REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA ECONOMIA E FINANÇAS

BROCHURA SOBRE INDICADORES DOS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO

Maputo, Setembro 2015

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS

Brochura sobre Indicadores dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Maputo, 2015

Título:	Brochura sobre Indicadores dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
Equipe de Supervisão:	Momad Piaraly Jutha, Director Nacional de Planificação e Orçamento (MEF) Cristina Matusse, Directora Nacional Adjunta de Planificação e Orçamento (MEF)
Equipe Técnica:	Alfredo Salvador Mutombene Egídio Cueteia
Edição:	MINISTÉRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS
Financiamento:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
Tradutor:	Laurence Hendrickx (COZMOZ, Lda)
Edição, Imp. e Acabamento:	Laranja, Lda
Tiragem:	300 Exemplares
Dados Estatísticos:	Governo de Moçambique, Instituto Nacional de Estatística, e Estatísticas dos Sectores

Maputo, 2015

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 4

2. RESUMO SOBRE A SITUAÇÃO DOS ODMs 5

3. BREVE ANALISE DA SITUAÇÃO DE MOÇAMBIQUE 6

I. OBJECTIVO 1: ERRADICAR A POBREZA ABSOLUTA E A FOME 7

II. OBJECTIVO 2: ATINGIR A EDUCAÇÃO UNIVERSAL 12

III. OBJECTIVO 3: PROMOVER A IGUALDADE DE GÉNERO E EMPODERAMENTO DA MULHER 16

IV. OBJECTIVO 4: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTÍL 21

V. OBJECTIVO 5: MELHORAR A SAÚDE MATERNA 25

VI. OBJECTIVO 6: COMBATER O HIV/SIDA, MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS 32

VII. OBJECTIVO 7: GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL 40

VIII. OBJECTIVO 8: CRIAR UMA PARCERIA GLOBAL PARA O DESENVOLVIMENTO 42

1. INTRODUÇÃO

Quando Moçambique ratificou, em Setemro de 2000, com mais 189 Nações, a Declaração do Milénio, e por via deste, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, fazia juz ao seu comprimisso não só com o Mundo mas particulamente com o seu povo, de respeitar os principios da dignidade humana, igualdade e equidade, principios estes que se reveem nas áreas consideradas prioritárias para o Estado Moçambicano.

Neste contexto, para uma melhor implementação dos 8 Objectivos, o país integrou e alinhou os ODMs ao Sistema Nacional de Planificação e de Monitoria e Avalição. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio foram transpostos para os sucessivos Programas Quinquenais do Governo e as suas medidas de politica reflectidos nos Planos Estrategicos Sectorias, enquanto que o sistema estatístico absorvia a maior parte dos 60 indicadores de modo a permitir a disponibilidade de informação para Avaliação do Progresso das metas traçadas para 2015.

Este exercicio de alinhamento permitiu ao país, com base no Orçamento do Estado, levar a cabo medidas de politica bem sucedidas nos quais merecem destaque o alcance das meta sobre a prevalência de baixo peso em crianças menores de cinco anos, o equilibrio do género no Ensimo Primário, bem como nas metas sobre as taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil. Moçambique registou ainda progressos assinaláveis nas metas sobre acesso a educação univesal, empoderamento da mulher, o combate a Malária e a Tuberculose, e no acesso a água potável.

Destaque particular vai para os progressos registados na redução da insegurança alimentar crónica, que merceu a distinção/reconhecimento internacional do país por ter cumprido a meta de redução para metade a proporção de pessoas que sofre de fome, uma meta assumida pelos Chefes de Estado e Governo durante a Cimeira Mundial de Alimentação em 1996.

Não obstante os progressos alcançados, Moçambique debate-se ainda com enormes desafios que serão perseguidos nos proximos anos no contexto da nova Agenda de Desenvolvimento Pós 2015 e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. Com realce, os niveis de pobreza nas suas diferentes dimensões continuam preocupantes; os níveis de subnutrição crónica e moderado continuam ainda altos; as taxas de mortalidade materna estão acima dos níveis internacionalmente aceitaveis; o acesso ao saneamento continuam aquém do desajável; Estes desafios deverão ser vistos e atacados de forma sustentável obedecendo as dimensões economica, social e ambiental reflectidos novo paradigma de desenvolvimento, personalizado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

2. RESUMO SOBRE A SITUAÇÃO DOS ODMs

INDICADORES ATINGIDAS:

ODM1: *Taxa de Prevalência de Baixo Peso em Menores de 5 anos*

ODM3: *Índice de Paridade de Género*

ODM4: *Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Mortalidade Infanto-Juvenil*

INDICADORES COM PROGRESSO (Potencialidade para alcançar a Meta de 2015):

