

**RELATÓRIO SOBRE OS
OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO
MILÉNIO**

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

2010

Ficha Técnica:

TÍTULO

Relatório Sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de 2010

Equipe de Supervisão

João Dias Loureiro (INE)

Momade Piaraly Jutha (MPD)

Equipe Técnica

Cristina Matusse (MPD)

Alfredo Salvador Mutombene (MPD)

Francisco Macaringue (INE)

Manuel Duarte Filipe (PNUD)

Edição

Ministério da Planificação & Desenvolvimento

Tradutor

Fernando Sérgio Martins

Capa & Fotografia

Serigrafia Laranja

Impressão & Acabamento

Diname E.E,

Tiragem

500 Exemplares

Dados Estatísticos: **Governo de Moçambique, Instituto Nacional de Estatística, e Estatísticas dos Sectores**

Maputo, 2010

INDICE

PREFÁCIO	2
INTRODUÇÃO AOS ODM	2
MOÇAMBIQUE: CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO	6
BREVE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE MOÇAMBIQUE	7
OBJECTIVO 1 – ERRADICAR A POBREZA ABSOLUTA E A FOME	9
1.1 Reduzir a Pobreza Absoluta	9
1.2 Garantir o Emprego.....	14
1.3 Reduzir a Fome	18
OBJECTIVO 2 – ATINGIR A EDUCAÇÃO PRIMÁRIA UNIVERSAL	30
2.1 Educação Primária Universal.....	30
OBJECTIVO 3 – PROMOVER A IGUALDADE DE GÉNERO E EMPODERAMENTO DA MULHER	36
3.1 Escolaridade da Rapariga	36
3.2 Taxa de Analfabetismo da Mulher.....	41
3.3 Participação da Mulher na Governação	43
OBJECTIVO 4 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL	47
4.1 Taxa de Mortalidade Infantil e Infanto-Juvenil	47
4.2 Imunizações	51
OBJECTIVO 5 – MELHORAR A SAÚDE MATERNA	57
5.1 Mortalidade Materna em Moçambique	57
5.2 Cobertura de Consulta Pré-Natal.....	59
5.3 Planeamento Familiar	61
OBJECTIVO 6 – COMBATER O HIV/SIDA, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS.....	68
6.1 Combater o HIV e SIDA	68
6.1.1 Tratamento Anti-Retroviral.....	72
6.2 Malária	82
6.3 Tuberculose.....	87
OBJECTIVO 7 – GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL.....	89
7.1 Meio Ambiente.....	89
7.2 Cobertura de Água Potável e Saneamento Melhorado	91
7.3 Taxa de uso de água potável.....	92
7.4 Taxa de Uso de Saneamento Melhorado	94
OBJECTIVO 8 – CRIAR UMA PARCERIA GLOBAL PARA O DESENVOLVIMENTO	99
8.1 Finanças Públicas.....	99
8.2 Tecnologias de Informação e Comunicações (TIC's)	107

Quadro 1: Breve Olhar sobre o progresso de Moçambique rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OBJECTIVOS / METAS	O OBJECTIVO / META SERÁ ATINGIDO/A?			
	Provável	Potencialmente	Improvável	Sem dados
POBREZA EXTREMA E FOME				
Reduzir para metade a proporção de pessoas que vivem em extrema pobreza até 2015		Potencialmente		
Garantir um emprego decente para todos, incluindo mulheres e crianças até 2015				Sem Dados
Reduzir para metade a proporção de pessoas afectadas pela fome até 2015		Potencialmente		
EDUCAÇÃO PRIMÁRIA UNIVERSAL				
Garantir que todos os rapazes e raparigas consigam concluir o ciclo completo do ensino primário até 2015		Potencialmente		
IGUALDADE DE GÉNERO				
Eliminar a disparidade do género no ensino primário e secundário, de preferência até 2005 e em todos os níveis de ensino o mais tardar até 2015	Provavelmente			
MORTALIDADE INFANTIL				
Reduzir em dois terços a taxa de mortalidade abaixo de cinco anos até 2015	Provavelmente			
SAÚDE MATERNA				
Reduzir em três quartos o rácio de mortalidade materna até 2015		Potencialmente		
Até 2015 atingir o acesso universal à saúde reprodutiva		Potencialmente		
HIV/SIDA, MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS				
Ter travado e iniciado a inversão do alastramento do HIV/SIDA até 2015		Potencialmente		
Até 2010, atingir o acesso universal para o tratamento de HIV/SIDA para todos os necessitados			Improvável	
Ter travado e iniciado a inversão da incidência da malária e de outras doenças principais até 2016	Provável			
SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL				
Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e investir a perda dos recursos ambientais		Potencialmente		
Reduzir a perda da biodiversidade, até 2010 atingir o nível significante				Sem dados
Reduzir para metade, até 2015, o número de pessoas sem acesso à água potável e saneamento		Potencialmente		
Até 2020, ter conseguido uma melhoria significativa no nível de vida dos residentes dos bairros degradados		Potencialmente		
PARCERIA GLOBAL PARA O DESENVOLVIMENTO				
Desenvolver ainda mais um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório. Inclui um compromisso de boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza nacional e internacional		Potencialmente		
Atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos				Sem dados
Tratar, de uma forma específica, as necessidades dos do <i>Interland</i> em desenvolvimento e pequenas ilhas, estados em desenvolvimento e os resultados da 22ª sessão especial da Assembleia Geral das NU.				Sem dados
Lidar, de uma forma abrangente, com os problemas da dívida dos países em desenvolvimento através de medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a dívida sustentável a longo prazo				Sem dados
Em colaboração com as empresas farmacêuticas, facultar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento				Sem dados
Em colaboração com o sector privado, disponibilizar os benefícios das novas tecnologias, especialmente da informação e comunicações	Provável			

Fonte: MPD, UNDP

PREFÁCIO

A Declaração dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM's), de Setembro de 2000 veio reiterar que o desenvolvimento dos nossos países depende de uma multiplicidade de factores que se influenciam mutuamente. Neste sentido, a forma como os 8 objectivos escolhidos interagem entre si, ilustra a natureza estrutural e a inerente complexidade dos desafios em presença. Com efeito, não se pode falar da promoção da equidade do género e da autonomia das mulheres sem se reconhecer e se dar a devida atenção ao ensino básico universal, que, por sua vez, concorre para a redução da mortalidade infantil e para a melhoria da saúde materna. No mesmo quadro, o combate ao HIV e SIDA não pode estar desassociado da melhoria da segurança alimentar e nutricional pois, o tratamento anti-retroviral não salva um paciente mal-nutrido que nem sequer sabe onde ir buscar a próxima refeição. Ainda no campo das demonstrações, não se pode garantir, em pleno, a sustentabilidade ambiental quando até factores exógenos aos ODM's, como a falta de consenso para a adopção de um regime internacional sobre mudanças climáticas, agravam a degradação do meio ambiente e a erosão, tornando os solos mais pobres para a produção agrária, os nossos países, mesmo os mais desenvolvidos, mais vulneráveis aos efeitos dos fenómenos extremos da natureza e as acções de saneamento para o combate à malária e a doenças diarreicas mais difíceis de realizar. Finalmente, referência deve ser feita ao papel da parceria mundial em prol do desenvolvimento que devia ganhar maior expressão, através da realização dos compromissos assumidos em Setembro de 2000 bem como através da adopção de acções harmonizadas, integradas e alinhadas com as políticas nacionais, regionais e internacionais. A Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, o emergente Programa das Nações Unidas "Deliver as one" e os programas de apoio directo ao Orçamento são alguns dos exemplos dessa coordenação. Apesar de não ter alcançado o seu objectivo primeiro, Copenhaga desempenhou um papel de grande relevo no despertar da consciência mundial sobre o impacto negativo das mudanças climáticas sobre os ODM's. Tendo em atenção que as metas da Cimeira do Milénio foram adoptadas por consenso não nos parece curial que cheguemos a 2015 sem as termos alcançado, com a pobreza extrema e a fome a fustigarem milhões de homens e mulheres do nosso Planeta.

Em Moçambique temos feito a nossa parte para o alcance dos compromissos que assumimos neste roteiro internacional, integrando-o na nossa Agenda Nacional de Luta contra a Pobreza que se assume holística, com os diferentes indicadores influenciando-se mutuamente. Neste Relatório, o quarto do género, depois dos de 2002, de 2005 e de 2008, merecem destaque, os importantes progressos alcançados, em particular, na expansão dos serviços de educação e saúde, bem assim na promoção da igualdade do género. Este relatório espelha ainda o compromisso que Moçambique tem no controlo dos efeitos negativos das mudanças climáticas que, por via das mudanças, nas estações e ciclos de plantação, aumento do nível médio das águas do mar, empobrecimento dos ecossistemas costeiros e marinhos, alteração dos vectores das doenças

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

e sua extensão, podem minar o nosso empenho tendente à redução da pobreza e da segurança alimentar. Este compromisso está reflectido na Estratégia e Plano de Acção de Género, Ambiente e Mudanças Climáticas de 2010.

Ao longo deste período lançamos três Iniciativas Presidenciais para cristalizar os desafios que os ODM's nos apresentam. Assim, em 2008 lançámos a Iniciativa Presidencial a favor da Criança e da Mãe, tema que nos galvanizou para a realização de muitas acções em prol da criança e da mulher. Congratulamo-nos pelo facto de, por nossa proposta, a 15ª Conferência dos Chefes de Estado e do Governo da União Africana realizada em Julho deste ano, em Kampala, ter adoptado a Saúde Materna e Infantil como seu tema oficial. O debate gerou recomendações que, em Moçambique, já iniciamos a sua implementação.

Avançamos igualmente com as Iniciativas Presidenciais “um aluno, uma árvore por ano” e “um líder, uma floresta comunitária” bem como com a exortação de cada moçambicano usar todas as oportunidades que se lhe apresentem para plantar mais uma árvore e, deste modo, indexá-la a acontecimentos específicos. São programas que visam incutir novos valores sobre o ambiente, mitigar os efeitos das mudanças climáticas e assegurar que as árvores providenciem aquilo que são capazes de dar ao Homem: sombra, frutos, material de construção e terapêutico, purificação do ar e beleza paisagística, só para citar alguns exemplos.

Uma referência particular deve ser feita aos 7 milhões que são anualmente alocados às zonas rurais para a produção de mais comida e geração de mais postos de trabalho. São recursos que, entre outros, criam condições para que indivíduos de extractos sociais humildes, que de outro modo não teriam como financiar as suas iniciativas económicas, tenham a possibilidade de serem actores reais na vida económica do País.

Mais do que relatar, de forma sistemática, os progressos na implementação do nosso Programa para o alcance dos ODM's, este Relatório é também uma contribuição para os debates da Sessão Especial sobre este tema, no âmbito da 65ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas.

A terminar, queremos deixar inscritas palavras de agradecimento a todos os actores nacionais e estrangeiros que tornaram possível a elaboração e edição deste Relatório. Ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), nosso parceiro nesta empreitada, agradecemos pela contribuição técnica e financeira.

Maputo, Setembro de 2010



Armando Emilio Guebuza
Presidente da República de Moçambique

INTRODUÇÃO AOS ODM

Nos princípios da década 90, as Nações Unidas organizaram uma série de conferências internacionais com o intuito de estabelecer uma agenda comum de desenvolvimento global. A agenda incluía objectivos quantitativos, com prazos definidos e indicadores numéricos de monitoria. Estes esforços culminaram com o encontro de Setembro de 2000, altura em que 147 Chefes de Estado se reuniram e adoptaram a Declaração do Milénio.

A Declaração do Milénio é uma reafirmação pelos líderes mundiais da responsabilidade colectiva de apoiar os princípios da dignidade humana, igualdade e equidade a nível global. A Declaração define um conjunto de objectivos interligados e que se reforçam mutuamente, e que servem de base para uma agenda de desenvolvimento global. Ela apresenta preocupações ligadas à paz, segurança e desenvolvimento, e congrega áreas do ambiente, direitos humanos, democracia, boa governação, e também sublinha as necessidades específicas de desenvolvimento do continente africano. A Declaração reconhece que, embora os países em desenvolvimento tenham a responsabilidade de introduzir reformas de políticas e de fortalecer a governação, eles não conseguirão atingir os objectivos sem o apoio da comunidade internacional, através de novos compromissos de ajuda, de regras comerciais equitativas e do alívio da dívida.

A Declaração do Milénio estabelece os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), que constituem um quadro para a monitoria do desenvolvimento humano. Existem oito objectivos principais, a maior parte dos quais devem ser atingidos ao longo de um período de 25 anos (1990-2015):

1. Erradicar a Pobreza e a Fome
2. Atingir a Educação Primária Universal
3. Promover a Igualdade de Género e a Aquisição de Poder pelas Mulheres
4. Reduzir a Mortalidade Infantil
5. Melhorar a Saúde Materna
6. Combater o HIV/SIDA, a Malária e outras doenças
7. Garantir a Sustentabilidade Ambiental
8. Criar uma Parceria Global em Prol do Desenvolvimento

Como forma de garantir uma avaliação comum do progresso dos ODM a nível global, regional e nacional, os países acordaram numa lista de 21 metas (anteriormente 14 metas) e 60 indicadores (anteriormente 48)¹.

¹Lista oficial de Indicadores dos ODM, efectiva a partir de 15 de Janeiro de 2008.

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

O presente relatório pretende essencialmente avaliar o progresso registado em Moçambique com vista à realização dos ODM e identificar os principais desafios e prioridades de acção a nível das políticas ou da implementação, de forma a acelerar a realização dos Objectivos do Milénio. Embora os ODM tenham por fim avaliar o progresso desde 1990, no caso de Moçambique, não existe informação estatística abrangente (isto é, com representatividade nacional) e fiáveis que cubra os anos iniciais da implementação dos ODM. Isto deve-se ao conflito armado que Moçambique sofreu até 1992. Depois do Acordo Geral de Paz, Moçambique pôde, iniciar o processo de recolha de dados estatísticos mais abrangentes e fiáveis.

Este relatório pretende servir de instrumento para avaliação do país à 5 anos do final da implementação do compromisso dos objectivos do milénio, também pretende ser um instrumento de advocacia, sensibilização, constituição de alianças e renovação do compromisso político a nível do país e internacional.

A produção do relatório do progresso dos ODM é um esforço colectivo que envolve todos os ministérios e instituições chave e parceiros nacionais sob a liderança do Ministério de Planificação e Desenvolvimento, com a colaboração dos Parceiros de Cooperação e das Agências das Nações Unidas. Contou ainda com o apoio financeiro e técnico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em Moçambique (PNUD).

MOÇAMBIQUE: CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO

Moçambique completou em 2010, 35 anos de Independência Nacional da dominação colonial Portuguesa; dominação essa que se caracterizou por um fraco investimento colonial quer em formação de pessoal local quer em edificação de infra-estrutura básica rural no país. Adicionando à limitada infra-estrutura deixada pela máquina colonial, Moçambique foi alvo de sucessivas destruições consequentes dos 10 anos de guerra pela independência e dos 16 anos de conflito armado que o jovem país sofreu. Este passado condicionou que no final da guerra Moçambique era considerado o país mais pobre do mundo, com uma dívida externa quase 200% do seu Produto Interno Bruto (segundo dados do Banco Mundial); com um nível de pobreza acima dos 80% e um nível de inflação de quase 50%. No entanto o Governo de Moçambique em parceria com a comunidade internacional engajou-se num aturado trabalho de reabilitação económica, social e política do país. Os frutos não tardaram a aparecer; a economia alcançou um crescimento a dois dígitos (um dos índices de crescimento económico mais altos da África Austral); a dívida externa foi reduzida para níveis abaixo do 35% do Produto Interno Bruto; a pobreza no país foi reduzida em mais de 15% e a inflação foi contida a um dígito. Todos esses avanços foram alcançados apesar de o país ter enfrentado profundas crises de cheias, secas e o efeito das crises económicas mundiais. Estes sucessos espelham um cometimento político dum país que abraçou o multipartidarismo democrático a menos de duas décadas e que no entanto, é dos mais politicamente estáveis da região. Desde a cessação do conflito armado em 1992 o país realizou 4 eleições presidenciais e parlamentares gerais, realizou 2 eleições autárquicas e uma eleição de assembleias provinciais. Todas essas eleições decorreram em clima de paz e tranquilidade.

A redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento económico de Moçambique tem norteado a acção governativa de Moçambique que tem mostrado um cometimento sério no alcance das metas do milénio.

Não obstante o cometimento governamental e o relativo sucesso económico, Moçambique ainda enfrenta importantes desafios. Moçambique é ainda um dos países mais pobres do Mundo (172º país no *ranking* de 182 do Índice do Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 2009); mais de metade da sua população vive abaixo da linha da pobreza; Moçambique é vulnerável à seca e cheias (segundo estatísticas internacionais de desastres, Moçambique sofre 0.31 secas e 0.62 cheias por ano); mais de 40% do Orçamento do Estado é ainda dependente da ajuda externa; a epidemia do HIV/SIDA continua sendo uma ameaça ao desenvolvimento; as infra-estruturas rurais ainda carecem de reabilitação, entre outros.

Nos anos que se seguem, Moçambique precisará de redobrar os esforços para suste e incrementar os sucessos alcançados até agora assim como os desafios do futuro.

BREVE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE MOÇAMBIQUE

Apesar das recentes crises que o mundo sofreu, nomeadamente a crise financeira, de combustível, de alimentos, e as ameaças resultantes dos efeitos das mudanças climáticas, Moçambique continuou a mostrar um crescimento económico relativamente forte e uma estrutura macroeconómica robusta. O crescimento do Produto Interno Bruto em cada um dos últimos cinco anos esteve acima dos 6%, a inflação foi contida a níveis baixos durante a década e o Estado atingiu um marco importante no caminho a autonomia financeira quando pela primeira vez na história recente de Moçambique o Orçamento do Estado passa ser financiado em mais de metade pelos recursos internos do país.

Quadro 2: Indicadores Macro económicos

Indicador	1997	1998	1999	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Crescimento real do PIB (%)	11.1	11.8	8.4	6.5	7.9	8.4	8.7	7.3	6.8	6.4
Inflação (%)	7.4	1.5	2.9	13.5	12.6	6.4	13.2	8.2	10,3	3,3
PIB <i>per capita</i> (USD)	235.8	253.0	260.4	256.9	301.6	334.5	352.8	398.7	476.9	453.8

Fonte: INE

O alcance dos progressos acima descritos aconteceu no meio de fortes batalhas impostas entre outros pela pobreza que continua vigente no seio da maioria dos Moçambicanos; da relativa fraca capacidade financeira do Estado; dos efeitos das cheias e secas que abateram o país múltiplas vezes durante a década e dos efeitos da epidemia do HIV/SIDA. Esses desafios apesar de grandes não impediram Moçambique de fazer importantes avanços na luta contra a pobreza e promoção do desenvolvimento.

Segundo resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS 2008) e o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS 1997), a prevalência de baixo peso em menores de 5 anos em Moçambique baixou de cerca de 26% em 1997 para 18% em 2008; a taxa de matrícula no ensino primário aumentou de 44% em 1997 para 77.1% em 2008; a taxa de mortalidade em menores de 5 anos baixou de 201 em 1000 nados vivos em 1997 para 138 em 1000 nados vivos em 2007, com maiores ganhos no meio rural, 7% contra 1.5% no meio urbano. Houve redução em 5% nas taxas de infecção de malária, doenças respiratórias e diarreicas.

Apesar desses avanços é importante lembrar que vários são os desafios pela frente; apesar da taxa da mortalidade infantil ter diminuído (143.7 em 1997 para 95.5 em 2007 segundo dados dos Censos 1997 e 2007) ela é ainda muito alta. Esforços acrescidos são necessários. A epidemia do HIV/SIDA ameaça os ganhos até agora alcançados no ramo económico e sócio político. Os efeitos combinados da vulnerabilidade do país aos desastres climáticos, da relativa debilidade das infra-estruturas do país; dos efeitos das mudanças climáticas, relatam que Moçambique precisa de mais trabalho para assegurar os ganhos feitos e se aproximar às metas do Desenvolvimento do Milénio.

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

Quadro 3: Indicadores Chave de Desenvolvimento

INDICADORES SELECIONADOS	1997					2003					2008/07					2015
	Total	Urbana	Rural	H	M	Total	Urbana	Rural	H	M	Total	Urbana	Rural	H	M	Meta
Indicador das Metas dos ODM																
1. População que vive abaixo da linha da pobreza nacional (%)	69.4	62.0	71.3	69.9	66.8	54.1	51.5	55.3	51.9	62.5	54.7	49.6	56.9	53.9	57.8	40.0
2. Rácio de pessoas empregues sobre o total da população (%)											74.6	58.2	83.4	72.2	77.6	100
3. Crianças com insuficiência de peso (Menores de 5 anos, %)	26.1	14.8	30.7	26.5	25.6	23.7	15.2	27.1	24.7	22.6	17.5	12.9	19.4	19.9	15.2	17.0
4. Taxa de conclusão do ensino primário (%)	22.0	n/a	n/a	n/a	n/a	38.7	n/a	n/a	n/a	35.4	77.1	-	-	84.6	73	100.0
5. Rácio de raparigas por rapazes no EP1	0.71	n/a	n/a	-	-	0.83	n/a	n/a	-	-	0.89	n/a	n/a	n/a	n/a	1.00
6. Proporção de assentos ocupados por mulheres no Parlamento Nacional										28					38.2	50.0
7. Taxa de mortalidade de Menores de 5 anos (por 1.000 nados vivos)	245.3	174.2	270.9	257.7	232.9	153	143	192	181	176	147.2	117.1	156.2	155.3	138.5	108
8. Crianças vacinadas contra o sarampo (1 ano de idade, %)	55	85.3	69.6	75.1	73.1	63	83.1	54.3	61.4	64.8	58	85.3	69.6	75.1	73.1	95.0
9. Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nados vivos)	692	n/a	n/a	-	-	nd	n/a	n/a	-	-	500.1					250
10. Partos assistidos por pessoal qualificado da saúde (%)	44.2	81.4	33.9	-	-	47.7	80.7	34.2	-	-	55.3	78.9	46.3			66.0
11. Prevalência do HIV/SIDA em adultos (15-49 anos, %)	8.6	n/a	n/a	n/a	n/a	9.3	n/a	n/a	n/a	n/a	11.5					n/a
12. Terra coberta por florestas (%)	21	n/a	n/a	-	-	n/a	n/a	n/a	-	-	51.0	n/a	n/a	-	-	n/a
13. População com acesso a fonte de água melhorada (%)	37.3	30	40.3	-	-	36.2	36	36.3	-	-	42.2	40	43.2	-	-	70.0
14. População com acesso ao saneamento melhorado (%)	29.0	38	25.3	-	-	44.8	71.7	33.4	-	-	42	47.3	39.0			50.0 (rural) 80.0 (urb.)
15. Ajuda líquida ao desenvolvimento recebida como percentagem do PIB						25.2					18.3					
16. Serviço da dívida (% das exportações de bens e serviços)	21.7					3.9					1.87					
Outros Indicadores																
17. Tamanho da população (milhões)	16.1	4.6	11.5	7.7	8.4	18.5	5.6	12.9	8.9	9.6	21.2	6.5	14.7	10.2	10.9	-
18. Taxa de crescimento anual da população (%)	2.3	3.4	1.9	n/a	n/a	2.4	3.3	2.0	n/a	n/a	2.4	-	-	-	-	-
19. Coeficiente de Gini [desigualdade de rendimentos]	0.40	n/a	n/a	-	-	0.42	n/a	n/a	-	-						-
20. Esperança de vida à nascença (média de anos)	42.3	48.8	40.2	40.6	44.0	46.3	50.1	44.9	44.4	48.2	51.3	52.0	50.3	49.8	54.3	-
21. Analfabetismo em adultos (15 anos e mais, %)	39.5	67.0	27.8	55.4	25.9	46.4	69.7	34.3	63.3	31.2	49.7	75	37.2	65.5	35.9	-
22. Taxa líquida de matrícula no EP1 (%)	44.0	n/a	n/a	49.0	39.0	69.4	n/a	n/a	72.4	66.4	64.5	72.5	61.2	67.2	62.1	100.0

Fonte: INE, MICS 2008

OBJECTIVO 1 – ERRADICAR A POBREZA ABSOLUTA E A FOME

Avaliação Rápida	Situação em Números	1997	2003	2009	2015
A meta será atingida? Potencialmente	Indicador / Ano				
	Proporção da população que vive abaixo da linha da pobreza nacional	69.4	54,1	54.7	40
Situação do ambiente de apoio: Forte	Rácio do fosso da pobreza	29.3	20.5	21.3	N/A
	Parte do quintil mais pobre no consumo nacional	4.0	4.0	3.6	N/A

1.1 Reduzir a Pobreza Absoluta

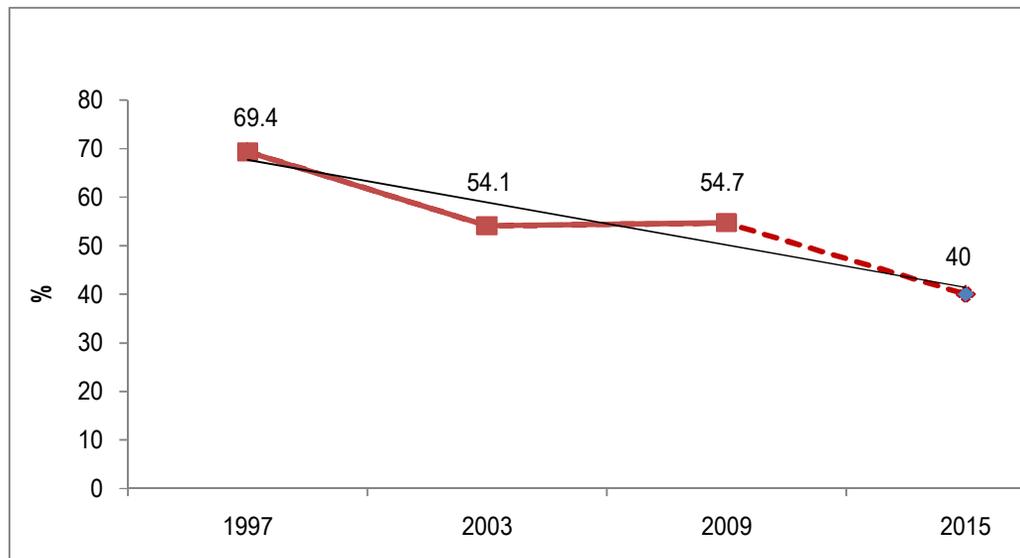
Situação e Tendências

O Instituto Nacional de Estatística realizou entre 2008/09 o Terceiro Inquérito Nacional aos Orçamentos Familiares (IOF 08/09). O objectivo principal deste inquérito é de actualizar os índices de pobreza em Moçambique e assim dar o ponto de situação sobre os progressos em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, especificamente sobre a meta relacionada com a percentagem da população vivendo abaixo da linha da pobreza.

A primeira meta dos ODM visa reduzir para metade o número de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza até 2015, partindo dos níveis de 80% em 1990. Este indicador significa que o país deverá reduzir a incidência da pobreza para 40% em 2015 para alcançar a meta estabelecida. Para recordar, o objectivo da redução da pobreza é expresso no Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPAII), em que o país evoluiu de uma visão estritamente monetária (no PARPA I) para uma mais holística que define a pobreza como “*a impossibilidade por incapacidade, ou por falta de oportunidade de indivíduos, famílias e comunidades de terem acesso as condições mínimas, segundo as normas básicas da sociedade*”. Neste sentido, o mesmo PARPA II estabeleceu metas para a redução da pobreza monetária com enfoque sobre o consumo, e para a não monetária, principalmente nas componentes de Educação, Saúde/nutrição, e de posse de bens.

Para a estimativa da pobreza na óptica de consumo focaliza-se na taxa incidência da pobreza que se refere a percentagem da população vivendo abaixo da linha da pobreza. A incidência da pobreza é estimada em 54,7% da população em 2008/09 ao nível nacional. Esta é uma redução da pobreza em 14,7 pontos percentuais (pp) comparativamente a 1996/97, quando a incidência estava estimada em 69,4%. Em 2002/03 a taxa de incidência da pobreza foi de 54,1%, o que significa entre 2002/03 a 2008/09 não registou-se mudanças estatisticamente significativas nos níveis de pobreza. O número de pessoas abaixo da linha de pobreza aumentou de 9,9 milhões para 11,7 milhões de pessoas, devido ao crescimento da população que foi de 3 milhões entre 2002/03 e 2008/09.

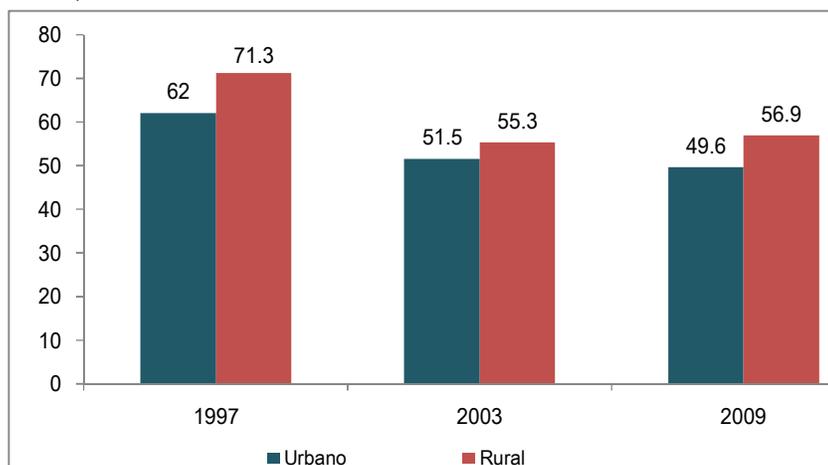
Gráfico 1: Percentagem de famílias Moçambicanas vivendo abaixo da linha da Pobreza, 1997-2009



Fonte: IAF 1996/97; IAF 2002/03; IOF 2008/09

A estrutura da pobreza rural-urbana é constante. As áreas rurais apresentam 56,9% da população abaixo da linha da pobreza e as urbanas com 49,6% da sua população abaixo da linha da pobreza, sendo que em 2002/03 a pobreza rural era de 55,3% e a urbana de 51,5%. Todas as regiões tiveram uma redução de pobreza entre 1996/97 e 2002/03, e isso continuou em 2008/09, excepto para a zona Centro em que a pobreza aumentou em 14,2 pontos percentuais. Actualmente, a zona Norte apresenta a menor incidência da pobreza, com 46,5% da população abaixo da linha da pobreza, a zona Centro com a incidência da pobreza de 59,7% e a zona Sul com 56,9%.

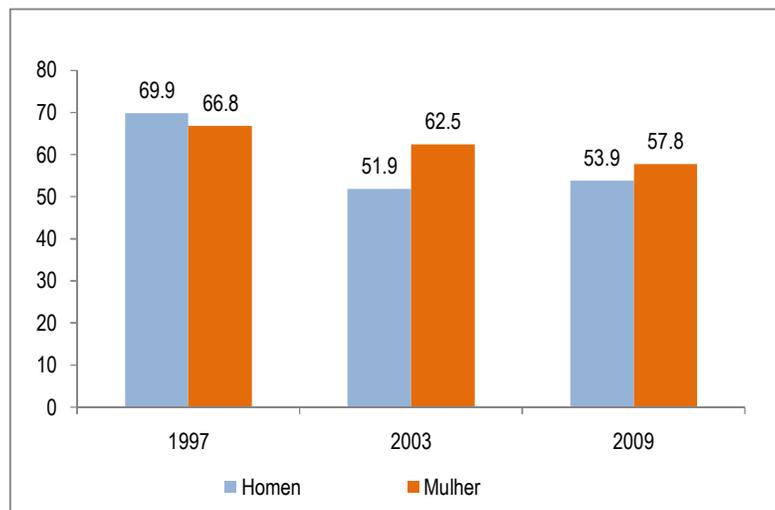
Gráfico 2: Percentagem de Famílias abaixo da linha da Pobreza em Moçambique por área de residência, 1997-2009



Fonte: IAF 1996/07; IAF 2002/03; IOF 2008/09

Desagregando as estimativas da pobreza por sexo do chefe do agregado familiar, notam-se variações ao longo do período em análise. Em 1996/7, as famílias chefiadas por mulheres apresentavam uma incidência da pobreza menor em comparação com as famílias chefiadas por homens (69.9% para as famílias chefiadas por homens e 66.8% para as famílias chefiadas por mulheres). Entre 1996/97 a 2002/3, tanto as famílias chefiadas por homens como as chefiadas por mulheres mostraram uma redução significativa nos índices de pobreza, sendo que as famílias chefiadas por homens superaram as chefiadas por mulheres na redução da pobreza o que fez com que a incidência da pobreza em 2002/03 fosse mais baixa nas famílias chefiadas por homens comparado com as famílias chefiadas por mulheres (52% para as famílias chefiadas por homens e 62.5% para as famílias chefiadas por mulheres). No período de 2008/09, observa-se um ligeiro aumento na incidência da pobreza nas famílias chefiadas por homens (de 52% em 2002/3 para 53.9% em 2008/9) e uma redução na incidência da pobreza nas famílias por mulheres de 62.5% para 57.8%. Mesmo com esta redução as famílias chefiadas por mulheres apresentam níveis de pobreza elevadas em relação as chefiadas por homens.

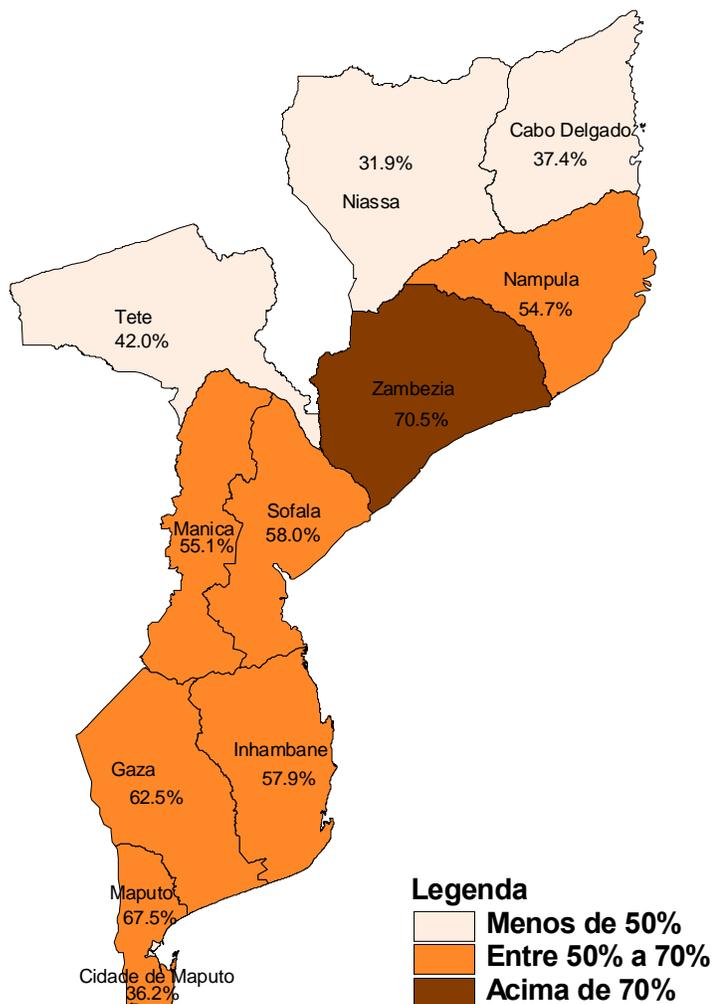
Gráfico 3: Percentagem de famílias em Pobreza absoluta por sexo do chefe da família em Moçambique 1997-2009



Fonte: IAF 1996/07; IAF 2002/03; IOF 2008/09

Em termos provinciais, Niassa, Maputo Cidade, Cabo Delgado e Tete têm as menores taxas de incidência da pobreza (entre 33% - 42%) e as Províncias de Maputo, Zambézia e Gaza têm as taxas mais altas (59% - 70.5%). Embora a mudança na taxa de pobreza ao nível nacional aponte para uma estagnação, as taxas ao nível provincial mostram mudanças substanciais entre os dois períodos.

Figura 1: Incidência da Pobreza por Província em 2009 em Moçambique



Percentagem Nacional da População vivendo na Pobreza: 54.7%
 Fonte: MPD et al, 2010. Dados de IOF 2008/09

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

Os resultados da pobreza não muito positivos derivam de factores que incluem:

- Taxas de crescimento muito baixas ou nulas na produtividade agrícola, aliado a choques climáticos (cheias, ciclones e secas). A série de inquéritos TIA realizados desde 2002 não mostra, para a vasta maioria de produtores praticamente nenhum indício de transformação agrícola. Isto reflecte-se no fraco crescimento na produção de culturas alimentares.

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

- Termos de troca agravados devido a grandes aumentos nos preços internacionais de alimentos e combustíveis. Os preços dos combustíveis, em particular, subiram substancialmente durante o período de 2002/03 a 2008/09.
- Outro possível factor por detrás da estagnação dos níveis de pobreza a nível nacional, pode ser o efeito cumulativo da epidemia do HIV/SIDA. No entanto, os efeitos económicos do HIV/SIDA não são ainda detalhadamente conhecidos nem em Moçambique nem ao nível internacional; como tal, mais investigação será necessária para se determinar a natureza das relações de curto e longo prazo entre a epidemia, a pobreza e o crescimento económico

Os factores acima descritos abrandaram as taxas de redução da pobreza nas zonas Norte e Sul e para aumentar a pobreza no Centro. Sucintamente, durante a maior parte do período do inquérito IOF08, a população Moçambicana deparou-se com disponibilidades limitadas de alimentos de produção própria, custos muito altos de alimentos importados dos mercados internacionais, e custos ainda mais expressivos nos combustíveis que tornaram a distribuição das importações e o transporte dos locais de excesso produtivo para áreas de défice substancialmente mais caros. Dado que, para as famílias pobres, cerca de três quartos da despesa de consumo é destinada aos alimentos, estes factores são deveras pertinentes.

Desafios para o alcance das metas de 2015

Não obstante a estagnação dos índices de pobreza entre 2003-2009, o objectivo de alcance da meta do milénio permanece exequível. No segundo semestre do inquérito IOF08/09, que se baseou essencialmente na colheita de 2009, a taxa de pobreza medida foi de 52%. Mesmo sem os ganhos na produtividade agrícola, a taxa de pobreza denota tendência a baixar em cerca de 1% ao ano. Isto coloca uma nova estimativa para a taxa de pobreza em meados de 2010 em cerca de 48%. No entanto com os resultados obtidos entre 2003 a 2008 acredita-se que Moçambique ainda vai a tempo de atingir a meta dos Objectivos do Milénio. Para o alcance desta meta é preciso reduzir os índices de pobreza nos próximos 5 anos em 14 pontos percentuais. Olhando para o período entre 1997 a 2003, o país foi capaz de reduzir os índices de pobreza em 16 pontos percentuais, o que impulsiona a se afirmar que a meta de redução da pobreza para os objectivos do Milénio será alcançada até 2015.

Factores positivos no progresso dos indicadores

O Governo está empenhado na melhoria das condições de vida da população. Este compromisso evidencia-se pelo investimento massivo nas áreas de educação, saúde e na provisão de água potável. A descentralização dos recursos para os distritos e a consequente criação do Fundo de Desenvolvimento Distrital, representa o esforço do Governo na fortificação dos distritos como o pólo de desenvolvimento. O apoio financeiro prestado pelo G-19 e outros parceiros do Governo também constituem um factor importante no progresso dos indicadores.

