAR

Idade	Total	Frequenta		Frequentou		Nunca frequentou	
		Nºs absolutos	%	Nºs absolutos	%	Nºs absolutos	%
3	1026070	16713	1,6	1074	0,2	1008283	98,2
4	999707	28549	2,8	1875	0,1	969283	96,1
5	971254	106934	11,1	7624	0,7	856696	88,2

Numa análise em maior detalhe e mais interpretativa, importará tentar perceber se este aumento significativo da frequência escolar aos 5 anos tem a ver com uma das três hipóteses: 1) Aumento efetivo da oferta do pré-primário; 2) Tendência a frequentar o pré-primário apenas no ano que antecede a entrada no ensino básico; 3) Entrada precoce no ensino básico como substituto alternativo à inexistência de ensino pré-primário.

<sup>47</sup> Quadro 19

## ENSINO PRIMÁRIO

O Ensino Primário (EP) compreende duas classes, cada uma de 3 anos, na sequência da reforma do SNE de 2018, organizadas em dois ciclos de aprendizagem:

- 1º ciclo – Da 1ª à 3ª classe
- 2º ciclo – Da 4ª à 6ª classe

Poderá desenvolver-se na modalidade monolíngue ou bilingue, sendo que o 1º e 2º ciclos funcionam em regime de monodocência e o 3º ciclo funciona no regime de blocos de disciplinas.

Ao contrário do Sistema Pré-Escolar no qual, como vimos, o sector privado desempenha papel significativo, **“a grande maioria (96%) dos alunos do ensino básico frequenta escolas públicas. Contudo, o sector privado desempenha um papel importante no ensino médio (ES2), com cerca de um terço dos alunos frequentando escolas privadas”**.<sup>48</sup>

É, ainda, o subsistema de maior pressão, na oferta e na procura, no Sistema Nacional de Educação, ainda que a sua taxa de eficácia de retenção até à conclusão dos dois ciclos que integram o Ensino Primário ronde apenas os 50%.

Para além de outros factores identificados nos objectivos estratégicos de inclusão e equidade que já de seguida se abordarão, haverá ainda a considerar os seguintes:

**Do lado da procura:** custo, preferência dos pais, questões culturais.

**Do lado da oferta:** falta de escolas, falta de professores qualificados, baixa qualidade da escolaridade.

É assim que o objectivo estratégico da inclusão e equidade no acesso, participação e retenção prevê 3 tipos de acções prioritárias desdobradas em actividades no respectivo Plano Operacional e que, de seguida, aqui se sintetizam:

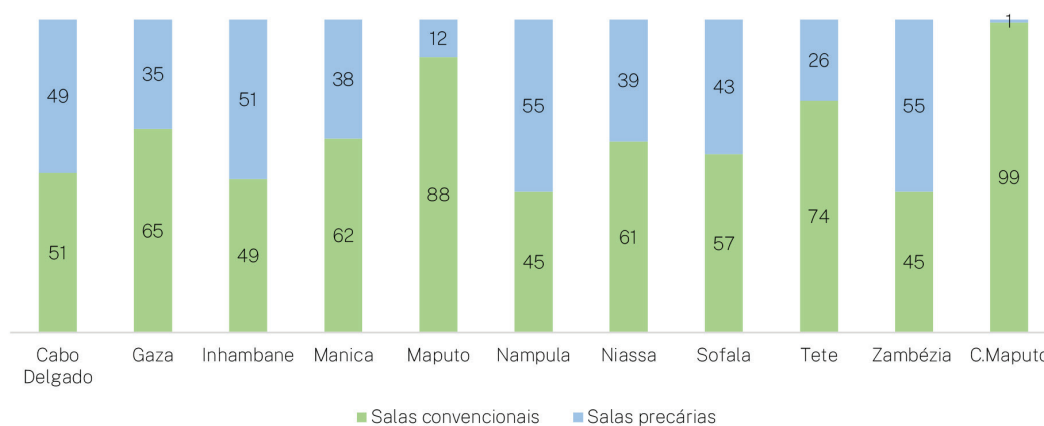
- **Garantir a inclusão e a equidade de género, incluindo atendimento a crianças com NEE, prevenção de práticas culturais nocivas** (casamento prematuro e alguns ritos de iniciação) e da violência contra as crianças nas escolas, com particular foco naquelas que afectam as raparigas.
  - Realização de estudos que ajudem a compreender as causas associadas às disparidades regionais em termos de acesso, participação e retenção no EP;
  - Promoção de medidas para melhoria de acesso e participação de crianças com NEE;
  - Identificação e resposta a casos de crianças em risco e práticas culturais nocivas;
  - Identificação e resposta a casos de violência nas escolas, nomeadamente contra as raparigas;
  - Desenvolvimento de campanhas nacionais de sensibilização para a importância da escola;
  - Preparação e educação dos jovens em saúde sexual e reprodutiva.
- **Melhorar as condições de apoio à aprendizagem na escola** que garantam a participação e retenção das crianças
  - Implementação de programas que atraem as crianças para a escola (por exemplo, a expansão do Programa de Alimentação Escolar (PRONAE);
  - Dotação de meios mais apelativos e facilitadores da aprendizagem;
  - Integração de matérias locais e aprendizagem fora da sala de aula;
  - Incentivos à procura de educação, envolvendo as famílias e a comunidade escolar.

<sup>48</sup> Documento “Revisão de Políticas Educativas”, p.41

- **Construção e reabilitação de infraestruturas do Ensino Primário** segundo padrões de qualidade e resiliência
  - Dotação de infraestruturas que cumpram padrões de qualidade e resiliência, incluindo água e saneamento, equipamento e mobiliário escolar inclusivo;
  - Conjugação de esforços de construção com a gestão escolar por forma a diminuir o rácio alunos-professor;
  - Construção de um total 8.000 salas de aulas, sendo aproximadamente 80% para o EP, incluindo a requalificação de escolas primárias para escolas básicas;
  - Harmonização do modelo das infraestruturas escolares construídas na base de iniciativas conjuntas com a comunidade.

A este nível, importa considerar a natureza atual do parque escolar, tendo em consideração uma tipologia que classifica as escolas em convencionais (cimento/tijolo) e precárias (matifcadas, pau-a-pique e outras) e que o gráfico seguinte bem ilustra<sup>49</sup>:

**GRÁFICO 32: TIPO DE SALAS DE AULA POR PROVÍNCIA, 2018**



Este é, contudo, um problema sem uma única solução, dado o gigantismo do mesmo e suas implicações a diversos níveis.

Tendo por referência o documento “Revisão de Políticas Educacionais” (p.119), será de 32.000 o défice de salas de aulas para os níveis primário e secundário e que triplicaria ou mais no caso de redução do número de alunos por turma e da sua não utilização por turnos e turmas diferentes.

Para além de indisponibilidades orçamentais e limitações de financiamento externo para o efeito, a própria indústria de construção civil não tem capacidade de resposta. Uma vez mais, a comunidade poderá ter aqui um papel importante na construção com materiais mistos (convencionais e não convencionais).<sup>50</sup>

<sup>49</sup> Este, como os restantes dados referidos a propósito do presente documento, foram extraídos do mesmo, no caso p.69

<sup>50</sup> Infra-estrutura escolar não é apenas sobre salas de aula. “Instalações adequadas de educação e ambientes de aprendizagem são necessárias não apenas para proteger a saúde e o bem-estar dos alunos, mas também para cumprir o seu direito à educação.

A infra-estrutura da escola refere-se a uma ampla gama de elementos, incluindo luz e ventilação, isolamento, móveis, quadros pretos e laboratórios, água, saneamento e higiene. A melhoria das instalações de água, saneamento e higiene nas instituições de ensino pode ter efeitos positivos significativos nos resultados de saúde e educação. Essas instalações incluem água potável; casas de banho limpas e seguras e instalações para lavar as mãos. Instalações inadequadas aumentam o risco de transmissão de doenças.

Instalações melhoradas, juntamente com a educação para a higiene, podem reduzir o absentismo. Eles também podem aumentar a procura da educação, especialmente entre os adolescentes, que podem desistir devido à falta de casas de banho somente para meninas.” (Relatório de Monitoria Global da UNESCO 2016, p. 308), citado por “Revisão de Políticas Educacionais, p. 120).

Para além deste constrangimento, e abstraindo de questões de índole mais pedagógica, poderiam referir-se outros como o insuficiente número de professores e sua formação e a desigualdade de acesso ao material escolar (tendo por referência os livros de português e matemática).

Ainda assim, e de acordo com a respectiva matriz estratégica, a partir de uma base atual de uma taxa líquida de escolarização para ambos os sexos de 93,3% (raparigas – 92,9%), foi definida uma meta intermédia de 98% (raparigas – 95%) para 2024 e de 99% (raparigas – 98%) para 2029.

No entanto, é o próprio Plano Estratégico que, face às altas taxas de desistência e reprovação “**mostram o desafio da falta de eficiência interna do sistema**”.

De facto, em 2017 “**8,9% dos alunos desistiram da escola e 12,5% reprovaram, havendo diferenças grandes entre as regiões. Situação semelhante encontra-se no EP2, com 7,4% de desistências e 13,7% de reprovações**”, fazendo-se sentir mais as reprovações nas províncias do centro e as de desistência nas províncias do norte (p.27).

Também o absentismo estudantil se mantém extremamente elevado, com os estudantes a perderem, em média, 2 dias de aulas por semana.

Nesta perspetiva da oferta, é o próprio MINEDH a concluir que “**a realidade escolar com salas de aula superlotadas e a deterioração do rácio alunos-professor, que evoluiu de 51,6 em 2016, para 64,2 em 2018, contribui para o abandono escolar e uma taxa de conclusão de 42% no Ensino Primário**” (p.39)<sup>51</sup>

Ainda assim, seria importante melhor tentar entender até que ponto esta taxa de conclusão significa verdadeiramente um processo de aprendizagem e alfabetização com sucesso, tendo em conta a irregularidade da frequência escolar e a dificuldade, em muitos casos, de manter um nível mínimo de exigência no aproveitamento escolar.

### **ASSUNTOS TRANSVERSAIS (pg. 50 e seguintes)**

De salientar ainda um conjunto de questões transversais a todos os níveis de ensino, ainda que se fazendo sentir mais nuns que outros, mas aqui trazidos, sobretudo na perspetiva dos subsistemas de Educação Pré-Escolar e de Educação Geral.

#### ***Equidade de género***

No que tem a ver com o primeiro dos objectivos estratégicos centrado na inclusão e igualdade, e assim especificamente definido no caso em concreto:

***Assegurar o acesso, retenção e a conclusão com sucesso de Mulheres e Homens em todos os níveis de ensino, eliminando a disparidade de Género.***

Para o efeito foram tidas em consideração as recomendações do Comité sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW 2019), nomeadamente:

- ***A redução da taxa de desistência das raparigas e a facilitação da re-inserção das jovens, no sistema, após a gravidez;***
- ***A prevenção e resposta a casos de abuso sexual e assédio de raparigas em ambientes escolares, inclusive em escolas especiais, processando os prevaricadores, e fornecendo apoio às vítimas;***
- ***A introdução na educação obrigatória de conteúdos referentes à saúde sexual e reprodutiva;***

<sup>51</sup> Uma breve referência também ao Ensino Secundário: Também no Ensino Secundário (ES2), foram pouco mais que 5% os adolescentes e jovens que frequentaram o segundo ciclo do Ensino Secundário, ainda que este, para além da modalidade presencial, tenha ainda a modalidade à distância (todavia, frequentado apenas por cerca de 34.000 alunos – cerca de 3% dos alunos no Ensino Secundário. (p. 26)

- *O incentivo a jovens do sexo feminino para escolherem opções académicas relacionadas com a ciência, tecnologia, engenharia e matemática;*
- *A ratificação da Convenção da UNESCO contra a Discriminação na Educação.*

**Crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais**

A análise do sector da Educação (MINEDH 2019a) estima que 2% da população terá algum tipo de deficiência, dos quais metade, cerca de 74.921 alunos estão matriculados no SNE. Relativamente aos índices de orfandade, de acordo com dados de 2018, esta afeta 12% dos alunos matriculados no Ensino Primário. Muitas destas crianças são crianças em risco e que podem possuir NEE. Para atender a esta realidade, o MINEDH desenvolveu, em 2017, a Estratégia para a Educação Inclusiva (MINEDH 2017) através da qual são estabelecidos objectivos gerais que são os que constam na tabela infra.

Para melhor se tentar entender o eventual alinhamento das prioridades definidas no PEE 2020-2029 com os já referidos objectivos gerais, elaborou-se a tabela seguinte, da mesma se concluindo por uma intensificação do foco na melhoria das condições de funcionamento das escolas para este efeito.

**QUADRO 14: PLANO ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO 2020-2029 – OBJECTIVOS PARA CRIANÇAS, JOVENS E ADULTOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

Objectivos gerais da Estratégia para a educação Inclusiva (MINEDH, 2017)	Prioridades definidas no PEE 2020-2029
Detectar e intervir no desenvolvimento das crianças em idade Pré-Escolar (0-6 anos) com alterações do desenvolvimento ou em sério risco de as virem a apresentar, promovendo a sua inclusão familiar, educativa e social;	
Sensibilizar os cidadãos e toda comunidade para os direitos das pessoas com deficiência e promover atitudes facilitadoras do seu desenvolvimento, do acesso à educação e da inclusão;	
Promover a capacitação dos profissionais, principalmente os professores, para uma visão inclusiva da sua acção profissional e para práticas verdadeiramente inclusivas e adaptadas às crianças com deficiência	Formação de professores para o ensino inclusivo de alunos com necessidades especiais;
Melhorar as condições do funcionamento das escolas, adaptando-as às exigências da inclusão educativa das crianças e jovens com deficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adequação das infraestruturas e equipamentos escolares</li> <li>- implementação de regulamentos que incentivem a aprendizagem de alunos com NEE;</li> <li>- reforço dos recursos e responsabilidades dos Centros de Recursos para a Educação Inclusiva</li> <li>- recolha e tratamento de dados relativos a alunos com NEE, no âmbito da estratégia de monitoria e avaliação, com base nos resultados, introduzida pelo PEE 2020-20129;</li> <li>- a sensibilização das comunidades educativas relativamente ao cumprimento do direito à educação das crianças com NEE</li> </ul>
Criar redes de suporte ao processo de inclusão e desenvolvimento das crianças e jovens com deficiência, que auxiliem as escolas e as famílias na sua acção.	

**Prevenção e resposta à violência contra as crianças na escola**

Nesta matéria encontram-se identificados os seguintes desafios:

- *Proibição clara de castigos corporais e aplicação de sanções aos prevaricadores da lei.*
- *Definição do papel dos Conselhos de Escola para responder a casos de violência.*
- *Definição de sanções claras e procedimentos que previnam e punam o abuso sexual, a exploração e a violação sexual perpetrados por professores e outros funcionários não docentes.*



- *Regulação e definição de procedimentos para responder ao bullying e à violência entre crianças e jovens (com particular destaque para a protecção das raparigas contra o assédio e violência sexual dos seus pares, comuns em muitos distritos no seguimento de ritos de iniciação).*
- *Integração, nos currículos, de competências para a vida que dotem as crianças e jovens de conhecimentos e ferramentas para identificarem todas as formas de violência e se protegerem dela, incluindo educação sexual e reprodutiva.*
- *Implementação de mecanismos de identificação, referência e seguimento de casos de violência nas escolas.*

### **Educação em situação de emergência**

Como foi já apontado na caracterização física e geográfica do país, Moçambique é um País vulnerável a desastres naturais e condições climáticas extremas com consequências danosas, quer obrigando à interrupção das aulas, quer destruindo muito do material ali existente quando não mesmo danificando gravemente a própria escola.

Apesar de tudo isso, e em situações de desastres naturais o edifício da escola acaba por funcionar frequentemente como referência para o acolhimento de populações.

Daí se entender como urgente desenvolver planos de prevenção e resposta do sector da Educação a emergências que atendam a:

- *Construção de escolas resilientes e polivalentes e planos de contingência para a sua rápida reabilitação, reconstrução ou disponibilização de instalações e equipamentos temporários, não esquecendo a importância das latrinas e acesso a água potável.*
- *Inclusão nos currículos de formação de professores de competências para a redução de risco de desastres e para o apoio psicossocial das crianças em casos de emergência.*
- *Criação de programas de alimentação escolar para serem activados em situações de emergência.*
- *Integração de indicadores desagregados que identifiquem crianças vulneráveis e outros aspectos que permitam o rápido mapeamento de necessidades para se responder a casos de emergência.*
- *Desenvolvimento de mecanismos de monitoria que permitam i) a prestação de contas às populações afectadas por emergências ii) fornecer dados actualizados sobre o processo de reabilitação, para a tomada de decisões.*
- *Optimização do uso dos recursos disponibilizados ao Ensino Primário, tornando o Sistema eficiente e eficaz, incluindo fornecimento e distribuição de materiais de ensino-aprendizagem nas zonas afectadas pelos ciclones.*

### **Alimentação Escolar e Nutrição**

Enquanto problema, são muitas e frequentes as situações de crianças que vão para a escola sem terem tomado qualquer refeição, sendo que cerca de 43% das crianças sofriam de subalimentação (INE, 2013) com forte impacto no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças.

Enquanto solução, a existência de programas de alimentação escolar, para além dos óbvios efeitos diretos, induz a frequência e retenção na escola. Complementarmente, se associados aos recursos da comunidade acabam por ter um impacto positivo na agricultura e economia locais.

Na sequência de iniciativas anteriores, surgiu então em 2013 o **PRONAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar)**, o qual, contudo, apresenta condicionamentos por ser maioritariamente financiada por fundos externos.

No entanto, e partindo de uma vontade política de assegurar a consolidação deste programa com maiores recursos financeiros internos, encontram-se definidas as seguintes prioridades neste PEE:

- *Integração de conteúdos sobre nutrição nos currículos dos diferentes níveis de ensino*
- *Introdução da componente de nutrição escolar na estratégia de expansão gradual da Educação Pré-Escolar*
- *Expansão gradual e sustentável do PRONAE no Ensino Primário, dando prioridade aos distritos com maiores índices de insegurança alimentar e de subnutrição infantil.*

**Desporto escolar**

São obviamente reconhecidas as vantagens do desporto, neste caso, o escolar, pelo que se transcrevem apenas as prioridades apontadas:

- *Provisão de equipamentos e expansão gradual do número de infraestruturas desportivas, de forma equitativa em todo o território, com o intuito de beneficiar as escolas ao nível da ZIP e recorrendo, sempre que possível, a materiais locais de baixo custo;*
- *Formação inicial e contínua de professores de Educação Física e de quadros da administração, com competências para a realização de actividades de desporto escolar;*
- *Criação de oportunidades de formação e educação vocacional dos estudantes que revelam especial aptidão e capacidade desportiva.*

**5.3. SÍNTESE E ALGUMAS CONCLUSÕES**

**5.3.1. NÍVEL NACIONAL**

O quadro que se segue procura espelhar, de algum modo, os objectivos que cada um dos documentos estratégicos a que se tem vindo a fazer referência identifica, ainda que apenas no vetor do acesso, equidade e inclusão.

**QUADRO 15: PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA II (PNAC) (2013-2019) E PLANO ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO (2020-2029) - OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR**

<b>Objectivo Específico 3: Assegurar o acesso a uma educação pré-escolar centrada na criança</b>			<b>Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) – (2013-2019)</b>	<b>Plano Estratégico da Educação 2020-2029</b>
<b>Actividade</b>	<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<p><b>Objectivo Específico 1: Aumentar a rede de Educação Pré escolar</b></p> <p><b>Meta 5: Expansão do acesso das crianças à educação pré-escolar de qualidade dos actuais 4% para 15% até 2019.</b></p> <p><b>Acções:</b></p> <p><b>Expansão do acesso das crianças a educação pré-escolar através da implementação da Estratégia do Desenvolvimento Integral da Criança em idade Pré- Escolar</b></p>	<p><b>Objectivo Estratégico 1: Acesso, Retenção e Equidade Promover a expansão gradual do acesso equitativo à Educação Pré-Escolar, priorizando os distritos com indicadores mais baixos de aprendizagem no Ensino Primário.</b></p> <p><b>Base 2019: 2%</b></p> <p><b>2024 : 10% (meninas 8%)</b></p> <p><b>2029: 17% (meninas 16%)</b></p> <p><b>Acções prioritárias:</b></p> <p>1. <i>Elaborar e implementar um plano custeado de expansão gradual da EPE, priorizando os distritos que registam indicadores mais baixos de aprendizagem, no Ensino Primário.</i></p> <p>2. <i>Desenhar e implementar, no âmbito da expansão do acesso da EPE, a componente de saúde e nutrição.</i></p> <p>3. <i>Promover parcerias e soluções flexíveis e inovadoras para a implementação do plano de expansão da EPE.</i></p>
Expansão do sistema de educação pré-escolar;	Número de crianças com acesso ao ensino pré-escolar	Crianças em idade pré-escolar com acesso ao sistema formal de ensino pré-escolar;		
Criação de instituições de educação pré-escolar;	Número de escolinhas nas comunidades	Aumento o número de crianças nas escolinhas comunitárias		
Mobilização e apoio técnico às comunidades na criação de "escolinhas comunitárias"	Número de crianças com acesso ao ensino pré-escolar	% de comunidades desenvolvimento de escolinhas		
Criação de centros de recursos (CR)	% de educadores que usam o CR No de CR criados por província	C/R funcional em relação aos objectivos definidos		

Da análise comparada dos objectivos específicos/estratégicos dos documentos em referência, **três conclusões** poderão ser retiradas.

**A primeira dessas conclusões tem a ver com a importância atribuída em todos os documentos ao Ensino Pré-Escolar.** Assim, e não obstante, o ponto de partida ser variável no valor percentual atribuído à EPE ( 2% no PEE, 3% na DICIPE e 5% referidos em documento de 2014 da UNICEF - Situação das crianças em Moçambique ) e o projetado em plano (15% para 2019 no PNAC II);

**A segunda conclusão reflete uma grande ambição** no aumento projetado e expresso no Plano Estratégico da Educação 2020-2029 que, partindo de uma base de 2% em 2019, aponta para 10% em 2024 e 17% em 2029.

**A terceira passa pelo reconhecimento da importância estratégica das escolinhas comunitárias** como o caminho a seguir para o crescimento da EPE.

De facto, sendo certo que não compete ao Estado a planificação do sector privado e que o sector público, para além da sua pouca expressão no contexto de respostas da educação pré-primária, não evidencia capacidade de resposta significativa. A resposta pública encontra-se, aliás, sob a responsabilidade do Ministério da Educação, com a hipótese de introdução do ensino pré-primário nas escolas primárias, enquanto as respostas das escolinhas comunitárias (bem como do sector privado) se encontra sob a tutela do Ministério do Género, Criança e Acção Social.

A solução possível passa, assim, incontornavelmente pelo reforço das comunidades tendo em vista o desenvolvimento da educação pré-primária através do modelo “escolinhas comunitárias”. Esta intenção encontra-se claramente expressa na Estratégia do desenvolvimento integral da Criança em Idade Pré-Escolar (DICIPE) 2012-2021 e reafirmado pelo Plano Estratégico da Educação 2020-2029.

### **Escolinhas Comunitárias**

Como vimos já anteriormente, a rede de oferta da educação pré-escolar caracteriza-se por uma quase irrelevância quantitativa do sector público (1 ou 4%, consoante as fontes) contrastado a uma hegemonia dividida entre o sector privado (43%) e o sector comunitário (53%).

Sabendo-se a fragilidade e dificuldade de investimento do sector público nesta área o que, de algum modo, acaba por condicionar também o sector privado (ainda que este tenha a sua lógica própria de desenvolvimento), surge então como alternativa a resposta de ‘**escolinha comunitária**’ como uma solução que se pode perspetivar com bastante êxito para atingir as metas definidas.

De acordo com o “Guião para a abertura e funcionamento das escolinhas comunitárias”<sup>52</sup>, *“As Escolinhas Comunitárias surgiram em 1986 na Cidade de Maputo, Bairro Hulene como alternativa de atendimento às crianças de dois a cinco anos de vida. Esta iniciativa comunitária foi motivada pela extinção da Pré-Primária no Novo Sistema de Educação no ano de 1983 através da Lei n.º 4 /86 de 23 de Março”.*

Ainda de acordo com o mesmo guião, poder-se-á definir a escolinha comunitária como **“instituição não formal, apoiada pela comunidade, Organizações Não Governamentais ou pelos parceiros de desenvolvimento comunitário, que normalmente oferecem cuidados e actividades educativas às crianças de três a cinco anos de idade. São instituições sem fins lucrativos ou de rendimento limitado, pois servem as populações em situação de vulnerabilidade e sem recursos para aceder aos serviços formais de educação Pré-escolar”.**

<sup>52</sup> Ministério do Género, Criança e Acção Social, *Guião para a abertura e funcionamento das escolinhas comunitárias*, Maputo, 2016 (atualizado em 2018). De referir a existência de outros guias pedagógicos mais recentes sob a chancela deste mesmo Ministério, nomeadamente: Manual de actividades nas escolinhas comunitárias e Orientações técnicas para escolinhas comunitárias, ambos de 2017

Sendo em número de 56 logo nesse ano de 1986, em 2015 eram já 696, abrangendo 60. 291 crianças, e até por isso justificando-se o guião a que nos temos vindo a referir, tendo em vista a necessidade de padronizar algumas regras, nomeadamente as suas condições de abertura e regime de funcionamento, sendo definida a sua capacidade nos termos que se transcrevem:

**“Para a frequência da Escolinha Comunitária, as crianças devem ser organizadas por grupos em conformidade com o número de animadores existentes não podendo cada grupo ser superior a:**

- **Vinte crianças nos grupos com idades compreendidas entre os dois e três anos;**
- **Vinte e cinco crianças nos grupos com idades compreendidas entre os três e os quatro anos;**
- **Trenta crianças nos grupos com idades compreendidas entre os quatro e os cinco anos.”**

Não beneficiando de apoios diretos ou substanciais por parte do Estado, a sustentabilidade das Escolinhas Comunitárias depende solidariamente da contribuição dos pais, de forma proporcional aos seus rendimentos e capacidades, essencialmente sob a forma de uma mensalidade, entrega de produtos ou prestação de trabalho. É ainda nesta lógica solidária que ocorrem também por vezes iniciativas comunitárias para geração de fundos como negócio de vendas, cultivo de machambas, etc.

O animador é uma figura central no funcionamento das escolinhas, cabendo-lhe a ele todo o trabalho pedagógico, cuidado das crianças, ligação à família e guarda e manutenção do equipamento e materiais existentes.

Por sua vez a gestão da Escolinha Comunitária é assegurada por uma Comissão Técnica (aprovada pela comunidade e integrando os animadores da mesma e um coordenador pedagógico com formação na área da educação de infância) e por uma Comissão de Pais (eleitos pelos próprios pais).

Definidos, desta forma, os objectivos e respectivas metas, tal como consta no quadro anterior, foram ainda definidas **3 acções prioritárias** que, nessa qualidade de prioritárias, importaria avaliar desde já a sua evolução, pelo menos no que pode ter a ver com as escolinhas comunitárias.

Reproduz-se aqui, por isso, as mesmas, aproveitando-se para colocar algumas questões a seu propósito:

**1ª acção prioritária - Elaborar e implementar um plano custeado de expansão gradual da EPE**, priorizando os distritos que registam indicadores mais baixos de aprendizagem, no Ensino Primário<sup>53</sup>.

Questões:

- Esse plano custeado está já feito?
- Que distritos foram priorizados?

<sup>53</sup> Algumas iniciativas foram levadas a cabo pelo Ministério da Educação para desenvolver a educação pré-primária. Estas incluem, desde 2011, o estabelecimento de um Secretariado de DPI na Direcção do Ensino Primário e a nomeação de uma comissão de DPI com a responsabilidade de elaborar uma estratégia multisectorial de DPI para Moçambique. Vários projectos-piloto foram desenvolvidos, mas não puderam ser ampliados devido à falta de financiamento. A actual estratégia do DPI, apoiada por doadores, concentra-se em modelos de educação pré-escolar apoiados pela comunidade que poderiam ser estabelecidos em áreas pobres, com recursos inicialmente limitados do Ministério da Educação.

O governo, por meio do PEE III, adoptou uma opção prudente para coordenar e promover as actividades de DPI sem sobrecarregar os recursos públicos. Visto o nível actual de custo estimado por aluno do ensino pré-primário (cerca de 5-10% do custo unitário do EP1), o governo deve considerar a revisão das modalidades e os custos resultantes do aumento das actividades de DPI, com base em experiências de escala, assim como melhores práticas nos países vizinhos. (In “Revisão de Políticas Educacionais, p.46)

**2ª acção prioritária - Desenhar e implementar**, no âmbito da expansão do acesso da EPE, a componente de saúde e nutrição.

Questões:

- Como está a ser desenhada a componente saúde?
- Como está a ser desenhada a componente nutrição (PRONAE)?

**3ª acção prioritária - Promover parcerias e soluções flexíveis e inovadoras**<sup>54</sup> para a implementação do plano de expansão da EPE.

Questões:

- Qual o real significado de “parcerias e soluções flexíveis e inovadoras”?

## ENSINO PRIMÁRIO

Do mesmo modo no ensino primário, definidos os objectivos e respectivas metas, tal como consta no quadro seguinte, foram também definidas 3 acções prioritárias que, nessa qualidade de prioritárias, importaria avaliar desde já a sua evolução e que aqui se reproduzem logo após o presente quadro.

### QUADRO 16: PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA II (PNAC) – EDUCAÇÃO E LAZER (2013-2019 E PLANO ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO 2020-2029: OBJECTIVOS PARA O ENSINO PRIMÁRIO

Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) – Educação e lazer (2013-2019)	3.2.3. Plano Estratégico da Educação 2020-2029
<p><b>Objectivo Especifico 2: Assegurar que todas as crianças ingressem no ensino na idade certa (6 anos) e que permaneçam até completar a sétima classe;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meta 8: Aumento da taxa bruta de conclusão de educação básica de 7 classes para 54% no total e 51 % para raparigas em 2016.</li> <li>- Acções:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do ingresso das crianças na escola aos 6 anos de idade.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>1º Objectivo Estratégico Acesso, Retenção e Equidade: Assegurar o acesso e participação equitativos de todas as crianças, até ao final do Ensino Primário, com foco na redução das disparidades regionais, de género e de integração de crianças com NEE.</b></p> <p>Base 2019: 93,3%<sup>55</sup></p> <p>2024 : 98% (meninas 96%)</p> <p>2029: 99% (meninas 98%)</p> <p><b>Acções prioritárias:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar medidas para a inclusão e equidade tais como o atendimento a crianças com NEE, a prevenção de práticas culturais nocivas (uniões forçadas e alguns ritos de iniciação), combate à gravidez precoce e à violência contra as crianças nas escolas, com particular foco naquelas que afectam as raparigas.</li> <li>2. Melhorar as condições de apoio à aprendizagem na escola para que assegurem a participação e retenção das crianças.</li> <li>3. Construir e reabilitar as infraestruturas do Ensino Primário, segundo padrões de qualidade e resiliência.</li> </ol>
<p><b>Objectivo Especifico 4: Diversificar as modalidades do ensino secundário, assegurando o acesso equitativo, do ensino secundário dando atenção especial às raparigas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 9: Expandir o acesso ao ensino secundário profissionalizante. Taxa bruta de escolarização ESG1 total 50% e raparigas 47% em 2016.</li> <li>- Acções:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuação de construção e apetrechamento das escolas secundárias, priorizando a zona rural.</li> </ul> </li> </ul>	

<sup>54</sup> A este respeito o documento “Revisão de Políticas Educacionais” recomenda que seja garantida a frequência gratuita e obrigatória de, pelo menos 1 ano no subsistema da educação pré-primária (p. 37)

<sup>55</sup> Este nível de taxa líquida de escolarização indica que o país ainda não está muito próximo do ensino primário universal e justifica a sua classificação entre os países africanos com baixo Índice de Desenvolvimento de Educação Para Todos. Contudo, em comparação com outros países, a taxa líquida de escolarização de Moçambique é igual à média da SADC (89%), e é superior à média da África Subsaariana (79%). (Documento “Revisão de Políticas Educacionais”, p. 47)

**Acções prioritárias:**

- 1. Implementar medidas para a inclusão e equidade tais como o atendimento a crianças com NEE, a prevenção de práticas culturais nocivas (uniões forçadas e alguns ritos de iniciação), combate à gravidez precoce<sup>56</sup> e à violência contra as crianças nas escolas, com particular foco naquelas que afectam as raparigas.**

Questões:

- Que medidas terão sido implementadas para as crianças com NEE?
- Que medidas terão sido implementadas relativamente às práticas culturais nocivas)?

- 2. Melhorar as condições de apoio à aprendizagem na escola para que assegurem a participação e retenção das crianças.**

A integração/participação no sistema escolar continua a constituir um grande desafio para a criança em Moçambique. Na realidade, o valor percentual de crianças fora do sistema escolar, dos 6 aos 17 anos, continua a ser muito elevado (38,6%). Tal situação é ainda mais gravosa quanto, comparando os valores de 2007 e os de 2017, constata-se um agravamento da situação com a subida do número de crianças de 6 e 7 anos fora da escola (6 anos: 63,6% em 2007 contra 73% em 2017; 7 anos: 41,5% em 2007 contra 65,6% em 2017).<sup>57</sup>

A retenção da criança na escola, no entanto, não depende apenas destas condições mais imediatas. Outras menos visíveis têm importância relevante como a entrada tardia na escola (e daí o OE2 do PNAC II ao pretender assegurar o ingresso no ensino na idade certa) que leva a muitas crianças encontrarem-se ainda no ensino primário quando chegam à adolescência, levando a frequentes saídas do sistema (sobretudo meninas).