ODM2: *Taxa líquida de Frequência*

ODM3: *% de Assentos ocupados por Mulheres na AR*

ODM4: *Proporção de crianças menores de 1 ano completamente vacinadas*

ODM5: *Proporção de partos assistidos por técnicos de saúde*

ODM6: *Acesso ao tratamento Anti-retroviral em crianças e adultos*

ODM6: *Acesso a redes mosquiteiras tratadas com insecticidas*

ODM7: *% de agregados familiares com acesso a fontes de água segura para beber*

INDICADORES PREOCUPANTES (Improváveis de atingir até 2015):

ODM1: *Desnutrição crónica (altura/idade) e aguda (peso/altura)*

ODM5: *Taxa de Mortalidade Materna*

ODM7: *% de agregados familiares com acesso a saneamento melhorado*

3. BREVE ANALISE DA SITUAÇÃO DE MOÇAMBIQUE

As recentes crises que o mundo sofreu, nomeadamente a crise financeira, de combustível, de alimentos, bem como as continuas ameaças resultantes dos efeitos das mudanças climáticas, afectou também alguns países fora do círculo da origem dessas crises, incluindo países em Desenvolvimento, como é o caso de Moçambique. Contudo, o país continuou a mostrar um crescimento económico e uma estrutura macroeconómica relativamente robustos. O crescimento do Produto Interno Bruto nos últimos dez (10) anos rondava em média 7% a 8%, com a inflação a ser contida a níveis baixos (menos de dois dígitos) 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 passou a ser financiado em mais de metade pelos recursos internos do país.

Quadro 1: Indicadores Macroeconómicos

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Crescimento real do PIB (%)	6,8	6,4	7,1	7,4	7,1	7,4	7,4	6,5
Inflação (%)	10,3	3,3	12,7	10,4	2,1	4,2	2,3	5,0
PIB *per capita* (USD)	476,9	453,8	436,8	538,8	589,9	604,7	629,8	623,9

Fonte: INE; WEO, 2015

*Estimativas do FMI

O alcance dos progressos acima descritos aconteceu no meio de desafios impostos, entre outros, pela situação de fome que continua vigente no seio dos Moçambicanos; da relativa fraca capacidade financeira do Estado; dos efeitos das cheias e secas que se fizeram sentir múltiplas vezes no país 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.

I. OBJECTIVO 1: ERRADICAR A POBREZA ABSOLUTA E A FOME

a. Reduzir A Pobreza Abosluta

Situação e Tendências

Dados actualizados sobre a situação da pobreza em Moçambique só estarão disponíveis em 2015, após a elaboração do documento da 4ª Avaliação Nacional da Pobreza e Bem-Estar em Moçambique, derivado do relatório do Inquérito aos Agregados Familiares 2014/2015. A incidência da pobreza é estimada em 54,7% [1] da população em 2008/09 ao nível nacional. Esta é uma redução da pobreza em 14,7 pontos percentuais (pp) comparativamente a níveis de 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.

b. Garantir o Emprego

Dados actualizados sobre a situação do emprego serão igualmente fornecidos pelo Inquérito aos Orçamentos Familiares que se prevê terminar ainda em 2015. Segundo dados administrativos de 2005 a 2009 o número de novos empregos atingiu 924168. Para o período compreendido entre 2010 e 2014 registou-se um aumento anual tanto em termos de empregos criados assim como o volume de pessoas formadas nos diferentes centros de formação (públicos e privados) do país, chegando a tingir cumulativamente a fasquia de cerca de 1.350.000 empregos criados e 500.000 pessoas formadas. O Quadro 4, a baixo ilustra numericamente essa tendência.

1 *Segundo O Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013, esta estimativa é também válida para o período de 2002-2012*

Quadro 2: Resumo da evolução do emprego e Ações de Formação

Emprego	2010	2012	2013	2014
Empregos Criados	**267.510**	**270.267**	**268.616**	**290.816**
Sector Privado (dos Quais)	152.891	178.127	234.697	137.442
Trabalho Mineiro (32.571) e Farmas (28.765) na África do Sul	61.336	n/d	33.919	n/d
Fundo de Desenvolvimento Distrital e PERPU	29.520	64.694	n/d	45.814
Admissões na Função Pública	17.320	10.606	n/d	n/d
Auto-Emprego e Apoio às Associações levado a cabo pelo INEFP	6.443	16.840	n/d	n/d
Accoes de Formacao	**76.722**	**84.549**	**114.096**	**102.359**

Fonte: BdPES (2010-2014), MPD

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 já foi ultrapassada em mais de 100% relativamente a empregos criados e poderá ser ultrapassada a meta em termos de formação profissional, uma vez que com os desenvolvimentos do sector da indústria extractiva que estão a implementar vários programas de formação e capacitação técnica.

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.