1.2 Garantir o Emprego

Avaliação Rápida	Situação em Números			
A meta será atingida?	Indicador / Ano	1997	2005	2008
Sem Dados	O rácio de pessoas empregues sobre o total da população	n/d	74.6	n/d
	Proporção de pessoas que trabalham a conta própria no total de pessoas empregues no país.	n/d	62.1	n/d
Frac mas a melhorar	Taxa de desemprego	n/d	18.7	n/d

n/d = Não disponível

Situação e Tendências

Segundo dados do Censo Populacional de 1997, a população economicamente activa em Moçambique em 1997 era de cerca de 5,9 milhões de pessoas, constituídas maioritariamente por trabalhadores por conta própria (52%) e trabalhadores familiares não remunerados (33,7%); 11,1% eram assalariados, dos quais 4,1% estavam absorvidos pelo sector público e 7% pelo sector privado. Porém a taxa de desemprego calculada através dos dados do Inquérito à Força de Trabalho (IFTRAB) realizado nos anos 2004-2005 era de 18,7% em 2005. Porque o IFTRAB 2004-2005 foi o único inquérito oficial sobre o emprego realizado em Moçambique, não é possível afirmar objectivamente sobre tendência do desemprego. Contudo, dados sobre o emprego que são obtidos anualmente a partir de fontes administrativas apontam para uma contínua subida de empregos que vão sendo gerados anualmente pela economia nacional. Porém, não se pode aferir o nível de enquadramento desses empregos quanto ao padrão de decência (emprego decente), na medida em que esse dado passa pela monitoria da qualidade de empregos. Impõem-se a realização de um Inquérito sobre a qualidade de emprego, assim como o desenvolvimento e fortificação das associações de empregadores e trabalhadores como entidades parceiras do Estado que possam garantir a monitoria permanente da situação.

Segundo dados administrativos de 2005 a 2009 o número de novos empregos atingiu 924168. O total de novos empregos gerados anualmente foi de 64399 em 2005, 71.060 em 2006, 154.988 em 2007, 247256 em 2008 e 385732 em 2009. Estes dados representam crescimentos sucessivos em 10.34% em 2006, 118% em 2007, 59.5% em 2008 e 55% em 2009, comparativamente ao ano anterior.

Quadro 4: Resumo da evolução do emprego segundo dados administrativos

INDICADOR	2005/2009		
	H	M	Total
Colocações Efectuadas	49.393	12.638	62.031
Admissões Directas	121.047	35.083	156.130
Promoção de Emprego -Auto-Emprego + Associações Produtivas + F.P. - (INEFP)	155.704	65.957	221.661
Orçamento de Investimentos e Iniciativas Locais (OILL)	74.208	155.971	230.179
Recrutamento. p/ minas da RSA	220.947	a)	220.947
Recrutamento. p/ farmas da RSA	33.220	b)	33.220
TOTAL	654.519	269.649	924.168

Fonte: INEFP/DPTRAB

a) As mulheres não são recrutadas para as minas da RSA

b) Não disponível distribuição por sexo

Comparativamente às metas traçadas no PARPA II, o total de empregos registados são de 924.168 e representam uma superação da meta prevista (900.000) em cerca de 2,4%. Do total de empregos registados ao longo do quinquénio (2005-2009), destaca-se a contribuição do Orçamento de Investimento de Iniciativa Local (OILL) que é de 230.179 empregos, representando 25%, seguida de auto-emprego/associações produtivas com 221.661 empregos, representando 24.1%.

Os dados apresentados mostram uma tendência de crescimento progressivo de ano para ano do número de empregos gerados, na medida em que apesar de haver um ligeiro declínio de recrutamento para as minas da República da África do Sul (RAS), o crescimento nos outros indicadores apresentados foi suficiente para compensar o declínio verificado.

Mantendo-se a dinâmica actual do desempenho da economia em termos de criação de empregos e em acções desenvolvidas para a promoção e criação de empregos em geral, a meta da Estratégia de Emprego e Formação Profissional que é de 1.000.000 de beneficiários de Emprego e Formação Profissional até 2015 poderá ser ultrapassada em mais de 100%.

Outro factor que poderá contribuir para que a meta seja ultrapassada significativamente, será o aprimoramento progressivo da capacidade de recolha de informação sobre o mercado do emprego, desde o Distrito, o que de certa forma irá aumentar o número de empregos registados pelos Serviços de Emprego.

Embora não haja informação sobre o a percentagem de mulheres no trabalho assalariado no sector não agrícola para 2010 há que referir que persistem fortes diferenças entre mulheres e homens quanto ao acesso ao emprego. Por exemplo em 2009, no âmbito da promoção de emprego nas Províncias foram

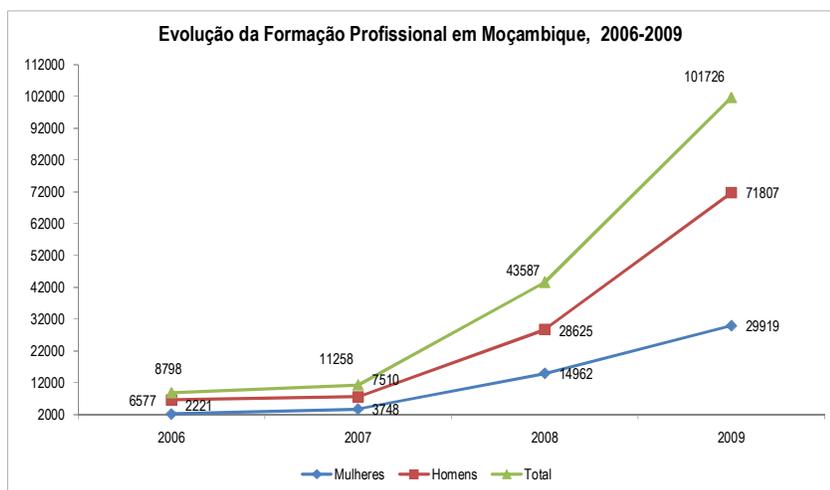
criados 10.971 empregos dos 6.969 beneficiaram homens e apenas 3.948 foram de mulheres (Balanço de PES 2009, pag.122).

No que se refere ao sector privado a situação é a mesma. Das 57.826 admissões directas pelas empresas privadas, as mulheres representam apenas 21.4% (Balanço de PES 2009, pag.122). A representatividade das mulheres ao nível do Parlamento é de 39.2%. Esta percentagem reflecte um aumento na ordem de 1% em relação ao mandato 2004-2005.

Formação Profissional

A formação profissional para o emprego e auto emprego tem diversos intervenientes, quer no sector público quer no sector privado. Assim no período compreendido entre 2005 a 2009 foram formados a nível nacional, 171.288 beneficiários em diversos cursos de Formação Profissional; destes 119.350 homens e 51.938 mulheres.

Gráfico 4: Evolução da Formação Profissional em Moçambique



Fonte: INEFP

De 2005 á 2006 o crescimento cifrou-se em 48.6%; de 2006 á 2007 em 28%, este crescimento deveu-se a massificação de acções de formação profissional no âmbito da implementação da Estratégia de Emprego e Formação Profissional (EEFP). De 2007 á 2008 o crescimento foi de 287.2% e de 2008 a 2009, foi registado um crescimento de cerca de 133.4%.

Quadro 5: Evolução Percentual da Formação Profissional ao longo do período

Crescimento	
Ano	%
2005-2006	48.6
2006-2007	28.0
2007-2008	287.2
2008-2009	133.4

Fonte: Ministério do Trabalho

A cifra total registada, 171.288 beneficiários de formação profissional, representa uma realização de cerca de 66% da meta de 260.000 beneficiários prevista para a 1ª fase da implementação da EEFP, que encerra em 2010. Para o alcance da meta faltam por formar 88712. Considerando o nível de crescimento do desempenho que vem sendo registado e a realização em 2009, tudo aponta que a meta será atingida e ultrapassada.

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

No âmbito da implementação da Estratégia de Emprego e Formação Profissional 2006-2015, a meta é de criar um milhão de empregos. Mais do que o número de empregos criados, a meta do país é criar um mecanismo institucional e participativo de gestão do mercado do emprego que permita a tomada de decisões e desencadeamento de acções que garantam o equilíbrio do mercado do emprego e mitigação do fenómeno de desemprego e seus efeitos. Partindo deste pressuposto é de considerar como constrangimentos os seguintes:

- Escassez de recursos para o investimentos que criem empregos;
- Fragilidade do sindicalismo do ponto de vista de capacidade técnica e de abrangência;
- Fraqueza do sistema de informação sobre o mercado do emprego (recolha, processamento e disseminação de informação sobre o mercado de emprego);
- Falta de recursos para o desenvolvimento de acções de formação profissional que promova a empregabilidade dos recursos humanos nacionais e melhore a sua produtividade;
- Incapacidade de se poder aferir a qualidade dos empregos criados, de modo a se poder definir acções para melhoria dos mesmos.

Desafios para o alcance das metas de 2015

Para o alcance das metas de 2015, no domínio de emprego, são de considerar os seguintes desafios:

- Definição de estratégias que permitam privilegiar investimento direccionado a indústrias ou projectos de utilização de mão-de-obra intensiva;
- Fortificar os mecanismos de promoção e de apoio ao desenvolvimento de pequenas e medias empresas;
- Criar e financiar o Fundo de Promoção de Emprego que financie programas de promoção de emprego nas zonas urbanas;
- Prosseguir com a consolidação e operacionalização dos Fundos de Desenvolvimento Distrital que permita o financiamento das actividades económicas nas zonas rurais, particularmente nos Distritos;
- Prosseguir com a criação de um sistema de recolha, processamento, análise e divulgação da informação sobre o mercado do emprego, incluindo o observatório do emprego;
- Prosseguir a reforma da Educação Profissional e garantir o financiamento para os programas de formação técnico e profissional;
- Fortificar a capacidade técnica e negocial dos parceiros e sua participação na implementação de um programa nacional de promoção de trabalho decente.
- Potenciar a capacidade das organizações dos empregadores, de trabalhadores, e do sector público, para que possam monitorar plenamente o mercado do emprego de modo a garantir que sejam observados os padrões de qualidade e segurança do emprego.

Factores positivos no progresso dos indicadores

Consideram-se, entre muitos, de factores positivos principais que concorrem para o progresso dos indicadores de emprego os seguintes:

- O início do processo para o estabelecimento de um sistema de informação sobre o mercado do emprego e do observatório do emprego;
- Criação do Instituto das Pequenas e Medias Empresas;
- O início da implementação da reforma da Educação Profissional;

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

- A criação de Fundo Distrital de Desenvolvimento que irá prosseguir com eficácia na promoção de emprego e desenvolvimento económico ao nível dos distritos iniciado com a implementação do Orçamento de Investimento de Iniciativas locais;
- A parceria público privada no desenvolvimento local através das Agências de Desenvolvimento Local (ADEL);
- Extensão da actividade bancária ao nível distrital;
- A assunção pelo sector privado e pela sociedade civil do seu papel de motor do desenvolvimento socioeconómico propício para a ocorrência do efeito multiplicador dos investimentos e da criação de emprego.

1.3 Reduzir a Fome

Avaliação Rápida	Situação em Números				
A meta será atingida?	Indicador / Ano	1997	2003	2008	2015
Provavelmente	Taxa de Prevalência de crianças de baixo peso (menores de 5 anos)	26.1	23.7	17.5	17.0
Situação do ambiente de apoio	% Malnutrição aguda moderada e severa em crianças (menores 5 anos)	7.9	5.0	4.0	n/d
Forte	% Malnutrição crónica moderada e severa em crianças (menores 5 anos)	35.9	47.7	44.0	n/d

Baixo peso por idade: Situação e Tendências

A Percentagem de Baixo Peso por Idade (BP), um dos indicadores de vigilância nutricional, reflecte o grau de saúde nutricional em crianças com menos de 5 anos. Os valores das percentagens do BP moderado e severo estão ainda acima do nível aceitável (de 16%) e da meta (de 17%) definida para 2015. Os resultados desde 2003 (Segundo IDS 2003), recalculados na base da população padrão segundo a Organização Mundial da saúde (OMS) do ano 2006 mostram uma tendência de redução gradual na percentagem de crianças menores de cinco anos com baixo peso, apesar de haver diferença considerável entre os dados do IDS de 2003² (20%) e do SETSAN 2006³ (25.5%).

Evidências de várias países demonstram que bebés com Baixo Peso à nascença (inferior a 2.500 gramas) são mais propensos a morrer durante a infância do que bebés mais pesados. Os dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS 2008) mostram que 58% dos recém-nascidos foram pesados ao nascer, dos quais, 50 por cento tinha peso inferior a 2.500 gramas.

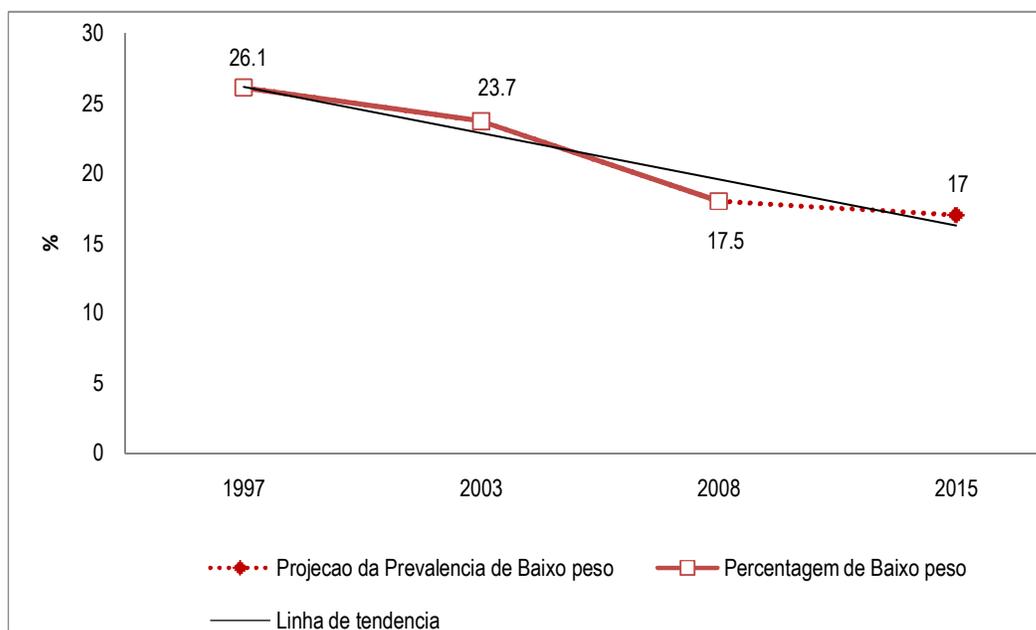
Segundo o gráfico 5, desde 1997 até ao presente, a taxa de prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos têm estado a decrescer no país. Enquanto a taxa de prevalência de baixo peso em menores de 5

² Os data do IDS 2003 foram recalculados baseados na população padrão da OMS do ano 2006.

³ Estudo de Base de Segurança Alimentar e Nutrição, Setembro 2006- SETSAN (uso do modelo de referência do CDC/OMS 1997)

anos era de 26.1% em 1997, ela baixou para 23.7 % em 2003, o que correspondia a uma taxa de decréscimo de 0,6% por ano. De 2003 a 2008 a taxa baixou para 17.5%, o que corresponde a uma taxa de decréscimo de 1.14% por ano. Com estes níveis de decréscimo o país acelerou a taxa de redução da prevalência de baixo peso em menores de 5 anos e está em vias de atingir a meta do objectivo do milénio (17%) antes de 2015.

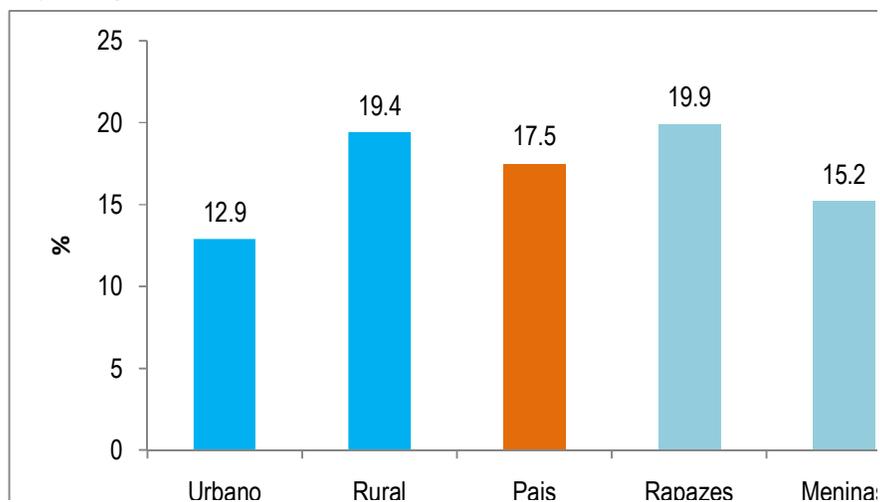
Gráfico 5: Taxa de Prevalência de Baixo Peso em menores de 5 anos em Moçambique 1997-2008



Fonte: INE: IDS 1997, IDS2003, MICS 2008

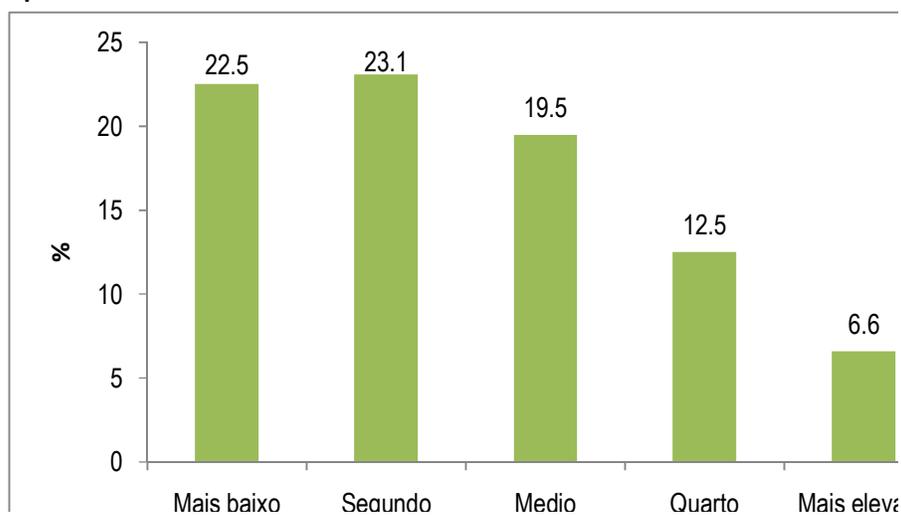
O gráfico 6 ilustra os níveis de prevalência de ocorrência de baixo peso em menores de 5 anos por áreas de residência e por sexo. Pode-se ler neste gráfico que as taxas de prevalência de baixo peso em menores de 5 anos em Moçambique estão no geral no bom ritmo. A média nacional de prevalência de baixo peso em menores de 5 anos é de 17.5% enquanto a meta para 2015 é de 17%. No entanto olhando para as crianças por sexo e local de residência constatamos que apesar da média nacional estar próxima da meta nacional ainda existem subgrupos de crianças menores de 5 anos com prevalência de baixo peso acima da média nacional. Os menores de 5 anos vivendo no meio rural e os menores de 5 anos do sexo masculino apresentam taxas de prevalência de baixo peso acima da média nacional enquanto os menores de 5 anos vivendo no meio urbano e os menores de 5 anos do sexo feminino em Moçambique apresentam taxa de prevalência de baixo peso abaixo da média nacional, sugerindo que para estes 2 grupos a meta do milénio já foi atingida.

Gráfico 6: Taxa de Prevalência de Baixo Peso em Menores de 5 anos por região e sexo em Moçambique, 2008.



Fonte, MICS 2008

Olhando para a ocorrência de baixo peso em crianças menores de 5 anos por quintil de riqueza de suas famílias, observa-se que o grau de riqueza das famílias em que as crianças estão inseridas parece jogar um papel importante no seu estado nutricional (gráfico 7). A ocorrência de baixo peso em crianças menores de 5 anos está inversamente associada ao quintil de riqueza a que as suas famílias pertencem. Exceptuando os casos dos dois quintis de riqueza mais baixo; quanto mais rica a família for, mais baixa é a ocorrência de casos de crianças menores de 5 anos com baixo peso. Nota-se também que os 3 quintis de riqueza mais baixos no país tem prevalências de baixo peso em menores de 5 anos maiores do que a média nacional.

Gráfico 7: Taxa de Prevalência de baixo peso em Menores de 5 anos em Moçambique por quintil de riqueza de suas famílias em 2008

Fonte: MICS 2008

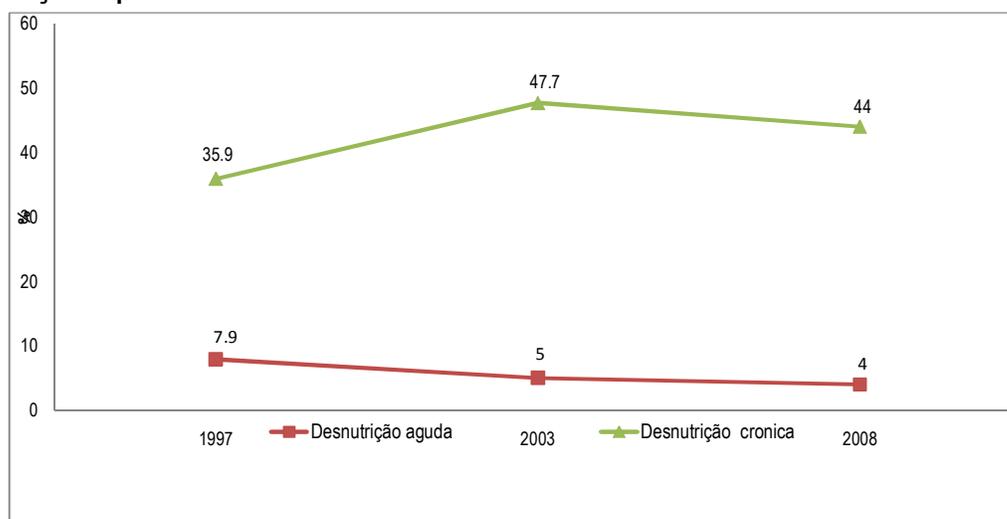
Desnutrição Crónica: Situação e Tendências

Desnutrição crónica ou baixa altura para a idade, define um estado de privação persistente de alimentos e é causada por infecções crónicas ou repetidas ou ainda por um consumo nutricional inadequado (SETSAN, 2008). O bom estado nutricional influencia positivamente no estado de saúde, em termos imunológicos e no desenvolvimento motor e cognitivo das crianças.

Segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS 2008) realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) existem algumas melhorias sobre o estado nutricional das crianças menores de cinco anos em Moçambique; contudo, os níveis de desnutrição infantil, especialmente a desnutrição crónica (baixa altura para a idade), continuam muito altos para a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS),

A prevalência de desnutrição crónica em crianças pré-escolares de Moçambique aumentou de 35.9% em 1997 para 47.7% em 2003, e começou decrescendo de 2003 a 2008 a uma velocidade de 0,74% ao ano. Isto quer dizer que até 2015, se a performance continuar nas mesmas condições a taxa de malnutrição em crianças menores 5 anos em Moçambique será de 42.5%.

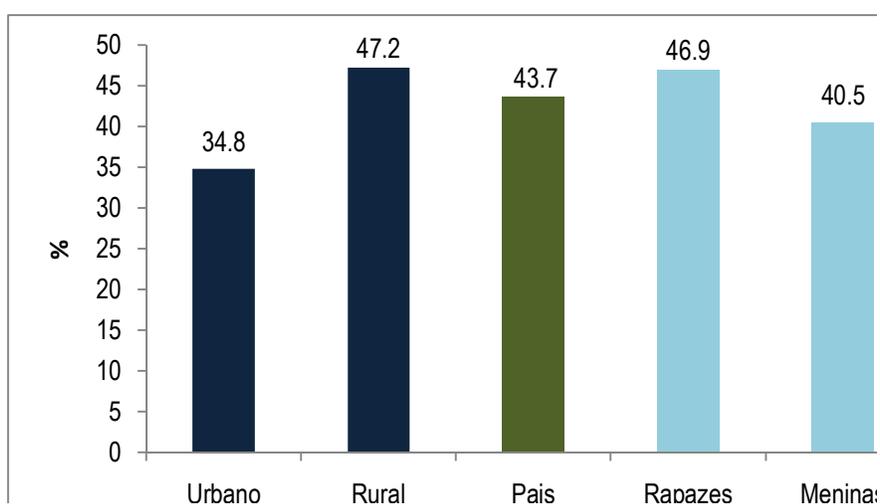
Gráfico 8: Taxa de Prevalência de malnutrição aguda e Crónica em Menores de 5 anos em Moçambique 1997- 2008



Fonte: IDS 1997, 2003; MICS 2008

A incidência da malnutrição crónica em menores de 5 anos em Moçambique em 2008 era de 44 %, e era mais acentuada no meio rural com 47.2% do que no meio urbano (34,8%); era maior no grupo dos rapazes (46.9%) do que no das meninas (40.5).

Gráfico 9: Taxa de Prevalência de malnutrição Crónica em Menores de 5 anos em Moçambique por área de residência e sexo em 2008



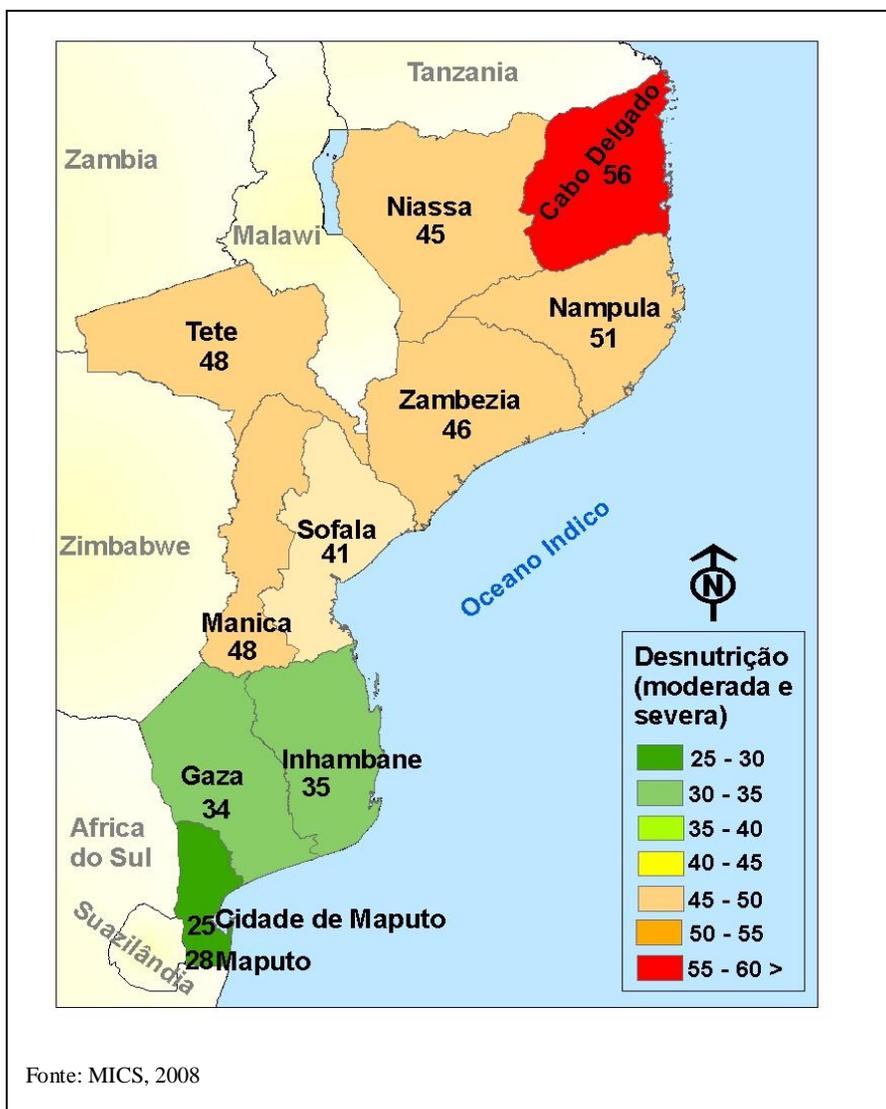
Fonte: MICS 2008

Olhando para a distribuição da malnutrição crónica segundo a divisão administrativa do país, os dados do MICS 2008 indicam que a distribuição de crianças menores de 5 anos consideradas cronicamente

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

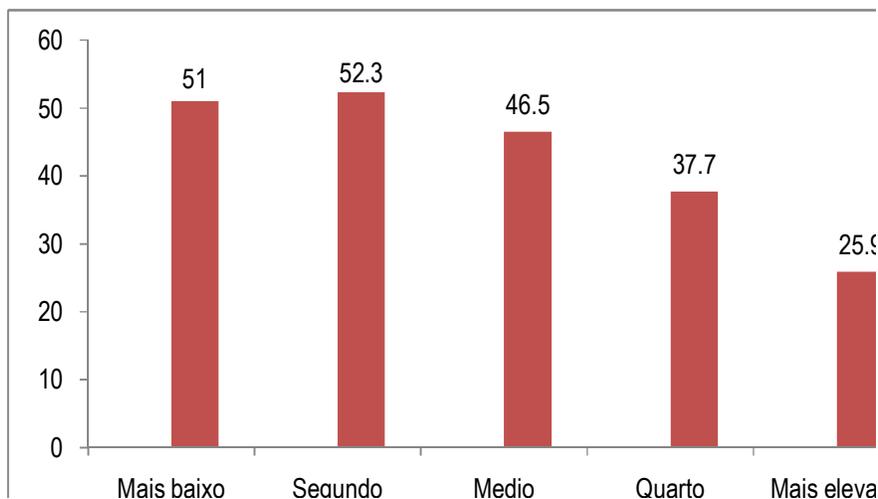
desnutridas em Moçambique segue a tendência geográfica norte-sul. As províncias do sul do país tendem a ter menor percentagem de crianças menores de 5 anos com desnutrição crónica do que as do centro, e as províncias do centro tendem a ter menor concentração de crianças menores de 5 anos com desnutrição crónicas quando comparadas com as províncias do norte do país (excepto Niassa). As duas províncias com menor percentagem são a capital do país (cidade de Maputo), com 25% e a província de Maputo com 28%. As províncias com as maiores percentagens de crianças menores de 5 anos consideradas cronicamente desnutridas são as províncias de Cabo Delgado com 56% seguida da província de Nampula com 51%. É importante notar que a província de Nampula, a província mais populosa de Moçambique, é a que possui a segunda mais elevada percentagem de crianças menores de 5 anos com malnutrição crónica. Isso vêm mostrar que apesar de o país no geral estar a um bom nível de desempenho no que se refere a atingir a meta dos Objectivos do Milénio na redução da prevalência de malnutrição em menores de 5 anos, ainda persistem importantes desafios na distribuição desses resultados pelas províncias do país.

Figura 2: Distribuição Percentual por Província da prevalência de malnutrição crónica em crianças menores de 5 anos em Moçambique, 2008.



Quando se toma em consideração a riqueza das famílias, nota-se que a desnutrição crónica de crianças menores de 5 anos é preocupante em famílias mais pobres, onde a desnutrição crónica de menores de 5 anos está acima dos 50%. Mesmo nos quintís de riqueza mais alto, as taxas de baixa estatura para a idade em menores de 5 anos em 2008 era de aproximadamente 26%. Estes resultados mostram os desafios que persistem para a redução das altas taxas de desnutrição crónica

Gráfico 10: Taxa de Prevalência de malnutrição crónica em menores de 5 anos por quintil de riqueza de suas famílias em Moçambique em 2008



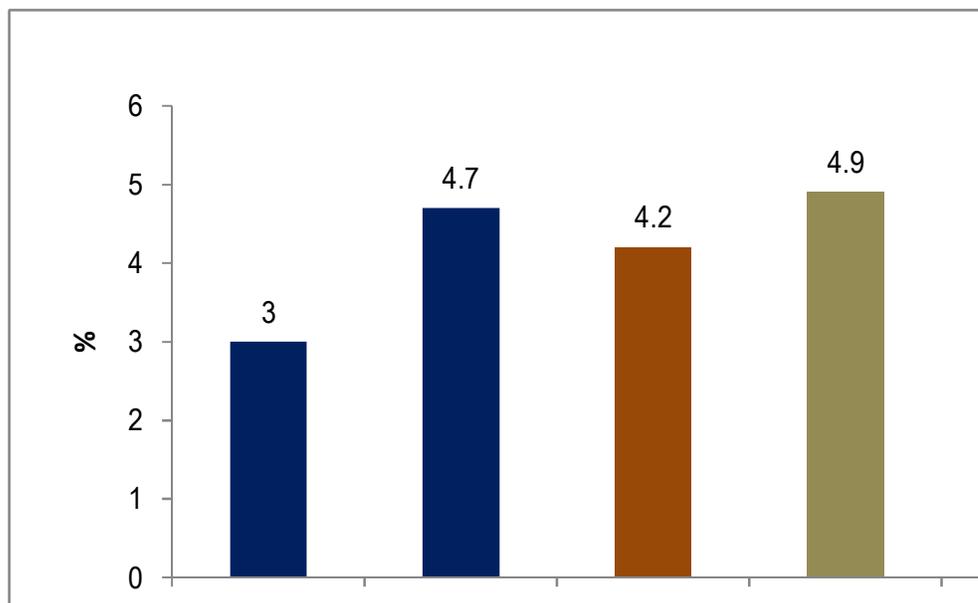
Fonte: MICS 2008

Desnutrição aguda: Situação e Tendências

Desnutrição aguda, ou baixo peso para a altura da criança, indica o défice na massa muscular comparada com a quantidade esperada numa criança com a mesma altura, facto que é provocado, de entre outros factores, pelo baixo consumo alimentar e pode ser moderada ou severa (SETSAN, 2008). Os resultados do inquérito do MICS de 2008 indicam que os níveis de desnutrição aguda, moderada e grave, nas crianças de 0 a 5 anos baixaram de 7.9% em 1997 até 5% em 2003 e 4% em 2008, tal como referidos pelo IDS de 2003 (após o reajustamento à mesma base populacional de 1997 e as novas curvas da organização Mundial da Saúde) e MICS 2008. No que se refere a taxa de mal nutrição aguda em menores de 5 anos em Moçambique, pode-se notar que ela tem vindo a baixar suavemente desde 1997 a 2008. Neste período Moçambique baixou 3.9% em 11 anos.

A malnutrição aguda em crianças menores de 5 anos em Moçambique aparenta ser um fenómeno que afecta mais o meio rural (4.7%) e aos rapazes (4.9%). Esses 2 grupos são os que apresentam percentagem de prevalência de mal nutrição aguda em maiores do que a média nacional (4.2% em 2008)

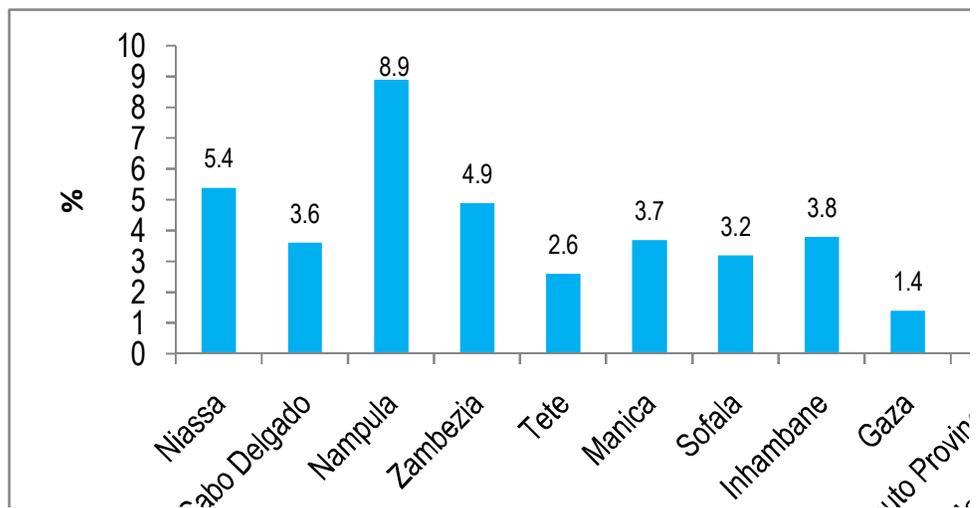
Gráfico 11: Taxa de Prevalência de malnutrição aguda em menores de 5 anos por área de residência e sexo em Moçambique em 2008



Fonte: MICS 2008

Comparando as províncias do país nota-se que a província de Gaza e a Cidade de Maputo apresentam as percentagens mais baixas de prevalência de mal nutrição aguda em menores de 5 anos, prevalências de 1.4% e 1.9% respectivamente enquanto a província de Nampula (a mais populosa do país) apresenta taxas mais alta de prevalência, 8.9%. As províncias de Niassa, Nampula, e Zambézia, ambas apresentam percentagem de mal nutrição crónica em menores de 5 anos maiores do que a média nacional que é de 4%;

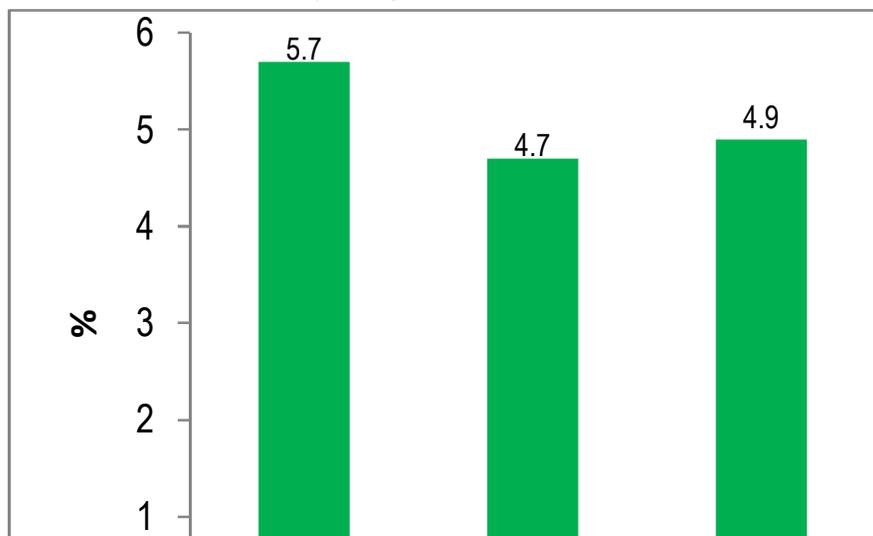
Gráfico 12: Taxa de Prevalência de malnutrição aguda em menores de 5 anos por Província em Moçambique 2008



Fonte: MICS 2008

A ocorrência da má nutrição aguda em menores de cinco anos em Moçambique está positivamente correlacionada com o nível de riqueza do agregado familiar das crianças. As famílias mais pobres têm níveis de prevalência de mal nutrição aguda mais altos; quanto mais rico for a família da criança menor prevalência de malnutrição encontramos. É importante notar que apenas os dois quintís de riqueza mais altos apresentam taxa de prevalência menor que a média nacional de 4%.

Gráfico 13: Taxa de Prevalência de malnutrição aguda em menores de 5 anos por quintil de riqueza dos seus familiares em Moçambique, 2008



Fonte: MICS 2008

Consumo alimentar

A Pontuação do Consumo Alimentar⁴, indicador *proxi* da qualidade da dieta, mostra que a situação tende a melhorar. Verifica-se que no período da colheita (Março-Abril), a qualidade da dieta é melhor que no período que antecede a campanha agrícola seguinte. No período da colheita 48-61% dos agregados familiares (AFs) tem tido uma alimentação adequada, 20-30% alimentação moderada e 18-24% uma alimentação de baixa qualidade. No período que antecede a campanha agrícola seguinte (Setembro-Janeiro), quando as reservas alimentares estão reduzidas ou esgotadas, a qualidade da dieta baixa passando para 30-65% dos AFs com alimentação adequada, 15-28% com alimentação moderada e 8-54% dos AFs com alimentação de baixa qualidade, havendo grande variação no consumo alimentar (SETSAN/GAV, 2009; CHS/WFP, 2010)⁵.

4 “Pontuação do Consumo Alimentar” (CA) mede a “Qualidade da Dieta”, indicador *proxi* da Segurança Alimentar no PARPA II, pelo tipo e frequência de consumo dos grupos de alimentos, resultando numa classificação de consumo alimentar baixo (<21), Moderado (21- 35) ou Adequado (> 35) adaptada da FANTA (Classificação da Food and Nutrition Technical Assistance);

2. Análises de Vulnerabilidade 2009 e Estudo de Base SAN (Set. 2006) – SETSAN; Sistema de Vigilância da Comunidade e Agregados Familiares (CHS), Programa Mundial para a Alimentação (PMA) - Moçambique, Março 2010

Dados recentes indicam que em média as famílias tem tido três refeições por dia, contudo no período de escassez de alimentos (Dezembro à Março) esta frequência tende a baixar para 2 ou mesmo 1 refeição diária (SETSAN/GAV, 2009). Segundo a mesma fonte, a qualidade da dieta dos AFs é bastante rica em cereais, verduras e tubérculos. Todavia é necessário redobrar acções de forma a acelerar a melhoria da diversidade da dieta da população que pode ser feita em grande medida com o aumento da produção e produtividade agrárias.

