

2021

# A Situação das Crianças em Moçambique

## AGRADECIMENTOS

A Análise da Situação da Criança em Moçambique foi produzida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) Escritório Nacional de Moçambique em estreita colaboração com o Ministério da Mulher, Género, Criança e Acção Social e o Ministério da Economia e Finanças. O UNICEF está grato pela sua liderança. O UNICEF agradece também aos ministérios governamentais a nível central e subnacional, parceiros de desenvolvimento, agências das Nações Unidas e organizações da sociedade civil pelas suas valiosas contribuições nesta pesquisa através de webinars, reuniões, e entrevistas. Um agradecimento especial também às crianças e jovens pelo seu envolvimento activo.

A Análise da Situação das Crianças em Moçambique foi conduzida pela equipa de Development Pathways (Tanya Wells Brown, Diloá Athias, Rehana Capurchande), e agradecemos os seus incansáveis esforços na condução desta pesquisa para destacar as questões-chave que as crianças em Moçambique enfrentam.

*A Situação das Crianças em Moçambique*  
© UNICEF, 2021



# Índice

Sumário executivo	4
Introdução	11
<b>1. Visão geral do país</b>	<b>14</b>
2.1 Perspectivas demográficas	15
2.2 Panorama económico e de governação	17
2.3 Pobreza infantil	19
2.4 Protecção social	20
2.5 Resumo e recomendações chave	22
<b>2. O bem-estar da criança ao longo do seu ciclo de vida</b>	<b>24</b>
3.1 Gravidez e parto	25
3.2 Primeira infância e fase pré-escolar	36
3.3 Meia infância	50
3.4 Adolescência e juventude	62
<b>3. Questões transversais</b>	<b>80</b>
4.1 Género e inclusão social	81
4.3 A participação das crianças	83
4.4 Resumo e recomendações chave	85
<b>4. Crianças em situação de emergência e crises humanitárias</b>	<b>86</b>
5.1 Mudanças climáticas e catástrofes naturais	87
5.2 Conflitos armados	89
5.3 COVID-19	91
5.4 Saúde mental	92
5.5 Resumo e recomendações chave	93
Conclusão	94
Anexo 1: Indicadores detalhados dos ODS	97
Anexo 2: Recomendações programáticas	101
Anexo 3: Convenções internacionais	103
Anexo 4: Leis e regulamentos sobre formas alternativas de cuidados	104
Anexo 5: Leis e Regulamentos sobre Trabalho Infantil	105
Abreviaturas e Acrónimos	106
Referências	107

# Figuras

Figura 2-1: Pirâmide populacional de Moçambique e projecções	16
Figura 2-2: Projecções da taxa de crescimento real do PIB	17
Figura 2-3: Dotação orçamental do Estado nos sectores sociais 2018–2020	17
Figura 2-4: Pobreza infantil multidimensional e monetária utilizando definições nacionais por província	19
Figura 3-1: Cobertura de consultas de pré-natal por província	26
Figura 3-2: Mortalidade materna	28
Figura 3-3: Mortes maternas em unidades de saúde	29
Figura 3-4: Taxas de mortalidade neonatal em Moçambique	32
Figura 3-5: Unidades de saúde com acesso a uma fonte de água melhorada	33
Figura 3-6: Registo de nascimento em Moçambique	38
Figura 3-7: Tendência de subnutrição crónica, aguda e geral de 1997 a 2019 e por província	40
Figura 3-8: Acesso dos agregados familiares a água e saneamento melhorados, por distritos	41
Figura 3-9: Percentagem de crianças de 6-59 meses com testes positivos para a malária através de testes de diagnóstico rápido	42
Figura 3-10: Taxa de mortalidade infantil por sexo e ao longo do tempo	43
Figura 3-11: Taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos	43
Figura 3-12: Vacinação Nacional (12-23 meses) em Moçambique e comparação a nível regional e global	44
Figura 3-13: Aprendizagem organizada entre crianças com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos	46
Figura 3-14: Análise de constrangimentos para uma aprendizagem precoce e uma prestação de cuidados adequada	47
Figura 3-15: Taxas de frequência ao ensino primário	51
Figura 3-16: Número de estudantes que frequentam o EP1 e EP2, 2017	52
Figura 3-17: Taxa de alfabetização entre as crianças dos 6–12 anos	53
Figura 3-18: Línguas mais frequentemente faladas em casa, por região	53
Figura 3-19: Ausente da escola nos dois dias que antecedem a entrevista	55
Figura 3-20: Infraestruturas escolares	56
Figura 3-21: Trabalho infantil	59
Figura 3-22: Tendência na frequência líquida do ensino secundário	64
Figura 3-23: Número de estudantes que frequentam ES1 e ES2, 2017	65
Figura 3-24: Uniões prematuras e frequência escolar	66
Figura 3-25: Jovens mulheres e homens alguma vez casados	66
Figura 3-26: Taxas provinciais de uniões prematuras	67
Figura 3-27: Factores de Riscos e de protecção para as uniões prematuras	68
Figura 3-28: Necessidades de planeamento familiar satisfeitas com métodos modernos ao longo do tempo entre as mulheres jovens (15–19 anos)	69
Figura 3-29: Taxa de nascimentos de adolescentes, por área de residência e quintis de riqueza	70
Figura 3-30: Crianças (0–14 anos) que vivem com HIV	72
Figura 3-31: Prevalência de violência contra crianças por tipo de violência e sexo	73
Figura 3-32: Crianças vítimas de violência doméstica	74
Figura 3-33: Jovens não no trabalho e não na escola por sexo e por quintis de riqueza	76
Figura 4-1: Legislação sobre o género	82
Figura 4-2: Percentagem de prevalência da orfandade por província, 2017	83
Figura 4-3: Posse de telemóvel e acesso à tecnologia	84
Figura 5-1: Inundações, secas e zonas propensas a ciclones e zonas de conflito	87

## Tabelas

Tabela 1:	Progressos nos indicadores dos ODS sobre pobreza relacionados com a criança	15
Tabela 2:	Panorama dos principais programas das duas recentes estratégias de protecção social	21
Tabela 3:	Recomendações chave para pobreza infantil e protecção social	23
Tabela 4:	Progresso dos indicadores dos ODS relacionados com a criança sobre a gravidez e o nascimento	25
Tabela 5:	Determinantes da Mortalidade Materna em Moçambique	30
Tabela 6:	Recomendações chave para a gravidez e o ciclo de vida do parto	35
Tabela 7:	Progresso dos indicadores dos ODS relacionados com as crianças na primeira infância	37
Tabela 8:	Recomendações chave para a fase da infância e do ciclo de vida da primeira infância	49
Tabela 9:	Progresso nos indicadores dos ODS relacionados com as crianças na meia infância	50
Tabela 10:	Recomendações chave para a meia infância	61
Tabela 11:	Progresso nos indicadores dos ODS relacionados com crianças na adolescência e juventude	63
Tabela 12:	Implicações negativas da gravidez na adolescência	71
Tabela 13:	Recomendações chave para adolescentes e jovens	79
Tabela 14:	Progresso nos indicadores dos ODS relacionados com a participação das crianças	81
Tabela 15:	Recomendações chave para os temas transversais	85
Tabela 16:	Recomendações chave para crianças em contexto de emergência humanitária	93

## Sumário executivo

*Moçambique vive um momento crítico. Embora as perspectivas fossem optimistas até 2015, o país tem vindo a enfrentar os impactos combinados de uma crise da dívida nacional, alimentada pela pandemia do coronavírus (COVID-19), o conflito violento no norte do país (Comissão Europeia, 2021) e o impacto devastador dos ciclones Idai e Kenneth ocorridos em 2019.*



© UNICEF/Ricardo Franco

À vulnerabilidade de Moçambique também se inclui o impacto das mudanças climáticas—que se manifestam através das cheias, secas, ciclones e erosões costeiras—que são ameaças sempre presentes e que provavelmente irão aumentar nos próximos cinco anos (Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos, 2018; Global Centre for Risk and Innovation, n.d). Embora a economia tenha sido projectada para se recuperar em 2021, esta recuperação depende de factores, tais como, condições favoráveis ao investimento directo estrangeiro, estabilidade nacional, necessidades humanitárias crescentes e, um programa de vacinação para COVID-19 bem-sucedido.

Este relatório baseia-se numa revisão documental das principais fontes incluindo literatura cinzenta de relatórios a partir de 2015. Para validar os resultados e compreender as prioridades do estudo, foram realizadas entrevistas com as partes interessadas, entre elas, os representantes do Governo de Moçambique e os parceiros do desenvolvimento. Além disso, crianças participaram de uma pesquisa nacional para compreender e identificar as suas prioridades usando o SMS Biz. Algumas crianças das províncias de

Nampula, Maputo, e Zambézia também participaram de um workshop de validação organizado pelo UNICEF que tinha como objectivo validar as constatações do deste estudo.

Nos últimos anos, o Governo tem desenvolvido políticas e planos nacionais cada vez mais estratégicos e integrados. O desafio é permitir que os sistemas governamentais transformem políticas e estratégias em serviços e acções baseadas em evidências. O foco é construir infraestruturas para sustentar as actividades em curso, particularmente no norte do país e, remover as múltiplas iniquidades que as crianças enfrentam. As crianças devem estar na vanguarda da inclusão para assegurar a sua participação em todas as áreas das suas vidas. Isto se constituirá em uma oportunidade para consolidar e implementar políticas de preparação para o dividendo demográfico e, evitar um retrocesso nos progressos feitos nos últimos 20 anos para as crianças de Moçambique. São necessários investimentos para reforçar a governação e a prestação de serviços às crianças para manter a diversificação da economia, reconstruir as infraestruturas resilientes e aliviar estrangulamentos para um sector empresarial que potencialmente poderia oferecer oportunidades, tais como, a formação e emprego para os jovens.

Os resultados desta análise ilustram que as crianças em Moçambique enfrentam desigualdades geográficas e sócio económicas notáveis e, que as mesmas são exacerbadas pelas disparidades na distribuição de fundos e intervenções que abordam as privações. A abordagem do ciclo de vida demonstra ainda uma complexa interacção de factores biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais de risco que moldam a saúde, o desenvolvimento, a educação e protecção ao longo da vida de uma criança. O exame destas desigualdades através de uma abordagem de ciclo de vida pode melhor informar a maneira como as intervenções programáticas devem ser agrupadas, planeadas e organizadas, considerando o contexto e o ambiente em que as crianças vivem. O uso desta abordagem é importante para identificar pontos críticos de intervenção para prevenir e responder às experiências adversas da infância, o que permite que as crianças possam sobreviver e prosperar ao longo do seu desenvolvimento.

## POBREZA INFANTIL

*Cerca de metade das crianças em Moçambique vive abaixo da linha da pobreza (49 por cento). Embora a pobreza infantil tenha diminuído constantemente desde 1996, este declínio tem sido desigual, sendo evidentes as disparidades regionais substanciais.*

A pobreza infantil é consideravelmente mais elevada nas províncias do Norte e Centro do que no Sul. Por exemplo, uma criança em Cabo Delgado tem quase três vezes mais probabilidades de viver na pobreza do que na cidade de Maputo (UNICEF, 2020i). Existem também disparidades de idade, sendo as crianças menores de 13 anos mais propensas a viver na pobreza comparativamente às mais velhas (UNICEF, 2020i).

A análise multidimensional da pobreza das crianças em Moçambique segue as privações através de oito dimensões e dezassete indicadores (UNICEF, 2020i).<sup>1</sup> Usando esta medida, o UNICEF estima que 46 por cento das crianças em Moçambique são multidimensionalmente pobres com uma significativa disparidade urbano-rural, onde 57,6 por cento das crianças rurais são multidimensionalmente pobres, em comparação com 18,6 por cento das crianças nas áreas urbanas (UNICEF, 2020i).

Os últimos dados do inquérito aos orçamentos familiares de 2019–20 indicam que o bem-estar das famílias diminuiu nos últimos cinco anos e, portanto, é provável que a pobreza infantil tenha aumentado (INE, 2021a). Em média, a despesa familiar per capita é de 1.695 MT, o que corresponde, em termos reais, a 17 por cento menos comparativamente a 2014–15. Nas áreas urbanas, a despesa per capita das famílias diminuiu cerca de 24 por cento, o que é quase o dobro do que foi observado nas áreas rurais (diminuição de 13 por cento). Como a pesquisa entrevistou muitos dos agregados familiares durante a pandemia da COVID, é provável que isto tenha captado os efeitos da crise económica resultante da pandemia da COVID, já que esta afectou desproporcionalmente mais agregados familiares urbanos.

A pesquisa do orçamento familiar também revela altos níveis de desigualdade. Existem grandes diferenças urbanas e rurais no consumo per capita das famílias. Nas zonas urbanas, a despesa média per

capita das famílias é de 2.606 MT, enquanto que nas zonas rurais é de 1.207 MT. Além disso, enquanto a população no decil mais baixo representa menos de 1 por cento da despesa total do país, o decil mais rico representa 43 por cento (INE, 2021a).

## O BEM-ESTAR DA CRIANÇA AO LONGO DO SEU CICLO DE VIDA

### Gravidez e parto

*O rácio da mortalidade materna em Moçambique continua alta, com 452 por 100.000 nados vivos. A mortalidade materna é especialmente elevada entre adolescentes e jovens dos 15 aos 24 anos, do que em qualquer outra faixa etária reprodutiva.*

Em 2018, no Norte do país, em particular na província de Nampula, as taxas mais elevadas de morte materna dos adolescentes ocorridas em instalações hospitalares estimam 50 mortes das 182 mortes maternas de adolescentes em todo o país (MISAU, 2018). Actualmente, Moçambique está a caminhar para cumprir a sua meta nacional de 250 mortes por 100.000 nados vivos até 2030. Contudo, não está no caminho certo para cumprir a meta global de 70 mortes por cada 100.000 nados vivos.

As taxas de mortalidade neonatal são de 30 por 1.000 nados vivos em Moçambique (USAID, n.d.). Os dados administrativos do Ministério da Saúde de 2018 mostram que das 2.958 mortes neonatais registadas nas unidades de saúde, mais da metade (51 por cento) são adolescentes e jovens mães. A elevada proporção de mortes neonatais está alinhada à proporção semelhante de mortes maternas entre raparigas adolescentes.

Ao mesmo tempo, tem havido melhorias significativas no acesso a parteiras qualificadas. Enquanto os dados de 2011 mostraram que apenas duas províncias tinham mais de 80 por cento dos nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados, até 2015, esta percentagem havia se expandido para 6 das 11 províncias (USAID, n.d.). Contudo, o acesso a parteiras qualificadas era muito mais baixo para as mulheres e raparigas no Norte do país, consistentes nas suas taxas de mortalidade mais elevadas.

O relatório do Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infraestruturas, Recursos e Serviços de Saúde de 2018 destacou deficiências significativas na escassez e distribuição desigual dos cuidados de saúde. Esta qualidade limitada e desigual dos cuidados de saúde constitui constrangimento chave na redução das taxas de mortalidade nas instalações hospitalares

<sup>1</sup> A análise utiliza dados do IOF (2014/15) e as dimensões (indicadores) são: habitação (sobrelotação, chão e telhado, electricidade), participação (informação), família (orfandade, uniões prematuras), nutrição (subnutrição crónica, baixo do peso, subnutrição aguda), água, saneamento e higiene, (água potável, distância até obter água, saneamento), saúde (rede mosquiteira, distância até à unidade de sanitária), educação (não matriculado na escola, ensino primário não concluído), e trabalho infantil.

(MISAU, 2018). A distância à instalação hospitalar, o longo tempo de espera, a experiência de tratamento desrespeitoso e as expectativas de pagamentos ilícitos são barreiras à procura de cuidados, que também se associam às já persistentes práticas culturais e a preferência pelo parto em casa. Apenas 52 por cento dos estabelecimentos de saúde tinham acesso a uma fonte de água melhorada e apenas quatro por cento dos estabelecimentos de saúde estavam equipados para prestar cuidados obstétricos abrangentes. Entre as províncias com menor proporção de estabelecimentos de saúde com acesso a água melhorada estão Niassa (36 por cento), Tete (49 por cento) e Nampula (50 por cento), que têm as maiores taxas de mortalidade materna de adolescentes.

### *Primeira infância e fase pré-escolar*

*Até 2017, apenas metade dos nascimentos de crianças menores de 5 anos tinham sido registados em Moçambique (INE, 2019).*

Para aumentar o registo, em 2018 o Governo introduziu um sistema electrónico de registo e estatísticas utilizando mensagens (SMS) para a emissão de números de identificação únicos. No entanto, a implementação desigual do sistema fez com que se mantivessem as desigualdades entre os registos de nascimento nos meios urbano e rural e, entre os mais pobres.

Moçambique tem feito progressos no aumento da sobrevivência global da criança. Pois, reduziu a taxa de mortalidade infantil de 64 por 1.000 nados vivos em 2011 para 55 por 1.000 nados vivos em 2017. Há declínios significativos na mortalidade das crianças com menos de cinco anos de idade. A taxa de mortalidade dos menores de cinco anos (assim como a dos bebés) é mais elevada entre os rapazes do que entre as raparigas. Apesar da redução da taxa de mortalidade, não houve alteração notável na prevalência de diarreia, malária ou tuberculose.

Embora tenha havido alguma melhoria nas taxas de prevalência média nacional da desnutrição crónica a 38 por cento, as taxas ainda são muito elevadas pelos padrões da OMS. As maiores taxas de desnutrição crónica foram observadas no sul do país, onde a redução é mais de metade quando comparada com 2011 (INE, 2021b). As elevadas taxas de raquitismo, particularmente no norte do país, estão correlacionadas com a grande proporção de famílias em Moçambique que continuam com o acesso inadequado à água e saneamento. De acordo com os dados do Censo de 2017, apenas 56 por cento dos agregados familiares em Moçambique têm acesso adequado à água e 39 por cento têm acesso ao saneamento melhorado.

A implementação da estratégia nacional para o desenvolvimento da primeira infância, introduzida em 2012 tem sido lenta. De acordo com o censo de 2017, apenas 6,5 por cento das crianças em idade pré-escolar participaram de algum programa pré-escolar. A falta de professores pré-escolares formados e de instalações é um constrangimento, com a maior parte das oportunidades de desenvolvimento da primeira infância mais predominante em contextos urbanos e na capital, Maputo. Além disso, existem barreiras consideráveis à integração de crianças com deficiência nestes programas.

### *Meia infância*

*Para as crianças moçambicanas, as oportunidades de educação para além da frequência da escola primária são limitadas.*

Menos de cinco por cento das crianças da 3ª classe do ensino primário são proficientes em português e menos de oito por cento têm competências matemáticas suficientes (Manhiça, 2020). Embora o Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano reporte consistentemente a existência de 90 por cento das taxas de matrícula (2018, 2019, 2020), pouco mais de metade das crianças em idade escolar frequentam a escola primária de acordo com o Censo de 2017. Além disso, existem disparidades geográficas significativas na frequência escolar com taxas de frequência muito mais baixas no Norte.

Existem taxas de retenção extremamente baixas nas primeiras séries do ensino primário, o que possivelmente possa estar associado à baixa disponibilidade de pré-escolas em Moçambique. Setenta e um por cento dos alunos da 1ª classe repetem a classe (UNICEF, 2020c). Além disso, as crianças do Norte do país têm muito menos probabilidades de frequentar a escola do que os seus pares nas províncias do Sul, onde a frequência pré-escolar é muito mais baixa. Apenas 4 por cento das crianças dos 3–5 anos de idade nas províncias do Norte frequentam o pré-escolar em comparação com 10 por cento nas províncias do Sul. O absentismo e abandono escolar na escola primária estão ligados a compromissos familiares e cerimoniais, infraestruturas e recursos inadequados e à fraca qualidade do ensino. Os esforços para abordar estes factores e melhorar a retenção na escola primária, a qualidade da aprendizagem e o tão necessário apoio aos alunos na transição para o ensino secundário são cruciais. Os professores moçambicanos necessitam de formação adicional considerável, com apenas 3,3 por cento dos professores tendo o conhecimento mínimo de

matemática e apenas 1 por cento de português (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). O investimento na melhoria das competências dos professores e dos formadores de professores em matemática e português é fundamental.

As más condições escolares, incluindo a falta de instalações e equipamento escolar em ASH, diminuem a motivação das crianças para frequentar a escola (UNICEF, 2020c). O Governo de Moçambique é desafiado a providenciar instalações de higiene adequadas na escola, particularmente dada à necessidade de lidar com os esforços de reconstrução pós-ciclones de 2019. De acordo com o relatório de Indicadores de Prestação de Serviços da Educação de 2018, apenas 20 por cento das escolas têm instalações de lavagem das mãos adequadas (Bassi et al., 2019). Isto coloca as crianças em maior risco de COVID-19 e outras doenças transmissíveis. O estudo de higiene menstrual realizado em 2019 constatou que instalações inadequadas de higiene também resultaram em absentismo escolar entre as meninas. Uma lenta e constante acumulação de absentismo pode explicar o fraco desempenho subsequente e a eventual taxa de abandono escolar entre as raparigas (UNICEF, 2019b).

A pandemia da COVID-19 aumentou a pobreza dos agregados familiares, às vulnerabilidades existentes e expôs as fraquezas do sector da educação em Moçambique, agravando ainda mais o abandono escolar. Embora muitos programas de ensino à distância fossem oferecidos via rádio e televisão, os mesmos não são acessíveis à maioria das crianças, particularmente aquelas em agregados familiares mais pobres. Mecanismos alternativos tais como os experimentados pela Save the Children em 2020, onde os materiais de formação foram entregues e os professores apoiados nas comunidades conseguiram colmatar algumas dessas lacunas nas zonas rurais. (Save the Children, 2020).

O artigo 4º da lei do sistema nacional de educação de 2018 estabelece que a inclusão, equidade e igualdade de oportunidades devem ser implementadas em todos os subsistemas de educação. Apesar desta lei favorável, e da ferramenta de política de educação inclusiva, recentemente aprovada pelo Governo, existem barreiras distintas que têm impacto na implementação prática das medidas inclusivas. De acordo com dados administrativos de 2019, 53.612 crianças com deficiência foram registadas em todas as classes do EP1, o que equivale a 0,9 por cento de todas as crianças registadas na escola nos graus do EP1. Isto indica que muitas crianças com deficiência estão fora da escola, uma vez que a prevalência de deficiência entre as crianças entre os 6 e os 12 anos é de 1,4 por cento, de acordo com o Censo de 2017.

Muitas de crianças em idade escolar interrompem ou deixam permanentemente a educação para trabalhar e apoiar o agregado familiar. Mais de 21 por cento das crianças de 7 a 9 anos estão envolvidas em alguma forma de trabalho infantil que envolve crianças trabalhando pelo menos 1 hora por semana em uma atividade económica e/ou envolvidas em trabalho doméstico não remunerado, por mais de 21 horas por semana. Além disso, há relatórios da indústria que indicam que as crianças estão envolvidas nas piores formas de exploração laboral e são extremamente vulneráveis ao tráfico de crianças (Ramos, 2018). Existe uma forte correlação entre a frequência escolar e as condições socioeconómicas da comunidade em que a escola está localizada, o que demonstra a relação cíclica entre a pobreza e a frequência escolar. De acordo com relatório recente do UNICEF, as crianças dos quintis menor riqueza são forçadas a abandonar a escola enquanto as suas contrapartes mais ricas continuam a aprender (UNICEF, 2020c).

## Adolescência e juventude

*A adolescência é um dos períodos mais críticos de crescimento e desenvolvimento envolvendo rápidas mudanças físicas, mentais, sociais, emocionais e amadurecimento sexual.*

É também uma transição importante da escola primária para a secundária, pois é um período de alto risco para o abandono escolar para as crianças em Moçambique. A taxa líquida de frequência do ensino secundário no Censo de 2017 foi de apenas 20 por cento para os rapazes e as raparigas entre os 13 e 17 anos onde as províncias do norte têm as taxas mais baixas.

As raparigas enfrentam desafios distintos de género para permanecer na escola, incluindo a falta de privacidade para a menstruação e as expectativas de casamento e fertilidade. As taxas de frequência do Censo também destacam esses desafios. Embora as suas taxas de frequência são superiores (55 por cento) a dos rapazes (45 por cento) até aos 13 anos, isto muda com o tempo e, aos 17 anos, 54 por cento dos rapazes frequentam a escola em comparação com 46 por cento das raparigas (Censo, 2017). Além disso, aos 17 anos de idade, a taxa de alfabetização mantém-se em cerca de 69 por cento para as raparigas, enquanto que para os rapazes, ela aumenta para 77,5 por cento (Censo, 2017).

Para os adolescentes que permanecem na educação, há poucas oportunidades de encontrar emprego após a conclusão. Quarenta e três por cento dos rapazes e 32 por cento das raparigas (menos de 25 anos) não estavam a trabalhar nem a frequentar a escola (Censo, 2017). Para as crianças que estão em

conflito com a lei, o acesso aos serviços de justiça centrados na criança e intervenções de reforma é mínimo, com apenas um Centro de Reabilitação Juvenil designado em Boane, Maputo (UNICEF, 2020g). As crianças são frequentemente detidas para além do período de detenção legal; as que estão presas são por vezes detidas com adultos e, algumas reincidem quando são libertadas (UNICEF, 2020g).

Moçambique tem uma das mais altas taxas de uniões prematuras do mundo. Quarenta e um por cento das raparigas (18–24 anos de idade) são casadas, ou viveram com alguém como se fossem casadas antes dos 18 anos de idade (Instituto Nacional de Saúde et al, 2019). As uniões prematuras têm impacto na retenção escolar tanto para raparigas quanto para rapazes. Apenas uma em cada dez raparigas (10 por cento) com idades entre os 12–17 anos que são casadas frequentam a escola, enquanto que dois terços das raparigas solteiras (64 por cento) frequentam a escola primária ou secundária. Desde que foi aprovada em 2019 a lei de referência para acabar com as uniões prematuras, tem se observado um aumento no número de denúncias de uniões prematuras através da Linha Fala Criança (UNICEF & Linha Fala Criança, 2021a). No entanto, para compreender plenamente as implicações da mudança legal, é necessário mais tempo e mais análise.

O casamento precoce está altamente correlacionado com a gravidez na adolescência (UNICEF & UNFPA, 2015). Os dados mais recentes do inquérito nacional foram o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011 que mostrou que 14 por cento das raparigas tiveram um filho antes dos 15 anos de idade e 57 por cento das raparigas antes dos 18 anos de idade (UNICEF & UNFPA, 2015). As estimativas do Censo mostram que, em média, por cada 1.000 raparigas adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade, há 108 nascidos vivos entre elas. As meninas nas áreas rurais têm mais probabilidade de ter dado à luz nos últimos 12 meses (129 nascimentos por 1.000 meninas) do que as suas congéneres urbanas (79 nascimentos por 1.000 meninas). As meninas no quintil mais baixo têm quase três vezes mais probabilidade de dar à luz do que as meninas no quintil mais alto de riqueza.

Moçambique também tem uma prevalência extremamente alta de HIV na população adolescente. A prevalência é de cerca de 2,5 por cento em rapazes e 6,2 por cento em raparigas (Praticò & Pizzol, 2018). A adolescência é uma fase crucial para assegurar a adesão à terapia antirretroviral (TARV). Contudo, a não aderência à terapia é comum em Moçambique não só devido à fase dinâmica da vida, mas também devido à transição da gestão dos cuidados de saúde dos serviços pediátricos para os serviços para adultos. Em particular, o teste e a adesão é um desafio para

os rapazes (Ha et al, 2019). Até a presente data, as intervenções em saúde sexual e reprodutiva têm-se concentrado principalmente nas raparigas, com uma ênfase crescente na assistência a raparigas com deficiências no acesso à informação e serviços. Intervenções futuras devem buscar compreender por que há dificuldades entre rapazes para procurar serviços de saúde e qual é a situação da saúde mental entre adolescentes.

## CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA E CRISES HUMANITÁRIAS

*O índice de risco REFORM classifica Moçambique no 11º lugar entre os 191 países em risco extremo devido a conflitos e alterações climáticas (Comissão Europeia, 2021).*

O ranking inclui a incapacidade do Governo para se preparar e responder adequadamente a tais riscos, apesar de ter instituições em funcionamento para ajudar na mitigação. Nos últimos 15 anos, houve um aumento dos riscos relacionados ao clima, incluindo ciclones, secas e cheias. Estes eventos climáticos e padrões climáticos severos resultaram em morte, deslocamento, insegurança alimentar extrema, aumento de surtos de doenças, tais como, cólera e malária, e a destruição de escolas e instalações sanitárias (Organização Internacional para as Migrações (OIM), 2020).

Há uma crise em curso que afecta as crianças em Cabo Delgado. O conflito armado em Cabo Delgado tem vindo a agravar ainda mais a situação de emergência, já que esta província mais setentrional ainda está a se recuperar dos ciclones Kenneth, que atingiu em 2019. A instabilidade provocada pelo conflito no norte do país exacerbou as taxas de migração, com cerca de 850.000 pessoas fugindo do seu local de origem para outros locais em Cabo Delgado ou para outras províncias do país (INGD 2021). Embora Moçambique tenha ratificado, em 2004, o Protocolo Opcional das Nações Unidas à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre o envolvimento de crianças em conflitos armados, o Governo não está actualmente a informar sobre o recrutamento de crianças pelos actores armados não estatais. A situação em Cabo Delgado está também a afectar as províncias vizinhas, não somente parte de Nampula mas também de Niassa. Nampula recebeu o segundo maior número de deslocados internos e está a trabalhar para integrar os deslocados nas comunidades. Embora aproximadamente metade dos deslocados sejam crianças, quase 2.000 crianças foram separadas das suas famílias (OIM, 2021).

A exposição a estes perigos contínuos e frequentes está a aprofundar a vulnerabilidade das crianças, restringindo o seu acesso a serviços-chave e aumentando as experiências adversas na infância. As crianças necessitam de apoio psicossocial, serviços de nutrição para prevenir e tratar a subnutrição aguda bem como do acesso a serviços gerais de saúde materna e infantil, particularmente de medicação para o HIV e a tuberculose. A prestação de serviços de resposta tem sido enfraquecida pelas crises actuais, pela falta de financiamento rápido e, de distribuição de recursos. Há uma grande necessidade de fortalecer os serviços existentes e ampliar o alcance dos serviços actuais para se adaptar ao contexto de

mudança do deslocamento populacional. A situação é ainda mais complicada por causa da COVID-19, onde a prevalência de depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade e agressividade em crianças aumentou devido ao estado de emergência imposto e medidas de distanciamento social. As escolas foram forçadas a operar três ou quatro turnos por dia, a fim de aderir às medidas de distanciamento social necessárias. Os serviços de protecção à criança estão sobrecarregados, pois, as crianças que testemunharam e sofreram violência extrema em áreas de conflito, incluindo violência sexual e sequestro, necessitam destes serviços (Save the Children, 2021).

## PRINCIPAIS CONQUISTAS

*A tabela seguinte resume as principais realizações identificadas para assegurar os direitos e bem-estar das crianças moçambicanas ao longo dos últimos cinco anos.*

### PRINCIPAIS AVANÇOS NA LEGISLAÇÃO

- Revisão da lei de registo civil e do Código do Registo Civil, alinhando com as recomendações internacionais.\*
- Estratégia nacional para a segurança social básica 2016–2024 (ENSSB II), incluindo a introdução dos dois subsídios-piloto para crianças com menos de dois anos de idade.
- Adopção da estratégia nacional de educação inclusiva 2020–2029.
- Política sobre mecanismos multissetoriais para a violência contra as crianças nas escolas, março de 2020.
- Aprovação da lei sobre uniões prematuras que proíbe todo casamento de crianças menores de 18 anos e alguns progressos na divulgação da lei em 2019.
- Revogação de um decreto de 2003 que proibia as alunas grávidas de frequentar aulas diurnas e as restringia às aulas noturnas em 2018.
- Introdução de uma reforma orçamentária baseada em programas governamentais para melhorar a gestão baseada em resultados, incluindo a revisão da lei do sistema de administração financeira do Estado (SISTAFE) de 2020.

\* Lei 12/2018, emitida em 4 de Dezembro de 2018.

## CONCLUSÃO

*Esta análise da situação das crianças em Moçambique apresenta um relatório abrangente, sensível ao género e, focado na equidade sobre as crianças ao longo do ciclo de vida. Ao apresentar as conclusões e recomendações na perspectiva do ciclo de vida de uma criança, o relatório ajuda os decisores políticos e partes interessadas a identificar lacunas específicas e áreas de intervenção que são necessárias para melhorar a vida das crianças em Moçambique.*

As crianças em Moçambique têm sofrido uma um número grande de choques nos últimos anos. Nos últimos 15 anos, houve um aumento dos riscos relacionados com o clima, incluindo ciclones, cheias e secas que resultaram em morte, deslocamento, insegurança alimentar extrema, surtos de doenças e, a destruição de escolas e instalações de saúde. A intensificação do conflito armado em Cabo Delgado em 2020 e 2021 acrescentou outra dimensão de complexidade no Norte, com as crianças expostas à violência e à separação familiar bem como forçadas a abandonar as suas casas. Existem também tensões políticas nas províncias centrais com impacto nas crianças. Em 2020 e 2021, a pandemia da COVID-19 desafiou ainda mais o Governo, exacerbando as vulnerabilidades sociais e económicas pré-existentes. Consequentemente, em 2020, Moçambique registou a sua primeira contracção económica em três décadas.

A análise revela que embora Moçambique tenha um ambiente político progressivo e adoptado importantes legislações sobre os direitos da criança, subsistem grandes desafios para garantir os direitos e o bem-estar da criança ao longo da vida, de forma equitativa em todas as províncias. Existem padrões distintos e repetitivos de desigualdade geográfica com acesso desigual aos serviços e recursos. Quase metade das crianças moçambicanas vive abaixo do limiar nacional de pobreza e, a pobreza é consideravelmente mais prevalente para as crianças que vivem nas províncias do Norte e Centro do que nas do Sul. As crianças carenciadas em Moçambique têm menos probabilidades de crescer e ter relações seguras, lares decentes, acesso à boa nutrição e água e saneamento adequados. É provável que elas tenham uma educação pouco inspiradora e, muitas são propensas a deixar a educação escolar com qualificações ou habilidades inadequadas para prepará-las para a vida adulta.

Esta análise também revelou que as crianças em Moçambique têm um forte sentido de responsabilidade para contribuir para um futuro que seja resiliente, livre e respeitoso dos seus direitos. As crianças querem envolver-se de forma significativa com coisas que lhes interessam, tais como, enfrentar as mudanças climáticas, planeamento urbano e acesso a serviços, incluindo saúde e higiene e, o seu direito fundamental

de frequentar a escola. Em Moçambique, embora hajam grandes esforços para envolver os jovens, a dimensão dos mesmos é estreita e restrita às crianças de famílias maioritariamente urbanas e mais ricas. Há uma necessidade de alcançar mais e melhorar a participação significativa dos jovens na concepção e co-criação de políticas dirigidas às crianças e jovens.

São necessários esforços sustentados para evitar um retrocesso nos progressos feitos nos últimos 20 anos para as crianças de Moçambique e, assegurar oportunidades equitativas para todas as crianças ao longo da vida. O investimento a longo prazo numa abordagem do ciclo de vida pode proporcionar elevados retornos ao longo da vida da criança e até a idade adulta, contribuindo para o seu desenvolvimento social e económico. Uma abordagem do ciclo de vida requer políticas e estratégias de investimento sinérgicas, holísticas e de longo prazo que promovam melhor saúde, educação, protecção e participação das crianças. A implementação de uma abordagem de ciclo de vida para o desenvolvimento da criança envolve: (i) política e investimento; (ii) educação, saúde, nutrição, serviços e sistemas de protecção; (iii) acção local, multisectorial; e (iv) medição, monitoria

e pesquisa. São necessários dados e pesquisas de alta qualidade em todos os sectores que possam ser analisados, comunicados e, utilizados para influenciar políticas e programas que apoiem a abordagem do ciclo de vida e realizem os ODS.

As  
crianças  
em Moçambique  
têm sofrido uma um  
número grande de  
choques nos últimos  
anos.

*No início de 2020, o Governo da República de Moçambique delineou os seus objectivos e prioridades estratégicas num novo Plano de Desenvolvimento Nacional quinquenal.*

Em conjunto com a prestação de serviços e protecção contínua às crianças, o plano busca recuperar o país de choques significativos recentes que inclui, entre outros, uma crise da dívida nacional e os efeitos devastadores de ciclones e cheias recorrentes. O plano visa igualmente abordar as desigualdades regionais entre o Norte e o Sul do país e entre as zonas rurais e urbanas.

A pandemia da doença por coronavírus de 2019 (COVID-19) não poderia ter vindo numa pior altura. Além de outras prioridades, o país actualmente também está incumbido de minimizar os impactos sanitários e económicos resultantes da pandemia. O conflito armado em Cabo Delgado acrescenta uma outra dimensão de complexidade ao Norte. Um número crescente de crianças tem sido exposto à violência, separadas das suas famílias e forçadas a sair de casa, com acesso limitado à saúde, e ASH (água, saneamento e higiene), bem como à educação e serviços de protecção infantil. Por conseguinte, são necessários esforços sustentados para evitar retrocessos nos avanços feitos nos últimos 20 anos nos indicadores relativos às crianças de Moçambique, bem como para aumentar as oportunidades equitativas para todas as crianças ao longo do ciclo de vida.

Esta análise da situação das crianças em Moçambique fornece uma descrição abrangente, sensível ao género e centrada na equidade das crianças ao longo do seu ciclo de vida. A abordagem do ciclo de vida toma em consideração as fases de desenvolvimento, começando pela saúde da mãe durante a gravidez, e investiga as necessidades das crianças em períodos críticos, incluindo as transições, ao longo da sua vida.<sup>2</sup> Esta abordagem apresenta o desenvolvimento infantil como um processo maturacional e interactivo, resultando numa progressão ordenada de competências perceptivas, motoras, cognitivas, linguísticas, sócio-emocionais e de auto-regulação (Lake & Chan, 2015). Embora o processo de desenvolvimento seja semelhante entre culturas, as progressões podem variar à medida que as crianças adquirem aptidões específicas da sua cultura. Portanto, o desenvolvimento infantil nem sempre é um processo

linear, mas depende do contexto e das experiências infantis (Lake & Chan, 2015; Britto et al., 2017).

De uma perspectiva programática, a abordagem do ciclo de vida tem o potencial de aumentar a eficácia de intervenções integradas ao longo da vida de uma criança. Esta perspectiva toma em consideração o contexto e ambiente em que uma criança vive e identifica os pontos críticos de intervenção para reduzir as experiências adversas da infância, bem como a frequência não escolar ou períodos de adolescência reduzidos devido à gravidez na adolescência ou às uniões prematuras.

A Figura 1-1 mostra o quadro do ciclo de vida, agrupado de acordo com cada fase, reflectindo os grupos etários aproximados e adaptado ao contexto moçambicano.<sup>3</sup> Inclui as seguintes fases do ciclo de vida, com os seus respectivos grupos etários em cada fase:

## Gravidez e nascimento

gravidez até 1 mês

## Primeira infância e fase pré-escolar

1–60 meses

## Meia infância

5–11 anos<sup>4</sup>

## Adolescência e juventude

10–19 anos<sup>5</sup>

Embora a análise e as intervenções em cada fase do ciclo de vida estejam amplamente centradas nestes grupos etários, elas não se excluem mutuamente

<sup>2</sup> A abordagem do ciclo de vida segue a série Lancet de 2007 sobre o Desenvolvimento da Criança nos Países em Desenvolvimento (2007 e 2011), que encabeçou a revisão das provas que ligam o desenvolvimento da primeira infância à pobreza, ao crescimento linear e à saúde e bem-estar dos adultos (Engle et al., 2012).

<sup>3</sup> Em Moçambique, não há distinção clara entre os termos 'criança', 'menor' e 'juventude'. A Lei sobre a Promoção e Protecção dos Direitos da Criança considera que uma criança tem menos de 18 anos de idade. Contudo, a mesma lei também se aplica a pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos. Em Moçambique, um jovem é qualquer pessoa com idades entre os 15–35 anos. Isto implica que qualquer pessoa com menos de 15 anos de idade é, portanto, uma criança. O intervalo entre os 15–18 anos é um ponto de intersecção entre uma criança e um jovem.

<sup>4</sup> Em 2017, quando o Censo foi realizado, uma criança podia entrar na escola primária em Moçambique no ano em que fizesse seis anos, capturando crianças de cinco anos de idade. No entanto, com alterações legislativas recentes, uma criança pode entrar na escola aos cinco anos de idade se fizer seis anos no primeiro período.

<sup>5</sup> Os "adolescentes" são definidos pelo UNICEF e pela OMS como pessoas entre os 10 e 19 anos de idade, o que sobrepõem às crianças em meia infância, também conhecidos como Terceira Infância.

Figura 1-1

## O QUADRO DO CICLO DE VIDA



Fonte: Baseado em Britto et al. (2017).

e há sobreposições na transição de uma fase para outra. Por exemplo, a nutrição e os programas que se concentram nos primeiros 1.000 dias são discutidos na fase da primeira infância. Questões transversais como a violência infantil, o tráfico de crianças e o trabalho infantil, que as crianças experimentam em qualquer parte do ciclo de vida, são apresentadas ao longo das fases da meia infância e da adolescência e juventude. Género, inclusão social, participação e acesso à ASH são integrados ao longo de todo o capítulo do ciclo de vida. Três capítulos – Visão Geral do País, Questões Transversais, e Crianças em Emergência e Contexto Humanitário – enquadram a situação do país. Eles fornecem o contexto socioeconómico, demográfico e político do país, além de descrever as situações humanitárias e de emergência únicas com que Moçambique se debate.

O relatório também fornece estimativas de base nacionais de indicadores dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com as crianças. A análise é complementar à revisão nacional voluntária de alto nível do país realizada em 2020 (República de Moçambique, 2020a). Os indicadores relevantes são apresentados no início de cada capítulo e fornecem uma linha de base nacional a partir da qual se podem monitorar os progressos nos anos futuros. Estes indicadores são revistos no relatório com uma análise mais aprofundada das disparidades e desigualdades regionais que têm impacto no bem-estar e desenvolvimento das crianças, uma vez que se relacionam com as diferentes fases do ciclo de vida.

Os dados analisados neste relatório provêm de fontes de dados aprovados a nível nacional, tais como o Censo de Moçambique de 2017, os Inquéritos do Orçamento Familiar (IOF) de 2014–15 e 2019–20, o Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA) de 2015, o Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária (IIM) de 2018 e o Inquérito sobre Violência contra a Criança em Moçambique (Instituto Nacional de Saúde et al, 2019). O estudo inclui também a análise de dados administrativos de saúde e educação. Foi realizada uma revisão aprofundada da literatura nacional e internacional e da legislação nacional. Para validar os resultados, foram realizadas entrevistas com as partes interessadas, entre elas, representantes do Governo, do UNICEF em Moçambique, de outras agências das Nações Unidas e da sociedade civil. Além disso, foi implementado um inquérito online utilizando perguntas do *Accountability to Affected Populations Framework* (UNICEF, 2020a) para envolver os jovens no processo de análise situacional. O questionário do inquérito foi administrado em Dezembro de 2020, utilizando a plataforma *U-Report*, com respostas recebidas de 10.938 crianças.<sup>6</sup> Por fim, algumas crianças das províncias de Nampula, Maputo, e Zambézia também participaram de um workshop de validação organizado pelo UNICEF, que tinha como objectivo validar as constatações deste estudo.

<sup>6</sup> Os resultados dos questionários dos inquéritos podem ser encontrados em <https://smsbiz.co.mz/opinion/4787/> e <https://www.smsbiz.co.mz/opinion/4802/>.





## Visão geral do país

*O objectivo deste capítulo é analisar o contexto actual em Moçambique. O capítulo fornece os antecedentes para a análise subsequente da realização dos direitos da criança ao longo do seu ciclo de vida.*

*Ele começa com uma visão geral do contexto do país, resumindo a situação demográfica, económica e social de Moçambique no que diz respeito às crianças e incluindo uma visão geral da pobreza, e da protecção social.*

Este capítulo destaca também os progressos actuais de cinco indicadores relacionados com a pobreza e a participação infantil dos ODS. Estes indicadores estão resumidos na Tabela 1. O ODS 1.1 mostra que a pobreza infantil extrema permanece elevada a 60 por cento em Moçambique. Os dados para o objectivo 1.3 dos ODS sobre o aumento da protecção social não estavam disponíveis e não são apresentados na Tabela 1.<sup>7</sup> A análise abaixo mostra o progresso de Moçambique no sentido da realização do direito da criança à protecção social.

**O ODS 1.1 mostra que a pobreza infantil extrema permanece elevada a 60 por cento em Moçambique.**

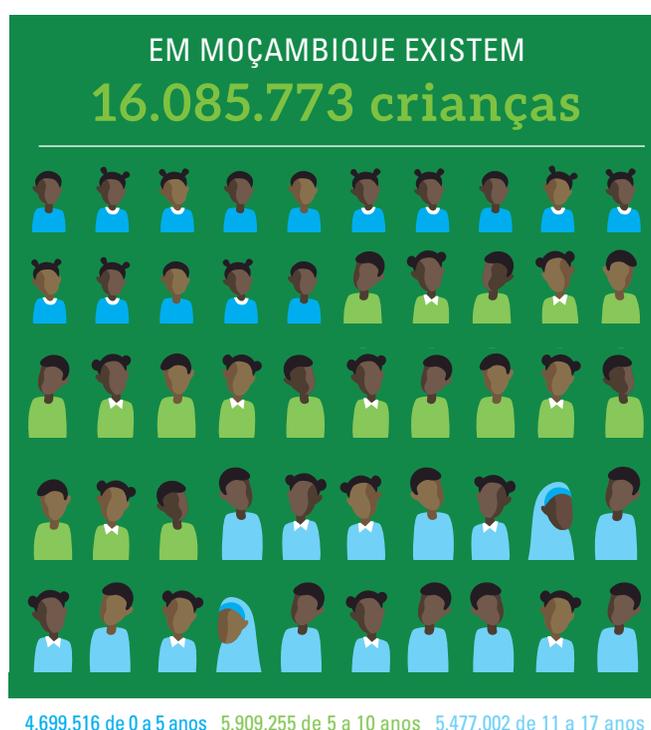
**Tabela 1:** Progressos nos indicadores dos ODS sobre pobreza relacionados com a criança

ODS	INDICADOR RELATIVO ÀS CRIANÇAS	VALOR MAIS RECENTE (INQUÉRITO – ANO)
<b>ODS 1.1:</b> Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em toda a parte, actualmente medida como pessoas que vivem com menos de 1,25 dólares por dia	Proporção de crianças vivendo abaixo da linha de pobreza internacional (US\$ 1,90 PPP por dia)	60% (IOF – 2014/15)
<b>ODS 1.2:</b> Até 2030, reduzir pelo menos para metade a proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades que vivem na pobreza em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais	Proporção de crianças vivendo abaixo da linha nacional de pobreza	49% (IOF – 2014/15)
	Proporção de crianças vivendo na pobreza em todas as dimensões de acordo com as definições nacionais (Índice de Pobreza Infantil Multidimensional)	46% (IOF – 2014/15)

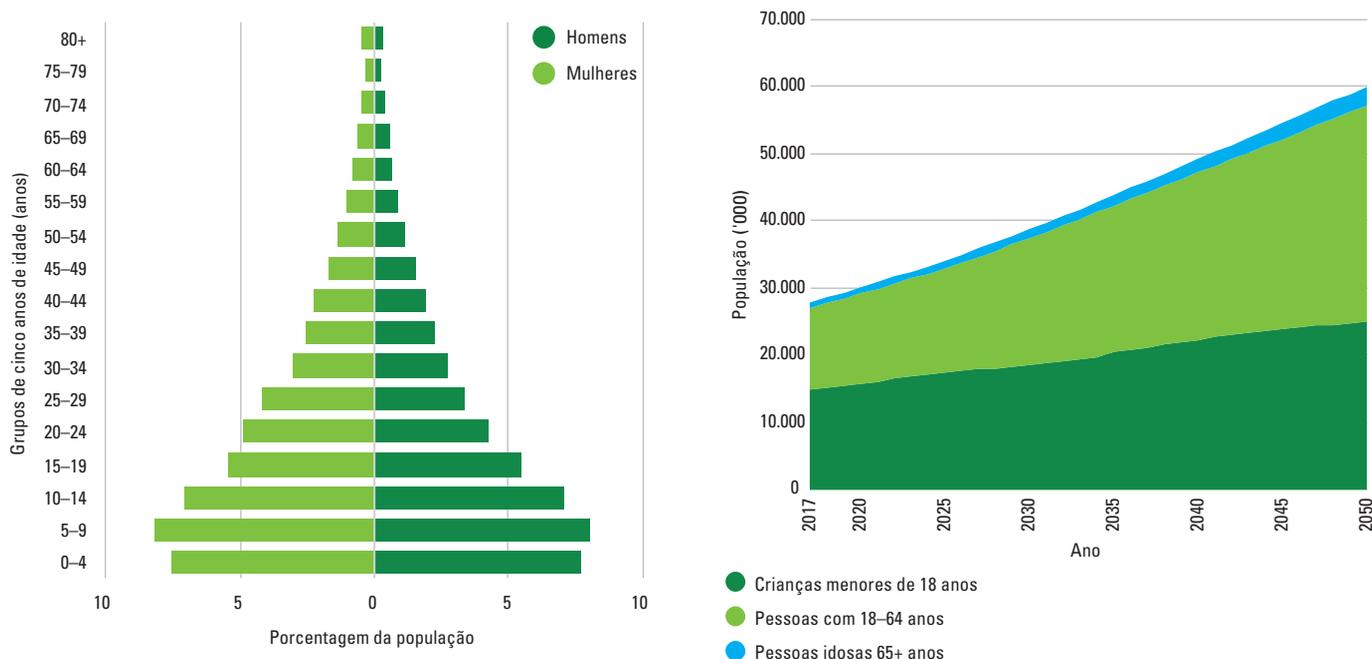
## 2.1 Perspectivas demográficas

*As crianças com menos de 18 anos representam 52 por cento da população de Moçambique, ou aproximadamente 16,1 milhões de pessoas, com proporções iguais de raparigas e rapazes (INE, Projeções Populacionais 2017–2050).*

A Figura 2-1 ilustra isto apresentando a pirâmide da população moçambicana. A população jovem de Moçambique causa uma taxa de dependência etária



<sup>7</sup> O objectivo 1.3 dos ODS é 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. A nível nacional, o Relatório da Revisão Nacional Voluntária da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (República de Moçambique, 2020a) afirma que a cobertura global da protecção social básica é de 22 por cento.



**Figura 2-1:** Pirâmide populacional de Moçambique e projecções  
 Fonte: INE, Projecções Populacionais 2017–2050

extremamente elevada de cerca de 0,95.<sup>8</sup> Por outras palavras, a população em idade activa é quase igual a população de crianças com menos de 15 anos de idade mais a população constituída por pessoas idosas com 65 anos ou mais. Este elevado rácio de dependência cria muitos desafios à economia e ao financiamento dos serviços públicos para assegurar que as crianças tenham acesso a serviços de qualidade ao longo de todo o ciclo de vida. A Figura 2-1 ilustra também a tendência populacional estimada de crianças, adultos em idade activa e pessoas mais velhas entre 2017 e 2050. Até 2050, prevê-se que a população infantil seja superior a 25 milhões – ou 41 por cento da população total.

Como observado noutros países com perfis demográficos semelhantes, Moçambique está prestes a se beneficiar de um dividendo demográfico (UNFPA, 2020).<sup>9</sup> Para maximizar os seus benefícios, Moçambique deve trabalhar, não limitado a, numa combinação de investimentos em planeamento familiar, saúde, educação e criação de emprego e assegurar que os jovens estejam equipados de um conjunto de competências adequadas. Se isto não for feito, o influxo de mais trabalhadores poderá resultar em mais desemprego ou em rendimentos mais baixos.

Para além das elevadas taxas de crescimento populacional, durante a última década, Moçambique

conheceu uma rápida urbanização impulsionada pela falta de oportunidades económicas nas zonas rurais, alterações climáticas e conflitos. Mais de um terço da população vive actualmente em zonas urbanas (INE, Projecções Populacionais 2017–2050). Quelimane, Nampula e Tete são exemplos de cidades em rápida expansão, com muitas habitações a serem construídas sem regulamentação governamental (City Alliance, 2017). Prevê-se que a urbanização aumente na próxima década e, sem o envolvimento do Governo, o crescimento não regulamentado irá minar ainda mais a disponibilidade de serviços e o acesso à saúde, educação, água, saneamento e higiene. Além disso, a falta de gestão de resíduos sólidos e o bloqueio dos sistemas de drenagem – que causa inundações urbanas – aumentam o risco de surtos de doenças transmitidas pela água que se espalham rapidamente em áreas urbanas densamente ocupadas.

As crianças pequenas estão preocupadas com as mudanças de urbanização que ocorrem em Moçambique, especialmente no que diz respeito à poluição comunitária, ao desperdício e à água pouco segura (Colonna, 2019). A urbanização restringe o contacto de crianças com a natureza e o seu acesso a espaços para o livre brincar, o que diminui a sua saúde psicológica e física. As cidades moçambicanas têm baixa densidade e dispersão, o

8 O rácio de dependência é uma medida da estrutura etária de uma população. Indica o número de indivíduos que são susceptíveis de ser economicamente “dependentes” do apoio de outros. O rácio de dependência mede o rácio de crianças (0–14 anos) e idosos (65+ anos) para o número de pessoas do grupo em idade activa (15–64 anos).

9 O dividendo demográfico é o potencial de crescimento económico que pode resultar de mudanças na estrutura etária de uma população, principalmente quando a percentagem da população em idade activa (15–64 anos) é maior do que a percentagem da população sem idade activa (14 e mais novos, e 65 e mais velhos). Isto ocorre devido ao rápido declínio na fertilidade e nas taxas de mortalidade infantil.

que faz com que as crianças façam longas viagens para aceder aos serviços. Os espaços públicos são insuficientes, limitando espaços seguros e espaços verdes para as crianças praticarem desportos, como o futebol e o voleibol (Colonna, 2019). Os percursos pedestres para as escolas também se tornaram menos seguros devido a passeadeiras inadequadas e à falta de transportes públicos. Como resultado, as crianças estão

sujeitas a crescentes lesões causadas pelo trânsito rodoviário (Comité dos Direitos da Criança, 2019; De Sousa Petersburgo et al., 2010). O UNICEF e o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-Habitat), através da sua iniciativa Cidades Amigas da Criança Sustentáveis, estão a trabalhar com crianças para integrar as suas perspectivas na concepção de espaços urbanos (UN-Habitat, 2020).

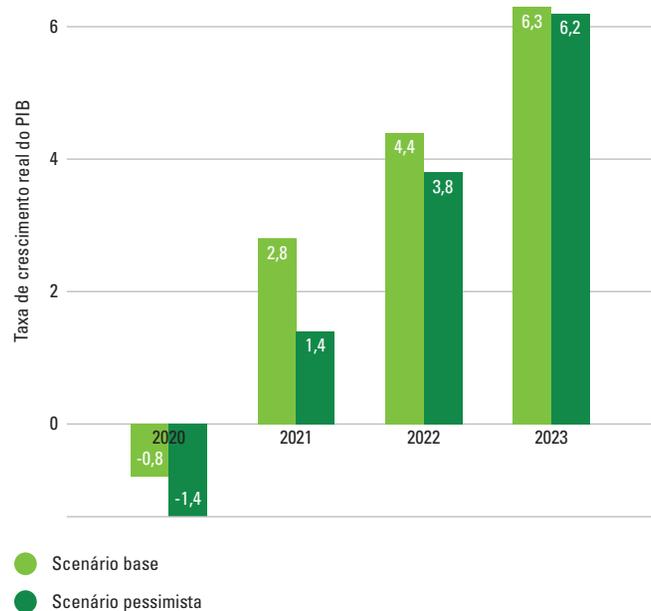
## 2.2 Panorama económico e de governação

*Em 2020, Moçambique registou a sua primeira contracção económica em três décadas. A pandemia da COVID-19 exacerbou as vulnerabilidades pré-existentes da economia de Moçambique.*

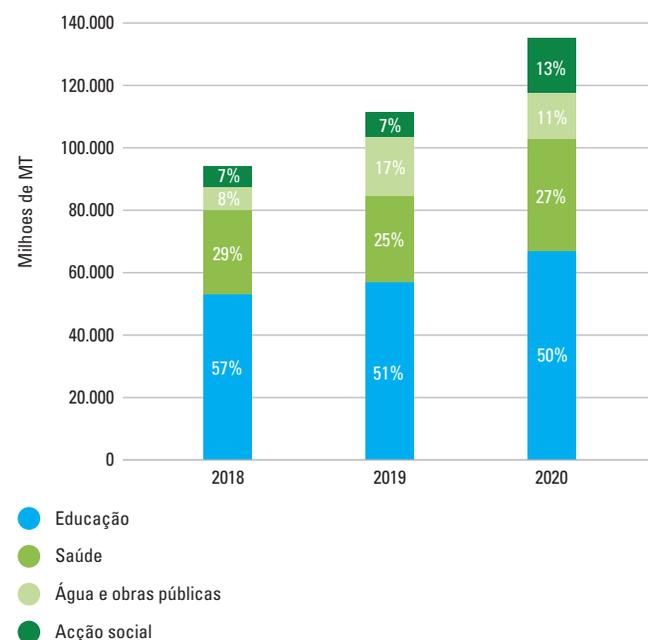
Prevê-se que a economia recupere lentamente durante os primeiros anos pós-pandemia, à medida que a procura de mercadorias e serviços domésticos aumenta. O ritmo da sua recuperação depende, contudo, do sucesso da implementação de vacinas para a COVID-19 e da contenção da pandemia, para além da forma como o Governo responde ao conflito armado no Norte do país. O restabelecimento da paz e da estabilidade em Cabo Delgado é essencial para retomar os investimentos em gás natural líquido e, atrair o investimento directo estrangeiro.<sup>10</sup> Se estas condições não forem cumpridas, a recuperação será

mais lenta. A Figura 2-2 fornece projecções de taxas de crescimento do Banco Mundial 2021, com base na realização destas condições.