As Escolas primárias recebem um subsídio denominado ADE – Apoio Direto à Escola. Este subsídio depende do número de crianças matriculadas na escola e tem como objectivo a compra e entrega de material escolar (uniforme, canetas, cadernos, etc.) aos alunos mais vulneráveis. Não foi possível, contudo, identificar dados mais concretos sobre os valores desse apoio direto às escolas, critérios de utilização e mecanismos de controle sobre essa utilização.

Quanto aos livros, e sendo os mesmos gratuitos, algumas referências apontam para a sua insuficiência o que obriga muitas vezes os alunos a efetuarem trocas entre si. Por outro lado, parte significativa dos mesmos estarão em mau estado de conservação, seja pela sua utilização repetida, seja pela ausência de condições para a sua guarda e transporte por parte das crianças.

- 3. Construir e reabilitar as infraestruturas do Ensino Primário, segundo padrões de qualidade e resiliência**

<sup>56</sup> Como acentua o documento “Revisão de Políticas Educacionais”, “Uma decisão de grande alcance e com um impacto potencialmente positivo para o alcance desta meta foi a recente revogação (2018), pelo Ministério da Educação do Despacho Ministerial que proibia as meninas grávidas de frequentar cursos diurnos e escolas regulares.” (p.38)

<sup>57</sup> Quadro 3.15.d)

# 6.

## PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA, DA SUA DIMENSÃO SOCIAL<sup>58</sup> ATÉ À PROTEÇÃO INDIVIDUAL

### CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

#### Artº 23º

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de beneficiar da segurança social e tomam todas as medidas necessárias para assegurar a plena realização deste direito, nos termos da sua legislação nacional.

### OBJECTIVOS DO DESENVOL- VIMENTO SUSTENTÁVEL

Objectivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

(...)

1.3 implementar, a nível nacional, medidas e sistemas de protecção social adequados, para todos, incluindo escalões, e até 2030 atingir uma cobertura substancial dos mais pobres e vulneráveis

“ Quando falamos dos problemas das crianças em Moçambique, uma grande lacuna sempre salta à vista: não há política nem estratégia para as crianças em Moçambique. Existem Planos de Acção Nacionais para a Criança (PNAC). Agora, temos o PNAC II. Após o PNAC I, a expectativa foi que o governo elaboraria a Política e a Estratégia Nacionais para a Criança. Mas, isso não aconteceu.

Albino Francisco, coordenador da Rede das organizações da Sociedade Civil para os Direitos da criança em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

“ Quando deixei o governo, estava convicto que a pobreza continuaria a diminuir ao mesmo ritmo que deixei. Mas isso não é a realidade actual. Antes pelo contrário, houve mesmo uma desaceleração nesta diminuição de tal forma que agora podemos prever que o número de pessoas a viver na pobreza absoluta estará abaixo do 40% por volta de 2015. Mas, a nossa anterior previsão era que este número seria de cerca de 30% em 2015, a caminho dos 20% em 2025. Mas, podemos reduzir a pobreza até 20% em 2025. O nível de analfabetismo nas mulheres é ainda muito elevado. Mas, o desenvolvimento social aumentará substancialmente, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano, que é o mais difícil de aumentar. Mas, está em curso, apesar do facto de Moçambique estar ainda entre os dez países com mais baixa posição no Índice...

Joaquim Chissano, Ex-presidente da República de Moçambique, 1986-2004 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

<sup>58</sup> Winder, Natalia & Jenn Yablonsky, *Social Protection Strategic Framework*, 2012, UNICEF, disponível em: UNICEF\_Social\_Protection\_Strategic\_Framework\_full\_doc\_std.pdf

## 6.1. ENQUADRAMENTO

### 6.1.1. POBREZA

Poder-se-á definir genericamente a **pobreza**, numa perspetiva **multidimensional**, como *“condição humana caracterizada por privação sustentada ou crónica de recursos, capacidades, escolhas, segurança e poder necessários para o gozo de um adequado padrão de vida e outros direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais”* (Comissão sobre Direitos Sociais, Económicos e Culturais, das Nações Unidas, 2001).

Mais especificamente a **pobreza absoluta** (também designada por extrema) designa uma situação em que as pessoas não conseguem satisfazer as suas necessidades básicas, como a alimentação, acesso a água potável, habitação, roupas e medicamentos.

Para determinação deste conceito, agora numa dimensão estritamente **monetária**, foi fixado pelo Banco Mundial um limiar por dia de 1,90 US dólar e pessoa para satisfação das suas necessidades mais básicas.

Esta maior ou menor ausência de recursos, que caracteriza fundamentalmente a pobreza, decorre, entre muitos outros factores, da fragilidade do desenvolvimento e/ou da desigualdade na distribuição da riqueza criada.

Algumas dessas dificuldades de desenvolvimento foram abordadas em capítulo próprio sobre a situação social e económica (ponto 1.7).

É assim que, de acordo com um outro estudo do Banco Mundial incidindo sobre a avaliação da pobreza<sup>59</sup>, esta desceu de 52,8% em 2002/03 para 46% em 2014/15, ainda que essa diminuição seja mais substancial na cidade que no campo.

No entanto, e segundo o Ministério da Economia e das Finanças (2019), a pobreza extrema terá subido para níveis entre 55% e 60% desde 2015, o que significa que mais de metade da população é pobre.

Quanto às desigualdades sociais e económicas, elas encontram-se bem evidenciados por um índice de Gini<sup>60</sup> de 0,56 em Moçambique e que evidencia, mesmo que a taxa de pobreza estabilize, um aumento significativo das desigualdades sociais.

Por exemplo, e ainda segundo o Banco Mundial, poderão ter aumentado entre 4 a 6 pontos percentuais os níveis de pobreza nas províncias mais pobres, como é o caso da Província do Niassa, com alguma redução no consumo.

De facto, o referido conjunto de factores (altos níveis de endividamento externo, crise das dívidas ocultas, retração da ajuda externa, diminuição do valor das matérias-primas exportadas, impacto dos desastres naturais e surgimento terrorista no norte do país) levou, a partir de 2016, a um aumento no preço dos alimentos essenciais (milho, arroz e mandioca) que chegou a atingir os 40%.

Em qualquer destes ângulos, a criança, enquanto pessoa em desenvolvimento, fica sempre numa situação de especial vulnerabilidade, dada a sua dependência da família ou de outros, mais agravada pela própria vulnerabilidade da família face aos choques económicos ou climáticos, por razão de género (raparigas) ou ainda quando se verifica uma condição de deficiência ou, ainda mais agravada, pela ausência desta.

<sup>59</sup> Banco Mundial (2018), Moçambique, Avaliação da Pobreza – Resumo, disponível em World Bank Document

<sup>60</sup> O índice de Gini (que tem o nome do matemático que o desenvolveu) consiste numa fórmula que pretende medir o grau de concentração de riqueza a partir da diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, em que o zero seria a absoluta igualdade rendimentos.



Esta ausência da família biológica parece assumir em Moçambique importância de relevo, uma vez que se constata **uma considerável percentagem de crianças que não vivem com os pais biológicos, por serem órfãos ou por consequência da separação dos pais, da migração, do acolhimento informal em famílias alternativas ou de outros factores**<sup>61</sup>. Em concreto, e segundo os dados do IDS, só pouco mais de metade das crianças (52%) vivem com os seus pais biológicos<sup>62</sup>.

Este impacto, aliás, é bem visível numa análise que dividiu a população em cinco quintis, com base num índice de bens possuídos pelo agregado familiar e que vão do mais pobre (quartil 1) ao mais rico (quartil 5), verifica-se forte correlação entre a pobreza monetária/material e as vulnerabilidades mais significativas, com forte desequilíbrio entre os quintis mais extremados.

Assim, por exemplo, a mortalidade Infante-juvenil, a desnutrição e o trabalho infantil apresentam valores no primeiro quartil que são o dobro do quinto quartil; mais acentuada ainda é a desproporção no que se relaciona com a alfabetização das mulheres com uma desproporção de 6 vezes superior no quartil mais pobre. Com uma desproporção 3 vezes superior entre esses mesmos quintis surge a prevalência de HIV, a percentagem de partos em unidades institucionais. Contudo, o desequilíbrio mais notório faz-se sentir relativamente à frequência escolar, com um impacto dramático na taxa líquida de frequência escolar obrigatória em que o quartil mais baixo, entre crianças entre os 13 e os 17 anos, apresenta uma frequência de 3%, seguido, no segundo quartil, por uma frequência de 5%, 11% no terceiro quartil, 25% no quarto e 58% no quinto.

Ainda assim, as diferenças entre os quintis intermédios não são muito significativas entre si e os valores percentuais são genericamente indicadores de uma vulnerabilidade que, mais que um critério diferenciador, parece apontar como mais adequado o recurso a estratégias universais, ancoradas numa perspetiva de desenvolvimento.

É por isso que a protecção social constitui o guarda-chuva de protecção, sobretudo, para as comunidades e pessoas mais vulneráveis. Contudo, um país que não tenha capacidade de, através do desenvolvimento, mitigar ou eliminar as formas mais prejudiciais de pobreza, não tem também, por regra, capacidade de alocar recursos para esses grupos e pessoas mais expostas a situações de carência.

Torna-se indispensável, por isso, recorrer à cooperação e outras formas de apoio internacional, seja nas relações bilaterais que cada Estado mantém, seja através das estruturas transnacionais como as Nações Unidas e as suas diversas agências (entre as quais a UNICEF) e o Banco Mundial, seja, finalmente, através de outras organizações de natureza particular (ONG).

<sup>61</sup> UNICEF, Situação das crianças em Moçambique 2014 (p. 36).

<sup>62</sup> Ibidem

## 6.1.2. PROTEÇÃO SOCIAL

“ A capacidade de detectar e apoiar as famílias mais vulneráveis deve ser reforçada. O papel importante dos “permanentes” dos comités comunitários e do INAS para ajudar a identificar os mais vulneráveis faz parte da estratégia do Governo, mas ainda é uma tarefa difícil devido à escassez de recursos humanos no sector.

Yolanda Cintura, Ministra da Mulher e Acção Social em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

As primeiras referências neste capítulo da protecção da criança remetem para a Constituição da República de Moçambique a qual, estipula neste particular:

### Artigo 47 (Direitos da criança)

1. As crianças têm direito à protecção e aos cuidados necessários ao seu bem estar. 2. As crianças podem exprimir livremente a sua opinião, nos assuntos que lhes dizem respeito, em função da sua idade e maturidade. 3. Todos os actos relativos às crianças, quer praticados por entidades públicas, quer por instituições privadas, têm principalmente em conta o interesse superior da criança.

### Artigo 121 (Infância)

1. Todas as crianças têm direito à protecção da família, da sociedade e do Estado, tendo em vista o seu desenvolvimento integral.  
2. As crianças, particularmente as órfãs, as portadoras de deficiência e as abandonadas, têm protecção da família, da sociedade e do Estado contra qualquer forma de discriminação, de maus tratos e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.  
3. A criança não pode ser discriminada, designadamente, em razão do seu nascimento, nem sujeita a maus tratos.  
4. É proibido o trabalho de crianças quer em idade de escolaridade obrigatória quer em qualquer outra.

Ora, clarificando então este conceito de protecção, adota-se a definição da UNICEF quando diz que “**protecção social é o conjunto de políticas públicas e privadas e programas que têm o objectivo de prevenir, reduzir e eliminar as vulnerabilidades económicas e sociais que estão na base da pobreza e privação**” (p.14).

Nesse sentido, e até para cumprimento deste princípio constitucional, os sistemas de protecção social são indispensáveis na realização dos direitos da criança, quer no que tem a ver com o seu atual bem-estar quer na quebra do círculo vicioso da pobreza entre gerações.

Por seu lado, a pobreza, e, sobretudo, a pobreza infantil, não é apenas a mera ausência de recursos financeiros, mas, sobretudo, os efeitos desta ao privar a criança dos necessários recursos materiais, espirituais e emocionais que impedem o seu bem-estar presente e comprometem o seu desenvolvimento futuro. Por isso se fala da **pobreza como fenómeno multidimensional**.

Também as suas causas assumem dimensões diversas, desde aquelas que decorrem de características individuais e familiares ou, mais pontuais, associadas a determinados eventos da sua vida (separações, doenças, etc.) ou outro tipo de riscos externos até aos factores estruturais de uma sociedade.

Desse confronto entre as capacidades pessoais ou familiares e os referidos factores externos resulta o conceito de **vulnerabilidade**.

No caso da criança a vulnerabilidade torna-se mais acentuada em virtude da sua situação de desenvolvimento, da sua dependência da família e bem assim dos sistemas que devem assegurar esse seu desenvolvimento e bem-estar, como os sistemas de saúde e educação.

Calcula-se, por isso, que a vulnerabilidade da criança face à pobreza seja o dobro da dos adultos.

Essa vulnerabilidade assumirá diversas formas e graus de intensidade, tendo em conta os factores qualitativa e quantitativamente diferentes que a definem e, por isso, as políticas de combate às mesmas vêm implicar também medidas diferenciadas (e não necessariamente iguais) remetendo-nos então para o conceito de equidade.

É por isso que este conceito de **equidade** acompanha todo o desenvolvimento estratégico da protecção social na medida em que, enquanto intervenção transversal, ela deverá, em complemento a outros programas de natureza mais ou menos diferente, ter em maior consideração e enfoque as crianças mais vulneráveis e suas famílias e os respectivos factores implicados no presente e comprometedores do futuro.

Justifica-se, por isso, a chamada **Declaração Conjunta de Promoção da Protecção Social (2009)**<sup>63</sup> subscrita por um conjunto de agências internacionais, promovendo os seguintes princípios de protecção social especificamente direccionados para a criança:

- *Prevenir impactos adversos na criança, e reduzir ou mitigar riscos sociais ou económicos que directamente possam afetar a vida da criança.*
- *Intervir tão cedo quanto possível nas situações de risco para a criança, no sentido de prevenir prejuízos ou danos irreversíveis.*
- *Ter em conta as vulnerabilidades e os riscos específicos das crianças de acordo com o seu género e idade ao longo de todo o seu ciclo vital.*
- *Mitigar os efeitos dos traumas, da exclusão e da pobreza nos agregados familiares, tendo em conta que as famílias com crianças necessitam de apoio para poder beneficiar de oportunidades num plano de igualdade.*
- *Tomar medidas extraordinárias para prestar assistência às crianças especialmente vulneráveis ou excluídas, especialmente aquelas que não recebem o devido cuidado dos seus progenitores e os que são marginalizados nas suas próprias famílias ou comunidades devido ao seu género, seu grau de incapacidade ou sua origem étnica, ou que vivem com HIV ou SIDA ou, ainda, devido a outros factores.*
- *Considerar os mecanismos e dinâmicas intrafamiliares que possam afectar a maneira como se satisfazem as necessidades da criança e, em especial, o equilíbrio de poder entre homens e mulheres nas famílias e comunidade.*
- *Ter em conta a voz e opinião das crianças e jovens, assim como dos seus cuidadores, no que concerne à compreensão e desenho dos sistemas e programas de protecção social.*

Continuando a seguir o documento da UNICEF a que anteriormente fizemos referência<sup>64</sup>, poder-se-ão, assim, considerar quatro componentes-chave na protecção social direccionados para as vulnerabilidades económicas e sociais, com alguns exemplos das mesmas:

- **Transferências sociais** – *Transferências diretas e regulares para indivíduos ou famílias, em numerário ou espécie, com o fim de os proteger dos impactos de choques externos e apoiar a acumulação de activos humanos, financeiros e produtivos.*
  - **Transferências monetárias (condicionadas ou incondicionadas)**
  - **Pagamento de trabalho público**

<sup>63</sup> *Advancing Child-Sensitive Social Protection | Save the Children's Resource Centre*

<sup>64</sup> *Ibidem*, p.31

- **Subsídios às famílias para satisfação de necessidades básicas da criança (nutrição, saúde, educação)**
- **Subsídios a pessoas com deficiência ou outras incapacidades**
- **Pensões a idosos**
- **Programas de garantia de acesso a serviços** – Programas de redução das barreiras económicas e sociais no acesso aos serviços sociais
  - **Registo de nascimento**
  - **Isenção de pagamentos no acesso a serviços básicos (saúde, educação, etc.)**
  - **Seguros de saúde**
- **Serviços de apoio social e prestação de serviços** – Conjunto de serviços de recursos humanos especializados que ajudam a identificar e reduzir a vulnerabilidade e exclusão, em especial da criança e família, fortalecendo a sua resiliência, melhorando a sua capacidade de ultrapassar choques e tensões e integrando as famílias em programas e serviços
  - **Serviços de apoio à família (educação parental, mediação familiar, apoio terapêutico, etc.)**
  - **Apoio domiciliário (pessoas doentes, idosos, etc.)**
- **Reforma de legislação e políticas** – Mudanças nas políticas e legislação tendo em vista a eliminar iniquidades no acesso aos serviços ou oportunidades económicas de subsistência, para além de ajudar a eliminar situações de discriminação e exclusão
  - **Políticas de família, cuidados para criança, licenças de parentalidade**
  - **Legislação anti-discriminatória ou específica para a criança**

Estes princípios e objectivos, contudo, enfrentam uma grande dificuldade de concretização, sobretudo nos países de baixo rendimento, como os dados seguintes fazem ressaltar:<sup>65</sup>

- **Cobertura de, pelo menos, um benefício de protecção social** (excluindo a saúde)
  - Apenas 17,4% da população em África contra uma média mundial de 46,9%
  - Apenas 10,5% das crianças da África Subsariana contra uma média mundial de 26,4%
  - **No caso de Moçambique esse valor é de apenas 0,3% das crianças**
- **Investimento face ao produto Interno Bruto**
  - 2,1% na protecção social na África Subsariana contra uma média mundial de 12,9%
  - 1,1% na protecção social da criança, mas com uma disparidade muito alargada (entre 0,1% nos países de baixa renda até 1,2% nos países de alta renda)
  - No caso de Moçambique, o valor apontado é zero

Esta informação não parece, contudo, compatível com o ponto 14. da Política de Acção Social e Estratégia de Implementação, o qual, sobre o financiamento da mesma, refere:

- **A fonte principal de financiamento das acções, programas e projectos na área da Acção Social é o Orçamento de Estado;**
- **Adicionalmente aos fundos do Estado, poderão ser mobilizados recursos a doadores bi e multilaterais.** (Conferir quadro p.102)

<sup>65</sup> World Social Protection Report 2020–22: *World Social Protection Report 2020-22 (ilo.org)*

## 6.2. LEGISLAÇÃO

“As crianças deverão estar livres da desnutrição. Esta deverá estar reduzida ao mínimo, com acesso satisfatório a alimentos. Isso significa que devemos garantir uma melhoria significativa na qualidade do desenvolvimento humano das crianças. Também deveremos ter as crianças livres da violência, que deverá estar reduzida ao mínimo, incluindo o abuso sexual, o trabalho infantil e os casamentos prematuros. Devemos, também, garantir que as crianças estejam melhor protegidas pela lei. A lei deverá ser aplicada corretamente e atualizada em cada fase de problemas, a fim de ser mais eficiente. A lei deverá proteger as crianças e os agregados familiares mais vulneráveis, tais como, os vulneráveis a conflitos, desastres naturais, etc...”

Joaquim Chissano, Ex-presidente da República de Moçambique, 1986-2004 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

O período compreendido entre os anos de 2004 e 2008 foi particularmente prolixo na produção de legislação de protecção da criança, em sentido mais abrangente, ficando, desta forma, garantida a cobertura legislativa indispensável à defesa dos direitos da criança, na sua vertente social, de protecção e de organização jurisdicional, enquanto era revogado o Estatuto de Assistência Jurisdicional aos Menores, legislação esta ainda da era colonial.

Para uma melhor percepção do conjunto destas matérias, e independentemente da data da sua publicação, começa-se por abordar o diploma que definiu o enquadramento da protecção social, para, depois, se abordar as Leis da Família e de Organização Tutelar de Menores e, finalmente, a Lei de Promoção de Protecção dos Direitos das Crianças.

### 6.2.1. LEI DE ENQUADRAMENTO DA PROTEÇÃO SOCIAL (LEI 4/2007)

Foi esta lei que veio definir o quadro legal da protecção social em Moçambique, definindo desde logo, de acordo com o princípio da universalidade, que todos “**os cidadãos têm direito à Protecção Social, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais ou profissão**” (artº 6º).

A mesma apresenta-se ainda estruturada de acordo com os três níveis habituais (artº 6º):

- **Segurança Social Básica**
- **Segurança Social Obrigatória**
- **Segurança Social Complementar**

Interessa, para o efeito, sobretudo o nível da **segurança social básica**<sup>66</sup> a qual supostamente abrangerá todos os cidadãos que não se integram nos regimes contributivos obrigatório ou complementar, nomeadamente

- **Pessoas em situação de pobreza absoluta, com especial destaque para os idosos e pessoas portadoras de deficiência**
- **Pessoas com doenças crónicas e degenerativas**
- **Crianças em situação difícil** (artº 7º)

<sup>66</sup> De acordo com o PNAC II (p.24) “cerca de 338.000 Agregados Familiares são beneficiários dos programas de Segurança Social implementados pelo INAS. De salientar que na nova filosofia os programas de protecção social beneficiam aos agregados familiares como forma de alcançar também as COVs”.

Para o efeito, encontram-se previstas na mesma lei (artº 8º):

- Prestações de risco (pecuniárias ou em espécie);
- Prestações de apoio social (*“através de programas e projectos de desenvolvimento comunitário dirigidos a indivíduos ou grupos de pessoas com necessidades específicas a nível de habitação, acolhimento, alimentação e meios de compensação. entre outras”*).

Mais especificamente, são as seguintes as prestações de risco e apoio ao nível da Protecção Social Básica:

- **Programa Subsídio Social Básico (PSSB)**
  - Subsídio de velhice
  - Subsídio de incapacidade
- **Programa Apoio Social Direto (PASD)**
- **Programa Serviços Sociais e Acção Social (SSAS)**
- **Programa Acção Social Produtiva (PASP)**
  - Trabalhos Públicos – Rural
  - Trabalhos Públicos – Urbano
  - Promoção da graduação
- **Subsídio para Crianças**
  - **Subsídio de primeira infância<sup>67</sup>**
  - **Subsídio de apoio a crianças chefes de família**
  - **Subsídio de apoio ao atendimento alternativo da criança**

Compete ao Instituto Nacional de Acção Social (INAS), a gestão destes programas os quais, ao longo do tempo sofreram diversas alterações tendo em conta as necessidades que mais se faziam sentir, para além da introdução de outros programas, nomeadamente o Programa de Geração de Rendimentos e o Programa de Desenvolvimento Comunitário.

## 6.2.2. LEI DA (REFORMA DA LEI) FAMÍLIA (LEI Nº 10/2004, DE 25 DE AGOSTO)

Como é dito na introdução da mesma, veio esta procurar eliminar a desconformidade da lei até então vigente com a Constituição, com a realidade sócio cultural do país e com o Direito Internacional.

Assim, e para além das questões atinentes à noção de família e ao casamento, relevam-se aqui algumas das disposições porventura mais significativas no contexto do presente relatório:

### Direitos de filiação

- **Igualdade de direitos** (art.º 204): *Os filhos têm os mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres, independentemente da origem do seu nascimento.*
- **Direito a ser registado e a usar um nome** (art.º 205): *1. Os filhos têm o direito a ser imediatamente registados depois do seu nascimento.*

### Poder parental

- **Conteúdo do poder parental** (art.º 284º): *1. O poder parental consiste no especial dever que incumbe aos pais de, no superior interesse dos filhos, garantir a sua protecção, saúde, segurança e sustento, orientando a sua educação e promovendo o seu desenvolvimento harmonioso. 2. O poder parental inclui igualmente a representação dos filhos menores, ainda que nascituros, bem como a administração dos seus bens. 3. Os pais, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nas questões da vida familiar e reconhecer-lhes autonomia na organização da sua vida.*

<sup>67</sup> O subsídio de primeira infância encontra-se ainda na sua fase-piloto nas Províncias de Nampula e Zambézia, pelo que não tem ainda qualquer expressão na Província do Niassa.

- **Meios de suprir o poder parental** (art.º 330º): *O poder parental é suprido por meio da tutela ou da família de acolhimento*

#### Tutela

- **Tutela de menores** (art.º 338º): *1. A tutela de menores tem lugar na falta do poder parental. 2. A tutela tem por objectivo a guarda e educação, a defesa dos direitos, a protecção da pessoa e do património do menor. 3. A tutela não altera os vínculos legais existentes entre o menor e a sua família natural.*
- **Pessoas a quem compete a tutela** (art.º 339º): *O cargo de tutor recai sobre a pessoa designada pelo pai ou pela mãe do menor, pela lei ou pelo tribunal.*

#### Família de acolhimento

- **Noção (art.º 381º) 1.** *A família de acolhimento é um meio alternativo de suprir o poder parental proporcionando ao menor órfão, filho de pais incógnitos, abandonado ou desamparado, a integração numa família que o recebe e trata como um filho, ressalvadas as especificidades constantes nesta subsecção. 2. A inserção do menor em família de acolhimento só é decretada pelo tribunal competente, verificada a impossibilidade de adopção ou de constituição da tutela.*

#### Adopção

- **Forma de constituição (art.º 389º):** *O vínculo da adopção estabelece-se por via judicial*
- **Conteúdo (art.º 390º):** *Da adopção resulta para o adoptante e adoptado relações familiares semelhantes às da filiação natural, com idênticos direitos e deveres.*
- **Quem pode ser adoptado (art.º 395º)** *Podem ser adoptados: a) os menores filhos do cônjuge do adoptante, ou de quem com este viva em união de facto ou em comunhão de vida há mais de 3 anos, desde que aquele progenitor dê o seu consentimento; b) os menores de 14 anos que se encontrem em situação de orfandade, de abandono ou de completo desamparo; c) os menores de 14 anos filhos de pais incógnitos; d) os menores com menos de 18 anos que, desde idade não superior a 12 anos, tenham estado à guarda e cuidados do adoptante.*

### 6.2.3. LEI DA ORGANIZAÇÃO TUTELAR DE MENORES (LEI Nº8/2008, DE 15 DE JULHO)

Como é, desde logo, referido no seu artigo inicial, a jurisdição de menores tem por objeto e finalidade garantir a assistência aos menores em duas áreas que poderemos considerar bem distintas:

- **Prevenção criminal**
  - Com a aplicação de medidas de protecção, assistência ou educação
- **Defesa dos seus interesses**
  - Com a aplicação de providências tutelares cíveis

Esta **prevenção criminal** aplica-se aos menores de 16 anos que se encontrem em algumas das seguintes situações (art.º 24º):

1.
  - a) *Mostrem dificuldade séria de adaptação a uma vida social normal, pela sua situação, pelo seu comportamento ou pelas tendências que hajam revelado*
  - b) *Levem uma conduta anti-social, de marginalidade ou se entreguem à libertinagem*
  - c) *Se encontrem em grave situação de risco*
  - d) *Sejam agentes de algum facto descrito na lei penal como crime ou contravenção*
2. *Os tribunais de menores têm também competência para decretar medidas relativamente aos menores que, tendo embora mais de 16 anos de idade, se mostrem inadaptados à disciplina da família, social, do trabalho ou do estabelecimento de educação ou assistência em que se encontrem internados.*

Quanto às **medidas de prevenção criminal**, e esclarecendo que elas se podem aplicar a jovens que tenham praticado actos que a lei qualifica como crimes e, nesse sentido, ficarem sujeitos à jurisdição dos tribunais de menores, elas são as seguintes (artº 27º):

- a) **Repreensão registada**
- b) **Entrega à responsabilidade dos pais, tutor, família de acolhimento ou pessoa encarregada da sua guarda**
- c) **Caução de boa conduta**
- d) **Liberdade assistida**
- e) **Proibição de frequentar determinados recintos ou locais por período certo de tempo ou de acompanhar com certo tipo de pessoas**
- f) **Assistência médico-psicológica**
- g) **Colocação em família idónea ou em estabelecimento oficial de educação, em regime de semi-internato**
- h) **Colocação, em regime de internato, em escola de artes e ofícios**
- i) **Prestação de serviço à comunidade por período não superior a noventa dias**
- j) **Internamento em estabelecimento de recuperação juvenil**
- k) **Obrigaçãõ de reparar o dano**

Relativamente às **providências tutelares cíveis** passíveis de aplicação pelos tribunais de menores na defesa dos interesses dos menores de idade, dada o significativo número e especificidade das mesmas (artºs 46 e 47), deixamos aqui referência apenas às matérias mais significativas sobre as quais as mesmas poderão incidir:

- **Tutela**
- **Poder parental**
- **Adopção**
- **Alimentos devidos a menores**
- **Entrega judicial de menor**
- **Emancipação**
- **Averiguação da paternidade/maternidade**

#### **6.2.4. LEI DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA (LEI Nº 7/2008, DE 9 DE JULHO)**

Ancorada nas Constituição da República, na Convenção sobre os Direitos da Criança e na Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança, a Lei de Protecção da Criança de Moçambique, no que concerne aos seus princípios e conceitos fundamentais, assenta num consenso de valores e direitos fundamentais universalmente reconhecidos, ao menos em teoria.

Será, assim, importante recapitular os mesmos tal como expressos na referida lei, no interior dos quais se subsumem muitos outros mais específicos, procurando estabelecer o alinhamento de alguns dos deveres do Estado relativamente a cada um desses direitos, tal como o mesmo Estado surge vinculado nesta legislação.



QUADRO 17: LEI DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA – DIREITOS DA CRIANÇA E DEVERES DO ESTADO

DIREITOS DA CRIANÇA	DEVERES DO ESTADO
<b>Direito à vida e à saúde</b>	<p>O Estado assegura a sobrevivência o crescimento e o desenvolvimento da criança (Nº 2 do art. 13)</p> <p>1. O Estado deve promover as necessárias medidas de apoio alimentar à mulher grávida que dele necessite.</p> <p>2. À mulher grávida deve ser assegurado o atendimento pré-natal através do Sistema Nacional de Saúde. (art. 14)</p> <p>1. O Estado e as instituições públicas e privadas deverão propiciar condições adequadas ao aleitamento materno, incluindo aos filhos de mães submetidas a medidas de privação de liberdade.</p> <p>2. O Estado adopta medidas legislativas que salvaguardam os superiores interesses criança e da mulher trabalhadora em fase de aleitamento. (art. 15)</p> <p>1. É assegurado atendimento médico à criança através do Sistema Nacional de Saúde garantindo o acesso igualitário às acções e serviços para promoção, protecção e recuperação da saúde.</p> <p>2. A criança em particular a portadora de deficiência, deve receber atendimento especializado, nos termos regulados por lei.</p> <p>3. Incumbe ao Estado garantir àqueles que necessitem o fornecimento gratuito de medicamentos, material de compensação e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação, nos termos regulados por lei. (art. 17)</p> <p>1. O Sistema Nacional de Saúde promove programas de assistência médica para a prevenção das enfermidades que normalmente afectam a população infantil e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.</p> <p>2. O Estado promove, com regularidade, a realização de campanhas de vacinação da população infantil contra as principais doenças passíveis de prevenção por vacinação.</p> <p>3. É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais. (art. 19)</p>
<b>Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade</b>	---
<b>Direito à convivência familiar e comunitária</b>	<p>4. O Estado garante o direito da criança a preservar a sua identidade, incluindo a sua nacionalidade, o nome e as relações familiares nos termos da lei e sem ingerência ilegal. (nº 4 do art. 26)</p> <p>A criança que fique temporária ou definitivamente privada do seu ambiente familiar ou que, no seu superior interesse, não possa continuar integrada na sua família natural, tem direito à protecção alternativa e assistência especial por parte do Estado, nos termos fixados por lei. (art. 27)</p> <p>2. O Estado adopta todas as medidas para que a criança não seja separada dos seus pais contra a vontade destes, excepto se a autoridade competente decidir, sem prejuízo das regras de processo aplicáveis que essa separação é necessária, no superior interesse da criança. (nº 2 do artº 28)</p> <p>O Estado cria todos os mecanismos legais para que seja respeitado o direito da criança, separada de um ou de ambos os pais, a manter regularmente relações pessoais e contactos directos com ambos os progenitores, a menos que tal se mostre contrário ao interesse superior da criança. (artº 29)</p>
<b>Direito à educação, à cultura, ao desporto e ao lazer</b>	<p>Constitui dever do Estado criar, de forma progressiva, condições para que à criança seja assegurado:</p> <p>a) o ensino básico, obrigatório e gratuito, inclusive em relação aos que a ele não tiveram acesso na idade própria;</p> <p>b) a extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;</p> <p>c) o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente o ensino inclusivo;</p> <p>d) o atendimento em centros, infantis, escolinhas e outras iniciativas às crianças 'em' idade pré-escolar, nos termos da legislação vigente;</p> <p>e) O acesso ao ensino básico, a outros níveis de ensino, à pesquisa e à criação artística;</p> <p>f) o acesso à alfabetização de crianças que tenham excedido a idade escolar;</p> <p>g) o atendimento no ensino primário através de programas suplementares de material didáctico-escolar. (artº 40)</p> <p>Compete ao Estado promover o desenvolvimento do ensino secundário geral e técnico de modo a torná-lo acessível a toda a criança. (artº 41)</p> <p>O Estado promoverá e facilitará a criação de condições para a existência de espaços destinados à realização de actividades culturais, desportivas e de lazer destinadas à criança. (artº 44)</p>

**Quanto à organização dos serviços e definição das medidas de protecção à criança**, a parte especial desta lei começa por definir o processo de atendimento da criança, o qual poderá ser público ou não governamental, desde que devidamente autorizado e cumprindo uma série de requisitos e sempre em articulação com os organismos governamentais.