No geral os dados do INE indicam que os gastos com alimentação são em média de 60-65% do orçamento familiar, contudo, no ano de 2009 verificou-se que as despesas em alimentos foram na ordem de 56% do total das despesas dos AFs rurais. A redução percentual na despesa alimentar deveu-se em grande medida a alta de preços dos alimentos e a redução das reservas alimentares sobretudo nos AFs com consumo alimentar baixo e de baixa renda (SETSAN/GAV, 2009).

Acredita-se que a situação da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), em particular a qualidade da dieta, se deteriore devido ao aumento de preços de produtos básicos que se tem registado nos últimos anos, com tendência a agravar-se particularmente no período de escassez de alimentos nos meses de Outubro a Fevereiro devido a redução de disponibilidade alimentar nesse período. A análise demonstra que as populações nas áreas urbanas e no sul do País são as mais afectadas pelo agravamento dos preços dos alimentos básicos, sendo estas com maior dependência do mercado para a compra de alimentos.

Depois da alta de preços registada em 2005 devido à baixa produção registada na campanha agrícola 2004/05, as campanhas agrícolas de 2006/07 e 2007/08 caracterizaram-se por variações normais de preços de cereais, devido essencialmente a boa produção agrícola impulsionada pela implementação do Plano de Acção de Produção de Alimentos (PAPA). Na campanha agrícola 2008/09, verificou-se aumento acentuada de preços de produtos, em particular das culturas do milho e feijão devido aos efeitos da estiagem e seca que se fizeram sentir nas regiões centro e sul do país. Consequentemente, observou-se em vários mercados que o preço médio no mês de Junho de 2008 era quase o dobro da média praticada em Junho de 2007⁶.

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Fraca coordenação nas intervenções de combate a desnutrição crónica;
- Aparente ineficácia das intervenções de combate a desnutrição crónica em atingir os titulares de direito mais vulneráveis;
- Baixa produção e produtividade agro-pecuária e pesqueira que contribui para insegurança alimentar
- Alta de preços dos produtos alimentares que contribui para a segurança alimentar
- Deficiente escoamento dos alimentos básicos das zonas produtivas para as zonas de consumo no País.

6. Sistema de Informação de Mercados Agrícolas (SIMA) - Ministério de Agricultura (MINAG), Julho 2010.

Desafios para o alcance das metas de 2015

- Elaborar e implementar a Estratégia Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica.
- Formular o Anteprojecto Lei do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) prevista no PARPA II e na Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN II).
- Acelerar a resposta nacional de combate a malnutrição crónica nas crianças menores de 5 anos e nas mulheres em idade fértil.
- Promover palestras de educação nutricional e alimentação adequada as populações.
- Fortalecer as formas de vida das populações e estimular as medidas sustentáveis de redução da vulnerabilidade tendo em conta as mudanças climáticas.
- Reforçar o mandato de coordenação multisectorial no âmbito da implementação da Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional (ESAN II).

Factores positivos no progresso dos indicadores

- A SAN esta no topo da agenda de desenvolvimento do Governo pois é tema transversal no Plano Quinquenal do Governo (2009-2010).
- Existência de actividade de prevenção e resposta atempada aos desastres naturais, tais como seca, cheias, ciclones etc.

OBJECTIVO 2 – ATINGIR A EDUCAÇÃO PRIMÁRIA UNIVERSAL

Avaliação rápida		1997	2003	2008	2015
A meta será atingida?	Indicador / Ano				
Potencialmente	Taxa de frequência no ensino primário (EP1)			81.3	100.0
Situação do ambiente de apoio	Taxa de conclusão do ensino primário (EP1)	22.0 a)	38.7 b)	77.1 c)	100.0
Razoável	Taxa de alfabetização das pessoas de 15-24 anos	52.1 a)	58.2 b)	n/d	n/d
	Taxa de alfabetização de adultos (15 anos ou mais)	39.5 d)	46.4	46.9 c)	n/a

a) IDS 1997; b) IDS 2003; c) MICS 2008

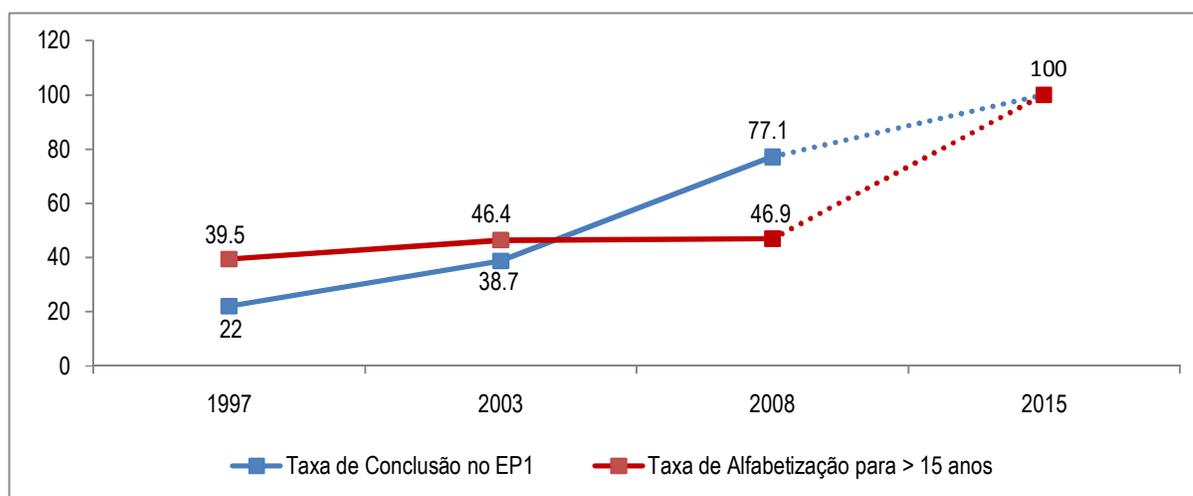
2.1 Educação Primária Universal

Situação e Tendências

O Ensino Primário (EP) em Moçambique compreende dois graus, 1º grau (1ª a 5ª classe) e o 2º grau (6ª a 7ª classe). Segundo os objectivos do milénio, Moçambique deverá alcançar a escolaridade primária universal até 2015, ou seja, 100% das crianças em idade para frequentar o ensino primário deverão estar a frequentar este nível de ensino.

De acordo com o gráfico 14 a taxa de conclusão no ensino primário do primeiro grau aumentou de 22% em 1997 para 77.1 em 2008 (55.1% em 11 anos) e a taxa de alfabetização aumentou de 39.5 em 1997 para 46.9 em 2008. Os dados do MICS revelam que 81 % de crianças em idade escolar primária (6-12) estão a frequentar a escola (taxa líquida de frequência escolar).

Gráfico 14: Taxa de conclusão no ensino primário do 1º grau e Taxa de alfabetização para maiores de 15 anos em Moçambique, 1997- 2008



Fonte: IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008

A média nacional da taxa de frequência das crianças em idade escolar no EP é de 81.3% o que significa que cerca de 19% das crianças em idade escolar continuam sem frequentar no EP.

Em termos de distribuição por zonas (figura 3) as taxas de frequência do EP tendem a ser mais elevadas na zona sul, Maputo cidade (96%), Maputo Província (95%), Gaza (91%), e Inhambane (91%), em relação ao centro e norte do país. A província de Tete apresenta a taxa de frequência escolar mais baixa a nível nacional com 69%.

Figura 3: Taxa líquida de frequência entre crianças de 6-12 anos, por província em 2008.

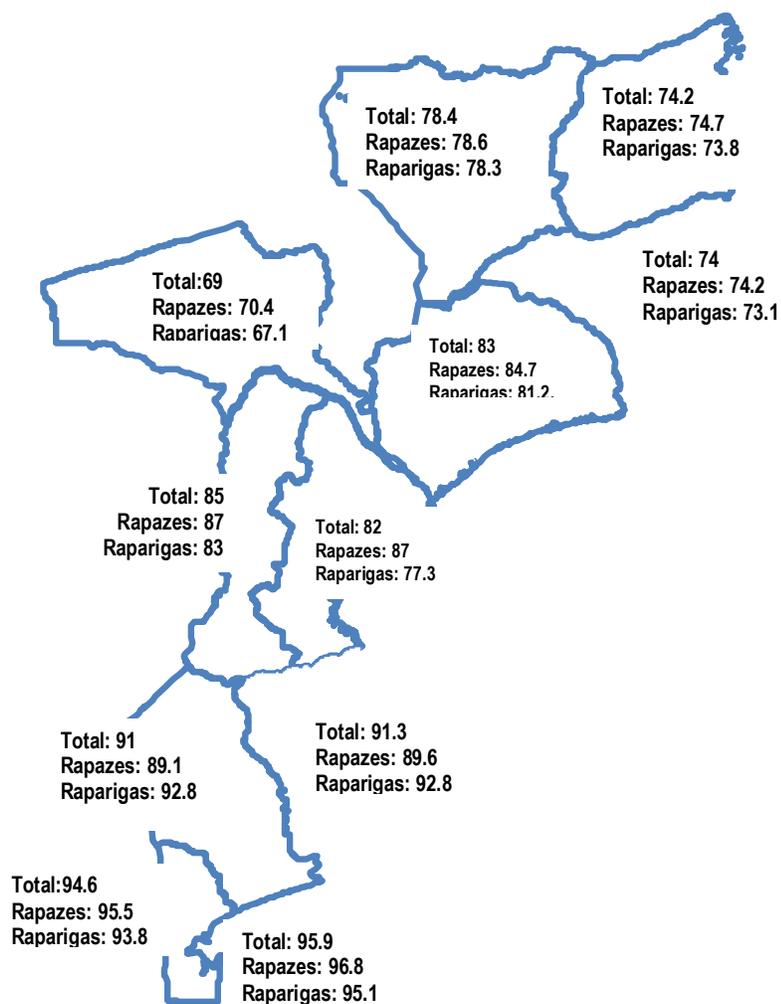
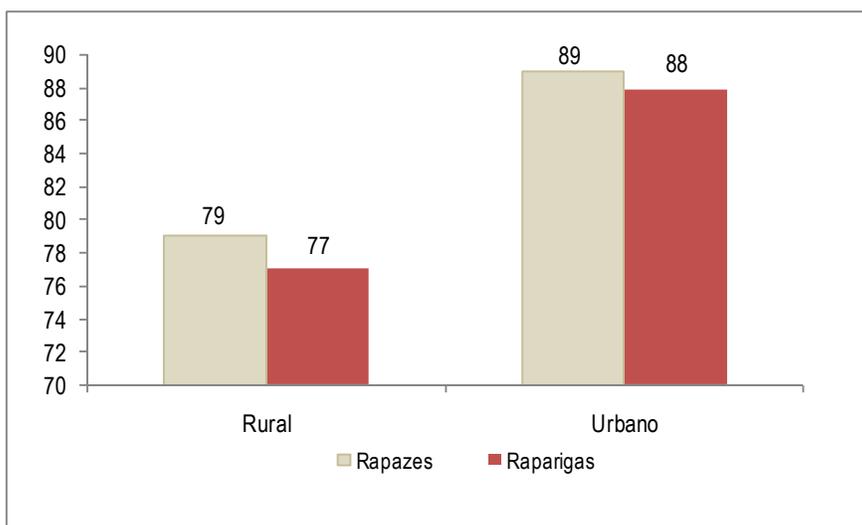


Gráfico 15: Taxa líquida de frequência de crianças com idade para frequentar o ensino primário por área de residência e sexo em Moçambique, 2008

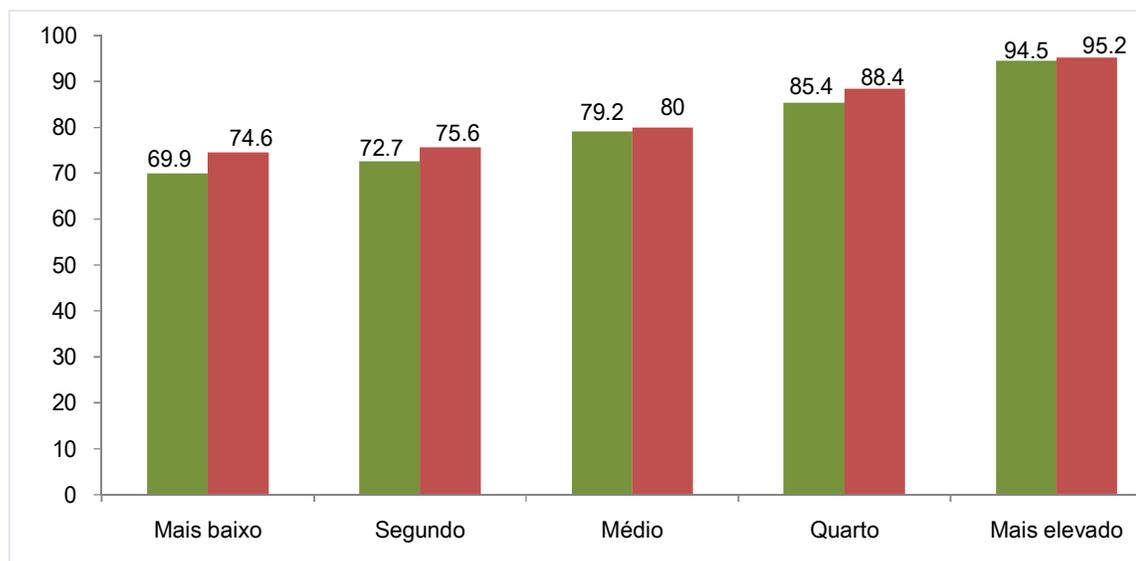


Fonte: MICS 2008

De acordo com o gráfico 16, a taxa líquida de frequência no ensino primário de crianças em idade escolar (6-12 anos) tende a ser correlacionada com o nível de riqueza dos seus agregados familiares. Rapazes e raparigas provenientes de quintís de riquezas mais altos tende a ter taxas de frequência mais altas (95.2% rapazes e 94.5% raparigas), em relação às raparigas e rapazes provenientes dos quintís mais baixos (74.6% rapazes e 69.9% raparigas).

No geral a taxa de frequência dos rapazes no ensino primário é maior que a taxa de frequência das raparigas em todos os quintís de riqueza. A diferença entre as taxas de frequência dos rapazes e raparigas é a mais alta em quintís de riqueza mais baixos. E no quintíl de riqueza mais alto a diferença entre as taxas de frequência é de 0.7%, enquanto no quintíl de riqueza mais baixo é de 4.7%. Isso revela em parte, que a fraca participação da rapariga em relação aos rapazes na escola primária é maior nas famílias mais pobres.

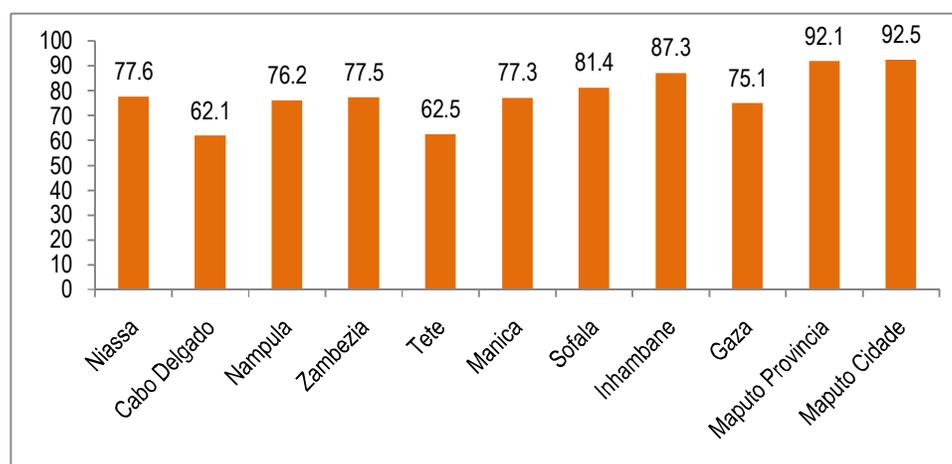
Gráfico 16: Taxa líquida de frequência de crianças de 6-12 anos de idade no ensino primário por quintil de riqueza de suas famílias em Moçambique, 2008



Fonte: MICS, 2008

Desigualdades geográficas significativas também existem, tanto entre províncias, assim como dentro das mesmas, ao nível dos distritos. As províncias da zona sul apresentavam em 2008 maiores níveis de taxas de conclusão sendo a maior para Maputo cidade (92.5%), Tete no Centro e Cabo Delgado no Norte apresentam as taxas de conclusão no EP1 mais baixas, de 62.5% e 62.1 respectivamente.

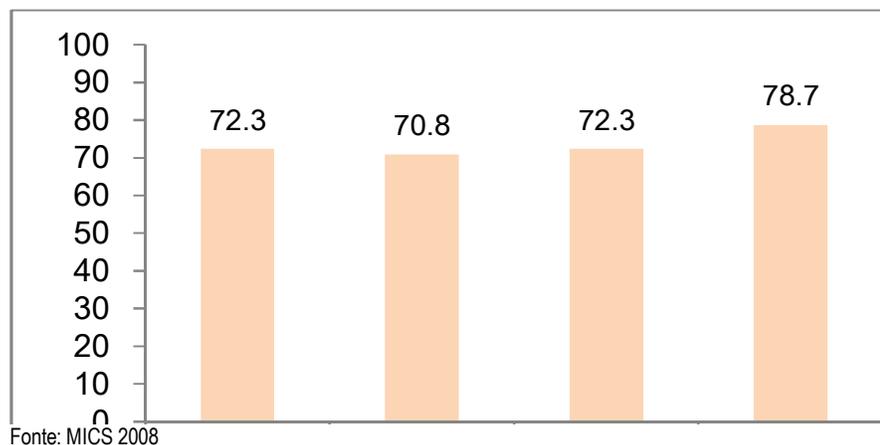
Gráfico 17: Taxa líquida de conclusão no ensino primário (EP1) por província em Moçambique, 2008



Fonte: MICS, 2008

As taxas líquidas de conclusão no EP1 também se correlacionam com os quintís de riqueza como ilustram os dados do MICS 2008 no gráfico 18, sendo que nos quintís de riqueza mais alto as taxas de conclusão são mais elevadas (92.9%) em relação aos quintís de riqueza mais baixo (72.3%). Esta correlação demonstra que o facto de EP1 ser gratuito não garante em si a permanência até a conclusão das crianças vinda de agregados familiares mais pobres.

Gráfico 18: Taxas de conclusão no ensino primário do primeiro grau (EP1) por quintíl de riqueza das famílias dos estudantes em Moçambique 2008



Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- O aumento dos efectivos escolares no ensino primário, nem sempre é acompanhado pela melhoria da qualidade de ensino;
- Ainda se sente a falta de salas de aulas e uma parte significativa de crianças, aos 6 anos de idade, não tem acesso à escola;
- As taxas de reprovação e desistência combinadas geram um desperdício escolar considerável;
- O rácio aluno/professores continua alto.
- Os resultados que tem vindo a ser obtidos no ensino primário criam novos desafios em relação aos níveis de ensino subsequentes, nomeadamente o ensino secundário geral e técnico profissional;
- Existência de hábitos culturais os quais dão pouca importância ao ensino nas zonas rurais de Moçambique;

Desafios para o alcance das metas de 2015

- Melhorar o rácio aluno/professores, aperfeiçoamento, apoio e supervisão do processo de ensino e aprendizagem.
- Fortalecimento da capacidade institucional do Ministério da Educação, com particular enfoque nos níveis provincial, distrital e escolas, através de acções de capacitação de gestores e administradores de educação a todos os níveis.
- Expansão contínua dos níveis subsequentes de ensino (ESG), de modo a dar continuidade de educação e formação aos jovens e em função das necessidades de desenvolvimento sócio económico do país;
- Contínua formação de professores, tanto inicial como em serviço, supervisão e apoio pedagógico, com vista a melhoria da qualidade de ensino no âmbito da nova dinâmica do desenvolvimento sócio económico e formação das habilidades e capacidades técnicas dos jovens
- A contínua alfabetização rumo a erradicação do analfabetismo, continua prioridade dada à sua importância para a redução da pobreza;

Factores positivos no progresso dos indicadores

- A qualidade de ensino, a expansão sustentável dos sistemas pós primário e a capacidade de gestão dos programas, sobretudo ao nível descentralizado, constituem área prioritária para o Governo;
- O Ministério da Educação possui um plano estratégico que visa aumentar o acesso, melhorar a qualidade e reforçar a capacidade institucional, em todos os níveis, bem como abordar os desafios acima mencionados, de uma forma sistemática. Este plano que obteve consenso da sociedade civil e dos parceiros de cooperação, tem criado um ambiente favorável para o aumento do acesso escolar e melhoria da qualidade de ensino. Igualmente é um instrumento importante para a mobilização de recursos e diálogo político em torno da educação para todos até 2015.
- O investimento na área de educação tem vindo a aumentar, anualmente, e a proporção do orçamento do sector, em relação ao Orçamento Geral do Estado, representa, actualmente, cerca de 21%.
- A alocação de recursos financeiros às escolas e a distribuição gratuita do livro escolar com vista a melhoria do ambiente de ensino e aprendizagem;
- Para aumentar o acesso, o Governo tem estado a recrutar mais professores, para o ensino primário, na ordem dos 10.000 novos professores por ano.
- O governo Moçambicano decidiu tornar o ensino primário gratuito em Moçambique

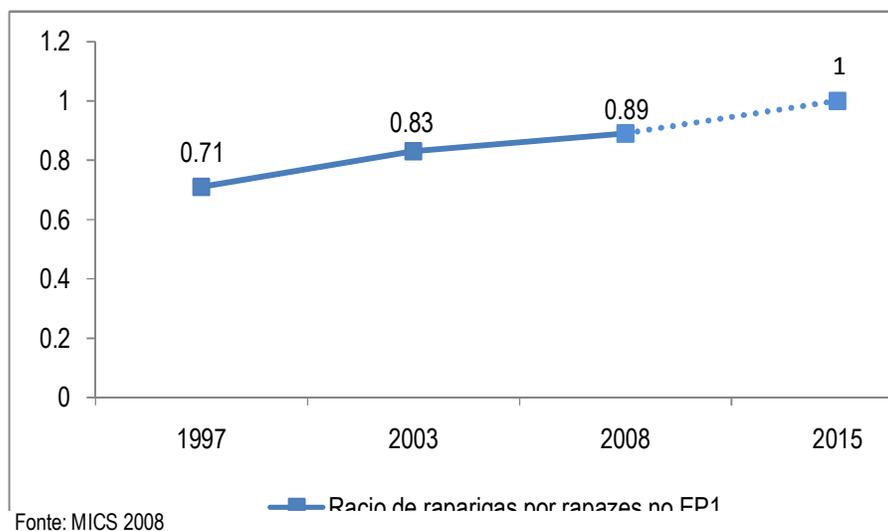
OBJECTIVO 3 – PROMOVER A IGUALDADE DE GÉNERO E EMPODERAMENTO DA MULHER

Avaliação rápida		Situação em Números					
A meta será atingida?		Indicador / Ano	1997	2003	2008	2009	2015
Provavelmente	Rácio de raparigas por rapazes no EP1		0.71	0.83	0.9	Nd	1.0
	Situação do ambiente de apoio	Rácio entre mulheres e homens alfabetizados de 15-24 anos de idade	0.62	0.83	nd	nd	1.0
	Taxa de analfabetismo das mulheres (%)	74.1	68.8	64.1	56	nd	
Forte	Proporção de assentos ocupados por mulheres no parlamento nacional	28.0	35.6	37.2	37.2	50	

3.1 Escolaridade da Rapariga

O gráfico 19 mostra que o rácio de raparigas por rapazes no ensino primário do 1º grau em Moçambique tem aumentado desde 1997. Em 11 anos o rácio cresceu de 0.71 a 0.89, isto corresponde a um aumento de 0.016 pontos por ano. A este ritmo, em 2015 Moçambique alcançará um rácio de 0.97, quer dizer que no ensino primário de primeiro grau haverá quase uma menina por cada rapaz.

Gráfico 19: Rácio de raparigas por rapazes no ensino primário do 1º grau em Moçambique 1997-2008

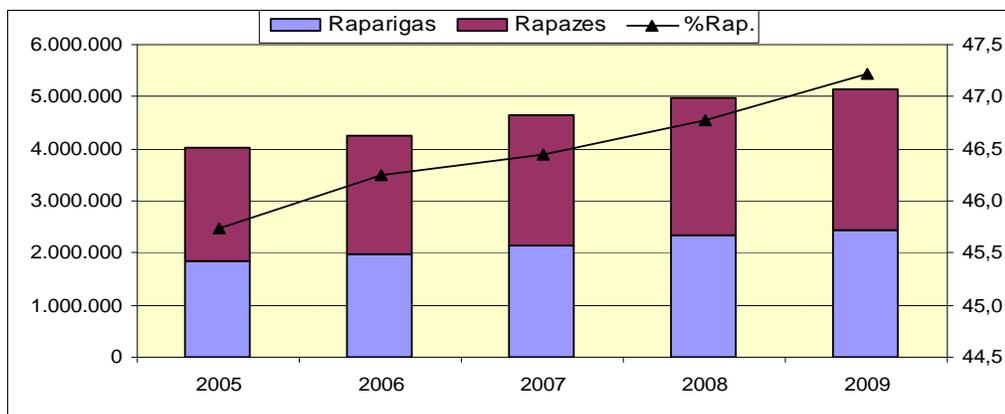


De acordo com as estatísticas da educação, o ensino primário tem estado a aumentar as oportunidades de frequência escolar, pois o número de alunos passou de 4.019.356 de 2005, para 5.146.175 em 2009, conforme ilustra o gráfico que se segue.

A redução das disparidades de género, como o gráfico 20 ilustra, é um desafio que vem sendo realizado ao longo dos anos, com a adopção de programas específicos, visando a promoção da frequência escolar e

retenção das raparigas. Com efeito, a proporção das raparigas passou de 45,7% em 2005 para 47,2% em 2009. Igualmente, no âmbito de género, as estatísticas da educação demonstram uma redução importante das disparidades entre províncias, quando comparados com os resultados dos anos lectivos precedentes.

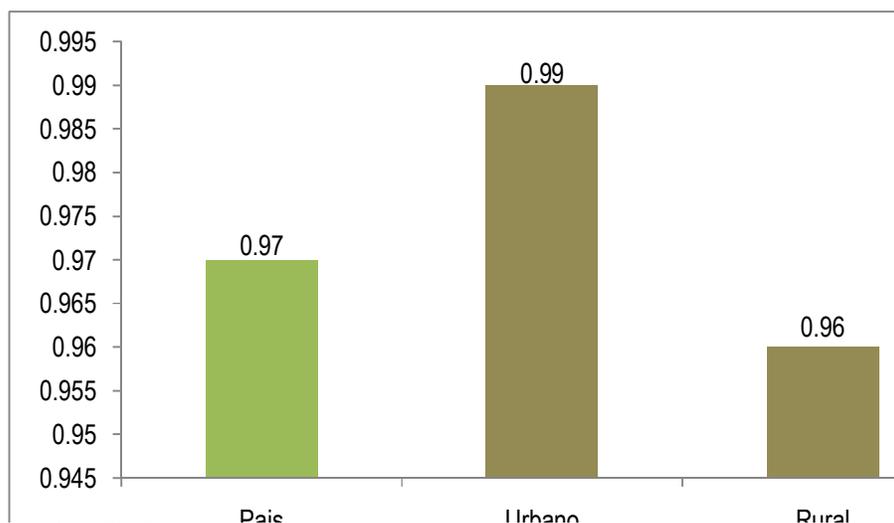
Gráfico 20: Evolução do número de alunos por sexo no ensino primário



Fonte: MINED

O rácio de meninas por rapazes no ensino primário até final de 2008 em Moçambique era muito próximo de 1; isto quer dizer que número de rapazes e raparigas no ensino primário é similar. Isto é um facto verídico quer no meio rural, ou urbano. A diferença do rácio entre o meio urbano e rural é de apenas 0.03.

Gráfico 21: Rácio de raparigas por rapazes no ensino primário por área de residência em Moçambique, 2008

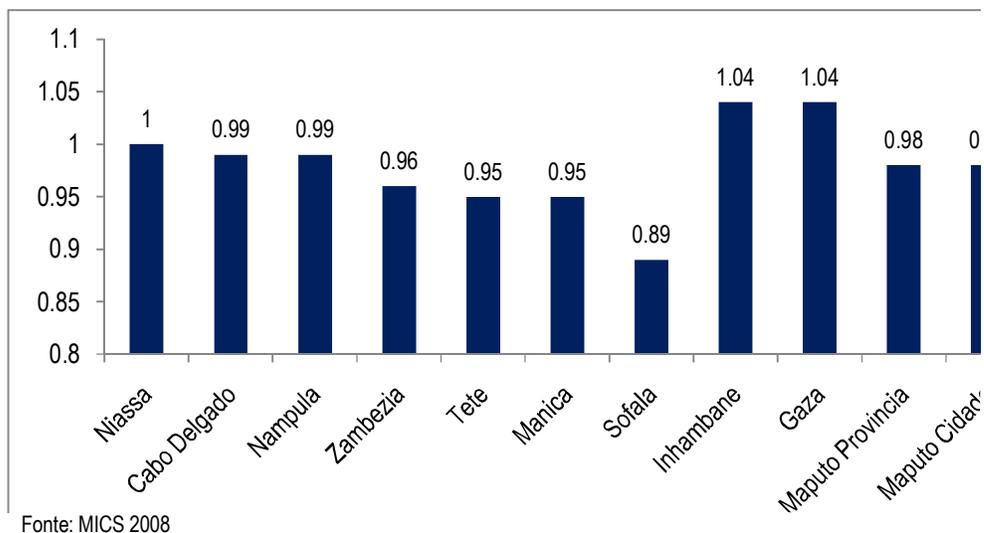


Fonte: MICS 2008

Olhando para o rácio menina rapaz no ensino primário por província pode-se notar que nas províncias de Inhambane e Gaza o rácio menina rapaz ultrapassam a meta de 2015 que de 1. Isto quer dizer que em Inhambane e Gaza há mais meninas do que rapazes no ensino primário. Exceptuando a província de Sofala

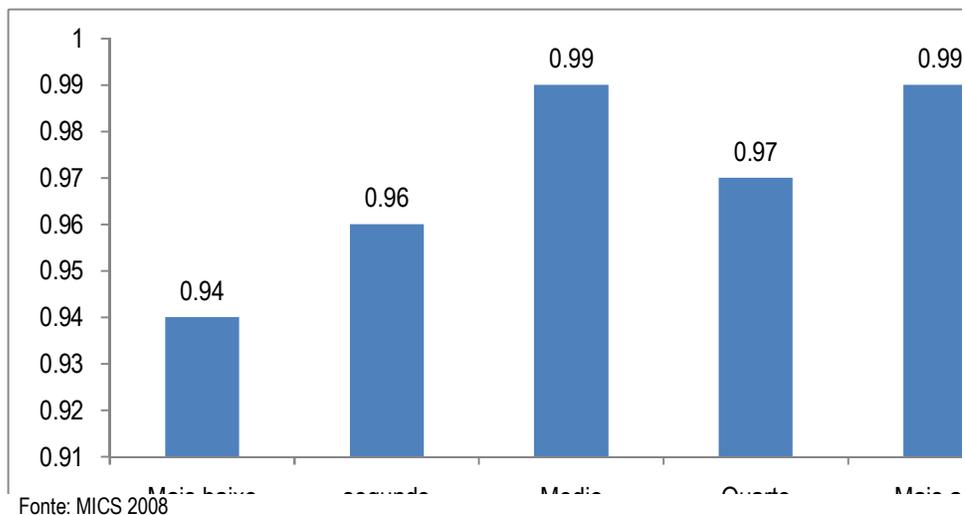
onde o rácio de meninas por rapazes no ensino primário é de 0.89, em todas outras províncias o rácio entre 0.95 a 1.04.

Gráfico 22: Rácio de raparigas por rapazes no ensino primário por província em Moçambique 2008



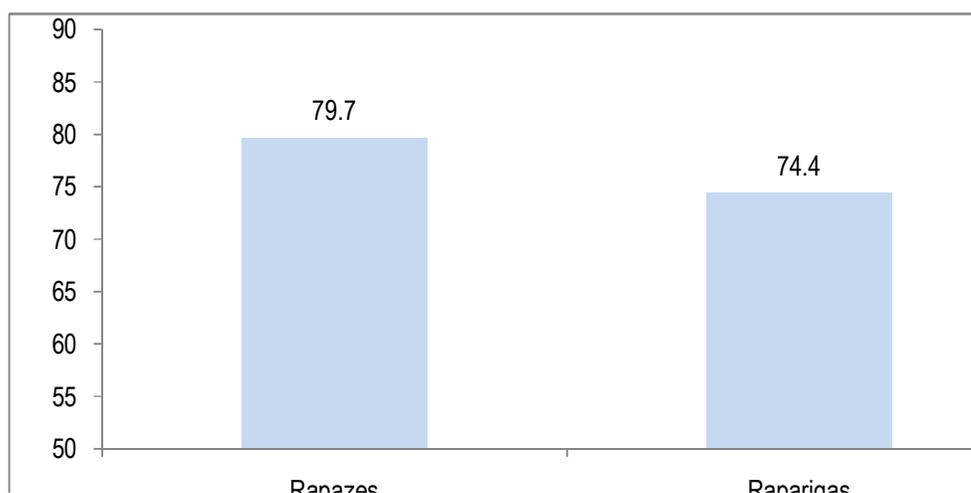
Olhando para a distribuição do rácio de meninas por rapazes nas escolas em função do quintil de riqueza das famílias, pode-se notar que os rácios são altos em todos os quintis de riqueza. O rácio é ligeiramente mais baixo no quintil de riqueza mais baixo (0.94) e mais alto no quintil de riqueza mais alto e no médio (0.99).

Gráfico 23: Rácio de raparigas por rapazes no ensino primário por quintil de riqueza das famílias em Moçambique 2008



No entanto a taxa de conclusão no ensino primário por sexo em 2008 em Moçambique mostrou que os rapazes têm melhor performance que as raparigas, com 74.4% raparigas a concluírem o ensino primário, é 79.7% rapazes.

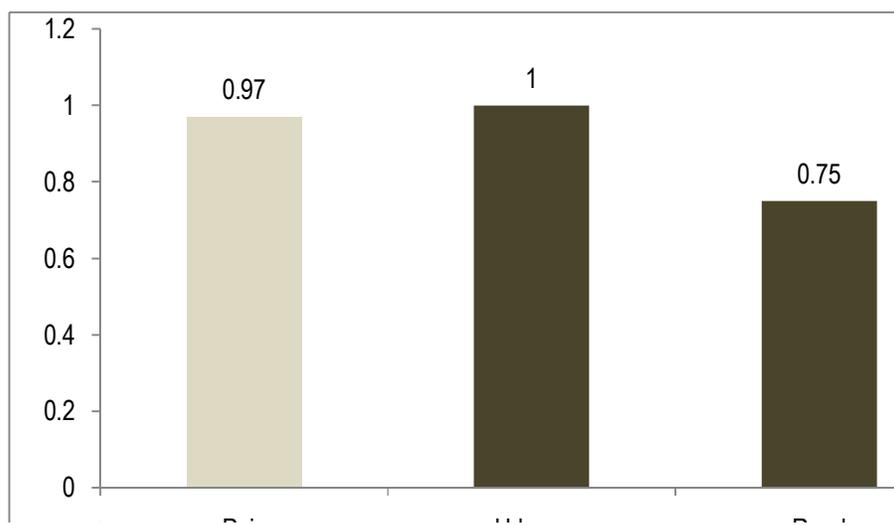
Gráfico 24: Taxa líquida de conclusão no ensino primário (EP1) por sexo em Moçambique 2008



Fonte: MICS 2008

O rácio de meninas por rapazes no ensino secundário em Moçambique até finais de 2008 era de 1 no meio urbano, 0.75 no meio rural e 0.97 a média do país. Estes resultados mostram que persistem desafios para a permanência de raparigas no ensino secundário, no meio rural.

Gráfico 25: Rácio de raparigas por rapazes no ensino secundário em Moçambique 2008

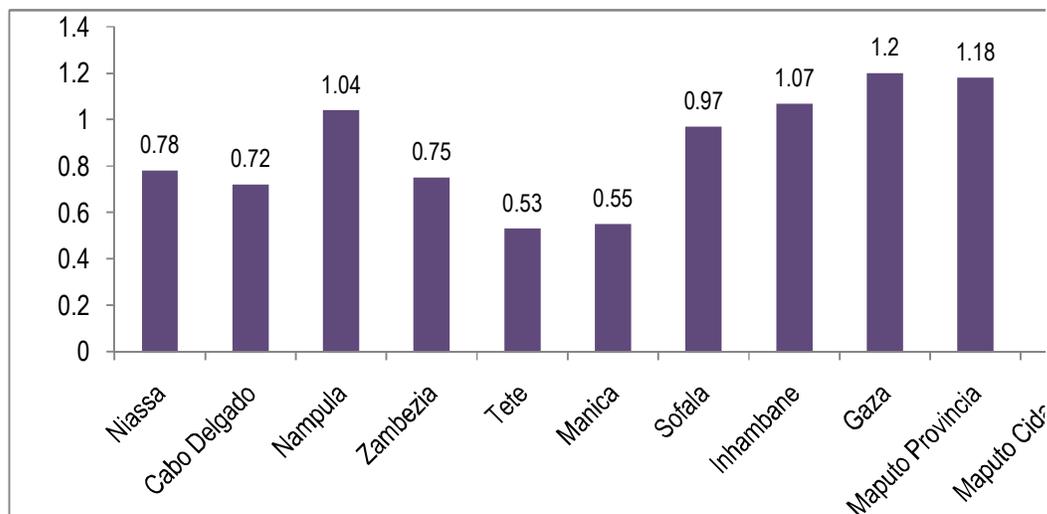


Fonte: MICS 2008

Comparando o rácio de raparigas por rapazes no ensino secundário por província, os resultados são mais heterogéneos que os do ensino primário. Eles variam de 0.55 em Manica (o mais baixo) para 1.18 na província do Maputo (o mais alto). Pode-se notar também que em todas as províncias do sul de Moçambique e também na província de Nampula o rácio de raparigas por rapazes é maior que um, significando que a

meta da paridade de género já foi ultrapassada. No entanto ainda há províncias com rácios relativamente mais baixos (Manica e Tete) que precisarão de redobrar os esforços.

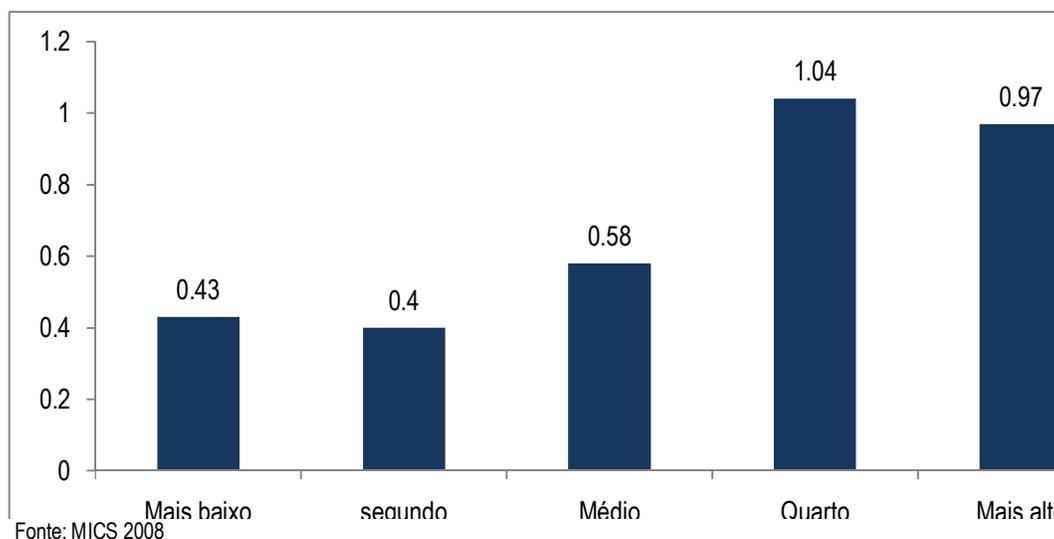
Gráfico 26: Rácio de raparigas por rapazes no ensino secundário por província em Moçambique 2008



Fonte: MICS 2008

O rácio de raparigas por rapazes no ensino secundário em Moçambique em 2008 mostrou que está associado ao grau de riqueza das famílias. Nos dois quintís de riqueza mais altos, o rácio varia de 0.97 a 1.04 enquanto nos três quintís de riqueza mais baixos ele varia de 0.43 a 0.58.