Antes da crise da dívida em 2015, Moçambique conheceu uma década de elevadas taxas de crescimento. Enquanto a taxa média de crescimento do produto interno bruto (PIB) foi de 7 por cento em 2006–2015, nos últimos anos o crescimento abrandou para 3 por cento (2016–2019). À medida que os preços internacionais das mercadorias diminuíram, este abrandamento da economia contribuiu para um declínio do PIB per capita para níveis registados há mais de 10



**Figura 2-2:** Projecções da taxa de crescimento real do PIB  
Fonte: Banco Mundial (2021).



**Figura 2-3:** Dotação orçamental do Estado nos sectores sociais 2018–2020

Fonte: Análise do Orçamento do Estado para o Ano Fiscal de 2020 (UNICEF, 2020b), e do Orçamento do Estado revisto para 2020.

Nota: Os relatórios resumidos sobre o orçamento público podem ser encontrados aqui <https://www.unicef.org/mozambique/en/reports/budget-briefs>.

10 Houve optimismo em torno da descoberta de recursos de gás natural líquido que impulsionou o crescimento económico, o emprego e a promoção do desenvolvimento de infraestruturas, mas este abrandou consideravelmente em 2020 devido à COVID-19 e ao conflito armado no Norte.

anos (Banco Mundial, 2021). Apesar do crescimento significativo até 2015, o país nunca abordou as suas disparidades regionais prevaletentes. As perdas de rendimento resultantes de choques recentes têm sido muito maiores nas famílias das províncias mais pobres do Norte do país. As crianças que já sofrem privações múltiplas em comparação com os seus pares do Sul foram as mais afectadas (Banco Mundial, 2021).

A Figura 2-3 mostra a dotação orçamental a quatro sectores sociais entre 2018 e 2020 (educação, saúde, acção social, e ASH). No geral, desde 2018 tem havido um aumento nominal constante do orçamento para estes sectores sociais. Em 2020, o orçamento fixado para os quatro sectores sociais foi 20 por cento maior em termos nominais do que o orçamento de 2019, o que também foi 20 por cento maior do que o orçamento de 2018. Contudo, isto deve-se principalmente à COVID-19, dado que no orçamento proposto para 2020 não houve um aumento para estes quatro sectores sociais. De facto, na proposta original do orçamento, apenas foram previstos aumentos para educação (UNICEF, 2020b), que de longe tem o maior orçamento entre os quatro sectores sociais.



© UNICEF/Mark Lehn

Em geral, as alocações orçamentais não são equitativas para as crianças em Moçambique. Por exemplo, no sector da educação, existem diferenças significativas nas alocações orçamentais por estudante entre as diferentes províncias. De acordo com o Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, que fez uma revisão das despesas entre 2015–2019, enquanto a Cidade de Maputo recebeu cerca de 6 por cento dos recursos do sector, ela teve a maior alocação de recursos por estudante, estimada em cerca de 12.264 MT (PPP US\$507).<sup>11</sup> A província de Inhambane teve a segunda maior alocação por estudante, estimada em cerca de 9.621 MT (PPP US\$398) (UNICEF, 2021c). Esta diferença pode reflectir as diferentes dimensões dos sistemas educativos nas várias províncias, o que não reflectem a dimensão da população nem o número de crianças que frequentam a escola nas várias províncias (UNICEF, 2021c).

Algumas das desigualdades poderiam ter sido abordadas se o processo orçamental tivesse sido mais participativo. De acordo com o *Open Budget Survey* de 2019, a participação e envolvimento do público no processo e formulação do orçamento em Moçambique é limitada, com uma pontuação de 11 em 100, o que está abaixo de outros países da região (International Budget Partnership, 2019). A participação é vital para defender uma orçamentação sensível à criança. Ela assegura uma maior transparência orçamental e pondera as graves desigualdades na afectação, as quais foram ilustradas no exemplo do sector da educação.

O Plano Quinquenal também compromete o Governo a implementar serviços descentralizados na sequência da recente emenda à Constituição moçambicana.<sup>12</sup> As emendas constitucionais de 2018 transferiram poderes e recursos financeiros do Governo central para as autoridades subnacionais. A descentralização proporciona uma oportunidade para rectificar as desigualdades orçamentais e para introduzir a orçamentação sensível à criança que especifica alocações claras para as crianças nos sectores relevantes e, desenvolve indicadores específicos para acompanhar sua adequação, eficácia e equidade (Comité dos Direitos da Criança, 2019). Contudo, dada a actual capacidade mais fraca a nível descentralizado, será necessário um apoio significativo para preparar alocações orçamentais justas e equitativas com base em fórmulas populacionais sólidas e para pleitear e defender o orçamento.

11 O factor de conversação PPP utilizado para 2020 foi 24,195 MT por dólar internacional.

12 Em 2018, o parlamento moçambicano aprovou uma emenda constitucional que permite às autoridades locais serem eleitas por votação através de um processo gradual que teve início nas eleições gerais de 2019. Isto resultou na eleição de 10 governadores provinciais.

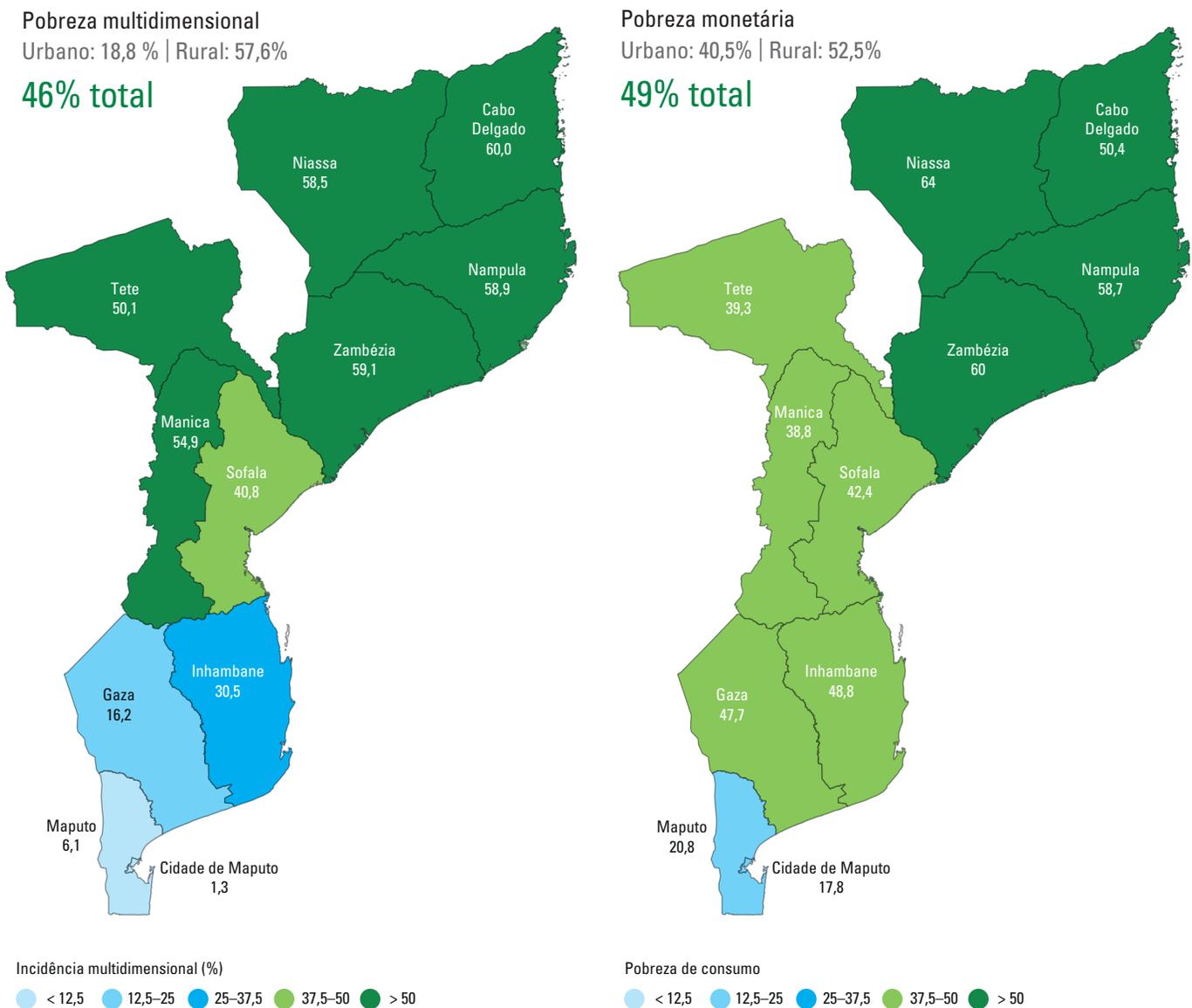
## 2.3 Pobreza infantil

*Cerca de metade de todas as crianças de Moçambique vive abaixo da linha nacional da pobreza (49 por cento).<sup>13</sup>*

Além disso, embora a pobreza infantil tenha diminuído constantemente de 1996 a 2015, não diminuiu igualmente, e continuam a existir disparidades regionais substanciais. Como demonstrado na Figura 2-4, a pobreza infantil é consideravelmente mais elevada nas províncias do Norte e do Centro do que nas províncias do Sul. Existem também disparidades

entre diferentes grupos de idade. As crianças são mais propensas a viver na pobreza do que os adultos, e as crianças com menos de 13 anos são mais propensas a viver na pobreza do que as crianças mais velhas (UNICEF, 2020i). Dada a natureza dinâmica da pobreza e a vulnerabilidade de muitos acima da linha da pobreza, é provável que o número de crianças carentes seja maior devido aos recentes choques económicos.

Ao utilizar medidas multidimensionais de pobreza para capturar a extensão da pobreza infantil, o UNICEF estima que 46 por cento das crianças de Moçambique são pobres multidimensionalmente (Figura 2-4). Mais uma vez, são observadas diferenças acentuadas na pobreza entre as crianças das províncias



**Figura 2-4:** Pobreza infantil multidimensional e monetária utilizando definições nacionais por província  
 Fonte: UNICEF (2020i) utilizando o Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar e ao Orçamento Familiar – IOF-2014/15.

13 O factor de conversação PPP utilizado para 2020 foi 24,195 MT por dólar internacional.

do Sul e as crianças das províncias do Norte e do Centro. Isto sugere um padrão consistente de privações relacionadas com a pobreza através da saúde, educação e protecção. Existe também uma disparidade urbano-rural significativa nos níveis de pobreza multidimensional. As crianças nas zonas rurais têm três vezes mais probabilidade de serem multidimensionalmente mais pobres do que as crianças urbanas. Nas zonas rurais, 57,6 por cento das crianças são multidimensionalmente pobres e nas zonas urbanas, 18,6 por cento são privadas (UNICEF, 2020i).

Os últimos dados do inquérito do orçamento familiar de 2019–20 indicam que o bem-estar das famílias diminuiu nos últimos cinco anos e, por conseguinte, é provável que a pobreza infantil tenha aumentado (INE, 2021a). Em média, a despesa familiar per capita é de 1.695 MT, o que é, pelo menos, 17 por cento menos do que era em 2014–15, em termos reais. Nas zonas urbanas, a despesa familiar per capita diminuiu perto de 24 por cento, o que é quase o dobro do que foi observado nas zonas rurais (diminuição de 13 por cento). Como o inquérito entrevistou muitos dos agregados familiares durante a pandemia da COVID, é provável que estes dados captem os efeitos da crise económica resultante da pandemia da COVID e que afectaram desproporcionadamente mais agregados familiares urbanos.

O inquérito do orçamento familiar também revela elevados níveis de desigualdades. Existem grandes

diferenças urbanas e rurais no consumo per capita das famílias. Nas zonas urbanas, a despesa média per capita das famílias é de 2.606 MT, enquanto nas zonas rurais é de 1.207 MT. Além disso, enquanto a população no decil mais baixo representa menos de 1 por cento da despesa total do país, o decil mais rico representa 43 por cento (INE, 2021a).

Os impactos da pobreza nas crianças são diversos e multifactoriais. A literatura mostra que as crianças que crescem na pobreza têm piores resultados ao longo do ciclo de vida, tanto física como mentalmente e, piores resultados educacionais e de sucesso no mercado de trabalho (National Academy of Sciences, 2019; Tran et al., 2017; UNICEF, 2020i). Embora nem todas as crianças que vivem na pobreza vivam experiências adversas na infância, elas são mais suscetíveis a viver esse tipo de experiência. No entanto, o impacto combinado da pobreza e dos choques aumenta significativamente a vulnerabilidade das crianças a experiências adversas na infância. Estas experiências são acontecimentos estressantes que ocorrem na infância e incluem negligência, violência doméstica, falta de estímulo e de cuidados nutritivos. Ademais, têm um impacto cumulativo no desenvolvimento do cérebro e podem ter um impacto ao longo da vida na saúde e no comportamento (Tomer, 2014; Britto et al., 2016). Para as crianças em Moçambique, os resultados da sondagem SMS realizada em 2020 mostraram que a sua maior preocupação era a pobreza.

## 2.4 Protecção social

*O Governo de Moçambique promove a protecção social como pilar fundamental do crescimento económico, do desenvolvimento e da redução da pobreza no seu Plano Quinquenal.*

O Ministério de Género, Criança e Acção Social (MGCAS) desenvolveu um quadro adequado de leis e políticas através da Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB II) em 2016 e o Decreto do Conselho de Ministros n.º 47/2018, que estabelece o Programa de Serviços Sociais. A ENSSB II assenta numa abordagem de ciclo de vida estabelecida na primeira estratégia aprovada em 2010 e inclui subsídios específicos para crianças. A Tabela 2 fornece uma visão geral dos programas de protecção social previstos em ambas as estratégias e as alterações feitas da primeira para a segunda estratégia.

Embora tenha havido um aumento do número de famílias que se beneficiam dos programas de protecção social entre 2010 e 2014, a implementação

dos programas propostos para o ciclo de vida ao abrigo da ENSSB II foi dificultada por um financiamento interno insuficiente e pela falta de recursos humanos, impedindo a inscrição de muitos beneficiários elegíveis. É necessária uma expansão substancial e um apoio contínuo dos financiamentos dos doadores para implementar o programa alargado e efectuar os pagamentos. As leis e políticas da MGCAS, incluindo a ENSSB II e o programa mais amplo de serviços de assistência social, são impulsionadas principalmente por parceiros externos ou ministérios aliados, com o envolvimento de apenas algumas figuras-chave nos departamentos centrais do MGCAS. Existem assim lacunas substanciais na compreensão das políticas e leis por parte de alguns dos funcionários internos do MGCAS.

**Tabela 2:** Panorama dos principais programas das duas recentes estratégias de protecção social

MODALIDADE	PROGRAMAS NO ÂMBITO DA ENSSB I (2010–2014)	PROGRAMAS NO ÂMBITO DA ENSSB II (2016–2024)
Programas de transferência de dinheiro	Programa Subsídio Social Básico (PSSB): Transferências monetárias para agregados familiares com dificuldades de trabalho	Os seguintes programas foram propostos num PSSB reformado:- <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolsa de velhice (60+)</li> <li>2. Subsídio por deficiência</li> <li>3. Subsídio para crianças</li> </ol> The child grant is sub-divided into: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças 0-2 anos</li> <li>• Órfãos e Crianças Vulneráveis</li> <li>• Subsídio para agregados familiares chefiados por crianças</li> </ul>
Transferências em espécie	Programa Apoio Social Directo (PASD): Transferências em espécie para grupos vulneráveis específicos	Programa Apoio Social Directo (PASD): Apoio em espécie a pedido em resposta a choques idiossincráticos
Programa de obras públicas	Programa Acção Social Produtiva (PASP)	Programa Acção Social Produtiva (PASP) com intervenções complementares reforçadas

O Orçamento do Estado aprovado para 2020 atribuiu 5,7 mil milhões de meticais (PPP US\$237 milhões) aos programas do Instituto Nacional de Acção Social (INAS).<sup>14</sup> O orçamento aprovado para os programas INAS compreende 85 por cento do orçamento do sector, 1,6 por cento do total do orçamento do Estado, e 0,5 por cento do PIB. Apesar de um aumento contínuo da dotação orçamental para a protecção social desde 2010, o nível do espaço fiscal dedicado aos programas básicos (financiados por impostos) de protecção social está actualmente abaixo do que é necessário. É pouco provável que o sistema cumpra a meta estabelecida pela ENSSB 2016–2024 de 2,23 por cento do PIB. Ao mesmo tempo, embora seja concedida uma maior dotação orçamental às províncias com maior pobreza e vulnerabilidades no Norte, existe uma lacuna substancial a ser preenchida. No orçamento de 2020, a alocação per capita (por pessoa pobre) no Norte era muito inferior à das províncias do Sul. A fim de reduzir a desigualdade, é necessária uma expansão da cobertura, bem como a priorização das áreas com taxas de pobreza mais elevadas.

Como parte da implementação da estratégia nacional de segurança social básica, o MGCAS lançou o programa de subsídios à criança em quatro distritos da Província de Nampula (Nacala, Ilha de Moçambique, Mogincual e Lalaua) com o apoio técnico

do UNICEF. O subsídio à criança, como parte do programa de subsídio social de base (PSSB), destina-se a crianças de 0–2 anos de idade que estão em risco de subnutrição. Quando os prestadores de cuidados vão para estabelecimentos de saúde, são registados no programa e recebem uma transferência monetária mensal incondicional de 540 MT (ou PPP US\$22) (Seidenfeld et al., 2019; UNICEF, 2020g). No final de 2020, o subsídio à criança tinha registado 15.345 crianças beneficiárias, enquanto 385 famílias receberam serviços de gestão de casos (UNICEF, 2020g).

Em resposta à COVID-19, o MGCAS desenvolveu o plano de resposta sectorial e pacotes básicos de protecção social para mitigar os efeitos socioeconómicos da recessão devido à pandemia, assegurando apoio social e reforçando a resiliência dos pobres e vulneráveis. O INAS forneceu transferências monetárias de 1.500 MT (ou PPP US\$62) por mês durante seis meses através do Programa Apoio Social Directo – Pós-Emergência (PASD-PE) para incluir novos beneficiários em áreas urbanas e peri-urbanas, e pagamentos adicionais de 3 meses aos actuais beneficiários do INAS. No entanto, a implementação não foi totalmente eficiente, e houve vários atrasos na transferência de fundos para as famílias, salientando a necessidade de reforçar a estrutura de protecção social existente.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> A protecção social é implementada pelo Instituto Nacional de Acção Social (INAS).

<sup>15</sup> Evidenciado através de entrevistas com o Programa Alimentar Mundial (PAM) e o Banco Mundial (Agosto, 2020).



© UNICEF/Mark Lehn

## 2.5 Resumo e recomendações chave

*Nos últimos cinco anos, uma cadeia de choques económicos, climáticos, de segurança e de saúde perturbou as tendências positivas de desenvolvimento humano e social, e aumentou significativamente as privações para as crianças de Moçambique.*

As disparidades estruturais e geográficas prevalentes, enfatizadas por estes choques simultâneos, expuseram também vulnerabilidades múltiplas e profundas para as famílias e crianças moçambicanas. As variações Norte-Sul e urbano-rural são substanciais, oferecendo oportunidades marcadamente desiguais para melhorar o bem-estar das crianças ao longo do ciclo de vida. As perspectivas para as crianças moçambicanas nos próximos cinco anos são incertas, especialmente se o Governo não tomar medidas políticas estratégicas ou não implementar plenamente as políticas existentes para abordar as disparidades económicas e sociais..

Os desafios actuais num espaço fiscal cada vez mais limitado exigem uma gestão mais eficiente, equitativa e transparente das finanças públicas. A reforma da gestão orçamental do Governo baseada em resultados proporciona uma oportunidade para alinhar o orçamento com as prioridades nacionais identificadas e reduzir as crescentes desigualdades para as crianças. Para uma implementação eficaz

da reforma, é necessário melhorar vastamente os dados administrativos e o acompanhamento dos programas. Actualmente, as significativas lacunas de dados minam os esforços para estabelecer linhas de base e monitorar os progressos e impactos da implementação ao longo do tempo. É necessário fazer um esforço considerável para assegurar que os inquéritos nacionais sejam realizados com frequência e que os conjuntos de dados nacionais estejam disponíveis para análise e planeamento de programas de forma atempada.

Embora o Governo tenha feito reformas progressivas na protecção social básica e planeie a futura expansão do subsídio à criança, a falta de recursos financeiros e humanos poderá ter impacto na implementação e sustentabilidade dos programas (UNICEF, 2020i). No entanto, este é um programa importante para abordar tanto a pobreza infantil monetária como multidimensional e é crucial para promover o aumento da protecção social, especialmente o subsídio à criança.

A Tabela 3 resume os problemas identificados no que diz respeito à pobreza infantil e ao acesso à protecção social, bem como os ODS correlatos. Apresenta uma explicação das barreiras de cada

problema e recomendações chave para a sua implementação. No Anexo 2 são apresentadas recomendações programáticas adicionais, na medida em que se relacionam com cada fase do ciclo de vida.

**Tabela 3:** Recomendações chave para pobreza infantil e protecção social

PROBLEMA E ODS RELEVANTES	BARREIRAS	RECOMENDAÇÃO
<p><b>Disponibilidade limitada de dados para uma tomada de decisão informada e para acompanhar a implementação de programas</b></p>	<p>A COVID-19 tem impedido a implementação dos inquéritos nacionais planeados durante 2020 e 2021.</p> <p>Controlo administrativo globalmente fraco, particularmente a nível distrital e provincial, em todos os sectores.</p> <p>Incapacidade de acompanhar o progresso das intervenções e falta de dados para acompanhar as afectações orçamentais através dos indicadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a frequência dos inquéritos representativos a nível nacional para monitorar os indicadores relacionados com as crianças (tais como, o inquérito do orçamento familiar, e o inquérito demográfico sobre saúde).</li> <li>• Reforçar os dados administrativos desagregados por níveis subnacionais, reflectindo comunidades urbanas e rurais, género, crianças que vivem com deficiências e outras características.</li> </ul>
<p><b>Altos níveis de pobreza infantil</b></p> <p><b>ODS 1.1:</b> Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em toda a parte, actualmente medida como pessoas que vivem com menos de 1,25 dólares por dia</p> <p><b>ODS 1.2:</b> Até 2030, reduzir pelo menos para metade a proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades que vivem na pobreza em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais</p>	<p>As despesas governamentais nos sectores da saúde, protecção social e ASH – diminuiu em termos reais em 2020.</p> <p>A suspensão do programa do Fundo Monetário Internacional no país, bem como o apoio orçamental geral dos doadores, exerceram pressão sobre o envelope fiscal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defender o aumento das despesas governamentais nos sectores sociais sensíveis às crianças e aumentar a sua eficiência. Estas despesas associadas às políticas e sectores centrados na criança devem ser protegidas mesmo durante os períodos de abrandamento económico. Há necessidades de utilizar ou aplicar a orçamentação baseada em programas como catalisador para gerar evidências que permitam manter e aumentar as despesas governamentais e, por essa via, beneficiar as crianças.</li> <li>• Manter e reforçar a implementação de uma gestão baseada em resultados no âmbito da nova reforma orçamentária baseada em programas.</li> <li>• Institucionalizar a avaliação da pobreza infantil multidimensional como parte da acção política para que os progressos sejam medidos e monitorados com precisão.</li> </ul>
<p><b>Baixa cobertura dos programas de protecção social</b></p> <p><b>ODS 1.3:</b> 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</p>	<p>Baixos níveis de recursos humanos e recursos humanos bem treinados para implementar a protecção social e os programas de bem-estar social, tais como, o PRoSAS, o Programa de Serviços de Bem-Estar Social.</p> <p>Falta de conhecimento das leis e políticas por parte do pessoal provincial e distrital do INAS para implementar eficazmente a ENSSB II.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expandir os programas de protecção social sensíveis às crianças, tais como, os subsídios para as crianças a fim de combater a pobreza monetária e multidimensional generalizada.</li> <li>• Operacionalizar o PRoSAS com atribuição de orçamento dedicado a este novo programa.</li> </ul>



# O bem-estar da criança ao longo do seu ciclo de vida

*Este capítulo apresenta uma análise situacional das crianças em Moçambique utilizando a abordagem do ciclo de vida. Cada secção relata uma fase específica do desenvolvimento, desde a saúde da mãe durante a gravidez e o parto até a adolescência, bem como investiga os determinantes e necessidades sociais mais amplas das crianças em períodos críticos, incluindo as transições ao longo da sua vida.*

## 3.1 Gravidez e parto

*Os primeiros anos de vida de uma criança são importantes para a sua saúde e desenvolvimento posteriores*

O cérebro desenvolve-se rapidamente antes do nascimento e continua a crescer rapidamente até a primeira infância. Experiências seguras e nutritivas durante a primeira infância são essenciais. Os bebés que recebem uma boa nutrição, começando na gravidez, têm uma exposição mínima a toxinas e infecções. E experiências positivas não violentas com outras pessoas proporcionam uma boa base para um desenvolvimento saudável da criança (Richter et al., 2017; Britto et al., 2017). No entanto, muitas famílias não são capazes de prestar cuidados nutricionais devido aos transtornos durante a gravidez e às

condições em que vivem. As relações entre o stress pré-natal e as condições do nascimento do bebé, tais como, o baixo peso à nascença e o nascimento pré-maturo, têm um impacto adicional no desenvolvimento cognitivo, comportamental, psicomotor e linguístico ao longo do seu ciclo de vida (Buffa et al., 2018). Algumas famílias estão em constante situação de tensão devido a pobreza, insegurança alimentar, instabilidade, condições meteorológicas adversas, exposição à violência doméstica e, para aquelas mais necessitadas, a falta de acesso a serviços e informação (Comissão Europeia, 2021).

**Tabela 4:** Progresso dos indicadores dos ODS relacionados com a criança sobre a gravidez e o nascimento

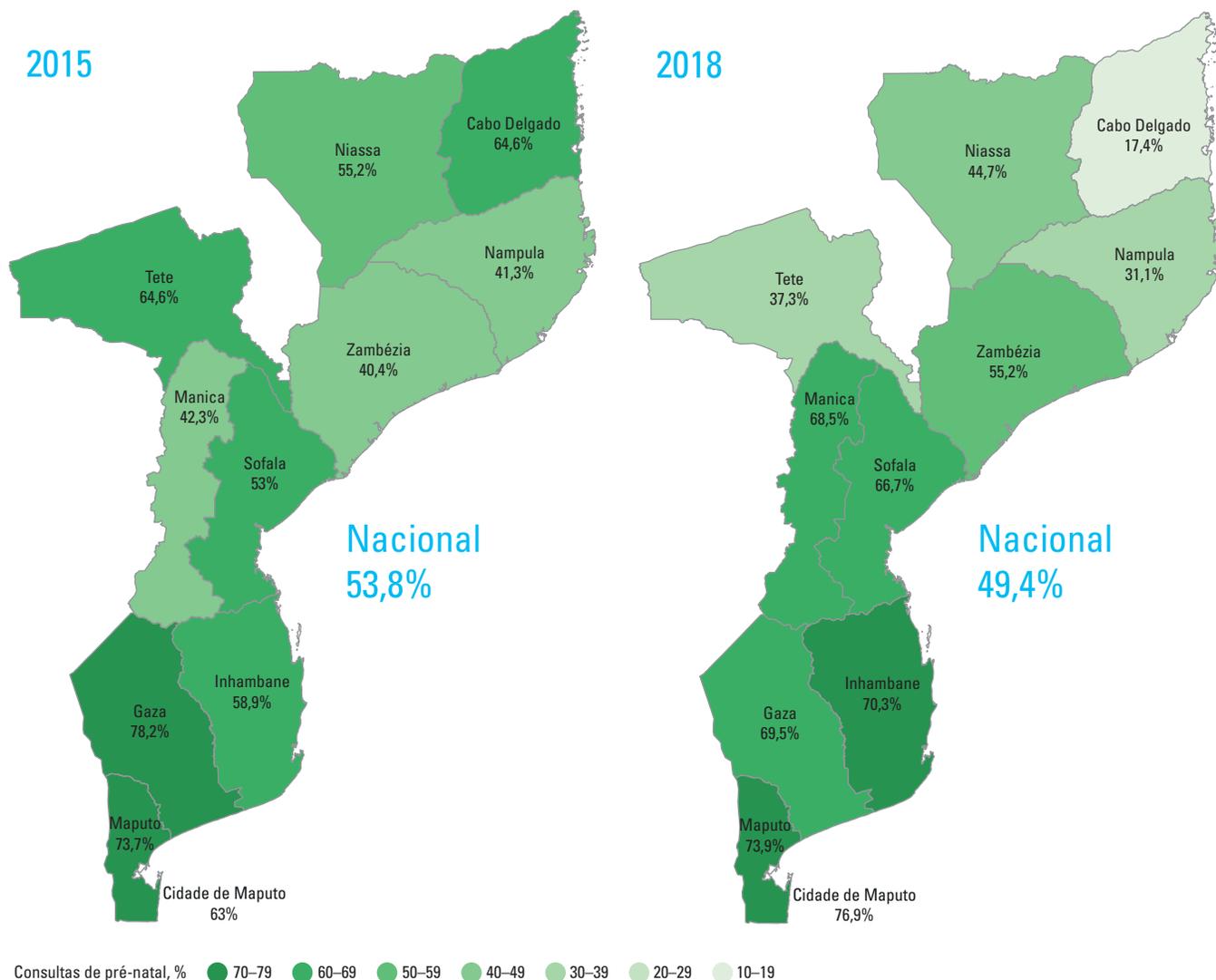
ODS	INDICADOR RELATIVO ÀS CRIANÇAS	VALOR MAIS RECENTE (INQUÉRITO – ANO)
<b>ODS 3.1:</b> Até 2030, reduzir o rácio de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nados-vivos	Rácio de mortalidade materna (mortes por 100.000 nascidos vivos)	452 (Censo – 2017)
	Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	73% (IMASIDA – 2015)
<b>ODS 3.2:</b> Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos	Taxa de mortalidade neonatal (mortes por 1.000 nascidos vivos)	30 (IMASIDA – 2015)

Esta secção examina a primeira fase do ciclo de vida que aborda os elementos da gravidez e do parto em Moçambique, incluindo o acesso a cuidados pré e pós-natal, nutrição das mães e recém-nascidos, e os principais factores de mortalidade materna e morbilidade e mortalidade neonatal. A secção também informa sobre a situação dos ODS 3.1 e 3.2 (Tabela 4). O ODS 3.1 centra-se na redução da mortalidade materna a nível mundial. Isto é monitorizado através da medição da taxa de mortalidade materna e do acesso à assistência qualificada ao parto. Em Moçambique, o rácio de mortalidade materna tem-se mantido elevada ao longo dos anos em mais de 400 por 100.000 nados vivos, embora o acesso à assistência qualificada à natalidade tenha aumentado. O ODS 3.2 procura acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos. As estimativas mais recentes das taxas de mortalidade neonatal em Moçambique indicam que há 29 mortes de recém-nascidos no primeiro mês por cada 1.000 nados-vivos. Embora existam progressos constantes na redução das

taxas de mortalidade neonatal ao longo dos últimos 20 anos, esta situação abrandou recentemente.

A prestação equitativa e de qualidade de serviços de saúde materna e neonatal às mulheres, raparigas e recém-nascidos é um desafio apesar de políticas e legislações favoráveis. Em 2008, foi lançada a iniciativa presidencial para a saúde materno-infantil, seguida do estabelecimento, em 2010, da Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil, com o objectivo de mobilizar recursos (MISAU, 2017a). Actualmente, contudo, os parceiros de desenvolvimento estão a financiar uma grande parte da mão-de-obra no sector da saúde, para além de programas sectoriais de saúde como o HIV e a tuberculose, e existem preocupações sobre uma transição sustentável para o financiamento governamental, dada a elevada dívida pública (UNICEF, 2020b; 2020i).<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Evidenciado através de entrevistas com o UNFPA (Outubro, 2020).



**Figura 3-1:** Cobertura de consultas de pré-natal por província

Fonte: IMASIDA 2015 (INE, 2015) e IIM 2018 (INE, 2018).

Nota: Os mapas mostram a percentagem de mulheres que tiveram quatro ou mais consultas de pré-natal e tiveram um nascimento vivo nos três anos que precederam o inquérito.

### 3.1.1 CUIDADOS PRÉ-NATAIS E PARTO

No âmbito da continuidade dos serviços de saúde reprodutiva, a prestação e aceitação de cuidados pré-natais de qualidade é um determinante essencial dos resultados de saúde para a mãe e o bebé durante os primeiros 1.000 dias. O MISAU promove consultas de pré-natal no primeiro trimestre para proporcionar intervenções de alto impacto para prevenir o parto pré-maturo. As consultas de pré-natal também fornecem uma plataforma para a identificação e gestão de complicações obstétricas, como a pré-eclâmpsia, e o fornecimento de micronutrientes, imunizações tétano-toxoídicas e tratamento preventivo intermitente da malária durante a gravidez. Por exemplo, a detecção de anemia durante as consultas de pré-natal é essencial porque a anemia durante a gravidez aumenta o risco de mortalidade materna, parto prematuro,

mortalidade perinatal e neonatal e baixo peso ao nascer (OMS, 2016; Christian et al., 2016). Em Moçambique, as taxas nacionais de prevalência da anemia para todas as mulheres moçambicanas são de aproximadamente 51 por cento (OMS, 2017).

A cobertura de quatro ou mais consultas de pré-natal tem-se mantido em cerca de 50 por cento desde 2003. Enquanto 94 por cento das mulheres que tiveram um nascimento vivo tiveram pelo menos uma consulta pré-natal com um profissional de saúde qualificado, o número de mulheres que receberam quatro ou mais consultas de pré-natal foi consideravelmente mais baixo, com 54 por cento e 50 por cento em 2015 e 2018 respectivamente (INE, 2015; INE, 2018; OMS, 2016). Figura 3-1 ilustra a variação entre as províncias do Sul, Centro e Norte nas taxas de cobertura para quatro ou mais consultas de pré-natal. A maior variação é observada em Cabo Delgado, onde foi observada uma queda significativa da cobertura de consultas

de pré-natal entre 2015 e 2018. No geral, os dados do IMASIDA 2015 e IIM 2018 são consistentes com os dados administrativos do MISAU de 2018 e 2019, que relatam taxas de cobertura para quatro ou mais consultas a 54 e 60 por cento, respectivamente.

O modelo de consultas de pré-natal (CPN) da OMS de 2016 recomenda um mínimo de oito consultas, com a primeira consulta agendada para o primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e cinco consultas para o terceiro trimestre (OMS, 2016). O MISAU não adoptou as oito consultas recomendadas mas esforçou-se activamente por envolver as mulheres nas consultas do primeiro trimestre. Esta medida tem sido um desafio, com menos de 15 por cento das mulheres grávidas a frequentar as CPN durante o primeiro trimestre (MISAU, 2019). As províncias com a menor cobertura às 12 semanas foram as duas províncias do norte do Niassa e Zambézia, e a província central de Tete com 5 por cento em 2019, em comparação com um máximo de 25 por cento em Manica.

Em países com elevada prevalência de HIV, a CPN é uma oportunidade para as mulheres serem testadas e aconselhadas para o HIV e, para iniciarem terapia anti-retroviral (TARV), se necessário. Sem o TARV, um terço dos bebés com HIV morre antes de atingir 1 ano de idade e mais de metade morre antes dos 2 anos de idade (OMS, 2015b). A cobertura da TARV durante a gravidez é relativamente elevada, com mais de 75 por cento das mulheres grávidas com HIV+ a receber a TARV (Programa das Nações Unidas sobre HIV/SIDA [ONUSIDA], 2019).<sup>17</sup> Isto está correlacionado com dados que mostram que mais de 88 por cento das instalações sanitárias moçambicanas forneceram prevenção da transmissão de mãe para filho, TARV profiláctica, serviços de aconselhamento e testes de HIV para mulheres em 2018 (MISAU & OMS, 2018). No entanto, os ganhos positivos obtidos na prevenção da transmissão de mãe para filho podem ter regredido devido à pandemia de COVID-19. Maiores esforços de comunicação e de prestação de serviços podem ser necessários para assegurar que as mulheres grávidas e lactantes do HIV+ sejam detectadas e permaneçam em TARV. A estimativa nacional mais recente de transmissão vertical de HIV entre mães e filhos é de 11,1 por cento, o que demonstra uma prevenção moderada em comparação a países com elevada prevalência do HIV (UNAIDS, 2019).

A presença de um profissional de saúde qualificado (médico, enfermeira ou parteira) pode melhorar os resultados para uma mãe e um filho durante o parto e

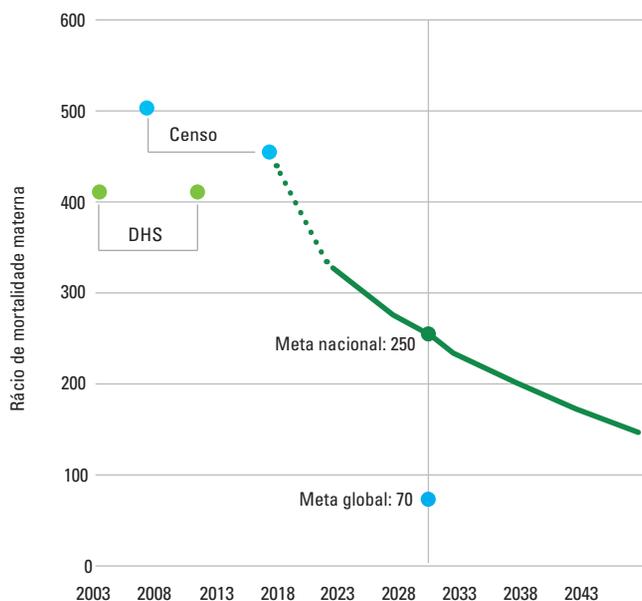
no período pós-natal (OMS, 2019). De acordo com os últimos dados do inquérito nacional, entre 2011 a 2015, houve um aumento significativo no número de partos assistidos por um profissional de saúde qualificado em todas as províncias, à excepção de Cabo Delgado (INE, 2015). Em 2011, 54,3 por cento dos nascimentos com vida foram assistidos por um profissional de saúde qualificado, enquanto que em 2015, 73 por cento dos nascimentos foram assistidos. Apenas duas das onze províncias tiveram mais de 80 por cento dos nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados em 2011, enquanto que, em 2015, este número subiu para seis províncias. Os dados do IMASIDA 2015 ilustram uma série de desigualdades no que diz respeito ao acesso. Cerca de 90 por cento das mulheres grávidas das zonas urbanas tiveram um parto com um profissional de saúde qualificado em comparação com 63 por cento das mulheres grávidas das zonas rurais. Ademais, 94 por cento das mulheres grávidas do quintil de maior riqueza tiveram um parto com um profissional de saúde qualificado em comparação com 52 por cento do quintil de menor riqueza. De acordo com os dados administrativos do MISAU para 2018 e 2019, as taxas de partos com um profissional de saúde qualificados foram superiores a 80 por cento em todas as províncias, excepto em Maputo (MISAU, 2019). Os dados mostram também que mais de 72 por cento dos adolescentes nasceram em parto assistido por uma parteira qualificada.

Embora tenha havido uma melhora significativa na cobertura de parteiras qualificadas, as instalações de saúde não estão equipadas para prestar cuidados essenciais para salvar vidas a mulheres e recém-nascidos. Apenas 4 por cento dos estabelecimentos de saúde analisados no relatório do Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infraestruturas, Recursos e Serviços de Saúde (SARA) foram equipados para cuidados obstétricos abrangentes (MISAU & OMS, 2018).<sup>18</sup> Além disso, as auditorias maternas e neonatais de 2016, 2017 e 2018 identificaram défices de competências em enfermeiros de saúde materna e infantil que prestam cuidados de parto e pós-parto (MISAU, 2016, 2017a, 2018). A retenção de trabalhadores de saúde nas zonas rurais é particularmente difícil. Além disso, o MISAU não é capaz de absorver todos os trabalhadores de saúde recentemente qualificados para o sistema nacional de saúde. Existe um desfasamento temporal significativo entre a formação e o destacamento, o que pode resultar na perda das competências clínicas dos enfermeiros recém-qualificados. Os enfermeiros que são destacados

17 Recomenda-se uma dose única e diária de TARV combinados para mulheres grávidas e lactantes, incluindo mulheres grávidas no primeiro trimestre de gravidez (OMS, 2013).

18 Em Moçambique, trata-se de cuidados obstétricos de emergência completos que incluem cesariana e transfusão de sangue.

Painel A: Tendência e projecções no rácio de mortalidade materna



Painel B: Mortes de mulheres em idade reprodutiva devido a causas maternas por grupos etários

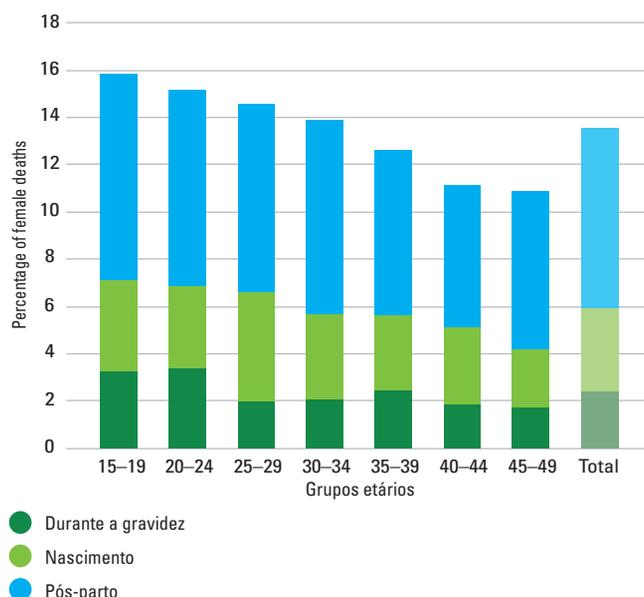


Figura 3-2: Mortalidade materna

Fonte: Painel A) USAID (n.d) e o INE (2019); Painel B. Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

Nota: Uma morte materna é a morte de uma mulher enquanto grávida, ou no prazo de 42 dias após a interrupção da gravidez por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou a sua gestão (OMS, 2015a).

para locais remotos podem também precisar de trabalhar em posições não supervisionadas (entrevistas de partes interessadas com o UNFPA, 2020).



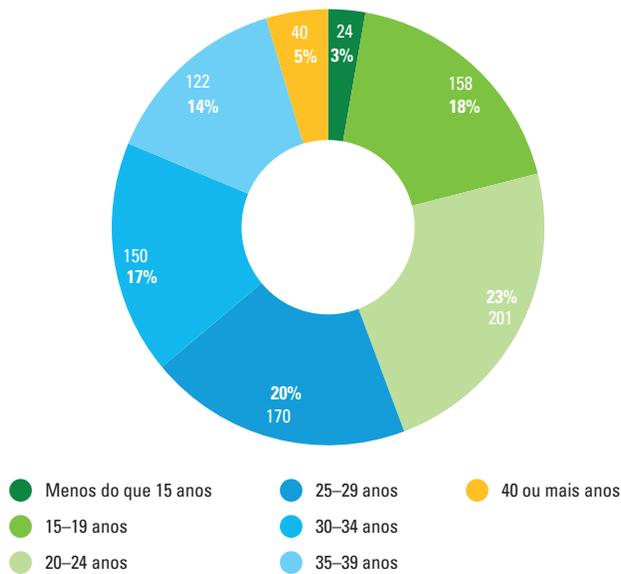
### 3.1.2 MORTALIDADE MATERNA

Moçambique tem feito progressos lentos na redução da mortalidade materna. Actualmente, com 452 mortes maternas por 100.000 nados-vivos, Moçambique caminha para atingir a sua meta nacional de 250 mortes por 100.000 até 2030. As consequências das mortes maternas são devastadoras para os recém-nascidos e outros membros da família em qualquer cenário, com consequências psicosociais e económicas a longo prazo devido às mudanças na estrutura familiar (Bazile et.al., 2015).<sup>19</sup> A Figura 3-3 reflecte estimativas tanto do Censo como do Inquérito Demográfico de Saúde (DHS) em Moçambique. Apesar da diferente metodologia do inquérito e da dimensão da amostra, os resultados demonstram que desde o início dos anos 2000, o rácio de mortalidade materna permaneceu acima das 400 mortes maternas por 100.000 nados-vivos – seis vezes mais do que a meta global de 70 para os ODS.

Mais de metade das mortes maternas em todos os grupos etários ocorreram no período pós-parto (Figura 3-3). A causa directa mais comum de morte materna em Moçambique em 2017 foi a hemorragia obstétrica, contribuindo para 50 por cento das mortes maternas,

19 As projecções são baseadas em cálculos próprios utilizando estimativas DESA da ONU de mortes femininas e proporção estimada de mortes maternas com base na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

Painel A: Distribuição das mortes maternas por grupo etário, 2018



Painel B: Mortes maternas de raparigas com menos de 19 anos por província

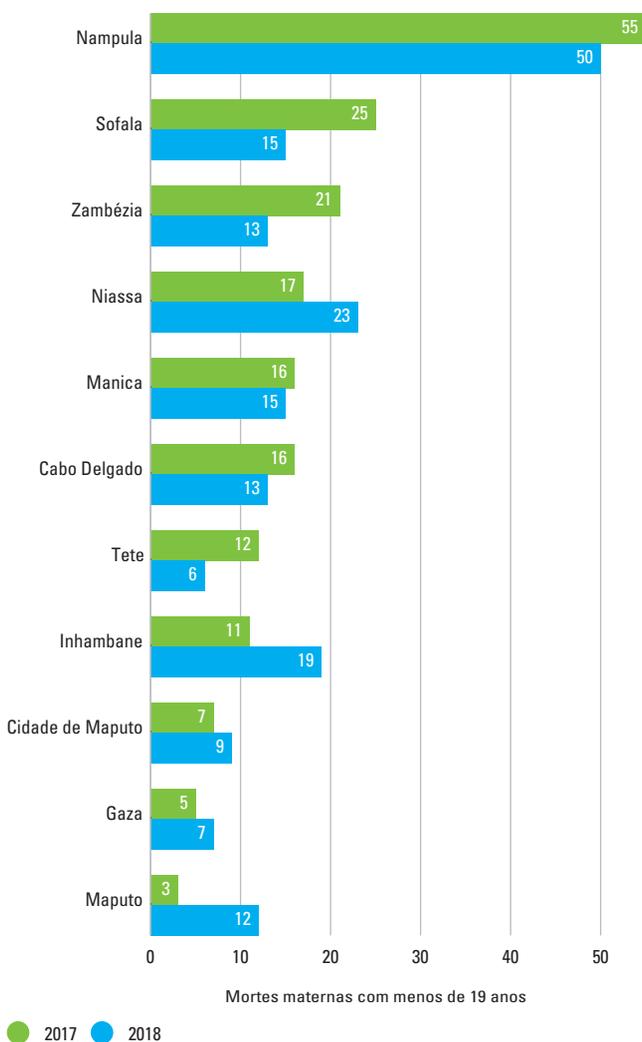


Figura 3-3: Mortes maternas em unidades de saúde

Fonte: MISAU (2017a e 2018); Auditoria Materna e Neonatal (MISAU, 2017a).

seguida por perturbações hipertensivas a 22 por cento (MISAU, 2017a). As infeções relacionadas com a gravidez foram responsáveis por aproximadamente 13 por cento das mortes maternas em 2016 e 2017 (MISAU, 2017a). As principais causas indirectas de morte materna em 2017 foram o HIV/SIDA, estimada em 49 por cento, seguida da malária a 15 por cento (MISAU, 2017c).

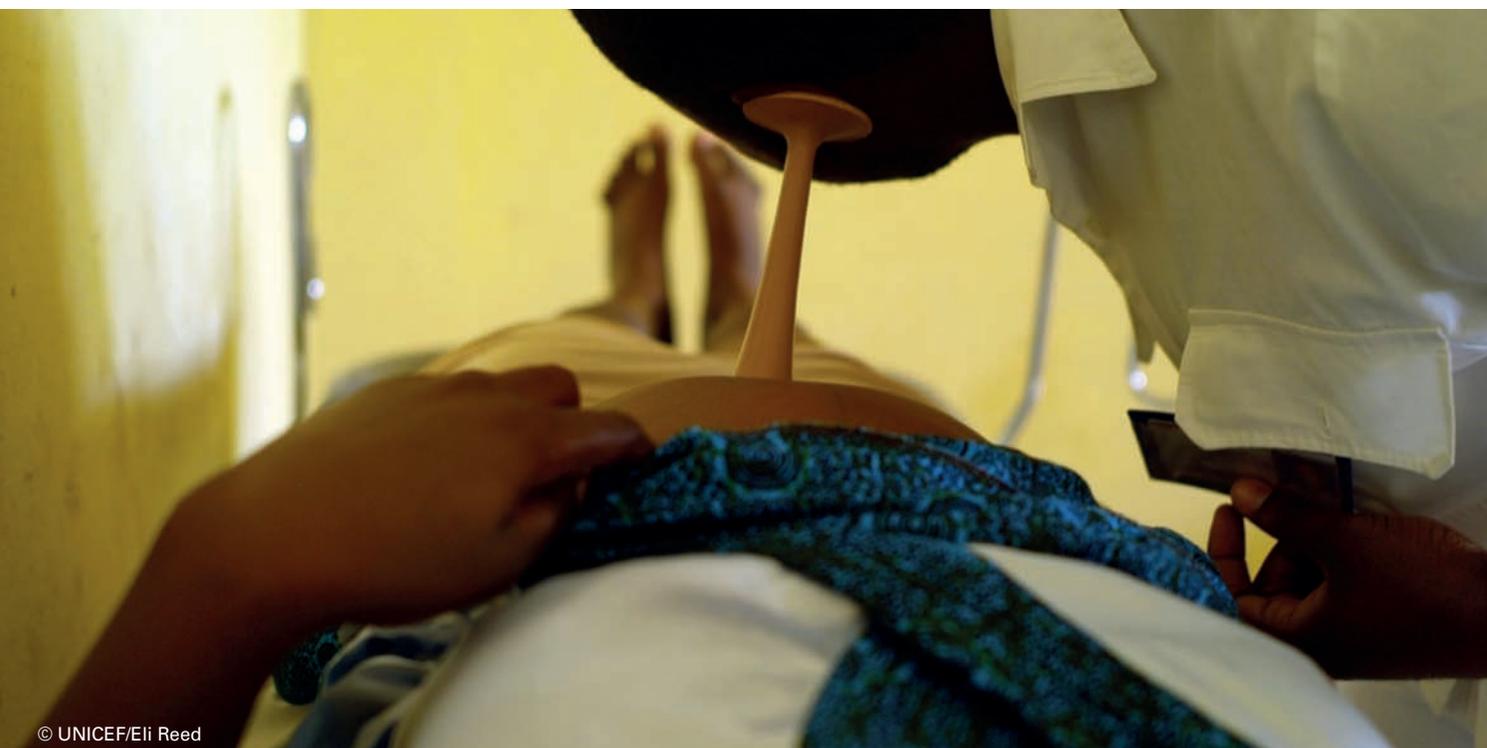
De acordo com o Censo, uma morte relacionada com a gravidez é mais comum entre mulheres mais jovens entre os 15-24 anos de idade do que em qualquer outro grupo etário de mulheres em idade reprodutiva (Figura 3-3). Além disso, ocorrem mais mortes no período pós-parto. A elevada taxa de mortes maternas de adolescentes é também demonstrada numa auditoria de morte materna feita em 2018, onde das 865 mortes maternas registadas nas instalações, 21 por cento foram entre raparigas com menos de 19 anos de idade, com 158 raparigas a morrerem entre os 15 e 19 anos, e 24 raparigas com menos de 15 anos de idade (MISAU, 2018). A Figura 3-4 desagrega as mortes maternas de raparigas com menos de 19 anos de idade por província, com base nas instalações de 2017 e 2018. A maior taxa de mortalidade é no norte do país, principalmente na província de Nampula, que foi responsável por 50 das 182 mortes maternas de raparigas com menos de 19 anos de idade em 2018, o que é consistente com uma taxa mais baixa de partos. É necessária uma investigação mais aprofundada para compreender as elevadas taxas de mortalidade materna de adolescentes em comparação com mulheres mais velhas e, determinar factores causais como, por exemplo, se mais adolescentes se apresentam a instalações em comparação às mulheres mais velhas ou se se apresentam demasiado tarde para serem encaminhadas ou para receberem intervenções apropriadas.

A Tabela 5 mostra os determinantes da morte materna. A escassez, a distribuição desigual e a qualidade dos cuidados de saúde foram destacadas como principais determinantes. Do ponto de vista das mulheres, a distância até a instituição, as longas esperas, a experiência anterior de tratamento desrespeitoso e, a procura de pagamentos ilícitos foram citadas como barreiras à procura de cuidados. Foram feitos investimentos específicos para abordar a distância às instalações com a introdução de ambulâncias de motociclistas colocadas em comunidades para ajudar a transportar mulheres grávidas (SolidarMed, 2019). Além disso, os Agentes Polivalentes Elementares (APEs), trabalhadores comunitários de saúde de Moçambique, e as parteiras tradicionais estão a pilotar o uso de misoprostol para prevenir hemorragias pós-parto e clorexidina para prevenir a sepsis neonatal (Hobday et al., 2019).

**Tabela 5:** Determinantes da Mortalidade Materna em Moçambique

NÍVEL	DETERMINANTES
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso na decisão de procurar cuidados</li> <li>• Não utilização de casas de mãe espera</li> <li>• Mitos, culturas e tabus sobre a gravidez e o parto</li> <li>• Falta de agência na tomada de decisão detida pelo cônjuge ou outros influenciadores, tais como, sogras</li> </ul>
Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distâncias longas, por vezes inseguras de casa até à unidade de saúde</li> <li>• Falta de transporte e comunicação</li> <li>• Tratamento desrespeitoso em unidades de saúde</li> <li>• ASH e infraestruturas inadequadas</li> <li>• Electricidade inadequada</li> </ul>
Técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Má qualidade dos cuidados durante o parto e pós-parto</li> <li>• Avaliação incorrecta da mulher no momento da admissão à maternidade</li> <li>• Atraso no encaminhamento de mulheres para serviços de nível superior ou obstetra</li> <li>• Avaliações irregulares durante o trabalho de parto, entrega e pós-parto</li> <li>• Registo incorrecto ou incompleto das observações da mãe e do bebé durante o parto e o nascimento</li> <li>• Mau diagnóstico das condições pós-parto e recém-nascidas</li> <li>• Má gestão das complicações obstétricas</li> <li>• Baixa utilização de serviços pós-natais</li> </ul>
Restrições de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de fornecimento de sangue nas instalações de saúde</li> <li>• Falta de medicamentos, tais como: oxitocina, magnésio, sulfato e antibióticos</li> <li>• Apoio técnico inadequado e irregular de trabalhadores de saúde mais qualificados e experientes, particularmente em unidades de saúde remotas</li> <li>• Falta de material médico cirúrgico, como esfigmomanómetros, manómetros de oxigénio, material de higiene e testes laboratoriais</li> </ul>

Fonte: Belo et al., 2017; MISAU, 2017a; Estudo SARA, 2018 (MISAU & OMS, 2018).