As **linhas gerais da acção política do atendimento**, por sua vez, encontram-se assim organizadas (artº 67º):

- *Políticas sociais básicas*
- *Políticas e programas de assistência social*
- *Serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;*
- *Serviços de identificação e localização de pais ou responsáveis e de crianças desaparecidas;*
- *Protecção jurídico-social por entidades vocacionadas à defesa dos direitos da criança*

Complementarmente, encontram-se previstas as seguintes **medidas de protecção** (artº 72):

- *Orientação e apoio sócio-familiar*
- *Apoio sócio-educativo em regime aberto*
- *Colocação familiar*
- *Acolhimento em instituições de protecção*
- *Liberdade assistida*
- *Internamento*

Encontra-se também prevista no respectivo art.º 68 preveja a adopção por parte do Governo de “**medidas de atendimento especial adequadas, incluindo legislativas, administrativas, sociais e educativas tendentes à protecção das crianças em situação difícil ou de risco**”, ainda que remetendo a sua regulamentação para legislação posterior.

A este propósito encontra-se também inscrito no PNAC II (p. 26) a intenção de regulamentar a Lei 7/2008, de 9 de Julho, sobre a promoção dos Direitos da Criança e a Lei 8/2008, de 15 de julho, sobre a Organização Tutelar de Menores.

Do Mesmo modo, e sendo a **jurisdição de menores voluntária e a ser exercida por autoridade judiciária** (artº 96), a sua **organização, funcionamento e competência são estabelecidas por lei** (artº 97).

Pouco tempo depois (Diploma Ministerial nº 278/2010) foi definido o regulamento dos infantários e centros de acolhimento à criança em situação difícil, ainda que este regulamento incida fundamentalmente, como o próprio nome, indica, sobre as condições da sua criação e funcionamento.

Roam, assim, definidos dois tipos de instituição para este efeito:

**Infantário** – Para crianças entre os zero e os doze anos;

**Centros de Acolhimento** – Para crianças dos sete aos dezoito anos.

Também as chamadas formas de protecção alternativa vieram a ser regulamentadas posteriormente, sendo aqui consideradas a tutela, a família de acolhimento e a adopção (Decreto nº 33/2015, de 31 de Dezembro), de aqui se deixa breve definição, para melhor entendimento:

**Tutela** – Tem lugar na falta do poder parental e tem por objectivo a guarda e educação, a defesa de direitos, a protecção da pessoa e do património do menor.

O cargo de tutor recai sobre pessoa designada pelo pai ou pela mãe do menor, pela lei ou pelo tribunal.

**Família de Acolhimento** – Meio alternativo de suprir o poder parental, proporcionando ao menor órfão, filho de pais incógnitos, abandonado ou desamparado, a integração numa família que o recebe e trata como filho.

**Adopção** – Vínculo que, independentemente dos laços de sangue, se estabelece legalmente e por sentença judicial entre duas pessoas, da qual resulta para o adoptante e para o adoptado relações familiares semelhantes às da filiação natural com idênticos direitos e deveres.

Uma referência final ao capítulo da Lei de Protecção sobre a “criança em conflito com a lei”, ainda que, de acordo com o art.º 92º, as respectivas “**medidas sócio-educativas e as respectivas regras estejam definidas na legislação de menores e na legislação prisional**”.

## 6.3. DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS

### 6.3.1. Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB 2016-2024)<sup>68</sup>

Enquadrando-se no âmbito de programas nacionais estruturantes (Programa Quinquenal do Governo 2015-2019 e Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015-2035) e outros documentos orientadores a nível internacional (Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e Agenda 2063 da União Africana), esta Estratégia Nacional, que se segue a uma outra vigente entre 2010 e 2014, desenvolve-se em 4 eixos:

- **Eixo 1: Reforço do consumo, da autonomia e da resiliência**
- **Eixo 2: Melhoria da nutrição e do acesso aos serviços de saúde e de educação**
- **Eixo 3: Prevenção e resposta aos riscos sociais**
- **Eixo 4: Desenvolvimento institucional.**

Salientam-se, de entre estes, pelo seu foco específico na infância, as seguintes actividades que se integram no âmbito da acção social escolar que, por sua vez, integra o eixo nº 2 (Melhoria da nutrição e do acesso aos serviços de saúde e de educação):

- Realizar uma avaliação da implementação do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PRONAE);
- Estabelecer uma linha orçamental específica para a alimentação escolar e assegurar a alocação de fundos internos para permitir a expansão do programa;
- Avaliar o papel do Apoio Direto à Escola (ADE) na prestação de ajuda a alunos necessitados e introduzir ajustes no Programa para promover a frequência escolar e diminuir a desistência no ensino primário;
- Rever os procedimentos de atribuição de isenções no ensino secundário para uma maior harmonização com os mecanismos de focalização do Instituto Nacional de Acção Social (INAS) e incluir os custos das isenções nos orçamentos das escolas e centros internatos;
- Elaborar um Plano de Acção Nacional sobre o Ensino Especial.

Também no eixo nº 3, no âmbito das acções no âmbito dos Serviços de Acção Social, se encontra prevista uma actividade, com alguma especificidade para a criança e que, de seguida, se transcreve:

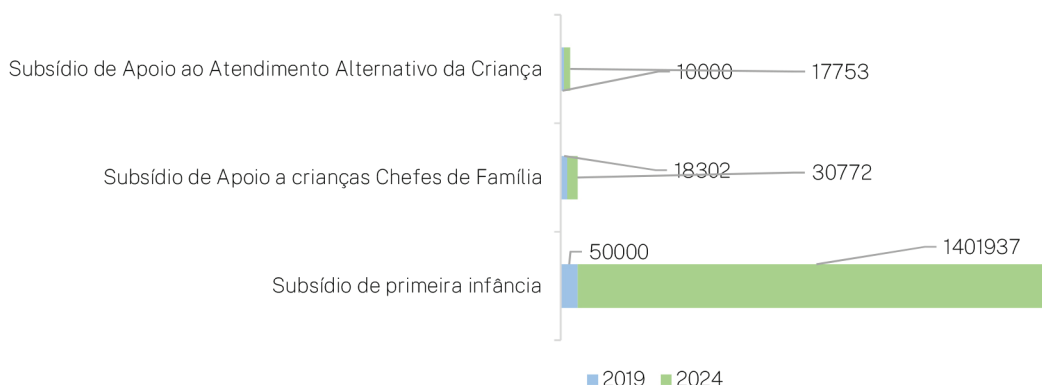
- Integrar as acções preventivas e de resposta em prol das crianças vulneráveis, pessoas com deficiência e das pessoas idosas nos serviços de acção social;

<sup>68</sup> Documento da UNICEF sobre a mesma, disponível em: <file:///C:/Users/manue/Desktop/iCloudDrive/PALOP%20Mo%C3%A7ambique/BIBLIOTECA%20DE%20APOIO/LEGISLA%C3%87%C3%82O%20E%20OUTROS%20DOC%20ESTRAT%C3%89GICOS/Estrategia-Nacional-de-Seguranca-Basica.pdf>

Refira-se que “*Em termos gerais, os programas de transferências sociais implementados pelo INAS deveriam alcançar 3,3 milhões de beneficiários directos em 2024, contra quase 1 milhão previsto para 2019 e os 438.874 alcançados em 2015. Como se mostra, o aumento da cobertura mais significativo a longo prazo, está previsto para o Subsídio para a Criança que depois da fase de testagem em pequena escala até 2019, será ampliado numa escala nacional para alcançar 1,4 milhões de beneficiários em 2024*”<sup>69</sup>.

Assim, o que parece mais significativo nesta estratégia no que se refere à infância, parece ser a aposta no crescimento no universo das crianças abrangidas até 2024, com a seguinte previsão<sup>70</sup>:

**GRÁFICO 33: PROJEÇÃO DE APOIO À CRIANÇA (SUBSÍDIOS) 2019-2024**



Não se tornando possível determinar a distribuição atual dos presentes subsídios pelas províncias e, conseqüentemente, pela Província do Niassa, foi, contudo, possível identificar outros subsídios atribuídos a crianças nesta província<sup>71</sup>:

- **Programa Subsídio Social Básico (PSSB)**
  - Na sua vertente de apoio a crianças órfãs, sozinhas e em situação de pobreza, entre os 14 e os 18 anos:
  - NIASSA: Apoio a 104 agregados familiares (43 masculino e 61 feminino)
- **Programa Apoio Social Direto (PASD)**
  - Kit alimentar (cesta alimentar) NIASSA: 202 crianças (48 masculino e 154 feminino)
  - Suplemento alimentar (leite artificial) NIASSA: 808 crianças (319 masculino e 489 feminino)

Refira-se, no entanto, que já o PNAC II, tinha uma meta para 2014 que apontava para um aumento do número de crianças beneficiárias dos programas de protecção social básica de 580.000, partindo de uma base de 280.000 em 2012.

<sup>69</sup> Ibidem, p. 26

<sup>70</sup> Ibidem, p. 25

<sup>71</sup> Informação prestada pelo Instituto Nacional de Acção Social (INAS, IP), Delegação de Lichinga

### **6.3.2. POLÍTICA DE ACÇÃO SOCIAL E ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO (RESOLUÇÃO Nº 46/2017)**

Afirmando-se alinhada com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030, a Agenda 2063 da União Africana e com a Carta dos Direitos Sociais Fundamentais da SADC, esta Política definiu como grupos-alvo prioritários da Política de Acção Social os seguintes:

- A criança
- A mulher e a rapariga
- A pessoa com deficiência
- A pessoa idosa
- O toxicodependente
- O doente crónico
- O recluso e ex-recluso
- A pessoa refugiada e repatriada
- O deslocado e o regressado
- A pessoa vítima de calamidade
- As pessoas afetadas por reassentamentos involuntários

De entre todos estes, aborda-se aqui em maior detalhe, naturalmente, o grupo da criança, num quadro organizado por identificação da situação atual e medidas de intervenção.

Entretanto, aproveitou-se a elaboração do referido quadro para incluir uma outra coluna com dados retirados do PNAC II, que melhor concretizam essa mesma situação.

Por outro lado, aproveitou-se ainda o mesmo quadro para um exercício de alinhamento entre situações identificadas e medidas propostas, ainda que com a consciência que estas não se esgotam naquelas.

**QUADRO 18: POLÍTICA DE ACÇÃO SOCIAL E ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO E PNAC II: ALINHAMENTO DE MEDIDAS A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO CONSTANTE NA POLÍTICA DE ACÇÃO SOCIAL E ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**

Situação atual	Dados retirados do PNAC II	Medidas de intervenção
<b>Criança em idade pré-escolar</b>		
Limitado acesso à educação pré-escolar pública, principalmente para as crianças mais desfavorecidas a nível nacional		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenvolver infra-estruturas e programas de educação pré-escolar e aumentar progressivamente a cobertura para todas as crianças com particular incidência para as mais vulneráveis;</li> <li>– Ampliar a cobertura dos cuidados sanitários para as crianças em idade pré-escolar.</li> </ul>
<b>Criança em situação de vulnerabilidade</b>		
Altas taxas de crianças órfãs e vulneráveis	<p>O Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Survey) - MICS, 2008, indica que 12% das crianças são órfãs e 5% são vulneráveis. As zonas urbanas, em particular as das regiões sul e centro do país, apresentam taxas mais altas (20%) em relação às rurais (16%). Em 2009, dos 1,8 milhões de órfãos, 510 mil são consequência do HIV e SIDA (UN, 2011). Como indicam os números, a pandemia do HIV/Sida não poupa as crianças. Como resultado, milhares de crianças se encontram infectadas pelo vírus ou já são doentes de SIDA, como resultado da transmissão vertical ou de outras formas de transmissão. (In PNAC II, p. 25)</p> <p>Em 2005, a Universidade Eduardo Mondlane publicou um estudo sobre a situação de tráfico de criança em Moçambique, uma preocupação crescente. Este estudo salientou que na generalidade, existem três tipos de tráfico de pessoas: 1) para exploração sexual comercial 2) trabalho forçado; 3) extracção de órgãos para fins mágicos ou cirúrgicos (In PNAC II, p. 25)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenvolver programas tendentes a combater a condição de vulnerabilidade das crianças afectadas pelas situações acima descritas, incluindo apoio e acompanhamento psicossocial;</li> <li>– Implementar programas de assistência e protecção social da criança em situação difícil.</li> </ul>
Altas taxas de mortalidade de crianças por problemas nutricionais, problemas relativos a doenças infecto-contagiosas e doenças crónicas;		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenvolver programas de educação nutricional, assistência e reabilitação nutricional e de promoção de culturas ricas em nutrientes, bem assim, da plantação de fruteiras e criação de animais de pequena espécie nas comunidades, focalizando maior atenção às famílias vulneráveis;</li> <li>– Massificar programas de educação sexual e sanitária, de prevenção de infecções de transmissão sexual, HIV e de outras doenças, bem assim, de rastreio dessas doenças, dirigidos aos grupos sociais vulneráveis, com destaque para a rapariga;</li> </ul>
Exiguidade de infra-estruturas de saúde e de conhecimentos sobre cuidados básicos de saúde por parte dos pais;		
Altas taxas de famílias chefiadas por crianças;	<p>Outras se tornaram órfãos de pais vítimas do SIDA, e em consequência, muitas delas vêm-se na contingência de terem que assumir a responsabilidade dos agregados familiares e terem que cuidar dos seus irmãos e familiares doentes, ao mesmo tempo que são alvo de discriminação nas comunidades, por serem órfãos de pais seropositivos. No geral estas crianças vêm as suas vidas largamente dificultadas apresentando carências emocionais e económicas desastrosas, vivendo em situação de pobreza extrema e vulneráveis às mais diversas formas de abuso (MMAS (2006. Plano Nacional de Acção Para a Criança (PNAC). República de Moçambique: Maputo).</p>	

<p>Taxas elevadas de crianças órfãs, desamparadas, da e na rua, com deficiência, vítimas de abuso sexual, de violência doméstica e de prostituição;</p>	<p>Os dados estatísticos do atendimento dos Centros de Reabilitação Infanto-Juvenil (CERPIJ) do Hospital Central de Maputo, indicam que cerca 149 meninas e 22 meninos atendidos entre 2009 e 2010 foram vítimas de violação sexual (In PNAC II, p. 24)</p> <p>A vulnerabilidade leva as crianças ao desamparo e a viverem em instituições de acolhimento sendo que em 2011 cerca de 15,000 crianças viviam em 155 centros de acolhimento no país (Ministério da Mulher e da Acção Social, 2011) (In PNAC II, p. 25)</p>	<p>– Disseminar e divulgar a legislação relativa à protecção dos direitos da criança, e fiscalizar a sua implementação por parte dos diversos actores em matéria de atendimento da criança, com vista a se assegurar a observância dos direitos das crianças;</p>
<p>Mortalidade de adolescentes associadas a abortos;</p> <p>Elevada prevalência de casamentos prematuros;</p>	<p>De acordo com IDS (Inquérito Demográfico de Saúde, 2003) quarenta e um porcentos (41%) dos adolescentes entre os 15-19 anos são mães ou estão grávidas do primeiro filho e 17% estão casadas antes dos 15 anos de idade e a maioria dos adolescentes (52%) está casada antes dos 18 anos de idade vendo comprometida a sua disponibilidade à educação e saúde. Em números absolutos mais de 700,000 meninas entre os 12 e 14 anos estão casadas ou vivem em união estável (11%12), muito antes de completarem a maioridade. (In PNAC II, p. 24)</p>	<p>– Implementar programas de sensibilização, e de educação de adolescentes e jovens, especialmente das raparigas, pela necessidade do retardamento da iniciação sexual, ou pela prática de sexo seguro, com vista à prevenção de doenças infecto-contagiosas, e a redução dos índices de ocorrência de gravidez precoce e indesejada;</p>
<p>Prevalência do acesso e permanência de menores de 18 anos nos recintos públicos de diversão nocturna;</p>		
<p>Prevalência de crianças envolvidas na mendicidade;</p>		<p>– Promover estratégias e acções que reforçam o papel das famílias e das comunidades na socialização, integração e reintegração social das crianças;</p>
<p>Número crescente de crianças envolvidas em actos ilícitos, tais como furtos, assaltos;</p>	<p>De acordo com os dados do Ministério da Justiça cerca de 2,300 menores entre 16 e 21 anos de idade encontram-se em estabelecimentos prisionais (Ministério da Justiça. Relatório do Sistema Nacional de Prisões, 2011).</p>	<p>– Desenvolver programas multisectoriais, de prevenção e combate à delinquência infantil, ao consumo de droga e álcool;</p>
<p>Persistência de abusos e violência contra a criança;</p>	<p>De acordo com os dados oficiais do Ministério do Interior (MINT- Gabinetes de Atendimento à Mulher e à Criança) foram denunciados à polícia, entre 2006 e 2010, cerca de 17 mil casos de violência contra crianças. É importante ressaltar que apesar de haver um número cada vez maior de denúncia de casos de violência contra a criança à Polícia, a maioria dos casos não é reportada às instituições competentes, sendo resolvidos a nível da família, de acordo com o Plano Nacional de Acção para a Prevenção e Combate à Violência contra a Mulher (2008-2012) (In PNAC II, p. 24)</p>	<p>– Desenvolver programas de combate à violência contra a criança, incluindo a prostituição infantil, e abuso sexual, aos casamentos prematuros, tráfico, trabalho infantil, mendicidade bem como de protecção e assistência às vítimas desses males;</p>
<p>Limitada capacidade de absorção de crianças no ensino secundário e técnico-profissional;</p>		
<p>Altas taxas de desistência escolar devido a factores associados à pobreza e vulnerabilidade, incluindo os casamentos prematuros, gravidez precoce e prostituição infantil.</p>	<p>Registam-se igualmente, práticas como o trabalho infantil, nas suas piores formas, envolvendo crianças de 7 ou mais anos de idade (35,6% das crianças no activo têm entre 7 e 9 anos de idade no sector informal. Os danos profundos e traumáticos que estas práticas podem ter na saúde, desenvolvimento físico e psicológico da criança, no seu acesso ao ensino (32,7% não estudam) (Instituto Nacional de Estatísticas (2010). Inquérito Integrado à Força de Trabalho: Relatório sobre o Trabalho Infantil em Moçambique. (In PNAC II, p. 25)</p>	

### 6.3.3. Plano Nacional de Acção para a Criança II (PNAC) 2013-2019<sup>72</sup>

Após um primeiro plano complementado com um outro mais específico – Plano de Acção Para as Crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV) para o período 2006-2010 - e avaliados os resultados positivos de ambos, foi decidido um novo PNAC, agora integrando também os objectivos específicos do PACOV.

Definido sistema de protecção a criança como “o conjunto de leis, políticas, regulamentos e serviços necessários em todos os locais e em todos os sectores sociais -especialmente a acção social, educação, saúde, segurança e justiça – para proteger as crianças contra abusos, violência, exploração, abandono” (p.26), o Plano estrutura-se sobre quatro áreas-chave, a saber:

- ***Sobrevivência da Criança***
- ***Desenvolvimento da Criança***
- ***Protecção***
- ***Participação da Criança***

Coincidindo basicamente estas áreas-chave com aquelas definidas para a organização do presente trabalho (ver nota metodológica inicial), optou-se por desagregar os respectivos objectivos, inserindo-os em cada um dos capítulos respectivos deste trabalho ou quando oportuno em qualquer outro dos capítulos com abordagem específica a uma determinada matéria.

Abordar-se-á então, de seguida, estas duas últimas dimensões (protecção e participação da criança), retendo aqui apenas os respectivos objectivos específicos e as acções privilegiadas para o alcance dos mesmos (p. 28):

---

<sup>72</sup> O Plano Nacional de Acção para a Criança disponível é o PNAC II que, no entanto, tinha um horizonte temporal entre 2013 e 2019, sendo, sobretudo, que as metas se encontravam indexadas aos ODM e, portanto, ainda sem integração dos ODS.



**QUADRO 19: PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA II (PNAC) 2013-2019: ACÇÕES PREVISTAS PARA A ÁREA-CHAVE DA PROTECÇÃO****PROTECÇÃO**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	AÇÕES
1: Construir um ambiente favorável para alcançar o bem-estar das crianças e para remover as práticas tradicionais nocivas ao seu desenvolvimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamentar a Lei 7/2008, 9 de Julho, sobre a promoção e Protecção dos Direitos da Criança e Lei 8/2008, de 15 de Julho, Sobre a Organização Tutelar de Menores;</li> <li>- Realização de acções de sensibilização para a prevenção do consumo de álcool, tabaco e drogas por crianças bem como para a reabilitação das já envolvidas;</li> <li>- Implementação de medidas para impedir o acesso de menores aos recintos públicos de diversão nocturna e ao consumo de álcool, tabaco, drogas e bem como a filmes inadequados a sua idade, em particular a Lei 6/99, de 2 de Fevereiro;</li> <li>- Realização de estudos antropológicos sobre uniões forçadas, ritos de iniciação e outras práticas no âmbito da protecção da criança”.</li> </ul>
2: Capacitar os vários sectores em matéria de protecção da criança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação dos direitos e a legislação que protege a criança para reforçar o papel protector das famílias e da comunidade bem como remover as práticas tradicionais negativas.</li> <li>- Inclusão no currículo escolar: direitos e deveres das crianças, educação cívica, introdução aos direitos humanos, direitos e deveres da criança, segurança rodoviária, saúde sexual e reprodutiva, abuso sexual e tráfico.</li> </ul>
3: Prevenir e Proteger as crianças contra todas as formas de abuso, violência, discriminação e exploração.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção e combate à discriminação, violência, negligência, abuso e exploração sexual, tráfico, uniões forçadas, e as piores formas de trabalho infantil.</li> </ul>
4: Garantir os direitos dos adolescentes quando em situação de conflito com a lei, através de um sistema de responsabilidade penal-juvenil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expansão de tribunais de menores e estabelecer centros de reabilitação de menores em conflito com a Lei;</li> </ul>
5: Assegurar o direito de toda a criança a uma identidade e cidadania.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação de medidas para registo das crianças através da expansão dos serviços e de acções de sensibilização das famílias e comunidades sobre a necessidade de registo</li> </ul>
6: Assegurar a protecção dos direitos das crianças em situação particular de vulnerabilidade em situações de emergência, privação de meio familiar, pobreza absoluta, por serem portadoras de deficiência, ou se encontrarem refugiadas no País.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento integrado de crianças vítimas de violência;</li> <li>- Assistência multiforme às crianças em situação de vulnerabilidade principalmente as crianças chefes de agregados familiar, vivendo com pessoas idosas e afectadas pelas emergências e as refugiadas;</li> <li>- Realização de acções para a localização e reunificação familiar, integrada em famílias de acolhimento e adoptivas de crianças desamparadas.</li> </ul>

**QUADRO 20: PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA II (PNAC) 2013-2019: ACÇÕES PREVISTAS PARA A ÁREA-CHAVE DA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA****PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	AÇÕES
1. Promover e facilitar o respeito pelas opiniões das crianças e sua participação em todos os assuntos que lhes digam respeito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a participação das crianças nos conselhos, clubes de escola, Comitês Comunitários, nos meios de comunicação social e outros mecanismos.</li> <li>- Expansão e fortalecimento do Parlamento infantil a nível Nacional, provincial e distrital.</li> <li>- Sensibilização das famílias e comunidades para o respeito ao direito da criança a liberdade de expressão e participação nas questões que a dizem respeito em função da sua idade e maturidade.</li> <li>- Formação das crianças para cumprirem com os seus deveres na família, na escola e na sociedade.</li> </ul>

## 6.4. ALGUMAS DIMENSÕES DO SISTEMA DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA

A natureza sistémica da protecção da criança pressupõe, para além da participação da própria de acordo com o seu grau de desenvolvimento e maturidade, o envolvimento das famílias, comunidades, organismos do Estado e instituições da sociedade civil.

A promoção e protecção dos direitos da criança, nas suas dimensões social e individual e aos diferentes níveis anteriormente referidos, é superiormente assegurada pelo **Comité Nacional dos Direitos da Criança (CNAC)**, através da coordenação das entidades oficiais e civis para este efeito.

Nesse sentido, o CNAAC é presidido pelo primeiro-ministro, tendo como vice-presidente o Ministro do Género, Crianças e Bem-Estar. Integram ainda este Comité os Ministérios da Justiça, Assuntos Religiosos e Direitos Humanos, Educação, Saúde, Trabalho, Emprego e Segurança Social e Agricultura e Segurança Alimentar. O Conselho integra ainda representantes de outros grupos sociais vulneráveis e confissões religiosas.

### 6.4.1. PROTEÇÃO SOCIAL

O Sistema de Protecção Social de Moçambique encontra-se distribuído por dois ministérios e serviços diferentes.

Assim, a **Protecção Social Básica** é gerida pelo **Instituto Nacional de Acção Social (INAS)**, no âmbito do Ministério do Género, Criança e Acção Social, encontrando-se os dois outros níveis (**Protecção Social Obrigatória e Complementar**) sob a responsabilidade do **Instituto Nacional de Segurança Social (INSS)**, no âmbito do Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social.

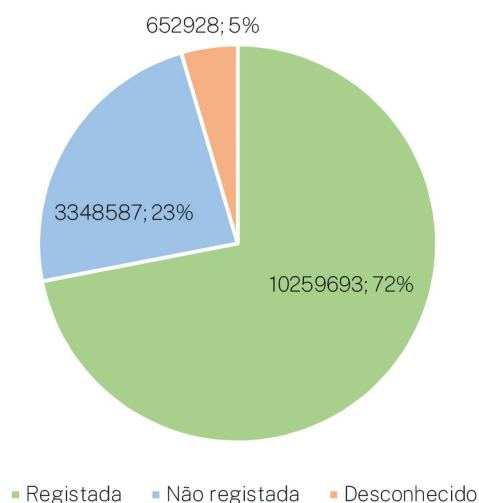
#### 6.4.1.1. REGISTO DE NASCIMENTO

“ Para aumentar o registo de nascimentos, é preciso superar as barreiras culturais e as normas sociais prevalecentes, a falta de conhecimento dos pais sobre a importância do registo de nascimento e os casos de duplo registo. É importante que as crianças sejam registadas antes dos 9 meses de idade, pois é durante este período que as mães costumam levar os seus filhos às unidades sanitárias ou hospitais para o controlo do peso e vacinação. O apoio do Ministério da Saúde tem sido inestimável ao incluir o registo de nascimento durante as semanas nacionais de saúde. Esta medida ajudou a reduzir a acumulação de casos

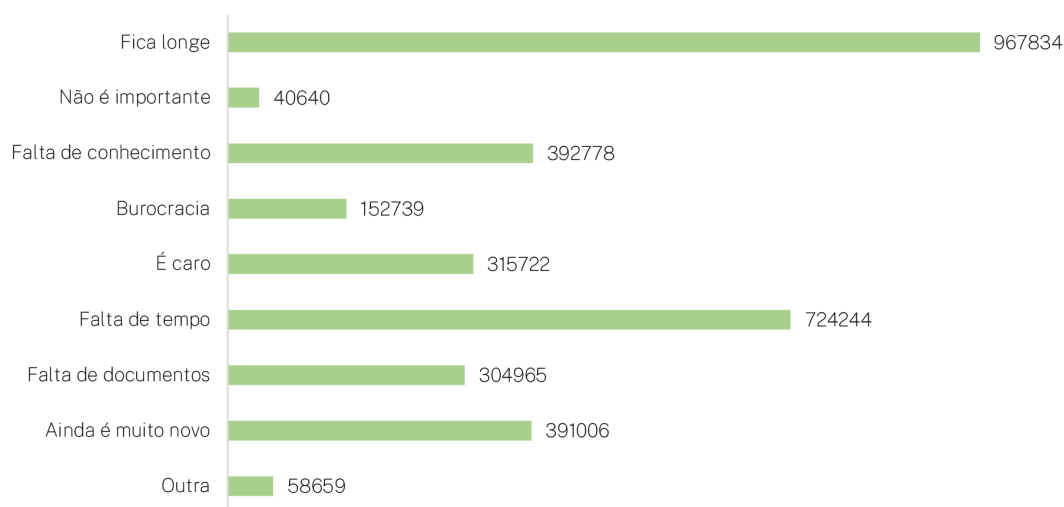
Maria Benvinda Levi, Ministra da Justiça em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

O registo do nascimento de uma criança tem um valor simbólico extremamente importante enquanto reconhecimento formal e social da existência de um novo ser humano e, depois, uma importância maior na medida em que lhe vai permitir o acesso aos serviços de saúde, de educação e segurança social. Para além, contribui para a sua protecção face a outras ameaças, nomeadamente o trabalho infantil, casamento prematuro e potencial recrutamento militar.

No entanto, e de acordo com o Censo (2017), constata-se um número apreciável de indivíduos até aos 18 anos que não se encontram registados, como o gráfico seguinte ilustra.

**GRÁFICO 34: MOÇAMBIQUE - SITUAÇÃO REGISTRAL DA CRIANÇA (0-17 ANOS) EM VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS**

Numa relação em que o número de crianças registadas aumenta à medida que a idade também aumenta, importa acompanhar as razões de não registo identificados no Censo e que se traduzem aqui, também através de um gráfico, para melhor perceção.

**GRÁFICO 35: MOÇAMBIQUE - RAZÕES APONTADAS PARA O NÃO REGISTO DA CRIANÇA**

Optou-se por não apresentar os valores percentuais uma vez que o gráfico em si evidencia claramente a desproporção das razões, que se poderão subdividir em dois tipos:

**Razões objetivas** (que englobam os itens “fica longe”, “falta de tempo”, “falta de documentos” e “é caro”). Somadas estas quatro razões objetivas, as mesmas constituem 69% das razões apontadas (o que equivale a 2.312.765 de crianças não registadas);

**Razões subjetivas** (aqui incluindo os itens “não é importante”, “falta de conhecimento” e “ainda é muito novo”) os quais, de per si, representam 24,6% (824.424 casos).

A propósito, sobretudo, das razões objetivas apontadas, vale dizer que Para além da eventual distância e perda de tempo, não existe nenhum custo direto associado ao registo de nascimento, salvo se o mesmo não for efetuado no prazo de 120 dias, pagando-se então uma taxa de 50 Mts (USD 0,79).

Já quanto à organização dos serviços de registo e sua acessibilidade, salienta-se<sup>73</sup>:

*“A actividade de registo civil é descentralizada. O país está dividido em províncias, distritos, postos administrativos e localidades. Existe um ou mais Centros de Registo ou Conservatórias em cada distrito. Em cada Conservatória numa província ou distrito podem existir 4 a 5 Postos de Registo Civil (Postos). A unidade administrativa mais pequena onde são efectuados registos de eventos vitais é o Posto Administrativo. Existe um total de 509 Postos Administrativos no país, dos quais 164 estão classificados como urbanos e 345 estão em zonas rurais. Os postos de registo civil também operam em algumas unidades sanitárias de maior procura”.*

*Na maior parte do país, o agregado familiar mais próximo numa aldeia está a uma distância média de um quilómetro do Postos de Registo Civil, enquanto o agregado familiar mais afastado estaria a cerca de cinco quilómetros de distância. Em termos de percurso a pé, traduzir-se-ia em 1 a 4 horas para que uma pessoa chegue a um Posto de Registo Civil, dependendo da distância onde esta reside dentro dos limites de uma aldeia. Estima-se que quem procura os serviços necessitaria de menos de uma hora para chegar a qualquer dos postos de registo num automóvel ou motociclo. Contudo, em algumas zonas do país, o agregado familiar mais distante poderia chegar a estar a 50 quilómetros, sendo o acesso aos postos de registo um grande desafio nessas regiões”.*

Têm vindo a ocorrer, entretanto, alterações no sistema com vista a uma maior eficácia e eficiência deste, de que se destacam as alterações ao Código do Registo Civil, a simplificação e modernização dos actos de registo civil e a consequente introdução do Sistema Electrónico de Registo e, ainda, a criação do Número Único de Identificação.

#### 6.4.1.2. TRABALHO INFANTIL

**“***O trabalho infantil é um problema real e crítico em Moçambique e existe principalmente no comércio informal, mineração e agricultura. O tráfico internacional de crianças e o trabalho infantil nas cidades fronteiriças são as piores formas de trabalho infantil que temos hoje. Uma vez que se trata de um problema transversal, resolvê-lo requer uma abordagem integrada dos vários intervenientes –daí a necessidade de um plano de acção nacional contra o trabalho infantil com estratégias claras. Este plano está a ser elaborado neste momento, sob a liderança do Ministério do Trabalho. Para prevenir e combater o trabalho infantil, há uma necessidade de combater as suas causas, tais como a vulnerabilidade das famílias, a pobreza, o HIV/SIDA e o acesso à educação. Temos de realizar uma avaliação para ter uma visão clara e uma imagem exacta do problema em termos de números, percentagem e causas. Actualmente, uma lista nacional de trabalhos perigosos está a ser elaborada como um meio de garantir a clareza sobre que formas de trabalho infantil Moçambique considera aceitáveis, tendo em conta os aspectos culturais, tais como a aprendizagem ou tarefas domésticas, e quais são consideradas inaceitáveis devido à sua natureza exploradora, por exemplo o trabalho perigoso.*

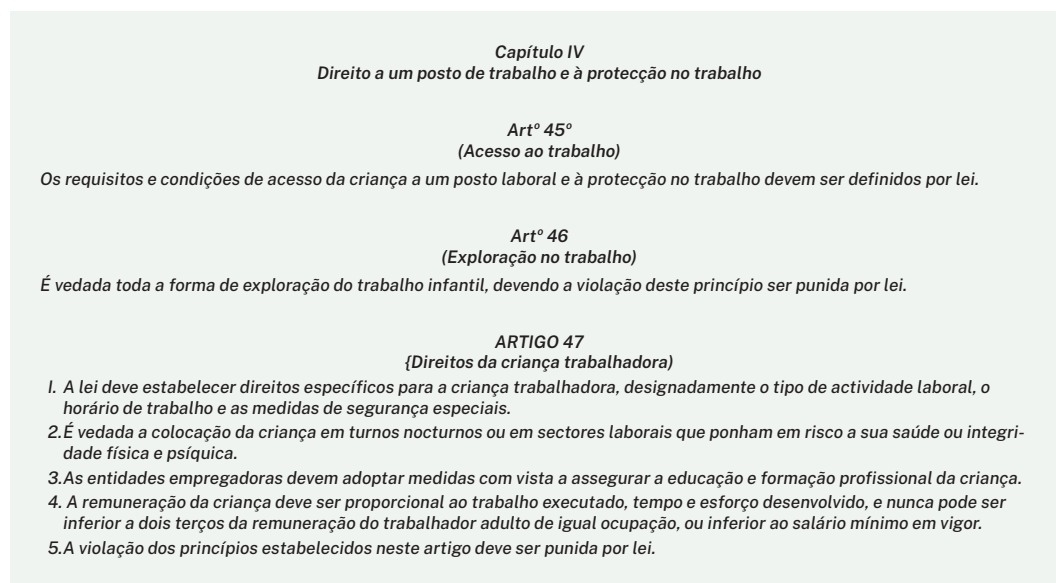
*Maria Benvinda Levi, Ministra da Justiça em 2013 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)*

73 Breve Resumo do Sistema de Registo Civil e Estatísticas Vitais de Moçambique, disponível em: BREVE RESUMO DO SISTEMA DE REGISTO CIVIL E ESTATÍSTICAS VITAIS DE MOÇAMBIQUE (systemesec.ca)

Em 2003 Moçambique ractificou a Convenção nº 138 sobre a idade mínima para admissão a emprego (1973) e a Convenção nº 182 sobre a interdição das piores formas de trabalho das crianças (1999).