Gráfico 27: Rácio de raparigas por rapazes no ensino secundário por quintil de riqueza das famílias em Moçambique 2008



Fonte: MICS 2008

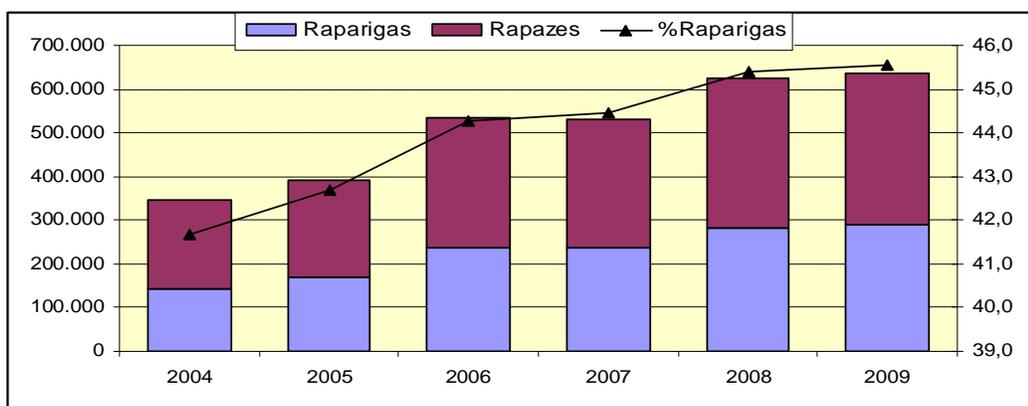
Na evolução do número de alunos que frequenta a 5ª classe, particular destaque é dado ao aumento da proporção de raparigas, pois estas em 2004 representavam 41,7% e, em 2009, atingiram uma proporção

em torno dos 45,6%. Este nível de participação, comparativamente aos anos lectivos precedentes é positivo. Contudo, os esforços no sentido de se alcançar a paridade de género constitui grande desafio.

A permanência de raparigas na escola é uma fonte de oportunidade para as raparigas poderem sair da pobreza e proteger seus direitos. Um dos grandes problemas ainda prevaletentes é a alta taxa de repetência que acontece em quase todos níveis e tipos do ensino. Este problema afecta a todas as províncias e assume características homogéneas no meio rural e urbano. Tem uma dimensão de género, sendo mais pronunciado em alunos do sexo feminino do que o masculino.

Segundo o MICS 2008, 59.3% dos estudantes do sexo feminino, afirmaram ter repetido uma vez de classe. Enquanto o número de rapazes que reportam ter repetido a classe é de 57.4%.

Gráfico 28: Evolução do número de alunos por sexo na 5ª classe



Fonte: MINED

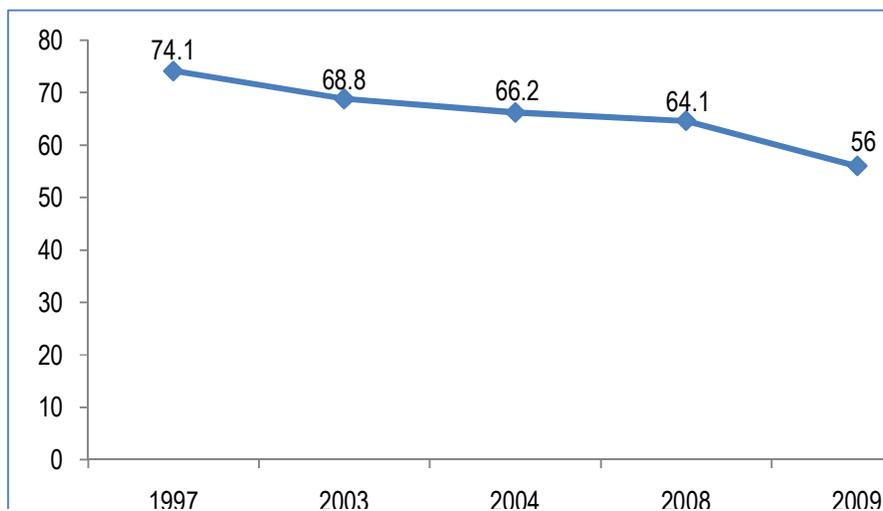
3.2 Taxa de Analfabetismo da Mulher

Situação e Tendências

Os indicadores de alfabetização apresentam mudanças significativas de ano para ano. Entre 2007 e 2009 houve um aumento em 60 % da taxa de participação de mulheres na alfabetização de adultos. Foram adoptados programas de alfabetização via rádio em todas as províncias abrangendo 245.771 alfabetizandos dos quais 78% são mulheres (192.758 mulheres).

A taxa de analfabetismo entre mulheres, embora ainda elevada tem vindo a diminuir ao longo do tempo. Em 2004 atingiu os 66.2% tendo reduzido para 56% em 2009. De uma forma geral as mulheres são as maiores beneficiárias de programas de alfabetização em todas as províncias e são as que mais aparecem nos Centros de Alfabetização de Adultos.

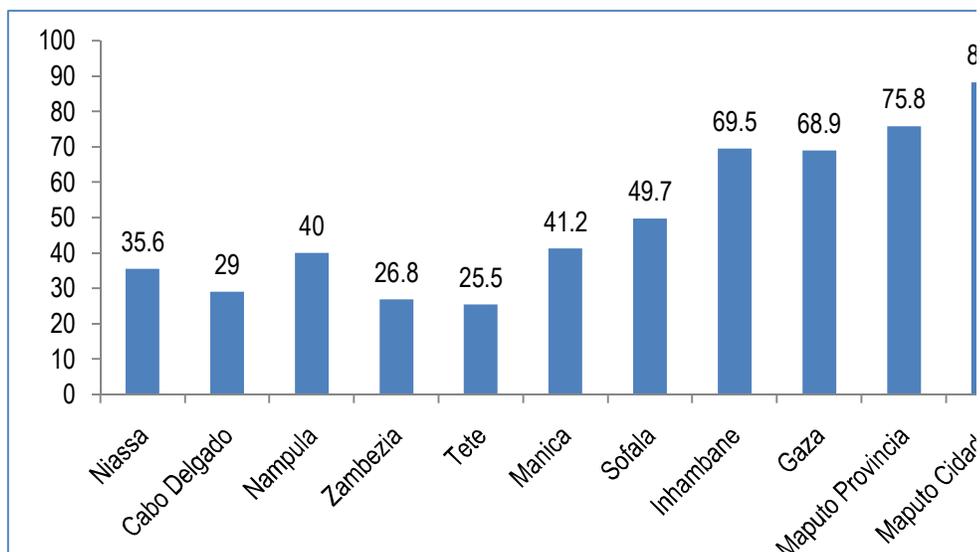
Gráfico 29: Taxa de Alfabetização de Mulheres em Moçambique 1997-2009



Fonte: MINED

Dados do MICS 2008, revelam que a taxa de alfabetização de mulheres de 15-24 anos, são maiores na zona sul do país, com Maputo Cidade (88.2%), Maputo província (75.8%), Gaza (68.9%) e Inhambane (69.5%) apresentarem as taxas mais elevadas. As províncias de Zambézia e de Tete na zona centro apresentam os resultados mais baixos em termos de alfabetização de mulheres como ilustra o gráfico 30.

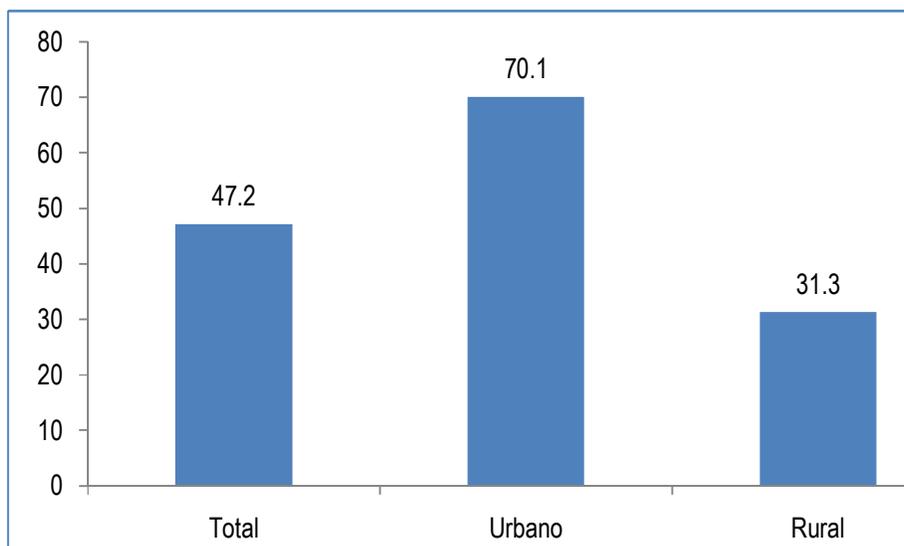
Gráfico 30: Taxa de Alfabetização de Mulheres de 15-24 anos por província em Moçambique em 2008



Fonte: MICS 2008

As taxas de alfabetização de mulheres de 15-24 anos de idade são maiores na zona urbana em relação a zona rural, onde a alfabetização é menos de metade das dos meios urbanos. No meio rural a alfabetização entre mulheres é de 31.3% enquanto a do meio urbano é de 70.1% e a média nacional é de 47.2%.

Gráfico 31: Taxa de Alfabetização de Mulheres de 15-24 anos por área de residência em Moçambique 2008

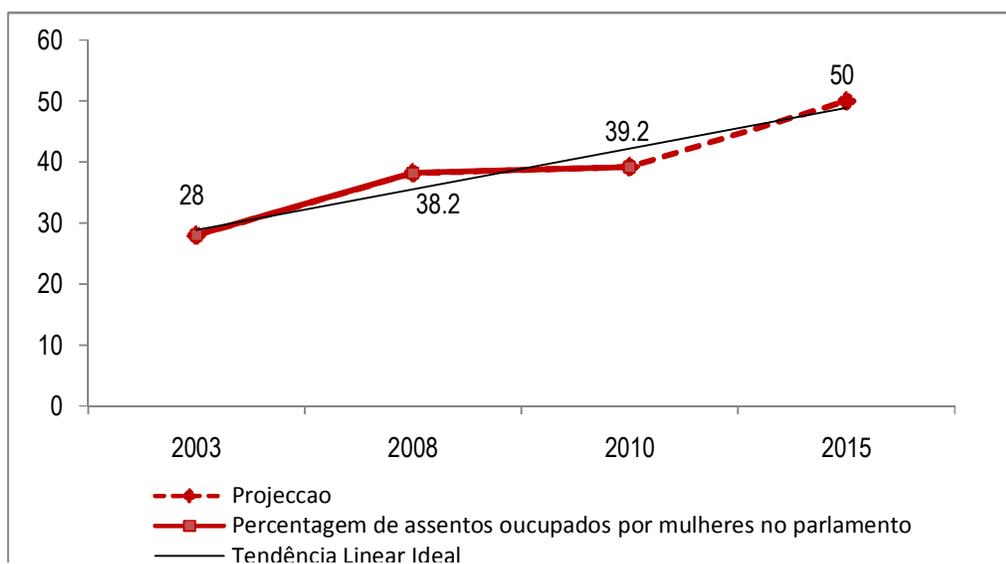


Fonte: MICS 2008

3.3 Participação da Mulher na Governação

A percentagem de assentos ocupados por Mulheres no Parlamento Moçambicano têm estado a aumentar desde 1997. Ela era de 28% em 2003; 38.2% em 2008; e é de 39.2% em 2010.

Gráfico 32: Percentagem de assentos ocupados por Mulheres no parlamento de Moçambique 1997-2008



Fonte:MMAs

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

O Quadro 6 detalha a distribuição da presença feminina nos órgãos executivos e legislativos de Moçambique. De referir a existência de uma presidente da Assembleia da República, duas mulheres Chefe de Bancada Parlamentar e de seis mulheres que fazem parte da Comissão Permanente da Assembleia da República, o que corresponde a 40% dos 15 membros do referido órgão.

É de realçar que ao nível do executivo no Governo se regista uma percentagem crescente de Ministras (25.9% em 2008 para 28.5% em 2010). Por outro lado, nesta legislatura, foram nomeadas três Governadoras Provinciais o que implica um crescimento de 18.1% para 27,2% em 2010.

Quadro 6: Percentagem de Homens e Mulheres nos Órgãos de Poder e Tomada de Decisão (2003-2010)

Descrição	2003/4		2008		2010	
	%M	%H	%M	%H	%M	%H
Órgão Executivo-Governo						
Ministras (os)	15.3	84.7	25.9	74.1	28,5	71.5
Vice Ministras (os)	16.3	83.7	31.5	68.5	19,0	81.0
Governadoras (es)	0.0	100.0	18.1	81.9	27,2	72.8
Secretárias (os) Permanentes Ministeriais	11.7	88.3	31.5	68.5	24	76
Secretárias (os) Permanentes Provinciais	nd	nd	45.4	54.6	45,5	54.5
Administradoras	nd	nd	20.3	80.7	nd	nd
Chefes de Postos Administrativos	nd	nd	11.0	89.0	nd	nd
Directoras (es) Provinciais	8.4	91.6	20.7	79.3	nd	nd
Órgão Legislativo						
Deputadas (os)	28.0	72.0	38.2	61.8	39.2	60.8

Fonte: MMAS

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Questões de igualdade de género podem ter mais impacto nas zonas rurais sabido que alguns pais têm receio de enviar as suas filhas à escola onde predominam professores do sexo masculino, devido ao receio de envolvimento sexual. O facto da ausência de professoras significa que as alunas se encontram num ambiente predominantemente masculino o que faz com que o sentimento de insegurança aumente.
- Sendo a Educação e Formação uma das componentes fundamentais para maior inserção da mulher nos domínios político, económico e social, incentivam-se a multiplicação de iniciativas focalizadas na profissionalização mulher principalmente em áreas com alta empregabilidade pois é a partir daí que esta será dotada de capacidades para melhor superar os desafios que aqui se apresentam.
- Existência de hábitos culturais os quais conducentes a não aderência ou desistência da rapariga das escolas, tais como o casamento prematuro e o não reconhecimento por parte dos pais da importância do ensino para a rapariga;

Desafios para o alcance das metas de 2015

- Apesar dos avanços registados verificam-se ainda como desafios a inserção da mulher no Ensino Técnico Profissional, a disseminação de informação e conteúdos que reduzem os estereótipos que discriminam a mulher.
- A redução das taxas de repetição e de desistências, esforços para reduzir as desigualdades entre as províncias e de género, e a melhoria da gestão e supervisão.
- O fortalecimento do apoio das raparigas através do Programa de Apoio Directo (ADE) às Escolas secundárias e Técnico Profissionais, impulsionará as acções para o avanço da mulher no sector da Educação.
- Que todos os sectores do Governo estejam sensibilizados para organização e adopção de um perfil do género na sua área de intervenção, facto que inicia com a desagregação dos dados por sexo em todas as actividades realizadas.
- Implementação coordenada a todos os níveis das prioridades definidas no Plano Nacional para o Avanço Da Mulher e outros instrumentos de gestão económica.
- Continuar com os esforços de capacitação e sensibilização em matérias de género nas instituições do Estado, Sociedade Civil e instituições privadas.
- Introdução e/ou expansão de programas radiofónicos de sensibilização e ensino das mulheres e raparigas.

Contudo, para que se alcance as metas do ODM3 em 2015, atenção especial deve ser dada à continuidade de acções de sensibilização às raparigas e na redução dos desequilíbrios de género aos diferentes níveis, em especial as metas referentes ao ensino primário do segundo grau (EP2) (com enfoque para os distritos que apresentam percentagem abaixo de 45% de presença da rapariga no ensino básico) e ao ensino secundário (ESG).

Factores positivos para o alcance da meta de 2015

- Na Constituição da República foram introduzidos os princípios de igualdade de direitos e de género (artigos 35 e 36). Ao nível de Políticas e Estratégia há um conjunto de instrumentos tais como o Programa Quinquenal do Governo 2010-2014, o PARP 2010-2014, a Política de Género e Estratégia de Implementação, o Plano Nacional para Avanço da Mulher, Estratégias Sectoriais de Género da Educação, Saúde, Função Pública, Energia e Ambiente. De forma específica o sector de Educação possui um Plano Estratégico (2006-2010/11) que prioriza as questões de género. Há que realçar também a criação de Unidades de Género em todas as Direcções Provinciais de Educação e serviços distritais de Educação, Juventude e Tecnologia. A criação de 11 Conselhos Provinciais para o Avanço da Mulher

(CPAMs) e de 30 Conselhos Distritais para o Avanço da Mulher (CDAM) em 4 províncias (Nampula, Zambézia, Tete e Niassa).

- A vontade política e o compromisso em relação às questões de género estão expressos na legislação bem como nos programas, políticas, planos do Governo em vigor. Desde a proclamação da Declaração e Plataforma de Acção de Beijing, o país desenvolveu esforços tendentes a conduzir a igualdade de género através de reformas legais e de adopção de políticas, estratégias e planos que vão ao encontro dos objectivos da igualdade de género.
- Para além disso existe todo um conjunto de estruturas que trabalhem interligadas em coordenação para promoção da igualdade de género. Tais são os casos do MMAS, CNAM (Governo), Gabinete da Mulher Parlamentar e Comissão de Assuntos Sociais, de Género e Ambientais (Parlamento) e Organizações da Sociedade Civil.

Deste modo, pode-se considerar que no país existe um quadro jurídico, político e institucional favorável para a promoção das questões de género e empoderamento das mulheres.

OBJECTIVO 4 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

Avaliação rápida	Situação em Números	1997	2003	2007	2008	2015
A meta será atingida?	Indicador / Ano	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Provavelmente	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (por 1.000) nados vivos.	245.3	154	147.2	138	108
Situação do ambiente de apoio	Taxa de mortalidade Infantil (0-1 ano, por 1.000 nados vivos)	143.7	101	95.5	93	67
Forte	Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas contra o sarampo	55	63	58	58	95
	Taxa de cobertura com DPT3 e HB em crianças aos 0-12 meses	58	67	71	71	n/d

a) Censo 1997. b) IDS 2003. c) Censo 2007 d) MICS 2008 e) Metas do Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODM 4&5: 95% para 2012.

4.1 Taxa de Mortalidade Infantil e Infanto-Juvenil

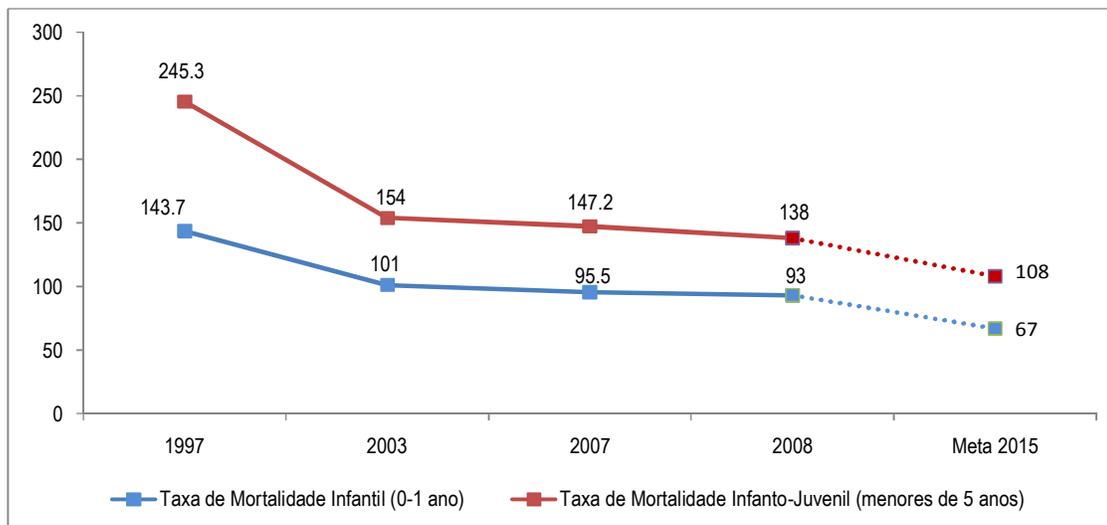
Situação e Tendências

Nas últimas décadas, Moçambique tem registado uma redução contínua das taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil. A Taxa de Mortalidade Neonatal (TMNN) decresceu de 57 óbitos em 1.000 nados vivos (NV) em 1997 (IDS) para 48/1.000 NV em 2003 (IDS) e para 42 óbitos/1.000 NV em 2008 (MICS).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) diminuiu de 143.7/1.000 NV em 1997 (Censo 1997) para 101/ 1.000NV em 2003 (IDS 2003) e para 95.5/1.000 NV em 2007 (Censo 2007), enquanto a Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (TM <5) desceu, entre 1997 e 2003, de 245.3 para 154 por 1.000 NV, e para 147.2/1.000 em 2007 (Censo 2007). A redução observada nas TMI e TM <5 tem sido o resultado da redução mais acentuada nas zonas rurais e dum declínio menor nas áreas urbanas.

O país tem o potencial de atingir as suas metas para 2015 quanto a mortalidade infantil (67/1.000 NV) e mortalidade em menores de cinco anos (108/1.000 NV).

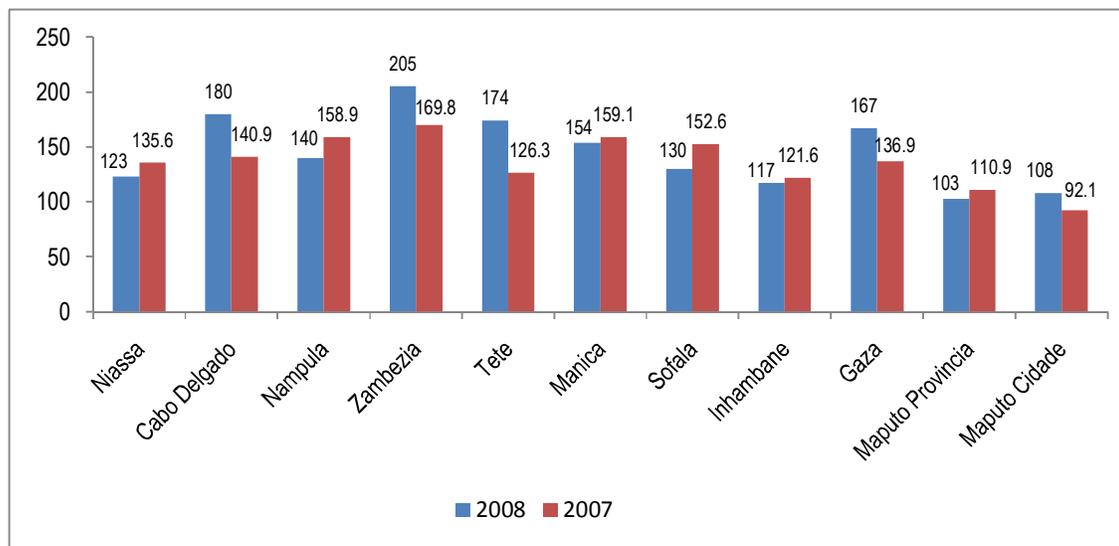
Gráfico 33: Taxa de mortalidade infantil e infanto-juvenil em Moçambique 1997-2007



Fonte: Censo 1997, IDS 2003, Censo 2007, MICS 2008

Em 2008 as províncias de Cabo Delgado e Zambézia no centro apresentaram em média taxas de mortalidade mais elevadas, 180/1.000 NV e 205/1.000 NV respectivamente. As taxas de mortalidade infanto-juvenil mais baixas ocorreram em Maputo Cidade (108/1.000 NV) e Maputo Província (103/1.000 NV). Estas duas províncias também tinham as prevalências mais baixas de mortalidade infanto-juvenil em 2007 com 92.1 e 100.9 mortes por 1000 nados vivos em Maputo cidade e província de Maputo respectivamente.

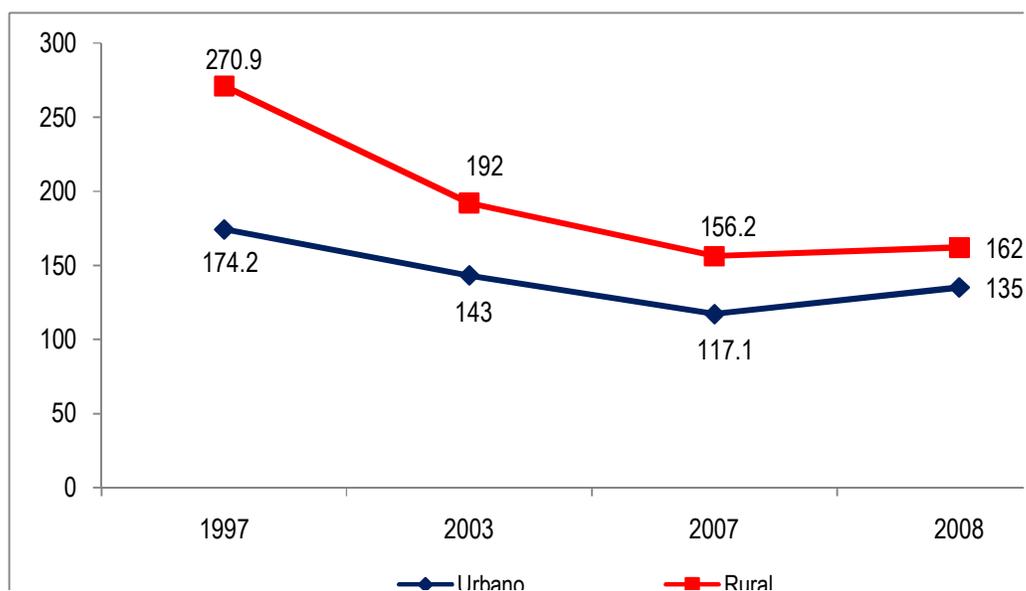
Gráfico 34: Taxa de mortalidade infanto-juvenil por província em Moçambique 2007-2008



Fonte: CENSO 2007 & MICS 2008

No que se refere a Taxa de Mortalidade Infanto-juvenil por área de residência, os dados indicam que ocorrem maiores óbitos na zona rural em relação a zona urbana. De 1997 até 2008 a taxa de mortalidade infanto-juvenil tem reduzido de forma acelerada nas zonas rurais e de forma mais lenta nas zonas urbanas como ilustra o gráfico abaixo.

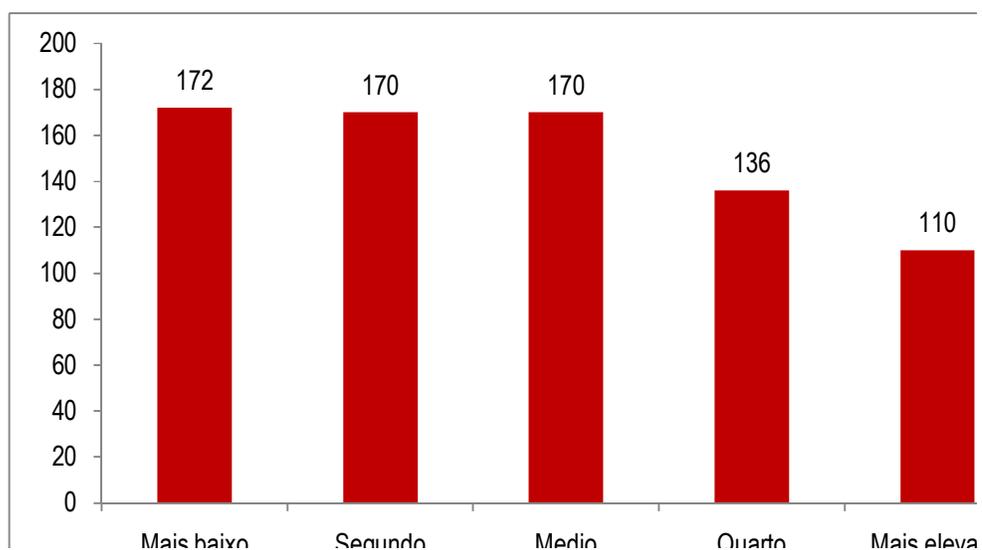
Gráfico 35: Taxa de mortalidade infanto-juvenil por área de residência em Moçambique 1997-2008



Fonte: Censo 1997, IDS 2003; Censo 2007, MISC 2008

A taxa de mortalidade infanto-juvenil, quando apresentado por quintís de riqueza, relacionam-se inversamente, no sentido de, os quintís de riqueza mais elevados apresentam taxas de mortalidade infanto-juvenil mais baixo e os quintís mais baixo apresentam taxas de mortalidade infanto-juvenil mais elevados como ilustra o Gráfico 36.

Gráfico 36: Taxa de mortalidade infanto-juvenil por quintil de riqueza em Moçambique 2008

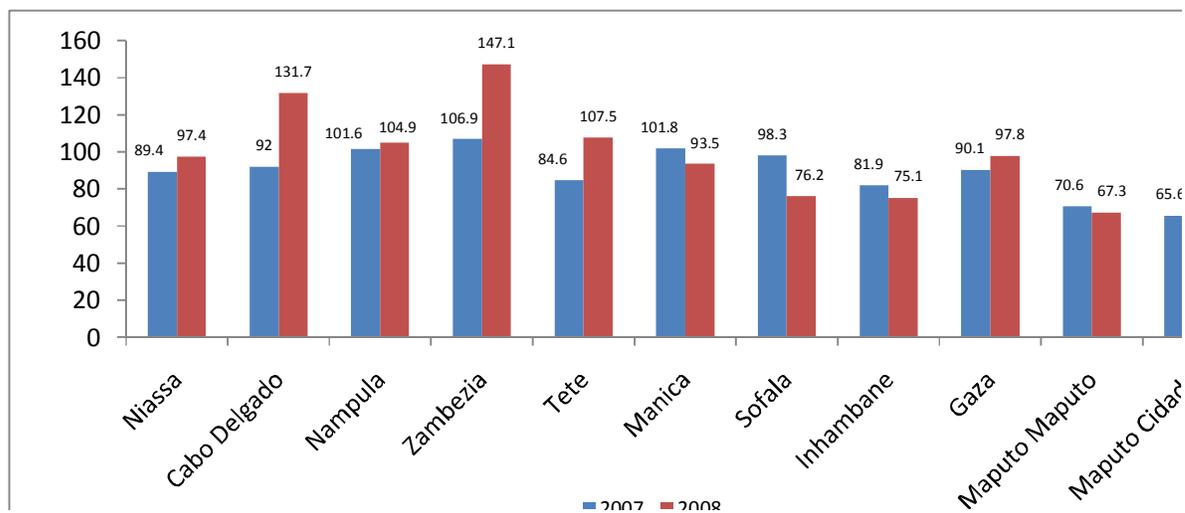


Fonte: MICS 2008

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

A taxa de mortalidade infantil por província apresenta uma dinâmica semelhante aos outros indicadores no sentido de que a zona sul continua apresentando menos óbitos em relação a zona centro e norte do país. Zambézia (147.1) e Cabo Delgado (131.7) apresentam as taxas de mortalidade infantil mais elevadas a nível nacional em 2008, necessitando de uma intervenção cada vez mais focalizada no sentido de reduzir o número de óbitos por ano.

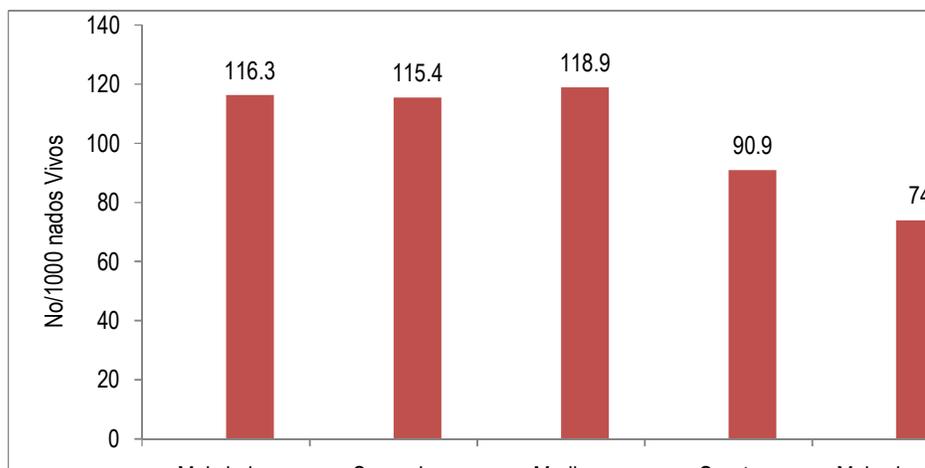
Gráfico 37: Taxa de mortalidade infantil por província em Moçambique 2007-2008



Fonte: Censo 2007 e MICS 2008

O comportamento da taxa de mortalidade infantil, vista por quintís de riqueza, apresenta uma característica interessante entre o quintil mais baixo e o médio sendo que o primeiro apresenta menos óbitos entre 0-11 meses (116.3/ 1.000NV) em relação ao médio (118.9/1.000 NV). O quintil de riqueza mais elevado apresenta a menor taxa de mortalidade infantil (74/1.000 NV).

Gráfico 38: Taxa de mortalidade infantil por quintil de riqueza em Moçambique 2008



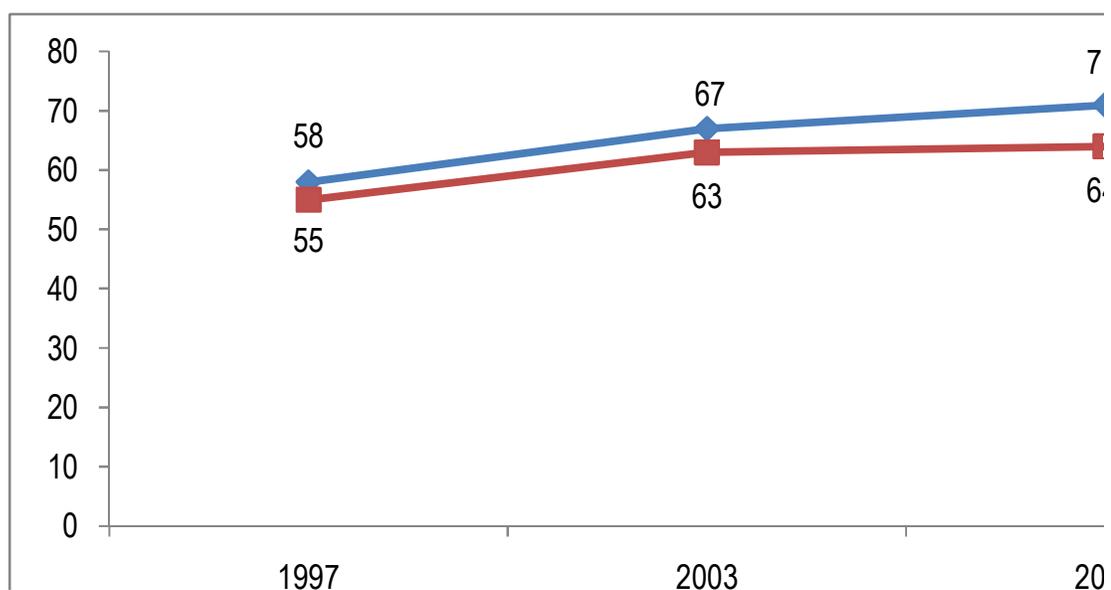
Fonte: MICS 2008

4.2 Imunizações

Situação e Tendências

Uma das intervenções que mais contribui para a redução da mortalidade infantil é a vacinação. A vacinação leva à diminuição da incidência de doenças preveníveis. Os dados do MICS 2008 mostram alguns progressos na cobertura de vacinação das crianças menores de um ano contra as principais doenças preveníveis: BCG 87%, DPT-3 dose 71%, Polio-3 dose 70% e Sarampo 64%. Contudo, os aumentos de cobertura da vacinação no período de 2003-2008 foram menores que os registados no período 1997-2003.

Gráfico 39: Taxa de imunização por Sarampo e DPT3HiB em menores de 1 ano em Moçambique 1997-2008



Fonte: IDS 1997, IDS 2003 & MICS 2008.

As disparidades entre área rural e urbana são evidentes (Quadro 7): apenas 54.8% das crianças de 12-23 meses receberam todas as vacinas nas áreas rurais contra cerca de 74% das que residem em zonas urbanas. No que se refere ao género, as crianças de 12-23 meses do sexo masculino aparentam ter uma ligeira superioridade de cobertura em todas as vacinas (61%) do que as crianças femininas (59.3%); No entanto esta diferença pode não ser significativa para a amostragem feita no estudo. Comparando de entre as 5 vacinas apresentadas acima (Sarampo, DPT3, Pólio e BCG) a BCG é a que teve melhor cobertura em todas áreas de residência e género chegando a ter uma cobertura de 93% no meio urbano; A vacina com menor cobertura entre crianças 12-23 meses é a do Pólio, cuja mínima cobertura foi no meio rural com 68.8%.

Quadro 7: Taxa de vacinação de crianças de 12-23 meses de idade por Género e Residência em 2008

Residência & Géneros	Sarampo	DPT3	Polio3	BCG	Todas
Urbano	85.3	85.9	85.1	93	74.1
Rural	69.6	69.6	68.8	85.4	54.8
Rapazes	75.1	74.4	74.5	87.7	61
Raparigas	73.1	73.8	72.2	87.2	59.3

Fonte: MICS 2008

No que se refere a diferenças na cobertura de vacinações em crianças de 12-23 meses de idade por províncias os dados do MICS 2008 mostram que a cidade e província de Maputo têm as coberturas mais altas de vacinação de crianças de 12-23 meses de idade para todas a vacinas enquanto a província de Tete têm a cobertura mais baixa do país do pacote total de vacinações com 34.2% de cobertura.

Quadro 8: Taxa de vacinação de crianças de 12-23 meses de idade por Província em 2008

Província	Sarampo	DPT3	Polio3	BCG	Todas
Niassa	74.9	74.9	75.4	91.3	56.2
Cabo Delgado	83.3	88.2	86.9	93.2	70.5
Nampula	67.1	63.5	63	82.2	51
Zambézia	61.7	61.7	60.2	75.1	46.8
Tete	60	55.5	54	83	34.2
Manica	69.2	75.4	72.8	87.8	58.3
Sofala	82.9	81.2	81.3	93.7	72.4
Inhambane	86.9	90.5	91.3	98.3	79.8
Gaza	83.3	89.4	89.9	97.3	73.9
Maputo Província	87.4	87.4	87.2	90.1	81.9
Maputo Cidade	93	89.5	86.2	97.7	81.8

Fonte: MICS 2008

Por quintil de riqueza as famílias aparentam ter uma relação positiva com a cobertura de vacinação das crianças de 12-23 meses em Moçambique. As crianças de 12-23 meses do quintil de riqueza mais baixo têm a menor cobertura do pacote de todas 4 vacinas apresentadas (Sarampo, DPT3, Pólio e BCG) e ela é de 47%; enquanto as crianças de 12-23 meses de idade do quintil de riqueza mais alto têm a maior cobertura do pacote total das 4 vacinas acima mencionadas (78.8%). Entre os 2 extremos definidos pelas coberturas na vacinação das crianças de 12-33 meses dos quintis mais alto e mais baixo, as taxas de cobertura também estão positivamente associados ao nível do quintil de riqueza em que as crianças pertencem. As coberturas do pacote total das 4 vacinas acima mencionadas em crianças 12-33 meses do segundo quintil mais baixo, do quintil médio e do quarto quintis são respectivamente 50.2%, 61.8%, 70.5%.