© UNICEF/Eli Reed



© UNICEF/Eli Reed

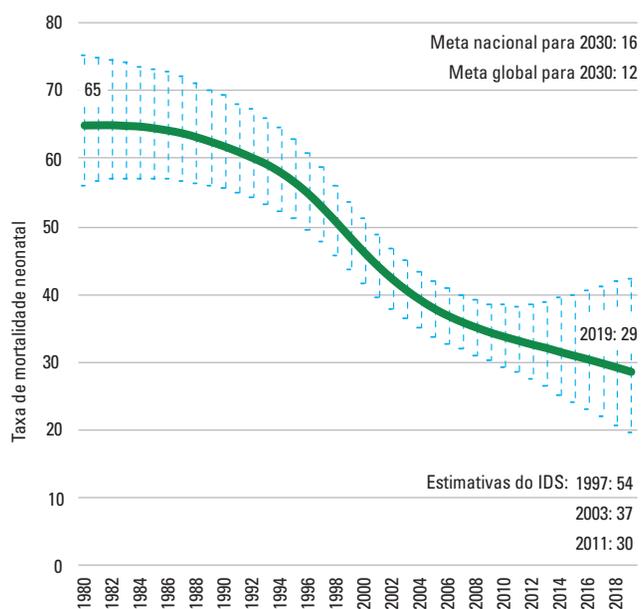
### 3.1.3 CUIDADOS PÓS-NATAIS

O período pós-natal é uma fase crítica na vida das mães e dos recém-nascidos. Este é o período em que ocorre a maioria das mortes maternas e infantis. De acordo com o IMASIDA de 2015 (INE, 2015), apenas 28 por cento dos partos tiveram cuidados pós-natais no prazo de dois dias após o nascimento. Em áreas urbanas, esse número sobe para 35 por cento. Entre as províncias, a Zambézia teve a percentagem mais baixa de consultas pós-natais com um trabalhador de saúde qualificado (13 por cento), seguida de Sofala e Manica. Gaza foi a província com a percentagem mais elevada (57 por cento). A baixa taxa de consultas pós-natais sugere que as mulheres não permanecem nas instalações por tempo suficiente após o parto, quer através de alta antecipada, quer optando por sair mais cedo. Não regressar às instalações para cuidados pós-parto, ou ser acompanhada na comunidade significa que se perdem oportunidades de proporcionar às mulheres serviços de planeamento familiar e pós-parto, de detectar depressão pós-parto ou distúrbios de apego e de evitar a incapacidade de prosperar do recém-nascido.

O período pós-natal imediato é também uma oportunidade para apoiar intervenções vitais para salvar vidas, incluindo o apoio à iniciação à

amamentação, cuidados térmicos e higiene e, a identificação e gestão de complicações, como o baixo peso à nascença e doenças congénitas. Em Moçambique, os dados nacionais mais recentes sobre o estado de amamentação mostraram que pouco mais de dois terços (69 por cento) dos bebés são amamentados na primeira hora de vida. Isto é essencial para fornecer aos recém-nascidos os nutrientes e anticorpos essenciais encontrados no colostro (Inquérito Demográfico e de Saúde, [INE, 2011]). As mulheres que têm bebés com baixo peso à nascença necessitam de apoio adicional com o aleitamento materno. O último IDS registou o baixo peso nacional à nascença a 14 por cento (INE, 2011). Contudo, os dados administrativos de 2019 relatam taxas consideravelmente mais baixas de 3 por cento dos 30.000 nascimentos nas instalações. As consequências a longo prazo do baixo peso à nascença incluem um menor quociente de inteligência, subnutrição crónica e uma maior probabilidade de doenças crónicas em adultos, tais como, obesidade e diabetes (UNICEF, 2017a). O baixo peso à nascença é também um factor chave do crescimento linear deficiente em crianças (Christian, et al., 2013).

Painel A: Estimativas modeladas das taxas de mortalidade neonatal, por ano



Painel B: Distribuição de mortes neonatais, por idade da mãe, 2018

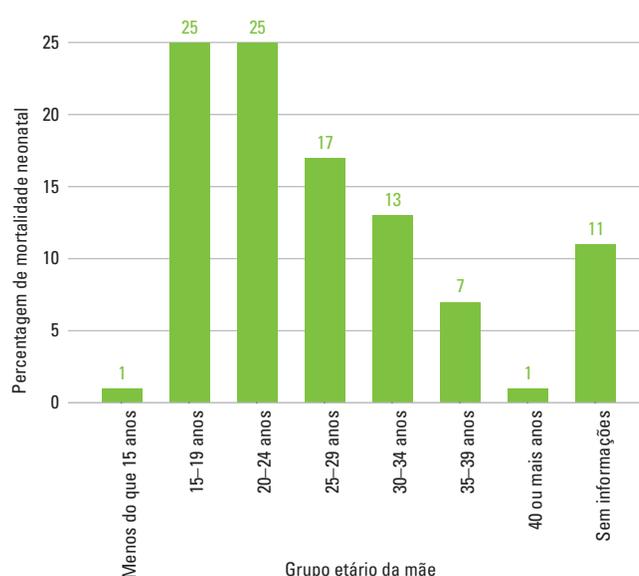


Figura 3-4: Taxas de mortalidade neonatal em Moçambique

Fonte: O UNICEF Data Warehouse (UNICEF, n.d.) e República de Moçambique (2020a) define a meta nacional, e IDS 2011 (INE, 2011). B) MISAU (2018) Auditoria anual das mortes maternas e neonatais.

Nota: As taxas nacionais de mortalidade neonatal são estimativas modeladas pelo UNICEF. As linhas vermelhas indicam estimativas de limites inferiores e superiores.

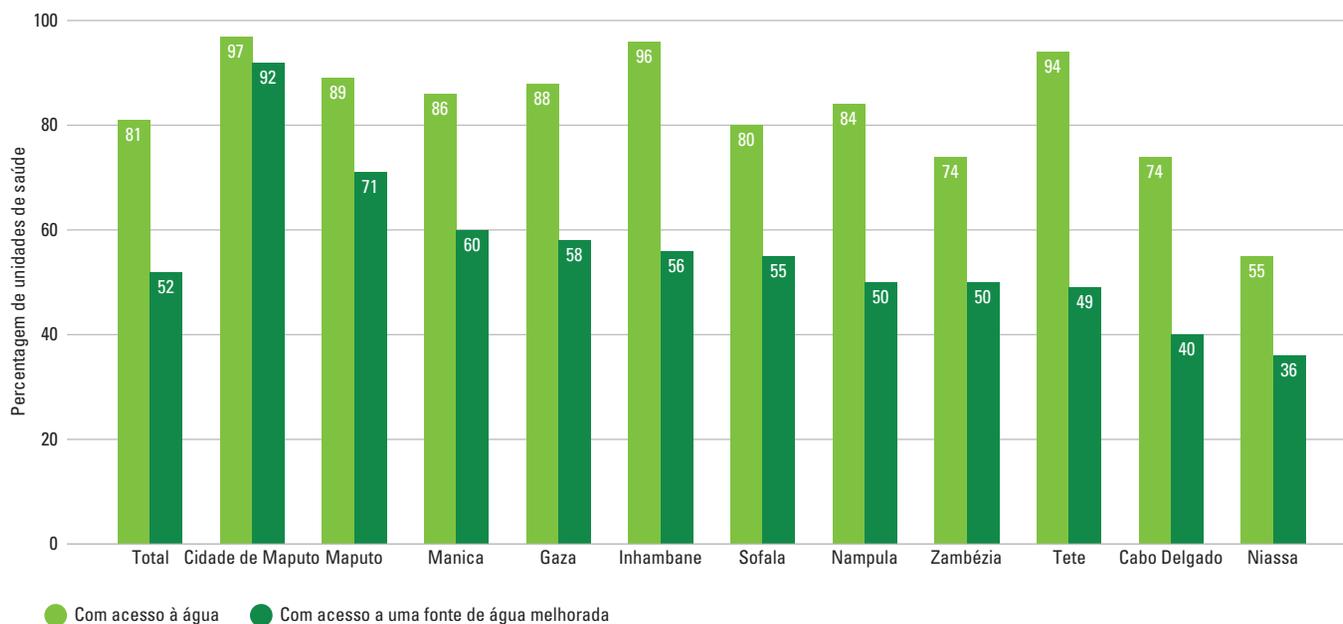
### 3.1.4 MORTALIDADE NEONATAL

O lento declínio da mortalidade neonatal ao longo dos anos tem sido motivo de preocupação para o MISAU (MISAU, 2019). Um dos objectivos do Plano de Acção para cada Recém-nascido 2019–2023 é a redução da taxa de mortalidade neonatal (MISAU, 2019). As taxas de mortalidade neonatal são de 30 por 1.000 nascidos vivos em Moçambique (UNICEF, 2020h). A taxa de nados-mortos no país é estimada em 21,7 por 1.000 nascimentos totais (Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, 2020). O objectivo do Plano de Acção para cada Recém-nascido do MISAU é reduzir a mortalidade neonatal para 19,3 por 1.000 nascimentos vivos até 2023. Se as estimativas modeladas pelo UNICEF se mantiverem, então as projecções das estimativas indicam que este objectivo é improvável de ser atingido. Contudo, com esforços intensificados, Moçambique poderá atingir a sua meta nacional de 16 por 1.000 nados-vivos até 2030. A Figura 3-5 descreve a taxa de mortalidade neonatal em Moçambique mostrando um declínio constante de 46 por 1.000 nados-vivos em 2000 para 29 por 1.000 em 2019 (UNICEF, 2020h). A Figura 3-5 também destaca os dados do MISAU de 2018 e mostra que das 2.958 mortes neonatais em unidades de saúde, mais da metade (51 por cento) foram de mães adolescentes e jovens. A elevada proporção

de mortes neonatais de raparigas adolescentes está alinhada com uma proporção semelhante de mortes maternas entre raparigas adolescentes.

A grande maioria das mortes neonatais relatadas ocorre em hospitais centrais (44 por cento) e provinciais (36 por cento), aos quais os bebés são frequentemente referidos, uma vez que estas instalações são as mais bem equipadas e têm os recursos humanos mais qualificados para lidar com casos complicados. Nas zonas rurais, a auditoria de morte neonatal de 2017 identificou que os trabalhadores da saúde não tinham acesso à electricidade para operar equipamento médico e monitorizar sinais vitais e, que o equipamento estava mal conservado. Além disso, os trabalhadores de saúde tinham competências inadequadas para implementar protocolos de salvamento de vidas de recém-nascidos, incluindo a reanimação e a gestão da prematuridade, bem como um conhecimento inadequado das condições patológicas dos recém-nascidos (MISAU, 2017a).

Os dados administrativos do MISAU mostram que as principais causas de mortalidade neonatal em Moçambique são a prematuridade, asfixia grave, sepsise neonatal, broncopneumonia, hipoglicémia e tamanho pequeno para a idade gestacional. Estas são consistentes com as causas globais. Em Moçambique, 30 por cento das mortes de recém-nascidos ocorrem



**Figura 3-5:** Unidades de saúde com acesso a uma fonte de água melhorada

Fonte: Serviço de Avaliação da Disponibilidade e Prontidão: (MISAU & WHO, 2018).

nas primeiras 24 horas de vida (MISAU, 2017a; Blencowe & Cousens, 2013). Muitas destas mortes são evitáveis através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o parto e, do acesso à vacinação contra o tétano, bem como dos cuidados térmicos e higiene das mãos (Blencowe, & Cousens, 2013; Share International Foundation, 2015; Plano de Acção para cada Recém-nascido, MISAU, 2019).

A lavagem das mãos com água e sabão pelas parteiras pode aumentar a sobrevivência dos recém-nascidos em 44 por cento (OMS, 2001, como citado no UNICEF, 2020f). Uma higiene adequada das mãos é fundamental para reduzir a sepsis (OMS, 2017). A Figura 3-6 mostra que 81 por cento das instalações de saúde têm acesso à água, mas apenas 52 por cento têm acesso a uma fonte de água melhorada. As taxas mais elevadas de sepsis neonatal foram relatadas na Zambézia, Cabo Delgado, Tete e Gaza, o que está correlacionado com as instalações de saúde com menos acesso à ASH. A ASH inadequado nas instalações de saúde também foi identificado como um factor-chave na retenção de trabalhadores de saúde pobres, particularmente nas zonas rurais em Moçambique (entrevistas com o pessoal do MISAU, 2021). As unidades de saúde que estão inadequadamente equipadas têm uma fraca retenção de pessoal e lacunas na cobertura (entrevistas com representantes do MISAU, 2021).



© UNICEF/Eli Reed



© UNICEF/Ricardo Franco

### 3.1.5 RESUMO E RECOMENDAÇÕES CHAVE

Sem mães saudáveis e bebês saudáveis, não se constroem sociedades saudáveis e prósperas. Para as mulheres e recém-nascidos em Moçambique existem grandes disparidades nos resultados de saúde durante a gravidez, parto e no período pós-natal. A análise dos dados do Censo e dos dados do MISAU revelou os riscos de mortalidade materna e de morte de recém-nascidos para as raparigas adolescentes. Cento e cinquenta e oito raparigas com menos de 19 anos de idade (18 por cento de 856) morreram em unidades de saúde de causas relacionadas com a mortalidade materna em 2018, com significativamente mais mortes nas províncias do norte de Nampula, Niassa e Zambézia e na província central de Sofala (MISAU, 2017a, 2018).

Embora tenham sido feitas melhorias na redução da mortalidade neonatal, os níveis das taxas de mortalidade neonatal em unidades de saúde entre raparigas adolescentes continuam a ser preocupantemente elevados (MISAU, 2017a; 2018). Também se registaram melhorias na cobertura da prestação de serviços de cuidados pré-natais e de parteiras especializadas. No entanto, existem questões

em torno da qualidade dos cuidados prestados. Apenas 4 por cento das unidades de saúde têm equipamento para realizar cuidados obstétricos de emergência abrangentes (MISAU & OMS, 2018) e menos de 50 por cento das unidades de saúde nas províncias do Norte têm acesso a uma fonte de água melhorada. As melhorias no sector da saúde requerem estratégias holísticas e abrangentes envolvendo diferentes sectores que concentrem esforços para melhorar os resultados para as mulheres e raparigas, numa perspectiva de ciclo de vida.

Existe uma distribuição desigual de trabalhadores da saúde com base em unidades de saúde no país. A falta de condições básicas a nível distrital, incluindo infra-estrutura, água e energia não motiva os novos licenciados a trabalhar nas instalações distritais; por conseguinte, a questão da retenção de pessoal tem de ser abordada urgentemente. Vários obstáculos do lado da procura de saúde incluem a distância, o atraso na tomada de decisões e a baixa utilização de maternidades, bem como a espera da mãe em casa, e os mitos e tabus culturais sobre gravidez e parto.

As intervenções e abordagens que ajudam a salvar as vidas de mães e bebês estão bem estabelecidas e são eficazes em contextos de baixos rendimentos, desde que as mulheres e raparigas tenham acesso equitativo a instalações e serviços de alta qualidade

durante a gravidez, o parto e durante o período pós-natal (Britto et al., 2016). A Tabela 6 fornece recomendações chave de alto nível para que o UNICEF e o Governo de Moçambique abordem os elevados níveis de mortalidade materna e neonatal.

**Tabela 6:** Recomendações chave para a gravidez e o ciclo de vida do parto

PROBLEMA E ODS RELEVANTES	BARREIRAS	RECOMENDAÇÕES
<p><b>Mortes maternas e neonatais elevadas entre raparigas adolescentes</b></p> <p><b>ODS 3.1:</b> Até 2030, reduzir o rácio de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nados-vivos</p> <p><b>ODS 3.2:</b> Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos</p>	<p>Distribuição desigual de trabalhadores de saúde qualificados para as CPN, parto e cuidados pós-parto.</p> <p>A competência do trabalhador da saúde é afectada devido à falta de disponibilidade de equipamento e medicamentos essenciais, mas também pela capacidade de executar e seguir protocolos.</p> <p>Financiamento não-sustentável dos serviços de saúde com grande dependência de financiamento internacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar as evidências existentes para identificar e melhorar a qualidade das habilidades das enfermeiras de saúde materno infantil na oferta e seguimento de protocolos de cuidados pré-natais, parto e período pós-parto.</li> </ul>
	<p>Falta de infraestruturas e equipamento nas instalações de saúde.</p>	
	<p>Falta de normas e infraestruturas de ASH nas instalações de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar os esforços coordenados entre o Governo e os parceiros de desenvolvimento no sector de ASH como uma componente crítica das estratégias de saúde materna e neonatal.</li> <li>Aumentar as dotações orçamentais recorrentes de saúde para a manutenção do equipamento ASH. Identificar instalações de saúde para as infraestruturas de ASH e criar padrões de ASH para tipos de instalações de saúde.</li> <li>Assegurar a aplicação de intervenções adequadas de formação em higiene para os profissionais de saúde, com enfoque nas instalações de saúde nas províncias com maiores taxas de mortalidade de adolescentes, tais como, Nampula, Niassa e Tete.</li> </ul>



© UNICEF/Ricardo Franco

## 3.2 Primeira infância e fase pré-escolar

*O período da primeira infância é considerado uma das fases mais importantes ao longo do ciclo de vida (Britto et al., 2017).*

Pois, as experiências mais formativas das crianças provêm dos cuidados nutricionais que recebem dos seus pais e cuidadores, das comunidades e do Estado. Deste modo, para apoiar o desenvolvimento dos seus filhos, os pais e cuidadores requerem o acesso a serviços constantes de saúde e vacinação, ASH e nutrição adequada. As crianças precisam de viver numa comunidade que apoie as suas brincadeiras, a aprendizagem e, que seja segura, livre de violência e exploração, de modo que elas prosperem. A prestação de cuidados às crianças é caracterizada por um ambiente estável que promove a saúde e nutrição das crianças protegendo-as das ameaças e dando-as oportunidades de aprendizagem precoce (Britto et al., 2017). Assim, o desenvolvimento saudável na primeira infância inclui elementos físicos, sociais e emocionais, linguísticos e cognitivos. Estes elementos influenciam fortemente

o bem-estar futuro, o desenvolvimento e crescimento físico, a frequência escolar, a competência em literacia e numeracia e a participação económica da criança ao longo da vida. Nos países de baixos rendimentos, no entanto, no meio de desafios de desenvolvimento concorrentes, as intervenções rentáveis, sustentáveis e de impacto para o desenvolvimento da primeira infância (DPI) são um desafio (Black et al., 2017).

Esta secção analisa a situação das crianças na primeira infância em Moçambique, em especial a proteção e garantia dos direitos fundamentais à saúde, imunização, nutrição e educação pré-escolar, bem como do direito à identidade. A secção também relata os progressos dos ODS relevantes para as crianças nesta fase do ciclo de vida. A Tabela 7 destaca o progresso actual de alguns indicadores dos ODS relacionados com a primeira infância.

Tabela 7: Progresso dos indicadores dos ODS relacionados com as crianças na primeira infância

ODS	INDICADOR RELATIVO ÀS CRIANÇAS	VALOR MAIS RECENTE (INQUÉRITO – ANO)
<b>ODS 2.2:</b> Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos (subnutrição crónica, altura-para-idade)	38% (IOF – 2019/20)
	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos (subnutrição aguda, peso-para-idade)	4,5% (IOF – 2019/20)
	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos (subnutrição geral, peso-para-altura)	15,2% (IOF – 2019/20)
<b>ODS 3.2:</b> Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos.	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (mortes por 1.000 nascidos vivos)	107* (Censo – 2017)
<b>ODS 3.3:</b> Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis	Incidência de paludismo entre crianças menores de 5 anos (número de crianças que tiveram paludismo por 1.000 crianças)	389 (IIM – 2018)
<b>ODS 3.B:</b> Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis	Proporção de crianças de 12–23 meses que receberam a terceira dose da vacina contra difteria, tétano e tosse convulsa (DPT3)	82% (IMASIDA – 2015)
	Proporção de crianças de 12–23 meses que receberam a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR)	83% (IMASIDA – 2015)
	Proporção de crianças de 12–23 meses que receberam todas as vacinas básicas: BCG (bacille Calmette-Guérin), poliomielite4 (quatro doses de vacina contra a poliomielite), DPT3 e MMR	66% (IMASIDA – 2015)
<b>ODS 4.2:</b> Até 2030, garantir que todos 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	Taxa de participação na aprendizagem organizada de crianças entre 3 e 5 anos de idade	7%** (Censo – 2017)
<b>ODS 6.1:</b> Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos	Proporção de domicílios que utilizam uma fonte de água potável melhorada	56,4% (Censo – 2017)
<b>ODS 6.2:</b> Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles que estão em situação de vulnerabilidade	Proporção de domicílios que utilizam serviços de saneamento geridos com segurança	39,5% (Censo – 2017)
<b>ODS 16.9:</b> Até 2030, fornecer identidade legal para todos, incluindo o registo de nascimento	Proporção de crianças com menos de 5 anos de idade cujos nascimentos foram registados junto de uma autoridade civil	49% (Censo – 2017)

\* Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

\*\* Não inclui crianças 3–5 anos matriculadas em escolas primárias.

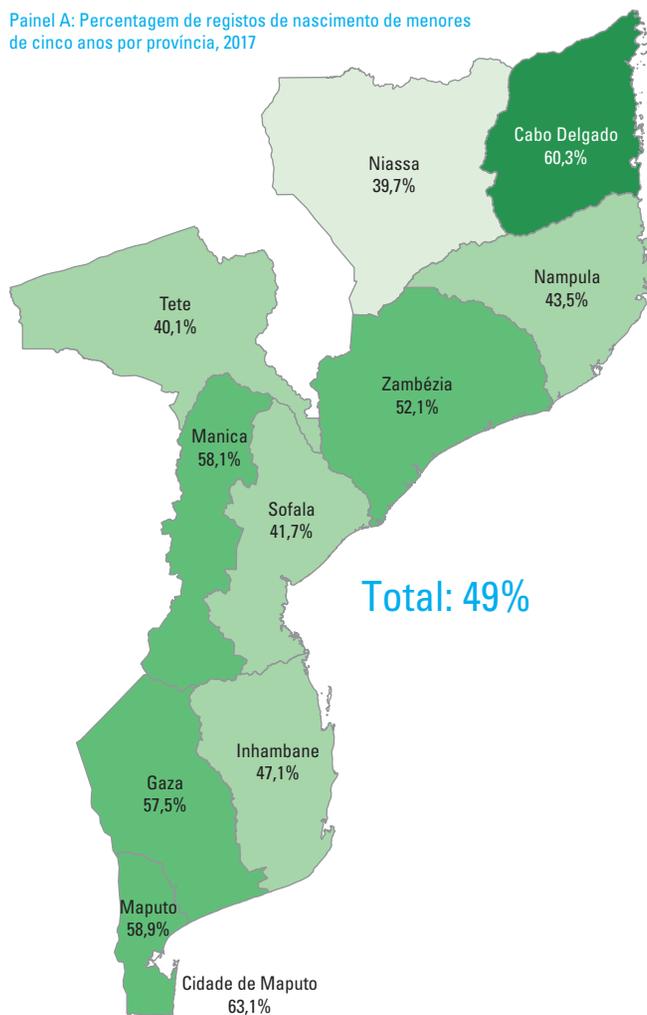
### 3.2.1 REGISTO DE NASCIMENTO

O registo de nascimento é um direito humano fundamental que ajuda a assegurar que os outros direitos das crianças sejam respeitados. Em Moçambique, o registo de nascimento abre o acesso à educação e protege contra o recrutamento precoce e as uniões prematuras (UNICEF, 2019a). O Governo colocou grande ênfase no registo de nascimento o que permitiu progressos excepcionais em comparação com outros países da África Subsaariana. Esta medida demonstra o empenho do Governo em seguir o que estabelece o Artigo 6 da Declaração Universal dos Direitos Humanos e do direito à identidade e cidadania na Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019a; OMS, 2014). Entre os Censos de 2007 e 2017, o registo de crianças menores de 5 anos aumentou de 29 para 49 por cento. Contudo, este aumento está muito aquém da meta nacional de 88 por cento até 2030 (INE, 2019; República de Moçambique, 2020a).

Em 2018, o Governo fez a revisão da lei de registo civil existente e, através da introdução e implementação do Código de Registo Civil 12/2018, o registo de nascimento passou a ser gratuito mas obrigatório. A taxa pode ser dispensada para crianças desfavorecidas se o declarante apresentar um certificado de pobreza no momento do registo.<sup>20</sup> Embora o registo de nascimento seja gratuito se realizado dentro do prazo legalmente estipulado de 120 dias, são exigidos pagamentos para uma certidão narrativa completa de nascimento, o que é exigido como requisito para identificação, acesso à educação, votação e herança (UNICEF, 2019a; e Zewoldi, 2019).

Embora a nova lei tenha ultrapassado com sucesso algumas barreiras geográficas ao registo para que os serviços possam ser acedidos em qualquer parte do país independentemente do local de nascimento ou morte, a acessibilidade ainda é um desafio para muitos em áreas remotas. Para além da divisão urbano-rural e da riqueza, as barreiras incluem a falta de conhecimento da importância do registo e dos papéis de género e hierárquicos dentro dos agregados familiares, o que limita o registo das mulheres sem a presença dos seus maridos.<sup>21</sup> Fortes práticas culturais, incluindo os processos tradicionais de nomeação, que envolvem familiares e antepassados, também atrasam o registo.<sup>22</sup> Outro desafio em Moçambique é a duplicação dos registos. As crianças em movimento,

Painel A: Percentagem de registos de nascimento de menores de cinco anos por província, 2017



Painel B: Percentagem de registos de nascimento por idade e local de residência, 2017

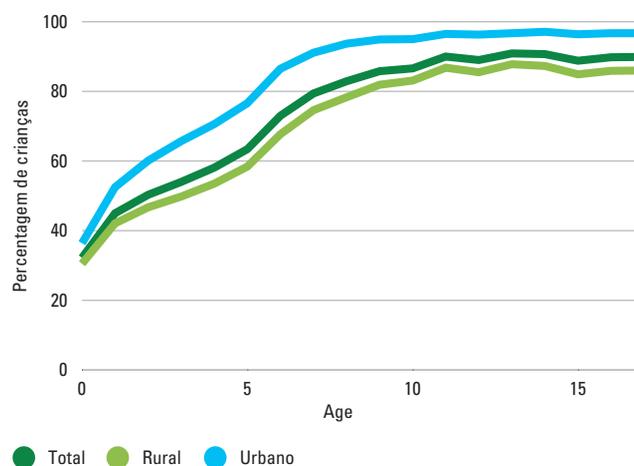


Figura 3-6: Registo de nascimento em Moçambique

Fonte: Censo, (INE 2017).

20 O Código do Registo Civil fornece o quadro legislativo para o registo de nascimentos, casamentos, divórcios, mortes e adoção. Por ser universal, cobre todo o território do país e todos os grupos populacionais, incluindo refugiados e apátridas.

21 Evidenciado através de entrevistas com o Ministério da Justiça e Assuntos Constitucionais e Religiosos (Abril, 2021).

22 Ibid.

fugindo dos conflitos e desastres naturais, aumentam a probabilidade de as famílias perderem a sua documentação, o que resulta num elevado número de registos duplicados.<sup>23</sup>

Os dados de registo de nascimento do Censo de 2017 apresenta a situação mais recente do registo nacional, embora foram recolhidos no ano anterior ao lançamento do sistema electrónico de registo civil e vital em 2018.<sup>24</sup> A Figura 3-7 mostra a percentagem de nascimentos registados em cada província, ilustrando taxas de registo mais elevadas nas províncias do Centro-Sul e Cabo Delgado. Uma observação importante é que o registo de nascimentos aumenta com a idade. De acordo com o Censo, 44 por cento das crianças são registadas antes dos dois anos de idade, contudo, aos cinco anos de idade, 64 por cento já foram registadas. Há um forte aumento no registo de crianças entre os 5 e os 6 anos, com cerca de três quartos das crianças com 6 anos de idade registadas (Figura 3-7). Isto sugere, entre outros factores, que o registo de nascimento está altamente correlacionado com a entrada na escola, o que parece ser um importante determinante do uso dos serviços de registos (Zewoldi, 2019). Embora não haja diferença significativa nas taxas de registo de nascimento entre raparigas e rapazes, as crianças com menos de 5 anos no quintil de maior riqueza – medidas pelos bens que possuem – têm mais 24 pontos percentuais de probabilidade de serem registadas do que as que se encontram no quintil de riqueza mais baixo, com 43 por cento. Existem também diferenças significativas entre as crianças em áreas urbanas e rurais, salientando as dificuldades das famílias em áreas remotas de terem acesso aos pontos de registo.

### 3.2.2 NUTRIÇÃO INFANTIL

Os serviços de nutrição e saúde são prestados através de consultas de saúde infantil nas unidades de saúde primária. Moçambique tem 1.596 estabelecimentos de saúde em todas as províncias, dos quais 96 por cento prestam cuidados de saúde primários. O acesso aos cuidados de saúde para crianças não é, contudo, universal. De acordo com o último inquérito do orçamento familiar (IOF, 2019/20), apenas 70,2 por cento da população teve acesso a instalações de saúde a 30 minutos ou menos a pé, com desigualdades significativas entre as zonas rurais (55,4 por cento) e urbanas (97,9 por cento). Para colmatar o fosso entre

as instalações comunitárias e de saúde, os Agentes Polivalentes Elementares (APEs) trabalham com mães e crianças para detectar crianças que não estão a prosperar.<sup>25</sup> Os APEs remetem as crianças para instalações de saúde e promovem comportamentos saudáveis, incluindo a amamentação e a nutrição infantil e de crianças pequenas.

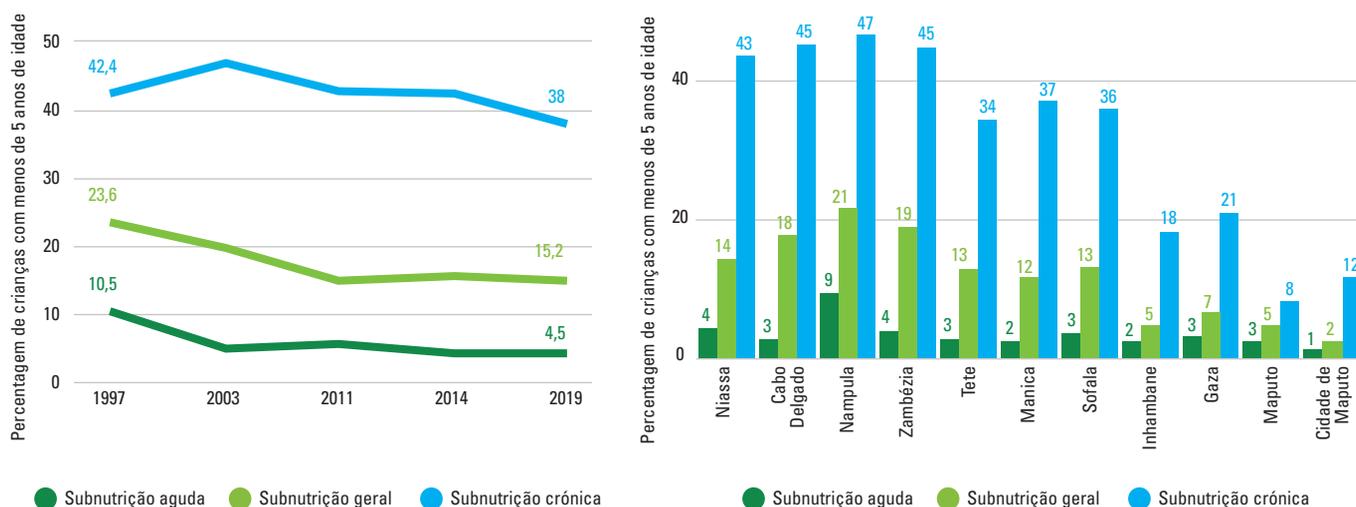
O aumento das taxas de amamentação exclusiva pode ajudar a impulsionar o progresso contra outros objectivos nutricionais globais, tais como, a redução do atraso de crescimento, anemia nas mulheres em idade reprodutiva, baixo peso à nascença, excesso de peso infantil e desperdício – e é um dos instrumentos mais poderosos de que os decisores políticos dispõem para melhorar a saúde do seu povo e das suas economias (OMS, 2014a). Actualmente, Moçambique está fora do caminho para cumprir os objectivos da Organização Mundial de Saúde de 2025 no que diz respeito às práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. A análise do IDS 2011 indicou que apenas 41 por cento das crianças com menos de 6 meses eram exclusivamente amamentadas ao peito. Uma percentagem muito inferior (13,3 por cento) de crianças entre 6–23 meses recebeu uma dieta minimamente aceitável em termos de quantidade, qualidade e, frequência. Pelo menos 30 por cento das crianças tem como base da sua alimentação milho, mandioca, arroz, trigo ou alimentos ultra-processados. Esses alimentos são mais baratos, mais facilmente disponíveis, e proporcionam maior nível de saciedade, mas são pobres em micronutrientes vitais, como vitamina A, ferro e zinco (Picolo et al., 2019). Com efeito, a falta de diversidade alimentar e de micronutrientes entre as crianças pode levar à anemia. Estudos recentes indicaram que as taxas de prevalência de anemia estão a aumentar para crianças de 6–59 meses, de 61,2 por cento em 2015 para 78,8 por cento em 2018 (INE, 2015; INE, 2018).

Em Moçambique, duas em cada cinco crianças com menos de 5 anos apresentam uma baixa estatura. A Figura 3-8 mostra que a prevalência de subnutrição crónica entre crianças menores de 5 anos diminuiu de 42,4 por cento em 1997 para 38 por cento em 2019, mas permaneceu elevada há mais de 20 anos. Existem também desigualdades regionais nas taxas de subnutrição crónica para crianças menores de 5 anos, com as províncias centrais e setentrionais a registarem taxas de subnutrição crónica muito mais elevadas do que as do Sul. Por outro lado, tem havido progressos notáveis na redução das taxas de crianças com baixo peso para a idade (23,6 por cento em 1997 para 15,2

23 Ibid.

24 A plataforma do sistema de registo electrónico civil e vital foi introduzida em Outubro de 2018. Embora não tenha sido totalmente estabelecida em todos os conservatórios ou postos de registo civil, a mesma poderá facilitar o registo de forma mais equitativa no futuro.

25 Os APEs servem uma população entre 500 e 2.000 pessoas num raio de 8 a 25 km de uma instalação de saúde.



**Figura 3-7:** Tendência de subnutrição crónica, aguda e geral de 1997 a 2019 e por província

Fonte: Ferrone, Rossi e Bruckauf (2019) e Inquérito aos agregados familiares e orçamento, 2019–2020

por cento em 2019) e da desnutrição aguda medida pelo peso corporal em relação à altura de 10,5 por cento para 4,5 por cento em 2019.<sup>26</sup> Tomando em consideração que a desnutrição é uma condição multifactorial, é importante reconhecer que a relação com o rendimento familiar insuficiente e o facto de se viver em lares inseguros do ponto de vista alimentar. O último inquérito do orçamento familiar mostrou que 78,4 por cento dos agregados familiares estavam preocupados por não terem alimentos suficientes devido à falta de recursos e que 70 por cento dos agregados familiares em todas as províncias estão preocupados por não terem alimentos suficientes (IOF, 2019).

Os níveis persistentemente elevados de desnutrição crónica têm consequências negativas significativas em relação à morbilidade e mortalidade infantil, perda de capital humano e diminuição da produtividade económica (Oot et al., 2016). As crianças com desnutrição têm piores resultados educacionais e menor potencial de rendimento quando chegam na idade adulta, perpetuando assim o ciclo intergeracional de privação (UNICEF, 2019c). A desnutrição é uma questão multidimensional que se prende com vários factores subjacentes para além da pobreza, tais como, o acesso à ASH e aos serviços de saúde. Por conseguinte, nenhum programa ou projecto implementado isoladamente será suficiente para sustentar uma redução significativa da taxa de subnutrição crónica (de Groot et al., 2015; Bastagli et al., 2016).

A redução do atrofamento em crianças menores de cinco anos é uma prioridade para o Governo.<sup>27</sup> O plano de acção nacional multisectorial para a redução da subnutrição crónica 2011–2020, a estratégia nacional de fortificação alimentar e a estratégia de promoção da saúde, entre outras, fornecem a orientação geral para intervenções de apoio a crianças desnutridas. Além disso, o Governo, introduziu os subsídios para as crianças com o objectivo também de combater o atrofamento.

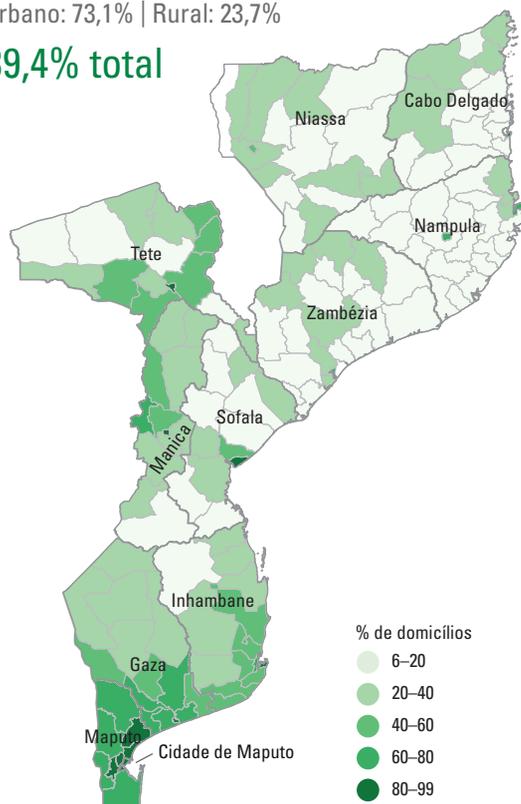
As intervenções de mudança de comportamento do UNICEF para reduzir o atrofamento incluem um “pacote de intervenções nutricionais” revisado para melhorar o aconselhamento a nível comunitário sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas, bem como sobre comportamentos em torno do acesso à ASH. O principal programa de comunicação para o desenvolvimento (C4D) busca a redução da subnutrição crónica através de iniciativas de “famílias modelo”. Estas iniciativas adoptam uma abordagem participativa para trabalhar com as famílias e as comunidades para revitalizar os comités comunitários de saúde em Nampula, Zambézia e Sofala (UNICEF, 2020d). As famílias e as crianças são encorajadas a adoptar práticas saudáveis de higiene e alimentação, incluindo micronutrientes, amamentação, e planeamento familiar. As famílias recebem certificados quando adoptam novos comportamentos. Além disso, há um reconhecimento crescente da importância dos

26 Uma vez que se sabe que a desnutrição aguda varia consideravelmente consoante as estações do ano, as tendências por anos e diferentes fontes devem ser analisadas com cautela. Nem todos os inquéritos considerados foram recolhidos durante os mesmos períodos do ano.

27 O Conselho Nacional para a Nutrição e Segurança Alimentar (CONSAN) foi criado em 2017. O seu mandato é estabelecer uma estrutura de coordenação institucionalizada de alto nível para abordar a nutrição e a segurança alimentar e a desnutrição crónica e promover a implementação eficaz das políticas de nutrição e segurança alimentar em todos os sectores. Dentro do Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar, o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) é o organismo nacional que coordena, planeia e monitoriza as intervenções multisectoriais de segurança alimentar e nutricional do Governo.

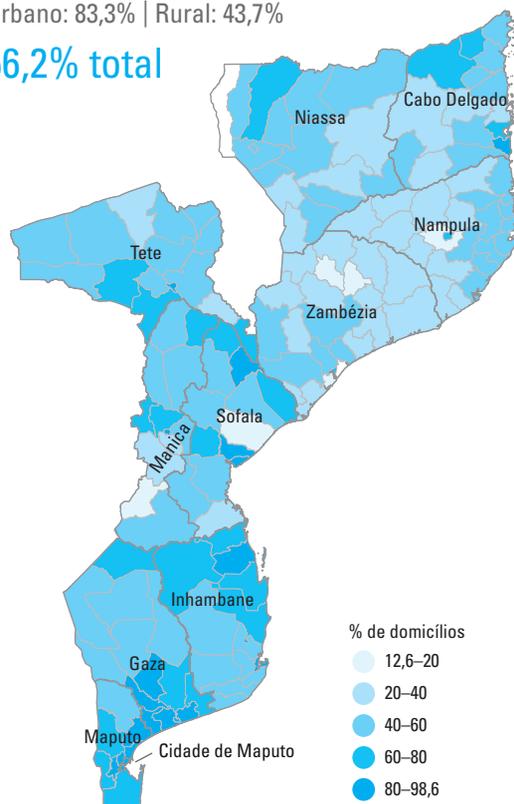
Porcentagem de domicílios com acesso a água melhorada  
Urbano: 73,1% | Rural: 23,7%

**39,4% total**



Porcentagem de domicílios com acesso a saneamento melhorado  
Urbano: 83,3% | Rural: 43,7%

**56,2% total**



**Figura 3-8:** Acesso dos agregados familiares a água e saneamento melhorados, por distritos

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

Nota: As fontes de água potável melhoradas incluem água canalizada para habitações, quintais ou lotes; torneiras ou condutas públicas; furos ou poços tubulares; poços cavados protegidos; nascentes protegidas; água engarrafada; água entregue e água da chuva.

país no desenvolvimento da infância, particularmente durante os primeiros 1.000 dias. Envolver os homens nas responsabilidades de cuidados proporciona uma oportunidade de os educar sobre a importância dos papéis da saúde, da educação e do género e métodos não violentos de disciplinar as crianças e de minimizar as experiências adversas da infância no desenvolvimento da primeira infância (UNICEF, 2018c).<sup>28</sup> Prevê-se que pelo menos 50.000 ‘famílias modelo’ tenham sido certificadas até ao final de 2021 (UNICEF, 2020d).

### 3.2.3 MORBIDEZ INFANTIL

As doenças infecciosas, incluindo a malária, pneumonia, diarreia e tuberculose, são as principais causas de mortalidade infantil e estão presentes ao longo do ciclo de vida (Sitoe et al., 2018; Chissaque et al., 2018). Tem havido poucas alterações nas taxas de prevalência de diarreias ao longo dos anos. Entre 2011 e 2015, nas

duas semanas anteriores ao inquérito, a proporção de crianças menores de 5 anos que sofrem de diarreia manteve-se em cerca de 11 por cento. Isto poderia ser grandemente reduzido através do acesso a melhores instalações de água e saneamento e lavagem das mãos com sabão e água (UNICEF, 2020f). A Figura 3-9 indica os distritos com melhor acesso à água e saneamento. Os números mostram que apenas 56 por cento dos agregados familiares em Moçambique têm acesso adequado à água (44 por cento) e 50 por cento têm acesso a um saneamento melhorado. As províncias do Norte têm menos probabilidades de ter acesso a água e ou saneamento melhorados. Contudo, existem bolsas de distritos na maioria das províncias com acesso mínimo a água e/ou saneamento adequado. O acesso a água melhorada para crianças melhorou a um ritmo muito superior ao do saneamento, e o acesso tanto ao saneamento como à água melhorou significativamente nos distritos do Sul.

A tuberculose continua a ser uma preocupação de saúde significativa para Moçambique. Estimativas precisas da tuberculose em crianças são dificultadas pelo baixa detecção e desafios no diagnóstico. Os

28 O tempo mais eficaz para intervenções destinadas a reduzir o atrofiamento infantil é durante os primeiros 1.000 dias, desde a concepção até aos 2 anos.

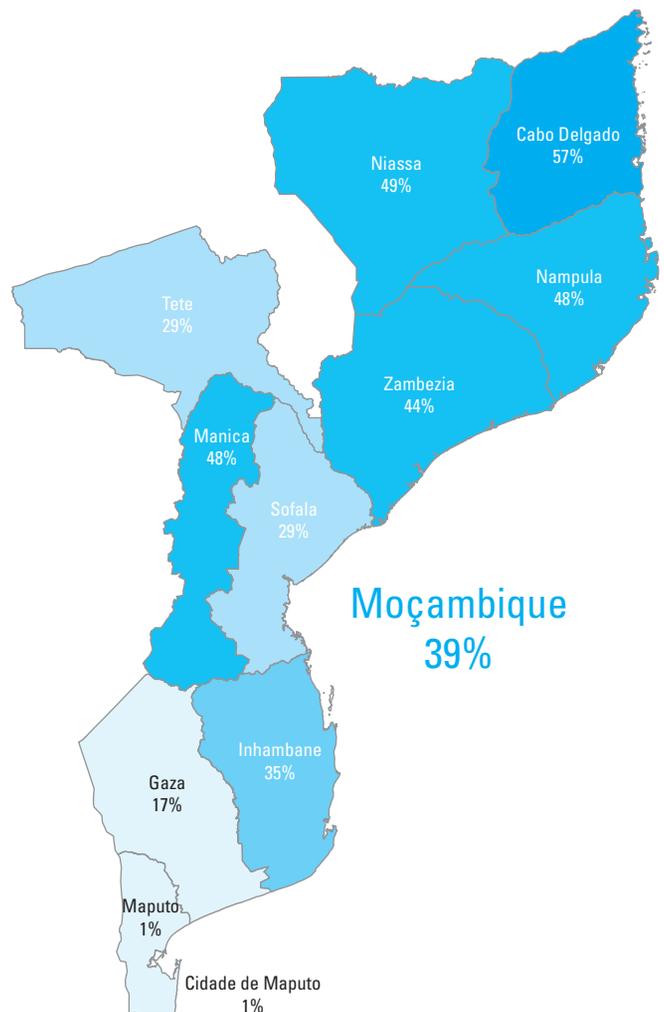
dados administrativos sobre tuberculose relataram 93.379 casos em 2019, dos quais 12.853 foram casos de tuberculose infantil. Estes dados são ligeiramente mais elevados quando comparados os casos notificados em 2018, estimados em 12.554 (MISAU, 2018, 2019).<sup>29</sup> A taxa de detecção da tuberculose é relativamente baixa (57 por cento), o que significa que quase metade das crianças não recebem tratamento apropriado (Nguenha, et al. 2018). O tratamento da tuberculose é demorado, mas, com uma rápida iniciação do mesmo, os resultados mostram-se favoráveis.

As taxas de prevalência da malária com menos de cinco anos permaneceram em cerca de 40 por cento desde 2011, com o mais recente inquérito nacional a registar 39 por cento em 2018 (INE, 2011; INE, 2015; INE, 2018). Embora endémica em todo o país, há picos sazonais entre Dezembro e Abril quando inicia a época chuvosa. Há também grandes variações nas taxas de prevalência entre as províncias do Norte e do Sul, correlacionadas com a pobreza, alterações climáticas e menos condições sanitárias melhoradas (Figura 3-10). As catástrofes naturais frequentes contribuíram provavelmente para o aumento da transmissão da malária nos últimos anos, particularmente nas zonas costeiras baixas e ao longo dos principais rios (MISAU, 2019, USAID, 2018).

O programa nacional de controlo da malária de Moçambique implementa uma abordagem preventiva de mosquiteiros tratados com insecticida, pulverização residual de controlo de vectores interiores e intervenções de envolvimento comunitário (Candrinho et al., 2019). Neste contexto, 69 por cento dos agregados familiares tiveram acesso a uma rede mosquiteira tratada com insecticida em 2018, com 68 por cento a dormir sob a rede tratada com insecticida na noite anterior ao inquérito – um aumento de 51 por cento a partir de 2015 (INE, 2018).

### 3.2.4 MORTALIDADE INFANTIL E INFANTIL

Apesar dos desafios de Moçambique na erradicação de algumas das doenças persistentes, o país tem vindo a reduzir constantemente a mortalidade infantil<sup>30</sup> A Figura 3-11 ilustra o declínio da taxa de mortalidade infantil durante o período 2007–2017, juntamente com as estimativas modeladas do UNICEF para Moçambique. Os dados do Censo estimam a taxa de



**Figura 3-9:** Percentagem de crianças de 6-59 meses com testes positivos para a malária através de testes de diagnóstico rápido

Fonte: IIM (INE, 2018).

mortalidade infantil em 94 mortes por 1.000 nados-vivos em 2017. Embora as estimativas modeladas sejam ligeiramente inferiores às estimativas do Censo de 2017, a tendência mostra um declínio a longo prazo, de 182 mortes por 1.000 nados-vivos (1964) para 55 mortes por 1.000 nados-vivos (2019). Ambos os conjuntos de estimativas demonstram taxas de mortalidade infantil consistentemente mais elevadas entre os rapazes.

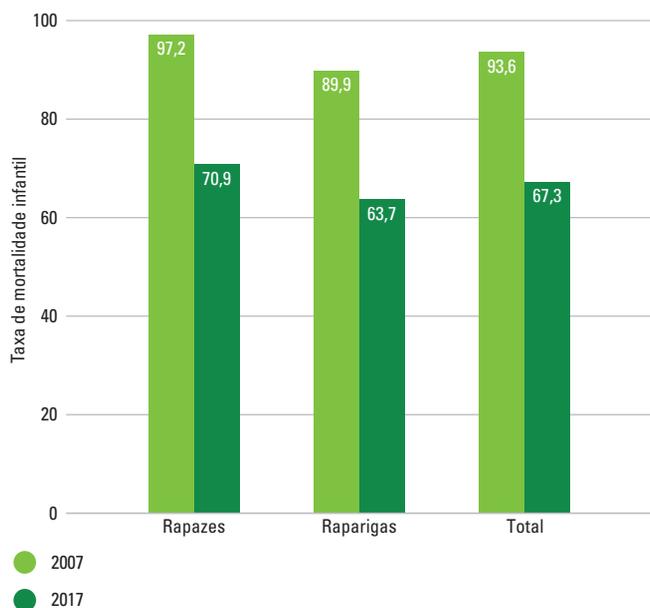
A taxa de mortalidade de menores de cinco anos em Moçambique tem vindo a diminuir gradualmente desde 1975 e mais rapidamente desde o fim da guerra civil em 1994. Utilizando os dados do Censo, a Figura 3-12 mostra que a taxa de mortalidade de menores de cinco anos é de 107 por 1.000 nados-vivos.<sup>31</sup> Os dados também confirmam que persistem

29 Os dados administrativos sobre saúde, doenças infecciosas e transmissíveis são recolhidos e comunicados no boletim epidemiológico semanal e agregado num relatório anual de estatísticas de saúde.

30 A taxa de mortalidade infantil é calculada como o número de mortes de crianças com menos de um ano de idade por cada 1.000 nascidos vivos.

31 Isto é ligeiramente superior às estimativas do IDS 2011 (INE, 2011).

Painel A: Estimativas do Censo



Painel B: Estimativas modeladas pela ONU ao longo do tempo por sexo

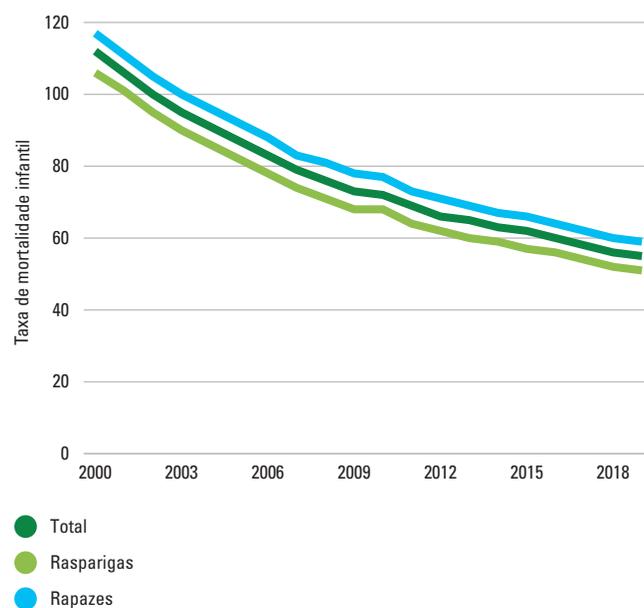
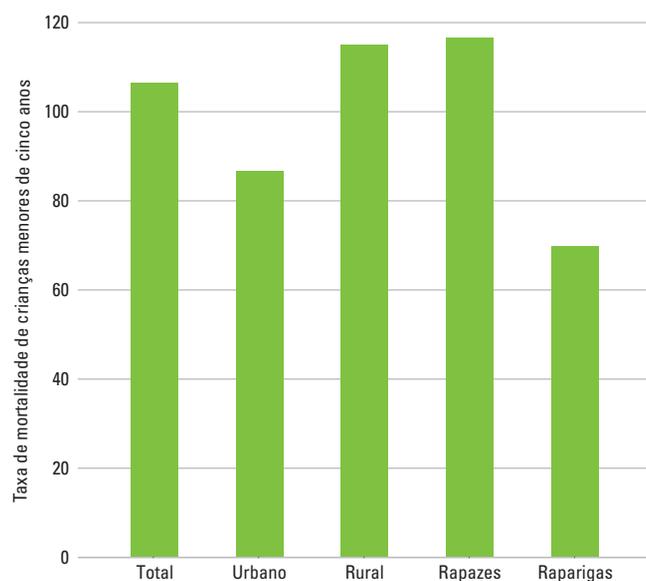


Figura 3-10: Taxa de mortalidade infantil por sexo e ao longo do tempo

Fonte: Painel A) Censo do INE 2017 – resultados definitivos (INE 2019); Painel B) Estimativa do IGME da ONU (IGME da ONU, 2020).

Painel A: Taxa de mortalidade de menores de cinco anos por local de residência e sexo, Censo 2017



Painel B: Tendência de mortalidade de menores de cinco anos modelada por sexo

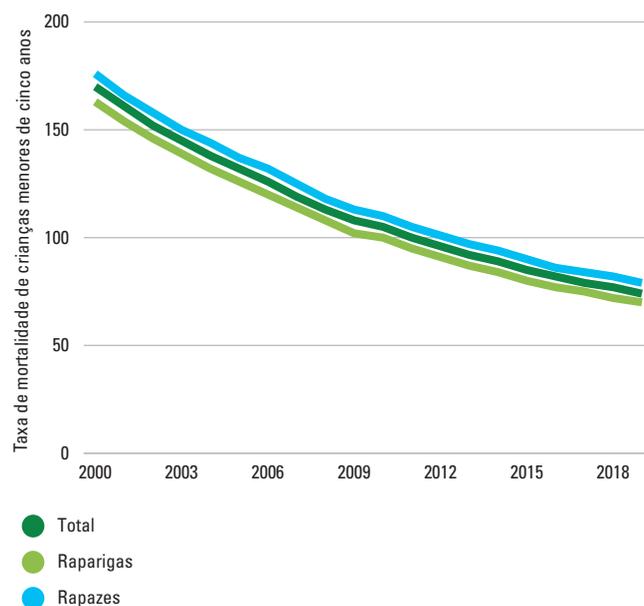


Figura 3-11: Taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos

Fonte: Painel A) Estimativas dos autores baseadas nas tabelas estatísticas do Censo de 2017 (INE, 2019); Painel B) Estimativa IGME da ONU (IGME da ONU, 2020).

desigualdades para as populações mais pobres nas zonas rurais, onde as taxas de mortalidade de menores de cinco anos são 115 por 1.000 nascimentos, em comparação com 87 nas zonas

urbanas. Consistente com as taxas de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos é mais elevada entre os rapazes do que entre as raparigas.

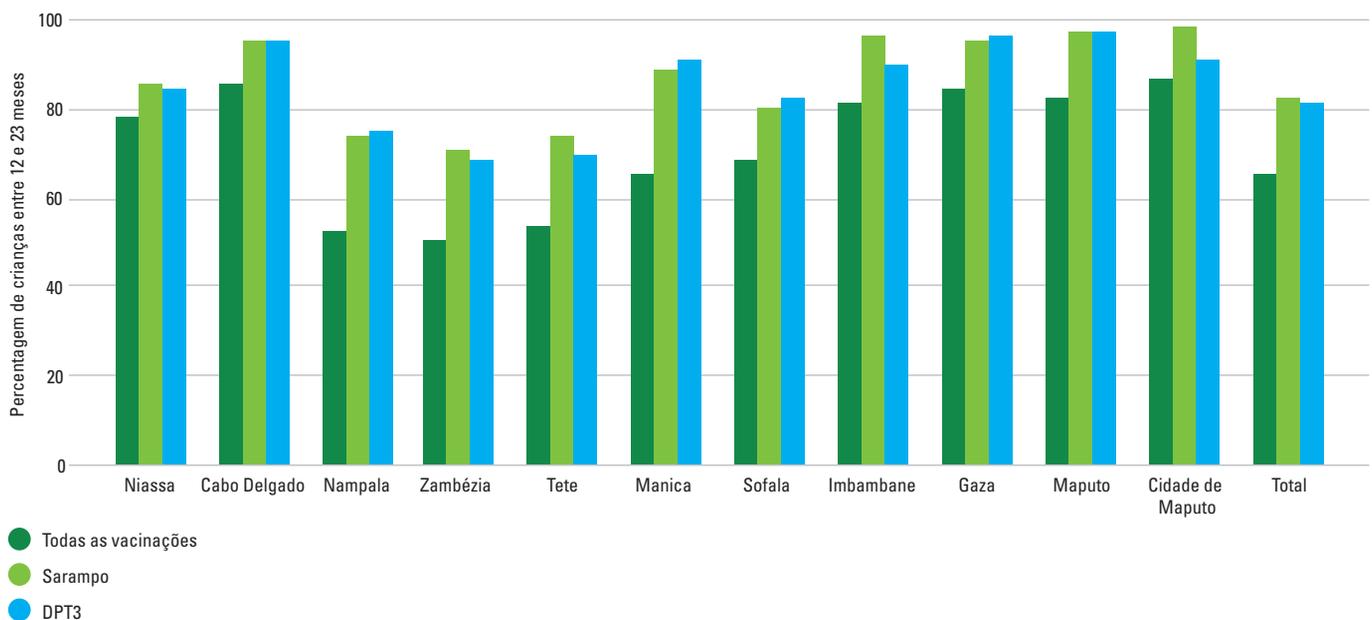
### 3.2.5 IMUNIZAÇÃO DE CRIANÇAS

A imunização é uma das intervenções de saúde pública mais rentáveis e bem sucedidas ao longo do ciclo de vida (OMS, 2019). A Figura 3-13 mostra a tendência de melhoria da cobertura nacional de vacinação de 47 por cento em 1997 para 66 por cento em 2015. Embora Moçambique tenha feito progressos constantes na melhoria da cobertura das vacinas para crianças, quase um terço das crianças que necessitam de vacinas não as recebem. Existem também grandes disparidades

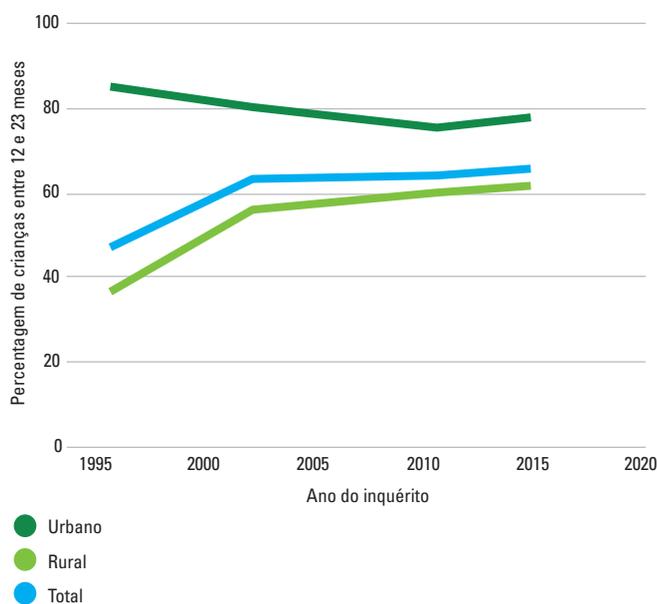
entre províncias, quintis de riqueza, estatuto educacional dos pais e género. Curiosamente, 81 por cento dos rapazes estão totalmente vacinados em comparação com 63,5 por cento das raparigas.