Nesta sequência e de forma mais genérica foram sendo tomadas algumas medidas, como as estratégias de combate à pobreza e promoção do ensino primário no acesso e retenção, e outras mais específicas, como campanhas de sensibilização junto dos empregadores.

Também a Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança (Lei nº 7/2008, de 9 de Julho), veio contemplar um capítulo especial sobre esta matéria que, de seguida, se transcreve:



### **Idade mínima para admissão a emprego**

Mais especificamente e no que tem a ver com a idade mínima para admissão a emprego (Convenção nº 138), embora a Constituição da República de Moçambique estipule no seu art.º 121 (Infância) que é proibido o trabalho de crianças em idade de escolaridade obrigatória, as diferentes leis que regulam o trabalho de menores abrem a exceção para a contratação de menores com idade inferior aquela estipulada pela referida Convenção e pela Recomendação n.º 146 da OIT, remetendo a responsabilidade para a família.

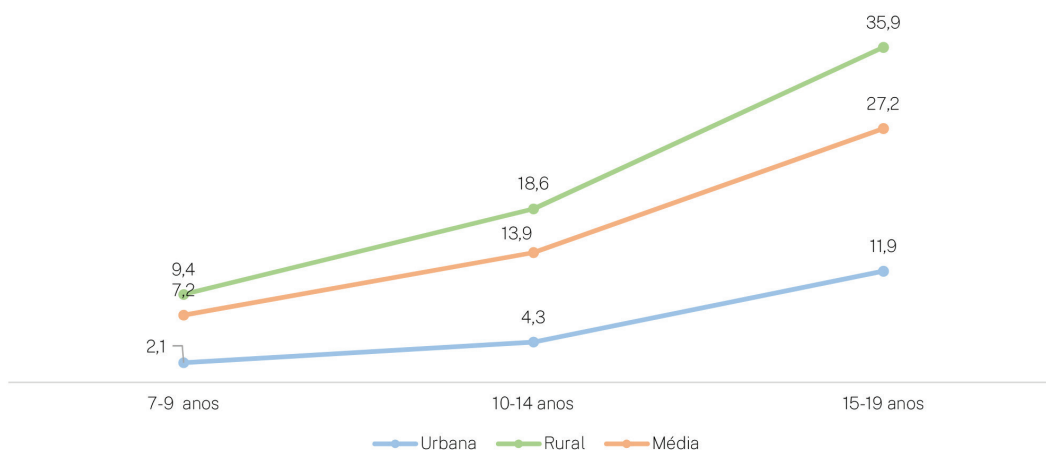
De facto, a Lei do trabalho (Lei nº 23/2007) veio estipular os 15 anos como a idade mínima de admissão ao trabalho, desde que com autorização do seu representante legal e, excepcionalmente, a partir dos 12 anos, a regular em função da natureza e condições, tendo em consideração as condições precárias de sustentabilidade da família.

Os MICS de 2008 apontam para um valor de 22% das crianças trabalhavam, envolvendo uma percentagem maior de raparigas do que de rapazes (24% para 21%) e um valor superior nas áreas rurais (25%) que nas urbanas (15%).

Entretanto, um outro inquérito, o Inquérito Contínuo aos Agregados Familiares (INCAF), que definiu o trabalho infantil de maneira diferente e que parece não incluir o trabalho dentro do agregado familiar, constatou que, no último trimestre de 2011, 12% de crianças entre os 5 e os 17 anos de idade trabalhavam, com proporções mais ou menos semelhantes de raparigas e rapazes envolvidos (INE, 2013).

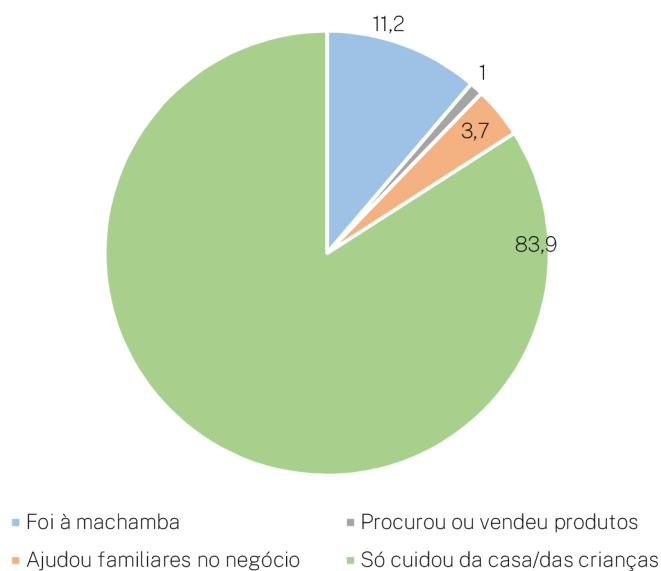
Talvez que o retrato mais fiel da situação possa ser aquele que resulta de alguns dados do Censo de 2018 o qual, sem partir de uma definição de princípio do trabalho infantil, procurou antes perceber a realidade do trabalho da criança. Nesse sentido, os gráficos seguintes são o resultado de alguma extração de dados de alguns desses quadros estatísticos<sup>74</sup>:

**GRÁFICO 36: POPULAÇÃO ENTRE 7 E 19 ANOS COM ACTIVIDADE NA SEMANA ANTERIOR AO INQUÉRITO (%)**



Tentando agora melhor entender o tipo de actividade desenvolvida, e como se constata no gráfico seguinte, a maioria esmagadora circunscreveu-se a cuidar da casa/das crianças.

**GRÁFICO 37: TIPO DE ACTIVIDADE DESENVOLVIDA NA SEMANA ANTERIOR AO INQUÉRITO (%)**



<sup>74</sup> IV Recenseamento Geral da População 2017, Resultados definitivos (quadros 28 e 30) da Apresentação do INE, Maputo, 2019

Agora numa análise mais fina, agora a partir dos **segmentos etários**:

- Ida à machamba – a percentagem aumenta quase para o dobro quando se passa de um segmento etário para o outro;
- Procurou ou vendeu produtos – Apesar do valor percentual inexpressivo, verifica-se uma progressão idêntica à anterior;
- Ajudou familiares no negócio – não varia substancialmente em função da idade;
- Só cuida da casa/das crianças – Diminui do segmento mais novo para o mais velho.

Relativamente à diferenciação entre a **residência urbana e rural**:

- Ida à machamba – a percentagem aumenta quase para o dobro quando se passa da residência urbana para a rural, sobretudo por força do segmento etário dos 15 aos 19 anos;
- Procurou ou vendeu produtos – Com um valor percentual inexpressivo, não se verifica qualquer diferenciação significativa entre a residência urbana e rural;
- Ajudou familiares no negócio – Não se verifica qualquer diferenciação significativa entre a residência urbana e rural;
- Só cuida da casa/das crianças – Não se verifica qualquer diferenciação significativa entre a residência urbana e rural.

Relativamente à diferenciação entre **sexos**:

**Em geral:** Não se verifica, na globalidade, diferença significativa no trabalho nesta idade a partir da diferenciação sexual, salvo no segmento dos 14-19 anos, com um valor percentual superior em 4 pontos dos elementos masculinos urbanos sobre os rurais e outros 4 pontos percentuais dos elementos femininos rurais sobre os urbanos.

**A partir das 4 actividades definidas:**

- Ida à machamba – Não se verifica qualquer diferenciação significativa no segmento em qualquer dos segmentos etários entre elementos masculinos e femininos;
- Procurou ou vendeu produtos – Não se verifica qualquer diferenciação em qualquer dos segmentos etários entre elementos masculinos e femininos;
- Ajudou familiares no negócio – Não se verifica qualquer diferenciação significativa no segmento dos 7-9 e 10-14 anos, mas uma diferença percentual de 5 pontos a favor dos elementos masculinos no segmento dos 15-19 anos;
- Só cuida da casa/das crianças – Não se verifica qualquer diferenciação significativa no segmento dos 7-9 e 10-14 anos, mas uma diferença percentual de 10 pontos a favor dos elementos femininos no segmento dos 15-19 anos.

#### **Piores formas de trabalho das crianças**

Relativamente às piores formas de trabalho das crianças (Convenção n.º 183) a realidade então ainda existente era aquela que se encontra retratada através do inquérito *Child Labour Rapid Assessment – 1999/2000*, “as piores formas de trabalho infantil foram identificadas na área do trabalho doméstico, no comércio de produtos agrícolas e na prostituição infantil. Como referido no relatório do inquérito, estes tipos de trabalho expõem a criança a riscos extremos, a condições inseguras e prejudiciais à sua saúde, e a situações de exploração extrema devido à sua exposição a longas horas de trabalho e baixo rendimento”<sup>75</sup>.

<sup>75</sup> Citado por Estudo sobre a aplicação das Convenções n.º 138 e n.º 182 da OIT e suas recomendações na legislação nacional dos países da CPLP em Moçambique (2012), disponível em: Mozambique\_Booklet\_v5\_Final\_f... (cplp.org)

Foi assim que, já na sequência da ractificação das convenções, Moçambique assumiu todo um conjunto de medidas legislativas e ractificação de convenções e protocolos internacionais, nomeadamente em relação a:

- Todas as formas de escravatura, tráfico, servidão, trabalho forçado ou obrigatório e conflito armado;
- Utilização, procura ou oferta de crianças para fins de prostituição, produção de pornografia ou de espetáculos pornográficos;
- Utilização, recrutamento ou oferta de uma criança para actividades ilícitas, para a produção e tráfico de estupefacientes;
- Trabalhos perigosos (nomeadamente a actividade militar e a de segurança privada e, por isso, interdita a menores de 18 e 21 anos, respectivamente).

Já em 2018, o departamento do Trabalho dos EUA procede ao ponto de situação das piores formas de trabalho infantil em Moçambique da seguinte forma<sup>76</sup>:

*“Em 2018, Moçambique fez um avanço moderado nos seus esforços de eliminar as piores formas de trabalho infantil. O governo emendou a Legislação do Sistema Nacional de Educação, aumentando a escolaridade obrigatória para os 15 anos de idade. O governo redigiu uma versão preliminar da actualização da Lei do Trabalho estipulando como idade mínima para trabalhar os 15 anos, eliminando a excepção que permite que crianças de 12 anos de idade comecem a trabalhar. Ademais, a Procuradoria-Geral aumentou significativamente a sua capacidade de formação e ampliou a formação para agentes de aplicação da lei, incluindo uma série de workshops para jornalistas, com um foco na identificação de vítimas e métodos de notificação para garantir a segurança das vítimas e reforçar a capacidade do governo para processar judicialmente casos de tráfico de seres humanos. Contudo, as crianças em Moçambique estão envolvidas nas piores formas de trabalho infantil, incluindo o serviço doméstico forçado. As crianças também desempenham trabalhos perigosos na produção de tabaco. Os inspectores de trabalho não recebem formação suficiente e o governo carece tanto de recursos apropriados para executar leis relacionadas com trabalho infantil como de mecanismos de coordenação para fazer face ao trabalho infantil. Ademais, os programas existentes não atendem de forma abrangente à extensão do problema em Moçambique.”*

Entretanto, em 2017, fora aprovado pelo Governo o Plano de Acção Nacional para o Combate às Piores Formas do Trabalho Infantil Em Moçambique (2017-2022)<sup>77</sup>.

De acordo com o mesmo, e citando relatório de 2015/16 adotado pelo Governo, “as principais causas do envolvimento de crianças e adolescentes na prática das piores formas de trabalho infantil, são económicas, sócio-culturais, baixo nível de escolaridade da população, burocrático-legais, políticas e as calamidades naturais (seca e cheias) e ... a prostituição infantil, mineração do tipo garimpo, o transporte de carga pesada e o comércio informal eram as principais manifestações das Piores Formas do Trabalho Infantil no país” (p.8).

Foram, assim, definidos 5 eixos estratégicos, tendo em vista a prevenção e mitigação das piores formas de trabalho infantil:

- **Eixo 1: Acesso à Educação e Formação Profissional**
- **Eixo 2: Fortalecimento da capacidade de geração de renda das famílias afectadas pelas piores formas de trabalho infantil**
- **Eixo 3: Sensibilização e Comunicação para Mudança de Comportamento**

<sup>76</sup> Departamento do Trabalho dos EUA Conclusões sobre as Piores Formas de Trabalho Infantil – 2018, disponível em: 2018 Findings on the Worst Forms of Child Labor: Mozambique (usembassy.gov)

<sup>77</sup> Plano de Acção Nacional para o Combate às Piores Formas do Trabalho Infantil Em Moçambique (2017-2022) disponível em: MOZ106421.pdf (ilo.org)



- **Eixo 4: Fortalecimento da capacidade das instituições relevantes, revisão do quadro legal, bem como a melhoria da coordenação e o tripartismo para permitir a execução efetiva de programas de apoio para a eliminação das Piores Formas do Trabalho Infantil**
- **Eixo 5: Retirada, reabilitação e Integração de crianças envolvidas nas Piores Formas de Trabalho Infantil e sua colocação em programas de geração sustentável de meios de vida.**

Entretanto, não foi possível recolher dados fiáveis e regulares que permitissem uma avaliação sistemática e mais completa quer da situação atual quer da evolução ao longo do tempo no que ao trabalho infantil diz respeito.

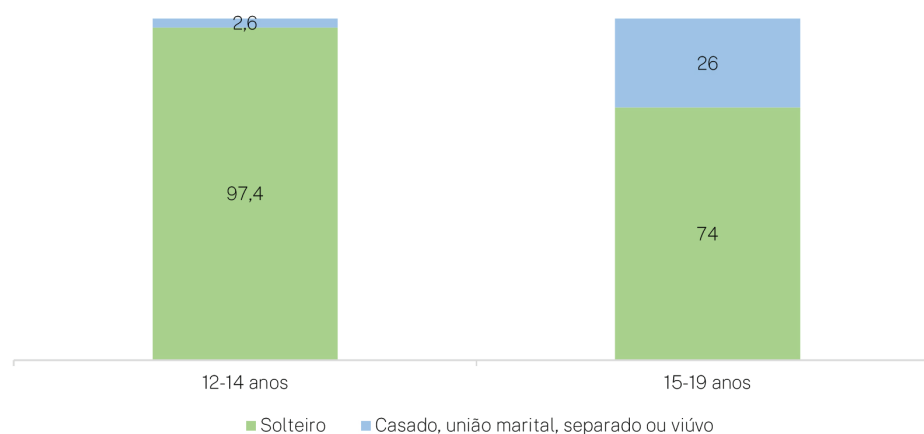
### 6.4.1.3. UNIÕES PREMATURAS

Entende-se por união prematura aquela em que uma das partes seja menor de 18 anos, tendo em consideração que, nos termos da Lei da Família (Lei n.º 10/2004 de 10 de Agosto), a idade legal para casar sem consentimento parental passou dos 16 para os 18 anos.

Não obstante, o assinalável progresso nesta matéria ao longo das duas últimas décadas, Moçambique apresentava uma das taxas de casamento prematuro mais altas do mundo, uma vez que metade das raparigas casavam então antes dos 18 anos e uma em cada sete raparigas antes dos 15 anos (2014)<sup>78</sup>.

Mais recentemente, e tendo em consideração os dados constantes no censo (2018) poderá tornar-se possível uma leitura aproximada da atual situação a partir dos dados referidos, pelo que se procedeu a uma extração parcial dos mesmos e sua transformação em gráficos que aqui se deixam:

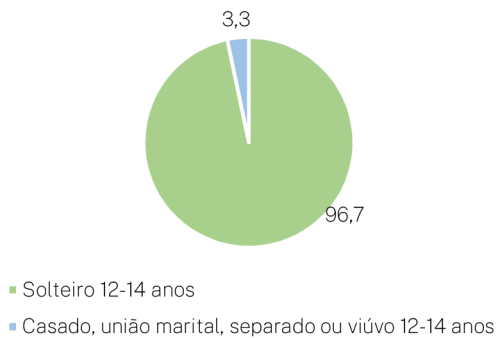
**GRÁFICO 38: ESTADO CIVIL DA POPULAÇÃO ENTRE OS 12-19 ANOS- TOTAL (%)**



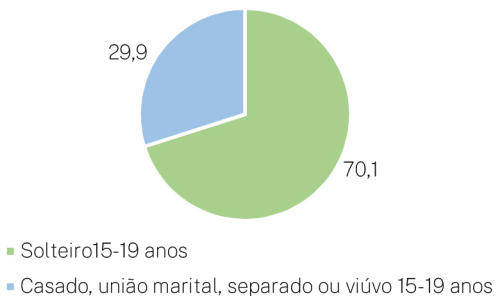
Interessará agora verificar o modo com este valor percentual se distribui nestes dois segmentos etários entre a população rural e urbana. Assim, e como se constata nos gráficos seguintes, persiste, sobretudo na população rural, uma percentagem, ainda que pequena, de crianças entre os 12 e os 14 anos não consideradas solteiras, valor esse que, depois, dispara exponencialmente no segmento etário seguinte.

<sup>78</sup> UNICEF, Situação das crianças em Moçambique 2014

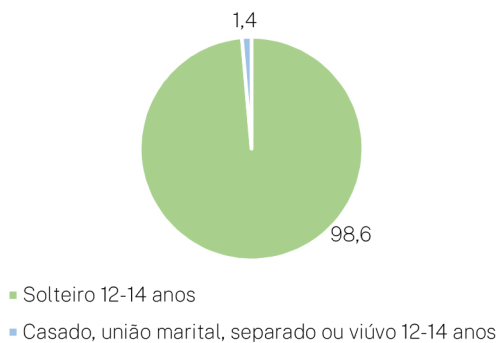
**GRÁFICO 39: ESTADO CIVIL DA POPULAÇÃO RURAL ENTRE 12-14 ANOS (%)**



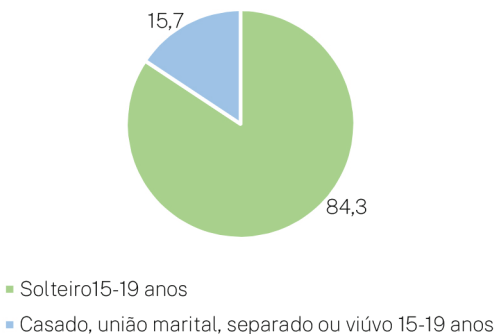
**GRÁFICO 40: ESTADO CIVIL DA POPULAÇÃO RURAL ENTRE 15-19 ANOS (%)**



**GRÁFICO 41: ESTADO CIVIL DA POPULAÇÃO URBANA ENTRE 12-14 ANOS (%)**

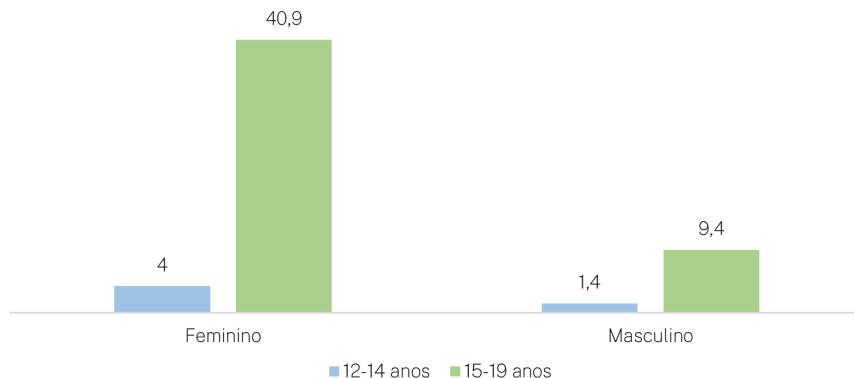


**GRÁFICO 42: ESTADO CIVIL DA POPULAÇÃO URBANA ENTRE 15-19 ANOS (%)**



Quanto à diferenciação por sexo, torna-se evidente a prevalência desta situação no sexo feminino, em que quase metade dos indivíduos se encontram em qualquer destes estados no decurso da sua infância.

**GRÁFICO 43: POPULAÇÃO CASADA, EM UNIÃO MARITAL, SEPARADA OU VIÚVA, ENTRE 12-19 ANOS, POR SEXO (%)**



Dir-se-á, a partir dos gráficos anteriores, que este é um fenómeno predominantemente da população rural do sexo feminino.

No entanto, em síntese mais completa que os dados evidenciam também mas que não se torna possível aqui aprofundar, poder-se-á afirmar que o contexto sócio-cultural, associado a normas consuetudinárias e a ritos de iniciação na passagem simbólica para a idade adulta têm constituído o terreno mais propício a este fenómeno, potenciado, depois, pelas relações desiguais de género e agravado pela pobreza, a que se associa a vivência em zonas rurais e, entre causa e efeito, o abandono da escola.

De qualquer dos modos, para além de se constituir como um óbvio abuso físico, emocional e sexual na maior parte das situações, tendo em consideração a maturidade da pessoa aos três níveis referidos e a que acresce ainda a sua (i)maturidade social, as suas consequências traduzem-se frequentemente em problemas na saúde reprodutiva, provocam mais facilmente a violência de género e limitam qualquer possibilidade de desenvolvimento da pessoa, contribuindo, desta forma, para o agravamento do ciclo da pobreza.

Face a este quadro, importa, no entanto, destacar dois instrumentos muito importantes na luta contra o mesmo, um de carácter legislativo e outro estratégico.

**A nível legislativo**, foi promulgada, há menos de 3 anos, a Lei nº 19/2019, de 22 de Outubro, a qual visa a proibição, prevenção, mitigação e combate às uniões prematuras.

Na mesma uma vez mais se clarifica o conceito de prematuridade, associada à idade legal para casamento (18 anos), proibindo, no seu art.º 8º, qualquer entidade legitimar, sob qualquer forma, uma união desta natureza, sendo a mesma susceptível de procedimento criminal<sup>79</sup>.

Por outro lado, a lei responsabiliza o governo no estabelecimento de programas orientados para prevenir e combater a união prematura.

Assim, **a nível operativo**, ainda que em data anterior à lei referida, tinha já sido aprovada uma Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros em Moçambique (2016-2019) a qual, tendo em consideração o amplo leque de causas, aqui também anteriormente resumidas, apontou para acções e objectivos estratégicos no âmbito dos seguintes eixos:

- Comunicação e mobilização social
- Acesso à educação de qualidade e retenção
- Empoderamento das crianças do sexo feminino
- Saúde sexual e reprodutiva
- Mitigação/resposta e Recuperação

<sup>79</sup> Em intervenção ocorrida no âmbito do fórum Código Penal & Direitos das crianças (2020), a advogada Cristina Hunguana fez menção à Lei da prevenção e combate às uniões prematuras que apresenta uma parte criminal bem acentuada, contendo cerca de 16 infracções, no que concerne a qualquer tipo de união com menores de 18 anos, com penas que variam de 3 dias até 18 anos de prisão. Acrescentou ainda que todos os crimes são de natureza pública, ou seja, que criminaliza qualquer um que de alguma forma tenha contribuído para a sucessão do crime.

#### 6.4.1.4. Vulnerabilidade e orfandade

##### **Vulnerabilidade**

Começa-se por definir vulnerabilidade, a qual se refere à dificuldade de a(s) pessoa(s) assegurarem a satisfação das suas necessidades seja por razões intrínsecas à própria pessoa seja pela falta de apoio social seja pelo impacto de factores externos que, assim, se transformam em perigos.

Moçambique desenvolveu um Plano Estratégico de Apoio a crianças Órfãs e Vulneráveis – PACOV para 2006-2010, no qual são identificadas 13 categorias de vulnerabilidade:

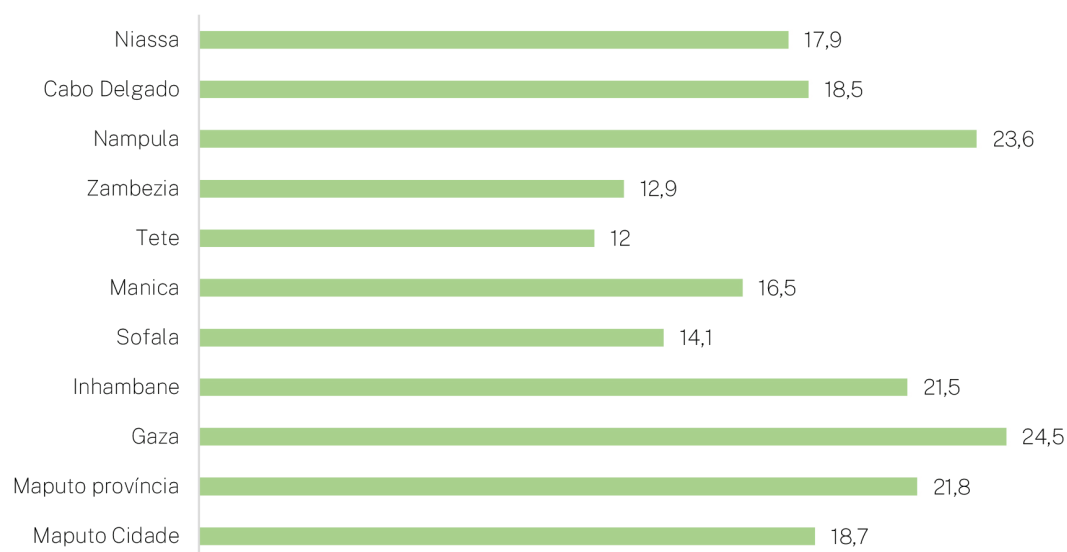
- *Crianças afectadas ou infectadas pelo HIV*
- *Agregados chefiados por crianças, jovens, mulheres ou idosos*
- *Agregado familiar em que um adulto se encontra cronicamente doente*
- *Crianças da e na rua*
- *Crianças em instituições (ex: orfanatos e prisões)*
- *Crianças em conflito com a lei (ex: crianças procuradas pela justiça por prática de crimes)*
- *Crianças portadoras de deficiência*
- *Crianças vítimas de violência*
- *Crianças vítimas de abuso e exploração sexual*
- *Crianças vítimas de tráfico*
- *Crianças vítimas das piores formas de trabalho*
- *Crianças casadas antes da idade legal*
- *Crianças refugiadas e deslocadas*

##### **Orfandade**

A criança, enquanto ser em desenvolvimento é naturalmente vulnerável. A criança sem a satisfação das suas necessidades é duplamente vulnerável. Se a acrescer a estes factores se se somar a situação de orfandade atingir-se-á um quadro de vulnerabilidade extrema não apenas emocionalmente, mas, ainda, na saúde, nutrição (maior risco de desnutrição crónica) e educação (maior risco de ausência e abandono escolar).

Ora, para além daquela tripla vulnerabilidade refletida nas vulnerabilidades anteriormente referidas, acresce, em Moçambique, o significativo número de crianças nesta condição.

Desde logo, embora não significando necessariamente uma situação de orfandade, não deixa de se considerar muito expressivo o conjunto de menores de 18 anos que não vivem com os pais biológicos, de acordo com os dados do Censo (2018) a partir dos quais foi elaborado o presente gráfico com os respectivos valores percentuais.

**GRÁFICO 44: <18 ANOS QUE NÃO VIVEM COM OS PAIS BIOLÓGICOS (%)**

A este propósito, e embora com dados quantitativos anteriores, “o **IDS 2011 procurou saber com quem vivem as crianças menores de 18 anos, o estado de sobrevivência dos pais, crianças que não vivem com pais biológicos, crianças que perderam um pai ou que tem todos os pais falecidos ... Um pouco mais da metade (52%) de menores de 18 anos de idade vivem com ambos pais, sendo a percentagem um pouco elevada na área rural que na urbana. Por idade, a percentagem de crianças que vivem com ambos pais diminui com idade...Quase 18% de crianças menores de 18 anos não vive com nenhum dos pais biológicos, e a percentagem aumenta com a idade; e mais de um quinto de crianças de área urbana, não vivem com nenhum dos pais biológicos contra 16% da área rural**”<sup>80</sup>

Já mais concretamente, e de acordo com a UNICEF<sup>81</sup>, estima-se que o número de órfãos que perderam um ou ambos os pais se situa em 2 milhões o que, dito de outra forma, e mais uma vez com recurso aos dados do IDS (2011), significa que “**sete por cento das crianças menores de 18 anos são órfãos de um ou de ambos pais e esta percentagem aumenta com idade das crianças**”.

Mas a situação de maior impacto, para além, naturalmente, da perda de ambos os progenitores, é a condição de orfandade materna.

Com efeito, tendo em consideração o papel tradicional da mulher como referência incontornável na prestação de cuidados aos filhos, a sua não existência remete para um aumento significativo de desproteção da criança quer de um ponto de vista social quer de um ponto de vista individual.

Nesse sentido, não deixa também de ser significativo, pelo impacto que tem, o número de crianças que não sabe se sua mãe é viva o que, em termos práticos e vivenciais, não deixa de ser quase tão dramático como o saber do falecimento de sua mãe.

Importa, por isso, começar por avaliar estas dimensões quantitativas para, depois, melhor se tentar perceber os mecanismos substitutos aos cuidados maternos de que estas crianças (não) dispõem.

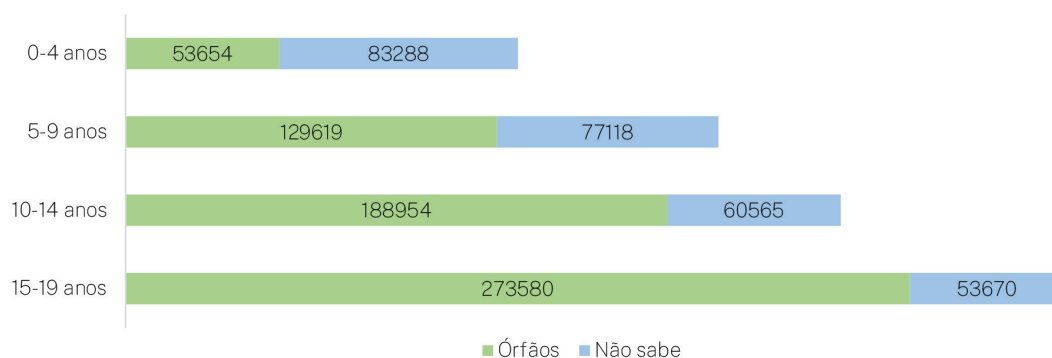
<sup>80</sup> Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 (p. 32)

<sup>81</sup> Protecção da criança | UNICEF Mozambique

Não interessará, assim, tanto o valor percentual de crianças órfãs ou desconhecedoras do paradeiro de sua mãe (ambas, na prática, não podendo contar com os seus cuidados), o que será sempre estatisticamente pouco significativa, mas que somam um universo de crianças com maior risco de desproteção.

É o que o gráfico seguinte pretende ilustrar<sup>82</sup>:

**GRÁFICO 45: CONDIÇÃO DE ORFANDADE MATERNA**



### **Órfãos por SIDA**

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014, os dados de Impacto Demográfico do HIV e SIDA referem a existência de no País de 453 mil crianças órfãs devido ao SIDA em 2009<sup>83</sup>.

Ainda segundo este mesmo documento, “Com a morte de tutores doentes de SIDA, as crianças passam a assumir maiores responsabilidades familiares, papel que era, tradicionalmente, desempenhado por redes familiares alargadas. Além de crianças, os avós são obrigados, muitas vezes, a lidar com os problemas dos seus netos. Neste contexto, as COVs abandonam a escola porque têm de ajudar no trabalho caseiro e agrícola, sendo as meninas as primeiras vítimas. Muitos órfãos são sujeitos a trabalhar em situações de exploração, a serem estigmatizados, sujeitos à violência, abuso e negligência ou forçados a viverem nas ruas”.

### **Estratégias de intervenção**

Face a um quadro com causas e formas diferenciadas de vulnerabilidade, foram elaborados, para o período 2006-2010, dois documentos estratégicos - o Plano Nacional de Acção para a Crianças (PNAC) e o Plano de Acção para as Crianças Órfãos e Vulneráveis (PACOV), com objectivos, acções e metas nas áreas da protecção, nutrição, saúde materno-infantil, HIV/SIDA, educação básica e desenvolvimento infantil.

Ficou definida no PACOV uma estratégia de intervenção que passava pela responsabilização do Ministério da Mulher e da Acção Social (MMAS) em toda a dimensão social, assumindo o Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS) um acompanhamento mais específico das crianças órfãs, infetadas ou afetadas pelo HIV e SIDA.

Entretanto, e na sequência da avaliação efetuada relativamente a estes dois documentos estratégicos, foi decidido a elaboração de um novo PNAC no qual deveriam ser integrados os objectivos e acções do PACOV.