Quadro 9: Taxa de vacinação de crianças de 12-23 meses de idade por quintil de riqueza em 2008

Quintís de Riqueza	Sarampo	DPT3	Polio3	BCG	Todas
Mais baixo	62	59.4	58.5	80.1	47
Segundo	66.2	67.1	66.7	83.6	50.2
Médio	78.1	79.1	78.3	88.6	61.8
Quarto	81.3	83.3	82.6	95	70.5
Mais elevado	89.8	88.9	87.7	93	78.8

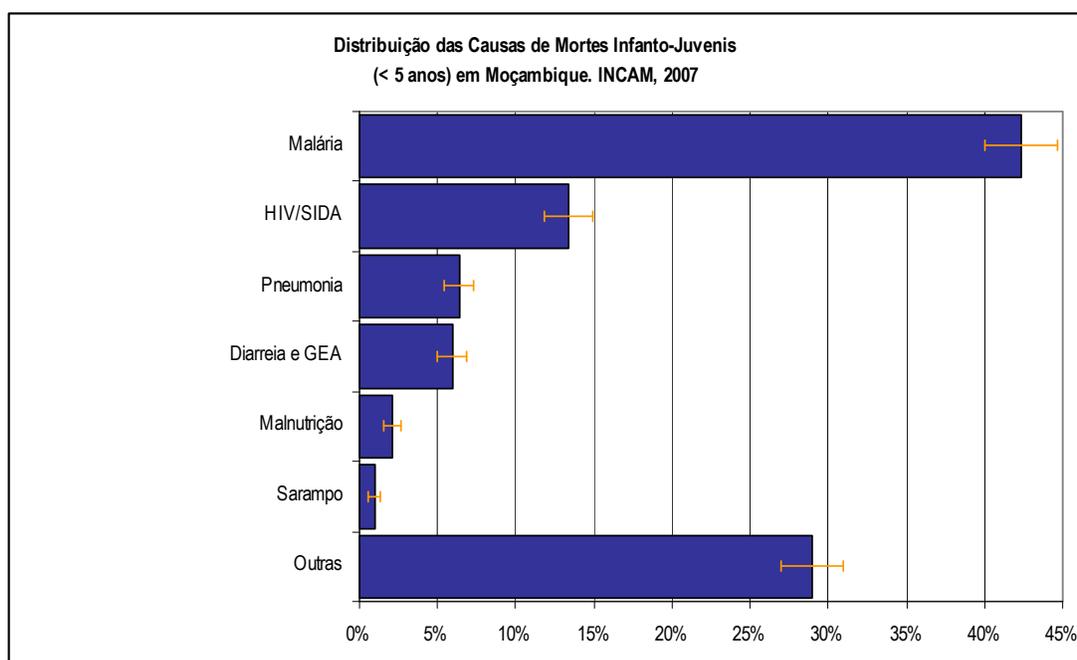
Fonte: MICS 2008

Causas de Mortalidade Infanto-Juvenil

Segundo a Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique (ANN, 2007/2008), as principais causas de morte neonatal institucional são a prematuridade (50%), asfixia grave (32%) e a sepsis neonatal (29%). Nas primeiras 24 horas após o parto ocorrem cerca de 32% das mortes neonatais e 49% depois das primeiras 24 horas após o parto e o sétimo dia. Estes dados mostram as conseqüências de uma saúde materna deficiente, de cuidados inadequados durante a gravidez, o parto e os primeiros dias após o parto e a necessidade urgente de aumentar as coberturas de partos institucionais, os cuidados essenciais ao recém-nascido e a cobertura da consulta até o sétimo dia.

O Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade em Moçambique 2007/8 mostra que a malária representa a primeira causa de morte em menores de cinco anos (42.3%), seguida do SIDA (13.4%), das pneumonias (6.4%) e diarreias (5.9%).

Gráfico 40: Distribuição das causas de morte dos infanto-juvenis em Moçambique em 2008



(Fonte: INCAM 2007/8)

O uso de redes mosquiteiras está entre os métodos mais eficazes para prevenir a malária, sendo que a percentagem de menores de cinco anos dormindo sob uma rede mosquiteira a noite anterior aumentou de 10% em 2003 para 42% em 2008 (MICS), com um aumento mais rápido nas áreas rurais. Os dados do MICS mostram que 65% de crianças com sintomas de Infecção Respiratória Aguda foram levadas a um provedor de Serviços de Saúde contra 51% em 2003 (IDS) e que 47% das crianças que tiveram diarreia receberam terapia de rehidratação oral contra 71% em 2003.

A prevalência de desnutrição crónica entre menores de cinco anos reduziu de 48% em 2003 (IDS) para 44% em 2008 (MICS), contudo, persiste elevada. As gravidezes pouco espaçadas tem maior probabilidade de resultar em bebés com baixo peso à nascença e interferem com a amamentação, a qual tem um papel fundamental na nutrição das crianças. Apesar do progresso na cobertura de novas utentes em planeamento familiar (PF) registada em 2009, é essencial garantir a prestação de Serviços de PF de qualidade como uma das estratégias para a prevenção de gravidezes indesejadas, gravidezes de alto risco e aumentar o intervalo entre os nascimentos, reduzindo assim o risco de morbilidade e mortalidade associados tanto para a mulher como para a criança. Dados do MICS 2008 também revelam que o estado nutricional das crianças varia substancialmente em relação ao nível de escolaridade da mãe: quase uma em cada duas crianças menores de cinco anos cuja mãe não foi à escola, é afectada de desnutrição crónica, comparado com uma em cada quatro crianças cuja mãe tem nível secundário ou mais.

Com vista a reduzir a mortalidade infantil, o sector tem vindo a implementar a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Infantis (AIDI), contudo, a cobertura do AIDI foi de 80% da rede sanitária em 2009, o que representa uma regressão quando comparado com o 90% registado em 2008 segundo os dados de rotina do sector de Saúde. A implementação da Estratégia Alcançando Todos os Distritos (RED) tem vindo a representar um esforço adicional do sector para reduzir a prevalência das doenças preveníveis por vacinação, no entanto, a sua expansão tem sido lenta por insuficiência de fundos.

ANN 2007/2008 revela sérias deficiências na disponibilidade de bens e produtos para a saúde Neonatal: 35.1% das salas de parto não tinham uma ambulância funcional para reanimação do recém-nascido; 79% das salas de parto não tinham ampicilina no dia da visita, 54% não tinham nevirapina xarope e cerca de 73% não tinham vitamina K.

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- A fraca disponibilidade de recursos humanos em quantidade e qualidade, e a sua rotatividade é também um desafio no sector saúde e pode estar entre as causas do retrocesso na expansão do AIDI e por em risco a expansão dos Cuidados Essenciais do Recém-nascido.
- Fraca capacidade da gestão do Programa de Saúde Neonatal e Infantil.

- Deficiências na disponibilidade e reabastecimento de bens e produtos para a Saúde Neonatal e Infantil.
- Deficiente sistema de referência aos vários níveis para a referência atempada das crianças em estado grave.
- Deficiente sistema de informação, monitoria e avaliação, assim como de coordenação inter e intra sectorial.
- Fraca colaboração intersectorial efectiva num esforço de intensificação de acções multi-sectoriais para a redução da morbi-mortalidade neonatal e infantil.
- O SIDA, e a malária continuam a ser uma ameaça para o alcance do ODM4: apesar dos enormes avanços em relação ao TARV pediátrico, continua a ser um enorme desafio para o sector a expansão dos serviços de qualidade.
- Apesar de Moçambique estar a conhecer progressos significativos no bem-estar da criança, estes continuam a não ser partilhados de igual modo por todos os agregados familiares.

Desafios para o alcance das metas de 2015

Alocação equitativa de recursos humanos qualificados dirigidos à Saúde Neonatal e Infantil a todos os níveis;

- Necessidade de intensificação dos esforços para a expansão de medidas preventivas contra a malária tais como a pulverização intra-domiciliária e distribuição de redes mosquiteiras, assim como aumentar a percentagem de casos tratados com medicamentos anti-maláricos no prazo de 24 horas do início dos sintomas.
- Reforço de actividades preventivas e de redução da mortalidade por desnutrição aguda grave e desnutrição crónica.
- Promoção de acções que visem a melhoria do estado nutricional das mulheres grávidas e crianças;
- Reforçar o sistema logístico do sector Saúde para medicamentos e equipamento como uma estratégia fundamental para a provisão de cuidados ao recém-nascido e crianças de qualidade.
- Revitalização do Programa de Agentes Polivalentes Elementares e outras iniciativas a nível comunitário de modo a fortalecer o envolvimento da comunidade em acções dirigidas a Saúde Neonatal e infantil com especial ênfase nas crianças e comunidades mais vulneráveis.
- Reforçar a advocacia para garantir a integração dos direitos da criança nas políticas e legislação e sensibilizar as comunidades/famílias em relação a boas práticas de cuidados a criança.

Factores positivos no progresso dos indicadores

- O Governo e Parceiros de Desenvolvimento assumiram um forte compromisso ao mais alto nível político no sentido de apoiar a Saúde Neonatal e Infantil, com o lançamento da Iniciativa Presidencial para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e a Parceria em 2008 e mais recentemente, com o lançamento da Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2010).
- Há uma tendência de mobilização das iniciativas globais, através de apoio financeiro e em termos de reforço da capacidade institucional, com vista ao alcance deste ODM.

OBJECTIVO 5 – MELHORAR A SAÚDE MATERNA

Avaliação rápida		Situação em Números			
A meta será atingida?	Indicador / Ano	1997	2003	2008	2015
Potencialmente	Rácio de mortalidade materna (por 100.000 nados vivos)	692.0 a)	nd	500.1 d)	250
	Proporção de partos assistidos por técnicos de saúde (15-49 anos, %)	44.2	47.7	55.3 c)	66
Situação do ambiente de apoio Razoável	Taxa de Prevalência de Contracepção	6.0 a)	18.2 b)	16.2 c)	34
	Cobertura da Consulta Pré-Natal com pelo menos 1 consulta (%)	71.4 a)	84.5 b)	92.4 c)	95
	Cobertura da Consultas Pré-Natal com 4 ou + consultas (%)	37.3 a)	53.1 b)	n/d	n/d
	Necessidades Não Satisfeitas para o Planeamento Familiar (%)	n/d	18.4 b)	n/d	n/d

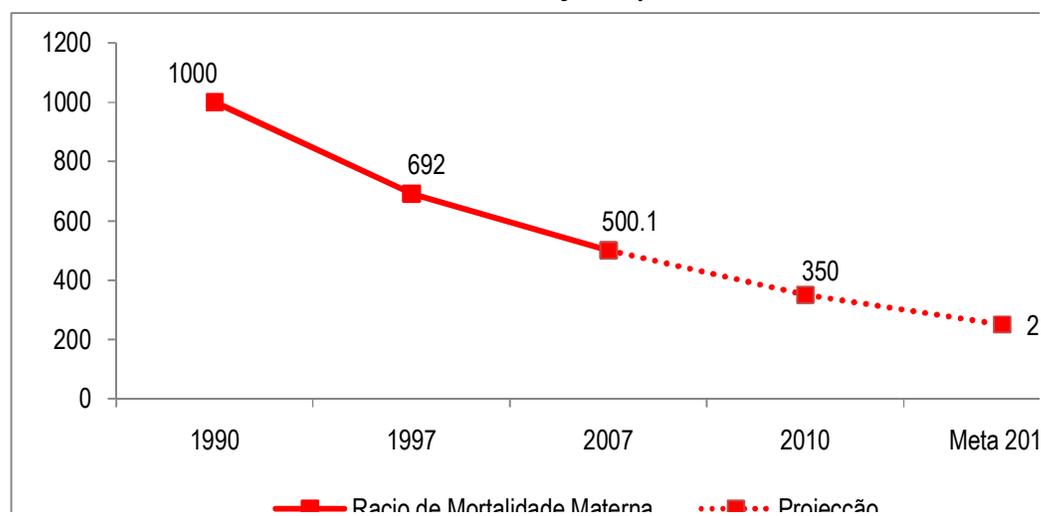
a) IDS 1997. b) IDS 2003. c) MICS 2008. Dados para todos os métodos) Censo 2007

5.1 Mortalidade Materna em Moçambique

Situação e Tendências

A mortalidade materna tem vindo a reduzir gradualmente de 1000 mortes por 100.000 nados vivos no início da década de 90 para 500.1 em 2007 (Censo 2007), como ilustra o gráfico 41.

Gráfico 41: Taxa de Mortalidade Materna em Moçambique 1990 - 2007.



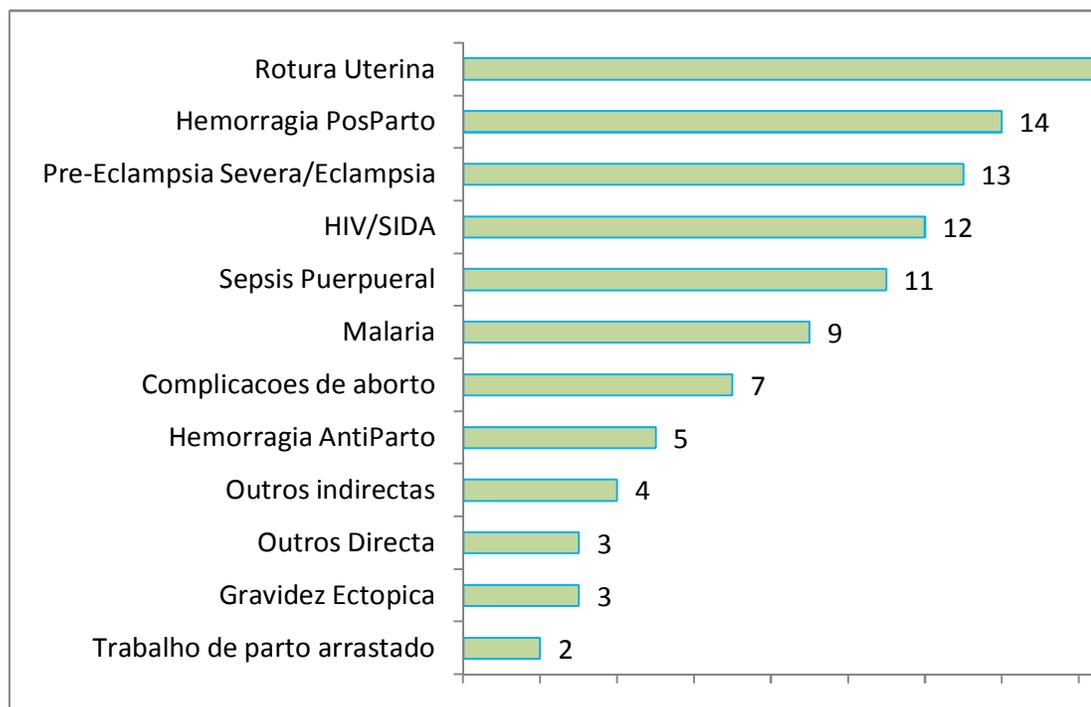
Fonte: INE, IDS 1997, Censo 2007.

A mortalidade materna intra-hospitalar representa um indicador de qualidade de atenção à gravidez e ao parto. Dados de rotina indicam que o Rácio da Mortalidade Materna intra hospitalar por 100.000 nados

vivos (NV) desceu substancialmente entre 2008 e 2009 de 196/100.000 NV para 149/100.000 NV. No entanto, os dados da Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique (ANN 2007/2008) mostram um rácio de 473/100.000 NV. A diferença entre estes dois dados reflecte que ainda persiste subnotificação dos óbitos maternos no Sistema de Informação de Saúde (SIS). De acordo com os dados da ANN, na faixa etária dos 15-30 anos ocorrem cerca de 66,5% das mortes maternas, o qual reflecte a necessidade de redobrar os esforços na recolha de informação e educação em Saúde Sexual e Reprodutiva aos adolescentes e jovens.

Cerca de 43% dos óbitos maternos ocorrem durante o parto e até 24 horas após o parto, sendo que nas Unidades Sanitárias (US) de nível primário, a morte ocorre com maior frequência antes de a mulher atingir as primeiras duas horas de internamento, mostrando as condições precárias e a chegada tardia das mulheres as US. Em relação as causas de morte materna, 76% dos óbitos foram devidos a causas directas e 24% a causas indirectas, sendo as principais causas a rotura uterina (17%), hemorragia pós-parto (14%), a pre-eclampsia/eclampsia (13%), o SIDA (12%) e a sepsis puerperal (11%). O SIDA aparece como a primeira causa indirecta de morte materna e a quarta de todas as causas.

Gráfico 42: Percentagem de óbitos Maternas e suas causas em Moçambique, 2007/08



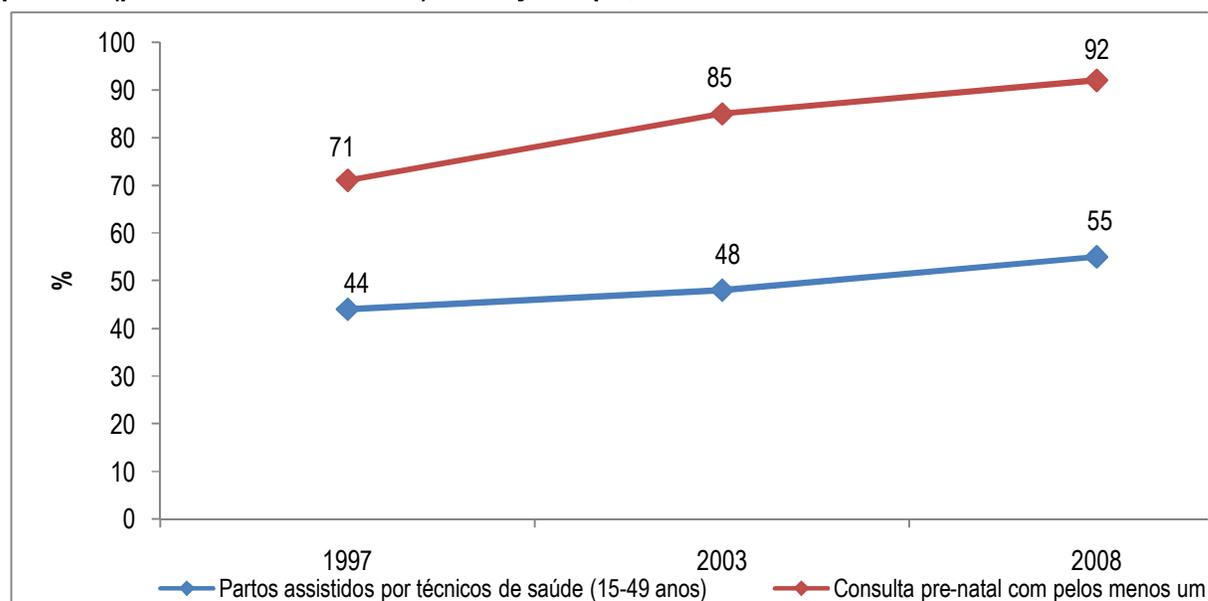
Fonte: MISAU

5.2 Cobertura de Consulta Pré-Natal

Situação e Tendências

A cobertura das consultas pré-natais com pelo menos um ano, de acordo com os dois IDS, 1997 e 2003 e o MICS 2008, aumentou respectivamente de 71.4% para 84.5% e para 92%. Os partos assistidos por técnicos de saúde têm vindo a aumentar, de 44.2% em 1997 (IDS 1997) para 47.7% em 2003 (IDS 2003) e para 55% em 2008 (MICS).

Gráfico 43: Percentagem de partos assistidos por pessoal técnico de saúde e cobertura de consulta pré-natal (pelo menos uma consulta) em Moçambique, 1997-2008.

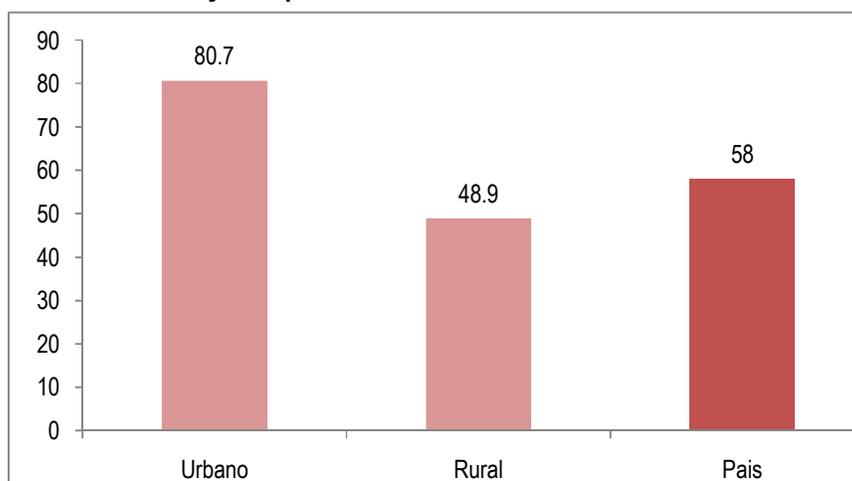


Fonte: MISAU

A cobertura de Consultas Pré-Natais (CPN) com 4 ou mais controlos aumentou de 37.3% (1997) para 53.1% (2003). Os dados de colheita de rotina do Sistema de Informação para a Saúde (MISAU 2009), indicam uma tendência a estagnação da cobertura de partos institucionais de 53.8% em 2007, para 55.6% em 2008 e 55.0% em 2009.

Segundo dados do MICS 2008, a cobertura de partos institucionais foi de 58% sendo que nas áreas rurais foi de 49%, representando um aumento quando comparado com dados de 2003 (34%) e manteve-se estável nas áreas urbanas (81%).

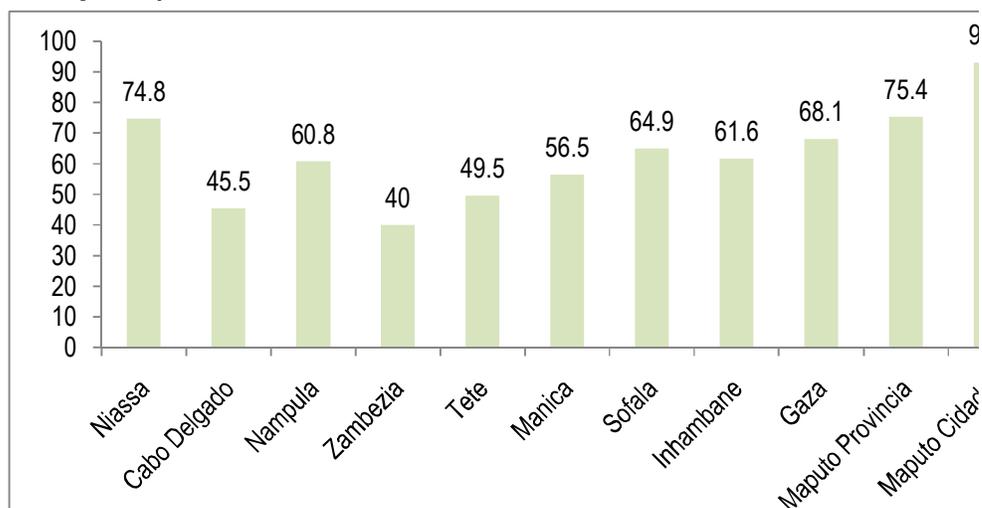
Gráfico 44: Percentagem de Mulheres de 15-49 anos que tiveram partos institucionais por área de residência em Moçambique 2006-2008



Fonte: MICS 2008

Em termos de distribuição por província de partos institucionais em mulheres de 15 a 49 anos de idade, pode-se notar que as províncias do norte e centro do país (excepto Niassa) apresentam as percentagens mais baixas de partos institucionais do país. De notar que a segunda província mais populosa do país (Zambézia) apresenta a taxa mais baixa de partos institucionais.

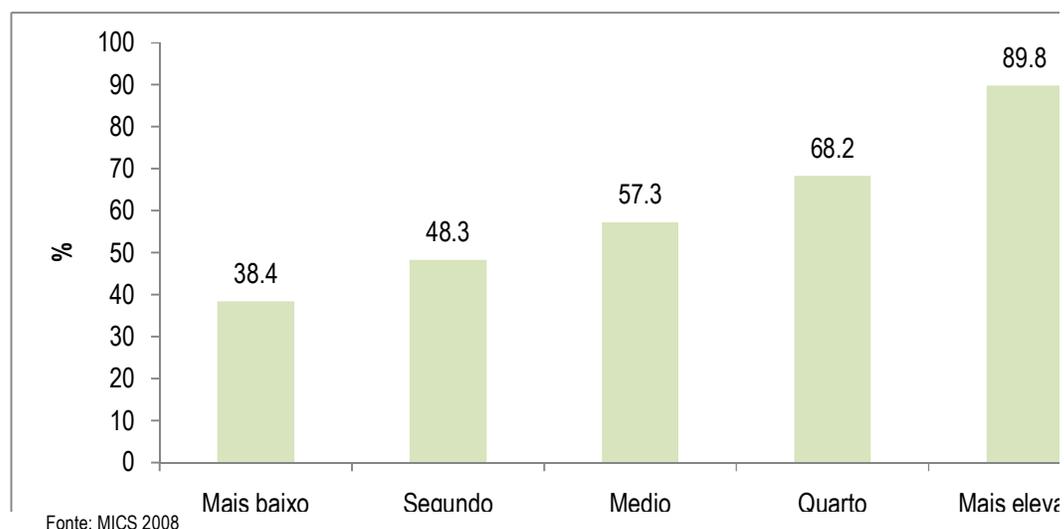
Gráfico 45: Percentagem de Mulheres de 15-49 anos que tiveram partos institucionais por província em Moçambique 2006-2008



Fonte: MICS 2008

Dados do MICS mostram mais uma vez que a probabilidade de ocorrência de partos a nível das unidades sanitárias está positivamente correlacionada com o nível de riqueza dos agregados familiares: 38% dos partos do quintil de riqueza mas baixo aconteceram nas unidades sanitárias, contra 90% do quintil mais elevado e a tendência nos quintis intermédios continua sendo a mesma.

Gráfico 46: Percentagem de Mulheres de 15-49 anos que tiveram partos institucionais por quintís de riqueza em Moçambique 2006-2008



5.3 Planeamento Familiar

Situação e Tendências

Uma das intervenções principais para a redução da mortalidade materna é a expansão dos Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Completos. De acordo com os critérios de cobertura em Cuidados Obstétricos de Emergência (COEm) da OMS/UNFPA, a avaliação indica que ainda existe a necessidade de expandir substancialmente os COEm assim como redobrar esforços para a melhoria da qualidade na assistência ao parto e no manejo das complicações obstétricas.

Quadro 10: Indicadores básicos da avaliação nacional de necessidades 2007-2008

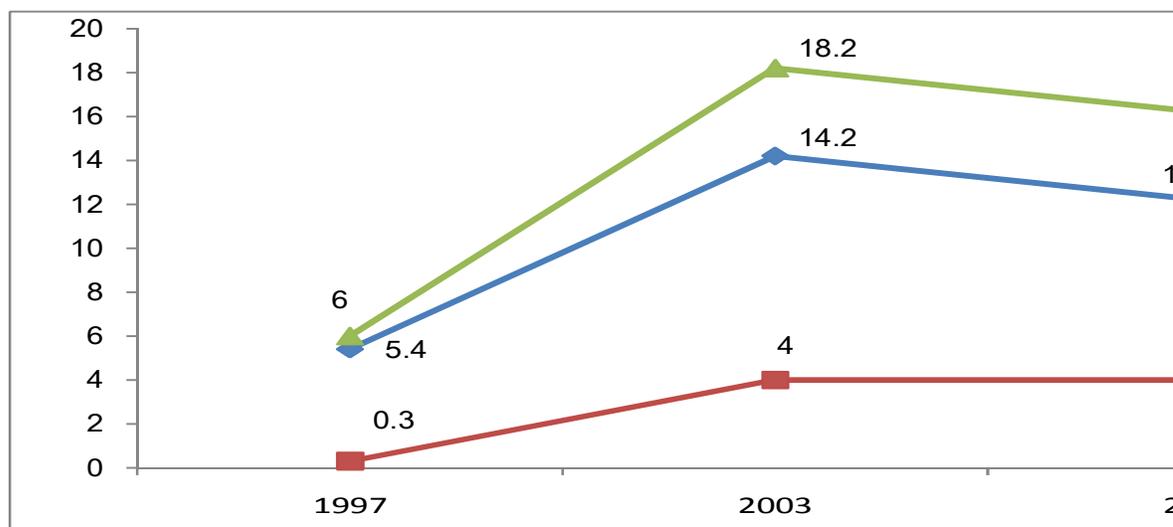
Indicadores NU	Avaliação Nacional de Necessidades 2007-2008
Numero de US que oferecem Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos (COEmB) ⁷	45 (38% da cobertura mínima)
Numero de US que oferecem Cuidados Obstétricos de Emergência Completos (COEmC)	33 (80% da cobertura mínima)
Proporção de partos atendidos em US com COEm	17%
Necessidades Satisfeitas em COEm	11%
Proporção de Partos por cesariana	2% (abaixo do mínimo recomendado pela OMS de 5%)
Taxa de Letalidade por Complicações Obstétricas directas	5.9% em US com COEm e 5.2% em todas as US
Taxa de Mortalidade Fetal Intra-parto e Neonatal Precoce	2.4% em US com COEm e 1.0% em todas as US

Fonte: MISAU

⁷ Não foi calculado o indicador dos COEmB e COEmC por 500.000 habitantes.

Em relação ao Planeamento Familiar, a Taxa de uso de contraceptivos nas mulheres casadas/unidas aumentou de 6% em 1997 para 18.2% em 2003 e desceu ligeiramente para 16.2% em 2008. Essa descida corresponde a descida no uso de contraceptivo moderno que desceu de 14.2 em 2003 para 12.2 % em 2008. A percentagem de uso de contraceptivo tradicional aumentou de 0.3 em 1997 para 4% em 2003 e manteve-se a este nível até 2008.

Gráfico 47: Prevalência de uso de métodos e tipos de contraceptivos em Mulheres casadas e em união marital de 15-49 anos em Moçambique 1997-2008



Fonte: MISAU

A prevalência de uso de contraceptivos varia sendo mais alta nas províncias do sul e centro, os métodos modernos são os preferidos pelas mulheres excepto na província de Sofala onde as mulheres preferem os métodos tradicionais (26%). Os métodos modernos são mais usados na Cidade de Maputo (32.9%) e Província de Maputo (32.4%). A província de Cabo Delgado apresenta as taxas mais baixas em todos os métodos.

Quadro 11: Prevalência de uso de contraceptivos por Província em 2008

Províncias	Moderno	Tradicional	Qualquer
Niassa	12.8	0.9	13.6
Cabo Delgado	3	0.2	3.2
Nampula	3.8	3.5	7.3
Zambézia	8.4	0.4	8.8
Tete	17.2	0.7	17.9
Manica	9.9	0.7	10.6
Sofala	11.1	26	37.2
Inhambane	17.1	1	18.1
Gaza	17.1	0.4	17.5
Maputo Província	32.4	1.7	34.1
Maputo Cidade	32.9	1.3	34.2

Fonte: MICS 2008

No geral o uso de contraceptivos é mais alto nas áreas urbana (24.8%) em relação a área rurais (12.4%), e os métodos modernos são os mais preferidos na área urbana (21.6%) contra 3.2% dos métodos tradicionais; na área rural os métodos modernos são os mais preferidos (8%) contra 4.4% dos métodos tradicionais. Quando o grau de riqueza se toma em consideração as famílias mais pobres tendem a preferir o uso de métodos tradicionais enquanto as famílias mais ricas tendem a preferir os métodos modernos. Os dados aparentam indicar que existe uma relação inversa entre ao número de usuários de métodos tradicionais e o grau de riqueza das famílias, ou seja quanto maior for o grau de riqueza da família menor é o uso de métodos tradicionais. Para o caso dos métodos modernos existe uma relação directa entre o grau de riqueza do agregado famílias e o seu uso.

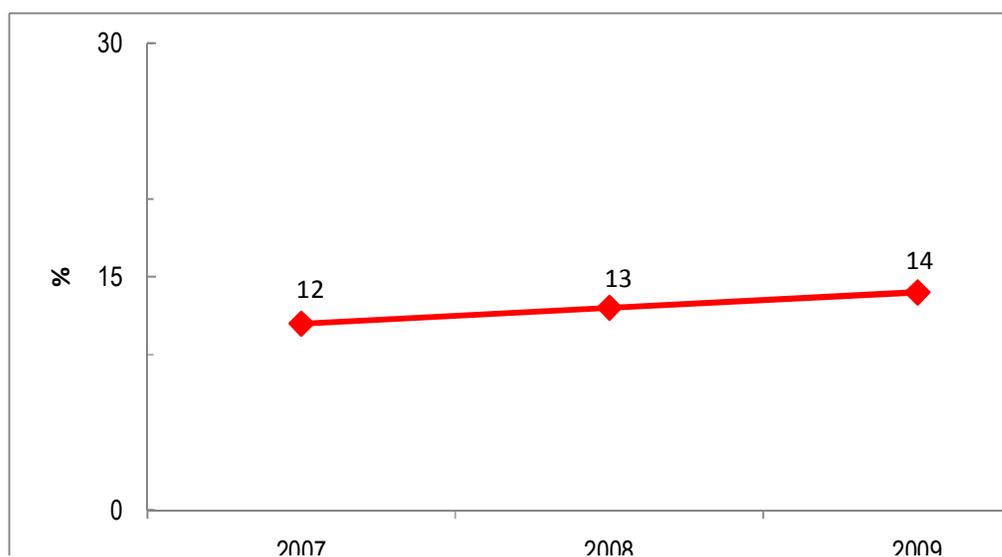
Quadro 12: Prevalência de uso de contraceptivos por área de residência e quintís de riqueza Moçambique 2008

Área de Residência/Quintís	Moderno	Tradicional	Qualquer
Urbano	21.6	3.2	24.8
Rural	8	4.4	12.4
Quintís de Riqueza			
Mais baixo	4.9	5.7	10.7
Segundo	4.8	5.3	10.1
Médio	8.3	3	11.6
Quarto	14.8	3.3	18.1
Mais elevado	29.9	2.9	32.8

Fonte: MICS 2008

Dados de rotina do MISAU (SIS), referem um importante crescimento do Programa de Planeamento Familiar em 2009, sendo que a cobertura de novos utentes em métodos de planeamento familiar cresceu de 12.5% em 2008, para 13.9% em 2009. Contudo, factores como a inadequada gestão do programa de planeamento familiar, insuficiente informação e educação da população e a deficiente inclusão do homem nas políticas/estratégias e programas de saúde sexual e reprodutiva, entre outros, pode limitar a expansão do programa e travar o avanço de Moçambique no alcance da meta para Taxa de Prevalência Contraceptiva em 2015 (34%).

Gráfico 48: Cobertura de Novos Utentes em Planeamento Familiar 2007-2009



Fonte: SIS 2007, 2008 e 2009.

A procura dos Serviços de Planeamento Familiar (PF) não é satisfeita em 18.4%, sendo na área rural 18% e de 20% na área urbana. A Taxa de Prevalência de Contracepção para as mulheres sexualmente activas não unidas foi de 43.7% para todos os métodos e de 40.6% para os métodos modernos, podendo reflectir que as mulheres não unidas têm maior poder de decisão na hora do uso de métodos de planeamento familiar. A Taxa Global de fecundidade, isto é, o número médio de filhos por mulher não registou progressos quando comparado os dados de 1997 e de 2007: de 5.9 para 5.8 respectivamente. Não há dados em relação a Taxa de Natalidade do Adolescente.

Dados do INSIDA 2009 revelam que a proporção de jovens que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos diminuiu ligeiramente nos últimos anos, especialmente entre as mulheres: 25% das mulheres entre 15-24 anos tiveram relações sexuais antes dos 15 anos contra o 28% registado em 2003 (IDS) sendo que para os homens, a proporção reduziu em 1%, isto é, de 26% em 2003 (IDS) para 25% em 2009 (INSIDA). O atraso no início da vida sexual teve lugar principalmente na área rural.

É importante destacar que, segundo o INSIDA 2009, a proporção de mulheres que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos diminui drasticamente com o nível de escolaridade, de 38% em mulheres sem instrução para 11% nas mulheres com ensino secundário, diferença que não se regista no caso dos homens. O estudo sobre Iniquidade na Saúde Materna e Infantil em Moçambique (OMS, 2007) identificou a educação da mulher como um dos grandes factores sócio económicos chave que contribuem para as iniquidades para um parto por pessoal qualificado. Todos estes dados mais uma vez revelam a necessidade de reforçar o trabalho intersectorial de modo a aumentar o acesso das raparigas a educação.

A existência de profissionais habilitados para o atendimento do parto e das complicações obstétricas é chave para a redução da mortalidade materna. Na ANN foi evidente como a ausência de profissionais ligados á provisão de cuidados de emergência como médicos com habilidades cirúrgicas, técnicos de cirurgia, anestesistas e instrumentistas foi determinante na ocorrência de mortes maternas. Outro aspecto importante é que apenas 4.2% das US inquiridas referiram a existência de pessoal treinado para realizarem a reparação de fístulas obstétricas, uma das sequelas mais incapacitantes e graves derivadas da gravidez. Este estudo mostra mais uma vez a persistência de iniquidades na distribuição de recursos humanos dentro do país: cerca da metade dos pediatras e gineco-obstetras estão concentrados na Cidade de Maputo.

Por outro lado, o estudo revela sérias deficiências na disponibilidade de bens e produtos para a saúde reprodutiva e neonatal para desempenhar funções fundamentais que podem salvar vidas: só 37.7% das salas de parto tem pelo menos um kit completo de parto; 31.4% das maternidades não tinham diazepam e 38.2% não tinham sulfato de magnésio no dia anterior ao inquérito.

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Insuficiência de Recursos Humanos em número e qualidade para responder à necessidade de melhoria da gestão dos Programas e Serviços a todos os níveis; Esta insuficiência dificulta a expansão dos COEmB e COEmC, a consulta pós-parto, cuidados pós-aborto, serviços de prevenção de Transmissão Vertical e Tratamento Intermitente Preventivo da malária entre outros.
- Fraca capacidade da gestão do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva incluindo o Planeamento Familiar;
- Deficiências na disponibilidade e reabastecimento de bens e produtos para a Saúde Reprodutiva.
- Deficiente sistema de referência aos vários níveis para a referência atempada das complicações obstétricas e outras situações de urgência.
- Fraco envolvimento comunitário, em particular do homem nos problemas relacionados com a saúde reprodutiva, e, em especial no planeamento familiar;

- Deficiente sistema de informação, monitoria e avaliação, assim como de coordenação inter e intra sectorial.
- Fraca colaboração intersectorial efectiva num esforço de intensificação de acções multi-sectoriais para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal e promoção duma vida sexual saudável.

Desafios para o alcance das metas de 2015

- Distribuição mais equitativa dos recursos humanos qualificados existentes e provisão de serviços de qualidade.
- Investir massivamente na formação inicial dos profissionais específicos para a área de Saúde Materna, e sua disponibilidade ao nível dos Distritos; (Enfermeiras de Saúde Materna e Infantil, Técnicos de Cirurgia e Médicos);
- Formação e expansão contínua em Cuidados Obstétricos de Emergência e Cuidados Obstétricos Essenciais;
- Implementar a Estratégia de Planeamento Familiar.
- Reforço do sistema logístico para garantir que os bens e produtos para a Saúde Sexual e Reprodutiva estão no lugar certo e no momento certo como pilar fundamental para a provisão de cuidados de qualidade.
- Necessidade de priorizar na garantia da qualidade dos serviços através de supervisões formativas a todos os níveis;
- Assegurar a implementação de intervenções para o fortalecimento do envolvimento da comunidade com foco especial nos jovens e no envolvimento do homem nos serviços de saúde reprodutiva (SR);
- Fortalecimento do sistema de informação, monitoria e avaliação e da coordenação inter e intra-sectorial

Factores positivos no progresso dos indicadores

- Desde 1977 a Saúde Materna está no topo das prioridades do Governo registando um aumento dos investimentos e progressos significativos nos principais indicadores de Saúde Reprodutiva (SR).
- Desde 2008 até a data, foi lançada a Campanha Presidencial para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2008), o Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2008), o Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODM 4&5 (2009), a Campanha de Aceleração da Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA, 2009) e recentemente, foi lançada a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2010). Todos estes eventos expressam o forte compromisso ao mais alto nível político, entre o Governo e dos Parceiros

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

de Desenvolvimento, para com a Saúde Materna, Neonatal e Infantil. A Estratégia de Planeamento Familiar tem sido aprovada recentemente com o objectivo de aumentar massivamente a utilização dos Serviços de Planeamento Familiar e Contracepção pela população Moçambicana.