Desde 2014, mais três vacinas foram integradas a nível nacional no programa alargado de imunizações: a vacina contra o rotavírus, a segunda dose contra o sarampo e a vacina injectável contra a poliomielite. A introdução da vacina contra o vírus do papiloma

Painel A: Cobertura da vacinação nas províncias, 2015



Painel B: Tendência na cobertura da vacina (oito vacinações)



Painel C: Comparação da cobertura de vacinação a nível regional e global (2019)

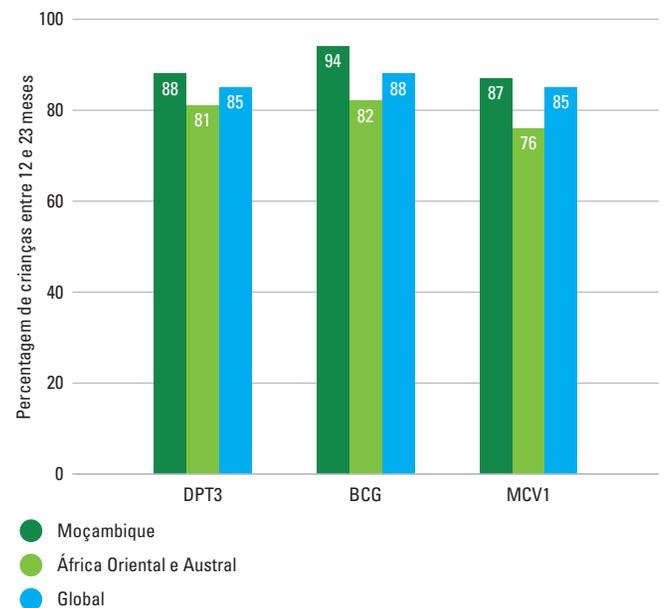


Figura 3-12: Vacinação Nacional (12-23 meses) em Moçambique e comparação a nível regional e global

Fonte: Painel A) IMASIDA (INE, 2015); Painel B) inquéritos IDS 1997, 2003, 2011, (INE, 2011) IMASIDA, (INE, 2015); Painel C) estimativas de cobertura nacional de imunização da OMS e UNICEF (2020) (disponível em [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/moz.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/moz.pdf)).



humano foi adiada até Outubro de 2021 e será lançada inicialmente nas escolas, deixando as crianças que não frequentam a escola possivelmente de fora. O programa conta significativamente com o financiamento de doadores externos. Há também constrangimentos na cobertura devido à grande área geográfica e aos estrangulamentos no transporte, e faltas de combustível e gás, e distribuição do armazém central em Maputo para as províncias, apesar da expansão da capacidade do armazém e da utilização do transporte aéreo para transportar as vacinas. No entanto, a cobertura de vacinação é mais abrangente quando comparada com outros países da região (Figura 5-7, Painel C).

### 3.2.6 DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

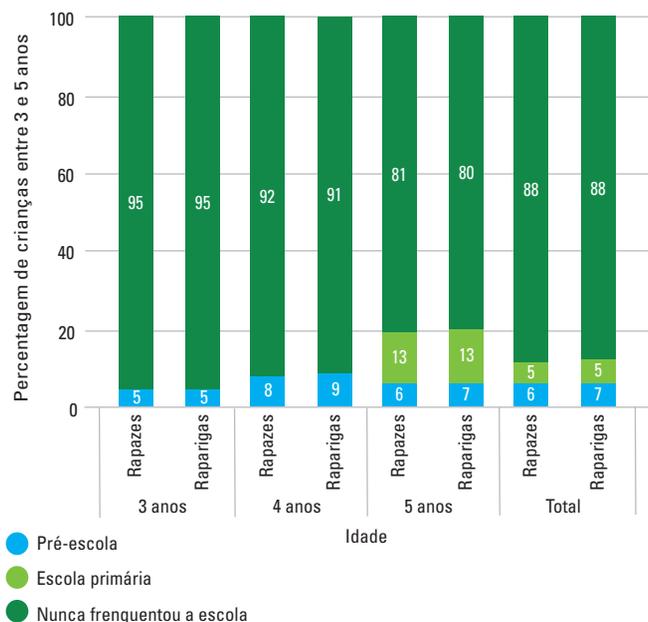
O investimento no desenvolvimento da primeira infância impulsiona o crescimento económico, promove sociedades pacíficas e sustentáveis, reduz a pobreza e a desigualdade e, proporciona um ambiente estabilizador para minimizar as experiências adversas das crianças (Heckman, 2006). O desenvolvimento da primeira infância é também o momento mais apropriado para moldar normas sociais e igualdade de género nas crianças (PLAN International, 2017). Em 2012, o Governo de Moçambique aprovou a Estratégia do Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar 2012–2020 para expandir o acesso aos serviços de desenvolvimento da primeira infância para as crianças mais novas. Em 2019, o MGCAS, em colaboração com os parceiros, introduziu um pacote de cuidados

nutricionais com o objetivo de harmonizar a abordagem do Governo e dos parceiros para o desenvolvimento da primeira infância. Estes esforços são reforçados pelo plano estratégico do sector da educação 2020–2029, que elabora os objectivos da educação pré-escolar para crianças dos 0–5 anos, incluindo a preparação escolar e o estímulo ao desenvolvimento psicológico, cognitivo, físico, social e intelectual holístico. O subsistema de educação pré-escolar de Moçambique está dividido em creches (0–2 anos), jardins de infância (2–5 anos) e escolas comunitárias (3–5 anos), com a maior cobertura implementada pela comunidade, seguida pelo sector privado e depois pelo sector público.

A Figura 3-14 mostra que apenas 6 por cento dos rapazes e 7 por cento das raparigas entre os 3–5 anos de idade frequentaram a pré-escola.<sup>32</sup> As crianças dos 3–5 anos de idade nas zonas urbanas têm o dobro da probabilidade de terem frequentado centros educativos do que as crianças nas zonas rurais, e o acesso está em grande parte concentrado nas zonas urbanas do sul da Cidade de Maputo e da Província de Maputo. Actualmente, os programas de desenvolvimento da primeira infância são principalmente prestados por entidades não formais e privadas em áreas urbanas, o que significa que as crianças que beneficiam destes

32 Várias crianças com 5 anos de idade foram também matriculadas na escola primária. Isto deve-se principalmente ao facto de algumas crianças de 5 anos de idade na altura do Censo fazerem 6 anos dentro do mesmo ano civil e, portanto, serem elegíveis para a matrícula na escola primária. Outra razão poderia ser que matricular os seus filhos mais cedo forneceria aos pais uma forma alternativa de prestação de cuidados.

Painel A: Taxa de participação na aprendizagem organizada por idade e sexo



Painel B: Taxa de participação na aprendizagem organizada por província

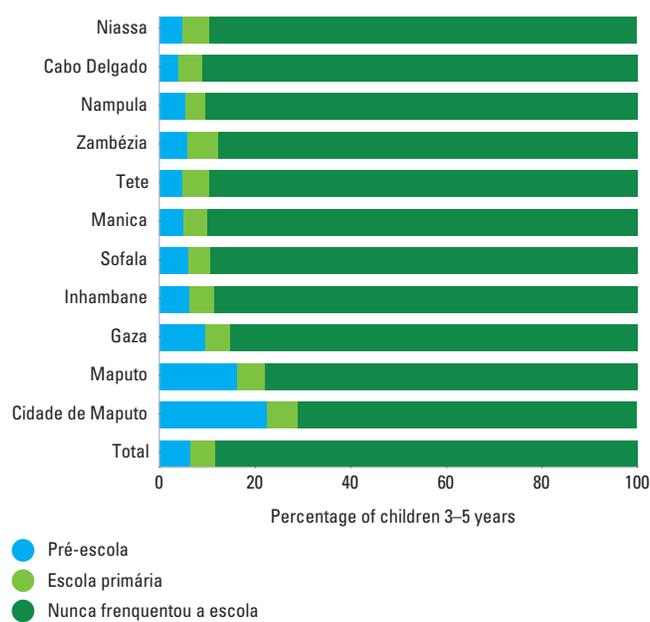


Figura 3-13: Aprendizagem organizada entre crianças com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

programas são as dos quintis de maior riqueza (Martinez et al., 2017).

O financiamento de programas de desenvolvimento da primeira infância é um desafio para o Governo. Existem, no entanto, promissoras intervenções-piloto de programas de desenvolvimento da primeira infância com uma boa relação custo-eficácia. Dois pilotos de sucesso são o programa de educação parental em Manica e o programa de preparação escolar acelerada em Zambézia. O programa de educação parental, de gravidez até 5 anos, foi pilotado através de associações agrícolas para abordar as prioridades do MGCAS no campo da saúde infantil, nutrição, estimulação da primeira infância, protecção infantil e participação do pai (entrevista de avaliação, entrevista 2021). Foi elaborado e aprovado pelo MGCAS um manual pré-escolar comunitário nacional para facilitar aos voluntários pré-escolares comunitários o desenvolvimento de brincadeiras e aprendizagem das crianças (PATH, 2020, entrevista). A intervenção melhorou com sucesso os conhecimentos do cuidador, melhorou as práticas nutricionais familiares e de alimentação infantil, e introduziu mais tempo de brincadeira entre o cuidador e a criança. Além disso, as sessões de educação parental contribuíram para uma maior participação dos homens nas tarefas domésticas, na prestação de cuidados às crianças e, numa melhor comunicação nas famílias incluindo métodos não violentos para corrigir o comportamento das crianças (PATH, 2020, entrevista).

O programa piloto Prontidão Escolar está a ser implementado pelo UNICEF Moçambique e pela Save the Children, em parceria com o Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH). Entre 2016 e 2019, 7.647 crianças entre os 5 e 6 anos de idade em Zambézia participaram do projecto-piloto. O programa tinha três objectivos: i) melhorar a preparação das crianças para a escola; ii) melhorar a preparação da escola para as crianças; e iii) melhorar a preparação das famílias para a escola. Foram formados voluntários comunitários para liderar os programas escolares de verão de 120 horas, a fim de facilitar a transição das crianças para a escola primária. Os resultados do projecto-piloto indicaram impactos mensuráveis em todos estes objectivos (Bonilla et al., 2020). Além disso, estes resultados foram sustentados quando medidos nove meses mais tarde, demonstrando a sustentabilidade programática. Estima-se que a plena implementação do programa de preparação escolar acelerada seja de 60 dólares por criança, embora modelos alternativos de integração reduzissem os custos.

A Figura 3-15 fornece uma análise das restrições estruturais e técnicas para os programas de parentalidade e de desenvolvimento da primeira infância. O modelo sócio-ecológico adaptado fornece um quadro para investigar a implementação e a expansão do desenvolvimento da primeira infância em Moçambique (Kilanowski, 2017). O modelo examina facilitadores e barreiras a nível individual, interpessoal, organizacional, comunitário, socioeconómico e político. A análise traça o rico



Figura 3-14: Análise de constrangimentos para uma aprendizagem precoce e uma prestação de cuidados adequada

ambiente político, mas destaca os défices na aplicação da política em acção e comunicação eficazes entre as entidades envolvidas na implementação de programas de desenvolvimento e educação na primeira infância.

Outra barreira identificada e reforçada através de entrevistas foi que os professores do ensino pré-escolar não conseguiram integrar eficazmente as crianças com deficiência nos seus programas (PATH 2021, entrevista). Há também falta de sensibilização dos pais e prestadores de cuidados para incluir as crianças com deficiência no pré-escolar. De acordo com o Censo, menos de 6 por cento das crianças dos 3–5 anos com deficiência frequentaram a pré-

escola. O Governo desenvolveu uma estratégia ambiciosa para implantar a educação inclusiva para crianças com deficiência. A estratégia foi concebida para aumentar o acesso e retenção de alunos com deficiência e necessidades educativas especiais no sistema de educação moçambicano, incluindo na pré-escola. O desenvolvimento da primeira infância proporciona também uma oportunidade para identificar e encaminhar as crianças para serviços de saúde e apoiar as famílias com intervenções precoces. A detecção de atrasos de desenvolvimento da primeira infância é essencial, porque com intervenções apropriadas, alguns atrasos são reversíveis.



© UNICEF/Mark Lehn

### 3.2.7 RESUMO E RECOMENDAÇÕES CHAVE

Os investimentos de Moçambique no registo de nascimento são louváveis, particularmente a introdução do sistema de registo civil que é vital e que reduz as barreiras geográficas ao registo, simultaneamente com a ampliação dos conservatórios de registo civil. No entanto, o Censo mostrou que apenas metade de todas as crianças com menos de 5 anos foram registadas. Apesar de o registo civil e o sistema de estatísticas vitais terem sido introduzidos após o Censo, é provável que as taxas de registo tenham melhorado, apesar dos riscos de nascimentos não registados devido à COVID-19 e ao conflito. Devem ser retidos esforços intensificados no sentido de remover barreiras ao registo para todas as crianças, incluindo a remoção das taxas de certificação de nascimento.

Políticas e programas equitativos para a primeira infância são cruciais para o encontro com os ODS e para que as crianças desenvolvam as suas capacidades intelectuais, criatividade e bem-estar ao longo do ciclo de vida. De acordo com o Censo, menos de 7 por cento das crianças beneficiam da aprendizagem organizada na primeira infância. Apesar de um ambiente político rico, há uma necessidade urgente em Moçambique de se implementar programas de desenvolvimento da primeira infância e aumentar a cobertura multisectorial de programação e intervenções de qualidade que incorporem saúde, nutrição, segurança e protecção, prestação de cuidados e aprendizagem precoce e, que incluam crianças com deficiências. O desenvolvimento da

primeira infância e os programas de educação infantil são oportunidades de intervenção precoce para crianças com deficiência, uma vez que nessa idade muitos atrasos de desenvolvimento, se detectados suficientemente cedo são reversíveis. Há necessidade de melhorar as competências dos professores de desenvolvimento da primeira infância na sensibilização das crianças portadoras de deficiência. Além disso, considerando os aspectos globais, há evidências emergentes da importância de incluir os pais nas práticas parentais e de prestação de cuidados para influenciar as normas de género e abordagens não violentas à disciplina (Slegh et al., 2017). O primeiro período de 1.000 dias é o ponto de intervenção mais importante para as actividades de nutrição, principalmente para a questão da subnutrição crónica. O desenvolvimento da primeira infância é um ponto de entrada adequado para trabalhar com famílias e crianças para melhorar a amamentação, a alimentação de lactentes e crianças pequenas, a adição de micronutrientes e também o ASH comunitário.

Uma COVID-19 teve impacto nos serviços de saúde de rotina. O novo IDS será uma oportunidade para fazer um balanço da situação actual em matéria de serviços preventivos como a vacinação, mas, entretanto, é essencial intensificar os esforços com os profissionais de saúde comunitários para melhorar e impulsionar os serviços de rotina. A Tabela 8 fornece recomendações chave para o desenvolvimento da primeira infância e a nutrição.

**Tabela 8:** Recomendações chave para a fase da infância e do ciclo de vida da primeira infância

PROBLEMA E ODS RELEVANTES	BARREIRAS	RECOMENDAÇÃO
<p><b>Baixos níveis de registo de nascimento entre crianças menores de 5 anos</b></p> <p><b>ODS 16.9:</b> Proporção de crianças com menos de 5 anos de idade cujos nascimentos foram registados junto de uma autoridade civil</p>	<p>Custos elevados associados ao registo de nascimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover os custos familiares associados ao registo de nascimento, incluindo o potencial de certificação de nascimento subsidiado para crianças com menos de cinco anos.</li> </ul>
<p><b>Alta prevalência de subnutrição crónica entre crianças menores de 5 anos s</b></p> <p><b>ODS 2.2:</b> Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas</p>	<p>Os esforços de implementação multissetoriais à escala são dificultados pela necessidade de responder a situações de emergência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a coordenação multissetoriais liderada pelo Governo através da saúde e nutrição, protecção social, ASH, educação na primeira infância como forma de reduzir a subnutrição crónica e o atraso mental infantil.</li> <li>• Melhorar a coordenação entre os ministérios e agentes governamentais para aumentar o acesso a fontes melhoradas de água, saneamento e higiene, especialmente nas áreas rurais. Definir claramente as funções e responsabilidades entre os ministérios envolvidos na provisão de serviços de ASH.</li> </ul>
<p><b>Alta prevalência de doenças infantis</b></p> <p><b>ODS 3.2:</b> Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos</p> <p><b>ODS 3.3:</b> Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis</p>	<p>Qualidade prevalecte dos cuidados e questões de acesso e de encaminhamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Ministério da Saúde deve implementar um plano de recrutamento, orientação e retenção de pessoal de saúde e trabalhadores comunitários de saúde de modo que os mesmos estejam adequadamente treinados para prevenir e responder às necessidades específicas das crianças e adolescentes bem como para identificar, encaminhar ou tratar pacientes a fim de colmatar a lacuna na prestação de serviços entre a comunidade e a unidade sanitária.</li> </ul>
<p><b>Baixo acesso a programas de educação infantil</b></p> <p><b>ODS 4.2:</b> Até 2030, garantir que todos 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</p>	<p>Falta de infraestruturas e recursos para os programas de desenvolvimento da primeira infância</p> <p>Falta de papéis e responsabilidades definitivas entre os ministérios de implementação envolvidos com a pré-escola e de desenvolvimento na primeira infância.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, o Ministério da Saúde e o Ministério de Género, Criança e Acção Social devem operacionalizar e ampliar a estratégia de desenvolvimento da primeira infância, incluindo o apoio à divisão organizacional de papéis e responsabilidades entre os ministérios relevantes.</li> <li>• Manter e integrar o modelo de preparação escolar acelerada num programa nacional sob o comando do Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, com enfoque nas províncias do Norte do País.</li> </ul>

### 3.3 Meia infância

*A meia infância é o período de desenvolvimento da criança entre a primeira infância e a adolescência, onde as crianças começam a desenvolver a habilidade de resolver problemas intelectuais e, a compreender melhor as relações sociais recíprocas através da brincadeira e na escola primária.*

Todas as crianças em idade escolar devem poder frequentar a escola com segurança e receber uma educação de qualidade que cultive valores, liberdade de pensamento e de expressão. O acesso à educação é um direito humano fundamental e universal, consagrado em vários instrumentos internacionais, tais como, o Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais e o Objectivo 4 dos ODS, que é o de “assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos”.

O Governo enfatiza a importância da educação e concede o direito de acesso à educação tanto para raparigas como para rapazes, tal como estabelecido na Constituição do país, no Plano Estratégico de Desenvolvimento 2020–2024, e no Plano Estratégico de Educação 2020–2029 (PEE). Em 2018, foi aprovada uma nova lei do sistema de educação nacional,

que tornou obrigatório o ensino básico.<sup>33</sup> O sistema nacional de educação compreende seis subsistemas: pré-escolar; educação geral; educação de adultos; educação profissional; educação e formação de professores e; ensino superior. Dentro de todos os subsistemas, o MINEDH considera a provisão de educação inclusiva para estudantes com necessidades educativas especiais, ensino à distância para crianças que não podem frequentar a escola pessoalmente e ensino profissional para jovens e adultos.

Esta secção descreve a situação das crianças entre 5 e 11 anos em Moçambique, concentrando-se particularmente nos ODS relacionados com a matrícula, assiduidade e realização da escola primária. A secção resume o crescente conjunto de provas sobre os factores de abandono escolar e absentismo, extraindo as disparidades de género no sector e, o que as crianças que não estão a frequentar a escola

**Tabela 9:** Progresso nos indicadores dos ODS relacionados com as crianças na meia infância

ODS	INDICADOR RELATIVO ÀS CRIANÇAS	VALOR MAIS RECENTE (INQUÉRITO – ANO)
<b>ODS 4.1:</b> 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	Proporção de crianças que atingem pelo menos uma proficiência mínima em leitura e matemática na escola primária	Estudantes do Ano 3 Portugêses: 5% Matemática: 8% (Avaliação Nacional da Aprendizagem – 2016)*
<b>ODS 4.5:</b> 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	Índices de paridade (feminino/masculino) para taxas líquidas de frequência escolar	Primário: 1.02 Secundário: 1 (Censo – 2017)
<b>ODS 4.A:</b> Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e à igualdade de género, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos	Proporção de salas de aula com (a) electricidade; (b) água potável básica; e (c) instalações sanitárias básicas para pessoas do mesmo sexo.	Infraestrutura mínima (indicador binário): 20,2% das salas de aula (SDI – 2018)
<b>ODS 8.7:</b> Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, assegurar a proibição e a eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo o recrutamento e utilização de crianças-soldado, e, até 2025, acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas	Proporção de crianças entre 7 e 17 anos de idade envolvidas em trabalho infantil	19% (Censo – 2017)

\* Citado no Plano Estratégico da Educação 2020–2029.

33 A Lei 18/2018 do novo sistema nacional de educação substituiu a Lei 6/92 do antigo sistema.

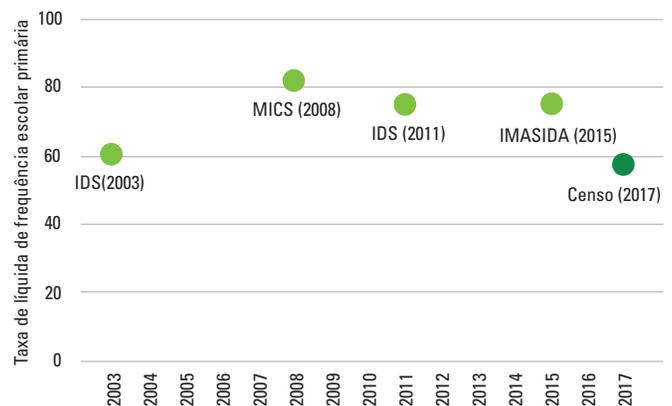
fazem. As questões relativas às crianças na escola secundária são abordadas na secção seguinte sobre a adolescência e juventude.

### 3.3.1 FREQUÊNCIA ESCOLAR PRIMÁRIA

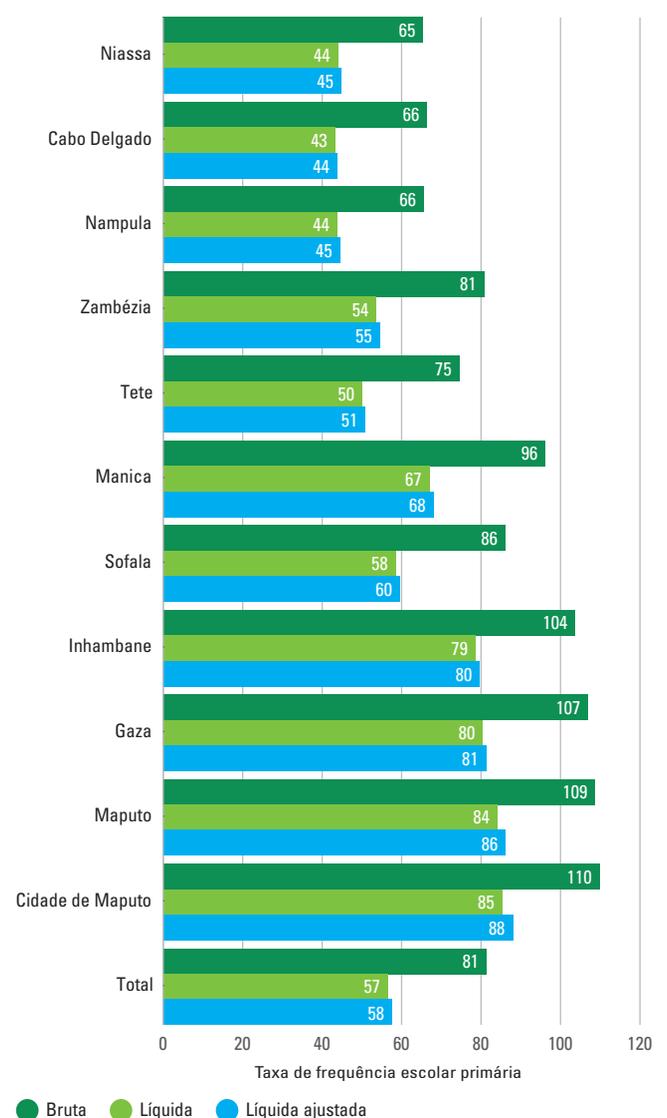
A Lei do Sistema Nacional de Educação de 2018 estabelece que as crianças devem ser inscritas na 1ª classe até 30 de Junho no ano em que atingem os 6 anos de idade. A lei também declara que a escola primária é gratuita nas escolas públicas e, que as aulas são oferecidas monolíngue e bilingue. Actualmente, o ensino primário consiste em sete classes divididas em dois ciclos. O primeiro ciclo do ensino primário (EP1) vai da 1ª a 5ª classes, e o segundo ciclo do ensino primário (EP2) consiste das 6ª e 7ª classes. No entanto, a partir de 2022, o ensino primário terá seis classes, 1ª – 6ª classes, divididas igualmente entre os dois ciclos EP1 e EP2. O ensino secundário será também composto por seis classes (7ª – 12ª classes), com divisão em dois ciclos de três anos para cada um (República de Moçambique, 2020b).<sup>34</sup> O ensino básico consiste no ensino primário mais o primeiro ciclo do ensino secundário.

Em 2017, a taxa líquida de frequência escolar primária era de 57 por cento, significativamente diferente das taxas líquidas de matrículas fornecidas pelos dados administrativos da educação que indicam perto de 100 por cento em 2019 e 2020 (MINEDH, 2019; MINEDH, 2020). A Figura 3-16 fornece taxas líquidas de frequência escola primária a partir de inquéritos nacionais recentes, incluindo o Censo de 2017. Embora outros inquéritos nacionais indiquem taxas de frequência muito mais elevadas do que o Censo, é importante notar que os inquéritos foram feitos em diferentes alturas do ano, com questões e metodologia diferentes.<sup>35</sup> A Figura 3-16 também mostra as taxas de frequência escolar primária provincial, o que reflecte disparidades significativas entre o Norte e o Sul. Ao mostrar as taxas de frequência líquida e bruta do ensino primário, os números sugerem que, dentro de cada província, pelo menos 15 por cento das crianças estão a frequentar a escola na classe incorrecta para a idade.

Painel A: Taxa líquida de frequência escolar primária a partir dos inquéritos



Painel B: Taxas de assiduidade primária, por província, 2017



34 Esta estruturação é crítica porque há consideravelmente menos escolas para o segundo ciclo (8.525) do que para o primeiro ciclo, que tem 13.216 escolas (Censo Escolar Anual, 2019: 13, citado no UNICEF, ALDE, 2020 [UNICEF 2020c]). Como resultado deste desequilíbrio no número de escolas, o acesso à educação de qualidade durante o EP2 é consideravelmente mais difícil.

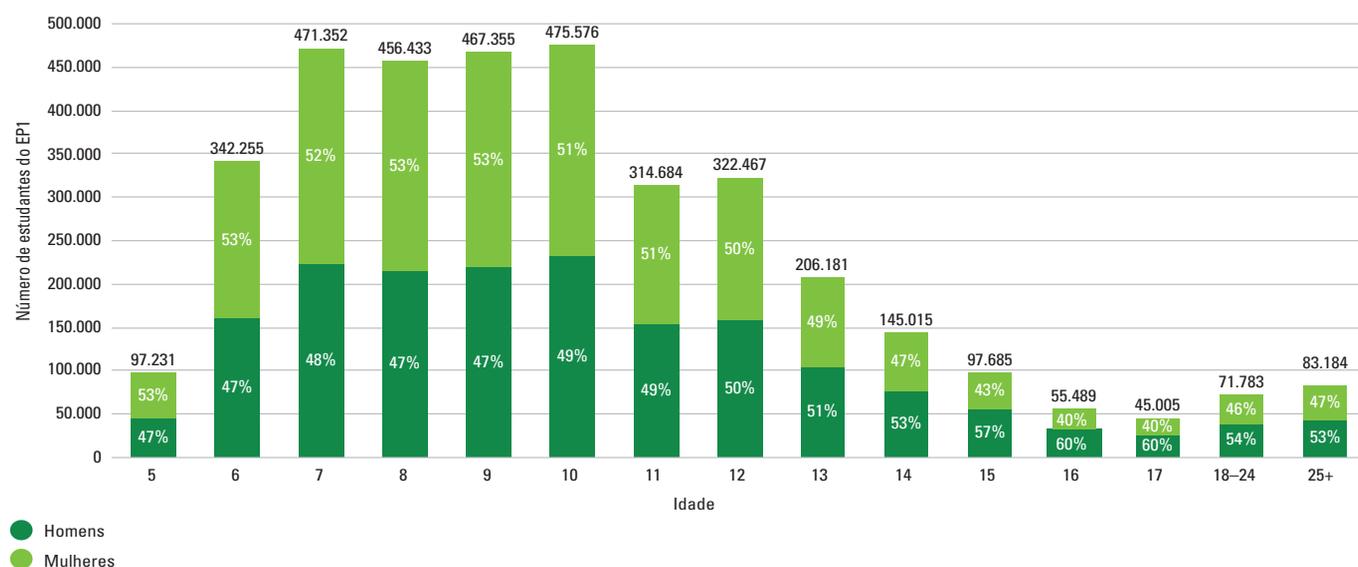
35 O Censo foi realizado em Agosto de 2017, o que pode ter coincido com as férias ou uma colheita sazonal em diferentes regiões do país e explica uma taxa de frequência mais baixa. O IOF 2019 também relata taxas de frequência mais elevadas que estão mais alinhadas com os dados administrativos do MINEHD (Inquérito aos Agregados Familiares e ao Orçamento, 2019)

Figura 3-15: Taxas de frequência ao ensino primário

Fonte: Estimativas de inquéritos dos IDSs mais recentes (INE, 2011), MICS (2008) e Censo (INE, 2019) (etiquetado no gráfico).

Nota: A taxa líquida de matrículas no ensino primário é o número de alunos em idade oficial do ensino primário (6-12 anos) que estão matriculados no ensino primário como uma percentagem do total de crianças da população em idade escolar oficial na altura do inquérito.

Painel A: Distribuição dos estudantes que frequentam o EP1 por idade e sexo



Painel B: Distribuição dos estudantes que frequentam o EP2 por idade e sexo

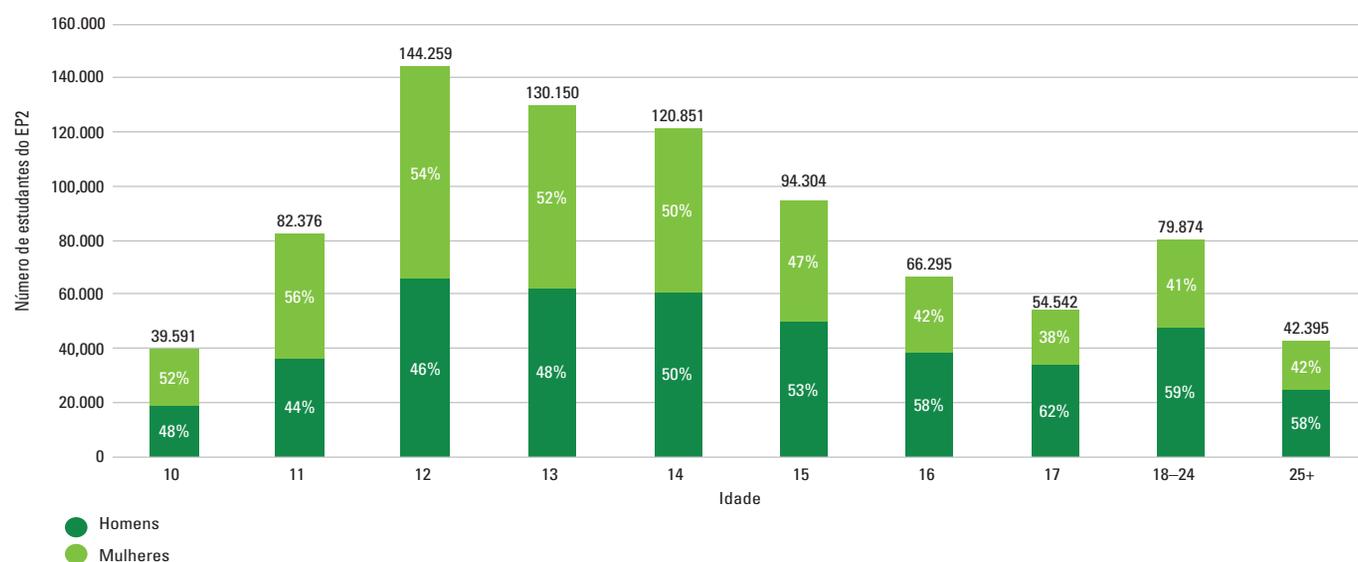


Figura 3-16: Número de estudantes que frequentam o EP1 e EP2, 2017

Fonte: Cálculos dos autores utilizando uma amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

De acordo com a Avaliação Longitudinal da Desistência Escolar de 2020 (ALDE), a média nacional de crianças que frequentam o nível escolar ideal é de 48 por cento sendo que nas zonas urbanas o número é de 64 por cento em comparação com 43 por cento nas zonas rurais (UNICEF, 2020c). O mesmo inquérito revelou também que 17 por cento de todos os alunos da escola primária são adolescentes (13–18) que deveriam frequentar o ensino secundário. A progressão da classe, passando de uma classe para outra, deteriora-se rapidamente desde o início da escola primária (8–9 anos), com quase um em cada cinco alunos de 11 anos (18 por cento) ainda a frequentar a primeira classe (UNICEF, 2020c),

salientando as ineficiências extremas no ensino primário e a incapacidade do sistema para se adaptar às diferentes necessidades das crianças de 11 anos na escola primária. A Figura 3-17 mostra a distribuição dos alunos no EP1 e EP2 por idade, de acordo com o Censo. O Painel A, mostra as taxas de matrículas consistentemente mais elevadas de raparigas em todas as idades até aos 12 anos de idade, quando a percentagem de matrículas de rapazes se torna mais elevada. O EP1 nos dados do Censo inclui os grupos etários das 1ª – 5ª classes; os dados revelam que aproximadamente 1,3 milhões de estudantes estão matriculados em classes fora da sua idade designada, e mais de 154.000 têm mais de 18 anos.

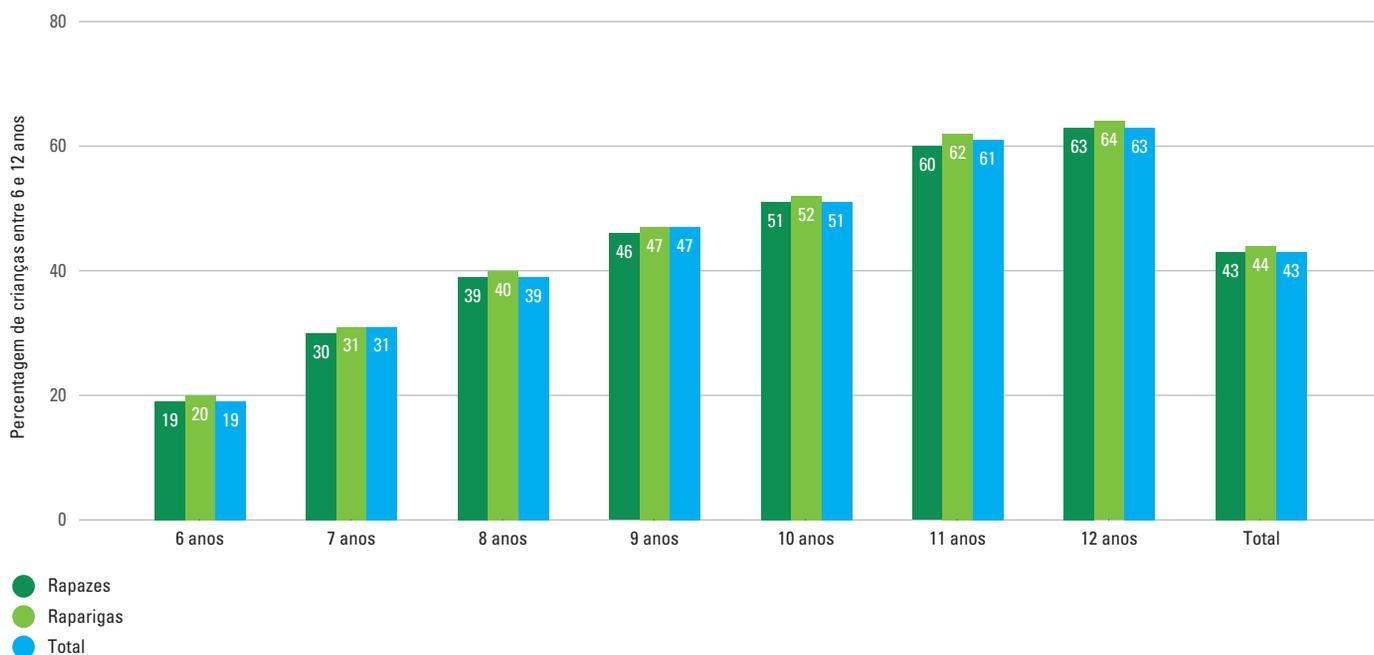


Figura 3-17: Taxa de alfabetização entre as crianças dos 6–12 anos

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017

No EP2, a inscrição de raparigas é superior à dos rapazes, até à idade de 14 anos. Estima-se também que aproximadamente 815.000 estudantes estão inscritos em turmas fora do seu grupo etário.

Em geral, as taxas de frequência escolar primária para raparigas e rapazes foram iguais em todo o ensino primário.<sup>36</sup> Contudo, quando cada ciclo do ensino primário é analisado separadamente, os dados do Censo mostram que os estudantes que frequentam as aulas do EP1 são mais propensos a serem raparigas, enquanto que os estudantes do EP2 são mais propensos a serem rapazes. Uma análise posterior da MINEDH relata que enquanto 94 por cento das raparigas em Moçambique se matricularam na escola primária, mais de metade desistiu até à 5ª classe, 11 por cento continuou a estudar no nível secundário, e apenas 1 por cento continuou na universidade (MINEDH, Education Policy Review of Mozambique, 2019a: 57; 2020).

### 3.3.2 DESEMPENHO ESCOLAR

A Figura 3-18 reflecte as taxas de alfabetização das crianças dos 6–12 anos de idade. A percentagem de crianças alfabetizadas aumenta com a idade numa média de 6 pontos percentuais por ano neste

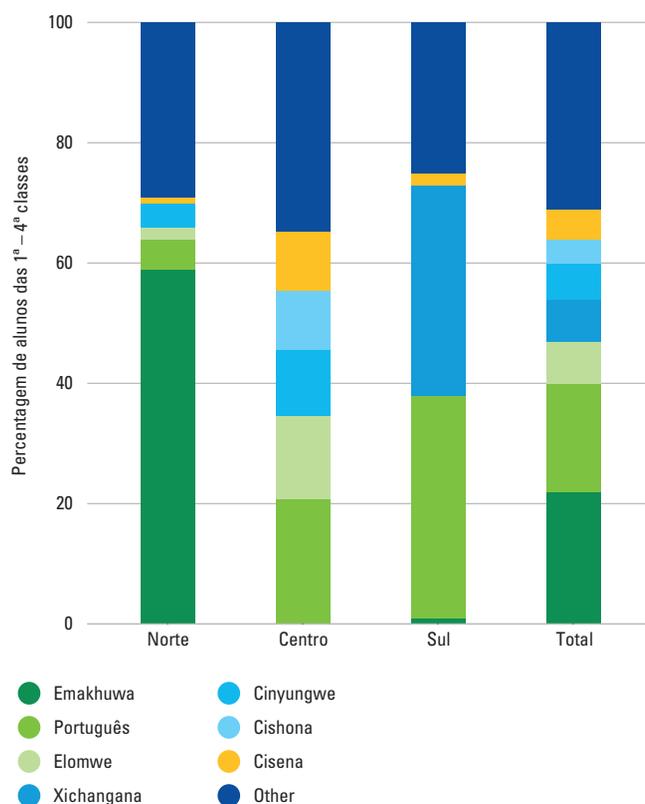


Figura 3-18: Línguas mais frequentemente faladas em casa, por região

Fonte: UNICEF 2020c: Avaliação de Grau de Leitura Antecipada.

36 O ODS 4.5 mede a paridade das taxas de matrículas na rede escolar de raparigas e rapazes. O Censo de 2017 perguntou aos pais se os seus filhos estavam a frequentar a escola nas duas semanas anteriores ao inquérito. Este foi utilizado como proxy para o indicador do ODS sobre a paridade de matrículas, reconhecendo ao mesmo tempo que mediu com maior precisão as taxas de frequência.



© UNICEF/Sebastian Rich

grupo etário. Em geral, na faixa etária das crianças entre os 6–12 anos de idade, apenas 43 por cento são alfabetizadas, com uma taxa de alfabetização ligeiramente mais elevada entre as raparigas.

Embora o português seja a língua oficial de ensino no sistema escolar moçambicano, apenas 18 por cento da população fala português como primeira língua – o que representa um grande desafio para o sector da educação (INE, 2019; MINEDH, 2021; entrevistas com a MINEDH). Em 2020, o ensino bilingue foi implementado em 109 distritos de todas as províncias e, envolveu 1.907 escolas, 4.045 professores e 237.958 alunos das 1ª – 7ª classes (MINEDH, 2020, como citado na PEE 2020–2029). A Figura 3-19 mostra resultados recentes do ALDE, em que a língua mais frequentemente falada foi Emakhuwa, com 22 por cento a nível nacional e 59 por cento das crianças a viver nas províncias do Norte. Os estudantes com resultados mais elevados em matemática e alfabetização falam português em casa (3,5 pontos mais altos, em média), têm livros em casa, lêem em casa ou lêem com a família (7 pontos mais altos, em média) do que aqueles que declararam não ler em casa (UNICEF, 2020c).

Estes resultados são consistentes com o último relatório sobre indicadores de prestação de serviços da educação (IPS) realizado em 2018 (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019), que mostrou uma pontuação

média de estudantes de 31,3 (de um total de 100) na avaliação da língua portuguesa. Menos de metade dos alunos da 4ª classe conseguiu identificar correctamente uma palavra e menos de 1 em cada 5 alunos conseguiu ler um parágrafo simples. Em matemática, cerca de 6 em cada 10 estudantes conseguiram realizar uma adição básica de um dígito, e apenas um terço dos estudantes conseguiu fazer uma subtracção de um dígito (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). Em média, os rapazes pontuavam mais do que as raparigas, tanto em matemática como em língua portuguesa. A diferença é de cerca de 6 pontos percentuais em português e quase 4 pontos percentuais em matemática (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). Embora a aprendizagem tenha melhorado em 2018 em comparação com o IPS de 2014, a desigualdade também aumentou, com a maior parte da melhoria do nível de educação verificada nos estudantes das províncias do Sul, com a Província de Maputo e a Cidade de Maputo a liderar a tabela. Um estudante do Sul obteve cerca de 35 pontos percentuais mais no teste português do que um estudante do Norte (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019).

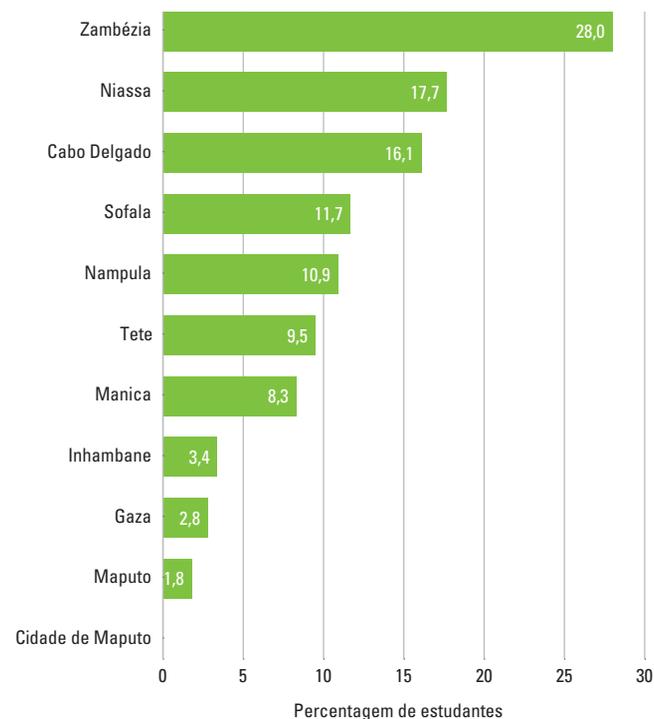
O ALDE mostrou que 91 por cento dos alunos em Maputo estavam na classe correta para a sua idade. Em comparação, em Cabo Delgado, apenas pouco mais de um quarto (28 por cento) dos alunos estavam na classe correta. Em Cabo Delgado, o número de

crianças que estavam dois a três anos atrasadas em relação à sua turma esperada excedeu o número das que estavam no bom caminho (30 por cento) (UNICEF, 2020c). Além disso, os estudantes que viviam em áreas urbanas excederam em mais de metade os resultados de aprendizagem dos seus homólogos rurais. Esses resultados posicionam Moçambique à frente da maioria dos países da região com as maiores lacunas urbano-rurais nos indicadores de aproveitamento escolar (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019).

### 3.3.3 ABSENTEÍSMO E DESISTÊNCIA

O absentismo das crianças afecta o aproveitamento escolar. As crianças são directamente afectadas pela perda de tempo de aprendizagem na escola, e indirectamente pela repetição de aulas (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). O absentismo prolongado pode levar ao abandono permanente da escola. Para compreender o abandono escolar em Moçambique, o UNICEF e o MINEDH estão a realizar um estudo do ALDE, seguindo estudantes individuais e as suas famílias ao longo de vários anos a partir de 2018. O estudo está também a analisar a relação entre o abandono escolar e os indicadores escolares das crianças.

No ensino primário, a ausência da escola é extremamente elevada, com os alunos a perderem em



**Figura 3-19:** Ausente da escola nos dois dias que antecedem a entrevista

Fonte: ALDE (UNICEF, 2020c).

Nota: a cidade de Maputo tem uma taxa de absentismo nula estimada nos últimos dois dias antes da entrevista.

média dois dias de aulas por semana (UNICEF, 2020c). Há regularmente mais rapazes ausentes da escola do que raparigas em qualquer idade. A Figura 3-20 mostra o absentismo na escola nos dois dias anteriores à entrevista em todas as províncias em Moçambique, registando taxas significativamente mais elevadas nas províncias do Norte e do Centro. O absentismo aumenta com a idade, atingindo um pico aos 13 anos de idade para rapazes e raparigas. Existe uma forte correlação entre a frequência escolar e as condições socioeconómicas da comunidade em que a escola está localizada (UNICEF, 2020c). Este resultado demonstra a relação cíclica entre a pobreza e a frequência escolar, com crianças dos quintis de menor riqueza forçadas a abandonar a escola enquanto as suas contrapartes mais ricas continuam a aprender e a desenvolver-se. De acordo com os encarregados de educação e professores, a frequência escolar é facilmente interrompida por uma combinação de obrigações e compromissos a nível comunitário e doméstico.

### 3.3.4 INFRAESTRUTURAS ESCOLARES

As más condições escolares, incluindo a falta de instalações de ASH e de equipamento escolar diminuem a motivação das crianças para frequentarem a escola (UNICEF, 2020c). A Figura 3-21 compara os indicadores de infraestruturas do IPS, que inclui disponibilidade de manuais escolares, e observa o rácio de professores entre 2014 e 2018 na 4ª classe nas escolas públicas. O IPS mostra uma ligeira melhoria no acesso das crianças aos livros, mas uma diminuição no acesso a equipamentos básicos.<sup>37</sup> Ele também mostra um pequeno declínio no acesso das crianças a infra-estrutura mínima, com apenas 28 por cento das escolas públicas a terem instalações sanitárias em funcionamento e visibilidade adequada nas salas de aula.<sup>38</sup> A Figura 3-21 mostra, por província, a proporção de salas de aula feitas de tijolo convencional e com estruturas precárias.<sup>39</sup> As salas de aula nas províncias do Norte têm mais probabilidades de serem de qualidade e estrutura inferiores às salas de aula nas províncias do Sul. Consequentemente, estas disparidades

37 O indicador de equipamento mínimo é um indicador binário que capta a disponibilidade do equipamento: (i) quadros negros e giz em funcionamento e (ii) canetas e livros de exercícios nas salas de aula do grau 4.

38 O indicador de infra-estrutura mínima é um indicador binário que capta a disponibilidade de: (i) sanitários em funcionamento e (ii) visibilidade em sala de aula. Os sanitários em funcionamento são definidos como aqueles que funcionam, acessíveis, limpos e privados (fechados e com separação de sexos), conforme inspeccionados pelos enumeradores. Estas foram baseadas em observações de turmas de grau 4 seleccionadas aleatoriamente nas escolas visitadas pelo estudo do indicador de prestação de serviços.

39 As salas de aula precárias são frequentemente salas de aula ao ar livre.

Salas de aula por tipo de construção, por província, ensino público (primário e secundário), 2018

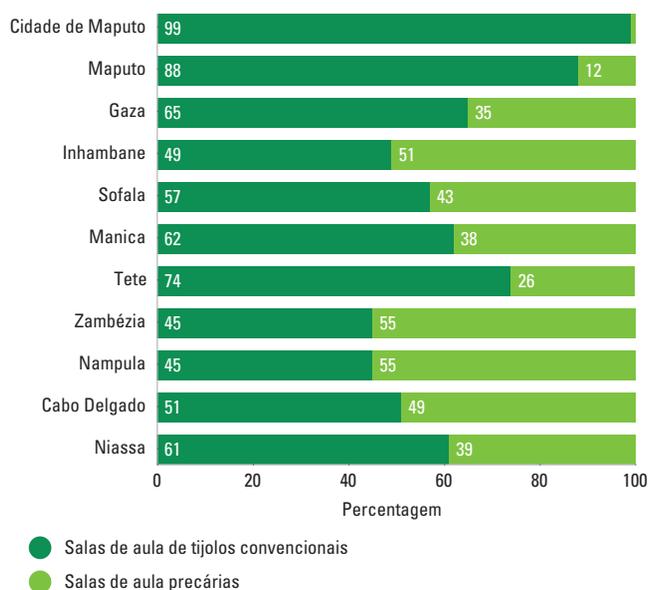


Figura 3-20: Infraestruturas escolares

Fonte: Bassi et al, 2019; MISAU, 2018.

provinciais são uma causa subjacente que conduz a uma retenção e aproveitamento não equitativo nas escolas.

O estado precário das infraestruturas escolares deve-se à falta de manutenção de rotina e ao impacto de desastres naturais recorrentes e de condições meteorológicas severas. Em 2019, o ciclone tropical Idai afectou mais de 382.717 estudantes e 9.616 professores e danificou mais de 3.350 salas de aula (UNICEF, 2020c). Em Janeiro de 2021, o ciclone Eloise também causou danos significativos nas infraestruturas escolares. O Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres informou que foram destruídas 178 salas de aula (das quais 96 em Sofala e 82 em Manica), para além de 278 salas de aula parcialmente danificadas.

O PEE prevê a expansão do ensino primário e secundário, com a construção de um total de 8.000 salas de aula, das quais aproximadamente 80 por cento são para o ensino primário e 20 por cento para o secundário. Isto inclui também a requalificação das escolas primárias em escolas com o ensino básico, que é o ensino primário mais o primeiro ciclo do ensino secundário. O conceito de uma escola completa será introduzido gradualmente até 2024 e, mais tarde generalizado no período 2025–2029. O PEE afirma que a construção e reabilitação serão planeadas em termos de equidade dando prioridade às províncias e distritos com maiores necessidades. Para reduzir os danos futuros nas escolas em áreas propensas ao risco, o PEE prevê também a construção de protótipos de

escolas resilientes, de acordo com o mapeamento do risco designado.<sup>40</sup>

Apesar do enfoque na expansão das infraestruturas escolares, muitos dos investimentos não deram prioridade à ASH. Os investimentos em ASH nas escolas são em grande parte financiados por doadores e é impossível seguir os orçamentos de ASH para as escolas, uma vez que não existe um código de identificação único no orçamento nacional. O estudo do IPS de 2018 concluiu que perto de 50 por cento das escolas não tinham água potável, com variações distintas entre o Norte (mais de 70 por cento), Centro e Sul do país. Enquanto muitas escolas têm casas de banho, com mais de 90 por cento, muitas casas de banho não são higienizadas, privadas ou acessíveis e, além disso, apenas 20 por cento das escolas tinham instalações para os alunos lavarem as mãos (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). Foram observados números semelhantes no estudo do ALDE, que mostrou que das 60 escolas analisadas, 36 por cento não tinham acesso a fontes de água melhoradas e, 42 por cento não possuíam instalações sanitárias melhoradas. Noventa e seis por cento das escolas não tinham estações de lavagem das mãos com água, sabão, ou cinzas. Além do mais, o sistema de informação de rotina de gestão de saúde ou o sistema de informação de gestão de educação não incluem indicadores para ASH. A falta de dados de rotina mina a programação e os investimentos eficazes, orientados por dados, para reforçar a ASH nas instalações educativas. Contudo, a COVID-19 apresentou uma nova oportunidade para estabelecer estações de lavagem das mãos e reforçar os comportamentos de higiene (UNICEF, 2020f). O Governo deu maior ênfase à disponibilização de instalações de lavagem das mãos com sabão e água em todas as escolas, para facilitar o regresso e a frequência em segurança das crianças.

A falta de ASH nas escolas tem um impacto significativamente negativo na assiduidade das raparigas, especialmente durante a menstruação (UNICEF, 2020c). O inquérito do ALDE mostrou que nas escolas com latrinas com porta e paredes, as crianças tinham o dobro da probabilidade de frequentar a escola, indicando a importância de instalações sanitárias que garantam a privacidade (UNICEF, 2020c). A análise multivariada também mostrou que a presença de uma fonte de água melhorada dentro das instalações escolares estava associada a uma redução de 90 por cento nas probabilidades de as raparigas menstruadas faltarem à escola nos dois dias anteriores

40 A construção de escolas resilientes faz parte do “Projecto Escolas Seguras” introduzido em 2017 pelo Governo para abordar a vulnerabilidade das escolas ao clima extremo e aos ciclones.



© UNICEF/Ruth Ayisi

à entrevista, reforçando as evidências globais que ligam as instalações inadequadas de ASH ao absentismo escolar das raparigas (UNICEF, 2020c).

O MINEDH e o MISAU desenvolveram conjuntamente a estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença nas escolas em 2010, que enfatiza a higiene individual e colectiva, o saneamento ambiental, a nutrição e um ambiente escolar saudável. Em 2013, Programa Nacional de Alimentação Escolar (PRONAE), começou a fornecer às crianças das escolas primárias pelo menos uma refeição nutritiva por dia, utilizando alimentos disponíveis localmente, tais como, o milho e óleo fortificados (Programa Mundial de Alimentação, 2018).

### 3.3.5 QUALIDADE DO ENSINO

A qualidade do ensino e a retenção de estudantes estão altamente correlacionadas (Molina & Martin, 2015). A qualidade do ensino é uma preocupação significativa para o Governo e o MINEDH, que já fizeram um investimento considerável na formação de professores (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). O estudo da IPS de 2018 sobre o desempenho de qualidade nas escolas primárias de Moçambique demonstrou que o desempenho dos professores era extremamente fraco, com baixos níveis de competências pedagógicas e conhecimento dos conteúdos curriculares necessários para ensinar as suas lições. Apenas 3,3 por cento dos professores tinham o domínio do conhecimento mínimo em matemática e 1 por cento do português (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). Além disso, melhores

professores com mais experiência de ensino tendiam a trabalhar nas províncias do Sul em ambientes urbanos, correlacionando-se com os melhores resultados dos alunos (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019).

A monitorização e supervisão dos professores também não é adequadamente aplicada em Moçambique (República de Moçambique, 2020b).<sup>41</sup> Em 2018, o IPS administrou a ferramenta Teach do Banco Mundial, que avaliou o ensino nas salas de aula através da observação do comportamento dos professores nas salas de aula, na interacção com os alunos, e na preparação da aula. Alunos de professores mais bem avaliados pela ferramenta (i.e., entre os 25 por cento mais bem avaliados) alcançaram uma média de 36 pontos (de um total de 100) em testes aplicados entre os alunos. Alunos de professores com pior desempenho (entre os 25 por cento mais baixos), obtiveram apenas 26 pontos.