<sup>82</sup> Quadro 38

<sup>83</sup> Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014 (p. 51) disponível em: (Microsoft Word - PENIII vers\343o junho 10 \_2\_ \_2\_.doc) (ilo.org)

Surge, desta forma, o PNAC II para 2013-2019, com uma estrutura, como já foi anteriormente apresentado, constituída por 4 áreas (sobrevivência da criança, desenvolvimento da criança, protecção e participação da criança), o qual, entre as suas 13 metas, apresenta duas que se refletem directamente nas problemáticas aqui abordadas:

**META 4: Redução da transmissão do HIV de mãe para filho de 20% em 2010 para 5% em 2015**

**META 11: Aumento do número de crianças reunificadas nas suas famílias biológicas e integradas em famílias de acolhimento e adoptivas em 50% das crianças desamparadas até 2019**

#### 6.4.1.5. DEFICIÊNCIA

A Constituição da República de Moçambique é garante dos direitos das pessoas com deficiência nos termos seguintes:

**Artigo 37**  
(Portadores de deficiência)

*Os cidadãos portadores de deficiência gozam plenamente dos direitos consignados na Constituição e estão sujeitos aos mesmos deveres com ressalva do exercício ou cumprimento daqueles para os quais, em razão da deficiência, se encontrem incapacitados*

Mais especificamente, no que diz respeito à criança, é ainda referido:

**Artigo 121 (Infância)**

(...)

*2. As crianças, particularmente as órfãs, as portadoras de deficiência e as abandonadas, têm protecção da família, da sociedade e do Estado contra qualquer forma de discriminação, de maus tratos e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.*

(...)

Entretanto, a estratégia mais recente assentava no Segundo Plano para a Área da Deficiência (PNAD II) para o período 2012-2019.

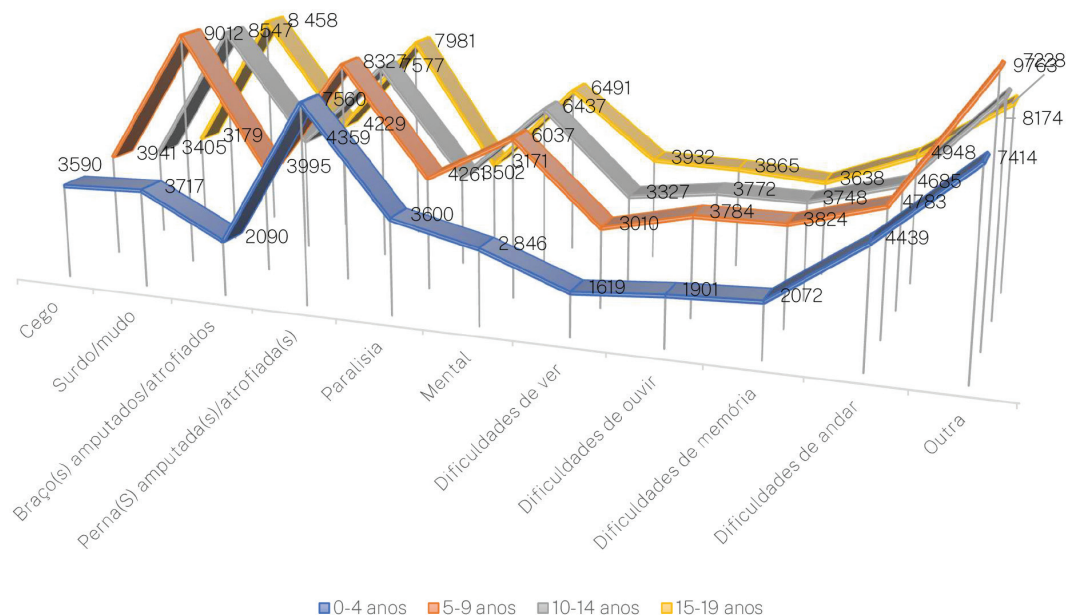
Ainda que outros estudos apontem para valores mais elevados, a taxa de prevalência da deficiência, segundo o Censo de 2017<sup>84</sup>, era de 2,7% na sociedade em geral, o que corresponde a um total de 727.620 indivíduos.

As pessoas dos 0 aos 19 anos encontram-se na mesma proporção (2,8%), correspondente a 210.934 indivíduos.

Neste universo, são identificados os seguintes tipos de deficiência, aqui expressos nos valores identificados no censo e por idades:

<sup>84</sup> Quadro 14-A

**GRÁFICO 46: TIPO DE DEFICIÊNCIA (0-19 ANOS)**



Numa análise um pouco mais detalhada por segmento etário, identificando os grupos de deficiência mais significativos em cada um dos mesmos, conclui-se por um padrão comum e que se caracteriza pela prevalência dos problemas associados aos membros inferiores, cegueira e surdo-mudez e, ainda, saúde mental.

Para além das incapacidades que decorrem da própria deficiência, as suas condições tendem a agravar-se ainda mais quer porque a maior incidência se verifica em famílias pobres e em zonas rurais quer no que tal tem a ver com a incapacidade económica das famílias e a ausência de serviços naquelas zonas, nomeadamente de educação e saúde.

Conjugam-se, desta forma, condições externas pouco favoráveis, levando frequentemente a um isolamento destas crianças dentro da própria casa, tornando-as ainda mais vulneráveis a toda a espécie de abusos e violência.

Também ao nível da saúde concorre para esta maior vulnerabilidade a inexistência ou distância de centros especializados de medicina física e reabilitação bem como a escassez de medicamentos específicos para certos quadros clínicos de deficiência.

É assim que o Plano Nacional de Acção para a Área da Deficiência (PNAD II 2012-2019), na sequência da avaliação do primeiro plano, definiu as seguintes áreas de intervenção:

- Orientação vocacional e formação profissional
- Educação básica e alfabetização de jovens e adultos
- Acesso ao Emprego
- Segurança Social Básica (Redução da pobreza)
- HIV/SIDA e saúde sexual e reprodutiva
- Serviços de reabilitação médicos e apoio familiar
- Assuntos da mulher com deficiência
- Plano nacional de Acção para a Área da Deficiência 21
- Juventude, desportos e desenvolvimento da criança com deficiência
- Capacitação institucional das organizações especializadas na área da deficiência



- Políticas, estratégias, legislação e práticas que garantam o desenvolvimento da pessoa com deficiência
- Assistência as pessoas com deficiência vítimas de minas

Relativamente à saúde mental, e de acordo com o Relatório apresentado por Moçambique ao Comité dos Direitos da Criança, 2018<sup>85</sup> (p.33), o governo estabeleceu programas de prevenção e tratamento de perturbações mentais na criança. Com este fim, os serviços de pediatria passaram a integrar um sector específico para o desenvolvimento mental. Do mesmo modo, os programas escolares de saúde alertam para a necessidade de um diagnóstico precoce de doenças como a epilepsia e a doença mental, tendo em vista o seu tratamento, ao mesmo tempo que adotando uma estratégia de educação inclusiva.

Assim, e no âmbito da segunda destas áreas (**Educação básica**) consta, como primeiro objectivo, a **expansão de um sistema de educação básica inclusiva e a alfabetização de jovens e adultos com deficiência**.

Foi assim aprovada, através da Resolução nº 40/2020, a **Estratégia da Educação Inclusiva e Desenvolvimento da criança com Deficiência 2020-2029**.

De acordo com a mesma e recorrendo ao censo de 2017, **existem 39.770 Crianças com Deficiência (CcD) com idade compreendida entre 0 e 4 anos e 215.710 Pessoas com Deficiência (PcD) com idades entre 5 e 24 anos (INE, 2019), das quais 76.843, cerca de 35,6%, estão abrangidas pelo sistema educativo moçambicano**.

Foram também definidos alguns princípios de intervenção de que resultou a identificação de 5 pilares estratégicos, ambos sistematizados no quadro seguinte:

#### QUADRO 21: ESTRATÉGIA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA 2020-2029

PRINCÍPIOS ESTRATÉGICOS	PILARES ESTRATÉGICOS
1. <i>Perspetiva longitudinal de desenvolvimento ao longo da vida</i>	1. <i>Inclusão e Desenvolvimento integral Precoces de Crianças com Deficiência</i>
2. <i>Perspectiva centrada na criança e sua família</i>	2. <i>Mudança de Valores e Atitudes</i>
3. <i>Abordagem baseada na comunidade (cultura e recursos)</i>	3. <i>Formação e Capacitação de Professores e outros profissionais</i>
4. <i>Conceito de qualidade de vida</i>	4. <i>Acesso e retenção de alunos com deficiência e/ou com NEE</i>
5. <i>Ênfase na formação de profissionais</i>	5. <i>Respostas Especializadas em rede</i>

A política da educação baseia-se, assim, na integração destas crianças nas escolas regulares, mas com recurso a escolas especiais em casos mais severos. Contudo, quer a grande maioria das escolas normais não tem condições para assegurar esta educação inclusiva (por exemplo, acessibilidade) quer as escolas especiais são escassas.

<sup>85</sup> Committee on the Rights of the Child - Combined third and fourth periodic reports submitted by Mozambique under article 44 of the Convention, due in 2016, disponível em: Combined 3rd and 4th periodic reports submitted by Mozambique under article 44 of the Convention, due in 2016 :

### 6.4.2. PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Utiliza-se este conceito no seu contraponto com a protecção social, a qual tem como principal função criar condições para que muitos dos direitos das crianças sejam respeitados, exatamente através de dispositivos sociais como anteriormente foi já referido, como é o caso, entre outros, do direito à saúde e à educação.

Assim, ao focar-se directamente na criança e não apenas no seu enquadramento, procurar-se melhor entender como a mesma, em concreto, se encontra sujeita à violação não apenas dos direitos anteriormente referidos como outros aqui abordados, para além de todas as formas de violência física, emocional ou sexual de que a criança é vítima e, ainda, uma outra forma de violência que é a negligência que pode ir até ao abandono.

Ora, se realmente a dificuldade de obtenção de dados com alguma regularidade e fiabilidade se torna difícil quando o seu objeto são os principais problemas sociais, é natural que esses dados se tornem ainda mais difíceis quando se reportam a casos individuais de violência e negligência sobre as crianças.

Contudo, e pela sua maior visibilidade colectiva e impacto social, alguns dos quadros mais ameaçadores dos direitos das crianças têm sido alvo de estudos e avaliação, havendo, por isso, uma maior perceção não apenas qualitativa como quantitativa dos mesmos, como se verá de seguida.

Por outro lado, não existe ainda um sistema integrado entre os serviços de acção social a nível distrital e uma rede de representantes de outras instituições com competências em matéria de infância que assegurem um trabalho de prevenção, mas também de intervenção (avaliação e acompanhamento) em caso de conhecimento de abusos e violência contra a criança.

De facto, ainda que haja grupos técnicos multisectoriais e núcleos (NUMCOV) aos níveis nacional, provincial e distrital para a coordenação dos serviços destinados às crianças órfãs e vulneráveis, não parece existir uma articulação orgânica com os Comités Comunitários (onde existem) e conseqüente lógica de intervenção complementar.

Esta maior dificuldade de acompanhamento da criança na comunidade empurra naturalmente muitas delas para cuidados alternativos, nomeadamente famílias de acolhimento, infantários e casas de acolhimento.

***“Foi elaborada uma proposta de lei para a regulamentação da protecção alternativa de crianças, uma vez que ainda não existe um quadro legal para a mobilização, avaliação, escrutínio e capacitação de famílias de acolhimento. Nesta proposta, foi também desenvolvido um quadro conceptual para a criação de uma base de dados informatizada para o registo e a monitoria da situação de crianças que precisam ou já estão colocadas em cuidados alternativos”*** (UNICEF, a situação das crianças em Moçambique, 2014).

Uma outra solução acaba por ser encontrada no âmbito tutelar cível, por força da aplicação de tutelas, embora o seu volume de aplicação não seja proporcionalmente significativo (***“No período 2008-12, o sistema judicial aprovou 1.500 tutelas e 184 adopções, o que ainda representa um número limitado, dado que existem aproximadamente 700 mil crianças em risco de abandono no país”*** (Ibidem).

### 6.4.2.1. VIOLÊNCIA CONTRA AS CRIANÇAS

#### **Tipificação dos maus-tratos**

De acordo com a Organização Nacional de Saúde<sup>86</sup>, o conceito-chave de violência sobre a criança tem a ver com todas as formas de mau-trato físico e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou tratamento negligente ou comercial ou outra forma de exploração, resultando em potencial ou atual dano na saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Como resulta da própria definição estes maus tratos podem assumir basicamente quatro formas:

#### **Abuso físico**

É aquele que resulta num atual ou potencial dano físico a partir da interação ou falta de interação dos pais ou de pessoa que se encontre numa posição de responsabilidade, poder ou confiança relativamente à criança.

#### **Abuso emocional:**

É aquele que resulta da falha em assegurar um desenvolvimento apropriado e um meio envolvente favorável, incluindo a disponibilidade de uma figura de vinculação primária, para que a criança possa desenvolver um estável e integral conjunto de competências emocionais e sociais de acordo com o seu potencial pessoal e com contexto social em que a criança se encontra integrada.

Pode ainda incluir actos para com a criança que causem ou tenham a alta probabilidade de causar danos na saúde da criança ou no seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.

Estes actos encontram-se previsivelmente a cargo dos pais ou pessoa que se encontre numa relação de responsabilidade, confiança ou poder. Estes actos podem incluir restrição de movimento, formas de depreciação, de denegrimento, culpabilização, ameaça, atemorização, discriminação, ridicularização ou outras formas não físicas de tratamento hostil ou de rejeição.

Quando um adulto usa uma criança para fins sexuais ou envolve uma criança em actos sexuais, incluindo também estes mesmos actos praticados por crianças mais velhas ou com maior poder sobre as outras.

#### **Abuso sexual:**

Consiste no envolvimento de uma criança em actividade sexual que ela não compreende completamente, não tem capacidade para dar consentimento informado, seja porque não se encontra preparada em função do seu desenvolvimento e, por isso, não pode dar o seu consentimento.

É uma forma de abuso que surge mais frequentemente num contexto individual, seja ao nível de um estranho ou de um conhecido, de um vizinho ou até frequentemente no interior da própria família, e, como tal, deverá ter a devida reacção específica de protecção relativamente à criança e criminal relativamente ao agressor.

<sup>86</sup> World Health Organization, *Report of the consultation on child abuse prevention*, Geneva, 1999: [https://www.google.pt/search?q=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+onchild+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&rlz=1C1GCEA\\_enPT800PT800&oq=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+onchild+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&aqs=chrome..69i57.2135j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.pt/search?q=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+onchild+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&rlz=1C1GCEA_enPT800PT800&oq=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+onchild+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&aqs=chrome..69i57.2135j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Poderá, no entanto, assumir outras formas organizadas, visando fundamentalmente ganhos financeiros, tais como identificadas no Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativos à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil (2000) e que Moçambique ratificou em 2003.

No caso da prostituição infantil, e segundo estudo reportado a Moçambique<sup>87</sup>, uma forma mais encapotada tem a ver com o chamado sexo transacional e intergeracional, assim chamado porque os homens são adultos e as mulheres adolescentes ou jovens numa relação a troco de dinheiro ou outros bens materiais. Ainda nesta perspetiva as uniões prematuras configuram também frequentemente uma forma de exploração e abuso sexual, ainda que fazendo apelo a hábitos tradicionais mais enraizados nas sociedades rurais e agravada pela pobreza.

A este respeito, é de referir a Lei de Protecção da Criança (Lei nº 7/2008), a Lei contra as Uniões Prematuras (Lei nº 19/2019) e, ainda, as alterações ao Código Penal na área dos crimes sexuais.

#### **Abandono ou tratamento negligente:**

É a falha em assegurar o desenvolvimento da criança em todas as esferas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo, e condições de vida seguras, no contexto dos recursos razoavelmente disponíveis para a família ou cuidadores e causa ou tem uma grande probabilidade de vir a causar danos na saúde ou no desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Inclui também falha na adequada supervisão e protecção, tanto quanto possível, de danos na criança.

Embora a Lei nº 5/2008, de 9 de Julho, que aprova a promoção e protecção dos direitos da criança, não siga especificamente esta lógica de tipificação dos maus tratos, optando por tipificar os seus direitos na presunção de que o desrespeito pelos mesmos é uma forma de violência sobre a criança, esta mesma matriz surge, contudo, explícita pelo em dois momentos da própria lei.

É especificamente assim com a Secção VI (artº 64º, nº 1) quando diz:

***O Estado deve adoptar as especiais medidas legislativas e administrativas com vista a proteger a criança contra qualquer forma de abuso físico ou psíquico, maus tratos e tratamento negligente por parte dos pais, tutor, família de acolhimento, representante legal ou terceira pessoa.***

E depois, complementando e especificando numa política de atendimento (artº 67º, alínea c), identificando como uma das linhas gerais de acção da política de atendimento:

***Os serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psico-social às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão.***

#### **Constituição e organização do sistema**

Todavia, e embora a própria lei tenha previsto no seu art.º 100º a respectiva regulamentação no prazo de um ano, a verdade é que, passados 13 anos sobre esse limite temporal, tal ainda não aconteceu.

Não parece existir, por isso, uma definição clara das responsabilidades de cada uma das entidades, públicas ou privadas, no que tem a ver com a oportunidade da intervenção e respectivas competências, circuitos e procedimentos.

<sup>87</sup> ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes) – Moçambique (2014), disponível em: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes) – Moçambique (2014) - Google Search

Assim, e não obstante a definição das chamadas **directrizes da política de atendimento** (artº 69º) e dos **princípios orientadores do atendimento e acolhimento** (artº 70º) as lacunas anteriormente enunciadas não permitem uma clara definição procedimental na matéria expressa no artº 72º, nomeadamente na aplicação dos designados **programas de protecção e sócio-educativos destinados a crianças em regime de:**

- a) **orientação e apoio sócio-familiar**
- b) **apoio sócio-educativo em regime aberto**
- c) **colocação familiar**
- d) **acolhimento em instituições de protecção**
- e) **liberdade assistida**

Nesse sentido, não foi possível colher números resultantes da intervenção direta relativos à violência sobre crianças e qualquer eventual tipificação das mesmas e, por isso mesmo, as próprias metas que foi possível identificar acabam por ser indefinidas, como é o caso da meta 12 constante no PNAC II:

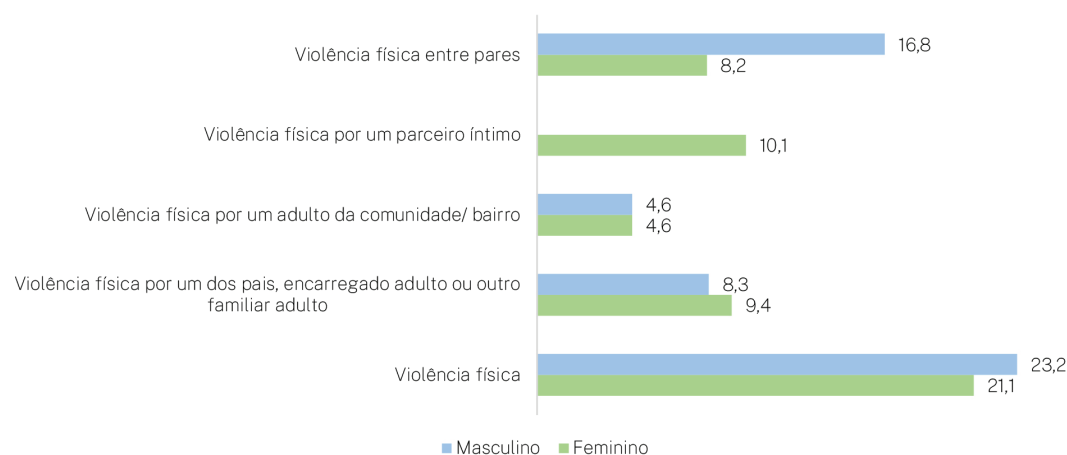
- **Aumento de casos violência contra a criança reportados à polícia que são julgados de 20% em 2011 para 40% em 2019;**
- **Reduzir os casos de violência contra a criança e assegurar assistência às vítimas.**

Ainda assim, estudo relativamente recente<sup>88</sup> (2019) a partir de inquérito padronizado internacionalmente permite estimar a prevalência nacional de violência física, emocional e sexual entre os indivíduos de 13 a 17 anos, aqui se transcrevendo alguns desses dados:

#### **Violência física**

**A violência física inclui: 1) Bofetear, empurrar, sacudir, ou atirar algo intencionalmente para criar danos; 2) Dar socos, chutar, chicotear ou bater com um objecto; 3) Estrangular, sufocar, tentar afogar ou queimar intencionalmente; 4) Usar ou ameaçar com uma faca, arma pistola ou outro tipo de arma.**

**GRÁFICO 47: VIOLÊNCIA FÍSICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ENTRE INDIVÍDUOS DE 13-17 ANOS DE IDADE (%)**



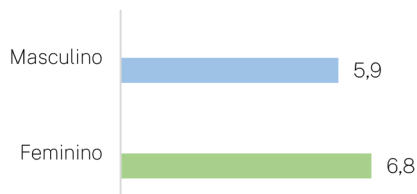
(Nota: O inquérito não considerou confiáveis os dados masculinos recolhido no item relativo à violência física por um parceiro íntimo).

<sup>88</sup> Relatório de indicadores básicos do Inquérito sobre violência contra a criança em Moçambique (InVIC 2019), disponível em: Relatório de Indicadores Básicos do Inquérito sobre Violência contra a Criança em Moçambique (InVIC 2019) - MGCAS

### Violência emocional

A Violência emocional por um dos pais, cuidador, ou outro familiar adulto inclui: 1) Alguém ter dito que não era amado, ou não merecia ser amado; 2) Alguém ter dito que desejava que nunca tivesse nascido ou que estivesse morto; e 3) Ser ridicularizado ou humilhado, por exemplo, alguém ter dito que é estúpido ou inútil.

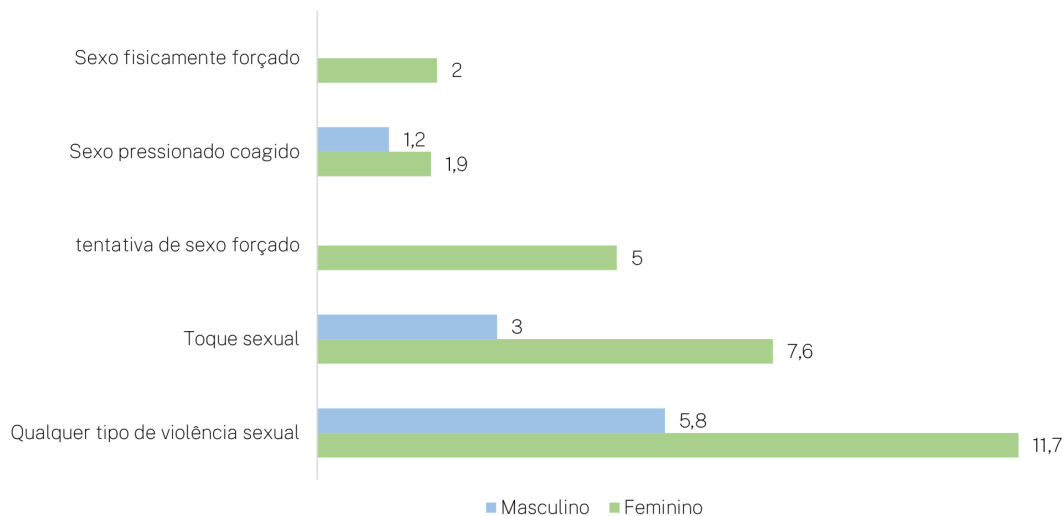
**GRÁFICO 48: VIOLÊNCIA EMOCIONAL POR UM DOS PAIS, CUIDADOR, OU OUTRO FAMILIAR ADULTO NOS ÚLTIMOS 12 MESES**



### Violência sexual

A violência sexual inclui: 1) toque sexual indesejado; 2) tentativa de sexo forçado; 3) sexo pressionado ou coagido; 4) sexo fisicamente forçado.

**GRÁFICO 49: PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ENTRE INDIVÍDUOS DE 13-17 ANOS DE IDADE**



(Nota: O inquérito não considerou confiáveis os dados masculinos recolhidos nos itens relativos a sexo forçado).

# 7.

## ALGUMAS REFLEXÕES EM TORNO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA EM MOÇAMBIQUE NA PROVÍNCIA DO NIASSA

### 7.1. UM MODELO TEÓRICO

#### 7.1.1. PRINCÍPIOS INSPIRADORES

A criança como centralidade (visão holística)

Embora, por vezes, não seja bem compreensível e assumida, esta perspetiva altera significativamente o modo de ver a criança e a definição dos melhores caminhos para a sua protecção.

Trata-se de uma caminhada que tem vindo a ser efetuada em diversas etapas, mas que, independentemente de todos os actores sociais em todos os países, se referirem efusivamente à mesma, ela apresenta, desde logo, duas dificuldades principais:

- Dificuldade da sua compreensão plena;
- Dificuldade de transposição deste princípio para as práticas e serviços existentes.

Para melhor compreensão, referem-se alguns desses contornos e consequências: A concepção da **criança enquanto pessoa plena** com a sua identidade própria e não como uma “miniatura” do adulto.

- O entendimento da criança, enquanto pessoa, na sua **unidade bio-psico-social**, prevenindo, desta forma, qualquer perspetiva deturpada a partir da consideração de apenas algumas das partes;
- A exigência, a partir dessa sua identidade própria, de um **contexto familiar** que assegure aquilo que a caracteriza enquanto pessoa em processo de desenvolvimento;
- A consciência do **interesse superior da criança**, enquanto princípio orientador de toda a intervenção face às diversas dimensões, quadros de risco e situações de perigo em que a criança se insere.

É com base nestes princípios que se fala em **teoria holística**, termo este (*holys*) que numa das línguas-mãe da língua portuguesa – o grego - significa **TUDO** e contrapõe-se à abordagem analítica, quando esta se detém apenas nas partes.

*Que a árvore não nos leve a deixar de ver a floresta*, diz o ditado popular. E a floresta nada mais é que esse **TUDO**, constituído no entrelaçamento com outras realidades (também chamadas ESTRUTURAS) que se articulam funcionalmente entre elas.

Este último entendimento dá frequentemente origem a **planos e intervenções sectoriais** (também chamadas políticas verticais) que privilegiam uma dimensão específica, com risco de se esgotarem recursos sem a percepção que essa dimensão é apenas uma árvore nessa complexa floresta que é a criança.

Fala-se, por isso, em **políticas e estratégias transversais** que tenham em consideração primordialmente a criança, enquanto um todo a partir das suas diversas dimensões e, desta forma, assegurem uma protecção integral, isto é, cobrindo, de forma articulada, todas as dimensões de risco e perigo.

### **A responsabilização de toda a sociedade (visão subsidiária)**

Basicamente o adjetivo subsidiário significa um reforço que vem dar mais força a algo principal.

Na ciência social e política é possível descobrir três sentidos que concorrem para o mesmo:

- Reforço de apoio
- Intervenção adequada
- Rentabilização de recursos

### **O sistema como um todo (visão sistémica)**

Entende-se por sistema um conjunto de partes internamente interdependentes na sua forma de atuar e nos resultados, enquanto abertas e permeáveis ao exterior (sistema aberto) relativamente ao qual dão e recebem também.

Assim, um sistema não é entendido apenas como um mero encadeamento de fenómenos, como se de um conjunto de rodas dentadas ou engrenagens se tratasse, utilizando aqui uma imagem da mecânica, avançando num único sentido.

Na verdade, esse encadeamento de fenómenos leva a uma interação de uns com os outros, possibilitando a sua autorregulação enquanto um todo.

Cria-se, desta forma, uma teia complexa de relações e influências identificadas em diferentes níveis, desde aquele mais próximo da criança (família, instâncias formais educativas – jardim infantil e escola), passando pelas condições de vida, disponibilidade de serviços sociais, dinâmica das comunidades, até um nível mais geral que engloba as normas, leis, políticas públicas, contexto económico e cultural, etc.

## **7.1.2. CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO**

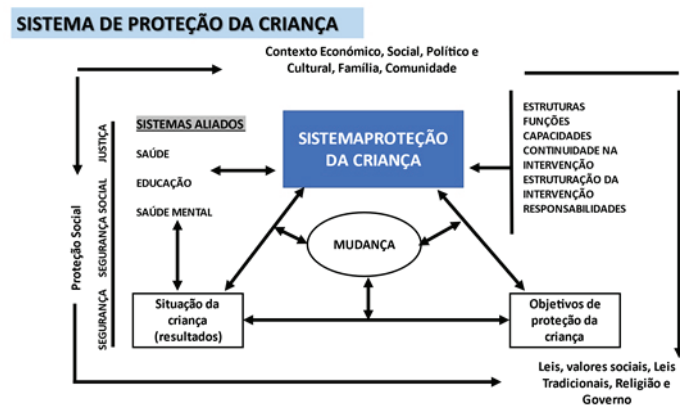
De acordo com a UNICEF, um Sistema de Protecção da Criança compreende um conjunto de leis, políticas, regulamentos e serviços que cruzam todos os setores sociais – especialmente a protecção social, educação, saúde, segurança e justiça – tendo em vista garantir a prevenção e poder assegurar a protecção da criança face aos riscos com que se confronta.

Tendo em vista uma melhor compreensão do mesmo, utiliza-se como base um documento de trabalho promovido pela UNICEF<sup>89</sup> que parte de uma leitura sistémica da Convenção dos Direitos da Criança e, à luz dos diversos sistemas de protecção existentes pelo mundo fora, procura um modelo conceptual que possa servir de base ao desenvolvimento de outros sistemas.

<sup>89</sup> *Adapting a Systems Approach to Child Protection: Key Concepts and Considerations* (2011) é um documento de trabalho elaborado por uma equipa da Universidade de Chicago em conjunto com um outro centro de investigação americano dedicado às questões do bem-estar da criança. O mesmo decorre de uma solicitação conjunta da UNICEF, ACNUR e a ONG Save The Children.  
[https://www.researchgate.net/publication/265279836\\_Adapting\\_a\\_Systems\\_Approach\\_to\\_Child\\_Protection\\_Key\\_Concepts\\_and\\_Considerations](https://www.researchgate.net/publication/265279836_Adapting_a_Systems_Approach_to_Child_Protection_Key_Concepts_and_Considerations)



FIGURA 3: MODELO CONCEPTUAL DO SISTEMA DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA



Com inspiração no modelo anteriormente expresso de forma gráfica, mas procedendo a alguma adaptação que decorre da análise que, em concreto, constitui o presente trabalho, poder-se-á considerar o sistema de protecção da criança, na perspetiva alargada e de interação que se tem vindo a considerar, assim constituído:

### Contextos

Constituem estes contextos toda uma envolvente que condiciona todos os restantes elementos e que adquirem um peso específico em cada país, aqui se referindo apenas alguns dos principais a um nível mais macro:

- Contexto histórico-cultural e religioso
- Contexto socioeconómico
- Contexto normativo e jurídico
- Contexto político-governamental

### Sistemas parceiros

São fundamentalmente estes os sistemas que, ao interpenetrar o sistema de protecção da criança, colocam em comum com este alguns dos seus subsistemas, naturalmente sem perder a sua identidade, pelo contrário, intensificando características próprias e activando ainda o sistema de protecção da criança:

- Saúde
- Educação
- Justiça
- Protecção Social
- Segurança

### Funcionamento

Se os dois pontos anteriormente têm mais a ver com aquilo que o sistema de protecção da criança é a partir das suas interações externas, já este último ponto procura, no interior do mesmo, identificar as suas características de funcionamento, através das seguintes dimensões:

**Funções**-Referem-se ao que o sistema faz para atingir os seus objectivos e tanto podem estar relacionadas com o processo de decisão (funções de avaliação e investigação, por exemplo), como apoiar o desempenho do sistema (capacitação, afetação de recursos ou coordenação).

**Estruturas** – Pode referir-se, de forma mais concreta, aos próprios equipamentos físicos e serviços públicos ou particulares como, de forma mais genérica, ao tipo de articulação entre os diversos setores do sistema e que dão, por exemplo, origem aos regulamentos, políticas, legislação, etc.

**Capacidade** – Tem a ver com disponibilidade de instalações, recursos materiais, pessoal capacitado e financiamento necessário, tendo em vista os objectivos do sistema.

**Continuidade na intervenção** – Pressupõe uma lógica de cuidados de promoção, prevenção ou recuperação, ainda que assegurados por diferentes instâncias e actores, mas alinhados com o mesmo objectivo de protecção da criança e, como tal, partes integrantes do sistema.

Nesse sentido, assume aqui especial importância a colaboração entre os diversos intervenientes, aos diferentes níveis de mera cooperação ou coordenação.

**Estruturação da intervenção** – No que tal tem a ver com os diferentes processos de identificação, diagnóstico, planeamento de acções, tratamento e seguimento dos casos.

**Avaliação de resultados** – Aqui se referindo aos mecanismos e operações que permitem alcançar os objectivos, podendo ser identificadas três áreas para o exercício desta avaliação:

- **Financeira** – Que tem a ver com a alocação e utilização dos recursos financeiros;
- **Desempenho** – Relacionada com o cumprimento dos objectivos;
- **Política** – A que poderemos associar as propostas e efetivo cumprimento de políticas públicas no sentido de uma crescente aproximação ao cumprimento integral dos direitos da criança.

A este propósito, e de forma igualmente esquemática, dir-se-á que a dinâmica de um sistema de protecção da criança balanceia necessariamente entre os objectivos que foram definidos, tendo em conta as vulnerabilidades identificadas relativamente às crianças que serve, e os resultados a que se chega expressos em novas condições da e para a criança, a partir das mudanças introduzidas.

Estas são basicamente as características principais de um sistema de protecção da criança em abstracto, havendo apenas necessidade de fazer uma referência a aquilo que se espera do seu funcionamento.