- O esforço dos Programas para o alcance do ODM5 é medido anualmente através de indicadores que fazem parte do Quadro de Avaliação Conjunta (Governo e Parceiros) de Desempenho do Sector da Saúde e ocupam um lugar importante no diálogo político.

OBJECTIVO 6 – COMBATER O HIV/SIDA, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

Avaliação rápida	Situação em Números	1997	2003	2008	2009	2015
A meta será atingida?	Indicador / Ano					
Potencialmente	Taxa de prevalência do HIV/SIDA entre os adultos (15-49 anos de idade) {a}	8.6%	9.3%	11.5%	11.5%	na
Situação do ambiente de apoio	Prevalência do HIV nas mulheres grávidas de 15-24 anos de idade	11.0	12.9	na	na	n/a
Razoável	Taxa de uso do preservativo da taxa de prevalência do contraceptivo	1.1 c)	na	b)	na	na
	Rácio de frequência escolar dos órfãos de pai e mãe por frequência escolar de não órfãos de 10-14 anos de idade	na	0.9	0.89	na	na

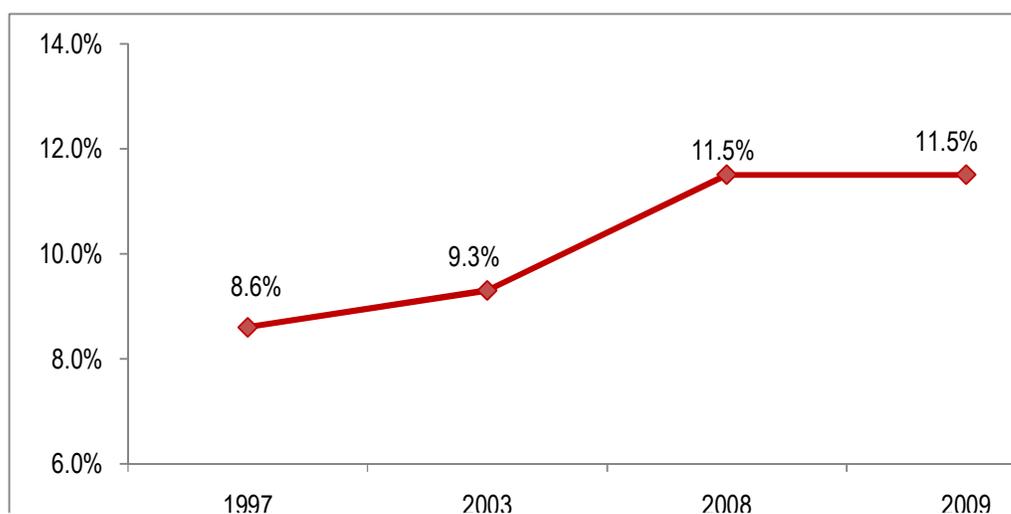
Fonte: INSIDA 2009; MICS 2008; a) Taxas calibradas com resultados do INSIDA 2009

6.1 Combater o HIV e SIDA

Situação e Tendências

O HIV/SIDA constitui uma das grandes ameaças ao desenvolvimento em Moçambique. A prevalência do HIV entre jovens e adultos (15 a 49 anos de idade) estimados a partir dos exames de sangue colhidos durante o “Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação Sobre HIV/SIDA em Moçambique - INSIDA 2009” e das calibrações aos resultados dos anos anteriores ao inquérito feitas com base nos resultados do INSIDA 2009, indicam que a prevalência do HIV/SIDA em Moçambique manteve-se constante em 11.5% entre os anos de 2008 e 2009 depois de ter mostrado uma tendência de subida de 8.6% a 11.5% entre 1997 a 2008.

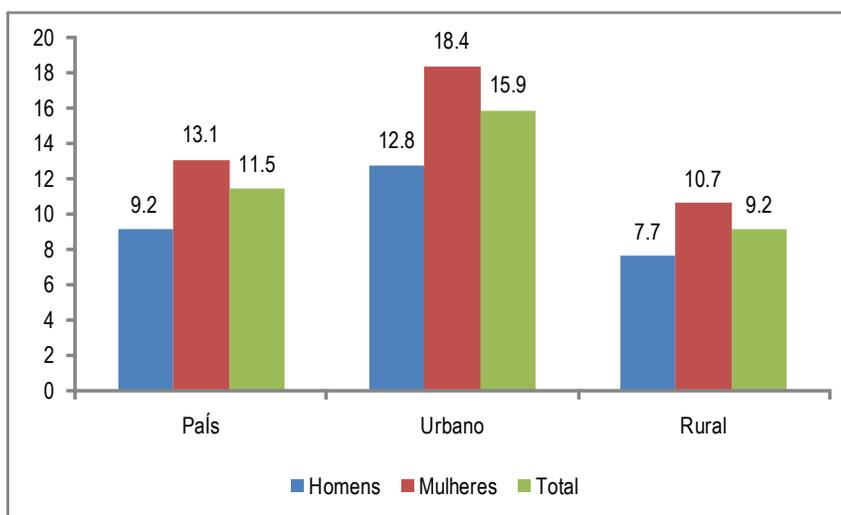
Gráfico 49: Taxa de Prevalência do HIV/SIDA entre adultos de 15-49 anos de idade em Moçambique 1997-2009



Fonte: INSIDA 2009

Olhando para a distribuição da prevalência HIV/SIDA por sexo em Moçambique em 2009, pode-se notar que a prevalência do HIV/SIDA era maior em mulheres (18.4%) em relação aos homens (12.8%). Isto vem confirmar a vulnerabilidade da mulher na contaminação do vírus do HIV/SIDA em Moçambique. Olhando para a distribuição do HIV/SIDA por zonas de residência em Moçambique em 2009, torna-se claro que a prevalência do HIV/SIDA em Moçambique era maior nas zonas urbanas (15.9%) do que nas zonas rurais (9.2%). Este resultado é surpreendente quando se considerar que as zonas urbanas são onde as condições para a circulação da informação sobre HIV/SIDA estão mais facilitadas e onde vivem as pessoas com nível de educação mais elevado e com maior poder de compra.

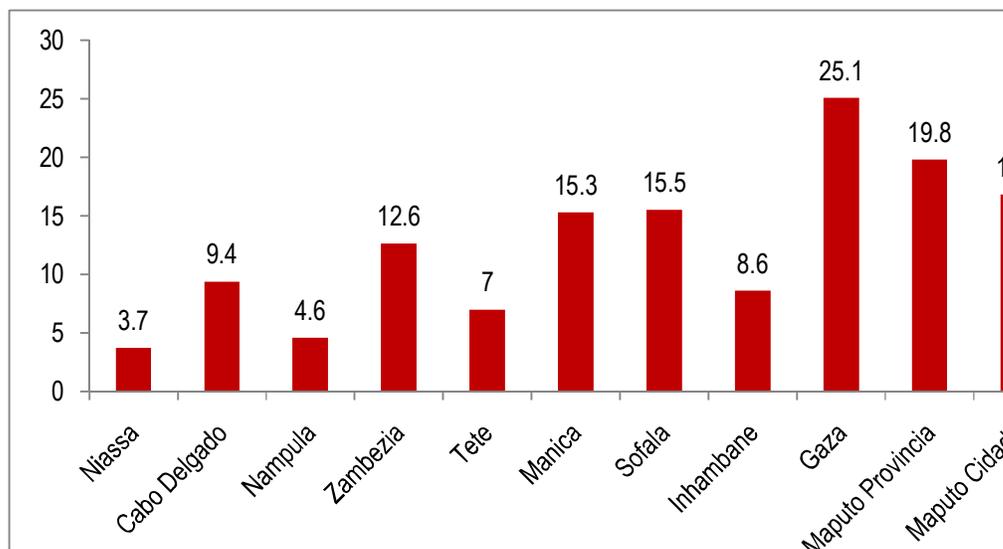
Gráfico 50: Prevalência do HIV em adultos 15-49 anos, área de residência e sexo em Moçambique, 2009



Fonte: INSIDA 2009

Olhando para a distribuição da prevalência do HIV/SIDA por província, observa-se que a província de Gaza é a que maior prevalência apresenta (25.1%) e a província de Niassa é a que a menor prevalência de HIV/SIDA apresenta (3.7%). A alta taxa de prevalência de HIV/SIDA que se observa em Gaza pode estar relacionado com o facto de Gaza ser a província do país que envia maior número de trabalhadores para as minas da África do sul e que por conseguinte apresenta níveis mais profundos de intercâmbio com a África do sul. A província de Niassa no Norte do país por possui a menor taxa de prevalência.

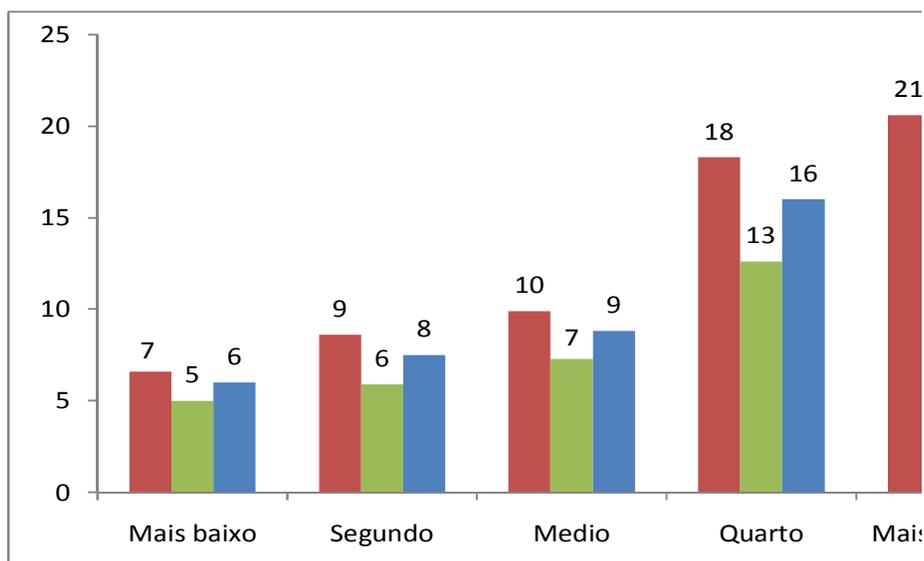
Gráfico 51: Prevalência do HIV em adultos 15-49 anos, por província, Moçambique, 2009



Fonte: INSIDA, 2009

Olhando para a prevalência de infecção por HIV/SIDA por sexo e também nos diferentes quintis de riqueza em Moçambique em 2009, pode-se observar que a taxa de prevalência era maior em Mulheres do que nos homens em todos os quintis de riqueza. O mais surpreendente é notar que a diferença de prevalência entre mulheres e homens dentro dos quintis de riqueza é cada vez maior quanto mais alto for o nível de riqueza em que as pessoas se encontram. Outro aspecto importante a observar é que o nível de prevalência de infecção de HIV/SIDA aumenta à medida em que o nível de riqueza aumenta.

Gráfico 52: Prevalência do HIV em adultos 15-49 anos, por quintil de riqueza e sexo, em Percentagem, Moçambique, 2009



[Fonte: INSIDA, 2009]

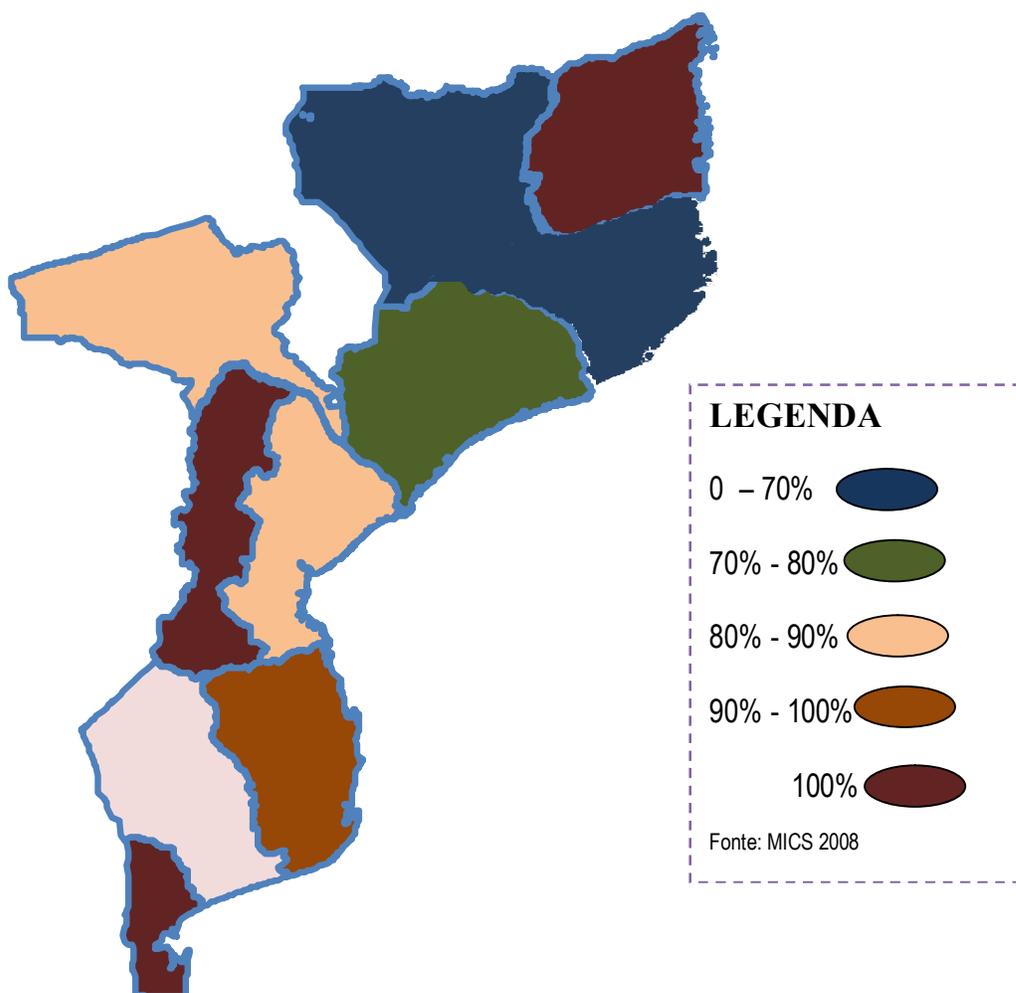
RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

Ao longo dos últimos anos registaram-se progressos no campo de prevenção, cuidados e tratamento. Várias acções são desenvolvidas na área preventiva, com destaque para a elaboração e implementação da Estratégia de Aceleração da Prevenção (EAP) – aprovada pelo Conselho de Ministros e o aconselhamento e testagem para o HIV que atinge cada vez, maior número de pessoas. A expansão de aconselhamento e testagem em saúde, tanto no contexto clínico como ao nível comunitário permitiu que houvesse um crescimento no número de pessoas testadas, durante o ano de 2009.

Com efeito foram atendidos nas Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS) cerca de 602.171 e testadas 528347, das quais 128.403 acusaram positivos nas 359 unidades que prestam estes serviços. Em Aconselhamento e Testagem em Saúde Comunitária (ATSC) foram atendidos cerca de 260 utentes e testados 232143 dos quais 17.934 acusaram positivo.

Relativamente ao programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) o número de US oferecendo o serviço de PTV expandiu e atingiu em 2009, 832 unidades, contra 744, em 2008. Assim, em 2009 foram atendidas pela primeira vez nas CPN com serviços de PTV, 888.861 mulheres grávidas (712 768 atendidas em 2008). O número de mulheres grávidas aconselhadas e testadas nestas US, também aumentou fixando-se em 649820 (73,1%) em 2009, contra 511972 (71,8%) em 2008. Enquanto isso, até Dezembro de 2009, 66615 mulheres grávidas haviam recebido tratamento Anti-retrovirais para a prevenção da transmissão vertical, correspondendo a 45,8% do total de mulheres grávidas HIV positivas estimadas no país. Em 2008, foram 46.848 as mulheres grávidas que receberam tratamento Anti-retroviral (32,1% do total).

Figura 4 Percentagem de Unidades Sanitárias com Consulta Pré-natal e Prevenção de Transmissão Vertical, Setembro de 2009.



6.1.2 Tratamento Anti-Retroviral

O Tratamento Anti-retroviral (TARV) tem vindo a crescer tanto em número de unidades sanitárias como em pacientes em tratamento, incluindo crianças menores de 15 anos. Até 30 de Dezembro de 2009 havia 156.688 adultos e 13.510 crianças com menos de 15 anos de idade em TARV, totalizando 170. 198 pacientes em TARV.

Registou-se um aumento acelerado no número de locais que prestam tratamento anti-retroviral. Até Dezembro de 2009 existiam 222 unidades sanitárias com serviços de tratamento anti-retroviral e 221 destas unidades (99.5%) faziam tratamento anti-retroviral às crianças seropositivas, comparado com 188 de 213 (88%) em 2008 e 148 de 211 locais (70%) em 2007.

Quadro 13: Número de Unidades sanitárias que oferecem Tratamento anti-retroviral (TARV)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de Unidades Sanitárias que oferecem TARV	24	38	156	211	213	222
<i>Quaternárias</i>	24	24	11	10	10	10
<i>Secundárias</i>	0	14	36	39	40	39
<i>Primárias</i>	0	0	109	162	163	177

Fonte: MISAU

Dos 242.854 pacientes registados que entraram para o TARV como novos (230.181) ou reiniciando (12.673) desde o início da provisão de tratamento no fim de 2003, para o fim de 2009, 3% foram suspensos (6.269), 17% foram abandonos (39.098), e 8% morreram (18.794).

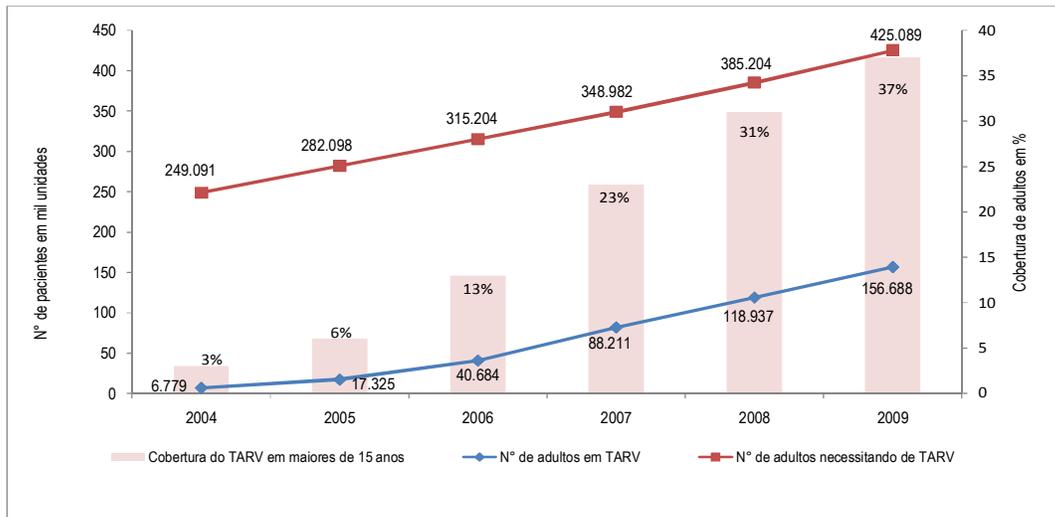
A percentagem de unidades de sangue reactivas ao HIV decresceu de 8,3% (2003) para 5,6 % (2009). Esta foi inferior à prevalência nacional estimada do HIV em adultos.

A percentagem de unidades de sangue reactivas à sífilis e à hepatite B reduziu nos últimos anos e têm sido inferiores à prevalência do HIV nos dadores de sangue, com excepção do ano passado em que prevalência da hepatite B foi superior à do HIV.

Tratamento Anti-Retroviral para Adultos

Em relação ao TARV para adultos, o gráfico 53 destaca a expansão dos serviços e cobertura entre 2004-2009. No final de 2009, a meta do sector (MISAU) de 148 500 pacientes adultos em TARV foi ultrapassada em 8.188 pacientes, com os 156 688 pacientes adultos efectivamente em TARV. Baseado em estimativas de necessidades de tratamento calculadas usando o pacote de projecções da Spectrum cerca de 37% de adultos necessitando tratamento estava em TARV.

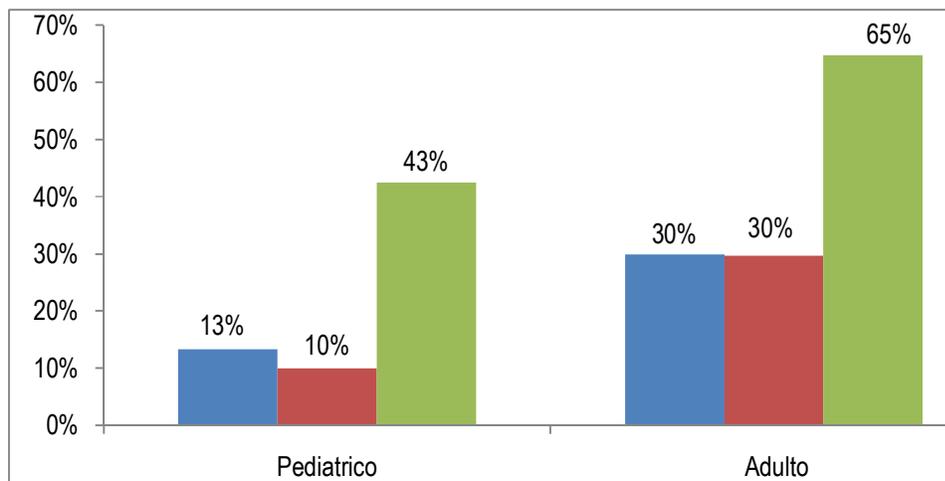
Gráfico 53 – Acesso, necessidade e cobertura do tratamento Anti-Retroviral em pacientes maiores de 15 anos em Moçambique, 2004-2009



Fonte: MISAU

Embora este seja um sucesso impressionante para um programa nacional que está a prestar serviços de tratamento e cuidados há apenas seis anos, a equidade na distribuição da cobertura do TARV nas diferentes regiões de Moçambique é uma questão preocupante. Como se ilustra no gráfico 54, as províncias do Centro e Norte têm menos de metade da cobertura de TARV, comparativamente à região Sul, onde se localiza a capital.

Gráfico 54: Cobertura de Tratamento Anti-Retroviral por região, em doentes adultos e pediátricos, em 2009

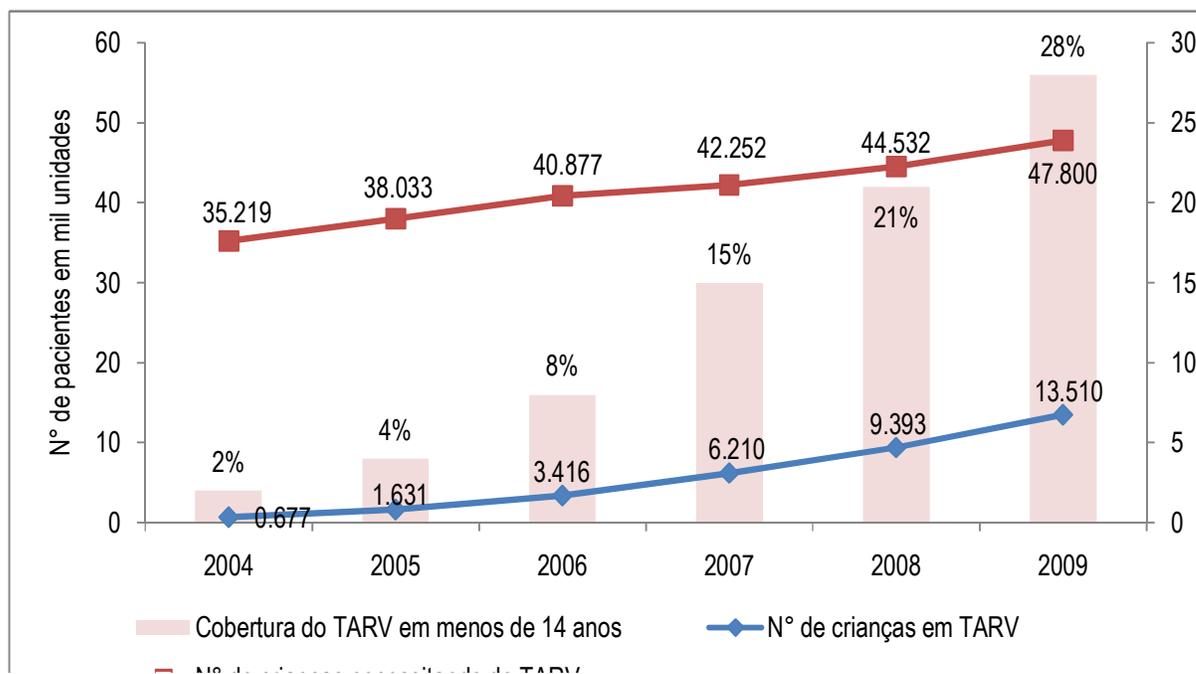


Fonte: MISAU

Tratamento Anti-Retroviral Pediátrico

Moçambique já tem um longo percurso na expansão dos serviços pediátricos de tratamento anti-retroviral desde o início do programa em 2004. Neste curto período, o número de crianças menores de 15 anos de idade, em tratamento no país, aumentou de menos de 677 em 2004 para 13.505 no final de 2009. O que representa uma cobertura de 28% de crianças elegíveis pelo Ministério de Saúde, com base na aplicação do modelo Spectrum.

Gráfico 55: Acesso, necessidade e cobertura do tratamento anti-retroviral em menores de 14 anos em Moçambique, 2004-2009



Fonte: MISAU

As projecções oficiais do Ministério da Saúde (MISAU) foram actualizadas para o relatório UNGASS à luz das alterações introduzidas no MISAU relativamente aos critérios de elegibilidade para adultos e crianças. Em particular, estas últimas estimativas revelam uma redução da cobertura em crianças entre 2008 (21%) e 2009 (19%), em resultado das novas orientações do MISAU para tratamento pediátrico; contudo, o número absoluto cresceu de 9.393 em 2008 para 13.510 em 2009. Embora a cifra represente uma melhoria significativa desde a cobertura de 0,2% registada em 2004, a cobertura em tratamento para crianças está ainda muito aquém de ser satisfatória.

O tratamento anti-retroviral para crianças está sendo trazido de forma progressiva para perto das populações e está se expandido pelo país: em 2006, 68% de todas as crianças que recebiam tratamento viviam nas quatro províncias do sul do país, e 55% viviam na cidade de Maputo. Em 2008, as províncias do

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

sul tinham 56% de todas as crianças em tratamento anti-retroviral e a cidade de Maputo tinha 33%. Igualmente, em 2009 as províncias do sul representavam 57% de todas as crianças em TARV, com Maputo representando 30%. Apesar da expansão para outras províncias, a distribuição geográfica das crianças com acesso ao tratamento é ainda não equitativo: Na região Sul do país, aproximadamente metade das crianças que necessitam de tratamento anti-retroviral tem possibilidades de aceder ao tratamento, enquanto a percentagem de necessidades não atendidas é muito maior nas regiões Centro e Norte.

Foi feito um ajustamento para as metas do tratamento pediátrico entre 2008 e 2009. No PARPA II, foi acordada uma meta inicial de 50% de cobertura até 2009, acompanhada por um aumento de centros de tratamento pediátrico de 34 em 2005 para 150 em 2009, com particular enfoque na expansão dos serviços nas províncias do Centro e Norte do país.

Em 2008 o Ministério da Saúde decidiu reduzir drasticamente as metas pediátricas em resposta ao agravamento do défice entre os resultados esperados e os progressos alcançados em 2007 e 2008. Dando seguimento a avaliação do progresso alcançado e uma análise do número de novas crianças que iniciaram o TARV no ano anterior, o Ministério da Saúde reduziu a meta de 2009 em relação a meta estabelecida anteriormente no PARPA II de uma cobertura de 50% para 24% ou 11.500.

Em 2009, em seguimento a adopção por Moçambique das directivas para o tratamento anti-retroviral e a expansão do *Early Infant Diagnosis* através da instalação de duas máquinas de PCR nas regiões Centro e Norte do país, o Ministério da Saúde, em colaboração com parceiros de implementação, decidiu elevar as metas do TARV pediátrico para 2010-2014 (Quadro abaixo).

Quadro 14: Metas revistas de HIV Pediátrico de 2009, Ministério da Saúde, Moçambique

	2010	2011	2012	2013	2014
Crianças em tratamento anti-retroviral	19.426	23.818	29.058	34.258	39.743
Proporção das Crianças no TARV sob o total	9,9%	10,7%	11,4%	11,9%	12,3%

Mesmo representando uma melhoria, estas metas revistas continuam muito abaixo das metas originais do PARPA II (50 por cento de cobertura em 2009) e mais longe do compromisso em relação ao acesso universal.

Enquanto no passado alguns Hospitais Dia tinham um espaço dedicado aos pacientes pediátricos e outros que oferecem consultas para crianças em certos períodos, desde 2008 a política do MISAU é pela integração do tratamento de crianças seropositivas nos serviços TARV geral.

Até a data, na maioria das US o TARV pediátrico é iniciado por médicos. Os técnicos de medicina, que inicialmente foram treinados em 2006 para iniciar a primeira linha “standard” de protocolo de adultos e

fazer acompanhamento directo aos pacientes em tratamento, e daí em 2007 serem permitidos iniciar uma primeira linha alternativa de tratamento e o tratamento para mulheres grávidas e pacientes com tuberculose (TB). Está-se agora planificado a formação/reciclagem dos mesmos em TARV pediátrico. Foram desenvolvidos pacotes de formação em TARV pediátrico para estes técnicos e uma formação de formadores (FdF) está planificada para o primeiro trimestre de 2010.

O TARV Pediátrico em Moçambique inicialmente baseava-se no uso de xaropes individuais. Moçambique mudou de abordagem em 2009 e optou por combinações de dose fixa pediátrica que são mais baratas, fáceis de administrar, mais duráveis e com uma eficácia equivalente.

Os serviços de identificação, referência e retenção de crianças infectadas pelo HIV nos cuidados e em tratamento são fracos/pobres. Ligações entre os vários pontos de entrada para crianças infectadas pelo HIV são ainda fracos e inconsistentes e a todos níveis de unidades sanitárias, os sistemas de referência entre os serviços de cuidados pediátricos existentes requerem um fortalecimento significativo. Na linha da frente do tratamento, não existe actualmente um sistema para identificar a exposição ou infecção ou o estágio da infecção das crianças que vem receber a vacinação ou das que se apresentam para o tratamento ambulatorio.

Em termos de integração de serviços, os protocolos para a gestão integrada da doença neonatal e infantil (AIDNI) foram actualizados para incluir o HIV / SIDA e a divulgação ocorreu em 2008.

Disponibilização de preservativos

A disponibilização do preservativo conheceu um crescimento acentuado em 2009 comparativamente ao ano anterior. O facto deveu-se a melhoria da capacidade logística e de gestão na distribuição de preservativos a todos os níveis, sobretudo nas zonas rurais, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), *Population Services International* (PSI), *Department for International Development* (DFID). Outros aspectos contribuíram para o aumento da disponibilidade do preservativo como é o exemplo do estabelecimento de grupos multisectoriais a nível central e provincial de preservativo, liderados e/ou coordenados pelos Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA (NPCS's), Direcção Provincial da Saúde (DPS's), e com a participação das Organizações Não Governamentais (ONG's), sectores público e privado. As capacitações providenciadas aos formadores provinciais sobre o preservativo feminino contribuíram também para o aumento da disponibilidade deste.

Dos 93.600.034 preservativos masculinos projectados para 2009, 88.257.368 masculinos e 922.950 femininos foram distribuídos. Deste modo houve um aumento de 54,4%, na distribuição de preservativos em

2009, o significa em números absolutos 89.180.318 preservativos em 2009 contra 48.527.329 distribuídos no ano transacto.

Desafios para o alcance das metas de 2015

Para o alcance das metas de 2015, o país deve:

- Focalizar acções direccionadas para os Grupos de Alto Risco (GAR); e para as pessoas em relações estáveis (um único parceiro);
- Promover e massificar o uso consistente do preservativo feminino e masculino; Desenvolver estratégias de comunicação específicas para mudança social e de comportamento;
- Continuar com a expansão do TARV pediátrico e Adulto com qualidade; Diminuição da desigualdade regional do acesso aos cuidados e tratamento de HIV;
- Realizar o reforço institucional e a formação dos profissionais de saúde em avaliação nutricional e em sistemas de referência, bem como montar a distribuição comunitária e o sistema de monitoria da “cesta básica” (cesta com alimentos básicos).
- Reduzir o tempo entre o diagnóstico de HIV e o início do TARV e fortalecer os vínculos entre os serviços para reduzir os abandonos e oportunidades perdidas.
- Continuar a assegurar a implementação de um pacote pediátrico integral, que inclui um forte apoio psicossocial à criança, apoio aos pais e pessoal de suporte e acima de tudo sensibilizar para a adesão ao TARV e cuidados. Nos casos em que isso não é possível, seguir o modelo do pacote mínimo pediátrico como base para a expansão em Centros de Saúde.
- Fortalecer a capacidade dos trabalhadores de Saúde das unidades sanitárias e da comunidade sobre nutrição e HIV, particularmente em relação à selecção de doentes com base em medições antropométricas, monitoria, seguimento e avaliação.

Factores positivos no progresso dos indicadores

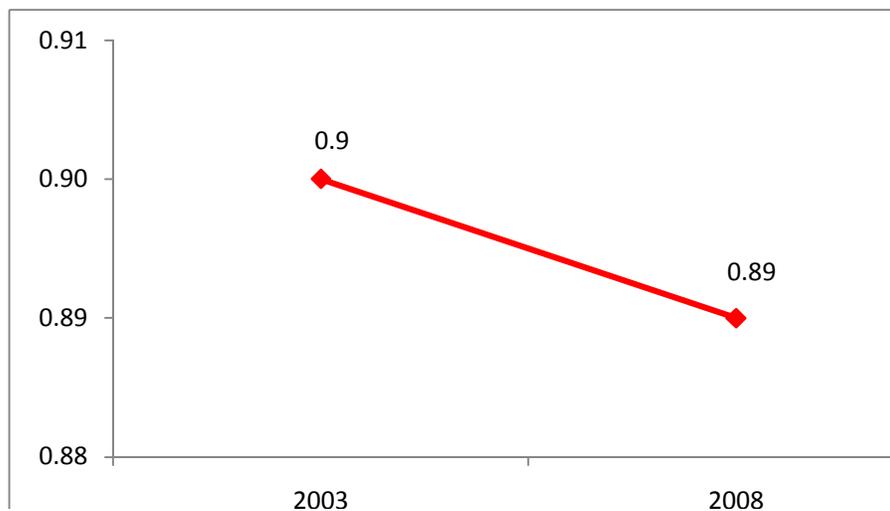
- Como resultado do grande comprometimento do Governo na luta contra o HIV/SIDA, Moçambique aprovou dois importantes instrumentos que são usados como guia para traçar acções de combate a esta doença a nível Nacional, nomeadamente a Estratégia de Aceleração da Prevenção (em finais de 2008) e o Plano Estratégico Nacional III para o combate a pandemia (em 2010). A estratégia de apoio nutricional para as Pessoas Vivendo com HIV/ SIDA e outras doenças crónicas (aprovada pelo Governo em 2007) começou já a ser operacionalizada durante o ano de 2009.
- Foram também ao nível de várias instituições governamentais aprovados planos sectoriais para o combate da epidemia com destaque para a aprovação da Estratégia de Combate ao HIV/SIDA na Função Pública 2009-2013.
- Há melhorias significativas na recolha, análise e desagregação de dados ao nível do sector e muito em particular na área do TARV. Todos os 222 sítios de tratamento fornecem os dados desagregados por sexo e por idade (adultos 25 anos ou mais velhos, adolescentes 15-24, e crianças menos de 15 anos) no número de pacientes que entraram para o tratamento como novo, transferindo, ou reiniciando. Além disso, os dados são também colhidos em relação ao número de pacientes que interrompem o tratamento devido à morte, abandonos, à suspensão, e transferidos.
- O Sistema de Informação da Saúde (SIS) que permite a recolha, agregação, análise, e a disseminação de dados relevantes aos cuidados e tratamento estavam centralizados no Ministério da Saúde até finais de 2007, uma tarefa que se ficou cada vez mais difícil dada a expansão rápida de locais e do número de beneficiários do tratamento entre 2006 e 2007. Dada esta demanda crescente para o SIS no Ministério da Saúde a nível central, o SIS está sendo descentralizado para os níveis provincial e distrital a partir de 2008 através do treino da equipas técnicas de todas as províncias na introdução gestão do SIS, Planificação e monitoria e avaliação.

Efeitos do HIV/Sida

Uma das formas de medir o efeito do HIV/ SIDA é avaliando o rácio entre órfãos de pai e mãe (duplo órfão) pelo HIV/SIDA e não órfão nas escolas. O gráfico 56 ilustra a dinâmica desse factor entre 2003 a 2008 em Moçambique. O mesmo gráfico indica que o rácio entre duplo órfãos pelo HIV/SIDA e não órfãos nas escolas em Moçambique era de 0.9 em 2003 e de 0.89 em 2008 (um decréscimo de 0.01). Facto importante em relação à essa estatística é que ela é relativamente alta. A estatística diz-nos que existiam

aproximadamente um duplo órfão pelo HIV/ SIDA em cada não órfão nas escolas em Moçambique entre 2003 e 2008, o que é bastante alarmante.

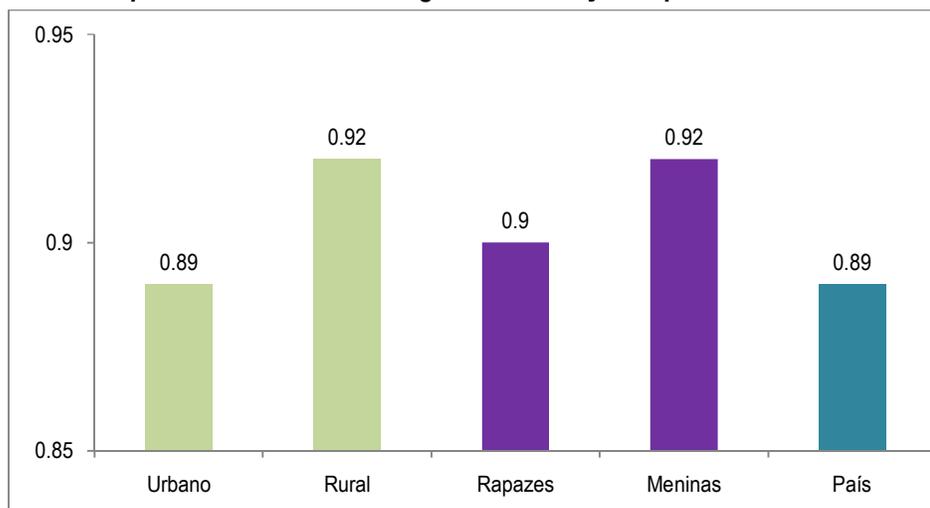
Gráfico 56: Rácio entre duplo órfãos e não órfãos em crianças de 10-14 anos de idade que frequentam escolas em Moçambique 2003-2008



Fonte: MICS 2008

O gráfico 57 ilustra o rácio entre duplo órfãos e não órfãos em crianças de 10-14 anos de idade em função da área de residência e sexo dos estudantes. Neste gráfico, pode-se notar que não obstante o facto de o rácio ser alto na escala nacional (0.89) ele é ainda maior nas áreas rurais (0.92) e entre crianças do sexo feminino (0.92).