Mal equipados formadores de professores são um dos determinantes para a fraca qualidade de ensino em Moçambique. Um estudo encomendado pelo MINEDH para compreender a qualidade e metodologia da formação de professores do ensino primário em português e matemática em duas províncias, Tete e Zambézia, concluiu que os formadores de professores estavam mal preparados para ensinar os conteúdos com os objectivos de aprendizagem e, apresentavam a planificação de aulas mal definidos. Ademais, os

<sup>41</sup> As taxas de absentismo dos directores e professores das escolas, estimadas em 44 por cento e 28,1 respectivamente, destacam os desafios dos actuais mecanismos de monitorização e supervisão (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019).

professores demonstraram também um conhecimento inconsistente de gramática e matemática portuguesas (Molina & Martin 2015). Com efeito, professores com má formação conduzem a uma má qualidade de ensino, o que afecta a aprendizagem dos estudantes e consequentemente os indicadores de aprendizagem.

A diminuição do rácio aluno-professor nas salas de aula é uma prioridade do sector da educação, mas a redução consistente no recrutamento de professores mina esta prioridade (República de Moçambique, 2020b). A sobrelotação nas salas de aula contribui para o absentismo das crianças em idade escolar, porque estas não recebem a atenção necessária para facilitar a aprendizagem, o que leva à desmotivação e à fraca assiduidade. Em 2018, havia em média 64,2 alunos para um professor (República de Moçambique, 2020b). Dos 143.508 mil professores de todos os níveis de ensino, 62 por cento eram professores do EP1, 21 por cento do EP2 e 17 por cento representavam o ensino secundário (MINEDH, 2020). O IPS constatou que havia mais professoras nas províncias do Sul, o que estava associado a melhores indicadores de aprendizagem (Abel & Hu, 2017; Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019).<sup>42</sup>

### 3.3.6 EDUCAÇÃO INCLUSIVA

O Artigo 4 da lei do sistema nacional de educação de 2018 estabelece que a inclusão, equidade e igualdade de oportunidades devem ser implementadas em todos os subsistemas de educação. Assim, os estudantes com necessidades educativas especiais e todos os indivíduos independentemente da idade, sexo, etnia, língua, deficiência/aptidão, classe social e estado de saúde podem frequentar a escola. Apesar desta lei normativa favorável e, do instrumento recentemente aprovado pelo Governo em matéria de política de educação inclusiva, existem barreiras distintas que têm impacto na implementação prática da lei. Isto resultou nos actuais baixos níveis de matrícula e frequência escolar de crianças com deficiência.

Em 2019, de acordo com dados administrativos do MINEDH, 53.612 crianças com deficiência foram registadas em todas as classes do EP1, o que equivale a 0,9 por cento de todas as crianças registadas. No EP2 do mesmo ano, foram registadas 11.734 crianças com

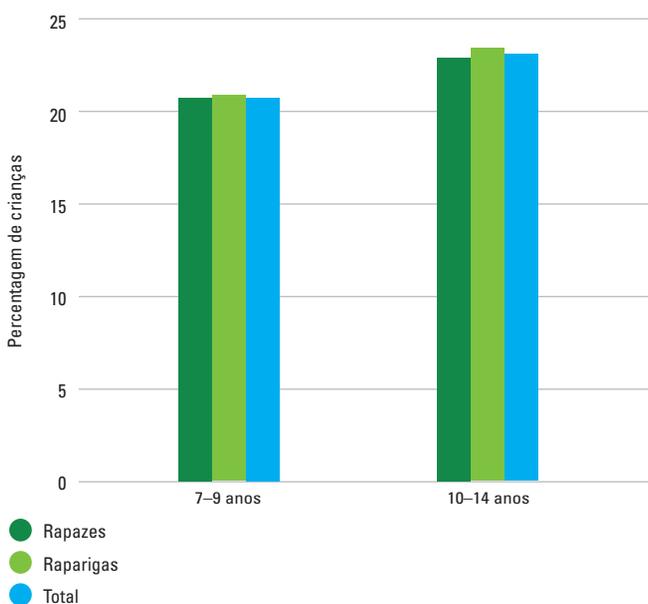
deficiência (MISAU, 2019). Contudo, os dados do Censo indicam que a percentagem de crianças inscritas com deficiências, incluindo físicas, sensoriais e intelectuais, é um pouco mais elevada em 1,2 por cento.

A matrícula na educação de crianças com deficiência pode ajudar a quebrar o ciclo de privação, pobreza, desigualdade, e proporcionar oportunidades e apoiar a inclusão ao longo da vida. A estratégia de educação inclusiva (2020–2029) identificou barreiras fundamentais à educação inclusiva entre os portadores de deveres (professores), os detentores de direitos e a comunidade. Entre os portadores de deveres, as principais barreiras estão relacionadas com a falta de conhecimento das leis e do seu papel na implementação da educação inclusiva. A falta de recursos financeiros para frequentar escolas era a principal barreira para as crianças com deficiência – detentores de direitos – especialmente entre as famílias mais pobres. A nível da comunidade, a principal barreira está relacionada com o estigma e a discriminação que impedem as crianças com deficiência de aceder aos serviços. Há uma falta de transporte adequado para a escola para as crianças com deficiência (República de Moçambique, 2020b). Para além do acesso restrito a alguns edifícios escolares, há também muito poucos professores com formação em necessidades de educação especial e com acesso a materiais didácticos apropriados (Tomai et al., 2017). Além disso, Percshler (2018), relata que as crianças com deficiência enfrentam discriminação e violência, o que restringe a sua participação nas escolas.

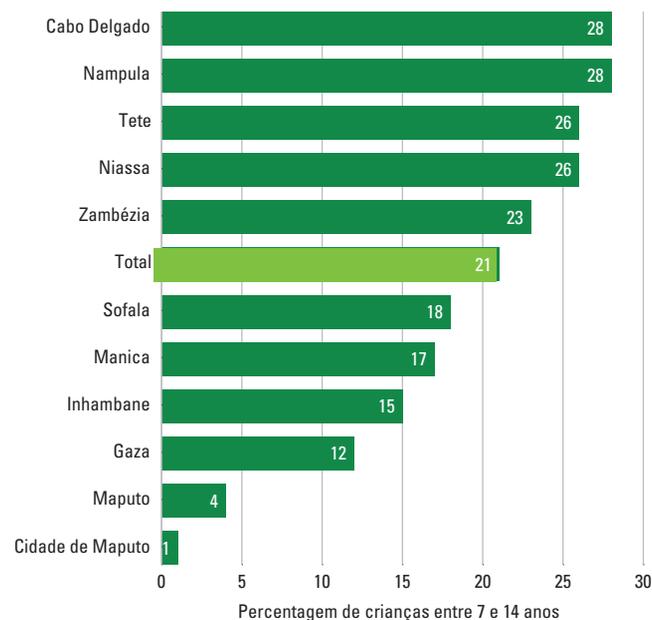
Também não existem políticas nas escolas que protejam lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer e intersex (LGBTI) jovens (The Other Foundation, 2017). As suas necessidades não são adequadamente atendidas através das escolas ou de programas de saúde sexual e reprodutiva. Na investigação conduzida pela *The Other Foundation*, a comunidade LGBTI informou-os de que, devido à sua orientação sexual e identidade de género, estavam a ser intimidados ao ponto de abandonarem a escola. As escolas são espaços heteronormativos e cisnormativos em Moçambique e as questões relacionadas com a sexualidade e identidade, que são consideradas tabu, raramente são discutidas, apesar da aparência de uma educação sexual abrangente ensinada em algumas escolas. Contudo, devido à elevada prevalência do HIV em Moçambique, vários programas têm-se concentrado na agência e direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, incluindo os projectos *Geração Biz*, e *Rapariga Biz*, que estão em curso e bem posicionados para abordar a inclusão de estudantes LGBTI nas escolas e na comunidade (UNFPA, 2019; Ministério da Juventude e Desportos et al., 2018).

42 A melhor maneira de as crianças aprenderem qualquer disciplina é na sua primeira língua. Mais de 50 anos de investigação mundial mostraram que as crianças aprendem mais rapidamente e melhor na língua que melhor conhecem (Walter, 2016). A aprendizagem da alfabetização é mais fácil quando as escolas fornecem instrução inicial de alfabetização na língua materna da criança. Tal instrução é consistente com o aproveitamento dos pontos fortes da própria criança e a ligação de material não familiarizado com o familiar para maximizar a eficiência da aprendizagem. As competências de alfabetização desenvolvidas na língua materna podem então ser aplicadas à aprendizagem da leitura e da escrita numa segunda língua (Walter, 2016).

Painel A: Trabalho infantil por grupos etários



Painel B: Trabalho infantil, por província



Painel C: Trabalho infantil, por quintis de riqueza

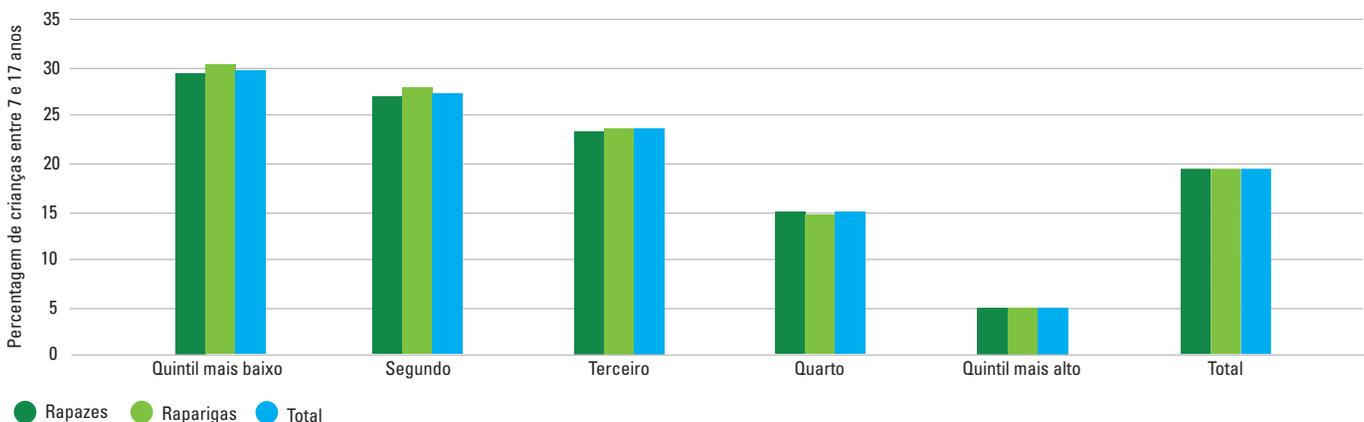


Figura 3-21: Trabalho infantil

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

### 3.3.7 CRIANÇAS QUE NÃO ESTÃO NA ESCOLA

Para além de não atingirem os níveis de escolaridade, as crianças que não estão na escola correm um risco acrescido das piores formas de trabalho infantil e de tráfico de crianças.<sup>43</sup> A Figura 3-22 mostra que uma em cada cinco crianças com idades entre os 7 e os 14

anos estava envolvida em alguma forma de trabalho infantil em Moçambique. A análise do Censo de 2017, que leva em consideração o número de horas trabalhadas de acordo com diferentes grupos etários, mostra as províncias com as taxas mais elevadas de trabalho infantil. As províncias com mais de 20 por cento de crianças envolvidas em trabalho infantil estão correlacionadas com as províncias que têm as taxas mais elevadas de pobreza infantil multidimensional (UNICEF, 2020i). Onde quer que a pobreza extrema prevaleça, é mais provável que as crianças abandonem a escola para contribuírem para o rendimento do seu agregado familiar. Em Moçambique é comum que os rapazes abandonem temporariamente a escola para ajudar nas colheitas enquanto que as raparigas têm maior probabilidade de abandonar definitivamente a escola (República de Moçambique, 2020b; UNICEF,

43 O trabalho infantil é definido como o trabalho que excede um número mínimo de horas, dependendo da idade de uma criança e do tipo de trabalho. Foram considerados os seguintes critérios específicos a diferentes grupos de idade: trabalho infantil para a faixa etária de 7-11 anos: crianças que trabalham pelo menos 1 hora por semana em actividade económica e/ou envolvidas em serviços domésticos não remunerados durante mais de 21 horas por semana; trabalho infantil para a faixa etária de 12-14 anos: crianças que trabalham pelo menos 14 horas por semana em actividade económica e/ou envolvidas em serviços domésticos não remunerados durante mais de 21 horas por semana; trabalho infantil para a faixa etária de 15-17 anos: crianças que trabalham mais de 43 horas por semana em actividade económica.

2020c). No entanto, o trabalho infantil reforça os ciclos intergeracionais de pobreza, como evidenciado pelos rapazes nos quintis de riqueza mais baixos, que têm maior probabilidade de estar envolvidos em trabalho infantil, e pelas raparigas, que têm maior probabilidade de estar envolvidas em trabalho doméstico. Das crianças que trabalham, os rapazes têm maior probabilidade de serem remunerados.

Apesar da legislação sobre trabalho infantil ser progressiva e incorporar as melhores práticas internacionais, o Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos relata dificuldades na identificação das vítimas de trabalho infantil (Embaixada dos Estados Unidos, 2018; UNICEF, 2020g).<sup>44</sup> Em Moçambique existe uma escassez de inspectores do trabalho com formação e competências para identificar e monitorar sistematicamente os tipos de trabalho em que as crianças estejam envolvidas. Contudo, há relatos episódicos de crianças que trabalham em cenários perigosos na produção de tabaco, sindicatos mineiros ilegais e transporte de mercadorias (Ramos, 2018 & US, Bureau of International Labor Affairs, 2020; Mining Review, Africa, 2019). A fraca governação dos locais de trabalho permite que algumas indústrias, tais como, as indústrias extractivas e madeiras estabeleçam locais de trabalho informais onde as crianças pequenas são empregues e exploradas (Organização Internacional do Trabalho, 2018; Verité Inc, 2020).

Para além da monitoria inadequada do trabalho infantil, o tráfico de crianças é também mal controlado, na medida em que, entre 2014 e 2019, foram identificados apenas 154 casos de tráfico humano, dos quais 34 eram crianças (Estados Unidos da América, Departamento de Estado, 2020). Embora o Governo tenha aumentado os esforços de sensibilização para o tráfico de crianças, com a criação de um grupo de trabalho sobre o tráfico de pessoas, o plano de acção nacional e os regulamentos para o tráfico de pessoas ainda não estão finalizados. O Governo lançou um website dedicado à denúncia de casos suspeitos de exploração sexual comercial online de crianças, incluindo a sua utilização na produção de pornografia (Embaixada dos Estados Unidos da América, 2018).

Uma vez que a pobreza e a falta de oportunidades de emprego são factores de tráfico de mão-de-obra, é mais provável que os rapazes sejam traficados para locais de mineração no Norte do país ou que trabalhem em empregos agrícolas coercivos e não remunerados

na África do Sul e em Eswatini.<sup>45</sup> As raparigas, por outro lado, estão escondidas na servidão doméstica e no trabalho sexual e, são traficadas internacionalmente para Angola, Itália e Portugal para o trabalho forçado e trabalho sexual. Órfãos e crianças com deficiências como, o albinismo também foram alvo e, em alguns casos, assassinadas ou mutiladas por partes do corpo que se acredita terem poderes mágicos (Perschler, 2018 & Mostert, M. & Weich, M., M., 2017; Estados Unidos da América, Departamento de Estado, 2020). Nos últimos sete anos, houve relatos de mais de 100 crianças com albinismo a serem traficadas ou assassinadas e mutiladas partes de órgãos, particularmente na Zambézia e em Tete.

### 3.3.8 RESUMO E RECOMENDAÇÕES CHAVE

Para as crianças moçambicanas, as oportunidades de educação para além da frequência da escola primária são limitadas. Embora o MINEDH reporte consistentemente mais de 90 por cento de taxas de matrículas (2018, 2019, 2020), pouco mais de metade das crianças em idade escolar primária frequentavam a escola (57 por cento) de acordo com o censo mais recente, reduzindo significativamente as suas oportunidades de crescimento intelectual e social. As crianças do Norte do país são muito menos propensas a frequentar a escola do que os seus pares nas províncias do Sul. O absentismo e abandono escolar na escola primária estão ligados a compromissos familiares e cerimoniais, a infraestruturas e recursos inadequados e à fraca qualidade do ensino. Esforços são necessários para abordar estes factores e melhorar a retenção na escola primária, e assim melhorando a qualidade da aprendizagem, assegurando níveis mais elevados de Português e Matemática e, fornecendo o apoio muito necessário aos estudantes na transição para a escola secundária. Os professores moçambicanos necessitam de formação adicional considerável com apenas 3,3 por cento dos professores têm o conhecimento mínimo de Matemática e apenas 1 por cento de Português (Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019). O investimento é fundamental para melhorar as competências dos professores e as dos formadores de professores em Matemática e Português.

A pobreza é uma das principais causas do abandono escolar: muitas crianças deixam a educação

44 Ver Anexo 5 para leis e legislações sobre trabalho infantil.

45 Existem rotas de tráfico rural a urbano estabelecidas em Moçambique ao longo do corredor de paragem de camiões que liga Moçambique a Eswatini e à África do Sul (Estados Unidos da América, Departamento de Estado, 2020; Gabinete das Nações Unidas para a Droga e o Crime UNODC, 2018).

para trabalhar para complementar o rendimento familiar. Mais de 21 por cento das crianças com idades compreendidas entre os 7–9 anos estão envolvidas em alguma forma de trabalho infantil. Vários relatórios da indústria indicam que as crianças estão envolvidas nas piores formas de exploração do trabalho e são extremamente vulneráveis ao tráfico de crianças (Ramos, 2018). As crianças que vivem no Norte e nos quintis mais baixos de riqueza têm maior probabilidade de ter abandonado a escola para procurar trabalho. A inspecção do trabalho é

actualmente incapaz de monitorar todos os casos de trabalho infantil, dado que as piores formas de trabalho infantil não são actualmente relatadas, apesar de relatórios anedóticos da indústria reconhecerem que as crianças estão envolvidas em trabalho nos sectores mineiro e extractivo. São necessários esforços para monitorar esta situação e manter as crianças na escola. As principais recomendações chave que abordam este e outros problemas discutidos nesta secção são apresentadas na Tabela 10.

**Tabela 10:** Recomendações chave para a meia infância

PROBLEMA E ODS RELEVANTES	BARREIRAS	RECOMENDAÇÃO
<p><b>Baixa frequência escolar, particularmente de meninas e crianças com deficiência</b></p> <p><b>ODS 4.1:</b> 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</p>	<p>Baixos níveis de alfabetização e numeracia dos conhecimentos; fraca experiência pedagógica dos professores</p> <p>Falta de acessibilidade de e para as escolas, e acesso às escolas</p> <p>Falta de professores formados em educação especial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter os esforços atuais para melhorar a educação de qualidade e a formação de professores que garanta o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades, valores ético-morais e alternativas ao castigo corporal para acabar com a violência nas escolas.</li> <li>• Melhorar a retenção de professores experientes no ensino primário, através de condições de vida e de trabalho e remuneração adequadas e dignas.</li> <li>• O Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano e ministérios relevantes devem coordenar a operacionalização da estratégia de educação inclusiva incluindo a garantia da alocação apropriada do orçamento em todos os ministérios.</li> </ul>
<p><b>Infraestruturas escolares inadequadas e ASH, que contribuem para o absentismo e o abandono escolar</b></p> <p><b>ODS 4.A:</b> Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e à igualdade de género, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos</p>	<p>Falta de orçamento para implementar a construção e manutenção necessárias para escolas seguras</p> <p>Nenhuma norma de serviço nacional ou de concepção de ASH nas escolas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano na construção de escolas mais seguras através da reconstrução de infraestruturas danificadas para que as mesmas sejam de qualidade e resilientes. Isto inclui a defesa do desenvolvimento de um plano de custos para a construção, reabilitação e manutenção de infraestruturas escolares, particularmente para a educação básica obrigatória de 9 turmas.</li> <li>• Desenvolver uma fórmula de alocação de recursos baseada na equidade que seja utilizada e apoie as escolas que mais necessitam, com foco nas áreas rurais e nas províncias do Norte.</li> <li>• Expandir a infraestrutura de ASH escolar e os comportamentos de higiene associados. Todas as melhorias nas infraestruturas devem ter em consideração o acesso e a utilização por parte das crianças com deficiências.</li> <li>• Defender mudanças na legislação para proibir explicitamente todas as formas de punição corporal. Especificamente, revogar todas as disposições legislativas que são interpretadas como justificações para o uso de castigos corporais em ambientes domésticos e escolares.</li> </ul>
<p><b>Presença das piores formas de trabalho infantil</b></p> <p><b>ODS 8.7:</b> Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, assegurar a proibição e a eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo o recrutamento e utilização de crianças-soldado, e, até 2025, acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas</p>	<p>Dados e monitoria inadequados para compreender a extensão das crianças que trabalham nos sectores extractivos</p> <p>Falta de inspecções de trabalho para realizar revisões no local</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Inspecção do Trabalho para melhorar a monitorização das práticas de emprego e implementar efectivamente as leis e políticas sobre o trabalho infantil, particularmente no sector agrícola e mineiro.</li> <li>• O Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social para desenvolver programas e mecanismos de coordenação intersectorial para identificar e proteger as vítimas de trabalho infantil e, que sejam extensivas ao sector informal.</li> </ul>



© UNICEF/Mario Lemos

## 3.4 Adolescência e juventude

*A adolescência, a fase de transição do crescimento entre a infância e a idade adulta, é uma das fases mais rápidas e formativas do desenvolvimento humano (OMS, 2017).*

Esta fase tem recebido significativamente mais atenção nos últimos cinco anos devido à evolução física, cognitiva, social, emocional e sexual que caracteriza tanto os rapazes como as raparigas. É também o segundo período mais crítico do desenvolvimento físico no ciclo de vida – após o primeiro ano de vida – com 25 por cento da altura adulta a ser atingida durante a adolescência. A adolescência representa assim uma segunda janela de oportunidade durante a qual se pode acumular um crescimento substancial, com impacto positivo intergeracional (Christian, 2016). Tal como em outros períodos do ciclo de vida, as experiências e o desenvolvimento das crianças durante este período correlacionam-se fortemente com o sua situação socioeconómica, a sua localização geográfica e as desigualdades e preconceitos enraizados.

A fase da adolescência é também quando os jovens exploram a sua sexualidade e adoptam comportamentos de risco, que podem ter grandes impactos na sua saúde e bem-estar e na transição

para a idade adulta (OMS, 2017). Para muitas crianças em Moçambique esta fase de desenvolvimento é relativamente breve, encurtada por práticas culturais e de género que significam o início da vida adulta para muitos rapazes e, a maternidade para as raparigas. Isto significa que a janela de oportunidade para influenciar a mudança é também encurtada. Deste modo, é fundamental envolver as crianças o mais cedo possível com intervenções que forneçam informações sobre os seus direitos de saúde sexual e reprodutiva e boa nutrição, e que desenvolvam as competências necessárias para entrar na força de trabalho.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Embora existam algumas excelentes iniciativas em Moçambique – tais como o Programa Rapariga Biz que proporciona às raparigas jovens, incluindo raparigas com deficiências, acesso a informação vital sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV, parlamento juvenil e infantil, rádio e jornalistas juvenis – estes investimentos não são acessíveis a todos os jovens, particularmente num tempo desafiado por medidas de distanciamento social e pela necessidade inerente de conectividade à Internet, para a qual Moçambique está mal preparado.

Esta secção analisa a situação das crianças que transitam da escola primária para o ensino secundário em Moçambique. Esta secção destaca os baixos níveis de frequência do ensino secundário tanto para as raparigas como para os rapazes, situação que acaba minando as suas oportunidades futuras, incluindo as oportunidades de se matricularem em formação

profissional. A análise do Censo identificou que as crianças são mais susceptíveis de entrar na força de trabalho durante a adolescência e, por conseguinte, estão mais expostas aos riscos das piores formas de trabalho infantil e de tráfico. Esta secção também informa sobre os objectivos dos ODS apresentados no Tabela 11.

**Tabela 11:** Progresso nos indicadores dos ODS relacionados com crianças na adolescência e juventude

ODS	INDICADOR RELATIVO ÀS CRIANÇAS	VALOR MAIS RECENTE (INQUÉRITO – ANO)
<b>ODS 3.3:</b> Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 crianças não infectadas 0–14 anos	1.1 (UNAIDS – estimativas modeladas)
<b>ODS 3.7:</b> 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	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15–19 anos) que têm a sua necessidade de planeamento familiar satisfeita com os métodos modernos	43% (AIS – 2015)
	Taxa de nascimento de adolescentes (15–19 anos de idade) por 1.000 mulheres	108 (Census – 2017)
<b>ODS 5.3:</b> Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e envolvendo crianças, bem como as mutilações genitais femininas	Proporção de mulheres de 13–17 anos casadas ou em união	21,5% (VACS – 2019)
	Proporção de mulheres de 18–24 anos casadas ou em união antes dos 18 anos de idade	41,1% (VACS – 2019)
<b>ODS 16.2:</b> Acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças	Proporção de mulheres jovens de 18–24 anos que sofreram violência sexual aos 18 anos de idade	14,3% (VACS – 2019)

### 3.4.1 ENSINO SECUNDÁRIO

A manutenção das crianças no ensino secundário está associada a uma maior saúde e bem-estar e a melhores resultados socioeconómicos futuros (OMS, 2017). Em Moçambique, os jovens adolescentes reconhecem que a educação é um direito, e que a escola é o lugar apropriado para aprenderem, mas, existe um grande fosso entre esse desejo e a realidade. Muitas crianças, à medida que envelhecem, simplesmente não podem ir à escola por causa das responsabilidades familiares e das barreiras geográficas severas. O inquérito *U-report* realizado para esta análise situacional em Dezembro de 2020 revelou que a maior preocupação para os adolescentes, após a pobreza doméstica, era não poder ir à escola. Consequentemente, completar a educação é um direito humano fundamental que está fora do alcance de muitas crianças em Moçambique.

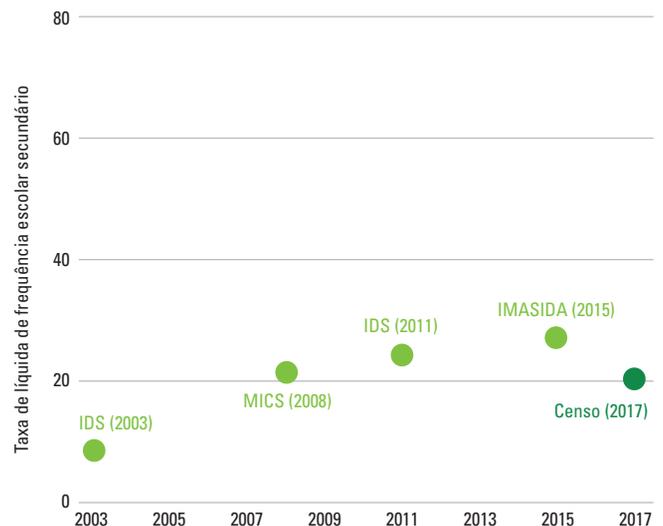
A nível organizacional, as escolas não só desempenham um papel vital na alfabetização como são plataformas igualmente importantes para a promoção e protecção de comportamentos saudáveis. Isso inclui uma nutrição saudável, uma educação sexual abrangente e apropriada, e um maior acesso às vacinas, tais como, a vacina contra vírus do papiloma humano. As escolas também são importantes na disseminação de informação para que os adolescentes se envolvam activamente em deveres cívicos, a exemplo das acções contra as alterações climáticas. Em particular, a transição da escola primária para a secundária é uma fase crítica para as raparigas e rapazes em Moçambique. As raparigas que fazem a transição com sucesso têm menor probabilidade de engravidar e experimentar as uniões prematuras (UNICEF, 2015), enquanto que os rapazes têm muito menos probabilidades de se envolverem nas piores formas de trabalho e criminalidade (Estados Unidos da América, 2020).

Embora tenha havido grandes esforços por parte do MINEDH para expandir e melhorar as infraestruturas do ensino secundário, não é claro qual tem sido o impacto na retenção do ensino secundário.<sup>47</sup> Ainda existem barreiras geográficas na prestação do ensino secundário. Por exemplo, para continuar a educação, as crianças podem ter de deixar as suas famílias e permanecer com familiares nas comunidades onde o ensino secundário está disponível (República de Moçambique, 2020b). Alguns estudos secundários são ministrados por ensino à distância, mas, o seu âmbito é limitado, com apenas cerca de 3 por cento do número total de estudantes a aprender através dessa modalidade (MINEDH 2019).

A taxa de matrícula declarada pelo MINEDH para o ciclo ES1 em 2020 foi de 47,4 por cento, e ES2 49,1 por cento (MINEDH, Estatísticas da Educação, 2020).<sup>48</sup>



© UNICEF/Alex Webb



**Figura 3-22:** Tendência na frequência líquida do ensino secundário

Fonte: Estimativas do inquérito dos DHS mais recentes (USAID, n.d), MICS (2008) e Censo (INE, 2019) (etiquetado em gráfico).

Por seu turno, o Censo de 2017 reportou taxas líquidas de frequência significativamente mais baixas, de 20 por cento, equivalentes às medidas no MICS 2008, apesar de uma tendência crescente reflectida em outros inquéritos (Figura 3-23).<sup>49</sup> O Censo igualmente indica que muitas crianças no ensino secundário estavam na classe incorrecta para a sua idade, com disparidades entre raparigas e rapazes. A Figura 3-24 mostra a distribuição dos alunos do ensino secundário por grupos etários em ES1 e ES2 e mostra que, até os 15 anos, há mais raparigas do que rapazes no ensino secundário. Consequentemente, de acordo com os dados do Censo, é por desta idade que a taxa de alfabetização das raparigas começa a ficar atrás dos seus pares masculinos. Enquanto a taxa de alfabetização entre as raparigas se mantém por cerca de 70 por cento até os 17 anos, a dos rapazes continuam a melhorar indo de 69 por cento aos 13 para 78 por cento aos 17 anos de idade.

As raparigas enfrentam desafios distintos e diferentes aos rapazes para se manterem na escola. Por exemplo, existe um conjunto crescente de evidências que mostram a incapacidade das raparigas em gerir a sua menstruação de forma higiénica, discreta e segura nas escolas, resultando em absentismo (Das, 2017; UNICEF, 2017b; Bassi, Medina, e Nhampossa, 2019).<sup>50</sup> Em Moçambique, instalações inadequadas de higiene fora de casa, dificuldade de lidar com a

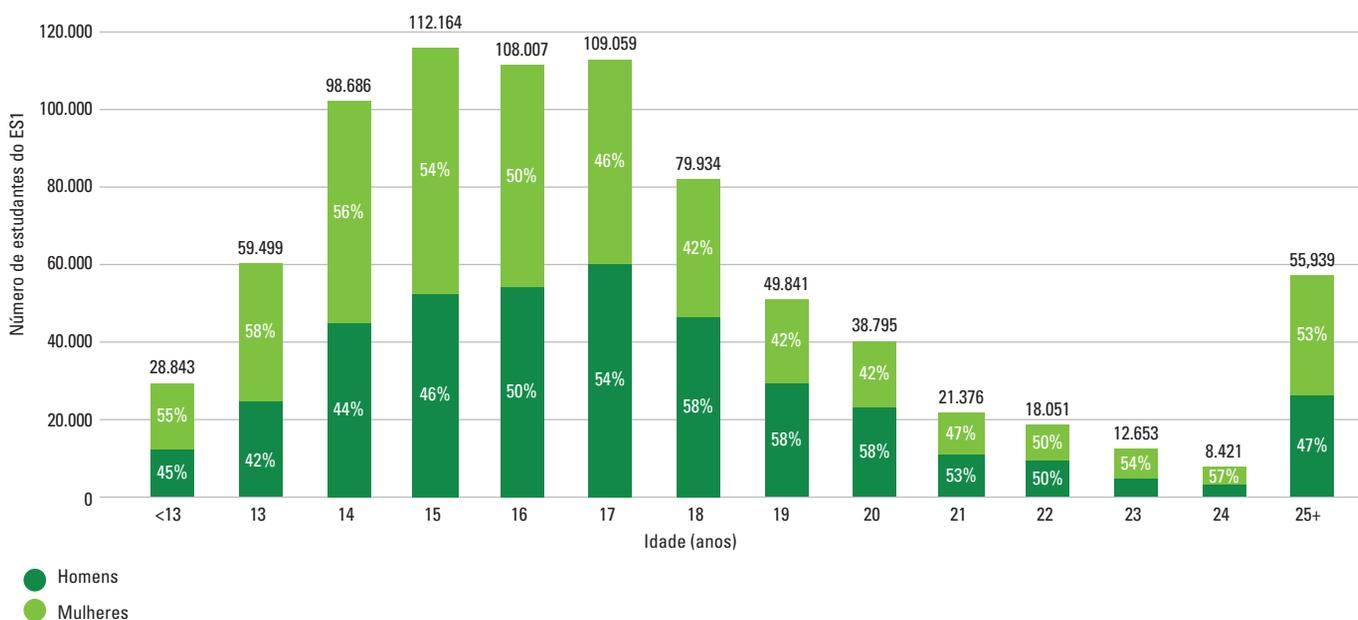
47 O PEE afirma que entre 2008 e 2017, o número de escolas secundárias aumentou de 285 para 539 para o ciclo ES1, e mais do que triplicou para o ciclo ES2 de 76 para 262.

48 Em 2020, o número de matrículas nas classes diurnas e nocturnas do ciclo ES1 foi de 443.300 raparigas e 936.364 rapazes e no ES2 foi de 152.625 raparigas e 310.581 rapazes.

49 O Censo questionou se as crianças frequentavam a escola na altura do inquérito, enquanto o sistema de informação de gestão da educação (EMIS) registava a taxa de matrículas no início do ano lectivo.

50 Devido a esta evidência, o Objectivo 4 do plano de acção de género 2018–2021 do UNICEF apela a uma gestão menstrual acessível e digna.

Painel A: Distribuição dos alunos que frequentam ES1 por idade e sexo



Painel B: Distribuição dos estudantes que frequentam a ES2 por idade e sexo

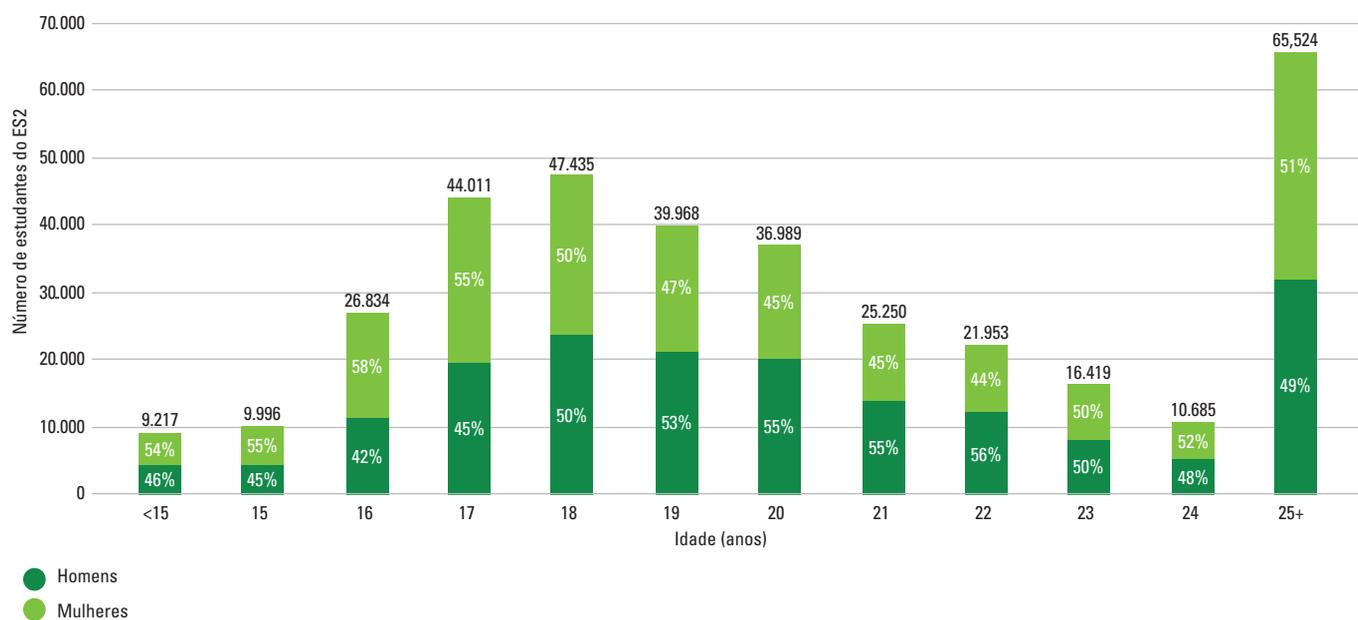


Figura 3-23: Número de estudantes que frequentam ES1 e ES2, 2017

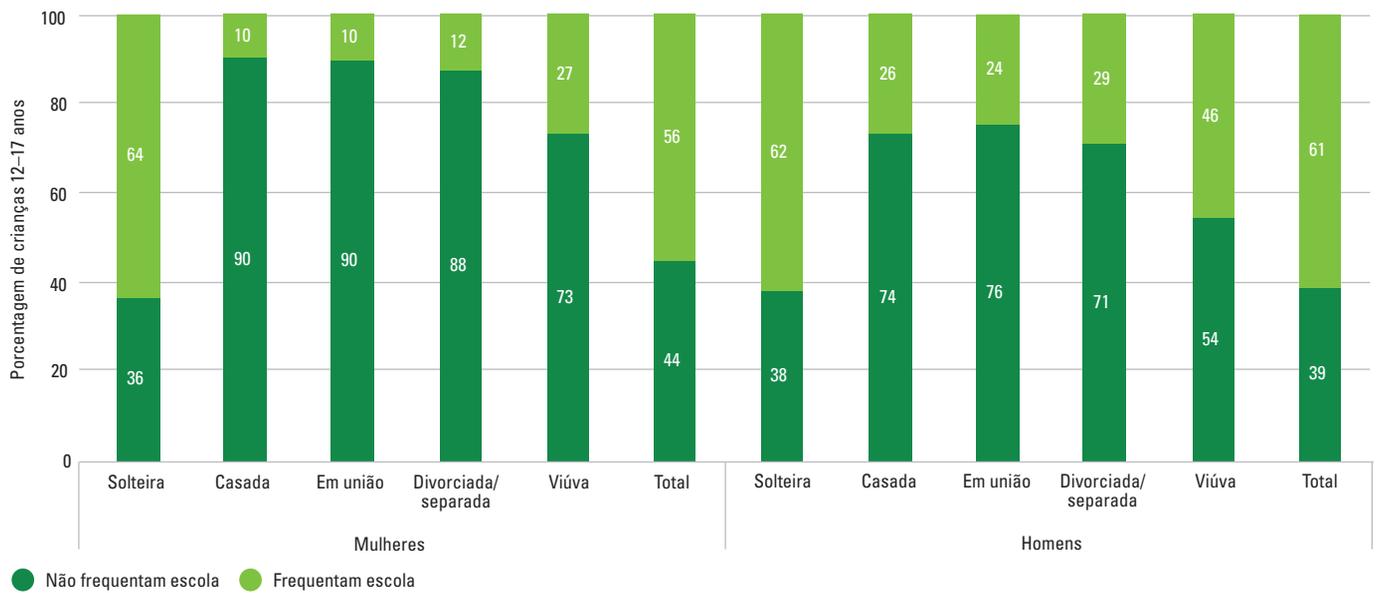
Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

dor, e a vergonha associada à menstruação impactam na frequência escolar das raparigas adolescentes (Manguambe et al., 2019; USAID, 2016; Davis et al., 2018; Cumming & Curtis, 2018). Embora os resultados não mostrem uma correlação directa com o abandono escolar permanente, a evidência global apoia consistentemente a melhoria das instalações de ASH na escola como encorajando a frequência e os resultados escolares (Jasper et al., 2012).

Os ritos de iniciação são amplamente praticados nas províncias do Centro e Norte de Moçambique e estão associados à coesão social e de grupo e à

manutenção dos papéis de género para as raparigas. A não participação nestes ritos levanta a possibilidade de raparigas e rapazes se tornarem marginalizados nas suas comunidades e aumentar o seu risco de pobreza (Osório & Macuácuá, 2013). Além disso, as cerimónias de iniciação podem resultar em dias fora da escola para rapazes e raparigas (MGCAS & N'weti Consortium, 2017).

As uniões prematuras também contribuem para o abandono escolar, especialmente entre as raparigas adolescentes. De acordo com o Censo, 90 por cento das raparigas que eram casadas ou que viviam com um parceiro não frequentavam a escola em comparação



**Figura 3-24:** Uniões prematuras e frequência escolar

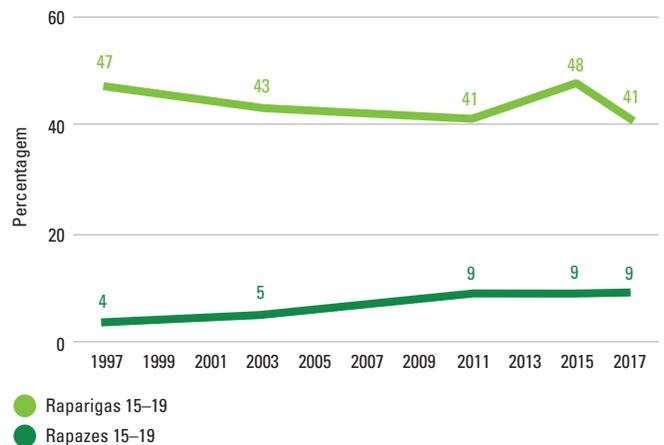
Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

Nota: A figura não distingue a frequência escolar entre os níveis de ensino primário e secundário.

com 74 por cento dos rapazes que eram casados (Figura 3-25). Uma análise do DHS 2011 endossa estas conclusões. O estudo mostrou que as uniões prematuras estão associadas a uma probabilidade significativamente reduzida de as raparigas terminarem a escola primária e iniciarem o ensino secundário (UNICEF & UNFPA, 2016).

### 3.4.2 UNIÕES PREMATURAS

Moçambique tem uma das mais altas taxas de uniões prematuras do mundo, apesar dos esforços para a sua redução. A Figura 3-26 mostra a tendência das uniões prematuras entre 1997 e 2017. Quando se leva em consideração todos os conjuntos de dados do inquérito demográfico sobre saúde de 1997, 2003 e 2011, o IMASIDA de 2015 e o Censo de 2017, a figura ilustra que houve apenas lentas melhorias na taxa de uniões prematuras entre raparigas.<sup>51</sup> Em 1997, 47 por cento das raparigas entre os 15–19 anos de idade eram casadas ou viviam numa união, em comparação com 41 por cento em 2017. Os resultados também mostraram uma tendência ligeiramente crescente de jovens rapazes casados entre os 15–19 anos de idade,



**Figura 3-25:** Jovens mulheres e homens alguma vez casados

Fonte: USAID (n.d) e cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017

de 4 por cento em 1997 para 9 por cento em 2017.<sup>52</sup> Os resultados do InVIC mostram que 41,1 por cento das jovens raparigas com idades entre os 18 e os 24 anos eram casadas ou em uniões antes dos 18 e 21,5 por cento das raparigas entre com idade entre os 13 e os 17 anos de idade são casadas ou estão em uniões (InVIC, 2019).

Nacionalmente, a maioria das uniões precoces ocorrem quando as crianças têm mais de 17 anos de idade. A percentagem de casamentos de crianças entre

51 O IDS questionou às mulheres sobre a sua experiência passada de casamento. Fazer a pergunta de tal forma permitiu uma comparação entre países e para respostas potencialmente mais honestas, dado o risco reduzido de processos criminais (uma vez que as mulheres tinham todas mais de 18 anos na altura do inquérito). Durante o Censo, foi feita uma pergunta diferente através de um módulo de lista de agregados familiares, inquirindo sobre a relação conjugal de todas as pessoas com 12 anos ou mais. Há, portanto, o risco de subnotificação durante o Censo devido ao receio de acusação.

52 Devido à natureza habitual do casamento infantil, nem todos os dados são capturados em sistemas de registo cívico e vital ou dados administrativos. Portanto, os dados nacionais mais actualizados sobre as uniões prematuras são os dados do Censo de 2017.

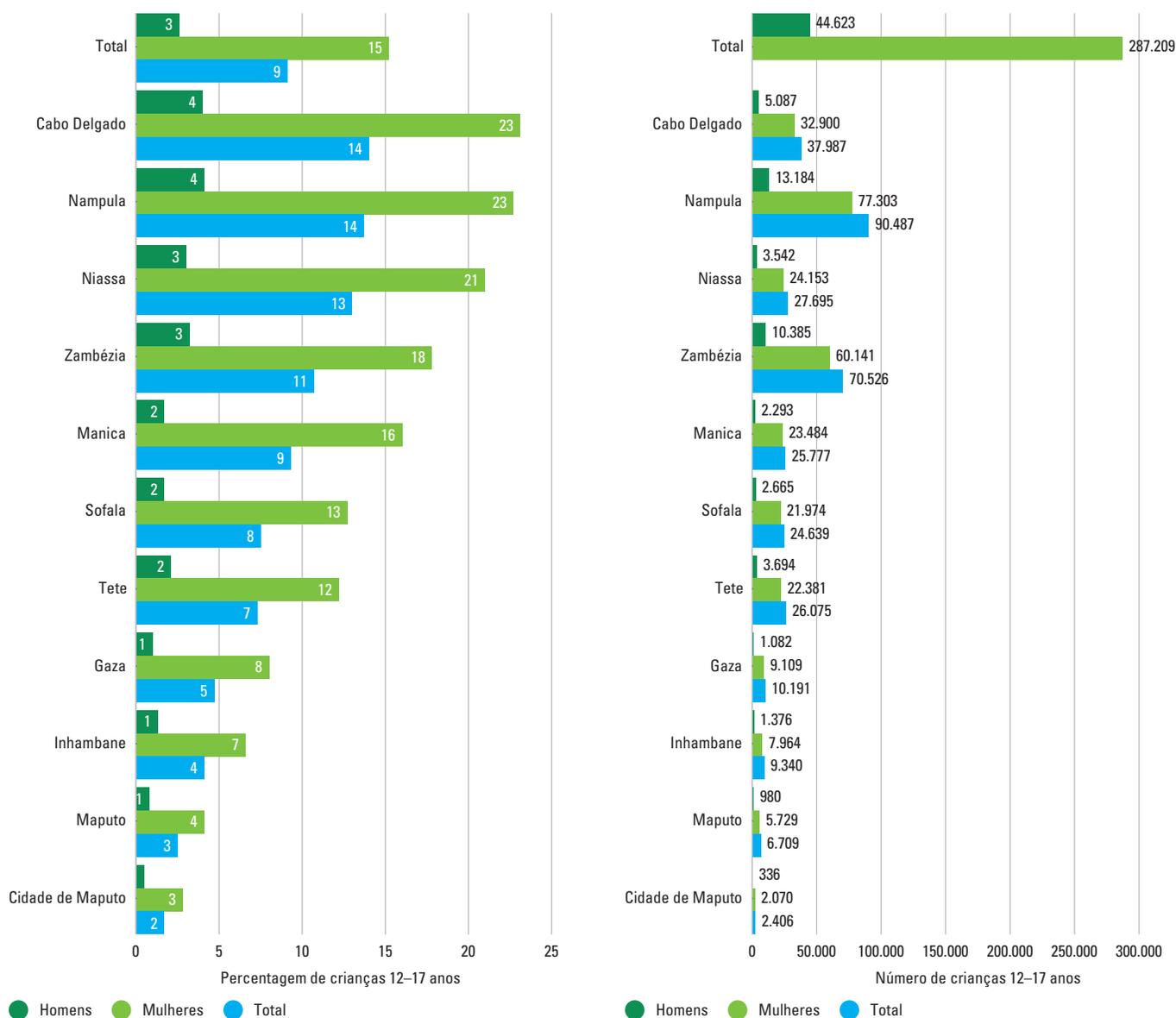


Figura 3-26: Taxas provinciais de uniões prematuras

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

rapazes de 12–17 anos é de 9 por cento e 15 por cento para as raparigas. Quando se olha para crianças com idades entre os 12 e os 17 anos, a Figura 3-27 mostra que as taxas mais elevadas de casamento infantil para raparigas e rapazes estão nas províncias do Norte de Niassa, Cabo Delgado, Nampula e Zambézia e Manica. As uniões prematuras são mais comuns entre famílias com baixos rendimentos; uma vez casadas, é pouco provável que as raparigas ganhem independência económica e assim os ciclos intergeracionais de pobreza perpetuam-se (UNICEF, 2020i). Globalmente, as raparigas que são forçadas a uniões matrimoniais têm aumentado os riscos de saúde, incluindo mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis e HIV, e doenças psicológicas, e estão mais expostas ao risco de violência e abuso físico e sexual (UNICEF, 2018c).

A aprovação da nova lei que proíbe as uniões prematuras em 2019 foi o resultado de uma campanha de dois anos e meio levada a cabo por organizações para a igualdade de género, incluindo o UNICEF.<sup>53</sup> O artigo 30 da lei sobre uniões prematuras impede o casamento envolvendo crianças menores de 18 anos em quaisquer circunstâncias, eliminando uma lacuna anterior na lei da família moçambicana que permitia às crianças casarem-se aos 16 anos com o consentimento dos pais (União Europeia, 2019). Assim, actualmente, qualquer

53 Desde 2016, o UNICEF tem apoiado a MGCAS para coordenar e implementar a estratégia nacional de prevenção e eliminação das uniões prematuras(2016–2019) com o Governo, a sociedade civil e outros actores que defenderam colectivamente a mudança da lei alinhada com o Programa Global do UNICEF sobre a Aceleração da Acção para Acabar com as uniões prematuras e a Acção para Meninas.



Figura 3-27: Factores de Riscos e de protecção para as uniões prematuras

Fonte: Análise do autor baseada em entrevistas e literatura citada no modelo.

adulto que se case com uma criança com menos de 18 anos pode cumprir uma pena de até 12 anos de prisão (UNICEF Bulletin, 2019b). Além disso, o Artigo 25 estabelece que um adulto que facilite o matrimónio de uma criança, conhecendo a idade da criança, será punido com uma pena de prisão até dois anos.

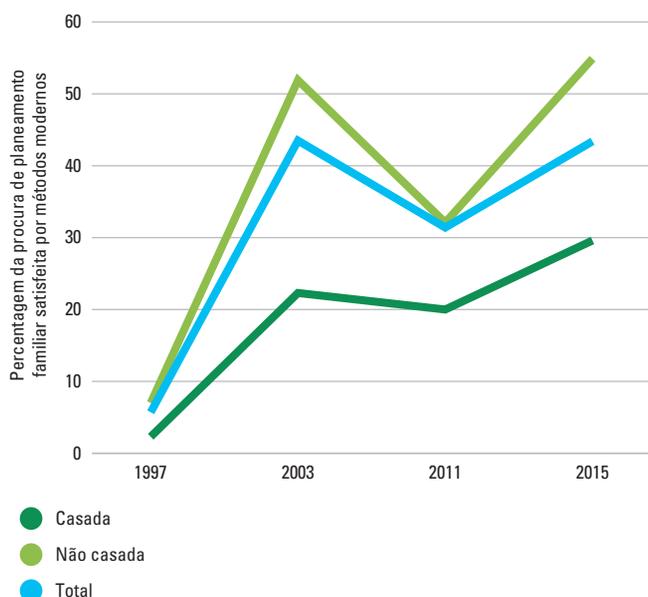
O desafio atual é para que o Governo comunique a legislação para as comunidades utilizando uma linguagem mais acessível e efetiva. No entanto, de acordo com grupos de ativistas já há relatos de um aumento significativo de uniões prematuras denunciadas após a aprovação da nova legislação. Dados da Linha Fala Criança indicaram um aumento na denúncia de uniões prematuras através da linha de apoio, de uma média de três uniões prematuras por mês em 2018 para 31 uniões prematuras por mês em 2020, sendo a maioria das vítimas (93 por cento) de 15 anos de

idade.<sup>54</sup> Além disso, a Linha Fala Criança comunicou um aumento de 40 por cento no encaminhamento à polícia desde a alteração legislativa (UNICEF & Linha Fala Criança, 2021). Apesar do aumento dos encaminhamentos para a polícia, não houve até à data quaisquer condenações, o que potencialmente mina a legitimidade de tal lei e salienta a necessidade de um trabalho contínuo com as comunidades para impulsionar as mudanças legais a nível local.

O conflito armado em Cabo Delgado e os impactos económicos da pandemia da COVID-19 representam um risco e podem minar o progresso legislativo

54 O aumento do número de relatórios poderia dever-se às estruturas criadas para responder aos ciclones Idai e Kenneth em 2019, reconhecendo que as emergências exacerbam factores que já conduzem as uniões prematuras em tempos de estabilidade – pobreza, insegurança, falta de educação.

Painel A: Necessidades de planeamento familiar satisfeitas com métodos modernos ao longo do tempo entre as mulheres jovens (15–19 anos)



Painel B: Mulheres (15–19 anos) que têm a sua necessidade de planeamento familiar satisfeita com métodos modernos, por quintis de riqueza em 2015

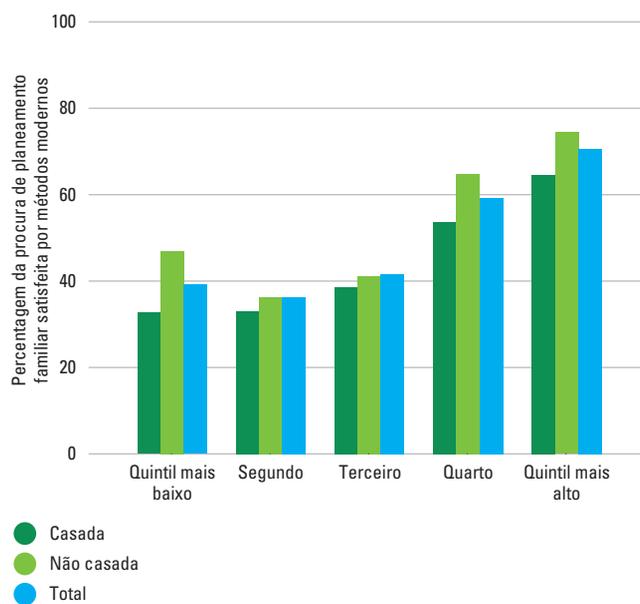


Figura 3-28: Necessidades de planeamento familiar satisfeitas com métodos modernos ao longo do tempo entre as mulheres jovens (15–19 anos)

Fonte: USAID (n.d.)

Nota: O indicador ODS para a taxa de nascimentos de adolescentes é uma medida do número de nascimentos de mulheres com idades compreendidas entre os 15–19 anos por cada 1.000 mulheres dessa faixa etária nos últimos 12 meses.

positivo sobre as uniões prematuras. Certamente, a pandemia atrasou o trabalho de advocacia necessário para divulgar as mudanças legais nas zonas rurais<sup>55</sup> e ameaça minar as melhorias legislativas de 2019 à nova lei sobre uniões prematuras. Estes e outros factores são descritos na Figura 3-28 como factores de risco e protecção para prevenir as uniões prematuras em Moçambique através de um modelo sócio-ecológico.

### 3.4.3 PLANEAMENTO FAMILIAR E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O acesso à contracepção e a informação apropriada sobre saúde sexual e reprodutiva nas escolas e comunidades é essencial para os jovens explorarem a sua sexualidade, prevenirem a gravidez indesejada e protegerem-se de doenças sexualmente transmissíveis e do HIV (Salam et al., 2016). O acesso é ainda mais crítico em ambientes onde as raparigas se envolvem ou são forçadas a iniciar uma actividade sexual precoce devido à tradição, à pressão dos pares ou onde existem elevados níveis de violência sexual. Em Moçambique, apesar de políticas favoráveis que se comprometem com sete tipos diferentes de contracepção que podem ser obtidos em estabelecimentos de saúde e a disponibilidade de serviços especializados para jovens,

os adolescentes ainda não têm acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, equitativos e não discriminatórios (Capurchande et al., 2016).<sup>56</sup>

Em 2015, 43 por cento das raparigas entre os 15–19 anos de idade tiveram as suas necessidades satisfeitas em matéria de planeamento familiar (Figura 3-29). No entanto, existem variações significativas por quintis de riqueza. Setenta por cento das raparigas nos quintis de maior riqueza utilizam planeamento familiar, em comparação com apenas 43,6 por cento nos quintis de menor riqueza. Além disso, o uso do planeamento familiar é mais elevado entre as raparigas solteiras. Sessenta por cento das raparigas solteiras utilizam métodos contraceptivos modernos, em comparação com aproximadamente 30 por cento das raparigas casadas. Este cenário sugere que se uma lei eficaz sobre as uniões prematuras for implementada juntamente com o acesso contínuo à contracepção, a gravidez entre raparigas poderá ser atrasada.<sup>57</sup>

55 Como sublinhado por um jovem ativista, participante no Fórum Nacional sobre Crianças e Adolescentes do UNICEF, 2021.

56 Em 2017, na Cimeira de Planeamento Familiar em Londres, o Governo de Moçambique actualizou o seu compromisso com o Planeamento Familiar 2020, uma parceria global baseada em direitos para melhorar o acesso ao planeamento familiar para: i) aumentar o uso de métodos contraceptivos modernos para adolescentes de 14,1 para 19,3 por cento em 2020; e ii) melhorar a informação e os contraceptivos em todas as escolas secundárias até 2020 através de informação e divulgação (Planeamento Familiar 2020, 2017).