## 7.2. APROXIMAÇÃO À REALIDADE DE MOÇAMBIQUE

### 7.2.1. A CRIANÇA COMO UMA RESPONSABILIDADE DE TODA A SOCIEDADE

Embora a Lei de promoção e Protecção dos Direitos da Criança (Lei nº 5/2008, de 9 de Julho) não apresente expressamente uma arquitetura de um sistema subsidiário para a protecção da criança (provavelmente mais manifesto nas regulamentações parcelares que têm vindo a ocorrer), esse sentido parece estar presente, como decorre do nº 1 do artº 7º quando se fala da efectivação de direitos:

*Sem prejuízo do disposto na Lei da Família, é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Estado assegurar à criança com absoluta prioridade, a efectivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à segurança alimentar, à educação, ao desporto, ao lazer, ao trabalho, à cultura, à dignidade ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.*

Um pouco mais especificamente, reportado já a uma fase de atendimento e à sua materialização, o art.º 66º refere:

1. *O atendimento da criança é concretizado através de um conjunto de acções articuladas entre os organismos governamentais e instituições não-governamentais devidamente autorizadas.*
2. *Quando se tome impossível o atendimento da criança no seio da família natural e não tiver sido adoptado meio alternativo de suprimento do poder parental, a criança é atendida, a título provisório, em instituição vocacionada, onde deve ser assegurada a satisfação das suas necessidades básicas. Este atendimento traduz-se na assistência em regime de:*
  - a) *orientação e apoio sócio familiar;*
  - b) *apoio sócio educativo em regime aberto;*
  - c) *integração familiar;*
  - d) *acolhimento em instituições de protecção.*

### 7.2.2. A COMPONENTE JUDICIÁRIA DO SISTEMA DE PROTEÇÃO

O acesso de toda a criança ao Ministério Público e aos Tribunais encontra-se previsto no artº 93º da Lei de Protecção da Criança (Lei nº 7/2008), remetendo embora a sua organização, funcionamento e competência para lei própria, materializada, para além de todo o disposto no Código Civil, na Lei da Organização Tutelar de Menores (Lei nº 8/2008).

Posteriormente, o **Decreto nº 33/2015**, de 31 de Dezembro, veio regulamentar a chamada **protecção alternativa de menores**, considerada nas seguintes formas: **Tutela, família de acolhimento e adopção**, carecendo todas de decisão judicial. Considera ainda o mesmo artigo, *quando as circunstâncias o ditarem, a aplicação de igual atendimento às situações de **atendimento provisório de menor em estabelecimento de assistência.***

Em qualquer dos casos compete aos Serviços de Acção Social a realização de **inquéritos sociais** para efeitos de diagnóstico e de **planos de integração** tendo em vista o acompanhamento na execução das medidas já referidas<sup>90</sup>.

A **Lei nº 24/07 (Organização Judicial)** prevê a existência de um **Tribunal Supremo, Tribunais Superiores de Recurso, Tribunais Judiciais de Província e Tribunais Judiciais de Distrito**, podendo ainda vir a ser criados tribunais judiciais ou secções de competência especializada sempre que as circunstâncias o justifiquem.

<sup>90</sup> De salientar, relativamente a esta competência dos Serviços de Acção Social, o recente “Guião de Atendimento de Casos Relacionados à Criança”, da responsabilidade do Ministério do Género, Criança e Acção Social, cuja introdução é muito clara a este propósito: “Este guião de procedimentos para atendimento de casos relacionados à criança visa apoiar os técnicos de Acção Social na identificação, diagnóstico, intervenção, monitoria e encerramento dos casos”. Criança (mgcas.gov.mz)

Considera ainda os **tribunais comunitários**, definidos como “*instâncias institucionalizadas não judiciais de resolução de conflitos, independentes, que julgam de acordo com o bom senso e equidade, de modo informal, desprofissionalizado, privilegiando a oralidade e atendendo aos valores sociais e culturais existentes na sociedade moçambicana, com respeito pela Constituição*” (artº 5º).

Já no que respeita aos tribunais judiciais e num total de 158 tribunais no país (2020), refira-se a existência de um tribunal de Menores na cidade de Maputo e 9 Tribunais Judiciais Provinciais com secções de menores. Contudo, e na sequência da descentralização de competências, os tribunais judiciais de segunda classe passaram também a decidir em processos de família e menores.

De acordo com avaliação efetuada em 2015, assumida pelo Supremo Tribunal e em parceria com a UNICEF e o Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança (ROSC)<sup>91</sup>, o movimento processual que foi possível identificar quantitativamente refere-se a 2012 e reflete um predomínio das providências tutelares cíveis (regulação do poder paternal, investigação da paternidade, acção de alimentos, tutela e administração de bens).

Relativamente aos cuidados alternativos constata-se, sobretudo, uma preocupação relativamente à institucionalização de crianças.

No que se refere mais especificamente a casos de abusos sobre a criança é referido na mesma fonte (p.12):

*“Em 2012, o Ministério do Interior, através do Gabinete de Atendimento à Família e Menores Vítima de Violência, registou 24.380 casos, dos quais 6.863 perpetrados contra a criança. No ano de 2013, houve um registo total de 4.129 casos, agregando casos de violação de menor de 12 anos, estupro, atentado ao pudor, maus-tratos e sobrecarga de menores e incapazes, abandono de infante, violência psicológica, violação, rapto, falta de assistência alimentar aos filhos e recusa de perfilhação... Contudo, estes dados não representam a real situação, pois prevalece a cultura do silêncio e o recurso a métodos de resolução de conflitos não formais, ou seja, resolução extra judicial”.*

Este mesmo documento procede a um levantamento dos chamados factores impeditivos no acesso adequada da criança ao sistema de justiça e que aqui se referem:

- **Falta de serviços próximo das comunidades o que obriga as populações a percorrer grandes distâncias para terem acesso aos serviços de justiça;**
- **Custos inerentes aos processos judiciais;**
- **Centralização das instituições de justiça nas capitais de província;**
- **Insuficiência de recursos financeiros e materiais adequados para fortalecer a capacidade da polícia e do sistema judicial;**
- **Insuficiente número de funcionários nos tribunais e a falta de integração de serviços e de pessoal qualificado tais como magistrados, procuradores e escrivães (o que concorre para a acumulação de processos nas várias secções dos tribunais);**
- **Falta de equipamentos e infraestruturas (apenas estão cobertas neste momento capitais provinciais e pouco mais de metade das capitais de distrito);**
- **Falta de advogados disponíveis para representar as crianças em conflito com a lei, especialmente fora da cidade de Maputo;**
- **Resposta fragmentada, reactiva e morosa por parte dos actores da administração da justiça na prevenção e resposta às diferentes formas de violência contra a criança;**
- **Recolha manual, administrativa e complexa de dados fiáveis.**

<sup>91</sup> Supremo Tribunal et UNICEF & ROSC O Direito à Protecção da Criança Através do Acesso à Justiça – Uma análise de Dados sobre o Acesso da Criança ao Sistema de Justiça em Moçambique, disponível em: file (rosc.org.mz)

### 7.2.3. A COMPONENTE POLICIAL DO SISTEMA DE PROTEÇÃO

*Esta componente tem uma vertente muito importante e que são os serviços especializados ao nível da Polícia – os Gabinetes e Secções de Atendimento à Família e Menores, para prestarem assistência a mulheres e crianças que são vítimas de violência e também para sensibilizar as comunidades. Em 2012, já existiam 260 desses centros, incluindo 22 Gabinetes-modelo espalhados pelo País (MINT 2013), em comparação com os 204 existentes em 2008, ocorrendo também muito recentemente a colocação de técnicos do Instituto de Patrocínio e Assistência Jurídica (IPAJ), em alguns destes gabinetes.*

*Contudo, continuam a ser insuficientes os recursos materiais, humanos e de meios circulantes. Por exemplo, a Polícia (com destaque para os Gabinetes de Atendimento à Família e Menores Vítimas de Violência), contou no ano de 2014 com apenas 12 viaturas e 56 motorizadas, totalizando 68 meios circulantes, e tinha como efectivo 503 polícias, sendo 341 do sexo feminino e 162 do sexo masculino. Esses recursos limitados, condicionam o processo de acompanhamento dos casos ao nível das comunidades e o próprio encaminhamento dos casos a outras instituições de justiça. (P.8)*

### 7.2.4. A COMPONENTE PÚBLICA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE PROTEÇÃO

#### 7.2.4.1. PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A CRIANÇA 2013-2019 (PNAC II)

São, felizmente, múltiplos os planos estratégicos direccionados para as problemáticas sanitárias, educacionais e sociais que condicionam a saúde, bem-estar e desenvolvimento da sociedade moçambicana.

Alguns destes planos, aliás, encontram-se já nas segunda e terceira geração, ainda que alguns deles não tenham uma imediata contiguidade temporal, criando, desta forma, zonas cinzentas entre um e outro.

Por outro lado, não é tão fácil, quanto o acesso aos mesmos, o acesso aos respectivos relatórios de avaliação, pelo que se torna difícil entender o sentido prático de alguns dos objectivos e métricas das respectivas metas, tanto mais que muitos dos valores de partida variam consoante as fontes e os anos de referência.

Em alguns desses planos o ciclo de vida correspondente à infância não é objeto de abordagem específica e outras vezes, quando o é, a mesma não surge, pelo menos de forma expressa e formal, em alinhamento com as restantes problemáticas associadas à infância.

Corre-se o risco de perder, desta forma, o sentido holístico a que atrás se fez referência, no que este significa enquanto princípio de intervenção tendo em consideração a criança como um todo, não obstante as suas dimensões e, como tal, aconselhando uma intervenção também ela integrada.

De facto, e de acordo com o documento citado (PNAC II) “o trabalho de reforço dos sistemas significa que os dirigentes e os profissionais têm de adotar uma visão holística das intervenções. Isto é, uma intervenção que tenha como objectivo um elemento do sistema tem de estar alinhada com intervenções em outras áreas. Há maior probabilidade de que uma abordagem como esta seja eficaz, otimizando a utilização de recursos escassos de forma mais cuidada, e que seja mais sustentável a longo prazo”.

Com a escala de Moçambique, esta visão torna-se ainda mais indispensável nas articulações de horizontalidade com os sistemas aliados (saúde, educação, etc.), de acordo com o seu nível hierárquico-funcional, como também com as organizações da sociedade civil, havendo, por isso, sem prejuízo das necessárias linhas de orientação estratégica verticais que, devidamente alinhadas, provoquem os necessários alinhamentos operativos no terreno.

Faz-se, assim, referência nesta perspetiva estratégica a um dos planos mais integradores porque centrado na criança e, depois, ao órgão com vocação para a sua coordenação e avaliação e, ainda, aos organismos do Estado responsáveis pela sua implementação ao nível ministerial e provincial.

Nesse sentido, o documento integrador de maior relevo parece ser o **Plano Nacional de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC II)**, o qual constituiu uma base de referência do presente trabalho nos diversos capítulos abordados (saúde, educação, protecção social).

Aqui far-se-á referência a dois aspectos fundamentais do mesmo, com recurso ao explicitado no mesmo a esse propósito (p. 11):

### **Natureza e implementação**

*O PNAC é um plano multisectorial cuja implementação será feita através da integração nos Planos de Desenvolvimento Económico e Social do País (PARP e PES) e respectivos instrumentos de financiamento (OE e CFMP) a nível das instituições do Estado e dos planos das organizações da sociedade civil o que contribuirá para minimizar alguns potenciais riscos da sua implementação. O PNAC será também implementado através da integração das acções no Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) e no Plano Económico Social (PES) do Governo e dos planos anuais dos diferentes actores incluindo a Sociedade Civil e parceiros de Cooperação, assim como por acções levadas pelo sector privado.*

### **Coordenação**

**A coordenação da implementação do PNAC será feita através do Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CNAC)** e para o efeito, é necessário capacitar o CNAC em recursos humanos, materiais e financeiros para que cumpra com eficácia o seu papel de monitoria e avaliação e divulgação da informação relativa a implementação do PNAC II.

### **Condições de viabilidade com sucesso**

São referidas três condições de partida:

- *O PNAC é viável e tem o sucesso assegurado desde que o seu princípio seja assumido por todos e haja uma efectiva colaboração e coordenação entre os vários actores cujo cometimento é imprescindível para o sucesso;*
- *Para o sucesso da implementação do Plano, é imprescindível que as diferentes instituições, a todos os níveis, assim como as organizações da sociedade civil, unam esforços em prol da criança guiados pelo princípio “A Criança em Primeiro Lugar”;*
- *É necessário capacitar o CNAC em recursos humanos, materiais e financeiros para que cumpra com eficácia o seu papel de monitoria e avaliação e divulgação da informação relativa a implementação do PNAC II.*

Definindo 4 áreas-chave (sobrevivência, desenvolvimento, protecção e participação) e terminado o seu horizonte temporal há já mais de 2 anos, não havia conhecimento, à data da elaboração do presente relatório, da sua avaliação pública e, eventualmente, uma nova geração do mesmo.

#### 7.2.4.2. CONSELHO NACIONAL DE ACÇÃO SOCIAL (CNAS)

O Conselho Nacional de Acção Social, criado pelo Decreto 38/2015, veio substituir os anteriores conselhos da criança<sup>92</sup>, da deficiência e da pessoa idosa, cada um deles com as atribuições decorrentes da sua especificidade, agora com as seguintes atribuições relativamente aos referidos grupos (artº 2º):

- **Impulsionar o desenvolvimento de acções que concorrem para o bem-estar dos mesmos;**
- **Reforçar a articulação entre as entidades públicas, organizações da sociedade civil, instituições religiosas e sector privado;**
- **Promover a implementação de políticas, estratégias e programas relativas às áreas da sua competência.**

O Conselho Nacional é presidido pelo Primeiro-Ministro e é composto pelos Ministros das áreas da Criança e Acção social, Saúde, Educação, Justiça, Trabalho, Emprego e Segurança Social e Agricultura e Segurança Alimentar. Para além de um secretário executivo, integram ainda este Conselho oito representantes das Organizações Nacionais da Sociedade Civil, três representantes das instituições religiosas reconhecidas e um representante do sector privado.

A nível provincial o Conselho Nacional faz-se representar pelos Conselhos da Mulher e da Criança, tendo uma função essencial enquanto fórum para dinamizar e assegurar a prossecução e cumprimento dos direitos dos grupos-alvo, tendo em conta a sua composição multissectorial.

O Conselho Nacional reúne-se, ordinariamente, uma vez por semestre e o Conselho Provincial duas vezes por semestre.

Quer a nível nacional quer provincial existe ainda um Conselho Técnico que assegura o funcionamento e coordenação intersectorial dos Conselhos e um Secretariado Executivo,

O Conselho Nacional dispõe ainda de Comissões de Trabalho, enquanto corpos especializados, tendo em vista o aprofundamento da abordagem técnica e, por isso, prevendo-se a existência de quatro:

- Comissão dos Direitos da Criança
- Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa
- Comissão dos Direitos da Pessoa com Deficiência
- Comissão da Segurança Social Básica

#### 7.2.4.3. MINISTÉRIO DO GÉNERO, CRIANÇA E ACÇÃO SOCIAL

De acordo com o respectivo estatuto orgânico (Resolução nº 18/2015), este Ministério tem, como algumas das suas atribuições – aqui no que se refere à criança - a “**Promoção, protecção e materialização dos direitos da criança, visando o seu desenvolvimento integral**” e, ainda, a “**Promoção e coordenação da acção das instituições governamentais e não-governamentais que trabalham nas áreas do género, da criança e da acção social**”.

Mais propriamente, ainda na área da criança, desenvolve as seguintes competências:

- i. *Elaborar propostas de leis, políticas, estratégias, programas e planos de desenvolvimento nas áreas da Criança, bem como proceder a sua divulgação, controlo e avaliação da sua implementação;*
- ii. *Promover a ractificação e observância das normas de Direito Internacional referentes aos direitos da Criança;*

<sup>92</sup> Mais especificamente no caso da Criança veio substituir o Conselho Nacional dos Direitos da Criança, o qual tinha sido criado pelo Decreto nº 8/2009

- iii. Estabelecer e promover mecanismos de diálogo permanente com a sociedade civil que actua nas áreas da Criança;
- iv. Elaborar normas de organização administrativa e pedagógica dos centros infantis e escolas comunitárias, bem como dirigir e controlar o seu funcionamento;
- v. Promover, coordenar e realizar acções de apoio, educação, reabilitação psicossocial e reintegração social da criança em situação difícil;
- vi. Promover acções de prevenção e combate a todas as formas de violência contra a criança, em especial o abuso sexual de menores, as uniões forçadas, raptos e tráfico de menores, a exploração do trabalho infantil, bem como assistência e reintegração as vítimas.

Para este efeito, o Ministério tem, de entre outras, uma Direcção Nacional da Criança, com as seguintes funções:

- a) Elaborar propostas de leis, políticas, estratégias, programas e planos para o reforço da protecção e desenvolvimento da criança, bem como proceder a divulgação, controlo e avaliação da sua implementação;
- b) Promover a implementação de programas de protecção e desenvolvimento da criança; c) Definir, dirigir e controlar o sistema de protecção e atendimento da criança em situação difícil;
- d) Promover a criação de instituições de atendimento, incluindo os centros infantis e escolas comunitárias, à criança e propor normas do seu funcionamento;
- e) Promover acções de prevenção e combate a todas as formas de violência contra a criança, em especial, o abuso sexual, os casamentos prematuros, o rapto, o tráfico, a exploração do trabalho infantil, bem como a assistência e reintegração às vítimas;
- f) Promover e realizar acções de sensibilização e educação pública para a observância e respeito dos direitos da criança;
- g) Promover a participação da criança nas matérias e assuntos que a dizem respeito;
- h) Promover a participação e diálogo permanente com a sociedade civil, incluindo as instituições religiosas e do sector privado, que actuam na área da criança;
- i) Promover a realização de estudos e pesquisas sobre a situação da criança em Moçambique;
- j) Centralizar e sistematizar informações sobre a intervenção das diferentes instituições governamentais e não governamentais que trabalham na área da criança e definir orientações para melhoria do seu funcionamento;
- k) Orientar e controlar a actuação das organizações e instituições que trabalham na área da criança e assegurar que a mesma obedeça as normas estabelecidas;
- l) Realizar outras actividades que lhe sejam superiormente determinadas nos termos do presente Estatuto e demais legislação aplicável.

#### **7.2.4.4. GOVERNO PROVINCIAL – DIRECÇÃO PROVINCIAL DO GÉNERO, CRIANÇA E ACÇÃO SOCIAL**

A nível provincial, a estrutura do respectivo governo prevê uma **Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social** a qual, no âmbito da criança, prevê as seguintes funções (Decreto nº 21/2015, artº 26º):

- a) Coordenar as acções das instituições públicas e privadas no âmbito da implementação das políticas e programas de atendimento à criança;
- b) Participar nos processos de Tutela, Acolhimento e Adopção de menores;
- c) Instruir processos de licenciamento dos Centros Infantis, Infantários e Centros de Acolhimento a Crianças em Situação Difícil;
- d) Implementar programas orientados à prevenção de fenómenos sociais nocivos à criança;



- e) Coordenar a implementação dos planos e programas definidos para a área da criança;
- f) Cumprir e fazer cumprir as normas e metodologias de trabalho definidas para a área da criança;
- g) Inspeccionar e supervisionar as acções realizadas na área da criança nos infantários, centros de acolhimento a criança em situação difícil, centros infantis e escolinhas comunitárias;
- h) Realizar outras tarefas que lhe forem cometidas por lei ou por determinação superior;
- i) Promover acções de atendimento as crianças em idade pré-escolar.

Estas funções são especificamente assumidas pelo Departamento da Criança, enquanto estrutura integrante da Direcção Provincial.

A descrição até agora efetuada refere-se ao que se poderá designar por sistema formal, mas apenas na sua componente pública, uma vez que não foi possível documentar o papel de organizações particulares no sistema de protecção da criança.

Considerar-se-ão agora duas outras componentes significativas no sistema informal (?) reconhecidamente importantes para o sistema de protecção (comités comunitários de protecção da criança e escolinhas comunitárias).

### 7.2.5. A COMPONENTE COMUNITÁRIA DO SISTEMA DE PROTECÇÃO

“ Os líderes comunitários têm sido fundamentais na implementação de programas do Governo. Os agentes polivalentes elementares e os líderes religiosos são fundamentais para fazer passar as mensagens certas para as comunidades, mas os líderes comunitários ou tradicionais também podem estar envolvidos neste trabalho. É importante que o UNICEF e os seus parceiros lhes proporcionem as competências e habilidades necessárias. Também podem facilmente mobilizar e educar as comunidades para a mudança de comportamento em relação à nutrição, educação das raparigas, HIV e SIDA e noutras áreas.

Alberto Vaquina, primeiro-ministro de Moçambique em 2019 (As nossas crianças em 2025, UNICEF, 2014)

o reconhecimento da capacidade e importância da intervenção da comunidade organizada, informada e alinhada com os princípios da Convenção dos Direitos da Criança apresenta um conjunto de vantagens significativas:

- Facilita a concretização de muitas decisões pela sua maior adequação e reconhecimento da autoridade;
- Assume uma dimensão naturalmente holística por força da primazia da relação entre a comunidade e a criança enquanto um todo (a “especialidade” da comunidade é a criança no seu todo);
- Possibilita uma mais fácil e célere detecção e comunicação através do sistema das diferentes situações de perigo para a criança;
- Possibilita uma maior adesão das pessoas e famílias dada a sua natureza de autoridade próxima, reconhecida e consentida;
- Desenvolve um sentido de participação e comprometimento na pedagogia da responsabilização parental;
- Permite uma maior eficiência e eficácia na gestão dos recursos, sobretudo quando os mesmos são escassos.

De acordo com o documento de trabalho a que se tem vindo a fazer referência (p. 8), **“O reforço dos sistemas na África subsariana tem destacado consistentemente a importância de se construírem mecanismos comunitários sustentáveis que estejam coordenados com o sistema global. Determinantes-chave a considerar são a apropriação por parte da comunidade, o apoio aos líderes tradicionais e o uso de recursos existentes, coordenados e relacionados com as estruturas formais e não formais. Estas abordagens servem para gerir e lidar com questões de poder e de diversidade através de participação e inclusão. Exemplos descritivos mostram que face a recursos escassos, as práticas incorporativas, protecionistas e endógenas podem reforçar o sistema nacional e resultar numa distribuição mais equitativa dos recursos”**.

Duas estruturas surgem, neste contexto comunitário em Moçambique, que têm e poderão vir a desempenhar cada vez mais um papel decisivo na protecção da criança: as escolinhas comunitárias e os comités populares de protecção da criança.

### 7.2.5.1. ESCOLINHAS COMUNITÁRIAS

Este tema foi já abordado no capítulo da educação, aí se abordando a sua origem, natureza e objectivos, aqui novamente sintetizados:

**Origem** – Surgiram há já mais de 35 anos (1986) como resposta alternativa à extinção da Pré-Primária.

**Natureza** - São instituições não formais, apoiadas pela comunidade, Organizações Não Governamentais, instituições religiosas ou pelos parceiros de desenvolvimento comunitário, que normalmente oferecem cuidados e actividades educativas às crianças de três a cinco anos de idade. São instituições sem fins lucrativos ou de rendimento limitado, pois servem as populações em situação de vulnerabilidade e sem recursos para aceder aos serviços formais de educação Pré-escolar”.

**Funcionamento** - Não beneficiando de apoios directos ou substanciais por parte do Estado, a sustentabilidade das Escolinhas Comunitárias depende solidariamente da contribuição dos pais, de forma proporcional aos seus rendimentos e capacidades, essencialmente sob a forma de uma mensalidade, entrega de produtos ou prestação de trabalho. É ainda nesta lógica solidária que ocorrem também por vezes iniciativas comunitárias para geração de fundos como negócio de vendas, cultivo de machambas, etc.

O animador é uma figura central no funcionamento das escolinhas, cabendo-lhe a ele todo o trabalho pedagógico, cuidado das crianças, ligação à família e guarda e manutenção do equipamento e materiais existentes.

Por sua vez a gestão da Escolinha Comunitária é assegurada por uma Comissão Técnica (aprovada pela comunidade e integrando os animadores da mesma e um coordenador pedagógico com formação na área da educação de infância) e por uma Comissão de Pais (eleitos pelos próprios pais).

**Implantação** - Sendo em número de 56 logo nesse ano de 1986, em 2015 eram já 696, abrangendo 60.291 crianças. Não foi, contudo, possível aceder a dados mais atualizados à data presente.

## ESCOLINHAS COMUNITÁRIAS NA PROVÍNCIA DO NIASSA

Existem apenas 46 Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar (EEPE) na província, sendo que 20 são da Rede Diocesana de Educação, o que equivale a 46% da resposta existente. Destes EEPE, 15 são Escolinhas Comunitárias, sendo 9 da Diocese de Lichinga (DPGCAS, Ano letivo 2019, citado no Projecto OTHUKUMANA). Os restantes 5 EEPE pertencem a privados ou igrejas de vários credos, existindo apenas 1 Jardim de Infância Público, localizado na Cidade de Cuamba<sup>93</sup>.

A avaliação das mesmas encontra-se efetuada em documento próprio da ONGD **Leigos para o Desenvolvimento**<sup>94</sup>, cuja experiência e protagonismo nestas Escolinhas Comunitárias do Niassa (ECN) foram marcantes o que, conjugado com o próprio relatório, nos permite uma visão de quase 30 anos desta experiência e permite uma maior consistência das sugestões efetuadas. Nesse sentido, tudo o que se dirá de seguida, direta ou indirectamente, é retirado desse mesmo relatório.

A génese destas escolinhas encontra-se associada aos centros de nutrição criados pela diocese de Lichinga como forma de apoiar as crianças malnutridas no período da guerra civil, após a qual, mantendo os lanches, se iniciaram actividades educativas infantis e assim se deram os primeiros passos no sentido das Escolinhas (1993-95).

Os princípios-base da sua formação e funcionamento têm-se mantido inalteráveis, ainda que a concretização ou não dos mesmos tenha vindo a ditar o sucesso/insucesso das mesmas e, conseqüentemente, a sua própria existência.

Importa, por isso, começar por recuperar os seus objectivos iniciais, tal como definidos em 1997 (p.23):

**Objectivo geral:**

*Estimular a criação de um ambiente criativo e saudável para as crianças, através de iniciativas locais de desenvolvimento sustentável;*

**Objectivos específicos:**

- Desenvolver um programa cultural e educacional relevante, mediante a introdução da língua local em todas as escolinhas;
- Fortalecer a ligação das escolinhas com a comunidade, [o setor d]a Saúde, a alfabetização de adultos e as actividades da escola primária;
- Integrar crianças mais velhas, principalmente raparigas, no processo educacional;
- Providenciar a formação de professores, supervisores e auxiliares;
- Desenvolver a pesquisa e a avaliação de modo que enformem e influenciem a política/postura e a prática.

Já em 1998 foi criado um outro programa direccionado para as mães, com objectivos de formação em costura, educação cívica e sanitária, economia doméstica e educação da criança.

Esta visão mais alargada da escolinha comunitária é bem expressa na seguinte ilustração, retirada do documento em que nos temos vindo a suportar para este efeito e já anteriormente identificado (p. 23):

<sup>93</sup> Segundo informações que foi possível recolher, durante o 1º Semestre de 2022 muitas instituições não reabriram as suas actividades, após a autorização, devido à incerteza da covid-19. Contudo, das 5.514 planificadas, em idade pré-escolar, encontravam-se a ser acompanhadas 3.561 crianças (64.58%), das quais 2.213 em 21 Jardins Infantis privados e 1.348 em 10 Escolinhas Comunitárias

<sup>94</sup> *Factores de sucesso e insucesso na implementação das Escolinhas Comunitárias do Niassa, Moçambique* (Estudo de caso, Junho de 2018, de Sofia Roborg-Sonddergaard para Leigos para o Desenvolvimento.

**FIGURA 4: ESCOLINHA COMUNITÁRIA – UMA VISÃO ALARGADA (“LEIGOS PARA O DESENVOLVIMENTO”)**



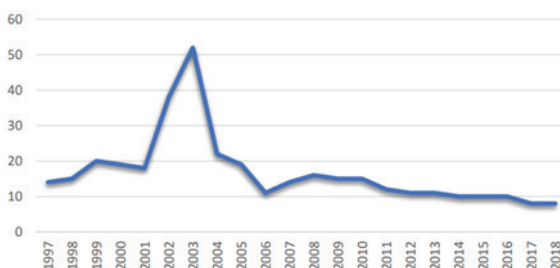
O lugar de funcionamento das escolinhas começou por ser instalações das paróquias ou, consoante as suas possibilidades e evolução, debaixo de árvores, edificações com materiais tradicionais e outras já de tijolo/alvenaria e telhado de zinco.

O calendário das escolinhas é o do ensino oficial, no sentido de proporcionar uma ligação entre a escolinha e a escola primária, possibilitando ainda o apoio mútuo entre irmãos nas deslocações.

Algumas das questões fulcrais das Escolinhas passam pela sua sustentabilidade, pelo papel da comissão de gestão.

Ainda a partir do relatório em referência (p. 30 e seguintes), poder-se-ão distinguir três fases ao longo dos 23 anos de vida das Escolinhas Comunitárias no Niassa, bem espelhadas no presente gráfico proveniente da mesma fonte:

**GRÁFICO 50. NÚMERO DE ESCOLINHAS COMUNITÁRIAS NA PROVÍNCIA DO NIASSA (1997 – 2018)**



(Gráfico 1 do estudo em referência)

**Fase de expansão (1993-2003)**

Esta primeira fase teve como financiadores a Diocese de Lichinga até 1996 e, depois, em 1997, a Fundação Bernard Van Leer, com a coordenação da ONGD Leigos para o Desenvolvimento na sua coordenação.

Poderá considerar-se esta fase em três dimensões: estruturação das escolinhas, formação aos monitores e supervisores e expansão do projecto para outros distritos.

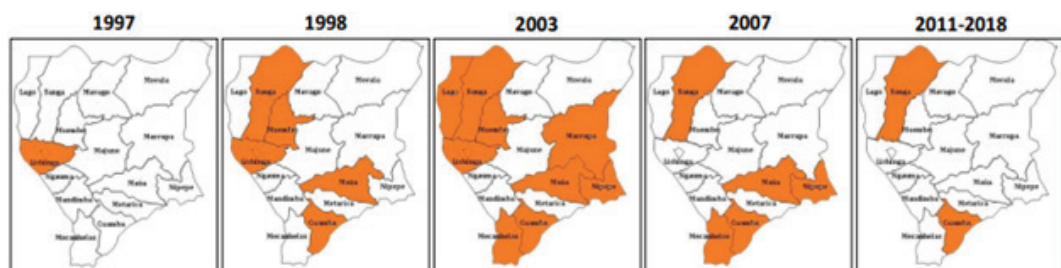
Esse pico foi atingido em 2003 com 52 escolinhas, acompanhado pelo mesmo pico no número de monitores, que chegaram a ser quase 90, e no número de crianças apoiadas, que chegaram a mais de 2200. Entretanto, nesta data o único financiador já referido cessou o seu apoio, o que explica a queda drástica do número de escolinhas e marca a entrada numa segunda fase.

### Fase de contração (2004-2010)

A cessação do financiamento, como já anteriormente referido, não teve uma contrapartida de assunção de responsabilidades por parte da comunidade, que **“continua(va)m com a mesma atitude: mão estendida, à espera daquilo que os que têm dinheiro estejam dispostos a dar”** (p. 31). Assim, e apesar de um ligeiro crescimento por força de novos financiadores (Listas Telefónicas de Moçambique e Rotários), a tendência foi de decréscimo até 2010, ano em que se encontravam em funcionamento 15 escolinhas.

O mapa seguinte, por outro lado, ilustra melhor como a redução do número de escolinhas comunitárias tem sido também acompanhado pelo seu afunilamento territorial (ibidem, p.17):

**FIGURA 5: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS ESCOLINHAS COMUNITÁRIAS POR DISTRITO (1997 – 2018)**



### O projecto na atualidade (2011-2016/18)

O número de escolas tende a estabilizar (embora diminuindo de 12 para 8 em 2017), investindo-se no reforço pedagógico, em 2014 através de uma parceria com o programa **Mais Valia da Fundação Calouste Gulbenkian** e depois, em 2015, com a **FEC – Fundação Fé e Cooperação** com a assessoria técnica da **Escola Superior de Educação Paula Frassinetti**. Cessa ainda, em 2018, a responsabilidade de coordenação por parte da ONGD Leigos para o desenvolvimento e conseqüente transferência da mesma para a diocese.

### Em conclusão

Os princípios enformadores das escolinhas comunitárias inserem-se nas linhas fundamentais de intervenção preconizadas neste tipo e contexto de intervenção, de que, aliás, também o presente relatório se faz eco, ao considerar-se a criança como um todo na família e na comunidade e em que, por isso, a componente educação não poderá ser encarada de forma desgarrada.

Assim, e para além articulação, entre outros, com as componentes da saúde, registo civil, agricultura e outras, importa realçar o essencial de um projecto como este e que se traduz na necessidade um forte compromisso e envolvimento da comunidade, com conseqüências, logo à partida, na capacidade de autofinanciamento e autofuncionamento mas também, depois, na formação direta das mães para, depois, poder também chegar às filhas.

Mantém, por isso, toda a pertinência nos dias de hoje, porventura até ainda mais, tendo em consideração a situação de crise financeira e social em Moçambique, o acentuado crescimento da população e as maiores expectativas que, apesar do ciclo ininterrupto de pobreza, as populações vão fazendo sentir.

A questão sempre presente e que importa continuar também sempre a colocar tem a ver com a indispensabilidade do compromisso da comunidade nem projecto desta natureza, mas, ao mesmo tempo, a dificuldade de conseguir que a mesma comunidade se aproprie do projecto como algo seu!