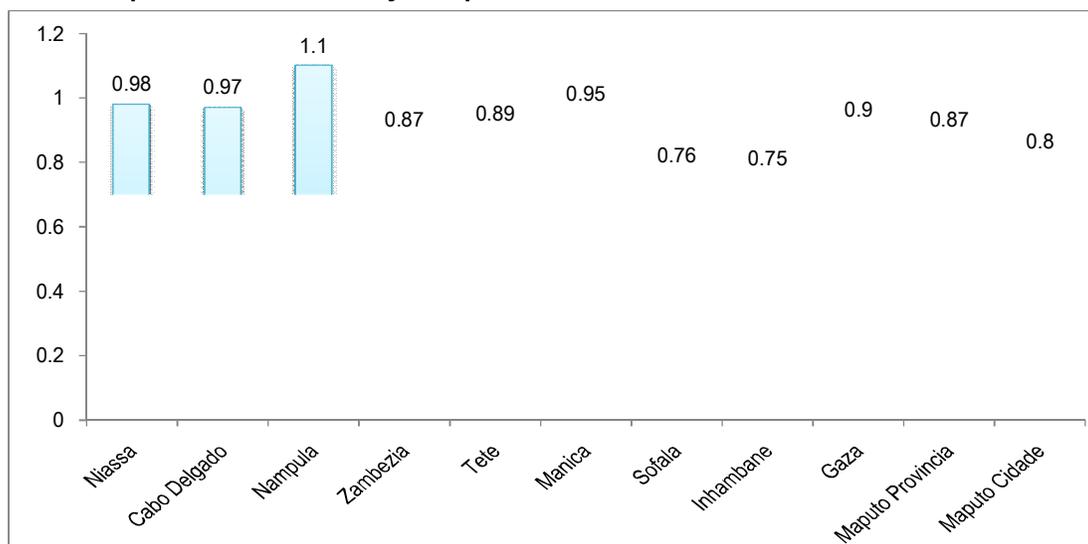
Gráfico 57: Rácio entre duplo órfãos e não órfãos em crianças de 10-14 anos de idade que frequentam as escolas por área de residência e género em Moçambique em 2008



Fonte: MICS 2008

Olhando para a distribuição por província do rácio de duplo órfãos por não órfãos em Moçambique em 2008 (Gráfico 58), nota-se que ele varia de 0.75 a 1.1. O rácio é maior na província de Nampula (a província mais populosa de Moçambique) como o rácio de 1.1 e é menor na província de Inhambane com o rácio de 0.75. É importante salientar que o rácio de duplo órfãos por não órfãos que a província de Nampula apresenta é maior que uma unidade significando que há mais duplo órfãos que não órfãos nas escolas da província de Nampula. Esta é uma situação alarmante considerando que a província de Nampula é a mais populosa do país e têm consequentemente uma relativa influência no futuro da população de Moçambique.

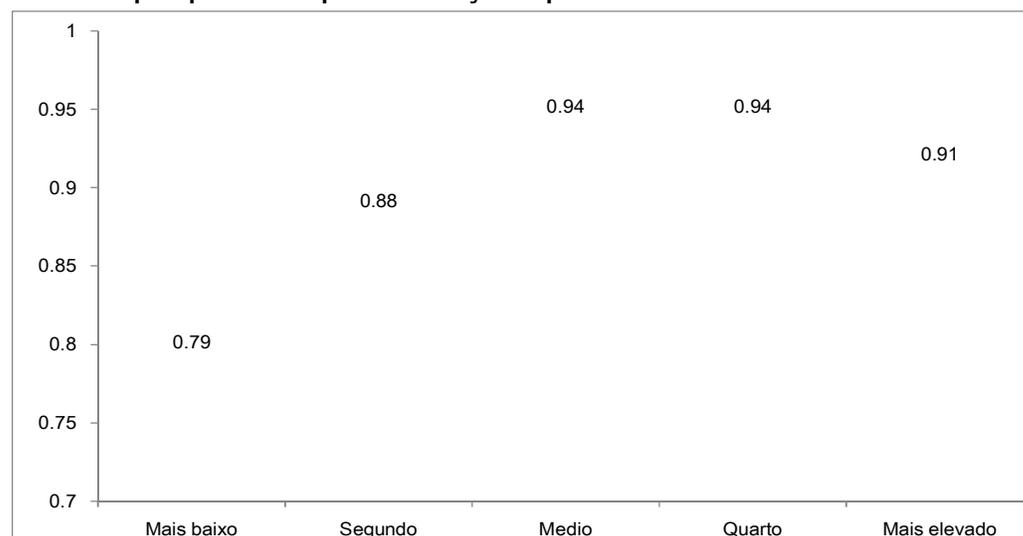
Gráfico 58: Rácio entre duplo órfãos e não órfãos em crianças de 10-14 anos de idade que frequentam as escolas por Províncias em Moçambique em 2008



Fonte: MICS 2008

No que concerne a distribuição do rácio do duplo órfãos por não órfãos de 10-14 anos de idade nas escolas de Moçambique por quintil de riqueza das famílias das crianças (gráfico 59), nota-se curiosamente que o rácio é maior nos quintis de riqueza mais altos (quintil de riqueza médio, segundo mais alto e mais alto) com respectivamente 0.94, 0.94, 0.91 do que nas famílias de quintis de riqueza mais baixos (quintil de riqueza mais baixo e o segundo quintil mais baixo) com rácios de 0.79, e 0.88 respectivamente.

Gráfico 59: Rácio entre duplo órfãos e não órfãos em crianças de 10-14 anos de idade que frequentam as escolas por quintil de riqueza em Moçambique em 2008



Fonte: MICS 2008

6.2 Malária

Avaliação Rápida	Situação em Números	1997	2003	2008	2009	2015
A meta será atingida? Potencialmente	Indicador / Ano					
	Prevalência e taxas de letalidade associadas à malária	nd	58%	52%	47%	35%
Situação do ambiente	Taxa de incidência da malária em crianças menores de 5 anos de idade (por 10.000)	nd	134/	108	94	80
	Proporção da população que usa medidas efectivas de prevenção	nd	15	35	42	60
	a) Pulverização intradomiciliária (PIDOM)					
Fraca mas a melhorar	b) Redes mosquiteiras	nd	8.7	15	25	80
	Prevalência e taxas de fatalidade associadas à tuberculose	nd	11.0	nd	nd	6.0
	Prevalência e taxas de legalidade associadas à tuberculose (em número) por 100.000 habitantes	nd	636	624	504	144
	Proporção de casos curados	82 b)	81 c)	82	82	85
	Proporção de casos de tuberculose detectados e no âmbito do DOTS	50 b)	47 c)	50	53	80

b) Dados de 2006 c) Dados de 2007

Situação e Tendências

A malária ainda constitui um grande problema de saúde pública em Moçambique. Embora se registre uma diminuição da taxa de letalidade por malária verificada nos últimos anos, esta doença ainda constitui uma das principais causas de morbi - mortalidade. A taxa de prevalência em crianças menores de cinco anos de idade varia entre 35% e 60% e destas crianças, mais de 80% apresentam-se com anemia, uma das principais complicações da malária. Durante a gravidez a malária é também um grande factor de risco. Constitui umas das principais causas de prematuridade e/ou baixo peso à nascença, cerca de 35% das mulheres grávidas estão parasitadas e mais de 60% têm anemia associada. O peso da doença é enorme;

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

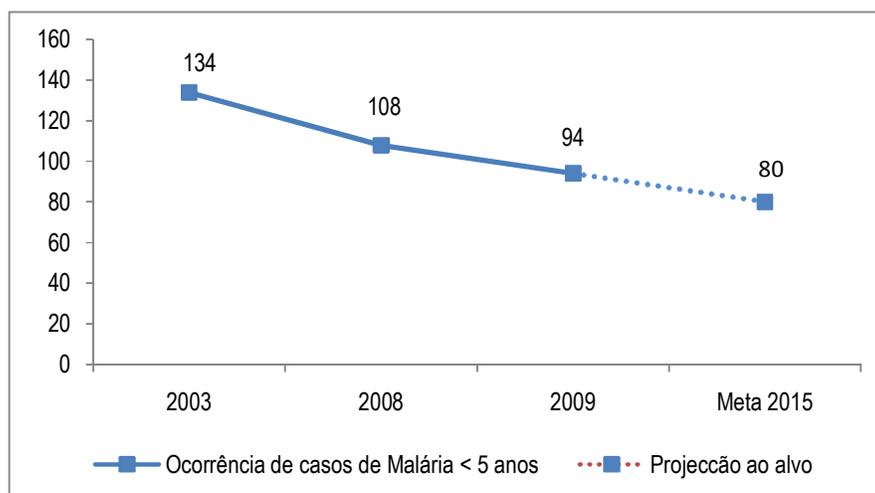
cerca de 45% de todos os casos observados nas consultas externas e aproximadamente 56% de internamentos nas enfermarias de pediatria são devidos à malária. Embora com tendência a diminuir, a taxa de mortalidade por malária ainda é bastante alta. A malária contribui com cerca de 26% das mortes hospitalares e em 2009, o cenário não se alterou, tendo se registado 27% das mortes.

As principais intervenções que contribuíram para a redução do peso da doença no país, foram as pulverizações intra-domiciliárias que em 2009 atingiram uma cobertura de 42%, sendo que das casas planificadas se obteve uma cobertura de 85% e a população protegida foi de 83%; a protecção individual através da distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas de longa duração, tendo para o efeito sido distribuídas 838.130 redes às mulheres grávidas em todo o país perfazendo uma cobertura de 76,6%, o diagnóstico rápido e tratamento adequado dos casos, o Tratamento Intermitente Presuntivo (TIP) das mulheres grávidas que em 2009 teve uma cobertura de 51,1%, e a sensibilização das comunidades em relação às estratégias de prevenção e mudança de comportamento em relação à procura de cuidados médicos.

De acordo com o gráfico 60 a ocorrência de casos de malária por cada 10 000 crianças em Moçambique está mostrando uma tendência decrescente de 2003 a 2009. A taxa era de 134 em 2003 e ela decresceu para 94 em cada 10 000 crianças em 2009. O decréscimo foi de 5 casos por ano, o que significa que a esta velocidade até 2015 o país terá ultrapassado a meta do objectivo do milénio (80 casos em 10 000 crianças).

O decréscimo de casos de malária no país está relacionado com vários esforços do Governo, da sociedade civil e de parceiros de desenvolvimento de Moçambique no combate à malária. Um desses esforços é a disponibilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas.

Gráfico 60: Ocorrência de casos de Malária em menores de 5 anos por cada 10 000 crianças Moçambique 2003-2009

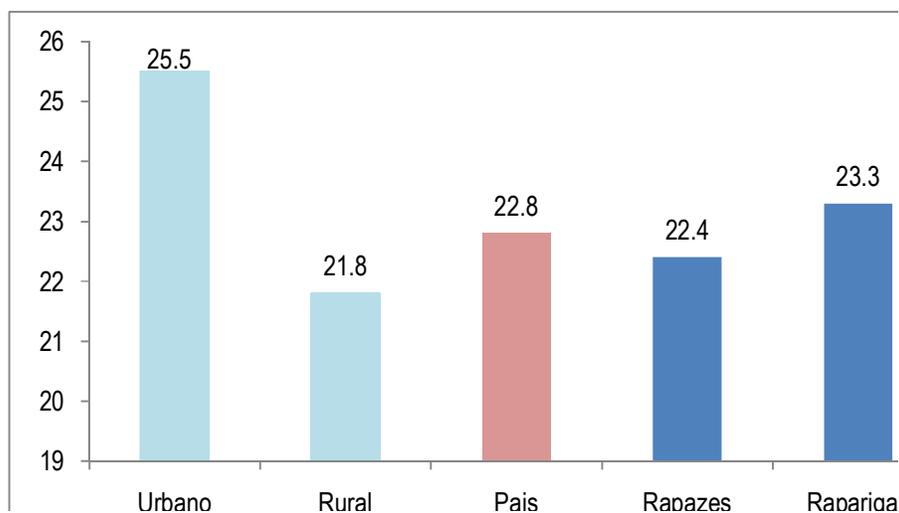


Fonte: MICS 2008

Cobertura de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas

O Gráfico 61 mostra a percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem sob uma rede mosquiteira em Moçambique em função do local de residência, e género. Os dados mostram que a percentagem crianças usando redes mosquiteiras é maior no meio urbano (25.5%) que no meio rural (21.8%); e é maior em raparigas (23.3) que em rapazes (22.4%).

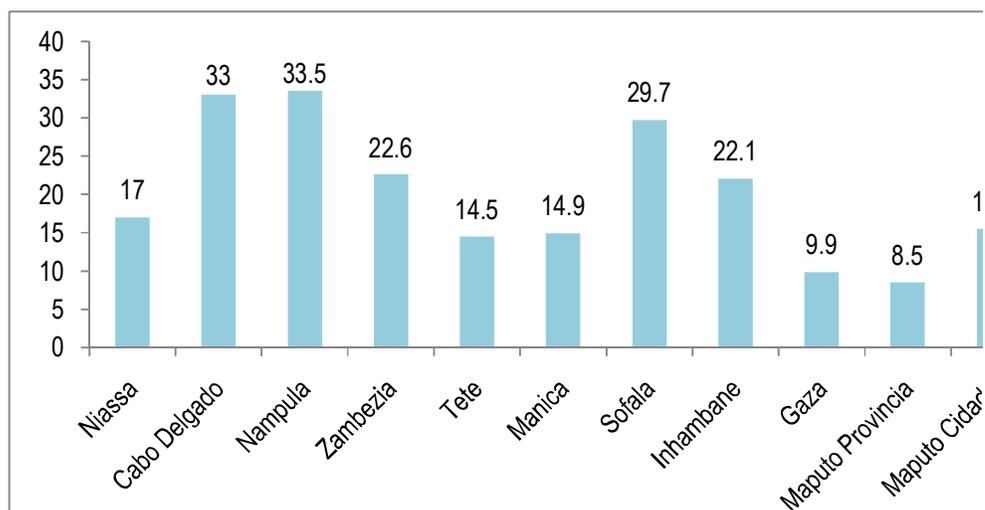
Gráfico 61: Percentagem de Menores de 5 anos dormindo sob redes Mosquiteiras tratadas com insecticidas por local de residência e género em Moçambique, 2008



Fonte: MICS 2008

Comparando a percentagem de menores de 5 anos dormindo sob uma rede mosquiteira tratada com insecticida em Moçambique, nota-se que a percentagem é maior na província de Nampula (33.5%) e é menor na província de Maputo (8.5%). É importante notar que o nível de variação da percentagem de menores de 5 anos dormindo sob uma rede mosquiteira entre províncias é relativamente grande. Ela é de um dígito nas províncias de Gaza e Maputo e está acima dos 30% em Nampula e Cabo Delgado e é também importante notar que nenhuma das províncias do país tem uma percentagem de menores de 5 anos dormindo sob uma rede mosquiteira acima dos 50%.

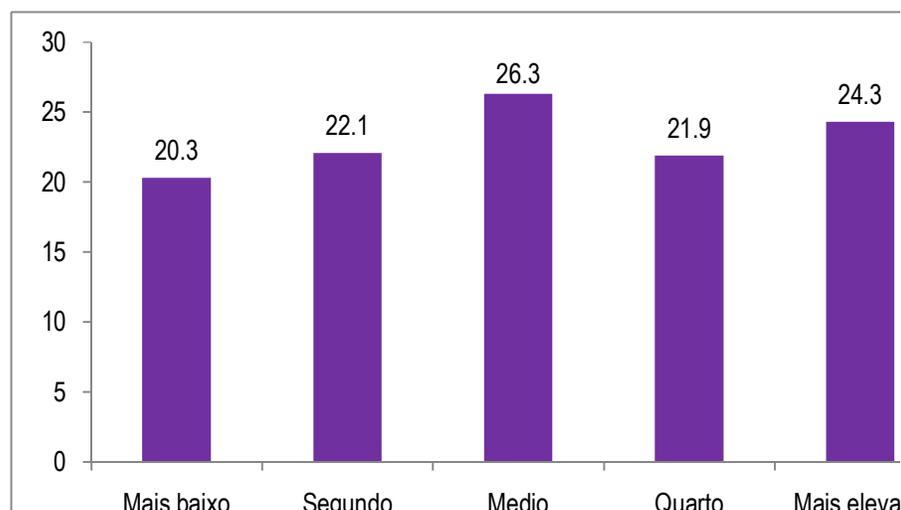
Gráfico 62: Percentagem de Menores de 5 anos dormindo sob redes Mosquiteiras tratadas com insecticidas por província em Moçambique, 2008



Fonte: MICS 2008

Comparando a percentagem de menores de 5 anos dormindo sob uma rede mosquiteira tratada com insecticida entre os quintís de riqueza em Moçambique, nota-se a distribuição destas é maior no quintíl de riqueza médio (26.3) e é menor no quintíl de riqueza mais baixo 20.3%. Nota-se que a diferença das percentagens de menores de 5 anos dormindo sob uma rede mosquiteira entre os quintís de riqueza é de menor 6.1% apenas. Tirando o facto de a menor percentagem de menores de 5 anos dormindo sob rede mosquiteira tratada com insecticida estar no quintíl de riqueza mais baixo, o nível de riqueza das famílias aparenta não influenciar o nível da percentagem de crianças dormindo sob redes mosquiteiras tratadas com insecticida.

Gráfico 63: Percentagem de Menores de 5 anos dormindo sob redes Mosquiteiras tratadas com insecticidas por quintil de riqueza das suas famílias em Moçambique, 2008



Fonte: MICS 2008

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Constitui principal constrangimento para o alcance das metas de 2015, a fraca adesão das comunidades às campanhas de pulverização;
- Fraco nível de atendimento das mulheres grávidas às consultas pré-natais e a fraca cobertura das redes mosquiteiras.

Factores positivos no progresso dos indicadores

- Houve uma clara redução de casos e óbitos por malária em todo o país, resultante de acções conjugadas, nomeadamente o reforço da capacidade de diagnóstico e tratamento através das introduções dos testes rápidos da malária e formação dos clínicos no diagnóstico e manejo dos casos de doença;
- A introdução do tratamento intermitente da malária na mulher grávida;
- A expansão da pulverização intra-domiciliária e massificação da distribuição de redes mosquiteiras.
- O programa nacional de controlo da malária elaborou o novo Plano Estratégico e o respectivo plano de monitoria e avaliação, o período 2010-2014
- O movimento anti-malária proporciona uma oportunidade para intensificar o combate a doença.

6.3 Tuberculose

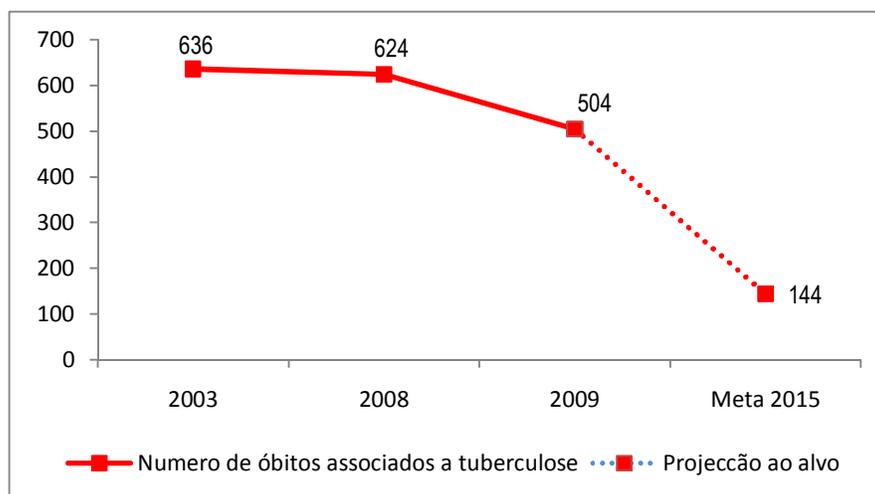
Situação e Tendências

Outro problema grave de saúde pública para Moçambique é a tuberculose. A meta com relação à esta doença até finais de 2015 é de baixar a sua prevalência de 298 para 149 casos por cada 100 000 habitantes e ainda reduzir a mortalidade de 36 para 18 mortes em cada 100 000 habitantes.

Os indicadores do programa revelam que em Moçambique no ano de 2009, 53% dos casos esperados foram diagnosticados e 82% destes casos foram curados. Enquanto a taxa de cura encontra-se muito próxima da meta estabelecida, a detecção dos casos ainda é um problema. No entanto alguns progressos foram alcançados nos últimos anos, com a expansão da Estratégia da Directa Observação do Tratamento (DOTS) cuja cobertura actual ao nível das unidades sanitárias é de 100%. Por outro lado, esta estratégia está em fase de expansão para a comunidade como forma de cobrir a população que se encontra nas zonas rurais mais remotas.

O impacto das várias acções traduziu-se na redução da prevalência de 636 casos por 100.000 habitantes em 2006 para 624 casos por 100.000 habitantes em 2008. A mortalidade também sofreu um decréscimo de 129 mortes em cada 100.000 habitantes em 2006 para 117 mortes em cada 100.000 habitantes em 2008. Apesar dos progressos, a Tuberculose (TB) continua a representar um sério problema de Saúde Pública no nosso país e o seu agravamento nos últimos anos resulta da associação com a pandemia do HIV/SIDA que constitui um dos maiores obstáculos, visto que mais de metade (66%) dos pacientes com TB são HIV positivos. No entanto, o aconselhamento e testagem a todos os pacientes com TB foi introduzido em 2006 e presentemente 84% dos pacientes com TB são aconselhados e testados para o HIV. No entanto o rastreio da TB aos HIV positivo é uma área que requer especial atenção.

Gráfico 64: Número de óbitos associadas à tuberculose por cada 100 000 habitantes em Moçambique 2003-2009



Fonte: MISAU

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Constitui o principal constrangimento, a baixa taxa de detecção de casos, devido ao fraco acesso aos serviços de Saúde e a fraca rede laboratorial.
- Por outro lado, a alta taxa de seroprevalência do HIV e a baixa cobertura do tratamento anti-retroviral para doentes co-infectados TB/HIV contribuem muito para alta mortalidade.

Desafios para o alcance das metas de 2015

- Continua expansão da Estratégia da Directa Observação do Tratamento (DOTS) até a comunidade, a melhoria, da capacidade diagnóstica através do aumento e reforço da rede laboratorial e ainda, a melhoria da implementação de intervenções para fazer face à co-infecção TB/HIV a todos os níveis.

Factores positivos do progresso dos indicadores

- Em Junho de 2007, o programa nacional de controlo da TB finalizou o novo Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose, desenhado para o período 2008-2012, que toma em linha de conta a magnitude do problema da TB e da TB associada ao HIV/SIDA a nível nacional. O Plano traça como principais objectivos melhorar o acesso equitativo aos cuidados e serviços de Tuberculose, no âmbito da Estratégia DOTS, da expansão das actividades TB/HIV e actividades de controlo da TB-MR, com especial ênfase aos grupos mais desfavorecidos, bem como aumentar e reforçar a rede laboratorial.
- Progressos foram alcançados nos últimos anos, com a expansão da estratégia DOTS cuja cobertura actual ao nível das unidades sanitárias é de 100%. Por outro lado, esta estratégia está em fase de expansão para a comunidade como forma de cobrir a população que se encontra nas zonas rurais mais remotas.
- O impacto das várias acções traduziu-se na redução da prevalência de 636 casos por 100.000 habitantes em 2006 para 624 casos por 100.000 habitantes em 2008. A mortalidade também sofreu um decréscimo de 129 mortes em cada 100.000 habitantes em 2006 para 117 mortes em cada 100.000 habitantes em 2008

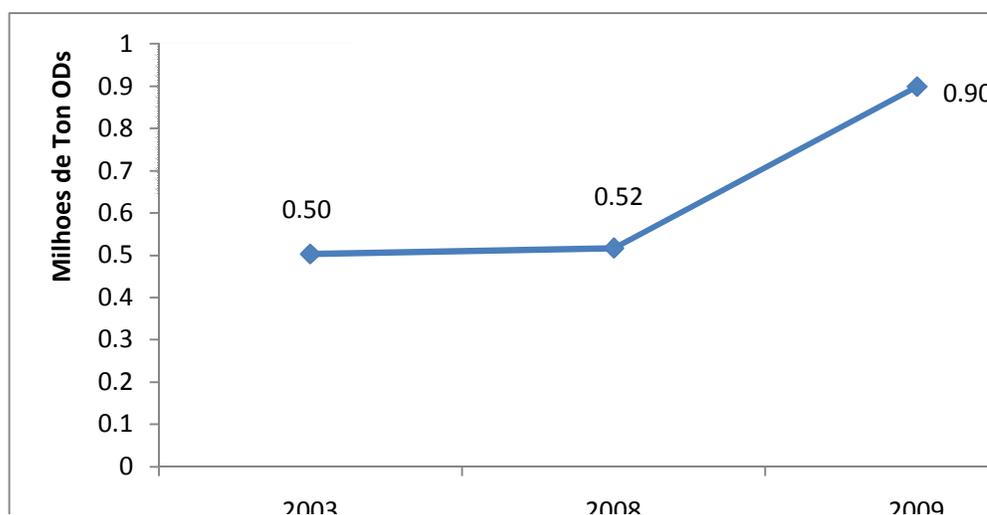
OBJECTIVO 7 – GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

Avaliação rápida	Situação em Números	2001	2003	2008	2009	2015
A meta será atingida? Potencialmente	Indicador / Ano					
	Proporção de terras cobertas por florestas	21,0	n/a	51	nd	
Situação do ambiente de apoio	Rácio de áreas protegidas por área de superfície	nd	12,6	nd	nd	
Fraca mas a melhorar	Uso de energia (equivalente a kg de combustível) USD per capita	2,8	nd	nd	nd	
	Consumo de Substâncias que destroem a camada de ozono (ton. ODs)	nd	503148	516751	898835	
	Hidroclorofluorcarbonetos (HCFs)	nd	nd	nd	46.5	
	Proporção da população com acesso a uma fonte de água melhorada, dos quais:	37,1%	36,2%	42,2%	56%	70%
	Total					
	Rural (%)	nd	nd	43,2%	54%	
	Urbana (%)	nd	nd	40%	60%	
	Proporção da população com acesso a saneamento melhorado, dos quais:					
	Total	41,1	40,0%		45%	50%
	Rural (%)	nd	nd	39,0%	39%	
	Urbano (%)	nd	nd	40,0%	50%	

7.1 Meio Ambiente

Situação e Tendências

Gráfico 65: Consumo de substâncias nocivas à camada de Ozono em Moçambique 2003-2009



Fonte: MICOA

O consumo de substâncias nocivas à camada do ozono tem vindo a crescer em Moçambique. Entre os anos 2003 e 2008 este consumo cresceu em 0.01 milhões de toneladas de ODs, ou seja de 0.5 milhões de ODs em 2003 para 0.52 Milhões de toneladas de ODs em 2008. E de 2008 a 2009 o relativo consumo de substâncias nocivas à camada do ozono em Moçambique conheceu um relativo aumento de 0,5 milhões de toneladas de ODs em 2008 para 0.9 milhões de ODs em 2009. Este comportamento do consumo de

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

substâncias nocivas ao ozono está em concordância com o crescimento económico que o país tem observado; com o aumento no uso de aparelhos de ar condicionado que o país observa, originado pelo incremento das temperaturas médias dos últimos tempos e pelo aumento de número de viaturas em circulação no país, entre outros.

Em resposta à ameaça a camada de ozono o Governo de Moçambique banuiu as importações dos Clorofluorcarbonetos (CFC's), através da Resolução 78/2009 de 22 de Dezembro. Contudo, existem grandes quantidades dos CFC's em stock a nível nacional, requerendo uma colecta e posterior destruição nos centros com tecnologias apropriadas.

Para a conservação da biodiversidade preconizou-se o estabelecimento de várias medidas de protecção para os habitantes sensíveis que resultaram num aumento da percentagem das áreas protegidas de 11% para 16% com a criação de novos parques nacionais e reservas incluindo ambientes marinhos e costeiros nomeadamente:

- Parque Nacional das Quirimbas, Parque Nacional do Limpopo e Parque Nacional do Chimanimani; Reserva marinha da Ponta de Ouro;
- Proclamação das novas Áreas de Conservação Transfronteiriço (ACTF) (Libombos, Grande Limpopo, Chimanimani);
- Restauração do Parque Nacional de Gorongosa;
- Proclamação do complexo de Marrromeu (contendo a Reserva de Marrromeu e 4 coutadas de caça) como um sítio Ramsar;
- Proposta de criação de novas áreas de conservação no Lago Niassa e nas Ilhas Primeiras e Segundas;
- Proposta de criação de novas ACTF do Rovuma (Moçambique e Tanzania), do Zimoza (Moçambique, Zimbabwe e Zâmbia);

No que concerne ao indicador da cobertura florestal, o inventário florestal de 2008 indica que a cobertura florestal em Moçambique é estimada em 51%. A taxa de Desmatamento foi calculada em 0,58%.

Nos últimos anos, o país conheceu um aumento substancial nos investimentos para a área de reflorestamento pelo Sector Florestal. Em 2009 foram reflorestados um total de 13 889 hectares, dos quais 13313 foram feitos pelo sector privado para fins industriais e para o sequestro de carbono. De acordo com a carteira de investimentos no sector de reflorestamento várias empresas têm estado a solicitar o Direito de Uso e Aproveitamento da Terra (DUAT) para plantações florestais com fins industriais.

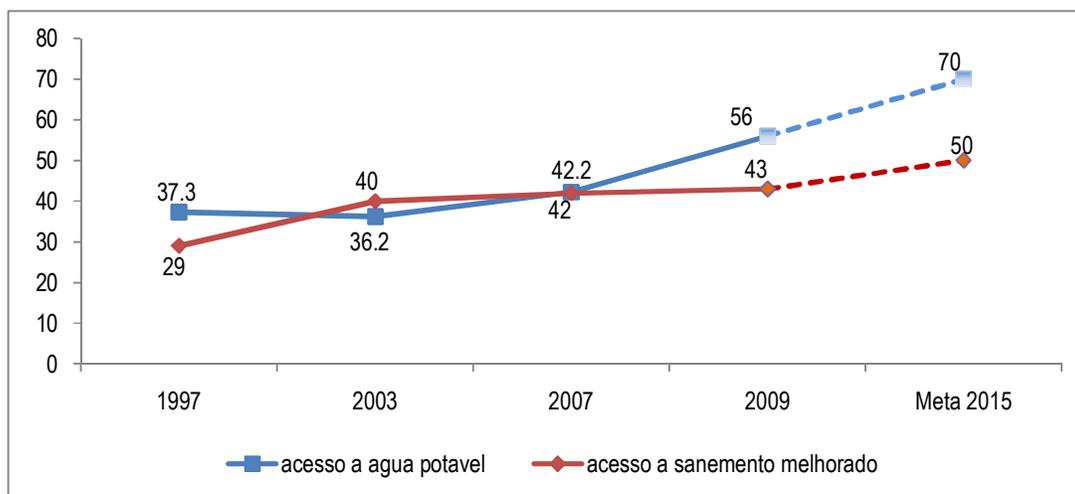
7.2 Cobertura de Água Potável e Saneamento Melhorado

Situação e Tendências

Segundo informações dos relatórios nacionais da Direcção Nacional de Águas de Moçambique (DNA) o objectivo da área de água e saneamento é de contribuir para a satisfação das necessidades humanas básicas, melhorar o bem-estar e reduzir a pobreza rural, através do aumento do uso e acesso aos serviços de abastecimento e água e saneamento. O objectivo intermédio é o de aumentar o acesso sustentável ao abastecimento de água e ao saneamento para respectivamente pelo menos 70% e 50% da população rural em 2015.

No âmbito da expansão do acesso sustentável à água potável, o país regista tendências de crescimento significativas conforme ilustra quadro 15. Neste contexto, a cobertura nacional em abastecimento de água potável passou de 37,3% em 1997 para 56,0% em 2009. Em relação ao saneamento, a cobertura nacional passou de 29,0% em 1997 para 43,0% em 2009. A este ritmo, em termos de acesso, Moçambique poderá atingir as metas de 2015, tanto para o acesso a água como para o saneamento melhorado.

Gráfico 66: Percentagem de acesso à água potável e saneamento melhorado em Moçambique, 1997-2009



Fonte: DNA

Em termos de acesso a água potável a nível rural, a cobertura passou de 40,3% em 1997 para 54,0% em 2009. Ao nível urbano, a cobertura de água duplicou de 1997 para 2009 passando de 30% para 60% respectivamente. Ao nível de saneamento, no meio rural, a cobertura passou de 25,3% em 1997 para 40% em 2009. Ao nível urbano a cobertura de saneamento melhorado atingiu 50% dos beneficiários.

Quadro 15: Cobertura Nacional em abastecimento de água potável e saneamento melhorado em Moçambique, 1997-2009.

Ano	Abastecimento de Água (%)			Saneamento (%)		
	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total
1997	40.3	30	37.3	25.3	38	29
2003	36.3	36	36.2	36.2	48.8	40
2007	43.2	40	42.2	39	47.3	42
2009	54	60	56	40	50	43
Meta 2015			70			50

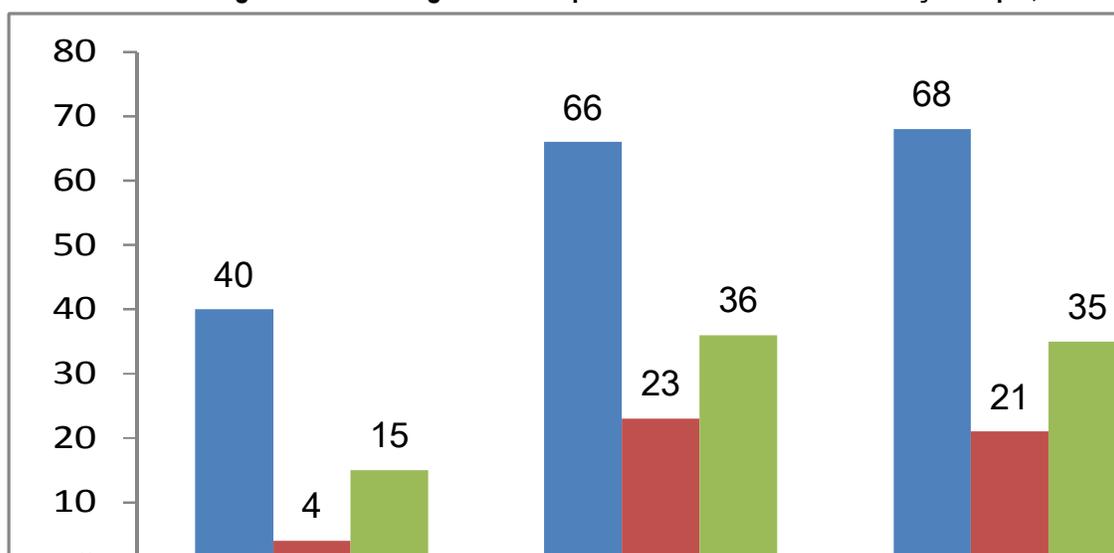
Fonte: Relatórios da DNA.

7.3 Taxa de uso de água potável

Situação e Tendências

Quanto ao aspecto do uso dos serviços de água e saneamento, os dados apresentados do censos (de 1997 e 2007) e do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS, 2008) indicam que apesar de haver avanços nesta área, as taxas do uso são significativamente diferentes das taxas de acesso aos serviços. Segundo estas informações, a taxa do uso de água no meio urbano era de aproximadamente 70% em 2008 representando um crescimento de cerca de 4% do que era em 2004. No meio rural, a taxa do uso da água potável em Moçambique era de cerca 23% em 2004 e de 30% em 2008 representando uma subida em 7% de taxa de uso de água no meio rural. Em termos globais a taxa de uso de água potável em Moçambique era de 36% em 2004 e 43% em 2008, significando que o crescimento foi de 1.75% de acréscimo de uso de água potável por ano em Moçambique.

Gráfico 67: Percentagem de uso de água Potável por área de residência em Moçambique, 1997-2008

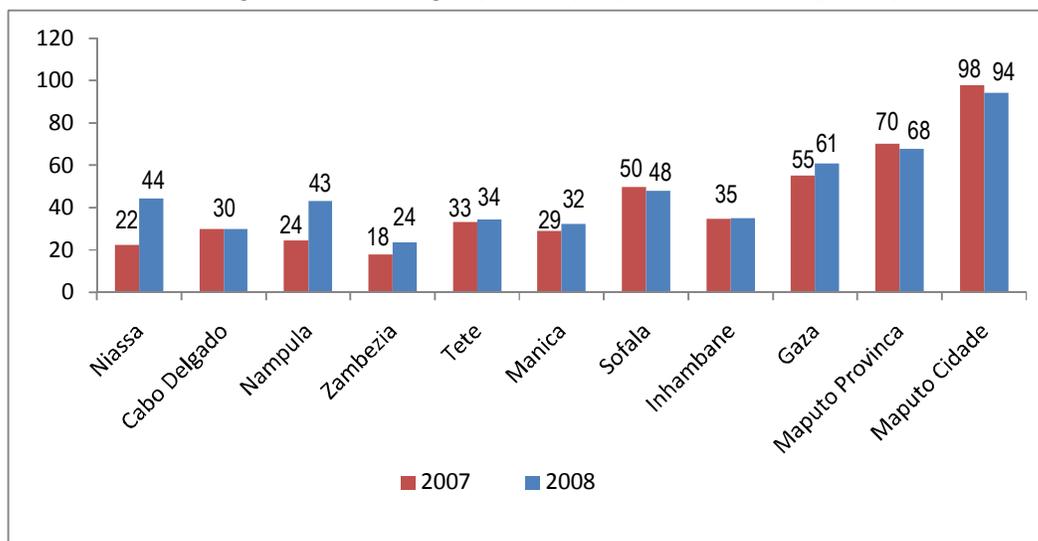


Fonte: Censo 1997, Censo 2007, MICS 2008

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

Em termos da taxa de uso da água potável ao nível do país em 2008 é importante notar que apenas as 3 províncias do sul do país, nomeadamente as províncias de Maputo, a cidade de Maputo e a província de Gaza tem taxas de uso de água potável acima de 50%. A cidade de Maputo é a que têm a maior taxa de uso de água potável com 94.3% enquanto a província da Zambézia (a segunda mais populosa do país) apresenta a taxa de uso de água potável mais baixa do país (24%). No geral pode-se notar que para a maior parte das províncias o uso de água potável cresceu.

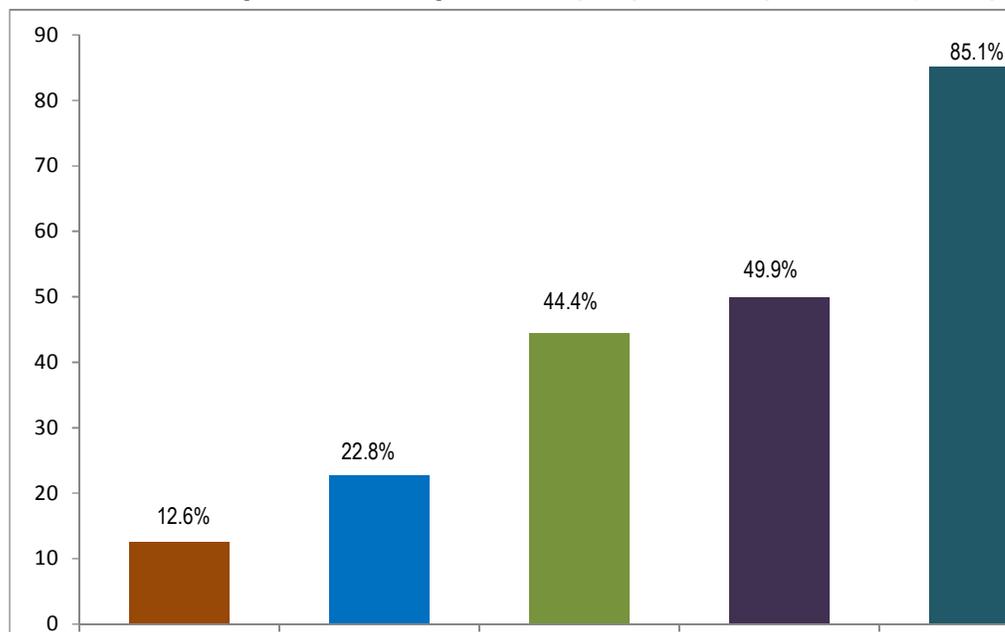
Gráfico 68: Percentagem de uso da água potável por província em Moçambique, 2007-2008



Fonte: Censo 2007, MICS 2008

Tomando em consideração o nível de riqueza dos beneficiários dos serviços de água potável, os dados do MICS 2008, mostram que as taxas de uso da água potável estão positivamente correlacionadas com o nível de riqueza do grupo alvo. O grupo com a maior taxa de uso de água potável é o do quintil de riqueza mais alto com uma taxa de 85.1%, e o grupo com menor taxa de uso de água potável é o do quintil de riqueza mais baixo com 12.6% de taxa de uso. E nos restantes grupos de riqueza, como são o segundo quintil de riqueza mais pobre; o quintil de riqueza médio e o quarto quintil mais rico, as taxas de uso de água potável são de 22.8%; 44.4%; e 49.9% respectivamente.