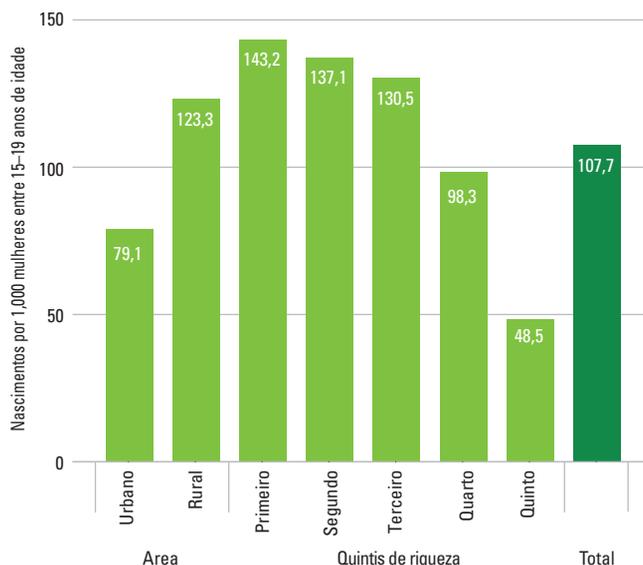
57 Intervenções como a do piloto comunitário Sayana Press são promissoras. O piloto da Sayana Press é uma opção de controlo hormonal fácil de usar para as mulheres, que pode ser auto-administrada para evitar gravidezes durante três meses.

O próximo IDS será uma oportunidade importante para rever a situação actual e o impacto da COVID-19 na aceitação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

A gravidez na adolescência é tanto uma causa como um efeito do abandono escolar e está altamente correlacionada com as uniões prematuras. As raparigas jovens que não frequentam a escola são mais susceptíveis de se envolverem em actividades sexuais precoces que resultem em gravidez, e as que engravidam são mais susceptíveis de abandonar a escola (Rosenberg et al., 2015; Yakubu & Salisu, 2018). As raparigas que casam são menos propensas a usar contracepção, o que muitas vezes resulta numa gravidez na adolescência. Os dados mais recentes do Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011 revelaram que 14 por cento das raparigas tiveram um filho antes dos 15 anos de idade, e 57 por cento das raparigas antes dos 18 anos de idade (UNICEF, 2015). As estimativas do Censo de 2017 mostram que, em média, por cada 1.000 raparigas adolescentes entre os 15–19 anos de idade, há 108 nados-vivos (Figura 3-30). As raparigas entre 15–19 anos nas zonas rurais têm mais probabilidades de ter dado à luz nos últimos 12 meses (129 nascimentos por 1.000 raparigas) do que as suas homólogas urbanas (79 nascimentos por 1.000 raparigas). Além disso, as raparigas do quintil mais baixo têm quase três vezes mais probabilidades de dar à luz do que as raparigas do quintil mais rico.

As mães adolescentes carecem actualmente do apoio necessário durante a gravidez e a maternidade, inclusive nas escolas. Serviços de saúde sexual e reprodutiva e educação nutricional e aulas de culinária são prestados a adolescentes através de serviços especializados para jovens, como os do programa Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJs).<sup>58</sup> Mas dentro do hospital distrital e nas escolas secundárias, quando uma jovem engravida, a responsabilidade pelos seus cuidados é assumida pela equipa de maternidade. Os próprios profissionais de saúde reconhecem os constrangimentos dos serviços disponíveis para prestar apoio adequado às jovens grávidas que enfrentam estigma e discriminação quando frequentam clínicas, mas requerem substancialmente mais apoio à medida que abraçam a maternidade e navegam pelas suas opções futuras (Salisbury et al., 2021).

Até 2018, as raparigas grávidas não eram autorizadas a frequentar a escola diurna, mas eram forçadas a



**Figura 3-29:** Taxa de nascimentos de adolescentes, por área de residência e quintis de riqueza

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

Nota: O indicador ODS para a taxa de nascimentos de adolescentes é uma medida do número de nascimentos de mulheres com idades compreendidas entre os 15–19 anos por cada 1.000 mulheres dessa faixa etária nos últimos 12 meses.

frequentar a escola nocturna a fim de completarem a sua educação.<sup>59</sup> As raparigas grávidas escondiam frequentemente a sua gravidez a fim de permanecerem na escola diurna e evitar o subsequente estigma e discriminação (Salvi, 2020). Embora o Artigo 3º do Decreto-Lei nº 12/2018 tenha revogado a lei anterior, permitindo que as raparigas grávidas permanecessem na educação durante a gravidez e regressassem após o nascimento, ainda existem barreiras práticas significativas para as raparigas grávidas na escola. É extremamente difícil para as mães adolescentes assegurar a guarda de crianças, equilibrar o emprego e pagar as propinas escolares e o transporte, enquanto apoiam um recém-nascido (Salisbury et al., 2021). Para além do abandono escolar, a gravidez na adolescência em Moçambique tem outras consequências negativas, incluindo altas taxas de mortalidade para mães adolescentes e bebés, aborto inseguro, impacto na saúde mental, consumo de álcool e violência de género. A Tabela 12 resume cada uma dessas implicações negativas.

O UNICEF tem apoiado intervenções que apoiam as mães adolescentes. As pesquisas mostram que as mães adolescentes têm poucos conhecimentos

58 Os SAAJs têm demonstrado uma parte importante em prestar apoio a raparigas adolescentes. Os serviços têm fornecido apoio valioso a raparigas adolescentes em HIV e saúde sexual e reprodutiva; no entanto, não estão em todas as clínicas de saúde do país, há falta de pessoal técnico, particularmente nas escolas, e pouca formação de acompanhamento.

59 Despacho Ministerial 39/GM/2003: Transferência de raparigas grávidas para a escola nocturna. Este despacho significou efectivamente que as alunas grávidas e os seus parceiros que frequentavam a mesma escola eram proibidos de frequentar a escola diurna e eram solicitadas a serem transferidas para cursos nocturnos. Esta lei foi rescindida pelo artigo 3 12/2018.

**Tabela 12:** Implicações negativas da gravidez na adolescência

<b>ABORTO</b>	Apesar da legislação progressiva sobre aborto,* os abortos inseguros continuam com efeitos prejudiciais para o bem-estar, saúde e futura fertilidade das raparigas em Moçambique (Frederico et al., 2018). Há uma grande procura de aborto seguro entre as mulheres jovens em Moçambique. Na Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família, que oferece serviços de aborto, entre 2010 e 2016 mais de 30.000 abortos eleitos foram prestados a jovens mulheres com idades compreendidas entre os 15–24 anos.
<b>CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GRAVIDEZ</b>	Pesquisas emergentes indicam que o consumo de álcool entre as adolescentes grávidas é elevado, particularmente em ambientes urbanos (Pires et al., 2017). Setenta por cento das raparigas jovens entre os 14-19 anos de idade em Maputo relataram consumir álcool durante a gravidez (Pires et al., 2017).
<b>GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA DE GÉNERO</b>	A nível global, existem correlações entre a gravidez precoce na adolescência e a violência doméstica. As raparigas que engravidam antes dos 18 anos de idade têm mais probabilidades de experimentar violência dentro de um casamento ou parceria (Raj & Boehmer, 2013; entrevistas com intervenientes, UNICEF & UNFPA, entrevistas com intervenientes, 2020). Apenas 40 por cento das instalações em Moçambique foram posicionadas para prestar serviços às vítimas de violência baseada no género (MISAU & OMS, 2018).
<b>SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR PARA MÃES ADOLESCENTES</b>	Um estudo qualitativo com jovens mães destacou a incerteza sobre o seu futuro em quatro domínios: resultados da gravidez, parentalidade, educação, e estabilidade financeira. As jovens não compreenderam as mudanças no seu corpo e o desenvolvimento dos seus bebés durante a gravidez e como cuidar de si física e emocionalmente durante este período ou como cuidar dos seus novos bebés (Salisbury et al., 2020).
<b>IMPACTOS NA SAÚDE</b>	Globalmente, as mães adolescentes grávidas têm aumentado o risco de complicações durante a gravidez, exacerbadas por uma nutrição deficiente e anemia, incluindo eclampsia, endometrite e infeções (OMS, 2015a). Os bebés de mães adolescentes enfrentam riscos mais elevados de baixo peso à nascença, parto pré-maturo, e baixos níveis de crescimento antes e depois do nascimento (OMS, 2015a; Benny et al., 2017; Christian et al., 2016).

\* Em dezembro de 2015, o Governo sancionou um projeto de lei (Lei do Aborto 06/2015, Código Penal Artigo 168) permitindo o aborto durante as primeiras 12 semanas de gravidez caso ela possa causar danos físicos, psicológicos ou mentais. Este período é estendido para 16 semanas em casos de estupro, e 24 semanas em casos de anormalidade fetal grave (Byrant-Comstock, 2015).

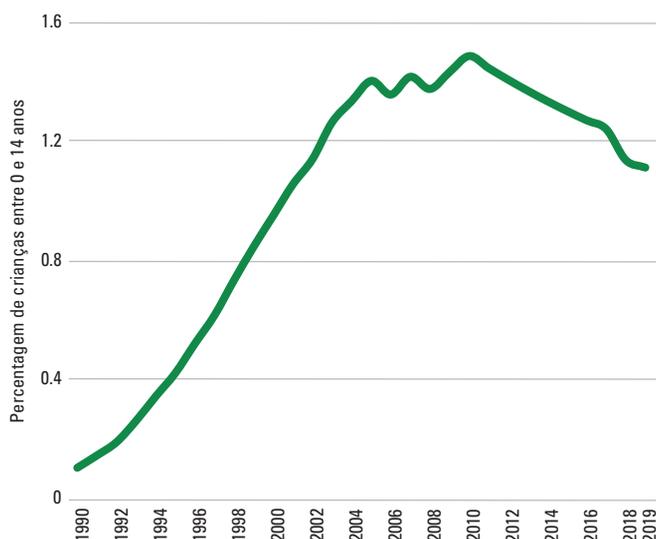
sobre as mudanças que lhes aconteceram durante a gravidez e o parto. Elas também têm medo do processo. Uma intervenção recente chamada '*Mama Feliz*' foi pilotada em Manica entre 2019 e 2020 para preparar as jovens raparigas para a maternidade e melhorar a sua capacidade de ter acesso aos serviços de saúde (Salisbury et al., 2020). Este programa piloto descobriu que a prestação de apoio psicossocial a raparigas grávidas e o desenvolvimento de redes de pares abordava os seus receios e falta de conhecimento em torno da gravidez. Também facilitou o acesso aos cuidados de saúde e às raparigas que procuravam o apoio que necessitavam umas das outras para regressarem à escola ou ao trabalho. Outras iniciativas apoiadas pelo UNICEF incluem o anteriormente referido "Geração Biz" e o programa de rádio "Ouro Negro", que visa atingir principalmente as mulheres com idades entre os 15–35 anos e fornecer informações sobre uma série de questões de género, saúde sexual e reprodutiva (UNICEF, 2018c). No entanto, o âmbito destas iniciativas está limitado às pessoas com acesso à rádio.

#### 3.4.4 CRIANÇAS COM HIV/SIDA

Embora Moçambique tenha feito grandes progressos em reduzir as taxas de HIV entre adultos, as taxas de prevalência continuam elevadas entre as crianças de 0–14 anos, a 1,1 por cento (Figura 3-31). O aumento da prevalência do HIV em crianças de 0–14 anos entre 1990 e 2010 vem diminuindo lentamente, mas de forma constante. Esta redução provavelmente está ligado a um maior acesso à informação e a disponibilidade de TARV e serviços para a prevenção da transmissão de mãe para filho (UNICEF, 2020e). Em 2019, Moçambique identificou 22.000 novas infeções pelo HIV, na sua maioria em raparigas jovens na faixa etária dos 15–19 anos (ONUSIDA, 2019).

A retenção de adolescentes em TARV é um desafio global em todos os contextos e é cada vez mais desafiada durante a COVID-19 quando a atenção é desviada do HIV e dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para os jovens<sup>60</sup> As taxas de retenção de adolescentes em TARV para 2018 e 2019 foram aproximadamente 70 por cento, embora

60 Evidenciado através de entrevistas com o MISAU (Abril, 2021).



**Figura 3-30:** Crianças (0–14 anos) que vivem com HIV

Fonte: Cálculos dos autores utilizando estimativas da ONU DESA World Population Prospects; estimativas da ONUSIDA extraídas de World Bank Open Data (Banco Mundial, 2021), e National HIV/AIDS Programme.

consideravelmente inferiores nas áreas rurais e nas províncias de Cabo Delgado, Nampula e Inhambane (MISAU, 2018, 2019).

A redução do acesso à informação, o sexo entre pessoas com diferença de idade, as práticas sexuais de alto risco e o sexo transaccional estão a conduzir a taxas mais elevadas de prevalência do HIV entre as raparigas em Moçambique (UNICEF, 2018c). A relação de poder desigual entre raparigas e rapazes significa que as raparigas mais jovens têm muito menos capacidade de negociar relações sexuais seguras (Delany-Moretlwe, et al., 2015). Os obstáculos aos testes incluem, o medo e o estigma e discriminação associados de um resultado positivo (Ha et al., 2019). Além disso, a baixa taxa de testes entre rapazes pode estar a mascarar as verdadeiras taxas de prevalência do HIV em crianças (Ha et al., 2019). As raparigas mais jovens têm mais oportunidades de testagem do que os rapazes no contexto de programas de prevenção da transmissão de mãe para filho e porque são mais propensas a visitar os serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Para melhorar o conhecimento e o acesso à informação que seja abrangente e personalizada em matéria de saúde sexual e reprodutiva e HIV, o UNICEF estabeleceu uma parceria com o Governo e outros para implementar uma plataforma tecnológica baseada em SMS para o desenvolvimento.<sup>61</sup> Esta parceria implementou um piloto nas quatro províncias da Zambézia, Nampula, Tete e Manica. O programa

formou conselheiros de pares em informação, comunicação e tecnologia e saúde sexual e reprodutiva para estabelecer aconselhamento anónimo para se envolverem e responderem às perguntas dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva e HIV. O programa também encaminhou as crianças que sofreram violência para os serviços apropriados (UNICEF, 2018c).

### 3.4.5 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS

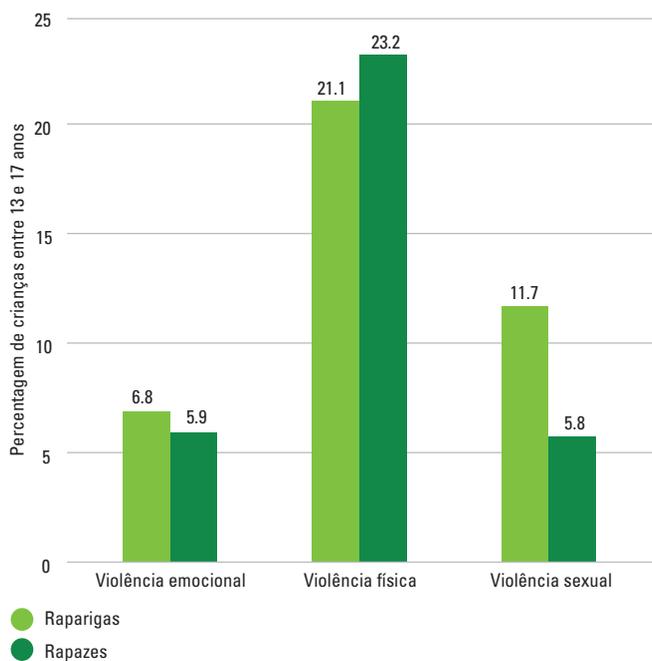
Em Setembro de 2015, o Governo de Moçambique comprometeu-se explicitamente a eliminar todas as formas de violência contra crianças, incluindo o abuso e exploração sexual (ECPAT Internacional & Rede Criança, 2018). No artigo 7 da Lei da Criança,<sup>62</sup> Moçambique promove a protecção das crianças contra a violência, incluindo a violência doméstica e sexual. No entanto, as leis não proibem todas as formas de castigos corporais, o que é comum em todo Moçambique, incluindo em lares, cuidados alternativos, creches e escolas (Comité dos Direitos da Criança, 2019).<sup>63</sup> A Lei para a Protecção dos Direitos da Criança de 2008 permite uma “disciplina justificável”, que, na ausência de proibição explícita de todos os castigos corporais, proporciona uma defesa legal para o uso de castigos físicos na educação das crianças. Apesar do compromisso do Governo, as crianças em Moçambique continuam expostas a elevados níveis de violência, abuso e negligência que subsequentemente aumentam o risco de outras formas de violência, como as uniões prematuras, ou as consequências da violência sexual, como a gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, de acordo com a análise situacional da justiça do UNICEF, existem graves lacunas na perícia forense, competências de investigação especializada e recursos para implementar eficazmente as leis que abordam a violência, particularmente violência sexual, contra crianças (UNICEF, 2020g).

O inquérito de 2019 sobre violência contra crianças e jovens conduzido pelo Centro de Controlo de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Nacional de Saúde do MISAU (Instituto Nacional de Saúde et. al, 2019) é o mais recente inquérito nacional que relata violência sexual, física e emocional contra as crianças. A Figura 3-32 mostra que aproximadamente 12 por cento das raparigas e 6 por cento dos rapazes com 13 anos ou mais relataram ter sofrido violência

<sup>62</sup> Lei 7/2008 sobre a protecção das crianças.

<sup>63</sup> Artigo 7 da Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança n.º 7/2008 estabelece que “Nenhuma criança será submetida a tratamento negligente, discriminatório, violento e cruel ou será submetida a qualquer forma de exploração ou opressão.”

<sup>61</sup> Os parceiros incluem os ministérios da juventude e do desporto, saúde e educação, *Geração Biz* (Geração Ocupada), UNFPA e a associação de jovens *Coalizao* (Coligação de Jovens).



**Figura 3-31:** Prevalência de violência contra crianças por tipo de violência e sexo

Fonte: InVIC 2019: Violência contra crianças, indicadores preliminares.

sexual. Os pares foram o perpetrador mais comum do último incidente de abuso sexual, tanto entre raparigas como entre rapazes.<sup>64</sup> As raparigas também relataram ter sofrido abuso sexual por parte de um cônjuge ou parceiro actual ou anterior (33,8 por cento), e figuras de autoridade como a polícia ou professores (13,8 por cento). Aproximadamente 4 em cada 10 rapazes relataram que o seu último incidente de abuso sexual ocorreu na escola ou em casa. Para as raparigas, o último incidente de abuso sexual ocorreu mais frequentemente em casa, seguido por uma área exterior e depois na escola (INVIC, 2019).

Cerca de 7 por cento das raparigas e 6 por cento dos rapazes relataram experiências de violência emocional por parte de um dos pais, prestador de cuidados ou parente adulto (Figura 3-32). Aproximadamente 2 em cada 10 raparigas e rapazes sofreram qualquer forma de violência física. Entre os rapazes, os pares foram os perpetradores mais comuns de violência física, seguidos dos pais, prestadores de cuidados ou familiares adultos e figuras de autoridade, incluindo professores. Entre as raparigas, os perpetradores mais comuns de violência física foram parceiros íntimos e pais, prestadores de cuidados ou parentes adultos, seguidos por pares e figuras de autoridade (Instituto Nacional de Saúde et. al, 2019).

Um estudo de percepção foi conduzido pelo UNICEF em 2018 para compreender a violência entre as crianças na escola. Neste estudo, as perguntas sobre percepções de violência foram enviadas a 142.420 jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 27 anos através de mensagens de texto telefónicas para determinar os tipos de violência a que estavam expostos desde a escola primária até o ensino profissional. Os resultados revelam que mais de 80 por cento dos inquiridos estavam na escola na altura da pesquisa. Setenta por cento destes estavam na escola primária, 71 por cento na escola secundária e 22 por cento no ensino técnico ou vocacional (UNICEF, 2018c). Uma descoberta chave do estudo mostrou que 24 por cento dos estudantes não pensavam que as escolas sejam um ambiente seguro. Os resultados também mostraram que 22 por cento dos rapazes consideravam que as raparigas estavam mais expostas ao risco de violência sexual por parte dos professores, e 49 por cento sentiam que as raparigas estavam em risco de suborno em troca de melhores notas escolares. Com base nestes resultados, o MINEDH desenvolveu um mecanismo de encaminhamento da violência contra crianças que será implementado nas escolas.<sup>65</sup>

Actualmente, os dados sobre violência contra crianças são fragmentados porque a informação é recolhida por diferentes instituições, tais como, os ministérios da saúde, da justiça e da polícia.<sup>66</sup> A Figura 3-33 compara os dados sobre violência doméstica compilados pelo departamento de polícia para 2014 e 2017. Em 2017, quase 10.000 incidentes de violência infantil foram relatados, significativamente mais do que o número de casos em 2014. A Figura 3-33 Também mostra que as taxas mais elevadas de violência foram na Cidade de Maputo, seguida pelas províncias do Sul, nomeadamente, de Gaza, Inhambane e Maputo. O padrão de denúncia não é consistente com outras privações relacionadas com a pobreza, tais como, as uniões prematuras e o trabalho infantil, observados nas províncias do Norte. Portanto, estes indicadores muito provavelmente reflectem uma melhor disponibilidade de serviços e relatórios nas províncias do Sul, bem como um melhor conhecimento da disponibilidade de serviços.

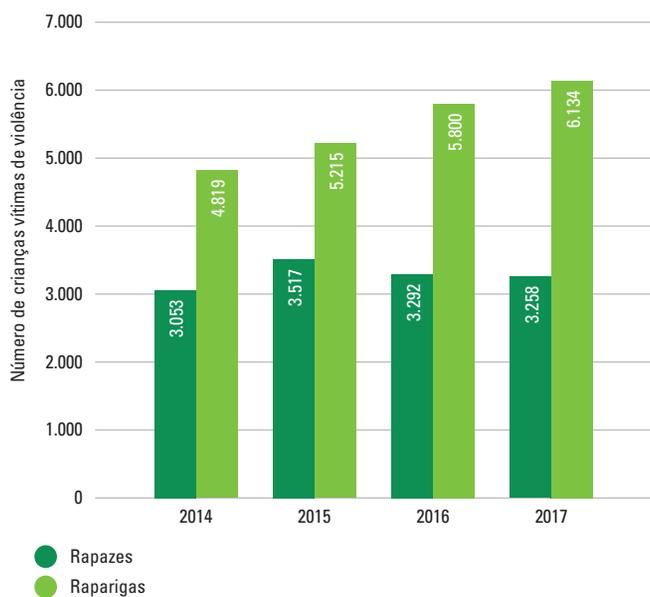
Os dados policiais sobre violência doméstica infantil também relataram casos de violação de crianças (INE, 2017). No entanto, nem todas as relações sexuais com crianças podem ser consideradas violação no código penal moçambicano. Embora qualquer relação sexual com crianças menores de 12 anos seja considerada

64 A definição de par não foi fornecida; pressupõe que se trata de um amigo, colega de sala de aula ou membro da comunidade com o mesmo estatuto social.

65 Este mecanismo de encaminhamento foi aprovado pelo Conselho Consultivo da MINEDH em Outubro de 2020.

66 No futuro, uma plataforma electrónica chamada 'Infoviolença' será aumentada para capturar e consolidar dados de múltiplos pontos de acesso (EUUN Spotlight, 2019).

Painel A: Crianças de 0-17 anos de idade como vítimas de violência doméstica por sexo e ano



Painel B: Crianças dos 0-17 anos de idade como vítimas de violência doméstica por sexo e província

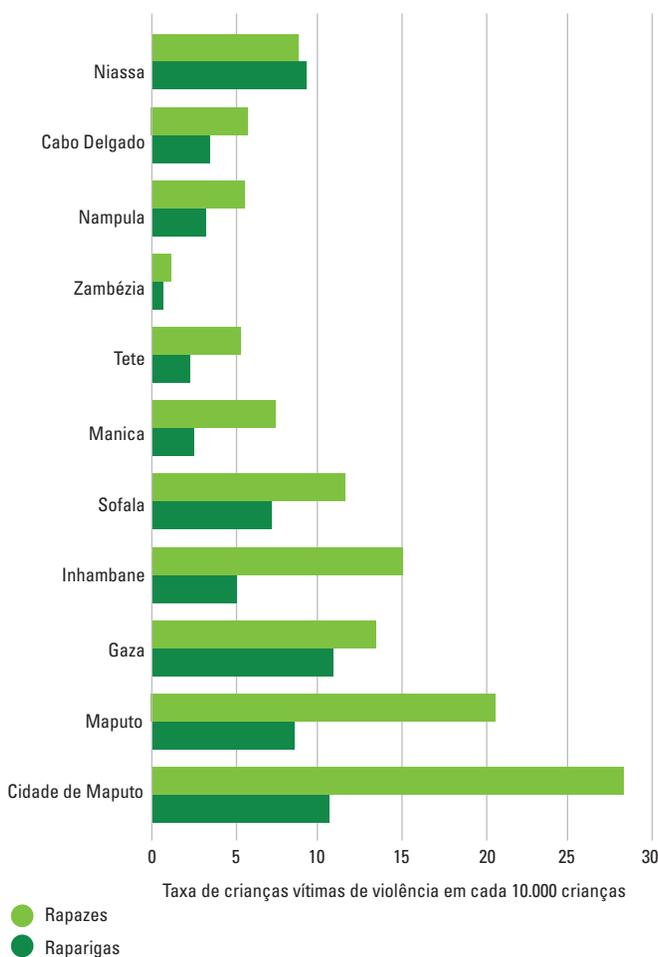


Figura 3-32: Crianças vítimas de violência doméstica

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Dados Administrativos sobre Violência Doméstica, 2014-2017, baseado em dados do Comando Geral do Departamento de Assistência à Mulher e à Criança da Polícia (DAMC) (INE, 2017).

violação e punível com uma pena de prisão de 20 a 24 anos,<sup>67</sup> existem insuficiências na lei que podem proteger os perpetradores quando se trata de relações sexuais com crianças de 12 a 16 anos. O código penal pune quem praticar actos sexuais com uma criança com menos de 16 anos com penas de prisão de dois a oito anos. No entanto, isto não abrange as relações sexuais vaginais.<sup>68</sup> Como resultado, as relações vaginais consensuais com crianças com idades entre 12 e 16 anos só podem ser abrangidas pelo artigo sobre a exposição indecente, que apresenta penas significativamente mais baixas (de três dias a dois anos de prisão),<sup>69</sup> enquanto que as relações vaginais não consensuais com crianças acima dos 12 anos podem ser qualificadas como violação com uma pena de prisão de dois a oito anos (ECPAT International & Rede da Criança, 2018).<sup>70</sup>

A Iniciativa *Spotlight* – um programa conjunto entre agências das Nações Unidas e com a duração de 5 anos – foi concebida para abordar a violência contra mulheres e raparigas. O programa visa acelerar a prevenção e resposta à violência sexual baseada no género e as uniões prematuras com enfoque nas raparigas dos 10 aos 24 anos de idade em Nampula, Gaza, Maputo e Manica. As intervenções são implementadas através de grupos comunitários de jovens, escolas, clubes escolares e espaços seguros para que as raparigas possam implementar estratégias transformativas de género que desafiem as atitudes, comportamentos e práticas que perpetuam e normalizam a violência contra as mulheres e raparigas. Mil quatrocentas e noventa e seis raparigas que sofreram violência foram atendidas nos centros de assistência integrados nas quatro províncias em 2019. Além disso, organizações que trabalham com homens e rapazes como o Promundo, identificaram, através das suas pesquisas, que os homens que sofrem os impactos contínuos do conflito e do stress económico têm percepções mais tradicionais dos papéis e relações de género, e são mais susceptíveis de serem perpetradores de violência (Slegh et al., 2017). A Iniciativa Spotlight trabalha com os agentes de mudança, tais como, a Juventude Ocupada, Saúde Juvenil, UNiTE e LAMBDA, e explora oportunidades para aumentar as oportunidades económicas para os jovens de forma que opções alternativas às uniões precoces são oferecidas. Estas, envolvem particularmente homens, rapazes e influenciadores da

67 Artigo 219º do Código Penal.

68 Artigo 220º do Código Penal.

69 Artigo 221º do Código Penal.

70 Artigo 218º do Código Penal.

comunidade, tais como mulheres mais velhas, para gerar uma mudança de base e de toda a comunidade.

### 3.4.6 CRIANÇAS EM CONFLITO COM A LEI

Moçambique tomou medidas significativas para proteger as crianças que entram em contacto ou entram em conflito com a lei e exigem cuidados e protecção adequados.<sup>71</sup> Em 2008, o Governo aprovou tanto a Lei da Criança como a Lei da Justiça Juvenil (UNICEF, 2020g).<sup>72</sup> A Lei de Justiça Juvenil regula as medidas concretas necessárias para a sua implementação quando se trata de crianças que entram em contacto com a lei. Isto significa que o Estado têm a obrigação de aplicar condições de detenção favoráveis à criança e sensíveis ao género, sem qualquer discriminação.

Moçambique ratificou também o Protocolo Opcional das Crianças em Conflito Armado em 2004. Este protocolo define claramente que qualquer criança afectada por conflitos armados, seja como criança-soldado ou outra, deve, antes de mais nada, ser tratada como uma vítima. Todas as crianças nestas circunstâncias devem ter acesso a profissionais de protecção infantil qualificados para apoiar os seus cuidados (UNICEF, 2020g). Além disso, Moçambique estabeleceu um sistema judicial que considera as necessidades específicas das crianças em contacto com o sistema judicial como vítimas, testemunhas, alegados perpetradores ou como partes de um processo judicial (tal como em acordos de custódia). Os antigos tribunais de crianças, agora tribunais de família e de crianças, estão encarregados de atender aos conflitos que envolvem crianças (UNICEF, 2020g).

Há múltiplos condutores para as crianças pequenas entrarem em conflito com a lei. A pobreza familiar, os cuidados infantis inadequados e os conflitos armados levam as crianças a comportamentos arriscados e perigosos, incluindo o envolvimento no crime (Sicoche, 2015). De acordo com as estatísticas de 2021 dos serviços penitenciários nacionais, mais de 2.500 crianças e menores entre os 16–21 anos estavam nos serviços penitenciários, dos quais 348 tinham 16 e 17 anos (UNICEF, 2020g) [inédito]. No entanto, o Departamento de Justiça não desagregou os dados por sexo ou relatório sobre crianças com deficiência em detenção, conforme recomendado nas observações da CDC (Comité dos Direitos da Criança, 2019). O Comité dos Direitos da Criança também notou a falta de detalhes sobre a natureza dos delitos cometidos por

raparigas e rapazes, e a duração média da detenção pré-julgamento. Os crimes mais comuns denunciados são, o roubo, roubo agravado, violação de menores e danos corporais. Estas descrições são consistentes com as entrevistas efectuadas junto ao MGCAS.<sup>73</sup>

Actualmente, as crianças detidas não dispõem de serviços suficientes destinados à sua reabilitação, reforma e reintegração na sociedade. Consequentemente, é comum que as crianças reincidam na libertação, e por vezes com um nível de criminalidade significativamente superior ao delito original de que foram acusadas.<sup>74</sup> O Centro de Reabilitação Juvenil em Boane, Província de Maputo, é o único centro designado para crianças em conflito com a lei em Moçambique. Neste centro, as crianças recebem educação, frequentam seminários e são providas de alguns serviços de reabilitação e reforma.<sup>75</sup> No resto do país, as crianças são detidas com prisioneiros adultos, com separação limitada dos pré-julgamentos e dos reclusos condenados.<sup>76</sup> A justiça moçambicana enfrenta desafios significativos na implementação de legislação que protege as crianças, incluindo a falta de distinção clara entre os termos “criança”, “menor” e “jovem” (UNICEF, 2020g).<sup>77</sup>

Moçambique está a lutar para cumprir a sua obrigação de aplicar o requisito do artigo 37(b) da Convenção sobre os Direitos da Criança. Estes requisitos estipulam que em todas as decisões que possam levar à detenção de crianças, a privação de liberdade será aplicada apenas como medida de último recurso (UNICEF, 2020g). A justiça não dispõe de recursos humanos dedicados e qualificados suficientes para resolver o atraso dos processos existentes. A COVID-19 e o distanciamento social ampliaram ainda mais estes desafios. Em resposta, o piloto de tribunais móveis foi introduzido em 2021 para assegurar a continuidade do apoio à prestação de serviços de justiça em Moçambique e eliminar o atraso de processos (PNUD, 2021).

73 Evidenciado através de entrevistas com a direcção nacional para a administração da justiça, (Abril, 2021).

74 Ibid.

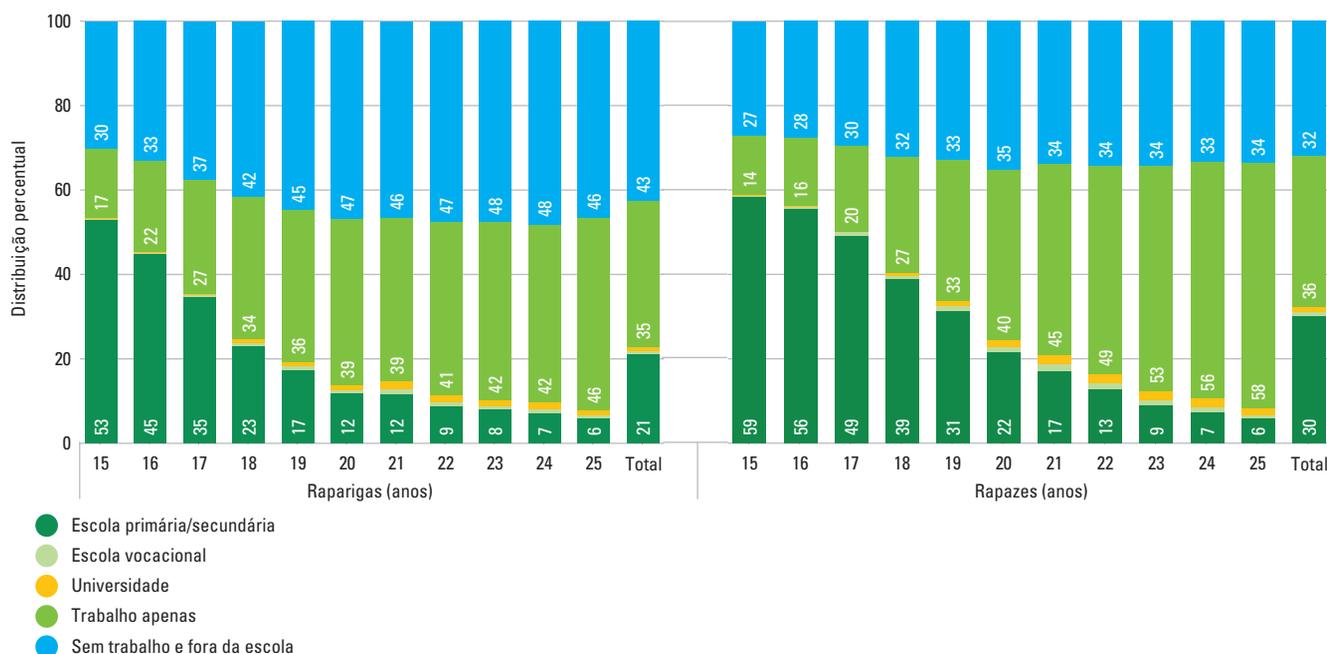
75 Ibid.

76 Ibid.

77 Muitas vezes, estes termos são utilizados alternadamente, o que pode levar a complicações quando se lida com questões de direitos da criança. A Lei de Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças, (LPPDC Art. 3), comumente designada por ‘Lei da Criança’, considera uma criança, como qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade. Contudo, nos casos expressamente previstos, a mesma lei aplica-se a pessoas com mais de 18 e menos de 21 anos de idade (ver art. 3(2) da LPPDC).

71 Artigo 24 da Lei n.º 7/2008 de 9 de Julho.

72 Lei 7/2008 sobre a Protecção das Crianças e Lei 8/2008 sobre a Organização da Jurisdição de Menores, respectivamente.



**Figura 3-33:** Jovens não no trabalho e não na escola por sexo e por quintis de riqueza

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

Nota: Os dados reflectem as respostas dos jovens a perguntas sobre se estavam a trabalhar na semana anterior ao Censo de 2017, com aqueles que responderam que não estavam actualmente na escola ou no emprego a actuar como substitutos do NEET (não no emprego, educação ou formação).

### 3.4.7 TRANSIÇÃO DA ESCOLA PARA O TRABALHO

Para além das escolas, as oportunidades para os jovens em Moçambique são extremamente mínimas. A Figura 3-34 mostra que 43 por cento das raparigas e 32 por cento dos rapazes, com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos, não estão nem empregados nem na escola. Menos de 1 por cento participam de alguma formação profissional e menos de 2 por cento dos jovens entre os 18–25 anos estão na universidade. A espantosa diferença entre raparigas e rapazes no emprego salienta o facto de as raparigas em Moçambique enfrentarem persistentes atitudes patriarcais e estereótipos discriminatórios sobre os seus papéis e responsabilidades para com a sua família e na procriação.

A expansão da formação profissional adequada em Moçambique é crítica, pois proporciona aos jovens uma oportunidade de aprenderem competências profissionais e de se prepararem para a economia de mercado. Entrevistas com intervenientes do sector privado revelaram que actualmente os jovens não saem da escola bem preparados para entrar no mercado de trabalho. Para além das competências numéricas e de alfabetização, os jovens adultos não têm etiqueta no local de trabalho, gestão do tempo, motivação e abordagens sistemáticas ao trabalho. Os intervenientes também sentiram que não somente falta cursos de formação profissional, como os cursos são inadequados às necessidades

do mercado.<sup>78</sup> Embora o Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social tenha criado gabinetes de juventude e emprego em cada província para preparar as crianças jovens para o ambiente de trabalho, e estejam actualmente em curso várias iniciativas para resolver um défice de competências na mão-de-obra nacional e responder às crescentes exigências da indústria, estas parecem ser insuficientes para responder às necessidades do mercado interno numa vasta gama de sectores.

O envolvimento do sector privado é referenciado no novo plano estratégico da educação através da prestação de acções de responsabilidade social que se traduzem no reforço e expansão dos serviços de educação profissional. Há exemplos do sector empresarial e de organizações empresariais que apoiam a formação profissional através de acções de responsabilidade social empresarial, principalmente na indústria extractiva. Há também exemplos em que o sector privado construiu escolas, forneceu equipamento escolar, materiais e bolsas de estudo. Existem, contudo, numerosas oportunidades inexploradas que vão além da responsabilidade social das empresas, incluindo a prestação de formação em larga escala e equitativa baseada no mercado que aborda as lacunas de capacidade identificadas, tais

<sup>78</sup> Evidenciado através de entrevistas com intervenientes do sector privado (Novembro, 2020).



© UNICEF/Bruno Pedro

como, literacia básica, numeracia e competências digitais (UNICEF, 2021a).<sup>79</sup>

Embora existam actualmente poucas oportunidades para os jovens se envolverem no negócio formal nascente e no sector privado, Moçambique iniciou a legislação apropriada para proteger e promover os direitos da criança no sector privado, em conformidade com os principais arcabouços internacionais. Os regulamentos relativos ao local de trabalho, à comunidade e ao ambiente são mais progressivos, enquanto que a legislação e as políticas de regulamentação do mercado necessitam de mais atenção, uma vez que pouca informação está disponível ao público. Embora a maioria da legislação seja considerada adequada, não cobre o enorme sector informal. Para além disso, os recursos e capacidades governamentais para implementar controlos e responsabilizar as empresas são fracos. Assim, existem oportunidades para explorar parcerias com o sector privado para promover e proteger os direitos da criança, incluindo a monitoria e fiscalização da legislação e a provisão de formação de competências baseadas no mercado, particularmente nas províncias do Norte (UNICEF, 2021a). Para o UNICEF, é importante que o sector privado esteja a aplicar os princípios delineados no Quadro Referencial de Proteger, Respeitar e Remediar das Nações Unidas, e assim cumprir as normas internacionais e nacionais de direitos humanos, laborais e ambientais no que diz respeito aos direitos da criança (Comité dos Direitos da Criança, 2019).

79 Ibid.

### 3.4.8 RESUMO E RECOMENDAÇÕES CHAVE

Existem sérios desafios na prestação de serviços adequados e oportunidades de trabalho para adolescentes e jovens em Moçambique. Por exemplo, de acordo com o Censo de 2017 (INE, 2019), a transição para a escola secundária e a manutenção das crianças n<sup>a</sup> escola secundária continuam a ser extremamente limitadas, especialmente para as raparigas. Apenas uma em cada cinco crianças em idade de frequentar o ensino secundário vai à escola. Consideravelmente menos raparigas frequentam a escola depois dos 15 anos de idade, salientando as barreiras estruturais e de género que enfrentam. As que permanecem na escola têm oportunidades mínimas de trabalho remunerado. Quarenta e três por cento das raparigas e 32 por cento dos rapazes entre os 15 e os 25 anos de idade não trabalham nem estudam em Moçambique. Fazer face à falta de formas de educação secundária e alternativa de qualidade, incluindo a formação profissional, é uma área de necessidade crítica.

Enquanto a legislação que proíbe as uniões prematuras encorajou o optimismo, 41 por cento das raparigas em Moçambique com idades entre os 18–24 anos se casaram antes dos 18 anos – uma das taxas mais elevadas do mundo (Instituto Nacional de Saúde et al, 2019). Além disso, mais de 1 em cada 10 raparigas com idades entre os 15–19 anos está grávida, apesar de existir legislação de apoio aos direitos de saúde sexual e reprodutiva com empenho no planeamento familiar adolescente e na prestação de serviços de juventude. O



© UNICEF/Sebastian Rich

HIV entre as crianças é também uma grave preocupação em Moçambique. A percentagem de crianças dos 0 aos 14 anos de idade que vivem com HIV é de 1,1 por cento – uma das mais elevadas da região – e o grupo etário tem desafios com o cumprimento do tratamento TARV, particularmente para os rapazes (UNAIDS, 2019). Existem também lacunas consideráveis na compreensão do acesso dos rapazes aos serviços de saúde, uma vez que os actuais esforços de saúde sexual e reprodutiva se concentram nas raparigas.

Os resultados do Inquérito sobre a Violência Contra Crianças revelaram que os adolescentes experimentam violência física, sexual e emocional nos seus lares, escolas e espaços exteriores. Os principais perpetradores são os seus pares, parceiros íntimos ou membros de confiança dentro da sua comunidade (Instituto Nacional de Saúde et al, 2019). A aprovação do MINEDH por um mecanismo multisectorial de encaminhamento e denúncia da violência contra crianças será uma área crítica do apoio do UNICEF durante os próximos cinco anos.

Durante a análise deste relatório, observou-se que as intervenções programáticas para rapazes adolescentes não eram abrangentes, apesar de um reconhecimento crescente da importância de dar suporte também a homens e rapazes. Isto é

importante uma vez que existem grandes lacunas na informação sobre rapazes em Moçambique fora do contexto escolar, sendo a maioria dos dados gerados sobre a situação das raparigas (UNFPA, 2018). Embora tenha sido proposto o conceito de espaços seguros masculinos para ajudar os rapazes a compreender e transitar em segurança da infância para a masculinidade, nenhuma destas actividades está à escala.

Moçambique precisa de políticas e práticas para aproveitar as oportunidades de desenvolvimento para aproveitar a promessa da adolescência, equilibradas com a contenção dos seus riscos, e assegurar a protecção adequada contra as uniões prematuras, a gravidez precoce e a violência baseada no género. As abordagens devem reforçar a participação equitativa dos jovens desde o início, incluindo o seu envolvimento na concepção do programa e no envolvimento cívico. As questões de desenvolvimento e de comportamento que emergem na adolescência podem ser rastreadas até à infância e subsequentemente seguidas até à idade adulta, exigindo assim um maior enfoque no ciclo de vida. A adopção de programas centrados no género que aplicam investigação e conhecimento pode promover o bem-estar, a resiliência e o desenvolvimento. Tais

programas têm potencial para rectificar as barreiras estruturais e desigualdades de oportunidades e permitir que todos os adolescentes moçambicanos

possam florescer. A Tabela 13 destaca algumas destas recomendações chave para esta fase do ciclo de vida.

**Tabela 13:** Recomendações chave para adolescentes e jovens

PROBLEMA E ODS RELEVANTES	BARREIRAS	RECOMENDAÇÃO
<p><b>Baixa retenção no ensino secundário</b></p> <p><b>ODS 4.1:</b> 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</p>	<p>Barreiras financeiras e compromissos familiares significam que as crianças abandonam a escola porque não têm dinheiro para ficar</p> <p>Normas sociais e de género em torno do papel das raparigas significa que as raparigas têm mais probabilidades de desistir permanentemente da escola</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir o apoio à modernização da escola primária para o ensino básico, que abrange o ensino secundário inferior.</li> <li>Explorar opções para uma bolsa adolescente para facilitar a retenção na escola secundária.</li> <li>Fortalecer o esforço para expandir as opções alternativas de aprendizagem para crianças que estão fora do sistema de educação para crianças e adolescentes.</li> <li>Assegurar a inclusão de currículos de género às escolas secundárias para mitigar as questões de género e as uniões prematuras.</li> </ul>
<p><b>Baixo acesso à formação profissional adequada</b></p> <p><b>ODS 4.4:</b> Até 2030, aumentar substancialmente o número de jovens e adultos que tenham habilitações relevantes, inclusive competências técnicas e profissionais, para emprego, trabalho decente e empreendedorismo</p>	<p>Baixos níveis de oferta de formação profissional</p> <p>Falta de formação profissional inclusiva e equitativa</p> <p>Procura não satisfeita de competências e necessidades profissionais do mercado interno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir as oportunidades de formação profissional orientadas para o mercado local, particularmente para as crianças nas províncias do Norte, as raparigas e, as crianças portadoras de deficiência.</li> <li>Explorar parcerias com o sector privado no estabelecimento de um código de conduta para toda a indústria, prevenindo o abuso e exploração sexual de crianças, começando com áreas específicas da indústria, como, o turismo, antes de explorar sectores alternativos.</li> </ul>
<p><b>Altos níveis de uniões prematuras</b></p> <p><b>ODS 5.2:</b> Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e envolvendo crianças, bem como as mutilações genitais femininas</p>	<p>Lenta divulgação da lei sobre as uniões prematuras, particularmente nas zonas rurais</p> <p>Obstáculos à compreensão e ao entendimento do direito por parte da comunidade</p> <p>Falta de oportunidades fora do casamento para as raparigas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir a advocacia comunitária e a divulgação da lei sobre os primeiros sindicatos, incluindo o trabalho com pessoas influentes na comunidade, homens e rapazes, e intensificar os esforços para divulgar a lei nas línguas locais e, de forma culturalmente apropriada.</li> <li>A Secretaria de Estado da Juventude e do Ministério de Género, Criança e Acção Social deve trabalhar com o sector privado para identificar e criar oportunidades económicas e de formação para meninas.</li> <li>Expandir os esforços existentes aumentando o acesso das meninas adolescentes ao planeamento familiar para prevenir a gravidez precoce na adolescência e, expandir as intervenções de saúde sexual e reprodutiva para os rapazes e raparigas.</li> </ul>
<p><b>Altos níveis de violência contra crianças</b></p> <p><b>ODS 16.2:</b> Acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças</p>	<p>Baixos índices denúncias de violência contra crianças e aplicação inadequada da legislação sobre violência</p> <p>Normas sociais e de género que normalizam a violência física e as desigualdades de género</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano deve implementar e ampliar um mecanismo multisectorial de prevenção, encaminhamento e resposta à violência contra crianças na escola primária e secundária. Com esta implementação, deve procurar garantir que as recomendações de 2019 do Comitê dos Direitos da Criança de proibir o castigo físico nas escolas sejam atendidas.</li> <li>Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano para assegurar que os professores e directores sejam formados e estejam a implementar as recomendações do Comitê dos Direitos da Criança sobre a proibição do castigo corporal nas escolas sejam cumpridas.</li> </ul>



## Questões transversais

*Este capítulo apresenta os resultados da análise quanto a questões transversais, tais como gênero e inclusão social e a participação das crianças. Tais questões são relevantes ao longo do ciclo de vida, pois influenciam os indicadores da criança em diferentes fases de desenvolvimento.*

*A análise também procura compreender como as questões de género e inclusão social influenciam como as crianças estão a participar activamente no desenvolvimento e nas iniciativas comunitárias e, como o acesso equitativo é para todas as crianças, incluindo as que vivem com deficiências.*

Este capítulo destaca também o progresso actual de dois indicadores dos ODS relacionados com a participação das crianças. Estes indicadores estão resumidos na Tabela 14. Por último, também neste

capítulo são apresentados resultados análise sobre crianças que vivem em formas alternativas de cuidados, uma vez que isto diz respeito a todas as crianças de todos os grupos etários.

**Tabela 14:** Progresso nos indicadores dos ODS relacionados com a participação das crianças

ODS	INDICADOR RELATIVO ÀS CRIANÇAS	VALOR MAIS RECENTE (INQUÉRITO – ANO)
<b>ODS 4.4:</b> Até 2030, aumentar substancialmente o número de jovens e adultos que tenham habilitações relevantes, inclusive competências técnicas e profissionais, para emprego, trabalho decente e empreendedorismo	Proporção de jovens (15–24 anos) que utilizaram actividades relacionadas com computadores nos últimos três meses	15–19 anos: 5,4% 20–24 anos: 8,6% (Censo – 2017)
<b>ODS 5.B:</b> Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres	Proporção de jovens (15–24 anos) que possuem um telefone celular, por sexo	Masculino: 45% Feminino: 32% (Censo – 2017)

## 4.1 Género e inclusão social

*Em Moçambique, as etnias, a vida e a cultura variam entre o Norte, o Centro e o Sul e, o género é também influenciado por estas diferenças regionais.*

No Norte, os papéis de género são definidos mais tradicionalmente, sendo os homens considerados como o chefe de família e o principal provedor financeiro, enquanto as mulheres gerem uma multiplicidade de tarefas domésticas e de guarda de crianças. As mulheres e raparigas jovens também estão desproporcionalmente representadas em sectores informais como nas actividades de recolha de lenha e água, a preparação de alimentos, a agricultura de pequenos agricultores, sendo mais provável que não sejam remuneradas por estes trabalhos (United States Agency for International Development [USAID], 2019).

Em termos legislativos, porém, Moçambique é notavelmente progressista, tendo ratificado todas as convenções internacionais relevantes sobre género e inclusão social (Anexo 3) e aprovado uma política de género e uma estratégia de implementação (República de Moçambique, 2018). O Governo ratificou tanto a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres em 1993 como a Convenção sobre os Direitos da Criança em 1994. A Constituição moçambicana também declara que homens e mulheres devem ser iguais perante a lei em todas as esferas da vida política, económica, social e cultural.<sup>80</sup>

Em 2019, após anos de discussão, o país aprovou a Lei de Prevenção e Combate as Uniões Prematuras. A lei estabelece a idade mínima do casamento (e uniões civis) aos 18 anos e inclui salvaguardas para assegurar que o consentimento parental e os costumes tradicionais não sejam utilizados como excepções para permitir o casamento com uma criança (União Europeia & Nações Unidas, 2019). A Figura 4-1 resume algumas das legislações, políticas e estratégias de género relevantes, assim como as ratificações internacionais.

Embora a Constituição conceda direitos iguais a homens e mulheres, na prática esta igualdade raramente se realiza, particularmente nas zonas rurais onde o casamento habitual e a poligamia persistem (Mwareya, 2016). As mudanças legislativas nacionais muitas vezes demoram para chegar as zonas rurais. Neste contexto, é necessário uma programação concertada de base comunitária e advocacia para instigar a mudança nas normas sociais prevaletentes. Quando não existirem as condições necessárias – por exemplo, condições óptimas para frequentar a escola ou disponibilidade de oportunidades de trabalho assalariado – as práticas habituais, tais como, as uniões prematuras e a iniciação sexual, persistirão. Em 2019, Moçambique classificou-se em 127 entre os

80 Artigo 36 da Constituição da República de Moçambique, 2004.

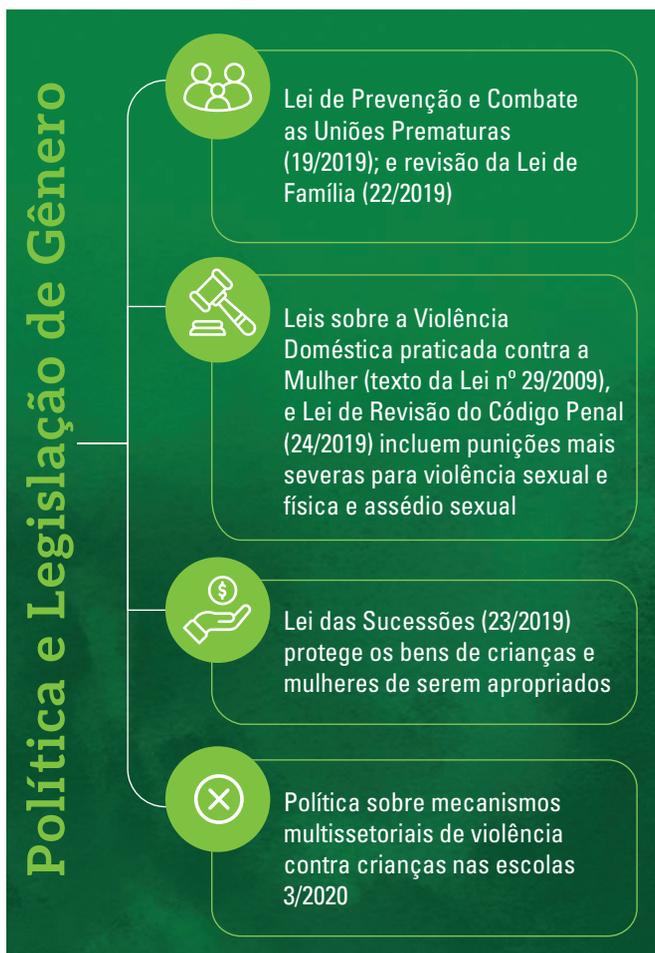


Figura 4-1: Legislação sobre o gênero

Fonte: Elaboração dos autores baseada na Spotlight Initiative (EUUN Spotlight, 2019)

189 países no Índice de Desigualdade de Gênero do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), demonstrando que muito trabalho precisa de ser feito para alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres (PNUD, 2020).

Moçambique ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2012, e em Janeiro de 2020, o Governo concluiu o primeiro relatório de apresentação ao Comité dos Direitos das Pessoas com Deficiência. No entanto, o país tem lutado para implementar o seu compromisso com as crianças com deficiência e assegurar o seu acesso equitativo à saúde, educação inclusiva e serviços sociais (Westminster Foundation for Democracy, 2019). Globalmente, as crianças com deficiência têm mais de quatro vezes mais probabilidades de sofrer violência e discriminação do que outras crianças e têm menos probabilidades de participar nas suas comunidades (Westminster Foundation for Democracy, 2019).

As crianças com deficiência também não são frequentemente capturadas nas estatísticas e sistemas de monitoria nacionais. Por exemplo, as limitações metodológicas e de implementação do Censo em

relação à recolha de dados sobre a deficiência, muito provavelmente, subestimaram a prevalência de deficiência entre as crianças. Embora o Censo estime que 1,3 por cento das crianças têm uma deficiência, isto é consideravelmente inferior à estimativa média global para as populações infantis de 10 por cento, a deficiência tem sido levantada como uma preocupação pelas organizações de deficientes e defensores em Moçambique (UNICEF, 2006). Espera-se que o próximo Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) forneça dados mais precisos sobre a prevalência, devido à sua utilização dos questionários desenvolvidos pelo UNICEF em conjunto com o Grupo de Washington sobre a funcionalidade da criança.