E, na verdade, se se verifica quer no documento em referência quer nas referências feitas pelo mesmo, uma análise honesta sobre erros de condução do projecto que poderão ter condicionado essa apropriação, é também verdade que a diferença na prática quotidiana

entre trabalhar **para** a comunidade e **com** a comunidade é uma linha muito ténue que ora se quebra ora se reata, sempre num equilíbrio muito instável em que os factores de equilíbrio, dentro e fora da comunidade, se tornam muito difíceis de identificar e gerir.

Importa, neste sentido, reter uma das conclusões do relatório (p.57) que assim resume os aspectos que considera indispensáveis para o funcionamento de uma Escolinha Comunitária e que aqui se transcrevem:

- **Comissão de gestão forte, consciente da importância da escolinha e empenhada em todos os aspectos do seu funcionamento, nomeadamente na geração de rendimentos para manter a escolinha, na tomada de decisões e na sua aplicação efetiva;**
- **Monitores motivados e dedicados;**
- **Empenho e dedicação dos supervisores de zona e do supervisor geral;**
- **Formação pedagógica dos monitores e dos supervisores ao longo dos anos.**

Sem prejuízo destas recomendações, valerá porventura a pena uma outra análise que possa partir do sistema de protecção da criança tal como caracterizado nas suas diversas componentes e em que os Comités Comunitários de Protecção da Criança poderão ter seguramente um papel importante a desempenhar.



### 7.2.5.2. COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA

Para melhor se entender a natureza e papel dos Comités Comunitários de Protecção da Criança, torna-se importante traçar a sua génese e desenvolvimento até ao momento presente.

Relativamente à sua génese, esta difere do ocorrido em outros países que criaram especificamente estruturas comunitárias de protecção da criança através de legislação específica, por regra, integrada nas respectivas leis de protecção da criança. É o caso de Portugal (Comissões de Protecção de Crianças e Jovens), Brasil (Conselhos Tutelares), Cabo Verde (Comitês Municipais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente) e Guiné-Bissau (Equipa de Protecção Local da Criança). Por sua vez Timor-Leste dispunha já de uma estrutura comunitária nesse sentido (Rede de Protecção da Criança) que veio a ser consagrada na Lei de Protecção da Criança, enquanto Angola considera o envolvimento das *organizações da sociedade civil, organizações não-governamentais e igrejas* no âmbito de um Sistema de Protecção e Desenvolvimento Integral da Criança, coordenado por um Conselho Nacional da Criança.

No caso concreto de Moçambique, o ponto de partida dos Comités é de carácter administrativo e genérico, uma vez que assenta na lei n.º 8/2003, de 19 de maio, a qual estabelece princípios e normas de organização, competência e funcionamento dos órgãos locais do estado, de entre os quais se destaca a localidade como unidade de base, assim definida (artº 14º):

1. *A localidade é a unidade territorial base da organização da administração local do Estado e constitui a circunscrição territorial de contacto permanente dos órgãos locais do Estado com as comunidades e respectivas autoridades.*
2. *A localidade compreende aldeias e outros aglomerados populacionais inseridos no seu território.*

Esta lei veio posteriormente a ser regulamentada pelo **Decreto nº 11/2005**, de 10 de junho, o qual veio a definir 4 formas de organização comunitária (artº 110):

- **Conselho Local**
- **Fórum local**
- **Comitês comunitários**
- **Fundos comunitários**

Relativamente aos Comitês comunitários refere especificamente o artigo 113º:

1. ***Os comitês comunitários são formas de organização das populações para permitir que as comunidades se mobilizem na identificação e procura e soluções dos seus problemas, podendo encaminhar outras preocupações às estruturas pertinentes do sector público.***
2. ***Os comitês comunitários poderão ser constituídos para, entre outras actividades, realizar a gestão da terra e outros recursos naturais, das escolas, dos postos de saúde e outras instituições de natureza não lucrativa de âmbito local.***

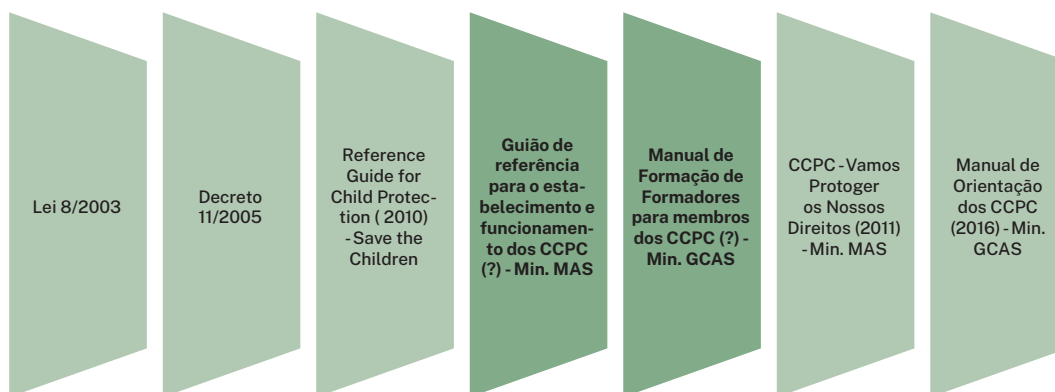
Parece, assim, haver, no caso de Moçambique, um papel híbrido destes comitês:

Por um lado, como decorre da própria legislação anteriormente citada, integram o ordenamento administrativo dos órgãos locais do Estado, a par do Conselho local, Fórum local e Fundos comunitários), ainda que parecendo não receber qualquer forma de apoio estatal.

Por outro lado, são reconhecidos como **“formas de organização das populações”** e, no diploma que temos vindo a citar e que criou os comitês comunitários, nem sequer é referida a dimensão da protecção da criança, destacando-se apenas **“a gestão da terra e outros recursos naturais, das escolas, dos postos de saúde e outras instituições de natureza não lucrativa de âmbito local”**.

O diagrama seguinte procura identificar esse mesmo percurso a partir da documentação disponibilizada e outra identificada a partir da anterior, não tendo sido possível identificar um documento estruturante governamental (provavelmente do Ministério que tem a responsabilidade da protecção da criança) e que proceda à transição do decreto regulamentar dos órgãos locais do Estado (Decreto 11/2005) para a definição de comités específicos de protecção da criança, tendo em consideração esta sua especificidade.

**FIGURA 6: REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS RELATIVAMENTE AOS COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA**



Reportando-nos a estes documentos, poderemos proceder, numa breve análise comparada, a 3 agrupamentos, com as seguintes características:

**1) Legislação genérica e de carácter jurídico-administrativo**

- Trata-se de legislação fundadora e reguladora dos órgãos locais do Estado, possibilitando a existência dos Comités, mas sem mais qualquer caracterização dos mesmos.

**2) Documentação técnica da autoria da organização Save the Children**

- Trata-se de um documento essencialmente técnico e estruturante, mas, aparentemente, muito ambicioso face à realidade e recursos humanos existentes.

**3) Documentação formativa-informativa da responsabilidade do Ministério, em parceria com outras organizações**

- Documentos muito adequados no grafismo, linguagem utilizada e definição de atribuições para os Comités.

Proceder-se-á de seguida a uma maior análise de dois desses documentos, os únicos que foi possível identificar com carácter estruturante de um ponto de vista organizativo e funcional - o documento identificado como **Reference Guide For Children Protection**, da responsabilidade conjunta da organização Save the Children e do Ministério (em versão draft e desconhecendo-se, portanto, a evolução do mesmo para uma versão definitiva) e o **Manual de Orientação dos CCPC**, da responsabilidade do Ministério em colaboração com a UNICEF, Save the Children e FDC).



• **REFERENCE GUIDE FOR CHILD PROTECTION<sup>95</sup> (SAVE THE CHILDREN e MINISTÉRIO DA MULHER E DA ACÇÃO SOCIAL, 2011)**

Trata-se de um documento muito organizado e estruturado, com definição clara de objectivos gerais, específicos e actividades apontados para os Comités.

Grande parte dos mesmos, contudo, implicariam pessoas com formação adequada e recursos técnicos e logísticos dificilmente compatíveis com uma estrutura de base comunitária e, muito menos, tendo em conta os recursos disponíveis em Moçambique.

É um facto que a missão dos Comités acaba por ser consensual tal como ali se encontra definida:

Mobilizar os membros da comunidade, incluindo as próprias crianças, na identificação dos problemas que afetam as crianças e nas soluções possíveis no interior e exterior da comunidade<sup>96</sup>.

Os objectivos específicos, contudo, apresentam uma disparidade acentuada de exigência, alguns dos quais, por essa mesma razão de confronto com a formação e recursos técnicos, logísticos e financeiros disponíveis, não parecem de execução possível, ainda que considerados os seus mínimos.

Referimo-nos, sobretudo, àqueles de carácter mais técnico, reflexivo, organizativo e coordenador.

Não cabendo, contudo, no âmbito deste trabalho essa análise mais detalhada, deixamos aqui transcritos esses objectivos específicos tal como previstos:

- a) *Organizar a comunidade através da sua mobilização e consciencialização no desenvolvimento de medidas de assistências e protecção das crianças em geral e das mais vulneráveis em particular;*
- b) *Promover a disseminação dos direitos da criança, incluindo leis e planos de protecção da criança;*
- c) *Organizar informação sobre a situação social das crianças na comunidade;*
- d) *Coordenar acções de apoio à criança, prevenindo a dispersão desse apoio;*
- e) *Acompanhar e monitorizar acções de apoio às crianças, assegurando a qualidade dos serviços prestados à criança e a confiança de quem paga;*
- f) *Informar os membros da comunidade e o governo, através dos seus representantes locais, da situação das crianças e das necessidades sentidas para as proteger;*
- g) *Informar a comunidade, incluindo os líderes tradicionais, relativamente às diversas práticas negativas de violação dos direitos da criança e à necessidade da sua eliminação;*
- h) *Mobilizar recursos dentro e fora da comunidade com vista à implementação de planos de acção de cuidados e protecção das crianças vulneráveis;*
- i) *Dar prioridade no apoio inicial da comunidade no sentido de ir ao encontro das necessidades das crianças como forma de preservar os valores morais e o espírito de apoio mútuo;*
- j) *Constituir-se como um meio para consultas e participar activamente na implementação, monitorização e avaliação de actividades externas dirigidas aos cuidados e protecção das crianças em geral e das mais vulneráveis em particular.*

O mesmo se reflete nas principais actividades elencadas (sublinhados nossos):

- a) *Levantamento do número de crianças e organização da respectiva informação relativamente à idade, género, incapacidade, eventual condição de orfandade, dentro ou fora da escola, com ou sem registo de Nascimento, identificando ainda as necessidades mais bá-*

<sup>95</sup> A versão que foi possível aceder encontra-se em inglês e o texto que se reproduzirá foi traduzido de forma livre e adequada, procurando-se, contudo, nunca fugir ao sentido original.

<sup>96</sup> *Ibidem* p.12

sicas e urgentes das crianças na comunidade, mobilizando o acompanhamento necessário dentro e for a da comunidade;

- b) Construção e atualização de mapa de necessidades básicas da criança;
- c) Coordenação do apoio às crianças nas iniciativas e actores dentro e for a da comunidade (por exemplo, ONG, líderes religiosos, associações, comités de gestão do risco, Direcção Distrital dos Serviços de Saúde, Mulheres e Acção Social, Direcção Distrital dos Serviços de Educação, juventude e Tecnologia, Polícia, vereadores municipais, etc.), incluindo a herança dos pais, prevenção da violência e violação dos seus direitos, monitorização na escola e envolvimento nas actividades de lazer e desportivas;
- d) Participação activa em todas as actividades promovidas pela comunidade a favor das crianças;
- e) Informação ao líder da comunidade relativamente à situação das crianças na comunidade;
- f) Manter a comunidade informada relativamente à situação das crianças;
- g) Coordenar com os Comités de Gestão do Risco as intervenções-chave a desenvolver em todas as fases de preparação e resposta a situações de emergência;
- h) Solicitar, em coordenação com outras agências, formação para os membros dos Comités e outros elementos da comunidade em matéria dos direitos da criança, cuidados e apoio a crianças vulneráveis, incluindo os direitos da criança, prevenção do HIV, protecção da criança, apoio psicossocial, nutrição, higiene e outros aspectos sanitários, gestão de conflitos, fortalecimento de actividades económicas.

Mais especificamente, o documento a que se tem vindo a fazer referência identifica um conjunto de actividades no âmbito da protecção e apoio psicossocial no grupo das crianças<sup>97</sup> que aqui se transcrevem:

- (i) *Compreender junto das famílias as causas da situação da criança for a da escola e possíveis soluções para a sua eliminação;*
- (ii) *Promover a reentrada das crianças que abandonaram a escola em coordenação com os Conselhos Escolares;*
- (iii) *Identificar e garantir artesãos locais para treino vocaciona, com capacidade de transmissão dos conhecimentos básicos às crianças;*
- (iv) *Prepara, em conjunto com os artesãos identificados, um plano de treino e monitorização da sua implementação;*
- (v) *Coordenar sessões específicas para crianças com menor desempenho;*
- (vi) *Organizar a assistência de as crianças de diferentes entidades, incluindo aquelas com idade inferior a 5 anos, nomeadamente as que frequentam as escolinhas comunitárias;*
- (vii) *Viabilizar o registo de Nascimento das crianças;*
- (viii) *Viabilizar a aquisição de certidão de pobreza a fim de que as crianças mais vulneráveis possam ter acesso aos serviços públicos disponíveis (educação no nível secundário e saúde);*
- (ix) *Detetar e dar informação de casos de expropriação de bens de crianças vulneráveis, violência, abuso e tráfico;*
- (x) *Encorajar os membros da comunidade e as crianças a construir livros e caixas de registo de memórias;*
- (xi) *Proteger as crianças relativamente a perda de herança;*
- (xii) *Identificar crianças com problemas psico-emocionais tais como o isolamento, urinar na cama durante o sono (enurese), falta de apetite, choro constante, baixo desempenho escolar, etc.*

<sup>97</sup> São também identificadas actividades para o Coordenador e sub-coordenador do CCPC bem como actividades para a área da saúde e educação nutricional, actividades lúdicas, formação vocacional, bem como actividades comuns a todos os grupos.

• **MANUAL DE ORIENTAÇÕES DOS COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA (MINISTÉRIO DO GÉNERO, CRIANÇA E ACÇÃO SOCIAL, UNICEF E FDC-FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO EM COMUNIDADE, 2016)<sup>98</sup>**

Com forma muito amigável, quer na linguagem utilizada quer no seu grafismo, este manual encontra-se estruturado em 10 módulos, assim refletindo as áreas que foram consideradas de maior importância para a acção dos CCPC e que, por isso, aqui se deixam identificadas:

**QUADRO 22: MANUAL DE ORIENTAÇÕES DOS COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA - MÓDULOS**

<b>Módulo 1 - PROTECÇÃO E DIREITOS DA CRIANÇA</b>	Tema 1 – Necessidade e direitos da criança Tema 2 – Protecção da criança Tema 3 – Instrumentos de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança e da Família Tema 4 – Protecção especial
<b>Módulo 2 – CRIANÇAS VULNERÁVEIS DE PRIVAÇÃO</b>	Tema 1 – Crianças vulneráveis Tema 2 – Factores de vulnerabilidade
<b>Módulo 3 – APOIO PSICOSSOCIAL</b>	Tema 1 – Desenvolvimento da criança Tema 2 – Como comunicar com as crianças Tema 3 – Residência e apoio psicossocial Tema 4 – Como apoiar crianças com necessidades especiais (deficiências e suas famílias) Tema 5 – Como apoiar famílias e crianças afectadas pelo HIV/SIDA ou doença prolongada Tema 6 – Como apoiar crianças infectadas pelo HIV/SIDA ou doença prolongada e suas famílias Tema 7 – Como apoiar famílias e crianças a lidarem com a morte
<b>Módulo 4 – ABUSO DA CRIANÇA – CRIANÇAS EM RISCO</b>	Tema 1 – O que é o abuso da criança Tema 2 – Tipos de abuso da criança Tema 3 – Reconhecer o abuso da Criança (sinais e sintomas) Tema 4 – Prevenir o abuso da criança Tema 5 – Responder e denunciar abuso Tema 6 – Como apoiar e famílias vítimas de abuso
<b>Módulo 5 – PROTECÇÃO ALTERNATIVA</b>	Tema 1 – Protecção alternativa Tema 2 – Procedimentos – o que fazer quando uma criança precisa de protecção alternativa
<b>Módulo 6 – PROTECÇÃO SOCIAL</b>	Tema 1 – Protecção social Tema 2 – Segurança Social Básica Tema 3 – Famílias chefiadas por crianças/jovens Tema 4 – Famílias chefiadas por idosos Tema 5 – Crianças com necessidades especiais/deficiência Tema 6 – Doenças crónicas
<b>Módulo 7 – ACOMPANHAMENTO BASEADO NA COMUNIDADE</b>	Tema 1 – Mapeamento dos recursos na comunidade Tema 2 – Gestão e organização interna Tema 3 – Acompanhamento baseado na comunidade Tema 4 – Ligação às várias vertentes e níveis do sistema nacional de protecção da criança Tema 5 – Promoção e participação da criança e do jovem Tema 6 – Definição dos papéis, responsabilidades e limites dos membros do CCPC
<b>Módulo 8 - FORTALECIMENTO ECONÓMICO</b>	Tema 1 – Programas de assistência social Tema 2 – Aumento e Protecção dos bens e fontes de rendimento Tema 3 – Aumento de renda
<b>Módulo 9 – ELABORAÇÃO DE PLANO DE TRABALHO</b>	Tema 1 – Planeamento Tema 2 – Implementação e monitoria
<b>Módulo 10 – RESOLUÇÃO DE CONFLITOS E COESÃO DA ORGANIZAÇÃO</b>	Tema 1 – Resolução de conflitos Tema 2 – Coesão de grupo

<sup>98</sup> De acordo com nota constante neste manual, os seus conteúdos foram retirados e adaptados do “Manual de Formação de Formadores de Membros dos Comitês Comunitários de Protecção da Criança”, publicado pelo Ministério do Género, Criança e Acção Social e UNICEF, sem referência ao ano

De referir, contudo, que cada um destes módulos contém ainda em si um apreciável conjunto de acções aqui deixando, para melhor compreensão ainda que não de forma exaustiva, parte significativa dessas mesmas acções.

**QUADRO 23: MANUAL DE ORIENTAÇÕES DOS COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA – ESPECIFICAÇÃO DAS ACÇÕES QUE INTEGRAM OS MÓDULOS**

<p><b>O CCPC pode ajudar as crianças vulneráveis e suas famílias de muitas maneiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ajudando na machamba das famílias, incentivando a actividades de geração de renda, xitiques, encaminhando a criança e família para as instituições que possam dar apoio;</li> <li>– Fazendo visitas familiares regulares; apoiando na limpeza da casa e da higiene da família e da criança;</li> <li>– Fazer o acompanhamento da situação de saúde da criança, encaminhar a programas de apoio alimentar para reforçar a dieta alimentar;</li> <li>– Sensibilizando as famílias e comunidades que as crianças com deficiência devem brincar com outras crianças;</li> <li>– Sensibilizar as comunidades sobre os riscos da violência doméstica que pode fazer com que as crianças se tornem violentas.</li> </ul>
<p><b>Os membros do CCPC podem dar apoio psicossocial e criar resiliência nas crianças e suas famílias de muitas maneiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Apoiando os pais e cuidadores na satisfação das necessidades psicossociais das crianças;</li> <li>– Fazendo actividades psicoterapêuticas simples (terapia narrativa);</li> <li>– Ajudando as famílias a prepararem o testamento;</li> <li>– Fazendo companhia aos adultos e brincando com as crianças;</li> <li>– Fazendo com que as pessoas se sintam aceites;</li> <li>– Perguntando a opinião das crianças e jovens nas decisões;</li> <li>– Nos casos em que as crianças e suas famílias precisam de apoio psicossocial ajudá-las a conseguirem esse apoio.</li> </ul>
<p><b>Acções que os membros do CCPC podem levar a cabo no sentido de prevenir situações de risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Em conjunto com o grupo de crianças, divulgar o que é abuso da criança, sinais e sintomas e impacto do abuso nas crianças e suas famílias;</li> <li>– Informar as crianças e famílias sobre o que devem fazer quando estiverem em situação de risco ou se sentirem ameaçadas;</li> <li>– Informar as crianças sobre as pessoas e serviços a quem podem recorrer;</li> <li>– Divulgar formas diferentes de disciplinar as crianças em vez de bater;</li> <li>– Ajudar a criar escolhinhas comunitárias que possam acolher as crianças durante o dia;</li> <li>– Criar um sistema de acolhimento de casos.</li> </ul>
<p><b>Os membros do CCPC podem apoiar as crianças que vivem em situações de potencial violência, ajudando a criança a desenvolver um plano de segurança:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ensinando à criança o número da Linha Fala Criança (16);</li> <li>– Escolhendo um vizinho perto para onde a criança pode ir numa situação de violência;</li> <li>– Ensinando à criança que não deve tentar parar a luta mas sim procurar um lugar para se esconder.</li> </ul>
<p><b>O CCPC nas situações de protecção alternativa, pode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Conhecer e encaminhar as crianças que precisam de3 protecção alternativa;</li> <li>– Aconselhar as famílias a legalizar as situações em que a criança já vive com a família alargada ou alternativa e apoiar as famílias neste processo;</li> <li>– Encaminhar para a Polícia ou Acção Social situações de crianças em necessidade de protecção alternativa urgente;</li> <li>– Apoiar a família de acolhimento no acesso à saúde e educação;</li> <li>– Ajudar na obtenção de atestado de pobreza e no acesso a subsídios;</li> <li>– No caso das crianças que estão em infantários ou centros de acolhimento, ajudar as crianças a terem contacto com a sua família e a comunidade;</li> <li>– No caso de adopção: Identificar e avaliar os casos, encaminhar para a acção social com recomendação para adopção;</li> <li>– No caso de tutela: Identificar e avaliar os casos, aconselhar a família sobre os procedimentos legais (quando souber), encaminhar para a acção social, fazer o acompanhamento periódico da criança tutelada;</li> <li>– No caso de acolhimento familiar: Identificar e avaliar os casos, aconselhar a família sobre os procedimentos legais (quando souber), encaminhar para a acção social.</li> </ul>
<p><b>O CCPC pode na protecção social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Informar os membros da comunidade sobre os programas de acção social, de acção social escolar e acção social de saúde disponíveis na comunidade;</li> <li>– Apoiar as tarefas do perante na identificação de potenciais beneficiários, realização das visitas domiciliárias e divulgação dos programas;</li> <li>– Apoiar as famílias no processo de candidatura;</li> <li>– Apoiar as famílias no registo de nascimento das crianças e obtenção de bilhete de identidade dos adultos;</li> <li>– Apoiar as famílias na obtenção do atestado de pobreza;</li> <li>– Defender o direito de acesso aos vários programas por parte das crianças/famílias mais vulneráveis;</li> <li>– Denunciar situações de má atribuição de subsídios.</li> </ul>

**O Que o CCPC pode fazer para apoiar crianças famílias chefiadas por crianças**

- Fazer visitas domiciliárias e dar apoio psicossocial às crianças: falar com as crianças, ouvi-las e confortá-las;
  - Falar com os vizinhos para apoiarem e protegerem estes agregados;
  - Ajudar o agregado a ter cuidados de saúde, a conseguir ir à escola e no registo de nascimento;
  - Discutir a possibilidade de os irmãos mais velhos fazerem turnos para tomar conta dos mais novos para que nenhum deles tenha que desistir da escola;
- (...)

**O CCPC pode no apoio aos agregados chefiados por idosos**

- Fazer visitas domiciliárias e dar apoio psicossocial ao agregado: falar com as pessoas, ouvi-las, confortá-las e orientá-las;
  - Sensibilizar os vizinhos para apoiarem a família e ajudar o agregado a ter relações mais fortes e próximas com os vizinhos;
  - Ajudar o agregado a conseguir ter cuidados de saúde, educação, registo de nascimento e assistência legal;
- (...)

**O CCPC pode (relativamente às) crianças com necessidades especiais ou crianças com deficiência**

- Divulgar e apoiar o acesso das crianças com necessidades especiais ou crianças com deficiência e suas famílias aos programas de apoio existentes;
- O CCPC (pode relativamente) ao apoio aos agregados afectados por doenças crónicas
- Promover a ida ao Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GAVT), aos Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes e Jovens e ao Serviço de Atendimento e Testagem em Saúde;
  - Alertar para os riscos de transmissão do HIV de mãe para filho;
  - Falar sobre as infecções oportunistas na pessoa do HIV/SIDA (infecções respiratórias, infecções gastrointestinais, infecções de pele e outras);
- (...)

**Apoiar e informar os agregados afectados por doenças crónicas**

- Promover a ida ao Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GAVT), aos Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes e Jovens e ao Serviço de Atendimento e Testagem em Saúde;
  - Alertar para os riscos de transmissão do HIV de mãe para filho;
  - Falar sobre as infecções oportunistas na pessoa do HIV/SIDA (infecções respiratórias, infecções gastrointestinais, infecções de pele e outras);
- (...)

De referir, relativamente a este documento, as mesmas dúvidas já colocadas relativamente ao documento anteriormente analisado, sobre as reais capacidades dos comités de assegurarem todos os objectivos previstos e desempenharem as actividades neles contidos, desde logo pela própria natureza dos comités e, depois, pelos condicionalismos de todo o tipo a que os mesmos se encontram sujeitos.

Para melhor sustentação e eventual clarificação desta dúvida, elaborámos o quadro seguinte, procurando um alinhamento não apenas entre os dois documentos como, ainda, com os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados aos cinco comités que foram visitados/avaliados pela FEC.

Relativamente aos resultados dos questionários, transpusemos os itens pré-definidos, tendo em conta que a generalidade dos mesmos foi avaliada com graus de frequência significativa.

Em jeito de conclusão, não deixa de ser significativo que as acções previstas para os Comités no respectivo Manual de Orientação, se subsumam, sobretudo, apenas às actividades principais previstas nas alíneas d), e) e f) do 'Reference Guide' e que anteriormente fizemos já referência, e bem assim, com o resultado dos questionários aplicados.

É esse cotejo entre as três fontes de informação consultadas que intentaremos fazer de seguida:

**QUADRO 24: ANÁLISE COMPARADA ENTRE OS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA E O TRABALHO DESENVOLVIDO COM OS COMITÉS, COM A INTERVENÇÃO DA FEC, NA PROVÍNCIA DO NIASA**

Reference Guide for Child Protection (SAVE THE CHILDREN)		Manual de Orientações dos Comitês Comunitários de Protecção da Criança (MGCAS, FDC e UNICEF)	Resultados dos questionários aplicados aos CCPC (5)
General aim	Main actions	Acções	
Mobilizar os membros da comunidade, incluindo as próprias crianças, na identificação dos problemas que afetam as crianças e nas respectivas soluções dentro ou fora da comunidade			
Specific objectives			
a) Organizar a comunidade através da sua mobilização e consciencialização no desenvolvimento de medidas de cuidados e protecção das crianças em geral e das mais vulneráveis em particular;	d) <u>Participação activa em todas as actividades promovidas pela comunidade a favor das crianças;</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar crianças vulneráveis e suas famílias</li> <li>- Dar apoio psicossocial e criar resiliência nas crianças e suas famílias de muitas maneiras:</li> <li>- Prevenir situações de risco:</li> <li>- Apoiar as crianças que vivem em situações de potencial violência,</li> <li>- Apoiar e informar nas situações de protecção alternativa</li> <li>- Apoiar e informar relativamente à protecção social:</li> <li>- Apoiar crianças famílias chefiadas por crianças</li> <li>- Apoiar agregados chefiados por idosos</li> <li>- Apoiar e informar relativamente às crianças com necessidades especiais ou crianças com deficiência</li> <li>- Apoiar e informar os agregados afectados por doenças crónicas</li> </ul>	<p><b>Sensibilização na comunidade</b> – Frequente em 4 e muito frequente em 1</p> <p><b>Visitas a crianças e famílias</b> – Frequente em 3 e muito frequente em 2</p>
b) Promover a disseminação dos direitos da criança, incluindo leis e planos de protecção da criança;			
c) Organizar informação sobre a situação social das crianças na comunidade;	<p>a) <u>Levantamento do número de crianças e organização da respectiva informação relativamente à idade, género, incapacidade, eventual condição de orfandade, dentro ou fora da escola, com ou sem registo de Nascimento, identificando ainda as necessidades mais básicas e urgentes das crianças na comunidade, mobilizando o acompanhamento necessário dentro e for a da comunidade;</u></p> <p>b) <u>Construção e atualização de mapa de necessidades básicas da criança;</u></p> <p>e) <u>Informação ao líder da comunidade relativamente à situação das crianças na comunidade;</u></p>		
d) Coordenar acções de apoio à criança, prevenindo a dispersão desse apoio;	c) <u>Coordenação do apoio às crianças nas iniciativas e actores dentro e for a da comunidade (por exemplo, ONG, líderes religiosos, associações, comités de gestão do risco, Direcção Distrital dos Serviços de Saúde, Mulheres e Acção Social, Direcção Distrital dos Serviços de Educação, juventude e Tecnologia, Polícia, vereadores municipais, etc.), incluindo a herança dos pais, prevenção da violência e violação dos seus direitos, monitorização na escola e envolvimento nas actividades de lazer e desportivas</u>		<p><b>Reuniões com líderes comunitários</b> – Frequente</p> <p><b>Reuniões com SDSMAS</b> – frequente em 3 e muito frequente em 2</p>

e) Acompanhar e monitorizar acções de apoio às crianças, assegurando a qualidade dos serviços prestados à criança e a confiança de quem paga;			
f) Informar os membros da comunidade e o governo, através dos seus representantes locais, da situação das crianças e das necessidades sentidas para as proteger;			
g) Informar a comunidade, incluindo os líderes tradicionais, relativamente às diversas práticas negativas de violação dos direitos da criança e à necessidade da sua eliminação;			
h) Mobilizar recursos dentro e fora da comunidade com vista à implementação de planos de acção de cuidados e protecção das crianças vulneráveis;			
i) Dar prioridade no apoio inicial da comunidade no sentido de ir ao encontro das necessidades das crianças como forma de preservar os valores morais e o espírito de apoio mútuo;			
j) Constituir-se como um meio para consultas e participar activamente na implementação, monitorização e avaliação de actividades externas dirigidas aos cuidados e protecção das crianças em geral e das mais vulneráveis em particular;			
	g) Coordenar com os Comités de Gestão do Risco as intervenções-chave a desenvolver em todas as fases de preparação e resposta a situações de emergência;		
	h) Solicitar, em coordenação com outras agências, formação para os membros dos Comités e outros elementos da comunidade em matéria dos direitos da criança, cuidados e apoio a crianças vulneráveis, incluindo os direitos da criança, prevenção do HIV, protecção da criança, apoio psicossocial, nutrição, higiene e outros aspectos sanitários, gestão de conflitos, fortalecimento de actividades económicas.		

## COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA NO NIASSA

O quadro que de seguida se apresenta reflete um levantamento parcial e caracterização mínima dos CPPC na província do Niassa num trabalho conjunto do Serviço Distrital de Saúde e Acção Social com a FEC, no âmbito do Projecto OTHUKUMANA – JUNTOS III.

**QUADRO 25: COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA NA PROVÍNCIA DO NIASSA**

DISTRITO	Nº COMITÉS	OBSERVAÇÕES
Chimbonila	5	...
Cuamba	11	Parece existir alguma prática de elaboração de relatórios trimestrais entregues à Acção Social com descrição das actividades realizadas e principais preocupações (COVs por HIV, violência doméstica e sexual)
Lago	10	...
Lichinga	4	Estes 4 CCPC são apoiados pelo Projecto OTHUKUMANA III em parceria com Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social de Lichinga.
Majune	10	...
Mandimba	10	Parece haver apenas dois activos
Marrupa	1	CCPC do Bairro da Moagem, localizado no bairro com este nome, onde existe também um jardim de Infância. Este CCPC foi dinamizado no âmbito do Projecto OTHUKUMANA III
Maúa	0	...
Mavago	0	...
Mecanhelas	25/11	25 Comités, porém apenas 11 ativos. Criados em 2003 e revitalizados em 2016 e 2017. Reuniões e relatórios tendencialmente semanais. Utilização de fichas de identificação para sinalizações de crianças. Apoio legal no registo de crianças, casamentos prematuros e gravidez precoce.
Mecula	0	...
Metarica	4	Todos criados pela AS, sendo o mais recente de 2020. Não existe CP na zona específica das Escolinhas, mas existe na proximidade (criado em 2020).
Muembe	0	...
N'gauma	1	Para além de 25 Comités de Desenvolvimento Comunitário existentes neste Distrito, foi criado, no âmbito do Projecto OTHUKUMANA III um Comité específico para a protecção da criança. Situa-se no Bairro dos Trabalhadores, onde existe também um Jardim de Infância.
Nipepe	0	Sem Comités.
Sanga	4	...

Importa salientar que a criação, revitalização e expansão dos CCPC em todos os distritos da Província do Niassa é um desafio assumido pela Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social.



**COMITÉ COMUNITÁRIO DO BAIRRO DOS TRABALHADORES (NGAUMA)**



**COMITÉ COMUNITÁRIO DO BAIRRO NADINE II (CUAMBA)**



## **AINDA A PROPÓSITO DOS COMITÉS COMUNITÁRIOS DE PROTECÇÃO DA CRIANÇA: ALGUMAS QUESTÕES PARA REFLEXÃO**

Como já foi referido duas grandes questões se poderão colocar relativamente aos Comités Comunitários de Protecção da Criança:

**A primeira tem a ver com a capacidade técnica, operativa e institucional** de os Comités intervirem em matérias específicas da protecção da criança que, a concretizar-se, implicam conhecimentos específicos, procedimentos definidos e mecanismos de articulação instaurados.