Gráfico 69: Percentagem de uso da água Potável por quintil de riqueza em Moçambique, 2008



Fonte, Fonte: MICS 2008

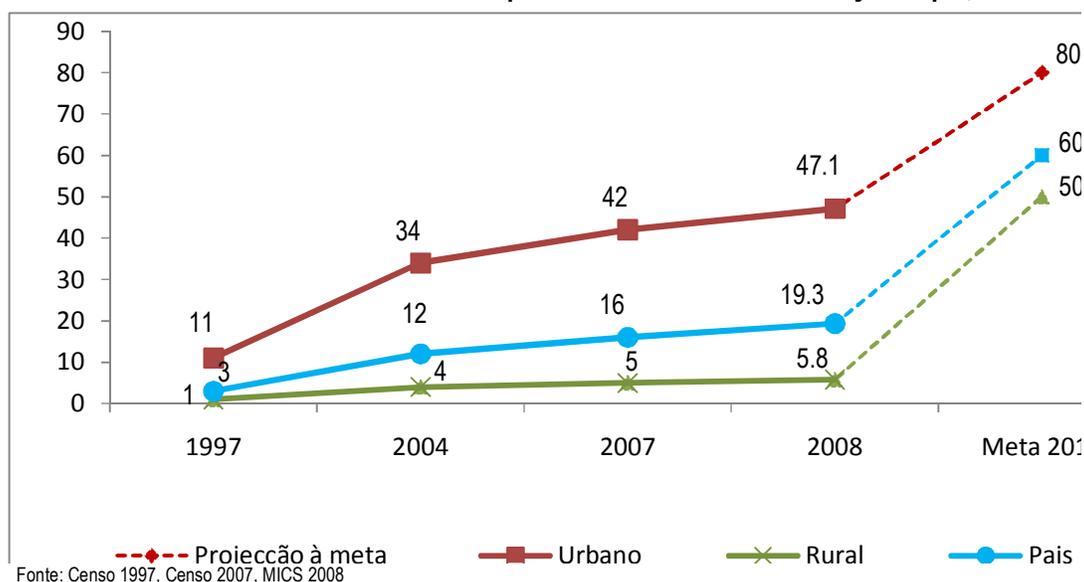
7.4 Taxa de Uso de Saneamento Melhorado

Situação e Tendências

Segundo os dados do MICS 2008 a percentagem de uso do saneamento melhorado em Moçambique era de 12% em 2004 e 19.3% em 2008. Isto implica que a taxa de crescimento de uso do saneamento melhorado no país é de 1,83% por ano, o que implica que se tudo continuar como têm sido até ao momento até 2015 a taxa de uso do saneamento melhorado será de 32.1%.

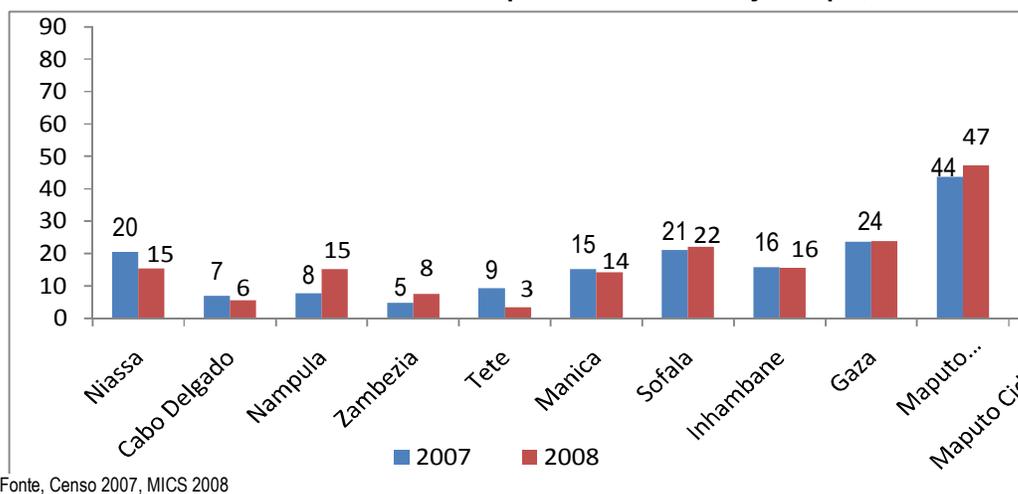
A taxa de uso do saneamento melhorado no meio rural em Moçambique cresceu de 4% em 2004 para 6% em 2008, isto é, o crescimento foi de 0.5% de taxa de uso por ano. A este ritmo, se as condições se mantiverem como têm sido, até 2015 o país atingirá uma taxa de uso do saneamento melhorado rural de cerca de 9.5%. A taxa de uso do saneamento melhorado a nível urbano era de 43% em 2004 e cresceu para 47% em 2008. Este representou um crescimento 3.25% por ano neste período, implicando que a este ritmo até 2015 a taxa de uso do saneamento melhorado urbano será de cerca de 70%.

Gráfico 70: Uso do saneamento melhorado por área de residência em Moçambique, 1997- 2008



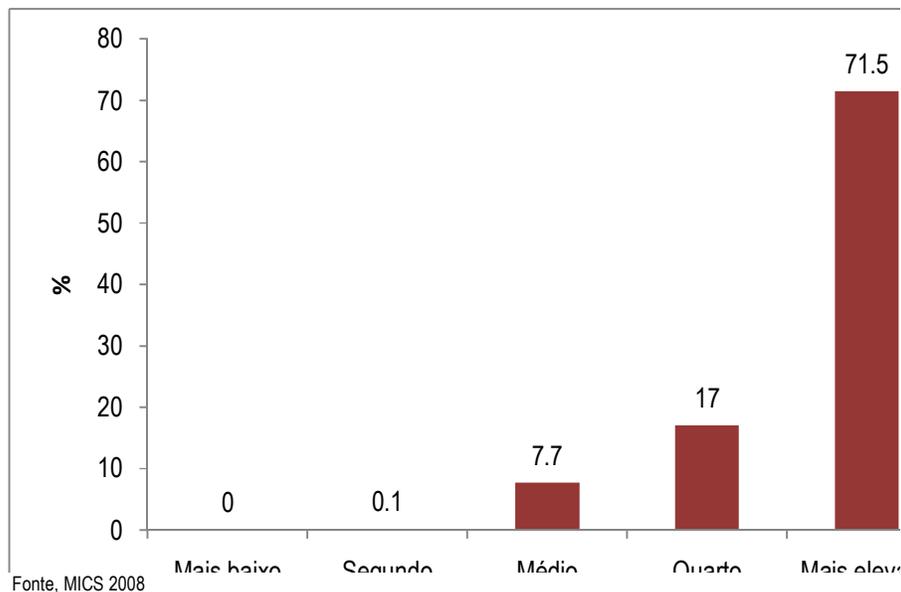
De acordo com os dados do Censo 2007 e do MICS 2008, a distribuição da taxa do uso do saneamento melhorado em Moçambique é maior nas 3 províncias mais a sul do país, nomeadamente, nas províncias de Maputo; da Cidade de Maputo e na Província de Gaza. Com excepção à cidade de Maputo, que têm uma taxa de uso do saneamento melhorado de 84.6% para 2008 e 82% para 2007, nenhuma província do país tem uma taxa de uso de saneamento melhorado maior que 50%. Com excepção das províncias de Cabo Delgado e Tete todas as outras províncias mostraram uma melhoria nas taxas de uso de saneamento melhorado de 2007 para 2008. Em 2007 a província com a menor taxa de uso do saneamento melhorado era a província da Zambézia com 5% e em 2008 era a província de Tete, com uma taxa de 3.4%.

Gráfico 71: Uso do saneamento melhorado por Província em Moçambique, 2007-2008



Comparando as taxas de uso do saneamento melhorado por quintil de riqueza em 2008, pode-se notar uma forte associação entre a taxa de uso do saneamento melhorado e o nível de riqueza das famílias. Enquanto o quintil de riqueza mais elevado têm 71.5% de taxa de uso de saneamento melhorado, a taxa de uso do saneamento melhorado no quintil de riqueza mais baixo é zero; o segundo quintil mais pobre tem uma taxa de uso do saneamento melhorado de 0.1%. Exceptuando o quintil de riqueza mais elevado, nenhum grupo de riqueza têm taxas de uso do saneamento melhorado acima dos 18%.

Gráfico 72: Uso de saneamento melhorado por quintil de riqueza em Moçambique, 2008



Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

As dificuldades enfrentadas na implementação de algumas metas foram:

- Falta de capacitação dos importadores em matérias sobre as substâncias químicas banidas bem como em processo de banimento a nível internacional.
- Fraca capacidade de recolha, análise e interpretação de dados ambientais.
- Falta de capacitação dos técnicos de refrigeração e climatização em matérias sobre as substâncias banidas e em processo de banimento bem como as boas práticas ambientais, com vista a prevenir as emissões para atmosfera as substâncias que destroem a camada de ozono.
- Devido ao impacto das mudanças climáticas o país está a perder recursos naturais e biodiversidade devido as cheias, ciclones e secas cíclicas. O aumento do nível médio das águas do mar está a causar a intrusão salina causando a salinização dos solos que outrora eram aptos para a agricultura, está também a aumentar a erosão costeira e a afectar os ecossistemas costeiros e marinha fonte de

grande rendimento para as populações moçambicanas uma vez que cerca de 60% da população moçambicana, vive nas zonas costeiras.

Desafios para o alcance das metas de 2015

Para melhorar desempenho dos sectores com vista o rápido alcance das metas do milénio é preciso:

- Assegurar a sustentabilidade dos serviços de abastecimento de água e saneamento;
- Reforçar o diálogo e coordenação entre os ministérios, instituições, sociedade civil, sector privado e parceiros envolvidos nas actividades ambientais;
- Promover medidas de adaptação a Mudanças Climáticas principalmente ao nível da zona costeira;
- Fortalecer as acções de educação, comunicação e divulgação ambiental sobretudo a nível das comunidades locais;
- Promoção de instrumentos como a Avaliação Ambiental Estratégica (AAE) de forma a garantir a sustentabilidade ambiental nos planos e programas sectoriais;
- Uniformizar e sistematizar a recolha de dados ambientais;
- Fortalecer as actividades de capacitação dos polícias, oficiais das alfândegas, guarda fronteiras, na fiscalização e preservação dos recursos naturais;
- Capacitar os técnicos de refrigeração e climatização, em matérias relacionadas com substâncias que destroem a camada de ozono assim como no uso de fontes alternativas;
- Equipar os centros regionais de recuperação e reciclagem das substâncias que destroem a camada de ozono.
- Colecta de equipamentos que funcionam com os Clorofluorcarbonetos (CFC's), Tetracloro de carbono (CCI4) e Halogenados para destruição.
- Sensibilizar aos importadores de brometo de metilo para garantir o seu banimento até ao ano 2015.
- Inventariar os equipamentos dos sectores de refrigeração e climatização para a sua destruição nos centros com tecnologias apropriadas.
- Insuficiência das máquinas detectoras das substâncias do sector de refrigeração e climatização;
- Disponibilização de máquinas detectoras de substâncias amigas do ambiente como por exemplo de R-410a, R-407C, R-507, R- 600a R-290 entre outras.

Factores positivos no progresso dos indicadores

- Avaliação Ambiental Estratégica (AAE), nível da zona costeira, está no topo da agenda do Governo;
- Maior actuação do MICOA no fortalecimento da coordenação intersectorial a nível central (unidades ambientais, pontos focais do ambiente) e Governos Locais e Autarquias para se aprofundar o processo de integração da agenda ambiental nos planos e programas sectoriais;
- Índico do Programas Nacional de Água e Saneamento Rural e estabelecimento do Fundo Comum para os investimentos nas zonas rurais.
- Fortalecimento do processo de descentralização e desconcentração, principalmente para o abastecimento de água e saneamento nas zonas urbanas com a criação da Administração de Infra-estruturas de abastecimentos de água, o que irá viabilizar e tornar sustentáveis os investimentos nas vilas urbanas.
- Um factor positivo, a realçar na implementação dos ODM, é o fortalecimento da coordenação intersectorial, uma vez que o Objectivo 7, Garantir a sustentabilidade ambiental, exige na sua implementação e monitoria o concurso de muitos sectores, facto ditado pela transversalidade da disciplina ambiental.
- Neste momento o sector de florestas conta com um apoio para implementação do Programa Nacional de Florestas com ênfase no maneio sustentável dos recursos naturais.
- Com o banimento dos CFC's constata-se o aumento de importações de equipamentos de refrigeração e climatização que funcionam com as substâncias amigas ao ambiente.
- Existência de iniciativas presidenciais que promovem a causa do ambiente:
 - Movimento Um aluno uma planta;
 - Movimento florestas comunitárias;
- Existência de iniciativas privadas tais como o movimento Uma árvore amiga do grupo SOICO que promovem causa do ambiente

OBJECTIVO 8 – CRIAR UMA PARCERIA GLOBAL PARA O DESENVOLVIMENTO

Avaliação rápida	Situação em Números	1997	2003	2008	2009	2015
A meta será atingida? Potencialmente	Indicador / Ano Ajuda líquida ao desenvolvimento recebida como percentagem do PIB	nd	25.2	18.3	nd	nd
Situação do ambiente de apoio Razoável	Alívio da dívida comprometido ao abrigo da Iniciativa HIPC (\$ Milhões)	nd	nd	nd	nd	nd
	Serviço da dívida (% das exportações de bens e serviços)	21.7	3.9	1.87	2.54	nd

8.1 Finanças Públicas

Situação e Tendências

Moçambique continua a ser um país beneficiário da ajuda externa para o financiamento das despesas públicas incluído às de carácter prioritário definidas pelo PARPA tendentes ao alcance dos ODM, o Estado tem recorrido aos recursos provenientes das receitas internas, donativos e créditos externos concessionais.

Com os progressos registados na arrecadação das receitas internas, o recurso a fontes externas para a execução do orçamento reduziu da média de 50% nos últimos anos, tendo se situado em 49,7%, 45,7%, 43,9% e 45,4% para 2006, 2007, 2008 e 2009, respectivamente. No entanto, mais de 50% da despesa de investimento continua a ser garantida pela ajuda externa, que representou 66,9%, 65,6%, 62,6%, 54,3% e 62,3% para 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009 respectivamente.

Quadro 15: - Equilíbrio Orçamental de 2004 a 2010 (em mil milhões de MT)

Orçamento do Estado	2005	2006	2007	2008	2009	% do PIB				
	CGE	CGE	CGE	CGE	REO	2005	2006	2007	2008	2009
1 Receita do Estado	20,9	27,8	34,5	39,2	47,4	13,8	15,4	16,0	16,0	17,8
2 Donativos	11,9	18,2	20,3	23,0	25,4	7,8	10,1	9,4	9,4	9,5
3 Crédito Externo	8,1	9,2	8,7	7,9	14,4	5,3	5,1	4,1	3,2	5,4
4 Crédito Interno	3,6	0,1	0,0	0,4	0,3	2,4	0,0	0,0	0,1	0,1
RECURSOS TOTAIS	44,5	55,3	63,5	70,5	87,5	29,3	30,6	29,5	33,2	32,9

Fonte: CGE, PES e REOE

A não continuidade do ritmo de crescimento da Receita do Estado em % do PIB em 2008 deve-se à alteração do deflactor que vinha sendo usado até 2007, tendo sido adoptado um novo deflactor em 2008.

O quadro acima mostra que no quinquénio 2005-2009, a mobilização de recursos para assegurar a execução da despesa pública de funcionamento e de investimento registou uma tendência de crescimento. Com efeito, os recursos totais mobilizados cresceram de 44,5 para 87,5 mil milhões de MT, de 2005 a 2009 e a receita interna de 20,9 à 47,4 mil milhões de MT em igual período, sendo a variação média anual de 22,5%. Não obstante o impacto adverso da crise financeira internacional, da meta de 46,2 mil milhões de MT

programada para 2009, foram arrecadadas receitas no valor de 47,4 mil milhões de MT, ou seja o correspondente a 102,5% da respectiva meta anual.

Os progressos alcançados na arrecadação da receita interna resultaram da consciência de se imprimir um maior dinamismo, eficiência e efectividade na colecta da receita, particularmente garantindo-se o crescimento anual da receita interna em torno de 0,5 pontos percentuais do PIB durante o período 2005 a 2014, com vista a salvaguardar uma maior disponibilidade de recursos internos para o financiamento das actividades prioritárias no contexto dos ODM.

Apoio Programático ao Orçamento do Estado

O apoio programático destinado ao reforço do Orçamento do Estado e a Balança de Pagamentos constitui um dos mecanismos de mobilização de recursos financeiros, sob forma de donativos e créditos a que o Estado Moçambicano tem recorrido dada à sua melhor harmonização, alinhamento, previsibilidade, prestação de contas e subsequentemente maior eficácia da ajuda externa. Esta ajuda é actualmente concedida por um conjunto de 19 Doadores designados de Parceiros de Apoio Programático (PAP's), contra 7 em 2001, altura em que este mecanismo de financiamento iniciou em Moçambique.

Quadro 16: Apoio Programático ao Orçamento do Estado (em milhões de USD)

	2005	2006	2007	2008	2009
DONATIVOS					
Holanda	18.1	22.9	24.1	26.2	25.2
Noruega	16.0	18.6	22.7	29.7	24.3
Canada	2.0	2.1	4.3	7.5	9.9
França	3.9	3.8	2.7	3	3.0
Irlanda	7.8	7.2	12.5	15.1	14.8
Suécia	17.3	18	44.7	54.3	40.0
Dinamarca	0.0	2.6	19.4	10.5	8.9
Reino Unido	56.5	62.2	70.2	81.3	61.7
Finlândia	5.1	6.2	6.8	10	8.9
Espanha	3.6	3.8	4.2	7.1	9.9
Bélgica	2.6	3.8	4.1	4.6	
Portugal	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Itália	4.2	3.9	5.6	5.9	5.3
Comissão Europeia	56.3	49.2	58.9	66.3	85.5
Alemanha	4.4	12.7	13.7	17.8	19.5
Áustria	0.0	0.0	0.0	2.5	4.4
B. Mundial				10.0	10.0
Suíça	7.7	6.7	7.5	6.8	6.6
Sub-total Donativos	207.0	225.2	302.9	360.1	339.4
CRÉDITOS					
BAD	2.4	61.8	30.4	30	30.3
B. Mundial	60.0	60.0	69.7	71.8	65.0
Sub-total Créditos	62.4	121.8	100.1	102	95.3
Total Geral	269.4	347	403	461.9	434.7

Fonte: Mapa de Flexibilidade de Desembolso dos PAP's.

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

De 2005 a 2009 a ajuda financeira dos PAP's ao país registou um incremento substancial, tendo progredido dos USD 269,4 milhões em 2005 para USD 434,7 milhões em 2009, o que representa um crescimento médio de 19% do total da ajuda financeira.

Relativamente aos donativos, em termos desagregados, verifica-se uma maior contribuição por parte do Reino Unido e da Comissão Europeia, representando um peso médio de 24% e 22%, do total dos recursos. Em termos de crédito verifica-se uma maior contribuição por parte do Banco Mundial, representando 74% dos totais dos recursos canalizados nesta modalidade.

Execução orçamental nos sectores prioritários do PARPA e ODM

O PARPA define que, pelo menos, 65% dos recursos anuais do Orçamento do Estado sejam alocados para o financiamento dos sectores de agricultura, desenvolvimento rural, infra-estruturas (estradas, água e saneamento), boa governação e outros sectores prioritários para a redução da pobreza absoluta. Neste contexto, os recursos orçamentados com vista a assegurar tanto as despesas de funcionamento como as de investimentos nos sectores prioritários do PARPA e no âmbito dos ODM, nos anos 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009, totalizam 27.431, 30.353 e 41.011, 53.897 e 57.832 milhões de Meticais, respectivamente, o correspondente a 68%, 65%, 62%, 67% e 64% da totalidade dos recursos orçamentados em cada ano respectivo, excluindo os encargos da dívida, ou seja a média de 65%.

Assim, tanto a alocação orçamental, como a aplicação efectiva de recursos nos sectores prioritários do PARPA, no contexto do cumprimento das metas dos ODM vem registando uma tendência de crescimento, situando-se em média, em cerca de 65% da despesa orçamental global ao longo do período em referência. Em termos de valores anuais, as despesas efectivamente efectuadas situaram-se em 24081; 28078; 34188; 41492 e 47787 milhões de Meticais em 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009, respectivamente, correspondendo a grau de execução de 67.6%; 64.6%; 61.7%; 64.5% e 61.6% da despesa anual realizada excluindo, os encargos da dívida, ou seja a média de 64 %.

No período em apreço, as maiores fatias da despesa pública efectivamente realizada nos sectores prioritários do PARPA, couberam aos sectores da Educação (21,8%), Saúde (12,0%) e Infra-estruturas (15,1%), o que revela maior empenho do Governo nestas três áreas vitais para a redução da pobreza e alcance dos ODM.

Quadro 18: Repartição das Despesas Realizadas nos Sectores Prioritários do PARPA

(em milhões de Mt)	CGE 2006	CGE 2007	CGE 2008	CGE 2009
TOTAL DA DESPESA NOS SECTORES PRIORITÁRIOS	28.076,9	34.187,0	41.494,0	47.582,8
(em percentagem da despesa total excluindo juros e ops. Fin.)	64,6%	61,7%	64,5%	61,2%
EDUCAÇÃO	8.797	11.949	15.116	16.673
ENSINO GERAL	7.690	10.568	13.170	14.194
ENSINO SUPERIOR	1.106	1.381	1.946	2.479
SAÚDE	6.048	7.404	7.149	8.052
INFRAESTRUTURAS	7.298	7.827	9.561	10.482
ESTRADAS	5.073	5.189	5.000	5.450
ÁGUAS E OBRAS PÚBLICAS	1.974	1.971	3.094	3.893
RECURSOS MINERAIS E ENERGIA	251	667	1.368	1.139
AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL	1.989	2.067	2.471	3.648
GOVERNAÇÃO, SEGURANÇA E SISTEMA JUDICIAL	3.534	4.433	6.256	7.645
SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA	1.912	2.145	2.551	2.823
GOVERNAÇÃO	694	1.161	1.891	1.748
SISTEMA JUDICIAL	928	1.127	1.814	3.074
OUTROS SECTORES PRIORITÁRIOS	412	507	941	1.083
ACÇÃO SOCIAL	269	349	724	836
TRABALHO E EMPREGO	142	158	217	247
(Como percentagem da despesa total excluindo juros da dívida e ops. Fin.)				
EDUCAÇÃO	20,3%	21,6%	23,5%	21,4%
ENSINO GERAL	17,7%	19,1%	20,5%	18,3%
ENSINO SUPERIOR	2,5%	2,5%	3,0%	3,2%
SAÚDE	13,9%	13,4%	11,1%	10,4%
INFRAESTRUTURAS	16,8%	14,1%	14,9%	13,5%
ESTRADAS	11,7%	9,4%	7,8%	7,0%
ÁGUAS E OBRAS PÚBLICAS	4,5%	3,6%	4,8%	5,0%
RECURSOS MINERAIS E ENERGIA	0,6%	1,2%	2,1%	1,5%
AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL	4,6%	3,7%	3,8%	4,7%
GOVERNAÇÃO, SEGURANÇA E SISTEMA JUDICIAL	8,1%	8,0%	9,7%	9,8%
SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA	4,4%	3,9%	4,0%	3,6%
GOVERNAÇÃO	1,6%	2,1%	2,9%	2,2%
SISTEMA JUDICIAL	2,1%	2,0%	2,8%	4,0%
OUTROS SECTORES PRIORITÁRIOS	0,9%	0,9%	1,5%	1,4%
ACÇÃO SOCIAL	0,6%	0,6%	1,1%	1,1%
TRABALHO E EMPREGO	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%

Situação da Dívida em Moçambique

Para o financiamento do défice orçamental, o Governo tem recorrido a empréstimos externos concessionais para fazer face as necessidades de investimentos em infra-estruturas socioeconómicas cruciais para o desenvolvimento do país, assim como empréstimos internos.

A dívida interna de Moçambique é constituída por títulos de dívida pública que têm desempenhado um papel importante não só para o financiamento do défice do Orçamento do Estado, como também para a promoção da poupança do público, o equilíbrio macroeconómico e, para estimular o funcionamento do Mercado Financeiro, em geral, e de Capitais, em particular.

Os instrumentos principais da Dívida Pública Interna utilizados são: *Obrigações do Tesouro*, instrumento de longo prazo, cujo objectivo é financiar défices orçamentais; *Bilhetes do Tesouro*, instrumento de curto prazo que têm como objectivo financiar défices temporários da Tesouraria do Estado, como consequência da natureza sazonal da receita fiscal e para cobertura de eventuais atrasos nos desembolsos prometidos pelos parceiros de cooperação ao longo do exercício económico.

A Lei Orçamental de cada ano serve de base legal para o Decreto que delega competência para a contratação desta dívida. O serviço da dívida interna é previsto no OE de cada ano e é executado em conformidade.

De acordo com o quadro abaixo, em 31 de Dezembro de 2009, a dívida interna apresentava um stock de 14.429 milhões de MT, dos quais, 4.050 milhões representam Obrigações do Tesouro, e o restante correspondem a outras categorias de dívida interna. De referir que o Estado, em 2009, subsidiou as gasolneiras num total de 2.514,62 milhões de MT, valor registado na rubrica outros.

Quadro 19: Evolução do stock da dívida interna por tipo de instrumento 2005-2009 em milhões de Meticais

Descrição	2005	2006	2007	2008	2009
Obrigações do Tesouro	5.433	5.196	4.850	4.268	4.050
Bilhetes do Tesouro	2.300	0	0	0	4.700
Outros	250	1.736	3.192	3.178	5.679
Total	7.983	6.932	8.042	7.446	14.429

Compromisso de alívio à dívida no âmbito das iniciativas *Heavily Indebted Poor Countries (HIPC)* e *Multilateral Debt Relief Initiative (MDRI)*

Mercê do bom desempenho económico, Moçambique tem tido vários benefícios, dentre os quais, o sucessivo perdão da dívida e crescente aumento de financiamento ao País. Neste contexto, as responsabilidades do Governo são cada vez maiores, devendo-se organizar para enfrentar os desafios resultantes, como é o caso de: (i) aperfeiçoar a sua visão de endividamento tomando medidas que mantenham a sustentabilidade da dívida com vista ao crescimento económico, e (ii) Elaborar uma estratégia da dívida coerente e em consonância com um crescimento económico equilibrado e sustentável a médio e longo prazo.

Neste contexto, está em curso a elaboração da estratégia da dívida pública que de entre outros aspectos incluirá a análise do risco, limites e indicadores da sustentabilidade da dívida. Os credores com os quais Moçambique ainda não obteve alívio da sua dívida são os seguintes: Polónia, Bulgária, Índia, ex-Jugoslávia, Angola, Argélia e Líbia.

Quadro 20: Lista dos credores que participaram no alívio da dívida no âmbito da iniciativa HIPC

1. Multilaterais	Banco Mundial (IDA), Fundo Monetário Internacional (FMI), Grupo Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), Banco Árabe para o Desenvolvimento de África (BADEA), Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola (FIDA), Fundo Nórdico de Desenvolvimento (NDF), Fundo da OPEC e Banco Europeu de Investimento (BEI)
2. Bilaterais	Estados Unidos de América, Reino Unido, Áustria, Alemanha, Itália, França, Rússia, Espanha, Suécia, Brasil e Portugal.
2.1 Membros do Clube de Paris	Japão já anunciou a intenção de cancelar 100% da dívida de Moçambique, aguardando-se a assinatura do acordo.
2.2 Não Membros do Clube de Paris	Kuwait, China, Roménia e Hungria.
2.3 Comerciais	China, Operação Buy Back (Brasil, Índia, Ex Jugoslávia e República Checa).

No âmbito do MDRI, Moçambique beneficiou do alívio adicional da dívida, uma vez que atingiu o ponto de conclusão. Com efeito, o FMI cancelou o valor de US\$ 154,0 milhões (100%) da dívida contraída e desembolsada até 31 de Dezembro de 2004. O Banco Mundial concedeu um alívio de cerca de US\$ 1.3 mil milhões referentes a dívida contraída e desembolsada até 31 de Dezembro de 2003, incluindo o HIPC.

Relativamente ao Fundo Africano de Desenvolvimento, foi cancelado o montante de cerca de US\$ 500 milhões, referente a dívida contraída e desembolsada até 31 de Dezembro de 2004. Assim, o stock da dívida passou de US\$ 4.6 mil milhões em 2005 para 3,9 mil milhões em 2009 e o serviço da dívida anual de cerca de US\$ 52 milhões em 2005 para US\$ 46 milhões em 2009. O aumento do stock da dívida externa é resultado de novos empréstimos contraídos.

Quadro 21: Stock da Dívida Externa por tipo de credores e em milhões de US\$

Descrição	2005	2006	2007	2008	2009
Multilateral	2.535,00	1.191,60	1.543,41	1.835,90	2.108,30
Bilateral	2.113,90	2.090,40	1.773,50	1.801,19	1.801,67
Total	4.648,90	3.282,00	3.316,91	3.637,09	3.909,97

Serviço da dívida como percentagem de exportações de bens e serviço

De acordo com a Quadro abaixo, conclui-se que a dívida de Moçambique tem se mantido sustentável nos últimos anos. Em todo o período em análise, a sustentabilidade da dívida, medida pelo Rácio Serviço da Dívida (SD) pelas Exportações de Bens e Serviços (X) está muito abaixo do limite do rácio de sustentabilidade, que é de 20%, tendo este se situado em 2009, em 2,54%.

Quadro 22: Serviços da Dívida, exportação e o seu rácio em Moçambique 2005-2009

Descrição	2005	2006	2007	2008	2009
Serviço da Dívida	51,60	61,80	47,60	49,65	46,22
Exportações de Bens e Serviços	1.745,30	2.381,10	2.412,20	2.653,30	1.821,50
SD/X (%)	2,96%	2,60%	1,97%	1,87%	2,54%

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Apesar de continuarem altos, os fluxos de ajuda externa são sujeitos a um alto grau de incerteza e poderão decrescer em termos reais a médio prazo. Para fazer face a esta incerteza, é fundamental que o Estado continue nos próximos anos o seu esforço em incrementar a arrecadação da receita interna para poder fazer face a uma eventual queda da ajuda externa e continuar a investir nos sectores prioritários no combate a pobreza.
- Existe um enorme potencial para crescimento das exportações. Os principais desafios residem na criação de um ambiente de negócio favorável ao investimento, facto que inclui, dentre outros aspectos, a eficiência do sistema judicial. A criação de infra-estruturas adequadas constitui um outro desafio (por exemplo, estradas, fornecimento fiável de bens utilitários, tais como a água e a electricidade). Outros desafios incluem a satisfação dos padrões do mercado externo e a política comercial.
- No âmbito da gestão da dívida: (i) o Governo deverá continuar a aperfeiçoar a sua visão tomando medidas para manter a sustentabilidade da dívida com vista ao crescimento económico, e (ii) elaborar uma estratégia da dívida que inclua a análise do risco, limites e indicadores da sustentabilidade da dívida.

Desafios para o alcance das metas de 2015

- Melhorar a eficácia, a transparência e a previsibilidade de desembolsos da ajuda externa alinhando a assistência dos Parceiros de Cooperação com as prioridades do Governo e harmonização e aperfeiçoamento dos ciclos de planificação, de elaboração do orçamento, de balanço do PES (BdPES) e de prestação de contas mútuas no espírito da Declaração do Paris.
- Aumentar o apoio aos sectores produtivos da economia para aliviar os constrangimentos do lado da oferta (por exemplo, a fraca capacidade produtiva, a má qualidade das infra-estruturas, os altos custos dos transportes, o fornecimento não fiável de bens utilitários, etc.) que impedem a competitividade comercial.

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

- Assegurar que nas conversações e negociações bilaterais e multilaterais obtenha-se o perdão total da dívida.
- Mostra-se necessário o desenvolvimento de um sistema de aquisição, disseminação e comunicação do conhecimento científico e tecnológico que absorva as novas tecnologias de informação e comunicação no quadro da promoção e coordenação desenvolvimento dos serviços e criação de infra-estruturas para garantir a implementação bem sucedida das reformas do governo e introdução de novos serviços dos intervenientes.
- Consolidação do aproveitamento industrial diversificado do potencial energético criado pela extracção de gás natural.
- Avaliar os custos e benefícios e da viabilidade económica e social de promover o desenvolvimento de grandes projectos.
- Utilização efectiva do sistema da propriedade industrial.

Factores positivos no progresso dos indicadores

- A existência de um diálogo positivo entre o Governo e os parceiros de desenvolvimento é uma mais-valia;
- A boa reputação de Moçambique na arena internacionais ajuda o desempenho do país;
- A continuação do clima de paz e estabilidade política têm contribuído para melhores performances
- A entrada do investimento estrangeiro no país tem contribuído positivamente;
- O cometimento do Governo para melhoria da performance de produção de receitas próprias é um factor decisivo na melhoria da performance.

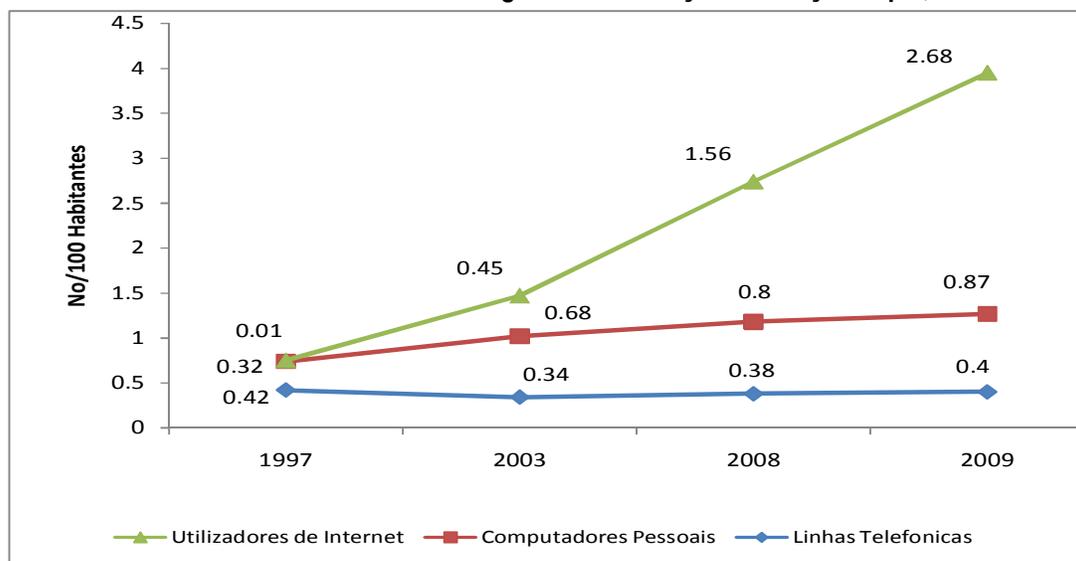
8.2 Tecnologias de Informação e Comunicações (TIC's)

Avaliação rápida	Situação em Números	1997	2003	2008	2009	2015
A meta será atingida? Sem informação	Linhas telefónicas por 100 pessoas / população	0,42	0,34	0,38	0,40	n/d
	Assinantes de celulares por 100 pessoas / população	0,013	2,6	21,45	29,08	n/d
Situação do ambiente de apoio Razoável	Computadores pessoais em uso por 100 pessoas / população	0,32	0,68	0,8	0,87	n/d
	Utilizadores da Internet por 100 pessoas / população	0,01	0,45	1,56	2,68	n/d

Situação e Tendência

O gráfico 73 mostra que no geral o uso de tecnologias de informação tem aumentado em Moçambique. Desde 1997 a 2009 o número de utilizadores de internet aumentou de 0.01 para 2,68 utilizadores por 100 habitantes. O número de utilizadores de computadores pessoais aumentou de 0.32 para 0,87 utilizadores por 100 habitantes e o número de utilizadores de linhas de telefones sofreu um ligeiro decréscimo de 0,42 para 0,4 utilizadores por 100 habitantes. É importante notar que o número de utilizadores de internet sempre foi maior que os utilizadores de computadores pessoais. Isso mostra o papel que as escolas, empresas, internet cafés e centros de informática na difusão da Internet em Moçambique.

Gráfico 73: Número de usuários de tecnologias de informação em Moçambique, 1997-2009

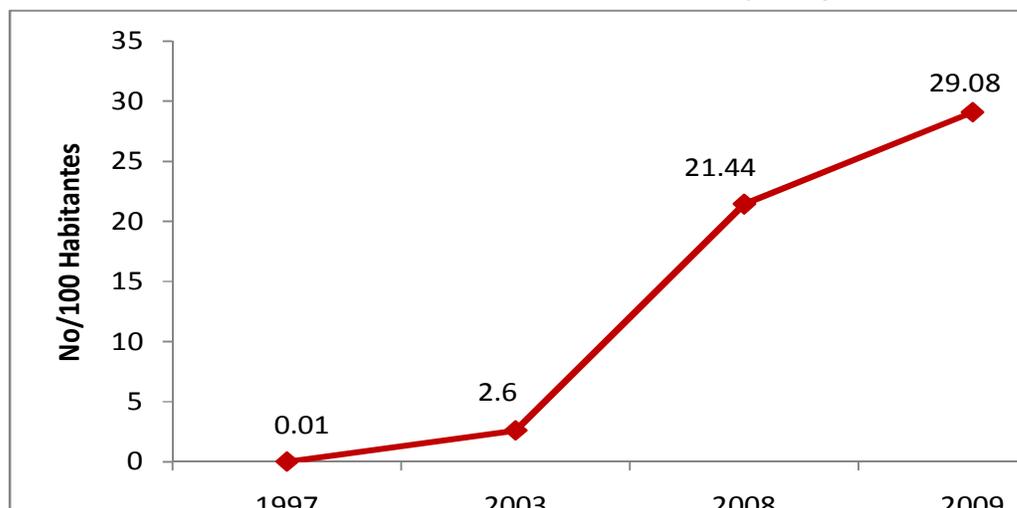


Fonte: MTC

Uma importante tecnologia adoptada em Moçambique foi o uso de celulares. O número de usuários de celulares aumentou de 0.01 por cem habitantes em 1997 para 29.08 por cem habitantes em 2009. O celular é a tecnologia mais rapidamente adoptada pelos moçambicanos quando comparados com outras tecnologias

de informação e poderá estar por detrás da ligeira descida no número de utilizadores de telefones fixos em Moçambique.

Gráfico 74: Número de assinantes de telefones celulares em Moçambique 1997-2009



Fonte: MTC

Informações adicionais do sector de comunicações indicam do universo da população usando telefones 79% usa serviços de telefonia móvel enquanto 21% usa telefone fixo; A cobertura da telefonia no meio rural e de 1% dos usuários de telefonia, o restante 99% está no urbano.

Constrangimentos para o alcance das metas de 2015

- Ausência ou restrição no fornecimento de energia eléctrica em algumas zonas do país;
- Fraco poder de compra da maior parte do povo moçambicano para poder adquirir as tecnologias de informação para o uso privado;
- Relativo alto custo de instalação de internet para uso privado;

Desafios para o alcance das metas de 2015

- No âmbito das TICs o desafio assenta na necessidade de assegurar a integração horizontal das organizações e dos seus serviços chaves, pois, as TICs oferecem um canal poderoso de informação e de serviços que sustentam o crescimento económico e a capacitação humana, fazendo com que por parte do Governo se aumente a necessidade da comunicação interministerial, inter-provincial/distrital e do desenvolvimento de processos comuns, bem como, a prestação de serviços

RELATÓRIO SOBRE OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO – MOÇAMBIQUE - 2010

- Continuar com o aumento da redução de preço de oferta de serviços de telefonia celular;
- Continuar com o apoio por parte do governo e dos doadores no alastramento do uso das tecnologias de informação no país;

Factores positivos no progresso dos indicadores

- Boa receptividade das tecnologias de informação por parte do povo Moçambicano, em particular as telefonia móvel
- Existe um empenho do governo e dos parceiros de desenvolvimento de Moçambique em levar as tecnologias de informação ao meio rural
- Adopção por parte do sector público de tecnologias de informação nos seus trabalhos diários