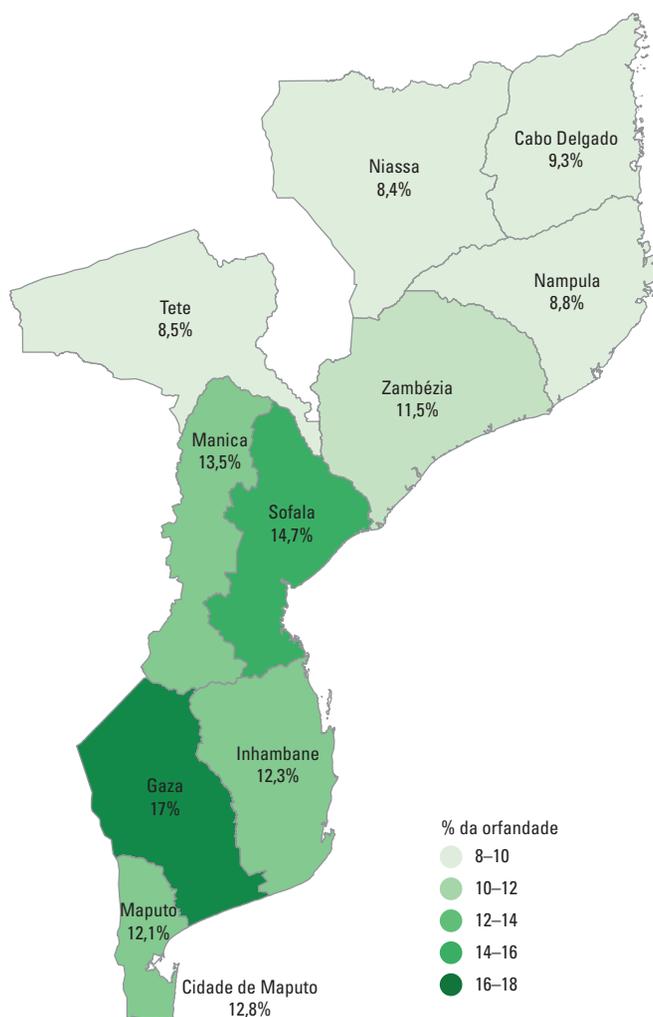
## 4.2 Crianças em cuidados alternativos

*Os órfãos têm mais probabilidades de viverem na pobreza crónica, têm piores indicadores de saúde e educação e correm mais riscos de violência e violação sexual, tráfico e uniões prematuras em comparação com crianças cujos pais estão ambos vivos (End Child Prostitution in Asian Tourism [ECPAT] International & Rede da Criança, 2018).*

Em 2017, 11 por cento das crianças em Moçambique tinham perdido um ou ambos os pais, dos quais 13,6 por cento eram duplos órfãos, ou seja, 1,5 por cento de todas as crianças do país (INE, 2019). Os órfãos são mais propensos a viver em zonas urbanas do que rurais (12,7 por cento em comparação com 10,3 por cento) – uma tendência que deverá aumentar no futuro com a crescente urbanização.<sup>81</sup> A Figura 4-2 mostra que as crianças nas províncias do Sul têm mais probabilidades de serem órfãs do que as do Norte. As taxas mais elevadas de órfãos foram encontradas em Gaza a 17 por cento, provavelmente porque esta província tem as taxas mais elevadas de prevalência de HIV em adultos no país, tal como indicado no IMASIDA (INE, 2015).

Em Moçambique, é normal que os órfãos e as crianças vulneráveis se mudem temporária ou permanentemente entre as suas casas familiares e lares de familiares ou para cuidados institucionais. As crianças podem ser separadas das suas famílias e colocadas em cuidados por várias razões, incluindo conflitos armados,

81 Isto não inclui os órfãos que vivem na rua, pois, não há dados recentes sobre as crianças que vivem em situações de rua, o que requer atenção urgente (Comité dos Direitos da Criança, 2019).



**Figura 4-2:** Percentagem de prevalência da orfandade por província, 2017

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

desastres naturais e migração económica. As raparigas, crianças que vivem com deficiências ou com HIV/SIDA, e crianças nascidas fora do casamento constituem um número desproporcionado de crianças abandonadas ou colocadas em cuidados alternativos (Comité dos Direitos da Criança, 2019). O movimento constante de um cenário para outro é perturbador para as crianças. Além disso, estas crianças correm ainda o maior risco de serem exploradas para o trabalho infantil ou forçadas a uniões prematuras ou casamentos de crianças. Existem actualmente poucos mecanismos de salvaguarda, já que não há capacidade de monitorar e rever o bem-estar destas crianças (Relatório Suplementar da Sociedade Civil, Comité dos Direitos da Criança, 2019).

Não existem protocolos formais em Moçambique para o acolhimento temporário ou permanente de órfãos ou crianças vulneráveis fora dos seus lares, sobre cuidados familiares ou de outros cuidados residenciais. A abordagem nacional de cuidados alternativos em Moçambique é fragmentada e dificultada pela falta de

sistemas adequados de protecção a nível comunitário ou estatutário.<sup>82</sup> Apesar da legislação nacional, a solução dos cuidados institucionais continua a ser utilizada indiscriminadamente, incluindo a utilização generalizada de instalações de grande escala, de tipo dormitório. Quando as crianças são retiradas das suas casas, voluntária ou forçadamente, os centros de cuidados institucionais são utilizados como a primeira opção e não como último recurso.

O Artigo 19º do regulamento para os cuidados alternativos indica a obrigação de criar um registo nacional de cuidados alternativos para menores como mecanismo de recolha, processamento e gestão de informações sobre crianças sem apoio parental. Existem actualmente 7.269 crianças em 99 centros residenciais em Moçambique, o que significa que a maioria dos centros acolhe uma média de 73 crianças (UNICEF, 2021b). No entanto, uma vez que não houve um mapeamento recente de centros residenciais geridos por particulares, estes números provavelmente subestimam a realidade (UNICEF, 2021b). Também não há informação sobre o número de crianças em instituições de acolhimento com três anos ou menos, ou há quanto tempo as crianças vivem em tais estruturas. As instituições estão para além da sua capacidade, e parece improvável que sejam capazes de satisfazer as necessidades e direitos básicos das crianças. Espera-se que isto tenha um efeito profundo no desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo das crianças. Estas experiências infantis adversas podem também ser associadas a problemas de saúde mental a longo prazo, especialmente se as crianças forem expostas a estas entre os 6–24 meses de idade.

## 4.3 A participação das crianças

*A Constituição moçambicana incentiva a participação dos jovens na construção do Estado e da unidade nacional.*<sup>83</sup>

O actual Plano Quinquenal estabelece objectivos estratégicos para promover o envolvimento e a capacitação da juventude, especialmente em actividades sócio-culturais, desportivas e económicas. O Plano Quinquenal também enfatiza a importância da sensibilização das crianças sobre questões como

<sup>82</sup> Ver Anexo 4 que esboça a legislação sobre formas alternativas de cuidados.

<sup>83</sup> Artigo 123 da Constituição da República de Moçambique, 2004.

Painel A: Propriedade de telemóvel entre rapazes e raparigas com idades compreendidas entre os 10–17 anos

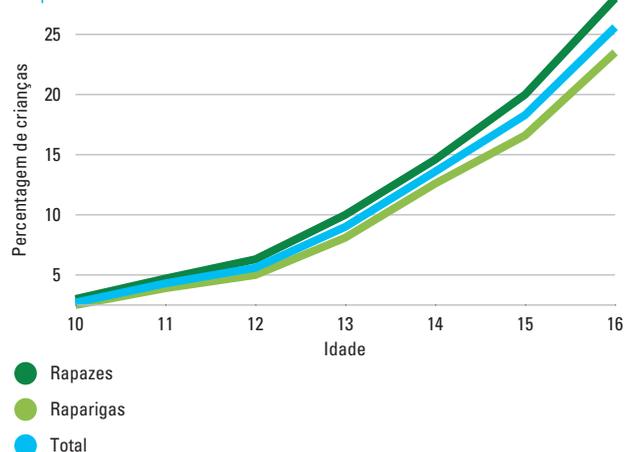


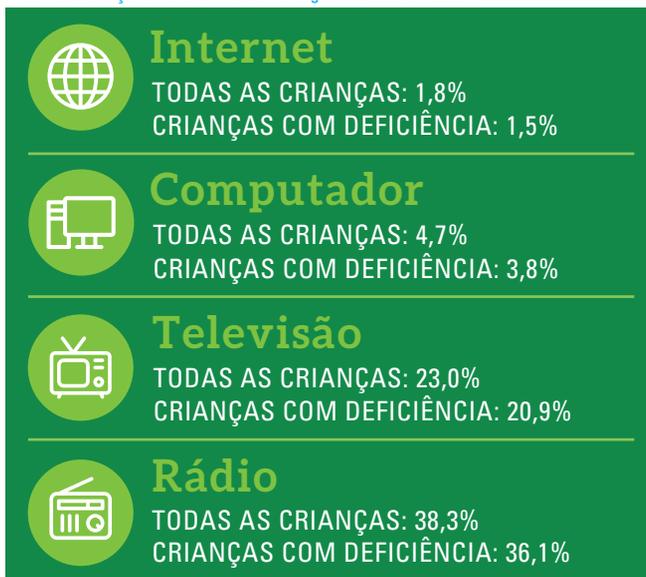
Figura 4-3: Posse de telemóvel e acesso à tecnologia

Fonte: Cálculos dos autores baseados na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017.

a saúde sexual e reprodutiva e os efeitos nocivos do abuso do álcool e de substâncias. Contudo, as observações do Comité dos Direitos da Crianças de 2019 e o Plano Quinquenal reconhecem as oportunidades limitadas para os jovens participarem de forma significativa.<sup>84</sup> As observações do Comité dos Direitos da Crianças apelou ainda a um maior envolvimento das crianças na concepção e implementação de políticas e programas destinados a alcançar os ODS e a concretizar os seus direitos (Comité dos Direitos da Criança, 2019). Apesar do estabelecimento a longo prazo de instituições como a Organização Moçambicana da Juventude, parlamentos de jovens e crianças e programas de jornalismo juvenil, estes não permitiram que todas as crianças participassem de forma equitativa.<sup>85</sup> Por exemplo, as crianças com notas mais baixas ou que não frequentam a escola e as crianças com deficiência têm menos probabilidades de serem envolvidas.

Embora os meios de comunicação social e a tecnologia tenham sido instrumentos úteis para alargar a disseminação de informação, ainda existem barreiras para chegar às crianças nos quintis mais baixos de riqueza, especialmente entre as raparigas e as pessoas com deficiência. É necessário muito trabalho para aumentar o acesso das crianças às tecnologias da informação e da comunicação e para promover o acesso à internet a preços acessíveis. A Figura 4-3 mostra que apenas cerca de 2 por cento das crianças

Painel B: Crianças com acesso à tecnologia nos seus domicílios



têm acesso à Internet, e 1 em cada 20 crianças vive em lares com acesso a um computador. As crianças com deficiência são ainda mais desfavorecidas, com geralmente menos acesso à tecnologia nos seus lares. A posse de telemóveis é inferior a 10 por cento entre todas as crianças com menos de 13 anos de idade. A partir dos 13 anos, os rapazes têm cada vez mais probabilidades de possuírem telemóveis do que as raparigas e, portanto, um maior acesso à informação. Aos 17 anos de idade, 35 por cento dos rapazes e 27 por cento das raparigas possuem telemóveis (Figura 4-3). Hoje, espera-se que este número seja mais elevado. De acordo com o inquérito aos orçamentos familiares de 2019–20, pouco mais de 60 por cento das famílias possuem telemóveis (INE, 2021a).

Várias iniciativas, tais como, as unidades móveis tentaram colmatar a lacuna tecnológica através de unidades colectivas de rádio e cinema. No entanto, estradas e condições perigosas inibem o acesso às comunidades mais remotas. Os constrangimentos financeiros afectam tanto a difusão, como a qualidade e a implementação prática destas iniciativas. Contudo, o UNICEF tem enfatizado programaticamente o processo de comunicação para o desenvolvimento (C4D) para promover a participação dos jovens. Esta abordagem utiliza a investigação e consulta para promover a inclusão, a consciência dos direitos humanos, a mobilização da liderança, influenciar atitudes e normas sociais, e transformar comportamentos. O programa tem estado activamente empenhado em apoiar intervenções governamentais como Geração Biz, Ouro Negro, e Famílias Modelo para alcançar prioridades estabelecidas a nível nacional, tais como, o fim das uniões prematuras, a promoção da educação na primeira infância e a redução da subnutrição crónica.

84 O artigo 12 da CDC diz que todas as crianças têm o direito de expressar as suas opiniões, sentimentos e desejos em todos os assuntos que as afectam, e de ter os seus pontos de vista considerados e levados a sério.

85 O Secretariado da Juventude e Emprego e o Secretariado do Desporto supervisionam e apoiam as associações juvenis em Moçambique. Antes de 2020, o anterior Ministério da Juventude e dos Desportos desempenhava este papel.

## 4.4 Resumo e recomendações chave

*Os exercícios de mapeamento actualmente em curso permitirão uma melhor compreensão da situação das crianças que vivem em estruturas de cuidados institucionais em todo o país.*

As indicações actuais são de que as crianças estão a ser colocadas indiscriminadamente em cuidados institucionais, sem considerar opções alternativas na comunidade. Há uma necessidade urgente de assegurar o registo de crianças e o registo e inspecção dos centros de cuidados alternativos existentes, de acordo com os regulamentos sobre as instalações de cuidados residenciais. É necessário advogar a transformação destes centros em ambientes de grupos mais pequenos, que se assemelham a um ambiente familiar. Assim, os centros requerem um sistema de monitoria independente e canais acessíveis para a comunicação e resposta ao tratamento inadequado de crianças.

Os resultados deste estudo revelaram ainda a necessidade de melhorar o envolvimento dos jovens na concepção e co-criação de projectos destinados a crianças e jovens em Moçambique e de cumprir as obrigações das crianças para com as crianças de participarem na vida cívica e, na elaboração de políticas como um dos princípios fundamentais da

Convenção sobre os Direitos da Criança. A utilização da Accountability to Affected Populations Framework assegurará que o poder e os recursos sejam utilizados de forma ética e responsável para realizar o que é apropriado e que as crianças estejam activamente empenhadas em assegurar que os seus objectivos sejam atingidos por via do alcance dos resultados mais apropriados. Esta estrutura também fornece opções para desenvolver soluções apropriadas e significativas e, ao mesmo tempo, preserva os seus direitos e dignidade, particularmente em situações de vulnerabilidade e crise.

A Tabela 15 resume os problemas identificados na medida em que se relacionam com o direito à participação e aos cuidados alternativos, bem como com os ODS correlatos. Igualmente, apresenta uma explicação dos obstáculos de cada problema e recomendações chave para a sua implementação. No Anexo 2 são apresentadas recomendações programáticas adicionais, uma vez que se relacionam com cada fase do ciclo de vida.

**Tabela 15:** Recomendações chave para os temas transversais

PROBLEMA E ODS RELEVANTES	BARREIRAS	RECOMENDAÇÃO
<p><b>Desigualdade na participação da criança</b></p> <p><b>ODS 5.b</b> Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres</p>	<p>O acesso à comunicação e à Internet é limitado, especialmente entre as crianças que vivem em agregados familiares rurais e menos ricos – 1 em cada 50 crianças tem acesso à Internet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar o envolvimento da criança em todos os programas relevantes para as crianças, incluindo uma modalidade de trabalho e consultoria que eleva e valida as vozes e pontos de vista dos jovens através da abordagem do ciclo de vida.</li> <li>Encontrar formas alternativas de estender o alcance das crianças que não têm acesso à Internet, rádio ou televisão.</li> <li>Apoiar o envolvimento das crianças nas suas comunidades a exercerem o direito cívico educativo de participação.</li> </ul>
<p><b>Falta de dados actualizados sobre as condições de vida das crianças em cuidados institucionais</b></p>	<p>A falta de aplicação da abordagem nacional de cuidados alternativos em Moçambique é fragmentada e dificultada pela falta de sistemas adequados de protecção a nível comunitário ou estatutário</p> <p>A solução de cuidados institucionais continua a ser utilizada indiscriminadamente, incluindo a utilização generalizada de instalações de grande escala, de tipo dormitório, como primeira opção para as crianças em arranjos de cuidados alternativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar, aplicar e sensibilizar para o regulamento sobre cuidados alternativos (decreto nº 33/2015) e acelerar a criação de um registo nacional de cuidados alternativos.</li> <li>Assegurar o registo e inspecção dos centros de cuidados alternativos existentes para crianças, em conformidade com o regulamento sobre as instalações de cuidados residenciais</li> <li>Eliminar progressivamente a institucionalização, adoptando um plano concreto que inclua a transformação sistémica do sistema de acolhimento e protecção da criança.</li> </ul>



# Crianças em situação de emergência e crises humanitárias

*Moçambique está a passar por crises humanitárias complexas. A exposição a choques climáticos, desastres naturais e conflitos é susceptível de aumentar nos próximos cinco anos, alargando os serviços de resposta a emergências, incluindo a protecção infantil e social e, aumentando o risco de surtos de doenças que desafiam os frágeis sistemas de saúde.*

De acordo com o Índice de Risco INFORM 2021, Moçambique está actualmente classificado em 11º entre 191 países com maior risco de crises e desastres humanitários (Comissão Europeia, 2021).

Quando ocorrem choques, Moçambique tem estruturas institucionais em funcionamento mas não está ainda bem posicionado para governar ou responder a esses desafios. A resposta aos choques requer um apoio significativo dos actores humanitários para lidar com os eventos sempre presentes causados por condições climáticas severas e conflitos, incluindo a prestação de protecção e serviços contínuos para as crianças. Estas ocorrências colocam as crianças em qualquer fase do ciclo de vida em risco de violência física e emocional e exploração sexual, que são ainda maiores quando estão em risco de serem separadas

das suas famílias e comunidades. Os riscos são mais graves para órfãos e crianças com deficiência e são exacerbados pela pobreza (UNICEF, 2020i).

Este capítulo fornece um resumo das actuais situações humanitárias e de emergência que Moçambique enfrenta incluindo as alterações climáticas e desastres naturais, os conflitos armados e a pandemia COVID-19 em curso, que expôs as actuais necessidades e lacunas nas necessidades psicossociais das crianças em Moçambique. Além disso, o capítulo analisa a situação da saúde mental e bem-estar das crianças.

## 5.1 Mudanças climáticas e catástrofes naturais

*Moçambique faz fronteira com o Oceano Índico, Tanzânia, Zâmbia, Malawi, Zimbabué, África do Sul e Eswatini.*

A longa linha costeira e a localização geográfica expõem o país a riscos relacionados com o clima, tais como, os ventos fortes, ciclones e inundações (Figura 5-1).<sup>86</sup> Juntamente com a seca, estes eventos climáticos extremos estão a ocorrer com frequência e intensidade crescentes, com um impacto cumulativo e devastador nas crianças (Koivisto & Nohrstedt, 2017 e Global Faculty for Disaster and Recovery, 2019). Os impactos nas crianças são profundos e duradouros. Por exemplo, as crianças ainda estão deslocadas em 76 locais em seis províncias por causa dos danos causados pelos ciclones Idai e Kenneth em 2019 (IOM, 2021a).

Fenómenos meteorológicos extremos afecta todos os anos a vida de milhões de pequenos agricultores, destruindo meios de subsistência e infraestruturas. Para as crianças que vivem nas regiões afectadas pelas cheias e pela seca, o risco de privação, a ameaça frequente de deslocação e de perda de bens causados por catástrofes naturais é agravado pela falta de resiliência a nível doméstico e de preparação para catástrofes e de respostas apropriadas (OIM, 2020). Por exemplo, tais riscos sobre as crianças aumentam após os choques, porque frequentemente um ou ambos os pais têm de sair em busca de trabalho, a fim de proporcionar um rendimento à sua

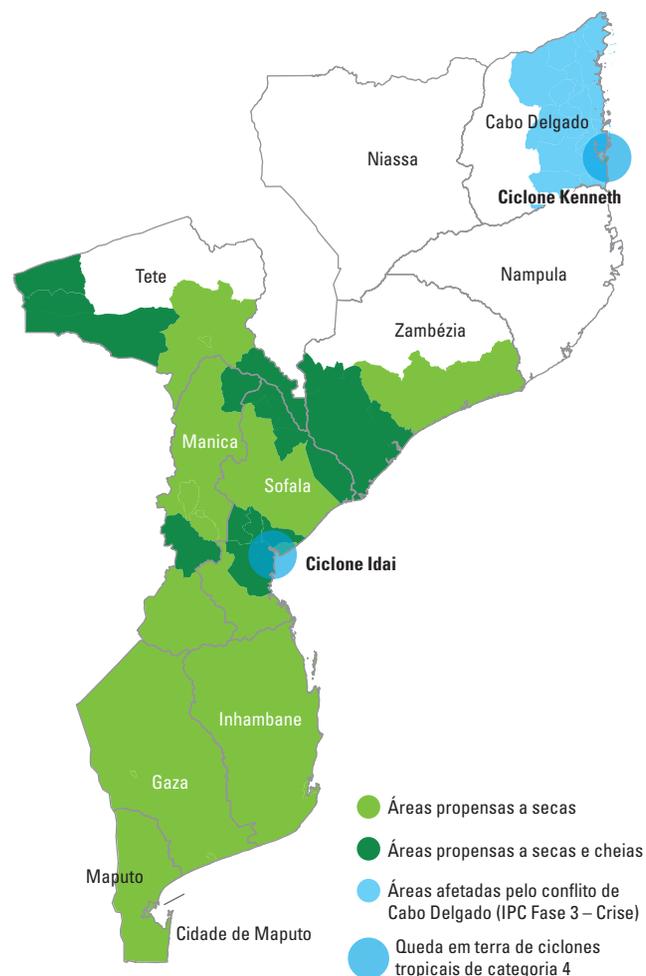


Figura 5-1: Inundações, secas e zonas propensas a ciclones e zonas de conflito

Fonte: Elaboração própria dos autores com base no Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos (2018) e na classificação FEWS NET IPC Fase 3 – Crise

<sup>86</sup> Moçambique pontua actualmente 5,8 em 8 em termos de risco de catástrofe natural e perigo (Comissão Europeia, 2021) e terceiro entre os países africanos mais expostos a múltiplos perigos relacionados com o clima e o impacto das alterações climáticas (SADC perfil de risco 2019 Global Risk Index).



© UNICEF/James Oatway

## CAIXA 1: A ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO HUMANITÁRIA DE MOÇAMBIQUE

A resposta humanitária em Moçambique, particularmente às catástrofes naturais, é liderada e coordenada pelo Governo através do Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres, sob o Conselho de Ministros. Este, está mandatado para coordenar emergências, promover a redução do risco de desastres através da mobilização da população e do Governo, proteger vidas humanas, assegurar a coordenação multisectorial numa emergência, coordenar sistemas de alerta precoce, e levar a cabo actividades de sensibilização do público.

O Governo estabeleceu três entidades para gerir o risco de catástrofes e a preparação e resposta a emergências:

1. conselho de coordenação para a gestão de desastres e redução de riscos
2. conselho técnico de gestão de desastres e redução de riscos, presidido pelo presidente do conselho de coordenação
3. centro nacional de operações de emergência, que assegura a coordenação multisectorial e a tomada de decisões durante uma emergência

Todos estes organismos são replicados a nível provincial e distrital. O Governo é apoiado pela equipa do país humanitário composta por agências da ONU, organizações não governamentais internacionais (ONG), o movimento da Cruz Vermelha e representantes dos doadores. A equipa é apoiada a nível operacional por grupos de trabalho temáticos e pelo grupo de coordenação entre agências liderado pelo Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários (UNOCHA), 2019.

família. Como resultado, em muitas áreas afectadas, as famílias são chefiadas por mulheres e assim, as mulheres e as crianças destes domicílios precisam de lidar com o fardo da redução do rendimento

familiar e da falta de alimentos. Embora exista uma estrutura de coordenação governamental para situações de emergência (Caixa 1), há uma capacidade governamental limitada para liderar e o Governo

depende fortemente do apoio adicional da equipa do país humanitário e das agências internacionais.

A participação de crianças e jovens na vida cívica e na elaboração de políticas é um dos princípios fundamentais da Convenção sobre os Direitos da Criança, com o Artigo 12 articulando o direito de cada criança a expressar as suas opiniões, sentimentos e desejos em todos os assuntos que a afectam. Em 2020, um inquérito que mediu a percepção das alterações climáticas na África subsaariana desencadeou respostas de 92.000 jovens em todo o continente, com 55 por cento indicando que sentiam que tinham a responsabilidade de enfrentar as alterações climáticas. Em Moçambique, 21.000 jovens participaram desse inquérito e a percepção das crianças inquiridas era de que o maior desafio relacionado com o clima na sua comunidade eram os períodos prolongados de calor e seca (64 por cento).<sup>87</sup>Devido aos desafios relacionados com o clima, cerca de metade dos inquiridos disseram ter observado menos produção e disponibilidade de alimentos nas suas áreas circundantes. Trinta e nove por cento dos jovens afirmaram que as acções mais importantes para combater as alterações climáticas e a destruição ambiental em curso eram a sensibilização da comunidade e o aumento da participação significativa das crianças na concepção e co-criação de projectos que visavam as alterações climáticas e os planos de adaptação à resiliência urbana.

As frequentes catástrofes naturais também aumentam os surtos de doenças transmissíveis, incluindo a malária, gripe e diarreia (USAID, 2018). Os surtos de cólera têm ocorrido em Moçambique todos os anos desde 2014, em grande parte devido a infraestruturas inadequadas de ASH num contexto de condições de vida sobrelotadas e deslocamentos forçados após inundações e desastres naturais. Os factores de risco que contribuem para a cólera incluem a escassez de água potável e a contaminação da água potável doméstica, enfatizando a necessidade de melhorar o acesso à água limpa, higiene e saneamento adequados e um melhor comportamento higiénico (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2019). Após os ciclones, estes surtos têm sido enfrentados com a vacinação oral contra a cólera e com contributos significativos na promoção de ASH, bem como com a presença de equipas de resposta rápida para rastrear e desinfectar a nível doméstico (UNICEF, 2020j).

87 A emergência regional de seca induzida pelo El Niño- em 2015–2016 foi a pior em 35 anos.

## 5.2 Conflitos armados

Historicamente, Moçambique viveu diversos casos de conflito armado em todo o país desde a independência. Actualmente, embora existam dois conflitos armados significativos em curso em Moçambique (Caixa 2), o maior conflito que afecta as crianças encontra-se no norte do país, onde grupos armados não estatais ganharam terreno na província de Cabo Delgado durante os últimos cinco anos (UNICEF, 2020j). Os motores do conflito em Cabo Delgado são multifacetados. Com um passado de complexa diversidade religiosa, étnica e política, a província tem historicamente experimentado uma grande desigualdade e desemprego, particularmente o desemprego juvenil (Habibe et al., 2019). A economia em Cabo Delgado, particularmente em Mocímboa da Praia e arredores, no extremo norte da província, é praticamente inexistente. As autoridades governamentais locais são incapazes de responder à procura de empregos e serviços públicos, enquanto os jovens têm poucas perspectivas de emprego ou de emprego formal (Habibe et al., 2019).

Enquanto Moçambique ratificou o Protocolo Opcional sobre conflitos armados em 2004, o país não cumpriu a sua obrigação de informar sobre o envolvimento de crianças em conflitos armados desde 2006 (Comité

### CAIXA 2: CONFLITOS ARMADOS EM MANICA E SOFALA

Em Moçambique, para além do conflito armado em Cabo Delgado, houve um aumento de ataques violentos nas províncias de Manica e Sofala em meados de 2020 e que desencadeou deslocamento interno de indivíduos dentro destas províncias (OIM, 2020). O acordo de paz assinado em 2019 pelo partido de oposição de Moçambique, o Movimento de Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO) e o Governo de Moçambique foi uma tentativa de pôr fim à relação tensa entre os dois partidos. No entanto, um ramo do partido RENAMO – a chamada Junta Militar da Renamo – separou-se e retomou as suas táticas de guerrilha, atacando locais civis e governamentais nessas províncias centrais (OIM, 2020). Aproximadamente 7.038 pessoas, ou 1.372 famílias, foram deslocadas internamente em Novembro de 2020, das quais 54 por cento eram crianças (OIM, 2020).

dos Direitos da Criança, 2019), apesar do número de mortes relacionadas com conflitos infantis ter aumentado consideravelmente em 2020 e 2021. Embora não seja possível comunicar oficialmente o número de mortes entre crianças, de acordo com relatórios não oficiais compilados pelo Projecto de Dados de Localização e Eventos de Conflitos Armados (ACLED) foram comunicadas mais de 2.500 mortes desde o início de 2017 (ACLED, 2021). De acordo com a Organização Internacional para as Migrações, no final de Dezembro de 2020 havia cerca de 700.000 pessoas deslocadas internamente por causa dos conflitos armados em Cabo Delgado. Havia também mais de 1.900 crianças desacompanhadas a viver com famílias de acolhimento que já têm escassos recursos (OIM, 2021b).

A crise em Cabo Delgado é sobretudo uma crise de protecção, com civis – especialmente mulheres e crianças – expostos a violações horríveis, incluindo assassinios, mutilações, raptos, recrutamento de crianças para grupos armados, e violência baseada no género. As crianças sofrem privações adicionais nas suas tentativas de encontrar segurança e protecção, incluindo a falta de acesso a serviços bem como correm o risco de sofrer traumas adicionais, levando a distúrbios de stress pós-traumático. Algumas crianças perderam membros da família, incluindo pais ou irmãos e irmãs, e requerem uma maior necessidade de apoio psicossocial.

Num inquérito conduzido pela OIM, com crianças em campos de deslocados, 16 por cento das crianças indicaram mudanças nos níveis de stress e no seu comportamento desde a sua deslocação (OIM, 2020). A interrupção dos serviços para crianças nestes contextos é grave, incluindo o acesso à educação e serviços de saúde, fontes de água potável e saneamento adequado. O estabelecimento do acesso a instalações de ASH seguras e apropriadas e a novas instalações de saúde e educação é um processo moroso, deixando as crianças expostas a mais privações. As crianças deslocadas internamente também não têm locais seguros para brincar e carecem de estímulos, brinquedos e materiais recreativos. Além disso, como as famílias deslocadas permanecem frequentemente em instalações públicas, particularmente escolas, os serviços são também perturbados para as comunidades de acolhimento.<sup>88</sup>

---

88 Embora a utilização de escolas como centros de deslocação temporária seja desencorajada pelo UNICEF e outros, são frequentemente utilizadas enquanto são estabelecidos centros de trânsito ou reassentamento mais formais.

O conflito armado em Cabo Delgado aumentou os riscos de trabalho infantil e tráfico humano à medida que as populações se desestabilizam e migram em busca de segurança. Houve também um aumento de gravidez entre adolescentes e uniões prematuras, bem como relatos de mulheres e raparigas raptadas à força ou raptadas para trabalho sexual e união forçada (Humanitarian Consortium, 2020). De acordo com o Consórcio Humanitário, o abuso sexual em campos para deslocados internos tem sido subdeclarado às autoridades e às Agências das Nações Unidas, apesar da criação de uma linha verde de ajuda de emergência, Linha Verde da resposta de emergência (Consórcio Humanitário, 2020). Muitos dos perpetradores deste abuso são aqueles que detêm posições de poder e de tomada de decisões. Além disso, os crimes contra crianças ocorrem frequentemente em áreas que deveriam ser designadas como seguras, tais como, os balneares públicos onde a iluminação e ou segurança são inadequadas. Discussões de grupos focais reforçaram as notícias de que raparigas foram recrutadas ou raptadas para servirem de esposas aos grupos armados não estatais enquanto que os rapazes são raptados para servirem de combatentes dos grupos (Humanitarian Consortium, 2020; D’Odorico, et al., 2021).

Embora haja relatos de muitos jovens serem raptados à força e pressionados a juntarem-se a grupos armados, muitos juntaram-se voluntariamente, sendo atraídos por redes de amigos ou recrutados através dos meios de comunicação social (Habibe et al., 2019). Os grupos armados não estatais capitalizaram com a estrutura social fragmentada e a falta de governação para recrutar crianças, na sua maioria rapazes de famílias mais pobres, menos instruídos e sem trabalho. Uma das primeiras motivações para muitos jovens se juntarem a grupos armados não estatais é pragmática: a necessidade de sobreviver (Habibe et al., 2019). Em segundo lugar, os jovens rapazes sentiram-se incapazes de participar de forma significativa nas suas comunidades devido a questões de identidade, desconfiança e às profundas divisões entre grupos étnicos (Habibe et al., 2019). As atracções da aventura são atractivas para os jovens quando não há esperança de cenários alternativos. Os grupos armados não estatais oferecem aos jovens um sentido de conectividade, uma nova ideologia e satisfazem os défices emocionais. Ao juntarem-se aos grupos armados não estatais, os jovens podem desafiar as hierarquias existentes, que anteriormente os tinham excluído.

## 5.3 COVID-19

*O Governo de Moçambique respondeu à COVID-19 sancionando uma intervenção nacional de distanciamento social, fechando escolas e fronteiras internacionais.<sup>89</sup>*

Embora estas medidas parecessem ter evitado com sucesso que a taxa de prevalência de casos aumentasse no início de 2020, à medida que as fronteiras reabriram, as taxas de prevalência aumentaram rapidamente nos meios urbanos, em parte devido às variantes mais contagiosas. Em Maio de 2021, havia mais de 71.000 casos confirmados de COVID-19 registados oficialmente, dos quais aproximadamente um quarto eram crianças e jovens com menos de 24 anos de idade (MISAU, 2021). Os dados oficiais também relataram mais de 800 mortes relacionadas com a COVID e que a taxa de recuperação da COVID é de 98 por cento.<sup>90</sup>

A pandemia teve um impacto adverso significativo na economia de Moçambique e acrescentou outro nível de complexidade à prestação de serviços de rotina e aos esforços de resposta humanitária em curso no país. Para além da crescente procura de serviços de saúde, a pandemia afectou gravemente a oferta de serviços de saúde essenciais, uma vez que os recursos de rotina do sector da saúde foram reafectados para que o MISAU pudesse responder ao surto de forma mais eficaz. Embora tenham sido feitos esforços para assegurar a prestação de serviços de saúde essenciais, o MISAU relatou um declínio no acesso a serviços entre mulheres e crianças em 2020, incluindo para vacinas e tratamentos de rotina como a tuberculose e TARV. A pandemia também atrasou o lançamento da vacina contra o vírus do papiloma humano em Moçambique.

Mais de oito milhões de crianças inscritas nas escolas foram afectadas pela pandemia da COVID-19 em 2020 (UNICEF, 2020j). A transição do Governo para o ensino e aprendizagem à distância teve início em programas de rádio e televisão e plataformas em linha. Enquanto algumas crianças puderam aceder ao ensino em linha ou através de uma rádio, de acordo com o Censo, pelo menos 60 por cento das crianças em idade escolar, particularmente nas zonas rurais, não teriam podido aceder a nenhuma destas modalidades



© UNICEF/Ricardo Franco

de ensino à distância. Para apoiar as crianças nas zonas rurais, as ONG e o UNICEF iniciaram um programa de mentores pedagógicos para fornecer materiais didácticos às comunidades (Save the Children, 2020).

A pandemia da COVID-19 também enfatizou as disparidades globais de género e deficiência. A nível global, as mulheres e raparigas têm sofrido maiores perdas de emprego – agravando as desigualdades de rendimento, emprego e pobreza (UN Women, 2020). Além disso, as mulheres têm responsabilidades muito maiores em matéria de cuidados. Durante o *lockdown*, as raparigas corriam um risco muito maior de violência baseada no género, gravidez e uniões prematuras (Inequality, 2020). Como resultado, as raparigas têm menos probabilidades de regressar à escola. As crianças com deficiências e em formas alternativas de cuidados também experimentaram barreiras adicionais devido à COVID-19, tais como, o acesso à informação sobre saúde pública e a incapacidade de isolamento social (UNICEF, 2020j).

89 As medidas foram postas em prática após o primeiro caso ter sido noticiado no país em Março de 2020.

90 Os dados aqui reportados são de 31 de Maio de 2021. Mais informação actualizada pode ser encontrada no painel COVID do MISAU: <https://coesaude.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/8a0407dcf9374ae5a7b592e770c6d84f> (MOH, 2021b).



© UNICEF/Ricardo Franco

## 5.4 Saúde mental

*Tem havido uma ênfase crescente na ligação entre saúde mental e determinantes sociais, tais como, a pobreza, migração, conflitos e catástrofes naturais (Maselko, 2017).*

No entanto, a saúde mental das crianças nem sempre tem estado no centro do diálogo político em Moçambique, apesar dos recentes progressos na prestação de serviços de saúde mental. Durante os últimos 10 anos, o Governo tomou medidas significativas para abordar a saúde mental dos adultos. A primeira política e plano de saúde mental foi aprovado em 2016. A cobertura dos serviços aumentou para todos os distritos com a formação de profissionais de saúde para formar um novo quadro de técnicos psiquiátricos (Cumbe et al., 2020). O Plano Estratégico de Saúde Mental 2016–2020 de Moçambique descreve a sua abordagem de prestação de serviços como tendo passado de cuidados centrados no asilo com hospitalização a longo prazo, para uma abordagem inovadora de cuidados comunitários e primários, com técnicos psiquiátricos baseados em cada um dos distritos (dos Santos et al., 2016). No

entanto, o departamento ainda recebe uma parte consideravelmente menor do orçamento global da saúde, e os recursos são insuficientes para satisfazer a procura e fornecer aconselhamento psicossocial centrado na criança com base na comunidade.

A pandemia da COVID-19 e as suas medidas restritivas elevaram a necessidade de abordar a saúde mental das crianças a nível mundial (Fore e Hijazi, 2020). Durante o Fórum Nacional para Crianças e Adolescentes em Moçambique, em Abril de 2021, os profissionais de saúde declararam ter testemunhado um aumento da prevalência de depressão, ansiedade, insónia, irritabilidade e agressão em crianças pequenas devido ao estado de emergência imposto e às medidas de distanciamento social.<sup>91</sup> Quarenta e um por cento das crianças e dos jovens afirmaram que a COVID-19 foi a sua maior preocupação durante a sondagem SMS Biz realizada em 2020. Embora o UNICEF tenha historicamente prestado apoio psicossocial sob protecção da criança e programação de emergência, a pandemia da COVID-19 pôs em marcha parcerias com o Departamento de Saúde Mental para responder à crescente necessidade de serviços de saúde mental e fornecer apoio psicossocial centrado na criança. Além disso, os esforços de defesa e comunicação têm aumentado para abordar questões de saúde mental e bem-estar infantil através da rádio e de plataformas em linha.

As condições de saúde mental representam 16 por cento do peso global das doenças e lesões em pessoas com idades compreendidas entre os 10–19 anos (OMS, 2017). Metade de todos os problemas de saúde mental começam aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não são detectados e não são tratados (OMS, 2021). A nível mundial, a maioria das crianças que necessitam de cuidados de saúde mental não tem acesso a serviços de saúde mental de alta qualidade (Wainberg, et al., 2017). De acordo com o inquérito global de 2015 sobre a saúde dos estudantes nas escolas em Moçambique, 15,8 por cento dos estudantes (13–17 anos de idade) revelaram que tinham considerado seriamente a possibilidade de tentar o suicídio durante os 12 meses anteriores ao inquérito (Centro de Controlo de Doenças, 2015). A relação entre ideação, planeamento ou tentativa suicida estava altamente correlacionada com estudantes que tinham sofrido violência nos 12 meses anteriores ou que sofriam de sintomas de ansiedade (Centro de Controlo de Doenças, 2015; Amu, et al., 2020; Seidu, et al., 2020).

91 Dra. Valéria Isabel Muando, Médica do Hospital Central de Maputo, painel de peritos do Fórum Nacional da Criança e do Adolescente em Moçambique, 2021.

## 5.5 Resumo e recomendações chave

*As crianças em Moçambique estão a sofrer constantes contratempos causados pela extrema vulnerabilidade do país aos choques climáticos.*

Para além das múltiplas emergências humanitárias causadas por condições climáticas severas, a intensificação de conflitos armados ameaça ainda mais o desenvolvimento infantil, perturbando o seu acesso à educação, aos serviços de saúde e à protecção adequada. A pandemia da COVID-19 acrescentou uma complexidade adicional em 2020, uma vez que os esforços foram concentrados a nível nacional para evitar que a pandemia se instalasse. As restrições ao distanciamento social e ao confinamento das famílias desvendaram uma multiplicidade de questões de saúde mental infantil em ambientes urbanos.

Os ataques mais recentes em Cabo Delgado, ocorridos em Palma em 2021, expuseram a realidade do que tem acontecido nos últimos cinco anos.

As crianças foram expostas a violações extremas, incluindo violência física e sexual, rapto e recrutamento de crianças pequenas para forças armadas não estatais (Save the Children, 2020; OIM, 2020; ACNUR, 2021). As dimensões da crise de Cabo Delgado exigem esforços de colaboração a todos os níveis, com base no princípio do “interesse superior da criança” em todas as acções. Como tal, a protecção das crianças afectadas por conflitos armados deve ser uma prioridade máxima para as decisões políticas, alavancagem de recursos e acções a nível nacional, regional, e global. As principais recomendações para políticas e intervenções sobre crianças em contextos de emergência e humanitários são apresentadas na tabela abaixo.

**Tabela 16:** Recomendações chave para crianças em contexto de emergência humanitária

PROBLEMA	BARREIRAS	RECOMENDAÇÕES
Violência contra crianças em um ambiente de conflito	Reconhecimento limitado e falta de relatórios formais sobre a extensão da violência em áreas em conflitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reportar o envolvimento de crianças em conflitos armados, de acordo com o compromisso assumido no âmbito do protocolo opcional sobre o envolvimento de crianças em conflitos armados.</li> </ul>
Fraca e sobrecarregada capacidade governamental para fornecer os serviços de protecção infantil necessários	Restrições de recursos humanos e liderança e base de competências limitadas entre os governos para coordenar com actores externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçar a capacidade das forças de segurança e defesa e dos serviços de protecção infantil para enfrentar as vulnerabilidades e proteger as crianças afectadas por conflitos armados. O Governo exerça a sua devida diligência de protecção e prevenção de actos de violência e punir as partes responsáveis.</li> <li>O governo para garantir o acesso seguro e sem restrições às organizações humanitárias para a prestação da tão necessária assistência.</li> </ul>
Falta de inclusão das crianças na preparação e resposta a emergências	<p>Oportunidades limitadas de inclusão; os sistemas hierárquicos não permitem às crianças participarem de uma forma significativa e fazerem ouvir as suas vozes</p> <p>As crianças não fazem parte do planeamento da preparação ou solução para responder a condições meteorológicas e eventos climáticos severos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver programas de formação e capacitação inclusivos com foco na melhoria dos serviços de previsão e resposta a desastres, construção de resiliência e adaptação as mudanças climáticas que possam ser expandidos e implementados em todo o país e, envolver as crianças na concepção de programas, soluções e implementação.</li> </ul>

## Conclusão

*Esta análise da situação das crianças em Moçambique apresenta um relatório abrangente, sensível ao género e, centrado na equidade sobre as crianças ao longo de todo o ciclo de vida. Ao apresentar os resultados da perspectiva do ciclo de vida de uma criança, o relatório ajuda os decisores políticos e as partes interessadas a identificar lacunas específicas e as áreas de intervenção que são necessárias para melhorar a vida das crianças em Moçambique.*

As crianças em Moçambique têm sofrido uma sequência de choques nos últimos anos. Nos últimos 15 anos, registou-se um aumento dos riscos relacionados com o clima, incluindo ciclones, cheias e secas. Estes eventos climáticos e padrões climáticos severos resultaram em morte, deslocação, insegurança alimentar extrema, surtos de doenças como a cólera e a malária e, a destruição de escolas e instalações de saúde (MISAU, 2017b; MISAU, 2017c). A intensificação do conflito armado em Cabo Delgado em 2020 acrescentou outra dimensão de complexidade no Norte, com crianças expostas à violência, separação familiar e saída forçada das suas casas. Nos campos de reintegração, os serviços são desafiados e, as crianças têm acesso limitado aos serviços de saúde, ASH, educação e protecção infantil. Além disso, as tensões políticas nas províncias centrais não diminuíram apesar da assinatura do acordo de paz em 2019, com impacto nas crianças que foram forçadas a entrar em campos para pessoas deslocadas internamente.

A pandemia da COVID-19 desafiou ainda mais o Governo em 2020. Embora a pandemia não se tenha instalado tanto quanto em alguns países do continente africano, Moçambique é vulnerável devido à sua proximidade geográfica com a África do Sul, que tem taxas de prevalência consideravelmente mais elevadas e está mais exposta às variantes globais. A pandemia COVID-19 aumentou as vulnerabilidades existentes e expôs fraquezas em muitos sectores incluindo a educação e a protecção das crianças. A campanha de vacinação em Moçambique será fundamental para garantir o acesso a serviços existentes e contínuos para crianças, bem como para assegurar que as crianças que estão atrasadas nas vacinações de rotina sejam focalizadas durante 2022 para prevenir novos surtos de outras doenças, tais como, o sarampo. O surto da COVID-19 também levantou questões de vulnerabilidade das crianças pequenas e, questões de saúde mental anteriormente ocultas.

A análise revela padrões distintos e repetitivos de desigualdade geográfica que reforçaram as conclusões do estudo multidimensional do UNICEF sobre a pobreza infantil. Cerca de metade das crianças de Moçambique vive abaixo da linha nacional de pobreza

e, a pobreza é consideravelmente mais elevada para as crianças que vivem nas províncias do Norte e do Centro do que nas províncias do Sul. Existem também disparidades de idade, sendo as crianças com menos de 13 anos mais propensas a viver na pobreza do que as crianças mais velhas. Ao utilizar medidas de pobreza multidimensional para captar a extensão da pobreza infantil, o UNICEF estima que 46 por cento das crianças de Moçambique são multidimensionalmente pobres. Crescer na pobreza exacerba as vulnerabilidades e impactos existentes ao longo do ciclo de vida (Britto et al., 2017). As crianças desfavorecidas em Moçambique têm menos probabilidades de, crescer e de ter relações seguras, lares decentes e, do acesso à boa nutrição, água e saneamento adequados. É provável que as crianças tenham uma educação pouco inspiradora e que muitas venham a desistir da educação com qualificações ou aptidões inadequadas para a sua preparação para a vida adulta.

A redução da crescente divisão da pobreza entre o Norte e o Sul do país é essencial para proporcionar oportunidades equitativas a todas as crianças moçambicanas. Contudo, com a actual recessão económica e o espaço fiscal limitado, actualmente Moçambique está a gastar menos em alguns sectores sociais, em termos reais comparativamente aos anos anteriores. Estes desafios exigem uma gestão financeira pública mais eficiente, equitativa e transparente. A nova reforma orçamental baseada em programas proporciona uma oportunidade para o UNICEF apoiar o Governo a concentrar-se em critérios de equidade baseados em indicadores e na importância de continuar a proteger e aumentar o financiamento do sector social bem como a melhorar a sua eficiência.

Embora Moçambique tenha um ambiente político progressivo e tenha adoptado importantes legislações sobre os direitos da criança, subsistem grandes desafios para garantir os direitos e o bem-estar das crianças ao longo do ciclo de vida. Esta análise revela que existem elevados índices de mortalidade materna, bem como de mortes neonatais entre as raparigas adolescentes. Para as novas mães adolescentes e

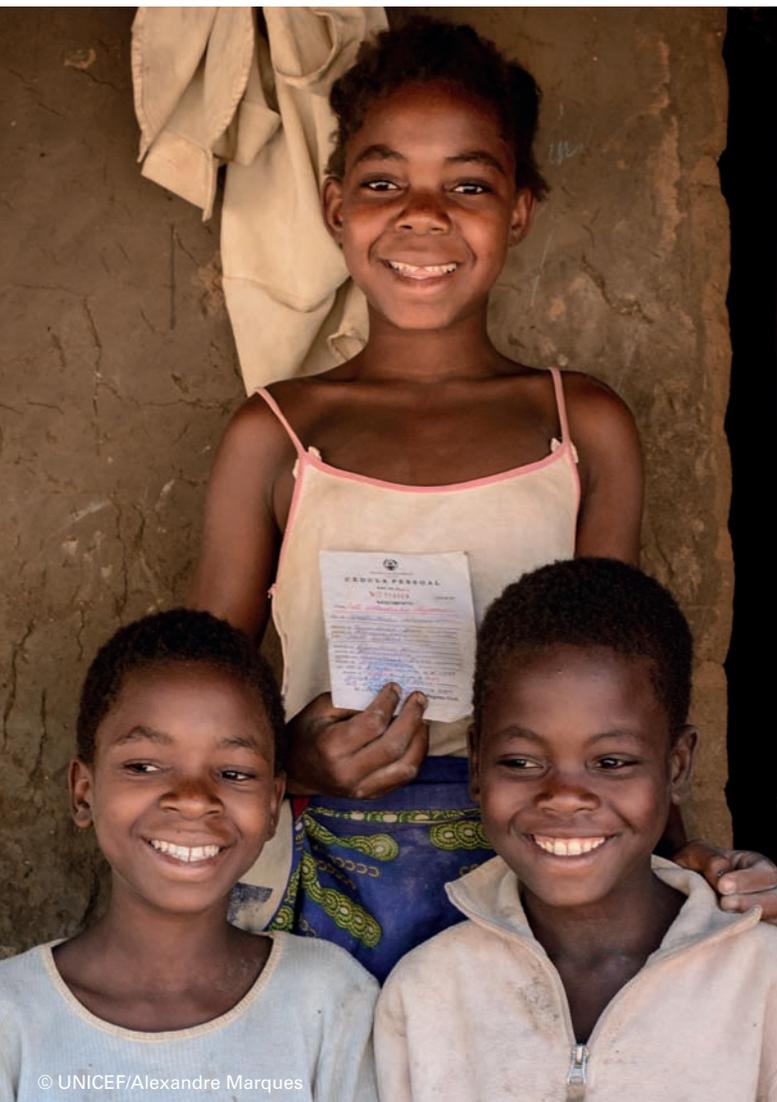


recém-nascidos que sobrevivem existem lacunas nos programas nacionais de apoio a estas mães no período pós-parto. As consequências das mortes maternas são devastadoras para o recém-nascido, para as crianças sobreviventes e para outros membros da família. Por conseguinte, são necessárias melhorias no plano estratégico da saúde. O plano deve visar a melhoria da qualidade dos cuidados e da prestação de recursos, envolvendo diferentes sectores que concentram esforços na melhoria dos resultados para as mulheres e raparigas e, também adoptar uma perspectiva de ciclo de vida, trabalhando em comunidades para enfrentar as barreiras do lado da procura.

O investimento no desenvolvimento da primeira infância impulsiona o crescimento económico, promove sociedades pacíficas e sustentáveis, reduz a pobreza e a desigualdade e, proporciona um ambiente estabilizador para minimizar as experiências adversas das crianças (Heckman, 2006). Em 2012, o Governo de Moçambique aprovou a Estratégia do Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar 2012–2020. Os esforços para expandir os programas de educação e desenvolvimento da primeira infância, incluindo para crianças com deficiência, foram desafiados pela falta de recursos financeiros e humanos. Actualmente, menos de 7 por cento das crianças com menos de 6 anos têm acesso a quaisquer programas de

intervenção formal. O MINEDH requer um apoio significativo para aumentar a aprendizagem precoce e o desenvolvimento infantil em Moçambique incluindo o apoio aos papéis e responsabilidades dos diferentes ministérios de tutela envolvidos.

A retenção de crianças na escola primária é um grande desafio. Por exemplo, de acordo com o Censo de 2017, menos de 60 por cento das crianças em idade escolar frequentam a escola primária, com distintas disparidades na frequência entre o Norte e o Sul. Embora o português seja a língua oficial de ensino no sistema escolar moçambicano, apenas 18 por cento da população fala português como primeira língua e apenas metade dos 6–10 anos de idade são alfabetizados em português e matemática. A qualidade do ensino e a retenção dos alunos são altamente correlacionadas. Apenas 3,3 por cento dos professores possuem o mínimo de conhecimentos de matemática e 1 por cento de português. Para além da má qualidade de ensino, colocam-se as estruturas escolares inadequadas, agravadas por danos extensivos causados por ciclones e, a falta de instalações adequadas de ASH como barreiras adicionais para as crianças que frequentam a escola. Assim, são necessários investimentos equitativos para a melhoria das infraestruturas escolares incluindo a ASH para uma melhor a qualidade do ensino no geral.



© UNICEF/Alexandre Marques

A aprovação em 2019 da Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras foi um marco significativo para a promoção dos direitos das raparigas em Moçambique. As raparigas em casamento forçado são mais susceptíveis de desistir da escola devido à gravidez precoce subsequente, pondo assim em cheque a sua educação. O acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva nas escolas e na comunidade é essencial para os jovens para uma protecção contra doenças sexualmente transmissíveis e HIV bem como para encorajar a adopção do planeamento familiar pelas raparigas. Embora a educação sexual abrangente esteja disponível em algumas escolas, simultaneamente com a disseminação da informação através dos serviços de saúde amigos dos jovens, ambas não são equitativas e, persistem elevadas taxas de HIV na população jovem, particularmente entre as raparigas (UNICEF & UNFPA, 2015; UNFPA, 2021). O recente Inquérito sobre Violência contra a Criança mostra que enquanto as raparigas estavam expostas à violência sexual, física e emocional, os rapazes também o estavam e, estes últimos tinham

muito menos probabilidades de denunciar os casos de violência. Deste modo, os rapazes enfrentam desafios diferentes dos enfrentados pelas raparigas, sendo mais provável que permaneçam na escola por mais tempo do que as raparigas, e também mais provável que se dediquem ao trabalho remunerado. Ademais, os rapazes são também significativamente mais propensos do que as raparigas à transição para a formação profissional ou a serem empregados. No entanto, a educação profissional e as oportunidades para raparigas, rapazes e crianças com deficiência são extremamente limitadas em Moçambique.

Esta análise também conclui que as crianças em Moçambique têm um forte sentido de responsabilidade para contribuir para um futuro forte, resiliente, livre e respeitador dos seus direitos. As crianças querem empenhar-se significativamente em coisas que lhes interessam, tais como, combater as alterações climáticas, planeamento urbano e acesso a serviços incluindo saúde e higiene e, aceder ao seu direito fundamental de frequentar a escola. A participação de crianças e jovens na vida cívica e na elaboração de políticas é um dos princípios fundamentais da Convenção sobre os Direitos da Criança que está consagrado na Constituição Moçambicana e, que reconhece as crianças e jovens como actores significativos nas suas próprias vidas, com o direito de expressarem os seus pontos de vista.<sup>92</sup> Em Moçambique, embora hajam grandes esforços para envolver os jovens, o acesso aos serviços é estreito e restrito às crianças de famílias maioritariamente urbanas e mais ricas. Assim, há necessidade de alcançar e melhorar a participação significativa dos jovens na concepção e co-criação de políticas destinadas às crianças e jovens.

Moçambique encontra-se num momento crítico. Pois, são necessários esforços sustentados para evitar a regressão dos progressos feitos nos últimos 20 anos para as crianças e, assegurar oportunidades equitativas para todas as crianças ao longo do ciclo de vida. Nos próximos anos, há oportunidades para consolidar e implementar políticas de preparação para o dividendo demográfico incluindo planeamento familiar para o adolescente, igualdade de género e retenção da rapariga na escola. Igualmente, são necessários investimentos imediatos e contínuos para reforçar a governação e a prestação de serviços às crianças, a diversificação da economia, a reconstrução de infraestruturas resilientes e o alívio de estrangulamentos para um sector empresarial que potencialmente poderia proporcionar formação e emprego aos jovens.