São, sobretudo matérias que têm a ver com o diagnóstico, acompanhamento de casos em que a criança é vítima e que, sem prejuízo do indispensável papel de identificação e apoio imediato, se for o caso, deverá transitar rapidamente para as instâncias próprias técnicas, administrativas e judiciais.

Não fica clara a articulação dos mesmos com as estruturas desconcentradas existentes nas comunidades em que se inserem, seja do Ministérios de maior abrangência da criança (Protecção social, Saúde e Educação), seja do Governo Provincial, naquilo que deverá definir a arquitetura de um Sistema Nacional de Protecção da Criança.

De facto, de entre os perfis traçados para potenciais membros dos CCPC (maioritariamente com características positivas pessoais, morais e cívicas), não são considerados representantes dos serviços ou outras associadas da comunidade como seja, como já dito anteriormente, o caso da saúde e da educação.

Teoricamente, pelo menos, poderiam colocar-se dois cenários:

- Articulação direta dos Comités com estruturas governamentais sediadas nas próprias comunidades, fundamentalmente ao nível da educação e da saúde, sem prejuízo do que é referido agora como segundo cenário;
- Articulação privilegiada com os Serviços Distritais de Acção Social, para os quais, necessária e automaticamente, seriam directamente canalizadas as questões problemáticas identificadas pelos Comités.

A este propósito, aliás, e que em vez de clarificar mais dúvidas levantou, reproduz-se excerto do Manual de Orientações em que parcelarmente nos temos vindo a suportar (p. 78 e 79):

***“É mais fácil o CCPC conseguir que as crianças/famílias que apoia tenham acesso a serviços se houver uma ligação entre a comunidade e os serviços governamentais e organizações não governamentais.***

***É, portanto, muito importante que o CCPC estabeleça ligação com outras vertentes e níveis do Sistema Nacional de Protecção da Criança.***

***Algumas formas como os Comités Comunitários de Protecção da Criança estão a fazer a ligação com outras vertentes a níveis do Sistema nacional de Protecção da Criança:***

- ***Os comités estabelecem um relacionamento com indivíduos específicos nos diferentes serviços governamentais, instituições ou organizações;***
- ***Os pontos focais dos serviços oficiais são membros do comité;***
- ***Os representantes dos comités participam de reuniões de trabalho e iniciativas relacionadas com a protecção a nível do distrito, província e nacional;***
- ***É importante que esta relação seja tão formal quanto possível. O CCPC pode estabelecer parcerias formais e memorandos de entendimento ou procedimentos com potenciais parceiros e outros serviços”.***

Dir-se-á, no entanto, que o funcionamento dos Comités acaba por ser em ambas as vertentes: sensibilização e diagnósticos e acompanhamento e/ou encaminhamento. Mediante a situação, há questões que podem ser resolvidas na comunidade, pela própria comunidade, e

nesse sentido são autónomos. Caso a situação seja mais grave ou a resolução não estiver ao seu alcance, sinalizam e encaminham ao Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social e o chefe da repartição da Acção Social ao nível desse serviço é que encaminha para os diferentes Serviços, nomeadamente nas áreas da Saúde, Educação, Segurança Social, Registo e Notariado, Justiça, etc.).

Nesta dimensão passam então da autoridade tradicional para a competência governamental.

Ainda a este propósito e relativamente à questão da identificação e protecção das vítimas, a Lei de Bases de Protecção da Criança estabelece que a comunicação de suspeita ou confirmação de maus-tratos, abuso ou violência sobre uma criança é uma obrigação das unidades de saúde, de acção social e de educação. A mesma lei também especifica o dever geral do Estado de adotar medidas legislativas e administrativas para proteger a criança nas situações em que a criança **“seja incitada ou coagida pelos pais, tutor, família de acolhimento, representante legal ou terceira pessoa a dedicar-se a actividade sexual ilícita”**; e também quando a criança é explorada **“em actividade de prostituição ou outras práticas sexuais ilícitas.”**

**A segunda tem a ver com a capacidade logística** de os Comitês poderem corresponder ao conjunto de objectivos e actividades que lhes são colocados.

Do trabalho de campo efetuado pelo Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social com a FEC, no âmbito do Projecto OTHUKUMANA – JUNTOS III foi expressiva a necessidade sentida de instrumentos básicos de trabalho (folhas, dossiers, canetas e outro material de escritório básico), espaço adequado para desenvolvimento de actividades, meios de identificação dos membros do comité e canais de comunicação com os serviços distritais.

### 7.3. CONTRIBUTOS PARA A PROVÍNCIA DO NIASSA A PARTIR DO MODELO TEÓRICO E OUTROS REFERENCIAIS NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO DA CRIANÇA

As considerações aqui efetuadas, complementadas ou não com sugestões, deverão ser consideradas tendo em conta quatro referenciais:

- A análise possível a partir do levantamento documental efetuado e que constitui o corpo principal do presente trabalho;
- O modelo teórico abordado no ponto 7.1;
- O documento de trabalho intitulado “*Reforço dos Sistemas de Protecção na África Subsariana*”, de 2012, mas com absoluta atualidade;<sup>99</sup>
- O esforço de maior aproximação a uma parte deste todo que é Moçambique, no caso a província do Niassa.

#### 7.3.1. ABORDAGEM CONTINUADA E INTEGRADA

Como vimos no modelo teórico anteriormente apresentado, esta dimensão de funcionamento do Sistema de Protecção é assim definida:

***“Continuidade na intervenção – Pressupõe uma lógica de cuidados de promoção, prevenção ou recuperação, ainda que assegurados por diferentes instâncias e actores, mas alinhados com o mesmo objectivo de protecção da criança e, como tal, partes integrantes do sistema”.***

De facto, uma das maiores dificuldades é assegurar uma intervenção sem descontinuidades em função dos problemas, em que prevaleça a abordagem da criança no seu todo e o seu acompanhamento, maior ou menor, em função das vicissitudes com que se confrontará no seu ciclo de vida.

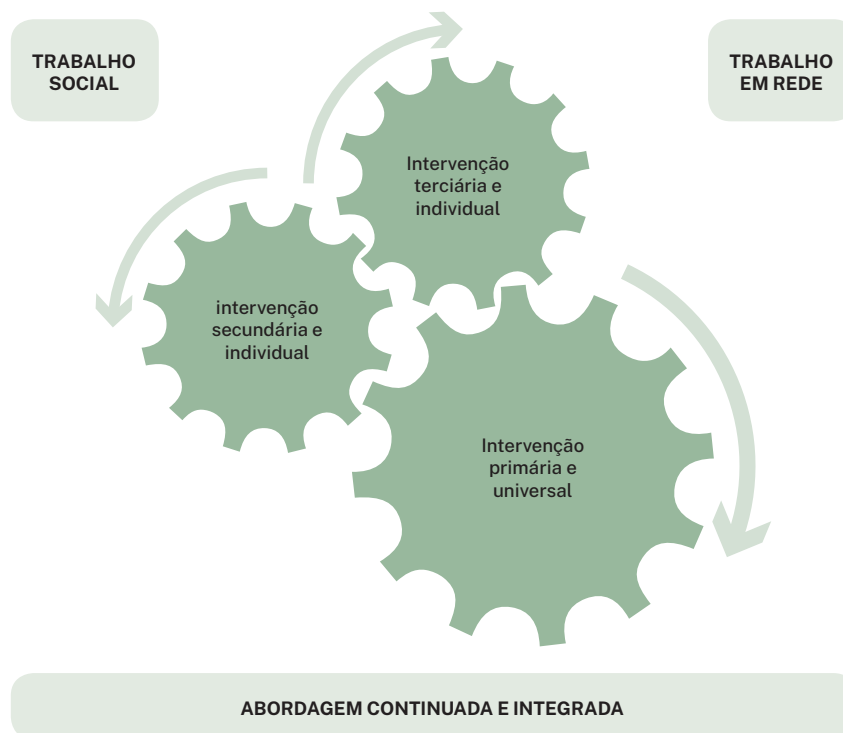
Só assim, através de uma continuidade de cuidados é possível oferecer uma série de serviços, desde prevenção, promoção e protecção (p.43), assim categorizados:

- ***Intervenção primária e universal, incluindo a educação, informação e uma maior sensibilização a nível da comunidade local relativamente às necessidades das crianças e famílias em situações de vulnerabilidade.***
- ***Intervenção secundária orientada para o objectivo de mitigar o risco para as crianças em situações de vulnerabilidade. Isto inclui intervenção precoce e apoio à família, abrangendo aconselhamento psicossocial, apoio financeiro, apoio doméstico e infantários, etc.***
- ***Intervenção terciária individual para crianças e famílias vulneráveis em alto risco que incluem apoio à família, serviços de protecção abrangendo cuidados alternativos como adopção e reunificação; centros de crise; centros de reabilitação e de adaptação, etc.***

Uma das fragilidades dos sistemas tem exactamente a ver com a incapacidade de acompanhar os três níveis de intervenção, sobretudo com a passagem do primeiro nível (intervenção primária e universal) para os restantes (intervenção secundária e terciária, ambas individuais).

Cabem então aqui duas outras dimensões a que, de seguida, se fará referência (trabalho social e trabalho em rede) e que a ilustração que se segue melhor procura explicitar.

<sup>99</sup> Disponível em: Reforço dos Sistemas de Protecção da Criança na África Subsariana. Documento de Trabalho | Save the Children's Resource Centre .

**FIGURA 7: EM DIRECÇÃO A UMA ABORDAGEM CONTINUADA E INTEGRADA**

### 7.3.2. DESENVOLVIMENTO DE UM ESPAÇO DE TRABALHO SOCIAL

Tal como as situações de perigo para a criança assumem formas diferentes consoante as realidades sociais, económicas, culturais e até políticas, de igual modo as respostas devem ter essas uma plasticidade adequada, o mesmo se passando com os protagonistas das mesmas.

Nesse sentido, se é comum em países com maior desenvolvimento e sistemas de protecção mais estabilizados o recurso a técnicos das áreas sociais, trabalhando em equipas multidisciplinares para assegurar respostas interdisciplinares, o mesmo não se passará necessariamente em países com uma realidade socioeconómica diferente e, sobretudo, quando se trabalha a nível mais micro.

É assim que em contextos em que a formação académica específica de nível superior se torna escassa e em que o sentido comunitário não deixa de ser uma das maiores redes de segurança possível, o técnico pode dar lugar ao representante/mediador/animador comunitário, asseguradas algumas condições.

Essas condições passam naturalmente pela transmissão e conhecimentos, desenvolvimento de competência e consolidação de valores, com especial relevo para os actores do segmento mais informal e comunitário.

Todavia, mais do que uma tarefa a mais a ser cumprida pela componente formal do sistema de protecção, esta poderá/deverá ser uma estratégia de criação de um chão comum na intervenção com o sector informal, proporcionando a necessária articulação nas intervenções a desenvolver e fomentando a transmissão de conhecimentos através de processos de formação em cascata.

A este propósito transcreve-se do documento que se tem vindo a citar (p. 48) uma referência àquilo que é chamado de força de trabalho do serviço social:

*“A Força de Trabalho do Serviço Social em Protecção da Criança é um termo inclusivo que abrange todas as categorias de pessoas que trabalham em nome das crianças e famílias vulneráveis. Inclui Reforço dos Sistemas de Protecção da Criança na África Subsariana uma série de prestadores e actores, quer do setor informal e tradicional, tais como redes familiares, de parentesco, voluntários da comunidade, quer do setor formal, tais como profissionais empregados. Estes podem ser voluntários não remunerados que trabalham no sistema informal, bem como colaboradores remunerados que trabalham em organizações governamentais e não governamentais, incluindo hospitais, escolas, prisões, centros comunitários e outros programas comunitários. Inclui pessoas que trabalham a nível nacional, regional, distrital e local, bem como formadores e professores dos trabalhadores. Abordagens para reforçar a força de trabalho na protecção da criança podem adquirir várias formas e perspectivas. As várias abordagens são orientadas pelas políticas, práticas e costumes dos respectivos países. Podem ser uma resposta para lidar com um determinado grupo vulnerável.”*

### 7.3.3. TRABALHO EM REDE

O que está subjacente à concepção de um sistema de protecção –no caso o da criança –é o trabalho em rede com as características próprias de um sistema e que anteriormente foram já abordadas.

Esse trabalho em rede poderá desenvolver-se a níveis muito diferenciados, seja entre instâncias governamentais, seja entre estas e organizações da sociedade civil, seja a nível nacional ou regional, seja a nível coordenativo seja entre este e o nível executivo.

A materialização deste trabalho em rede encontra-se, aliás, já expressa em muitos dos documentos estratégicos quando estes assumem a sua natureza multisectorial no pressuposto de uma visão da criança como um todo nas suas diversas dimensões (visão holística).

Contudo, e também como já foi referido, é frequente estas estratégias ficarem reféns das problemáticas que lhes deram origem e, com isso, limitando-se a políticas verticais e descendentes porque centradas sobre essas mesmas problemáticas.

O trabalho em rede aqui apontado, contudo, centra-se fundamentalmente na comunidade a partir das potencialidades dos chamados mecanismos comunitários de protecção bem como das estruturas que já os integram.

Sobre estes mecanismos comunitários de protecção, importará aqui referir algumas considerações-chave retiradas do documento a que se tem vindo a referir (p. 41):

- **Compreender conceitos comunitários de segurança e protecção da criança e como se encaixam no quadro dos direitos da criança;**
- **Trabalhar sobre mecanismos de protecção tradicionais e informais já existentes;**
- **Planear estrategicamente, coordenar, monitorizar e avaliar os processos comunitários formais e informais e os sistemas ao nível da resposta.**

Importa então e desde logo delimitar o campo de intervenção definido no projecto que sustenta o presente trabalho e que incide na Província do Niassa e sobre a criança em si, a partir de duas estruturas comunitárias (Escolinhas e Comités), **procurando-se ganhos de eficiência e eficácia a partir do reforço das mesmas e da sua articulação com as entidades públicas**, com particular realce para os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) e destes, quando o problema ultrapassa a sua capacidade de intervenção, para a Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social.

### 7.3.4. MODELO DE FUNCIONAMENTO

O modelo de funcionamento aqui apresentado não difere substancialmente daquele que, com todos os condicionalismos, se encontra já em desenvolvimento na Província do Niassa, a partir dos seus serviços, mas também dos esforços no sentido de colocar no terreno os mecanismos de protecção previstos na legislação e outros normativos governamentais.

Pretende-se, assim, com esta breve reflexão atingir apenas dois objectivos:

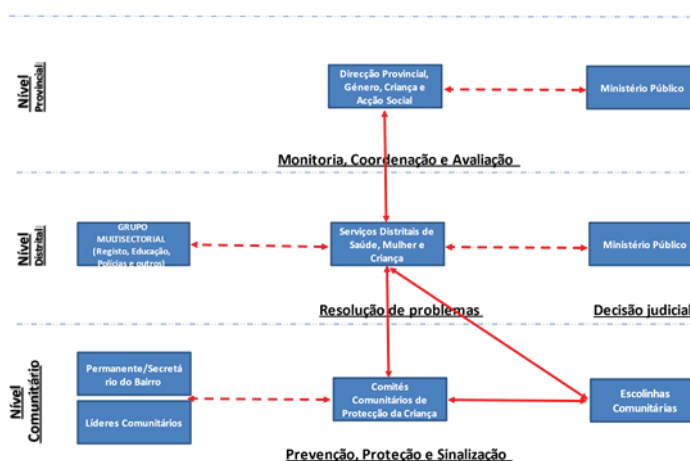
- Contribuir para uma maior sustentação teórica e conseqüente coerência;
- Contribuir para uma maior fluidez dos circuitos por forma a assegurar a sua eficácia e eficiência.

Relativamente ao primeiro destes objectivos a sustentação teórica pretendida encontra-se já suficientemente explicitada nos pontos anteriores.

Quanto ao segundo destes objectivos o esquema de seguida apresentado melhor explicitará os respectivos circuitos, enquanto permitirá identificar a importância de cada um dos pontos de passagem e respectivos estrangulamentos.

**FIGURA 8: NÍVEIS DE COMPETÊNCIA E CIRCUITOS DE FUNCIONAMENTO**

*Figura 8: Níveis de competência e circuitos de funcionamento*



Assim:

#### 1º nível – Nível Comunitário

A sustentação deste primeiro nível encontra-se no ponto 7.2.5., quando foi abordada a componente comunitária do sistema de protecção.

Haverá aqui a considerar, sobretudo:

- Acções de prevenção de todas as formas de abuso sobre a criança, com particular destaque relativamente àquelas que decorrem de factores culturais, da pobreza e de disfuncionalidades familiares e comunitárias conhecidas;
- Actividade de sinalização dos casos que carecem de uma intervenção já num patamar mais elevado e acompanhamento das respectivas intervenções, mesmo que geradas no tal patamar mais diferenciado.

Este é o trabalho mais evidente dos Comités Comunitários de Protecção da Criança, mas também pode ser o papel das escolinhas comunitárias e, em rigor, das estruturas de educação e de saúde sediadas numa determinada comunidade.

No entanto, para que isso pudesse ocorrer de forma fluída e continuada, importaria, porventura, estabelecer o fórum de contacto adequado que poderia ser:

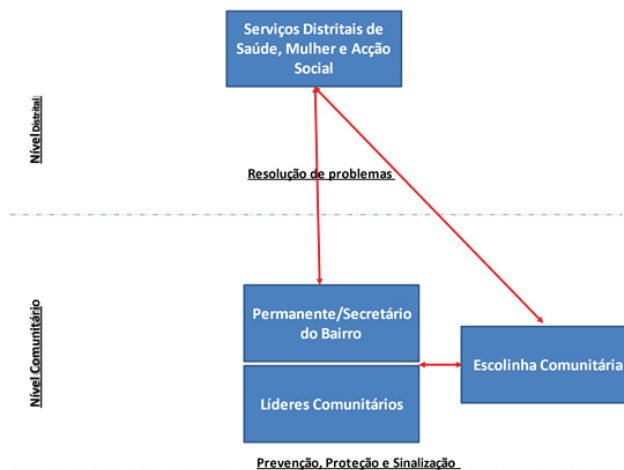
- **O Comité, em si**, integrando para o efeito elementos das restantes estruturas (escolinhas comunitárias e outras estruturas de educação e saúde);
- **Reuniões periódicas** entre todas as instâncias comunitárias.

Finalmente, ainda a este nível, interessaria melhor entender e aprofundar o papel já desempenhado ou ainda a desempenhar quer pela autoridade administrativa comunitária (secretário de bairro) quer pela autoridade comunitariamente reconhecida (líder informal-régulo).

As ilustrações seguintes procuram explicar de forma mais clara a articulação entre as estruturas comunitárias e os serviços distritais.

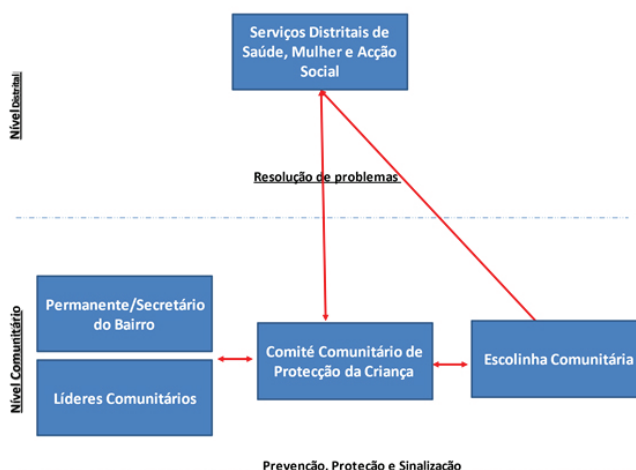
A primeira destas ilustrações propõe um modelo de articulação quando ocorre a existência de escolinha comunitária, mas sem que haja comité comunitário.

**FIGURA 9: MODELO DE ARTICULAÇÃO DA ESCOLINHA COMUNITÁRIA NA INEXISTÊNCIA DE COMITÉ COMUNITÁRIO**



A segunda das mesmas propõe uma articulação a nível comunitário onde se verifique a existência quer de escolinha quer de comité.

**FIGURA 10: MODELO DE ARTICULAÇÃO DA ESCOLINHA COMUNITÁRIA NA EXISTÊNCIA DE COMITÉ COMUNITÁRIO**





## 2º nível – Nível Distrital

A sustentação deste segundo nível encontra-se parcialmente no ponto 7.2.4., quando foi abordada a componente pública técnico-administrativa do sistema de protecção.

Este é, seguramente, o nível de maior impacto operacional de todo o sistema, **funcionando os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social como “placa giratória” por onde circula toda a informação e potencial sede de resolução da maioria dos problemas**, destacando-se, para o efeito mecanismos de articulação horizontais e verticais, cujos contornos e procedimentos importaria definir com rigor.

Consideram-se, assim, para o efeito:

- **Mecanismos de articulação vertical**
  - **Com os CPPC (sentido descendente)**
    - No acompanhamento continuado;
    - Na recolha de informação sobre casos e situações que respeitam à protecção da criança;
    - Na resolução de problemas/criança apresentados pelos Comités Comunitários de Protecção da Criança;
    - No retorno da informação a prestar aos Comités relativamente a esses mesmos casos sobre a criança, com particular destaque relativamente àquelas que decorrem de factores culturais, da pobreza e de disfuncionalidades familiares e comunitárias conhecidas.
  - **Com a Direcção Provincial de Género, Criança e Acção Social**
    - Na informação periódica ou solicitada sobre a dinâmica de funcionamento dos CCPC, do Grupo Multisectorial ou sobre a sua própria actividade a nível distrital.
- **Mecanismos de articulação horizontal**
  - **Em sede do Grupo Multisectorial** (Registo, Educação, Acção Social e Saúde e Polícias);
  - **Com os Tribunais Distritais** (cf. Ponto 7.2.2. – componente judiciária do sistema de protecção), através da respectiva Procuradoria;
  - **Com as ONG e outras organizações da Sociedade Civil** que, porventura, existindo, desenvolvam também acções, a nível distrital, no âmbito da protecção da criança.

## 3º nível – Nível Provincial

A sustentação deste terceiro nível encontra-se parcialmente no ponto 7.2.4., quando foi abordada a componente pública técnico-administrativa do sistema de protecção, agora num patamar de responsabilidade total provincial em articulação com as orientações centrais ministeriais.

E se o segundo nível foi identificado como aquele de maior impacto operacional este terceiro nível é seguramente, por inerência da sua própria natureza, aquele com maior impacto estratégico, uma vez que lhe cabe a monitorização, coordenação e avaliação de todo o sistema a nível provincial.

Nesse sentido, também aqui se verificam diversos mecanismos de articulação, designadamente:

- **Mecanismos de articulação vertical (sentido ascendente)**
  - Com o **Ministério do Género, Criança e Acção Social (sentido ascendente)**, nomeadamente naquela sua competência mais abrangente de **“elaborar propostas de leis, políticas, estratégias, programas e planos de desenvolvimento nas áreas da Criança, bem como proceder a sua divulgação, controlo e avaliação da sua implementação**;

- Com todos os serviços distritais e locais que integram a Direcção Provincial e outros, mesmo privados (sentido descendente), no que tenha a ver, no âmbito das suas competências, com “*Coordenar as acções das instituições públicas e privadas no âmbito da implementação das políticas e programas de atendimento à criança*”.
- Mecanismos de articulação horizontal, aqui se destacando
  - Com as ONG e outras Organizações da Sociedade Civil com intervenção a nível provincial ou, quando necessário, mesmo se essa intervenção se limite à esfera distrital ou meramente local;
  - Com os Tribunais, de nível provincial ou distrital, sobretudo na competência da Direcção Provincial na “*Participação nos processos de Tutela, Acolhimento e Adopção de menores*”.

Termina-se com a ideia inicial:

A criança, na sua totalidade, como centro do sistema.

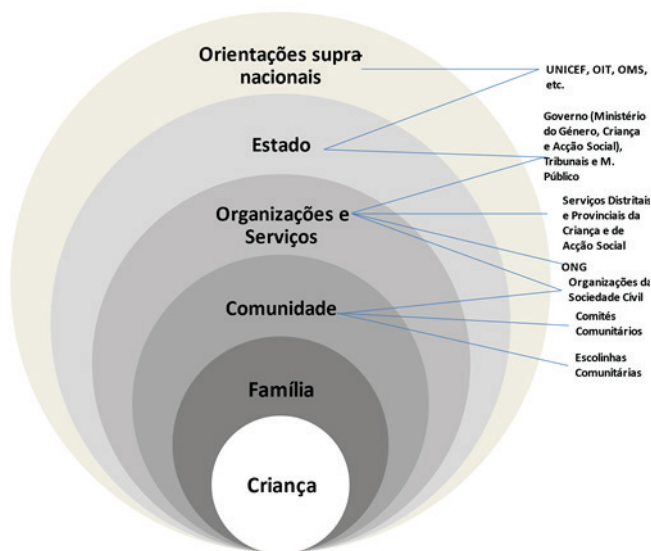
O que obriga a uma estratégia específica e articulada de um vasto conjunto de actores sociais.

Nesse sentido, importa que cada um destes interventores saiba exactamente o lugar que ocupa, as suas competências e, conseqüentemente, os seus interlocutores.

Ao terminar com a ilustração seguinte pretende-se exactamente que cada um se saiba posicionar nesta luta tão importante como é a promoção e protecção dos direitos da criança.

Assim possa ser útil!

FIGURA 11: PARA UMA VISÃO SISTÉMICA DA PROTECÇÃO DA CRIANÇA



## FONTES DOCUMENTAIS

- Banco Mundial (2018), *Actualidade Económica de Moçambique*: World Bank Document
- Committee on the Rights of the Child (2016), *Combined third and fourth periodic reports submitted by Mozambique under article 44 of the Convention, due in 2016*: Combined 3rd and 4th periodic reports submitted by Mozambique under article 44 of the Convention, due in 2016 :
- Governo de Moçambique (2010), *Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique (2011-2014 (2020))*: Microsoft Word - Plano revisto final com acréscimos -11.09.2010 (who.int)
- Governo de Moçambique (2016), *Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB 2016-2024)*: *Estratégia Nacional de Segurança Social Básica 2016-2024.pdf* (unicef.org)
- Organização Internacional do Trabalho (2012), *Estudo sobre a aplicação das Convenções nº 138 e nº 182 da OIT e suas recomendações na legislação nacional dos países da CPLP: Mozambique\_Booklet\_v5\_Final\_f...* (cplp.org)
- ILO (2020), *World Social Protection Report 2020–22*: World Social Protection Report 2020-22 (ilo.org)
- INE (2019), *IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017 – Resultados definitivos – Moçambique: censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf* (ine.gov.mz)
- INE (2009), *Relatório Preliminar do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos 2008*: Microsoft Word - MICS Summary Text 090909.doc (humanitarianlibrary.org)
- INE (2011), *Inquérito Demográfico e Sanitário 2011: IDS 2011.pdf* — Instituto Nacional de Estatística (ine.gov.mz)
- Institute for Economics and Peace (2021), *Ecological Threat Report 2021*: ETR-2021-web.pdf (visionofhumanity.org)
- Instituto Nacional de Gestão de Calamidades (s/data), *Plano Director para Prevenção e Mitigação das Calamidades Naturais*: GESTO DAS CALAMIDADES NATURAIS (preventionweb.net)
- Ministério da Educação (2013), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PRONAE): Programa Nacional de Alimentação Escolar (PRONAE) PDF | PDF | Moçambique | Desnutrição (scribd.com)
- Ministério da Educação (2020), *Revisão das Políticas Educacionais de Moçambique*: REVISÃO DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DE MOÇAMBIQUE – Mozaprende
- Ministério da Educação (2020), *Plano Estratégico da Educação 2020-2029*: moz203193.pdf (fao.org)
- Ministério da Educação (S/data), Mecanismo Multisectorial para Prevenção, Denúncia, Encaminhamento e Resposta a Violência contra Crianças nas Escolas, incluindo Assistência as Vítimas: Criança (mgcas.gov.mz)
- Ministério do Género, Criança e Acção Social(2012), *Plano de Acção para a Criança 2013-2019*: Plano de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC II) -MMAS 2 -MGCAS
- Ministério do Género, Criança e Acção Social (2012), *Estratégia do desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar(2012-2021)*: *Estratégia do Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-escolar -2012-2021 -MGCAS*
- Ministério do Género, Criança e Acção Social (2021 ), *Guião de Abertura e Funcionamento das Escolinhas Comunitárias: Criança* (mgcas.gov.mz)
- Ministério do Género, criança e Acção Social (2017 ), *Orientações Técnicas para Escolinhas Comunitárias – 2018, Manual de Actividades nas Escolinhas Comunitárias*: COMMUNITY\_PRESCHOOL-TECH\_GUIDELINES.pdf (path.org)
- Ministério do Género, Criança e Acção Social (2016), *Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros em Moçambique (2016-2019)*: Criança (mgcas.gov.mz)

Ministério do Género, Criança e Acção Social (2017), *Política de Acção Social e Estratégia de Implementação*: Resolução 46/2017 - Política de Acção Social e Estratégia de Implementação -MGCAS

Ministério do Género, Criança e Acção Social e UNICEF (2017), Programa Conjunto das Nações Unidas para a Protecção Social em Moçambique 2017-2020: Programa Conjunto das Nações Unidas para a Protecção Social em Moçambique 2017-2020 | UNICEF Mozambique

Ministério do Género, Criança e Acção Social (2016), *Manual de Orientação dos Comitês Comunitários de Protecção da Criança*: Criança (mgcas.gov.mz)

Ministério do Género, Criança e Acção Social (2016), *Comitês Comunitários de Protecção da Criança – Vamos Defender os Nossos Direitos*: Criança (mgcas.gov.mz)

Ministério do Género, Criança e Acção Social (2017), *Plano Nacional da Área da Deficiência – PNAD II 2012-2019*: Mozambique\_National-Plan-of-Action-for-the-Area-of-Disability---PNAD-II-2012-2019.pdf (afri-can.org)

Ministério do Género, Criança e Acção Social (2021), *Relatório de indicadores básicos do Inquérito sobre violência contra a criança em Moçambique*: Criança (mgcas.gov.mz)

Ministério do Género, Criança e Acção Social (2021), Guião de Atendimento de Casos Relacionados à Criança: Criança (mgcas.gov.mz)

Ministério da Saúde (2006), *Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique*: politica nacional de sade neonatal e infantil e neonatal em moambique (doczz.net)

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI, *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde (2011)*: Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 [FR266] (dhsprogram.com)

Ministério da Saúde (2013), *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*: pess\_30\_setembro\_2013\_detailh\_com\_anexos\_vf\_celia\_0.pdf (who.int)

Ministério da Saúde (2015), *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015-2019 (PEN IV)*: MEDBOX | Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015-2019 (PEN...

Ministério da Saúde (2006), *Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique*: POLITICA NACIONAL DE SADE NEONATAL E INFANTIL E NEONATAL EM MOAMBIQUE (fao.org)

PNUD (2021) *Human Development Report: Country Insights* | Human Development Reports (undp.org)

Pinheiro, Ana et alia, *Educação de Infância em Moçambique: Um Estudo sobre as Escolinhas do Niassa*: ESTUDO\_ED\_INFANCIA\_MOCAMBIQUE (3).pdf (esepef.pt)

Roborg-Sonddergaard, Sofia (2018), *Factores de sucesso e insucesso na implementação das Escolinhas Comunitárias do Niassa, Moçambique* (Resumo): cei-1332 (8).pdf

Save The Children, *Reference Guide for Child Protection (Draft): Mozambique Reference Guide for Child Protection* | Save the Children's Resource Centre

Save The Children (2012), *Reforço dos Sistemas de Protecção da Criança na África Subsariana: Reforço dos Sistemas de Protecção da Criança na África Subsariana. Documento de Trabalho* | Save the Children's Resource Centre.

Supremo Tribunal et UNICEF & ROSC (2015), *O Direito à Protecção da Criança Através do Acesso à Justiça– Uma análise de Dados sobre o Acesso da Criança ao Sistema de Justiça em Moçambique*: file (rosc.org.mz)

UNAIDS (2018), *Data 2018: UNAIDS data 2018* (aidsdatahub.org) UNICEF(2022), UNICEF Data Warehouse: Data Warehouse - UNICEF DATA

UNICEF (2014), *Situação das Crianças em Moçambique: Situação das Crianças em Moçambique 2014*.pdf (unicef.org)

UNICEF (2012), *Social Protection Strategic Framework*: UNICEF\_Social\_Protection\_Strategic\_Framework\_full\_doc\_std.pdf

UNICEF et alia (2009): *Advancing Child-Sensitive Social Protection*: 3840 (2).pdf

UNICEF (2011) et alia, *Adapting a Systems Approach to Child Protection: Key Concepts and Considerations*: (PDF) Adapting a Systems Approach to Child Protection: Key Concepts and Considerations (researchgate.net) World Health Organization (2020), *Monitoring Health for the SDG*: 9789240005105-eng.pdf (who.int)

World Health Organization (1999), *Report of the consultation on child abuse prevention*: [https://www.google.pt/search?q=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+on+child+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&rlz=1C1GCEA\\_enPT800PT800&oq=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+onchild+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&aqs=chrome..69i57.2135j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.pt/search?q=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+on+child+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&rlz=1C1GCEA_enPT800PT800&oq=World+Health+Organization%2C+Report+of+the+consultation+onchild+abuse+prevention%2C+Geneva%2C+1999&aqs=chrome..69i57.2135j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

### **ALGUMA LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA**

Lei nº 25/91, de 31 de Dezembro (Serviço Nacional de Saúde)

LEI nº 18/2018, de 28 de Dezembro (Sistema Nacional de Educação)

Lei 4/2007, de 7 de Fevereiro (Enquadramento da Protecção Social)

Lei nº 10/2004, de 25 de Agosto (Lei da (reforma da lei) família)

Lei nº8/2008, de 15 de Julho (Lei da Organização Tutelar de Menores)

Lei nº 19/2019, de 22 de Outubro, a qual visa a proibição, prevenção, mitigação e combate às uniões prematuras.