92 Artigo 47 da Constituição moçambicana.

## Anexo 1: Indicadores detalhados dos ODS

ODS	INDICADOR ODS RELATIVO ÀS CRIANÇAS (MODIFICADO PARA EFEITOS DESTES RELATÓRIO)	META NACIONAL PARA O INDICADOR ODS (RNV 2020) <sup>1</sup>	VALOR MAIS RECENTE	FONTE DE DADO (ANO)	
<b>ODS 1.1</b>	Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em toda a parte, actualmente medida como pessoas que vivem com menos de 1,25 dólares por dia	Proporção de crianças vivendo abaixo da linha de pobreza internacional (US\$ 1,90 PPP por dia)	Não disponível	60%	Estimativas próprias utilizando o IOF (2014/15)
<b>ODS 1.2</b>	Até 2030, reduzir pelo menos para metade a proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades que vivem na pobreza em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais	Proporção de crianças vivendo abaixo da linha nacional de pobreza	Não disponível	49%	IOF (2014/15)
		Proporção de crianças vivendo na pobreza em todas as dimensões de acordo com as definições nacionais (Índice de Pobreza Infantil Multidimensional)	Não disponível	46%	IOF (2014/15)
<b>ODS 2.2</b>	Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos (subnutrição crónica, altura-para-idade)	Em 2024, menos de 39% das crianças com menos de 5 anos de idade estão atrofiadas, e em 2030, menos de 35%.	38%	IOF (2019/20)
		Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos (subnutrição aguda, peso-para-idade)	Até 2024, menos de 5% das crianças com menos de 5 anos são desperdiçadas, e até 2030, menos de 5%.	4,5%	IOF (2019/20)
		Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos (subnutrição geral, peso-para-altura)	Não disponível	15,2%	IOF (2019/20)
<b>ODS 3.1</b>	Até 2030, reduzir o rácio de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nados-vivos	Rácio de mortalidade materna (mortes por 100.000 nascidos vivos)	Até 2024, diminuir a taxa de mortalidade materna para 380, e, até 2030, reduzi-la para 250	452	Estimativas oficiais usando o Censo (2017)
		Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	Até 2024, aumentar a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado para 80%, e, até 2030, aumentá-la para 85%.	73%	IMASIDA (2015)
<b>ODS 3.2</b>	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (mortes por 1.000 nascidos vivos)	Não disponível	107	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
		Taxa de mortalidade neonatal (mortes por 1.000 nascidos vivos)	Não disponível	30	IMASIDA (2015)

<sup>1</sup> Relatório da Revisão Nacional Voluntária da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (República de Moçambique, 2020)

ODS	INDICADOR ODS RELATIVO ÀS CRIANÇAS (MODIFICADO PARA EFEITOS DESTE RELATÓRIO)	META NACIONAL PARA O INDICADOR ODS (RNV 2020)	VALOR MAIS RECENTE	FONTE DE DADO (ANO)
<b>ODS 3.3:</b> Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 crianças não infectadas 0–14 anos	Até 2024, diminuir o número total de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados para 3,6. A última estimativa repõe o número total a ser 6 (IMASIDA, 2015)	1.1	Estimativas da ONUSIDA extraídas de Dados Abertos do Banco Mundial (estimativa modelada)
	Incidência de paludismo entre crianças menores de 5 anos (número de crianças que tiveram paludismo por 1.000 crianças)	Até 2024, diminuir a incidência da malária entre a população total para 240, e, até 2030, reduzi-la para 146. Os últimos dados administrativos indicam que a incidência total será de 371 (MISAU, 2019).	389	IIM (2018)
<b>ODS 3.7:</b> 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	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15–19 anos) que têm a sua necessidade de planeamento familiar satisfeita com os métodos modernos	Até 2024, aumentar a proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) para 65%, e, até 2030, aumentá-la para 80%. As últimas estimativas mostram que a proporção de mulheres em idade reprodutiva é de 50,4% (IMASIDA, 2015).	43%	IMASIDA (2015)
	Taxa de nascimento de adolescentes (15–19 anos de idade) por 1.000 mulheres	Não disponível	108	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 3.B:</b> Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis	Proporção de crianças de 12–23 meses que receberam a terceira dose da vacina contra difteria, tétano e tosse convulsa (DPT3)	Não disponível	82%	IMASIDA (2015)
	Proporção de crianças de 12–23 meses que receberam a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR)	Não disponível	83%	IMASIDA (2015)
	Proporção de crianças de 12–23 meses que receberam todas as vacinas básicas: BCG (bacille Calmette-Guérin), poliomielite4 (quatro doses de vacina contra a poliomielite), DPT3 e MMR	Não disponível	66%	IMASIDA (2015)

ODS	INDICADOR ODS RELATIVO ÀS CRIANÇAS (MODIFICADO PARA EFEITOS DESTE RELATÓRIO)	META NACIONAL PARA O INDICADOR ODS (RNV 2020)	VALOR MAIS RECENTE	FONTE DE DADO (ANO)	
<b>ODS 4.1:</b>	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	Proporção de crianças que atingem pelo menos uma proficiência mínima em leitura e matemática na escola primária	Até 2024, mais de 20% dos estudantes do Ano 3 atingiram o mínimo de proficiência em leitura e matemática, e até 2030, 30% dos estudantes do Ano 3	Estudantes do Ano 3 Português: 4,9% Matemática: 7,7%	Avaliação Nacional da Aprendizagem (2016)
<b>ODS 4.2:</b>	Até 2030, garantir que todos 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	Taxa de participação na aprendizagem organizada de crianças entre 3 e 5 anos de idade	Não disponível	Rapazes: 6,4% Raparigas: 6,7% Total: 6,6%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 4.4:</b>	Até 2030, aumentar substancialmente o número de jovens e adultos que tenham habilitações relevantes, inclusive competências técnicas e profissionais, para emprego, trabalho decente e empreendedorismo	Proporção de jovens (15–24 anos) que utilizaram actividades relacionadas com computadores nos últimos três meses	Até 2024, aumentar a proporção de jovens e adultos com competências em tecnologias de informação e comunicação (TIC) em 1,4%, e, até 2030, aumentá-la para 2%. As últimas estimativas mostram que a proporção de jovens e adultos com competências em tecnologias de informação e comunicação (TIC) é de 0,9% (dados administrativos, 2019).	15–19 anos: 5,4% 20–24 anos: 8,6%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 4.5:</b>	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	Índices de paridade (feminino/masculino) para taxas líquidas de frequência escolar	Não disponível	Primário: 1.02 Secundário: 1	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 4.A:</b>	Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e à igualdade de género, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos	Proporção de salas de aula com (a) electricidade; (b) água potável básica; e (c) instalações sanitárias básicas para pessoas do mesmo sexo.	Não disponível	Indicador binário de infraestrutura mínima baseado em (i) sanitários em funcionamento e (ii) visibilidade na sala de aula: 20,2% das salas de aula	Bassi, Medina, e Nhampossa (2019)

ODS	INDICADOR ODS RELATIVO ÀS CRIANÇAS (MODIFICADO PARA EFEITOS DESTE RELATÓRIO)	META NACIONAL PARA O INDICADOR ODS (RNV 2020)	VALOR MAIS RECENTE	FONTE DE DADO (ANO)
<b>ODS 5.3:</b> Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e envolvendo crianças, bem como as mutilações genitais femininas	Proporção de mulheres de 13–17 anos casadas ou em união	Não disponível	21,5%	InVIC (2019)
	Proporção de mulheres de 18–24 anos casadas ou em união antes dos 18 anos de idade	Não disponível	41,1%	InVIC (2019)
<b>ODS 5.b:</b> Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres	Proporção de jovens (15–24 anos) que possuem um telefone celular, por sexo	Não disponível	Rapazes: 45% Raparigas: 32%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 6.1:</b> Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos	Proporção de domicílios que utilizam uma fonte de água potável melhorada	Em 2024, mais de 55% da população terá acesso a fontes de água potável melhoradas, e em 2030, 100% da população	56,5%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 6.2:</b> Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles que estão em situação de vulnerabilidade	Proporção de domicílios que utilizam serviços de saneamento geridos com segurança	Em 2024, mais de 66,6% da população terá acesso a serviços de saneamento adequados, e em 2030, 100% da população	39,5%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 8.7:</b> Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, assegurar a proibição e a eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo o recrutamento e utilização de crianças-soldado, e, até 2025, acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas	Proporção de crianças entre 7 e 17 anos de idade envolvidas em trabalho infantil	Não disponível	19%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017
<b>ODS 16.2:</b> Acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças	Proporção de mulheres jovens de 18–24 anos que sofreram violência sexual aos 18 anos de idade	Não disponível	14,3%	InVIC (2019)
<b>ODS 16.9:</b> Até 2030, fornecer identidade legal para todos, incluindo o registo de nascimento	Proporção de crianças com menos de 5 anos de idade cujos nascimentos foram registados junto de uma autoridade civil	Até 2030, aumentar a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade cujo nascimento tenha sido registado junto de uma autoridade civil para 88%.	49%	Estimativa baseada na amostra de 10 por cento dos microdados do Censo de 2017

## Anexo 2: Recomendações programáticas

### GRAVIDEZ E NASCIMENTO

- Aumentar a procura comunitária de serviços reforçando o trabalho dos APes, dos comités comunitários de saúde e do sistema comunitário mais amplo utilizando Comunicação para o Desenvolvimento (C4D) e abordando mitos e barreiras aos serviços gerados por influenciadores na tomada de decisão, tais como, as sogras, avós e cônjuges.
- Trabalhar com os APes para promover as melhores práticas de amamentação na comunidade e melhorar o apoio às mulheres para amamentar durante seis meses exclusivamente e manter o aleitamento materno ao mesmo tempo que apoia a introdução de alimentos complementares (Comité dos Direitos da Criança, 2019, 34c).
- Identificar instalações sanitárias para a melhoria das infraestruturas de ASH e criar normas de ASH para tipos de instalações sanitárias (Comité dos Direitos da Criança, 2019, 39a,b).
- Complementar os esforços que buscam melhorar as infraestruturas de ASH nas unidades de saúde assegurando a realização de intervenções de formação do pessoal de saúde das unidades de saúde em higiene apropriadas com foco nas unidades de saúde no Norte.

#### Lacunas de pesquisa

- Compreender a experiência das mães adolescentes com os cuidados durante o pré-natal, o parto e o pós-natal, e que factores contribuem para a morte materna adolescente em Moçambique, especialmente no Norte.
- O MISAU manifestou interesse numa revisão para compreender o alcance e o impacto dos APes na promoção da saúde materna, neonatal e infantil, incluindo a nutrição.
- Conduzir investigação formativa ou de implementação para melhor compreender a situação nutricional das mães e adolescentes.

### INFÂNCIA E PRIMEIRA INFÂNCIA

- Apoiar o Ministério da Justiça com intervenções de ‘recuperação’ do registo de nascimento devido à COVID-19.
- Utilizar o C4D para apoiar o Ministério da Justiça e outras partes interessadas a abordar as barreiras comportamentais prevalentes no registo de nascimento.

- Continuar a apoiar o MISAU para manter a disponibilidade de pessoal de saúde qualificado que seja adequadamente formado para responder às necessidades específicas das crianças e adolescentes e, para prevenir e tratar doenças comuns, incluindo pneumonia, diarreia, malária, tuberculose, malnutrição e HIV/SIDA e com especial ênfase nas intervenções de “recuperação do atraso” (Comité dos Direitos da Criança, 2019, 32.b).
- Apoiar o MGCAS a reforçar a sua capacidade técnica para identificar o risco de separação da família e fornecer serviços adequados de gestão de casos.
- Apoiar o MINEDH a definir acções para o lançamento e implementação da educação e cuidados na primeira infância, incluindo a integração de intervenções nutricionais.
- Apoiar o Governo a consolidar a coordenação entre ministérios e empenhar-se em ampliar os esforços dos programas governamentais de ECD com enfoque nos esforços para reduzir o atraso de crescimento, incluindo diversidade alimentar, micronutrientes, monitoria do crescimento, promoção do aleitamento materno, ASH e protecção social.

#### Lacunas de pesquisa

- Rever a situação dos cuidados com crianças e órfãos e crianças que vivem em cuidados alternativos em Moçambique (Comité dos Direitos da Criança, 2019, 30c).
- Abordar as razões pelas quais as crianças são separadas das suas famílias através de programas que apoiam e reforçam as famílias no seu papel de cuidadoras (Comité dos Direitos da Criança, 2019, 30b).
- Realizar um estudo para avaliar o alcance, natureza e causas profundas da presença de crianças em situações de rua (Comité dos Direitos da Criança, 2019, 45a).

### MEIA INFÂNCIA

- Apoiar o Governo para reforçar a implementação da Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças nas Escolas para incluir a prevenção de acidentes e a educação sexual abrangente.
- Apoiar parceiros no sector da educação e MINEDH para reforçar o programa de aprendizagem profissional e mentoria centrado no desenvolvimento institucional ao nível da

administração escolar, liderança escolar, professores e conselhos escolares e funcionários distritais.

- Apoiar o desenvolvimento e implementação de módulos de formação profissional para assistente social, terapeuta ocupacional, e fisioterapeuta para trabalhar com escolas e sector educativo no ensino inclusivo e fornecer serviços de reabilitação adequados no sistema de saúde.
- UNICEF e outros parceiros a apoiarem o MINEDH na defesa de um melhor orçamento para a educação e manutenção das infraestruturas escolares.
- Apoiar a finalização do mecanismo nacional de referência para as vítimas de tráfico de crianças e, formar agentes policiais, guardas de fronteira e assistentes sociais para identificar e proteger as crianças vítimas de tráfico.
- Fornecer aos inspectores do trabalho formação e recursos financeiros suficientes para assegurar a sua capacidade de fazer cumprir as leis do trabalho infantil.
- Desenvolver programas para abordar o trabalho infantil no trabalho doméstico.
- Implementar o Plano de Acção Nacional de Combate às Piores Formas de Trabalho Infantil, incluindo a prestação de formação a inspectores e agentes da lei, tal como mandatado no Plano de Acção Nacional de Combate às Piores Formas de Trabalho Infantil.

### Lacunas de pesquisa

- Mapear e avaliar a acessibilidade escolar para crianças com deficiência, incluindo de e para a escola.
- Conduzir um inquérito ou pesquisa operacional com a inspecção do trabalho para compreender e mapear a extensão das crianças nas piores formas de trabalho infantil.
- Mapear espaços verdes para brincadeiras infantis com enfoque nas províncias do Norte para garantir que as crianças, incluindo as crianças com deficiência, tenham acesso adequado a lazer e brincadeiras seguras.
- Dados sobre lesões infantis (acidentes de viação, queimaduras, afogamentos, quedas) – compreender o comportamento de risco entre os rapazes.

## ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

- Melhorar a implementação do ácido fólico férrico e, procurar estratégias alternativas para apoiar a nutrição adolescente, particularmente para raparigas fora da escola
- Aproveitar a implementação do VHP para integrar a educação sexual abrangente e as intervenções de

nutrição de adolescentes, tais como, a distribuição de suplementos folícos de ferro.

- Conceber um programa de transição / facilitação para apoiar as crianças da escola primária na transição para a escola secundária
- Expandir mais a inclusão na comunicação e programação juvenil, por exemplo, incluindo LBGTI.

### Lacunas de pesquisa

- Explorar as consequências emergentes da gravidez adolescente urbana (consumo de álcool, tendência para o aborto, questões de saúde mental, e infanticídio).
- Explorar opções práticas para o desenvolvimento de aconselhamento psicossocial apropriado para crianças ao longo do ciclo de vida, a fim de enfrentar o crescente fardo da saúde mental.
- Empreender investigação para compreender as causas profundas que levam as crianças a entrar em conflito com a lei, incluindo a situação das crianças menores de 16 anos em conflito com a lei.
- Compreender os comportamentos e necessidades de saúde do rapaz que procura comportamentos e necessidades com enfoque na despistagem do HIV, retenção do TARV e necessidades psicossociais.

## TEMAS TRANSVERSAIS

- Desenvolver um sistema abrangente de recolha de dados que abranja todos os sectores, com dados desagregados por idade, sexo, deficiência, nacionalidade, localização geográfica, origem étnica e origem socioeconómica, a fim de facilitar a análise da situação de todas as crianças, especialmente nas áreas da saúde, violência, exploração sexual, tráfico, justiça infantil e das crianças requerentes de asilo e refugiadas e crianças em situação de rua (Comité dos Direitos da Criança, 2019, Atribuição de Recursos, Artigo 11).
- Defender a inclusão de perguntas sobre funcionalidades para produzir estatísticas comparáveis sobre crianças com deficiência no próximo Inquérito aos Indicadores de Prestação de Serviços Nacionais.

## CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA E CONTEXTO HUMANITÁRIO

- Prestar apoio contínuo ao plano de reintegração e reunificação de crianças separadas/ desacompanhadas em ambientes de cuidados familiares em Cabo Delgado.

- Assegurar protecção social adequada às famílias que albergam pessoas deslocadas – aumentar e expandir a actual atribuição de protecção social.
- Formar professores e crianças nas escolas sobre o acesso à informação durante a preparação para catástrofes, incluindo o trabalho com as escolas de pais e encarregados de educação e grupos comunitários para estabelecer redes de comunicação de preparação para catástrofes.
- Apoiar o Governo a executar uma presença crescente de 'Estado' em Cabo Delgado, que responda à emergência e preste serviços através da saúde, educação, protecção infantil, protecção social e ASH.
- Apoiar o reforço da capacidade das forças de segurança e defesa e dos serviços de protecção das crianças para lidar com crianças afectadas por conflitos armados, bem como desenvolver protocolos de transferência de responsabilidades que permitam ao Governo exercer a sua devida diligência de protecção e prevenção de actos de tal violência e, punir as partes responsáveis.

#### Lacunas de pesquisa

- Conduzir uma análise de risco sub-nacional em Cabo Delgado e províncias de migração para compreender e identificar áreas e populações mais em risco.

## Anexo 3: Convenções internacionais

*Moçambique fez bons progressos no estabelecimento de um quadro jurídico e político abrangente para as crianças e ratificou a maioria das principais convenções internacionais, incluindo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e os seus protocolos opcionais.*

Embora a CDC não prevaleça sobre a legislação nacional, e, portanto, não é justiciável, a Lei sobre a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança, promulgada em 2008, traduz os princípios e principais disposições da Convenção para o direito interno. Os seguintes tratados sobre a promoção e protecção da criança e para os direitos da criança foram ratificados por Moçambique.

- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, ratificado em 1966
- Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, 1986
- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, 1989
- Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança, 1990
- Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 1993
- Protocolo Facultativo da Convenção contra a Tortura, 1999
- Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, 1999
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados, 2000
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de crianças prostituição infantil e pornografia infantil, 2000
- Protocolo para prevenir, reprimir e punir o tráfico de pessoas, especialmente mulheres e crianças, em complemento da Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional, 2000
- Convenção da OIT sobre as piores formas de trabalho infantil, Convenção 182, 2000
- Segundo Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos com vista à abolição da pena de morte
- Protocolo de Maputo sobre os direitos das mulheres e raparigas na África, 2003
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2012

## Anexo 4:

# Leis e regulamentos sobre formas alternativas de cuidados

LEGISLAÇÃO	RESUMO
Lei 29/2009 Lei sobre a Violência Doméstica praticada contra a Mulher	A lei procura abordar a violência doméstica contra as mulheres no seio das relações familiares. Neste cenário, o perpetrador pode ser um parceiro ou ex-companheiro – de sindicatos legais e de direito comum – assim como outros familiares da mulher. A lei estabelece que a violência doméstica inclui: abuso físico; abuso sexual; abuso emocional e psicológico; intimidação; assédio; perseguição; danos à propriedade; qualquer outro comportamento controlador ou abusivo que prejudique ou possa prejudicar uma pessoa. As penas previstas na lei incluem: multas, trabalho comunitário, e prisão entre 3 dias a 8 anos.
Lei 7/2008 Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança	Em Moçambique, esta lei determina que as crianças devem ser protegidas contra qualquer forma de abuso físico ou psicológico, maus-tratos ou tratamento negligente por parte dos pais, tutores, famílias de acolhimento, representantes legais ou terceiros e, conforme descrito no Artigo 20, denunciadas sem prejuízo de outras providências legais. Esta lei também estabelece o direito da criança a ter uma família e a viver com os seus familiares de uma forma saudável e harmoniosa (Artigo 26). No Artigo 36, entende-se por meios alternativos ao exercício do poder parental a colocação da criança sob os cuidados de um tutor, de uma família adoptiva, ou de uma família de acolhimento, nos termos da lei. Os Artigos 72 a 78 referem-se aos cuidados institucionais de acolhimentos, tais como, locais seguros para cuidados de emergência, centros de trânsito em situações de emergência, e todas as outras instalações de cuidados residenciais de curto ou longo prazo, incluindo abrigos.
Lei 10/2004 Lei da Família	A família de acolhimento é uma família qualificada, seleccionada e aprovada, supervisionada por uma autoridade competente, que não é a família natural ou original em que a criança é colocada por ordem judicial.

## Anexo 5: Leis e Regulamentos sobre Trabalho Infantil

*Moçambique ratificou todas as principais convenções internacionais relativas ao trabalho infantil e, consequentemente, estabeleceu leis e regulamentos. No entanto, existem lacunas no quadro legal de Moçambique para proteger adequadamente as crianças das piores formas de trabalho infantil, em particular a idade mínima para o trabalho.*

NORMA	RATIFICAÇÃO DE CONVENÇÕES INTERNACIONAIS	CUMPRE AS NORMAS INTERNACIONAIS	LEGISLAÇÃO
Idade mínima para o trabalho (15 anos)	OIT C. 138, Idade Mínima	Não	Artigo 26, Direito do Trabalho, 23/2007. Artigo 4, Lei 40/2008 revista. Regulamento sobre o Trabalho Doméstico onde as crianças entre os 12-15 anos de idade são autorizadas a desempenhar tarefas leves
Idade mínima para trabalho perigoso (18 anos)	OIT C. 182, Piores Formas de Trabalho Infantil	Sim	Artigo 23, Lei 23/2007 do Código do Trabalho
Identificação de Ocupações ou Actividades Perigosas Proibidas para Crianças (18 anos)		Sim	Lista de trabalhos perigosos – Decreto-Lei 68/2017
Proibição de Trabalho Forçado		Sim	Artigos 5 e 10–11 da Lei 6/2008 sobre o tráfico de pessoas Artigos 196º e 198º Lei 35/2014 revista do Código Penal
Proibição do tráfico de crianças	Protocolo de Palermo sobre o tráfico de pessoas	Sim	Artigos 5 e 10 da Lei 6/2008 sobre o tráfico de pessoas
Proibição da Exploração Sexual Comercial de Crianças	Protocolo Facultativo CRC da ONU sobre a Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil	Sim	Artigos 5 e 10 da Lei sobre o tráfico de pessoas, Lei 6/2008 Artigos 226–227, Revisão da Lei 35/2014 do Código Penal.
Proibição de Utilização de Crianças em Actividades Ilícitas		Sim	Artigos 33 e 40, Lei sobre Drogas 3/97
Idade Mínima de Recrutamento Militar Voluntário de Estado (18 anos)		Sim	Artigo 23, Lei dos Serviços Militares 32/2009
Proibição de Recrutamento Obrigatório de Crianças por (Estado) Militares	Protocolo de Palermo sobre o tráfico de pessoas	Sim	Artigos 5 e 10 da Lei 6/2008 sobre o tráfico de pessoas
Idade da Educação Obrigatória (Até aos 15 anos de idade)		Sim	Artigo 6 da Lei sobre o Sistema Nacional de Educação Artigo 41 da Lei 18/2018 de Protecção Básica da Criança
Ensino primário gratuito			Artigo 6 da Lei sobre o Sistema Nacional de Educação

## Abreviaturas e Acrónimos

<b>ACLED</b>	Projecto de Dados de Localização e Eventos de Conflitos Armados
<b>ALDE</b>	Avaliação Longitudinal da Desistência Escolar de 2020
<b>APE</b>	Agentes Polivalentes Elementares
<b>ASH</b>	água, saneamento e higiene
<b>BCG</b>	bacille Calmette-Guérin
<b>CDC</b>	Convenção sobre os Direitos da Criança
<b>COVID-19</b>	Doença por Coronavírus – 2019
<b>CPN</b>	consultas de pré-natal
<b>ONU DESA</b>	Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais
<b>DPI</b>	desenvolvimento da primeira infância
<b>ENSSB</b>	Estratégia Nacional de Segurança Social Básica
<b>HIV</b>	vírus da imunodeficiência humana
<b>IDS</b>	Inquérito Demográfico e de Saúde
<b>IIM</b>	Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária
<b>IMASIDA</b>	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
<b>INAS</b>	Instituto Nacional de Acção Social
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>InVIC</b>	Inquérito sobre Violência contra as Crianças em Moçambique, 2019
<b>IOF</b>	Inquérito Sobre Orçamento Familiar
<b>IPS</b>	Indicadores de Prestação de Serviços
<b>MGCAS</b>	Ministério de Género, Criança e Acção Social
<b>MINEDH</b>	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>MMR</b>	sarampo, caxumba e rubéola
<b>MT</b>	metical
<b>ODS</b>	Objectivo de Desenvolvimento Sustentável
<b>OIM</b>	Organização Internacional para as Migrações
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
<b>PASD</b>	Programa Apoio Social Directo
<b>PASP</b>	Programa Acção Social Produtiva
<b>PEE</b>	Plano Estratégico de Educação
<b>PIB</b>	produto interno bruto
<b>PPP</b>	paridade do poder de compra
<b>PRONAE</b>	Programa Nacional de Alimentação Escolar
<b>PSSB</b>	Programa Subsídio Social Básico
<b>RENAMO</b>	Resistência Nacional Moçambicana
<b>RNV</b>	Relatório da Revisão Nacional Voluntária da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável
<b>SARA</b>	Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infraestruturas, Recursos e Serviços de Saúde
<b>SIDA</b>	Síndrome de imunodeficiência adquirida
<b>TARV</b>	terapia anti-retroviral
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância

- Armed Conflict Location and Event Data Project (ACLED) (2021). Cabo Delgado Weekly 15–21 February 2021. [https://acleddata.com/acleddatanew/wp-content/uploads/2021/02/Cabo-Ligado-Weekly\\_15-21-February.pdf](https://acleddata.com/acleddatanew/wp-content/uploads/2021/02/Cabo-Ligado-Weekly_15-21-February.pdf)
- Amu, H., Seidu, A. A., Agbemavi, W., Afriyie, B. O., Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., & Kissah-Korsah, K. (2020). Psychosocial distress among in-school adolescents in Mozambique: A cross-sectional study using the Global School-Based Health Survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 14*(38), 223–232. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00344-4>
- Banco Mundial (2021). *Mozambique economic update: Preparing for recovery*. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35214/Mozambique-Economic-Update-Setting-the-Stage-for-Recovery.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Banco Mundial (2021). World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS>
- Bassi, M., Medina, O. & Nhampossa, L. (2019). *Education service delivery in Mozambique: A second round of the Service Delivery Indicators Survey*. World Bank.
- Bastagli, F., Hagen-Zanker, Harman, L., Barca, V., Sturge, G., Schmidt, T., & Pellerano L. (2016). *Cash transfers: What does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features*.
- Bazile, J., Rigodon, J., Berman, L., Boulanger, V. M., Maistrellis, E., Kausiwa, P., & Yamin, A. E. (2015). Intergenerational impacts of maternal mortality: qualitative findings from rural Malawi. *Reproductive Health, 12*(1), 1–10.
- Belo, C., Pires, P., Josaphat, J., Siemens, R., Rooke, E., & Spence-Gress, C. (2017). Maternal and new-born mortality: Community opinions on why pregnant women and new-borns are dying in Naticiri, Mozambique. *International Journal of Research, 4*(6), 1–19.
- Benny, L., Dornan, P., & Georgiadis, A. (2017). *Maternal undernutrition and childbearing in adolescence and offspring growth and development in low-and middle-income countries: Is adolescence a critical window for interventions against stunting?* Young Lives. <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:2dbe2c47-dd4d-4336-90ee-de5cef6ee1af>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Baron, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet, 389* (10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Blencowe, H., & Cousens, S. (2013). Addressing the challenge of neonatal mortality. *Tropical Medicine & International Health, 18* (3), 303–312. <https://doi.org/10.1111/tmi.12048>
- Bonilla, J., Spier, E., Carson, K., Ring, H., Belyakova, Y., Brodziak, I., & Adelman-Sil, I. (2020). *Can accelerated school readiness programmes help to prepare Mozambique’s children for primary education?* UNICEF. [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/5\\_Mozambique.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/5_Mozambique.pdf)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet, 389* (10064), 91–102.
- Buffa, G., Dahan, S., Sinclair, I., St-Pierre, M., Roofigari, N., Mutran, D., Rondeau, J., & Dancause, K. N. (2018). Prenatal stress and child development: A scoping review of research in low-and middle-income countries. *PLoS One, 13* (12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207235>
- Byrant-Comstock, K. (2015). *Advocates achieve liberalization of Mozambique Abortion Law after 10-year effort*. PAI. <https://pai.org/resources/advocates-achieve-liberalization-of-mozambique-abortion-law-after-10-year-effort/>
- Candrinho, B., Plucinski, M. M., Colborn, J. M., da Silva, M., Mathe, G., Dimene, M., Chico, A. R., Castel-Branco, A. C., Brito, F., Andela, M., de Leon, G. P., Saifodine, A., & Zulliger, R. (2019). Quality of malaria services offered in public health facilities in three provinces of Mozambique: A cross-sectional study. *Malaria Journal, 18* (1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12936-019-2796-9>
- Capurchande, R., Coene, G., Schockaert, I., Macia, M., & Meulemans, H. (2016). “It is challenging... oh, nobody likes it!”: A qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults’ experiences with contraception. *BMC Womens Health, 16* (1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0326-2>
- Centro de Controlo de Doenças (2015). *Global School-Based Student Health Survey. Mozambique 2015 fact sheet*. [https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/gshs\\_fs\\_mozambique\\_2015.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/gshs_fs_mozambique_2015.pdf)
- Chissaque, A., de Deus, N., Vubil D., & Mandomando, I. (2018). The Epidemiology of diarrhoea in children under 5 years of age in Mozambique. *Current Tropical Medicine Reports, 5*, 115–124. <https://doi.org/10.1007/s40475-018-0146-6>

- Christian, P. (2016). *Investing in adolescent girl's nutrition: A second window of opportunity*. Bill & Melinda Gates Foundation. [https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/events/christianp\\_webinarspring\\_sept\\_2016\\_1.pdf](https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/events/christianp_webinarspring_sept_2016_1.pdf)
- Christian, P., Lee, S. E., Angel, M. D., Adair, L. S., Arifeen, S. E., Ashorn, & R., Black, R. E. (2013). Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational-age and preterm birth in low- and middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*, 42(5), 1340–1355. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt109>
- City Alliance (2017). *Urbanization in Mozambique: Assessing actors, processes, and impacts of urban growth*. <https://www.citiesalliance.org/sites/default/files/Urbanization%20in%20Mozambique.pdf>
- Colonna, E. (2018). *Analysis of the situation of adolescents: participatory research – on behalf of UNICEF* [Internal UNICEF document].
- Colonna, E. (2019). Children and urban space in Maputo. In *Youth, Inequality and Social Change in the Global South* (pp. 191–203). Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-3750-5\\_13](https://doi.org/10.1007/978-981-13-3750-5_13)
- Comissão Europeia (2021). *INFORM Risk Index*. <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/INFORM-Risk/Country-Profile/moduleId/1767/id/419/controller/Admin/action/CountryProfile>
- Comité dos Direitos da Criança (2019). *Concluding Observations on the Combined Third and Fourth Periodic Reports of Mozambique*. <https://www.ecoi.net/en/file/local/2018757/G1933255.pdf>
- Cumbe, V. F., Muanido, A., Manaca, M. N., Fumo, H., Chiruca, P., Hicks, L., de Jesus Mari, J., & Wagenaar, B. H. (2020). Validity and item response theory properties of the Patient Health Questionnaire-9 for primary care depression screening in Mozambique (PHQ-9-MZ). *BMC Psychiatry*, 20 (1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02772-0>
- Cumming, O., & Curtis, V. (2018). Implications of WASH benefits trials for water and sanitation. *The Lancet Global Health*, 6 (6), 613– 614. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30192-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30192-X)
- Das, M. B. (2017). *The rising tide: A new look at water and gender*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/27949/W17068.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Davis, J., Macintyre, A., Odagiri, M., Suriastini, W., Cordova, A., Huggett, C., Agius, P. A., Faiqoh, Budiyan, A. E., Quillet, C., Cronin, A. A., Diah, N. M., Trwahyunto, A., Luchters, S., & Kennedy, E. (2018). Menstrual hygiene management and school absenteeism among adolescent students in Indonesia: Evidence from a cross-sectional school-based survey. *Tropical Medicine & International Health*, 23 (12), 1350–1363. <https://doi.org/10.1111/tmi.13159>
- de Groot, R., Palermo, T., Handa, S., Ragno, L., P., & Peterman, A. (2015). *Cash transfers and child nutrition: What we know and what we need to know*. <https://www.unicef-irc.org/publications/782-cash-transfers-and-child-nutrition-what-we-know-and-what-we-need-to-know.html>
- Delany-Moretlwe, S., Cowan, F. M., Busza, J., Bolton-Moore, C., Kelley, K., & Fairlie, L. (2015). Providing comprehensive health services for young key populations: Needs, barriers and gaps. *Journal of the International AIDS Society*, 18 (2 Suppl 1). <https://doi.org/10.7448/IAS.18.2.19833>
- de Sousa Petersburgo, D., Keyes, C. E., Wright, D. W., Click, L. A., Macleod, J. B., & Sasser, S. M. (2010). The epidemiology of childhood injury in Maputo, Mozambique. *International Journal of Emergency Medicine*, 3 (3), 157–163. <https://doi.org/10.1007/s12245-010-0182-z>
- D’Olorico G., Hossain M., Jamal E., Scarpassa do Prado D., Roberts C., & Palmer J. (2021). *The gender-based violence (GBV) situation and response in Cabo Delgado, Mozambique: A rapid assessment*. UK: London School of Hygiene & Tropical Medicine. Mozambique: United Nations Refugee Agency.
- dos Santos, P. F., Wainberg, M. L., Caldas-de-Almeida, J. M., Saraceno, B., & de Jesus Mari, J. (2016). Overview of the mental health system in Mozambique: Addressing the treatment gap with a task-shifting strategy in primary care. *International Journal of Mental Health Systems*, 10 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0032-8>
- ECPAT Internacional & Rede da Criança (2018). *Supplementary report on ‘Sexual Exploitation of Children in Mozambique’ to the third and fourth periodic reports of Mozambique on the implementation of the Convention on the Rights of the Child and the Optional Protocol to the sale of children, child prostitution and child pornography*. <https://www.ecpat.org/wp-content/uploads/2018/07/Convention-on-the-Rights-of-the-Child-report-on-Sexual-Exploitation-of-Children-to-the-Committee-on-the-Rights-of-the-Child-Mozambique-English-2018.pdf>
- Embaixada dos Estados Unidos da América (2018). *2018 Findings on the Worst Forms of Child Labor: Mozambique*. <https://mz.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/182/2018-Child-Labor-Report-Mozambique.pdf>
- Engle, P.I., Fernald, L., Walker, S., Wachs, T., Black, M., & McGregor, S. (2012). *The Lancet Series on Early Development (2007, 2011): What do we know and what is the relevance for Africa?* Tunisia: Association for the Development of Education in Africa (ADEA).
- Ferrone, L., Rossi, A., & Bruckauf, Z. (2019). *Child poverty in Mozambique: Multiple overlapping deprivation analysis*. Florence: Office of Research – Innocenti Working Paper WP WP2019-03. pp. 2019/2003.

- Fore H. H., & Hijazi Z. (2020). *COVID-19 is hurting children's mental health: Here are 3 ways we can help*. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/05/covid-19-is-hurting-childrens-mental-health>
- Frederico, M., Michielsen, K., & Arnaldo, C. (2018). Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 329. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020329>
- Global Centre for Risk and Innovation (2019). SADC Risk Profile 2019, Mozambique – Global Risk Index. <https://therisk.global/index/mozambique/>
- Global Faculty for Disaster and Recovery (2019). *Mozambique Cyclone Idai post disaster needs assessment. Executive summary*. <https://www.gfdr.org/en/publication/mozambique-cyclone-idai-post-disaster-needs-assessment-executive-summary-2019>
- Ha, J. H., Van Lith, L. M., Mallalieu, E. C., Chidassicua, J., Pinho, M. D., Devos, P., & Wirtz, A. L. (2019). Gendered relationship between HIV stigma and HIV testing among men and women in Mozambique: A cross-sectional study to inform a stigma reduction and male-targeted HIV testing intervention. *BMJ Open*, 9 (10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029748>
- Habibe, S. Forquilha, S., & Pereira, J. (2019). *Islamic radicalization in northern Mozambique: The case of Mocimboa da Praia*. Institute for Social and Economic Studies (IESE). [https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2019/12/cadernos\\_17eng.pdf](https://www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2019/12/cadernos_17eng.pdf)
- Heckman, J. J. (2006). Skills formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Hobday, K., Hulme, J., Prata, N., Wate P. Z., Belton, S., Homere, C. (2019). Scaling up misoprostol to prevent postpartum hemorrhage at home births in Mozambique: A case study applying the ExpandNet/ WHO Framework. *Global Health: Science and Practice*.
- Humanitarian Consortium (2020). *Cabo Delgado multi-sectoral rapid needs assessment*. [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/cosaca\\_cabo\\_delgado\\_rapid\\_needs\\_assessment\\_nov\\_2020\\_1.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/cosaca_cabo_delgado_rapid_needs_assessment_nov_2020_1.pdf)
- Inequality (2020). *Covid-19 and Inequality: Women and Inequality and Covid-19* [Fact sheet]. <https://inequality.org/facts/inequality-and-covid-19/>
- Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres (INGD). (2021). *Plano Director de Redução do Risco de Desastres 2017–2030*.
- International Budget Partnership (2019). Open Budget Survey Mozambique 2019. <https://www.internationalbudget.org/open-budget-survey/country-results/2019/mozambique>
- Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2018). *Recognizing the rights of domestic workers*. [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/features/WCMS\\_641738/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/features/WCMS_641738/lang--en/index.htm)
- Organização Internacional para as Migrações (IOM) (2020). *Baseline assessment on insecurity-induced displacement in central Mozambique*. <https://migration.iom.int/sites/default/files/public/reports/Mozambique - Insecurity-induced Displacement in the Central Region Report 1%28November 2020%29.pdf>
- Organização Internacional para as Migrações (IOM) (2021a). *Mozambique multi-sectorial location assessment (tropical cyclone Eloise aftermath) report 19 (25–29 January 2021)*. <https://dtm.iom.int/reports/mozambique-%E2%80%94-multi-sectorial-location-assessment-tropical-cyclone-eloise-aftermath-report>
- Organização Internacional para as Migrações (IOM) (2021b). *Displacement Tracking Matrix: Mozambique – Emergency Tracking Tool (ETT)*. <https://migration.iom.int/system/tdf/reports/Mozambique - Emergency Tracking Tool Weekly Overview Report -- 105 %28 22 - 29 June 2021%29.pdf?file=1&type=node&id=11815>
- Jasper, C., Le, T.-T., & Bartram, J. (2012). Water and sanitation in schools: A systematic review of the health and educational outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 2772–2787. <https://doi.org/10.3390/ijerph9082772>
- Kilanowski, J. F. (2017). Breadth of the socio-ecological model. *Journal of Agromedicine*, 22(4), 295–297. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2017.1358971>
- Koivisto, J. E., & Nohrstedt, D. (2017). A policymaking perspective on disaster risk reduction in Mozambique. *Environmental hazards*, 16 (3), 210–227. <https://doi.org/10.1080/17477891.2016.1218820>
- Lake, A., & Chan, M. (2015). Putting science into practice for early child development. *Lancet*, 385(9980), 1816–1817. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736914061680-9>
- Manhiça, G. P., (2020). *Assessment in Mozambique*. Republic of Mozambique. [http://education2030-africa.org/images/talent/atelier061217/traduction\\_anglais/PPT\\_Mozambique\\_Eng.pdf](http://education2030-africa.org/images/talent/atelier061217/traduction_anglais/PPT_Mozambique_Eng.pdf)
- Martinez, S., Naudeau, S., & Pereira, V. A. (2017). *Preschool and child development under extreme poverty: Evidence from a randomized experiment in rural Mozambique*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29112>
- Maselko, J. (2017). Social epidemiology and global mental health: Expanding the evidence from high-income to low-and middle-income countries. *Current Epidemiology Reports*, 4(2), 166–173. <https://doi.org/10.1007/s40471-017-0107-y>

- Mining Review Africa (2019). *Illegal mining and child labour are forms of modern slavery in Mozambique*. <https://www.miningreview.com/health-and-safety/illegal-mining-child-labour-modern-slavery-mozambique/>
- Molina, E. & Martin, G. (2015). *Education Service Delivery in Mozambique*. World Bank.
- Mostert, M. & Weich, M. M. (2017). Albinism in Africa: A proposed conceptual framework to understand and effectively address a continental crisis. *African Disability Rights Yearbook*, 5, 101–117. <https://doi.org/10.29053/2413-7138/2017/v5n1a6>
- Instituto Nacional de Saúde (INS), Ministério da Saúde (MISAU), Ministério do Género, Criança e Acção Social (MGCAS), Instituto Nacional de Estatística (INE) e Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC). (2020). *Inquérito sobre Violência contra as Crianças em Moçambique, 2019 (InVIC, 2019): Relatório de Indicadores Básicos*. Maputo, Moçambique.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2015). *Mozambique Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015* <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017). *Estatísticas de Violência Doméstica, 2017*. <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-sectoriais/crime-e-justica/estatisticas-de-violencia-domestica-2017/view?searchterm=violencia+dom>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018). *Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária em Moçambique 2018*. <https://www.dhsprogram.com/publications/publication-DM144-Other-Dissemination-Materials.cfm>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017. Resultados Definitivos – Moçambique
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021a). *Inquérito Sobre Orçamento Familiar (IOF) 2019/20. Relatório Final – Moçambique*.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021b). *Inquérito Sobre Orçamento Familiar (IOF) 2019/20. Estado Nutricional das Crianças Menores de 5 Anos e Percepção dos Agregados Familiares sobre a Segurança Alimentar*
- Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos (2018). *Climate Change Profile: Mozambique*.
- MINEDH (2018). *Anuário Estatístico, 2018*.
- MINEDH (2019). *Anuário Estatístico, 2019*.
- MINEDH (2020). *Anuário Estatístico, 2020*.
- MINEDH (2021). *Anuário Estatístico, 2021*.
- MISAU (2015). *Health Promotion Strategic Plan 2015–2019 [2024]*. Ministry of Health, Directorate of National Public Health.
- MISAU (2017a). *Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais– 2017*.
- MISAU (2017b). *Multisectoral emergency response plan for Cholera in Mozambique*. [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cholera\\_response\\_plan-april\\_2017.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cholera_response_plan-april_2017.pdf)
- MISAU (2017c). *Plano Estratégico Nacional de Controlo da Malária 2017–2022*.
- MISAU (2018). *Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais – 2018*.
- MISAU (2019a). *Anuário Estatístico de Saúde*.
- MISAU (2019b). *Plano de Acção para cada Recém-nascido 2019–2023*.
- MISAU & OMS (2018). *Inventário Nacional sobre a Disponibilidade e Prontidão de Infra-estruturas, Recursos e Serviços de Saúde (Service Availability and Readiness Assessment, SARA)*.
- Nguenha, D., Manhiça, I., Garcia-Basteiro, A.L., & Cowan, J. (2018). Tuberculosis in Mozambique: Where do we stand? *Current Tropical Medicine Reports*, 5, 264–272. <https://doi.org/10.1007/s40475-018-0167-1>
- OMS & UNICEF (2020, July 6). *Mozambique: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2019 revision*. [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/moz.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/moz.pdf)
- Oot, L., Sethuraman, K., Ross, J., & Sommerfeldt, A. E. (2016). *The effect of chronic malnutrition (stunting) on learning ability, a measure of human capital: A model in PROFILES for country-level advocacy*. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/PROFILES-brief-stunting-learning-Feb2016.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013). *First-line ART for pregnant and breastfeeding women and (Antiretroviral) ARV drugs for their infants*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014a). *Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149022>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014b). *Mozambique at forefront of improving population registration*. WHO Regional Office for Africa.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015a). *Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015b). *Prevention of mother to child transmission*. [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/moz.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/moz.pdf)

- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019). *Mozambique. WHO and UNICEF estimates of Immunization Rate, 2019*. [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/moz.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/moz.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021). *Adolescent and young adult health* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Osório, C., & Macuacua, E. (2013). *Rites of initiation in the current context: Adjustments, ruptures and confrontations. Constructing gender identities*. Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust (WLSA). <https://www.wlsa.org.mz/rites-of-initiation-in-the-current-context-adjustments-ruptures-and-confrontations-constructing-a-gender-identity/>
- PATH (2017). *Evaluation of the Parenting Education program pilot with agricultural associations in Mozambique*. <https://www.path.org/resources/evaluation-parenting-education-program-pilot-agricultural-associations-mozambique>
- Perschler, V. (2018). *Situation analysis on the human rights and protection of persons with Albinism in Mozambique with a special focus on human trafficking*. IOM. [http://www.unicri.us/in\\_focus/files/IOM\\_PWA\\_REPORT\\_ENG\\_P2.pdf](http://www.unicri.us/in_focus/files/IOM_PWA_REPORT_ENG_P2.pdf)
- Picolo, M., Barros, I., Joyeux, M., Gottwalt, A., Possolo, E., Sigauque, B., & Kavle, J. A. (2019). Rethinking integrated nutrition-health strategies to address micronutrient deficiencies in children under five in Mozambique. *Maternal & Child Nutrition*, 15 Suppl 1(Suppl 1), e12721. <https://doi.org/10.1111/mcn.12721>
- Pires, P., Josaphat, J., Ganz, P., & Maldonado, F. (2017). *Evaluation of the determining factors of premature marriage and teenage pregnancy, Nampula, Mozambique*. University of Lúrio, Faculty of Health Sciences. [http://www.unilurio.ac.mz/unilurio/docs/publicacoes/2017/relatorio\\_sim\\_eu\\_quero\\_2017.pdf](http://www.unilurio.ac.mz/unilurio/docs/publicacoes/2017/relatorio_sim_eu_quero_2017.pdf)
- Plan International (2017). *Gender inequality and early childhood development*. Plan International. <https://plan-international.org/publication/2017-06-08-gender-inequality-and-early-childhood-development>
- Praticò, L., & Pizzol, D. (2018). Health-care services for young people with HIV in Mozambique. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(6), e12. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30137-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30137-8/fulltext)
- Programa Alimentar Mundial (2018). *Filling the Nutrition Gap, Mozambique. Summary Report*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WFP-0000100126.pdf>
- Raj, A., & Boehmer, U. (2013). Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. *Violence against Women* 2013, 19 (4). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801213487747>
- Ramos, M. (2018). *Crianças trocam escola por garimpo em Moçambique*. Voice of America. <https://www.voaportugues.com/a/criancas-minas-mocambique-escola/4338976.html>
- República de Moçambique (2018). *Política de Género e Estratégia da sua Implementação*.
- República de Moçambique (2020a). *Relatório da Revisão Nacional Voluntária da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26314VNR\\_2020\\_Mozambique\\_Report.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26314VNR_2020_Mozambique_Report.pdf)
- República de Moçambique (2020b). *Plano Estratégico da Educação (PEE) 2020–2029*. <https://www.globalpartnership.org/content/strategic-education-plan-2020-2029-mozambique>
- República de Moçambique, MGCAS & Consórcio N'weti (2017). *Communication for Development (C4D) Strategy for the Prevention and Elimination of Child Marriages: Formative research report – Nampula, Zambézia, Tete and Manica provinces*.
- República de Moçambique, Ministry of Youth and Sports, MINEDH & MISAU (2018). *The “biza” generation takes over: A documentation of good practices and experiences linking comprehensive sexuality education and youth health services in Mozambique*.
- Richter, L. M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F. L., Behrman, J. R., Lu, C., Lucas, J. E., Perez-Escamilla, R., Dua, T., Bhutta, Z. A., Sternberg, K., Gertler, P., Darmstadt, G. L., & the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2017). Investing in the foundation of sustainable development: Pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*, 389 (10064), 103–118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
- Rosenberg, M., Pettifor, A., Miller, W. C., Thirumurthy, H., Emch, M., Sulaimon, A., Kahn, K., Collinson, M., & Tollman, S. (2015). Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. *International Journal of Epidemiology*, 44(3), 928–936. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv007>

- Salam, R. A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z. S., Das, J. K., Kaufman, M., & Bhutta, Z. A. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: A systematic review of potential interventions. *Journal of adolescent health, 59* (4), S11-S28.
- Salisbury, T. T., Atmore, K. H., Nhambongo, I., Mintade, M., Massinga, L., Spencer, J., West, J., & Mandlate, F. (2021). Integrating human-centred design into the development of an intervention to improve the mental wellbeing of young women in the perinatal period: The Catalyst project. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03675-y>
- Salvi, F. (2020). Silence, invisibility and agency: Concealing pregnancies at school in Mozambique. *Gender, Place & Culture, 27*(8), 1195–1213. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2019.1681370>
- Save the Children (2020). *Securing education in COVID-19 times: The case of the NORAD project*. <https://mozambique.savethechildren.net/news/securing-education-during-times-covid-19-case-norad-project>
- Seidenfeld, D., Bonilla J., & Bruckauf, Z. (2019). *Impact evaluation of the Child Grant 0–2 Program in Mozambique: Baseline report*. American Institutes for Research.
- Seidu, A-A., Amu, H., Dadzie, L.K., Amoah, A., Ahinkorah, B.O., Ameyaw, E.K., Acheampong, H. Y., & Kissah-Korsah, K. (2020). Suicidal behaviours among in-school adolescents in Mozambique: Cross-sectional evidence of the prevalence and predictors using the Global School Based Health Survey data. *PLoS One, 15*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236448>
- Share International Foundation (2015). *WASH and Maternal and Newborn Health: A time to act – policy brief*. London School of Hygiene and Tropical Medicine & Department of International Development (DFID). <https://www.lshtm.ac.uk/sites/default/files/2017-07/Policy%20Brief%20-%20WASH%20%26%20MNH.pdf>
- Sicoche, B. F. (2015). *International law and protection of the child and the adolescent rights in conflict with the law in Mozambique*. American Court of Human Rights. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37384.pdf>
- Sitoe, A., Breiman, R. F., & Bassat, Q. (2018). Child mortality in Mozambique: a review of recent trends and attributable causes. *Current Tropical Medicine Reports, 5*(3), 125–132.
- Slegh, H., Mariano E., Roque, S., & Barker, G. (2017). *Being a man in Maputo: Masculinities, poverty and violence in Mozambique – results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Promundo and Eduardo Mondlane University. <https://promundoglobal.org/resources/man-maputo-masculinities-poverty-violence-mozambique>
- SolidarMed (2019). *To hospital by motorbike ambulance. Mozambique emergency transport*. <https://www.solidarmed.ch/en/project/mozambique-emergency-transport>
- The Other Foundation (2017). *Canaries in the coalmines: An analysis of spaces for LGBTI activism in Mozambique–country report*. [http://theotherfoundation.org/wp-content/uploads/2017/06/Canaries\\_Mozambique\\_epub\\_Draft2\\_CB2.pdf](http://theotherfoundation.org/wp-content/uploads/2017/06/Canaries_Mozambique_epub_Draft2_CB2.pdf)
- Tomai, M., Langher, V., Martino, G., Esposito, F., Ricci, M. E. & Caputo, A. (2017). Promoting the development of children with disabilities through school inclusion: Clinical psychology in supporting teachers in Mozambique. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 5*(3). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2017.5.1671>
- Tomer, J. F. (2014). Adverse childhood experiences, poverty, and inequality. *World Social and Economic Review, 2014*(3, 2014), 20.
- Tran, T. D., Luchters, S., & Fisher, J. (2017). Early childhood development: Impact of national human development, family poverty, parenting practices and access to early childhood education. *Child: care, health and development, 43* (3), 415–426.
- UNAIDS (2019). Country data Mozambique. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>
- UNDP (2020). *The next frontier: Human development and the Anthropocene*. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf>
- UNDP (2021). *Innovative ‘mobile courts’ to strengthen access to justice*. UNDP Mozambique. [https://www.mz.undp.org/content/mozambique/en/home/presscenter/articles/Innovative\\_mobile\\_courts\\_to\\_strengthen\\_access\\_to\\_justice.html](https://www.mz.undp.org/content/mozambique/en/home/presscenter/articles/Innovative_mobile_courts_to_strengthen_access_to_justice.html)
- UNFPA (2018). *Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys*.
- UNFPA (2019). *Reality check approach in Nampula and Zambezia under the “Programa Rapariga BIZ”*.
- UNFPA (2020). *The Demographic Dividend. Invest in Human Capital*.
- UNFPA (2021). *Study for the improvement of sexual and reproductive health and reproductive health of adolescent girls and youth with disabilities*.
- UN-Habitat (2020, 15 February). *Public spaces for children inaugurated in Mozambique*. <https://unhabitat.org/public-space-for-children-inaugurated-in-mozambique>
- União Europeia & Nações Unidas (2019). *Spotlight Initiation. Mozambique Annual Narrative Report*.
- UNICEF (2006). *Children with disabilities overview*. <https://data.unicef.org/topic/child-disability/overview/>
- UNICEF (2017a). *UNICEF’s engagements in influencing domestic public finance for children (PF4C)*. [https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-12/UNICEF\\_Public\\_Finance\\_for\\_Children.pdf](https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-12/UNICEF_Public_Finance_for_Children.pdf)

- UNICEF (2017b). *Gender Action Plan 2018–2021*.
- UNICEF (2018c). *Violence against children in schools in Mozambique: Towards an institutionalised reporting and referral mechanism*.
- UNICEF (2019a). *Birth registration for every child by 2030: Are we on track?* <https://data.unicef.org/resources/birth-registration-for-every-child-by-2030>
- UNICEF (2019b). *Social behaviour study: Attitudes and experiences of school-age girls, in relation to menstrual hygiene management in Mozambique*.
- UNICEF (2019c). *The changing face of malnutrition: The state of the world's children 2019*. <https://features.unicef.org/state-of-the-worlds-children-2019-nutrition/>
- UNICEF (2020a). *Accountability to affected populations: A handbook for UNICEF and partners*. [https://aa9276f9-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276\\_0fa31f247b194585b15e98562a269e0d.pdf](https://aa9276f9-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_0fa31f247b194585b15e98562a269e0d.pdf)
- UNICEF (2020b). *State budget for fiscal year 2020*. [https://www.unicef.org/mozambique/media/2786/file/Budget\\_Brief\\_2020\\_-\\_Analysis\\_of\\_2020\\_State\\_Budget.pdf](https://www.unicef.org/mozambique/media/2786/file/Budget_Brief_2020_-_Analysis_of_2020_State_Budget.pdf)
- UNICEF (2020c). *Longitudinal Assessment of School Dropout*. <https://www.unicef.org/mozambique/en/stories/longitudinal-assessment-school-dropout>
- UNICEF (2020d). *C4D works! Promoting key healthy behaviours through the 'model family' approach in Mozambique*.
- UNICEF (2020e). *C4D works! Increasing access to information and peer counselling through SMS Biz/U-Report: An adolescent and youth-led sexual and reproductive health, HIV and violence prevention initiative in Mozambique*.
- UNICEF (2020f). *Hand hygiene for all*.
- UNICEF (2020g). *Justice sector desk review* [não publicado].
- UNICEF (2020h). *Neonatal Mortality Child Mortality Data*. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
- UNICEF (2020i). *Multidimensional Child Poverty in Mozambique*. [https://www.unicef.org/mozambique/media/2686/file/Multidimensional Child Poverty in Mozambique.pdf](https://www.unicef.org/mozambique/media/2686/file/Multidimensional%20Child%20Poverty%20in%20Mozambique.pdf)
- UNICEF (2020j). *The Impacts of COVID-19 on Children in Mozambique*. [https://www.unicef.org/mozambique/media/2531/file/The Impacts of COVID-19 on Children in Mozambique.pdf](https://www.unicef.org/mozambique/media/2531/file/The%20Impacts%20of%20COVID-19%20on%20Children%20in%20Mozambique.pdf)
- UNICEF (2021a). *Assessment of the role of the business sector to directly or indirectly contribute to the realization of children's rights in Mozambique*.
- UNICEF (2021b). *Children in alternative forms of care*. [nota de conceito, não publicado].
- UNICEF (2021c). *Equity of public expenditure in the education sector 2015–2019*.
- UNICEF (n.d.). UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. <https://data.unicef.org>
- UNICEF & UNFPA (2015). *Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique: Policy Brief*. Maputo, Mozambique.
- UNICEF & Linha Fala Criança (2021). *A review of early marriage cases*.
- UN IGME (2020). *A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths – report of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2020*. <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics (UN DESA) (2019). *World Population Prospects 2019*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- United Nations Office of Drugs and Crime (2018) *Global Report on Trafficking in Persons 2018*. <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/report/global-report-on-trafficking-in-persons-2018/>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2019). *Humanitarian Response Plan 2018–2020: Mozambique – revised 2019*. <https://www.who.int/health-cluster/countries/mozambique/Mozambique-revised-HRP-Aug-2019.pdf?ua=1>
- UN Women (2020). *COVID-19 and its economic toll on women: The story behind the numbers*. <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/9/feature-covid-19-economic-impacts-on-women>
- USAID (2016). *Menstrual Hygiene Management among Schoolgirls in Eastern Province of Zambia Qualitative Research Final Report*. [https://menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/12/USAID\\_MHM-among-Schoolgirls-in-Eastern-Province-of-Zambia-FINAL508.pdf](https://menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/12/USAID_MHM-among-Schoolgirls-in-Eastern-Province-of-Zambia-FINAL508.pdf)
- USAID (2018). *SPLASH School Outcomes Study*.
- USAID (2019). *Gender Assessment for USAID/Mozambique Country Development Cooperation Strategy Final Report*. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00WGW3.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WGW3.pdf)
- USAID (n.d.). The DHS Program STAT compiler. <http://www.statcompiler.com>
- Estados Unidos da América, Departamento de Estado (2020). *2020 Trafficking in Persons Report: Mozambique*. <https://www.state.gov/reports/2020-trafficking-in-persons-report/mozambique>
- US, Bureau of International Labor Affairs (2020). *2019 Findings on the Worst Forms of Child Labor: Mozambique*. [https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ILAB/child\\_labor\\_reports/tda2019/Mozambique.pdf](https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ILAB/child_labor_reports/tda2019/Mozambique.pdf)

- Verité Inc. (2020). *Human trafficking risk factors in supply chains in Mozambique*. <https://www.verite.org/africa/explore-by-country/mozambique/>
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., ... & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19 (5), 28.
- Walter, S. (2016). *The evaluation of the mother-tongue based multi-lingual education programme*. Graduate Institute of Applied Linguistics [não publicado].
- Westminster Foundation for Democracy (2019). *Towards social, economic and inclusive policies for people with disability in Mozambique*. The Commonwealth Partnership for Democracy. <https://www.wfd.org/wp-content/uploads/2019/12/WFD-Toward-Inclusive-Social-Economic-and-Political-Policies-for-Persons-with-Disabilities-in-Mozambique.pdf>
- Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reproductive Health*, 15(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>
- Zewoldi, Y. (2019). *Snapshot of Civil Registration and Vital Statistics Systems of Mozambique*.



UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância  
Av. do Zimbabwe, 1440  
Caixa Postal 4713  
Maputo  
Moçambique

 @unicefafrica  
email: [maputo@unicef.org](mailto:maputo@unicef.org)  
[www.unicef.org.mz](http://www.unicef.org.mz)

unicef  | para cada criança