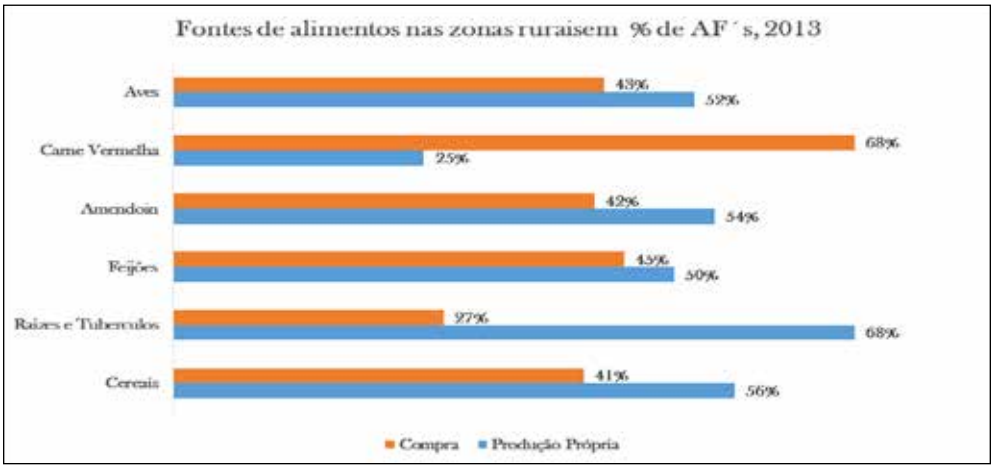
c. *Reduzir a Fome*

Em 2013, o Governo, através do SETSAN realizou o segundo estudo de base de segurança alimentar e nutricional cobrindo as áreas rurais e urbanas. Comparativamente ao primeiro estudo de base realizado em 2006, o segundo estudo indica que no país houve progressos na redução da insegurança crónica que passou de 35% para 24%. No mesmo período, a desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos não registou grandes melhorias, ao passar de 46% para 43%.

Os dados do estudo de base de 2013, sugerem que houve aumento na produção por agregado familiar que se traduziu na redução da proporção de agregados familiares com colheita de cereais que dura até três meses, passando de 41% para 33%. No mesmo período, houve um aumento na proporção de agregados familiares com reserva de cereais de produção própria que dura pelo menos dez meses, de 14% para 32%.

Nas zonas rurais, a produção própria de cereais desempenha um papel importante como fonte de alimentos para os agregados familiares. Em 2013, maior parte dos agregados familiares (56%) consumia cereais de produção própria.

Gráfico 1: Fontes de alimentos nas zonas rurais em 2013, em percentagem de agregados familiares



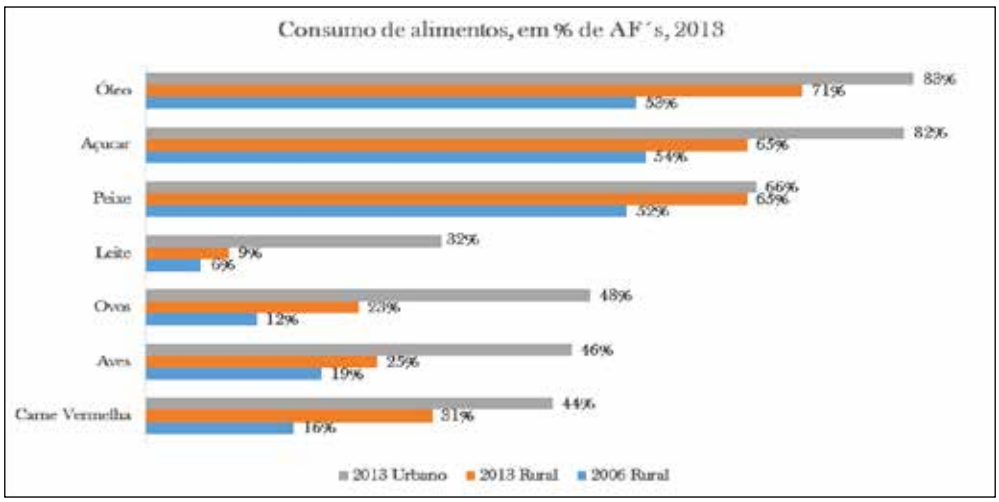
Fonte: SETSAN, InSAn 2014

d. Consumo Alimentar

O estudo de base de 2006 indicou que 50% dos agregados familiares tinham dieta alimentar adequada. Em 2013, esta proporção subiu para 67% ao nível nacional, sendo 79% na área urbana e 61% na área rural.

A melhoria no consumo de dieta adequada está associado ao consumo de alimentos ricos em proteínas que no período em análise registou subidas substanciais.

Gráfico 2: Consumo de alimentos, em percentagem de agregados familiares



Fonte: SETSAN, InSAn 2014

A figura x mostra que houve aumento na proporção de agregados familiares que consomem proteína de origem animal entre 2006 e 2013, o que sugere que houve melhoria no acesso aos alimentos pelos agregados familiares resultante do aumento na disponibilidade dos alimentos e na renda familiar. A melhoria do acesso é também resultante da melhoria do funcionamento de mercados, nomeadamente facilidades de circulação de bens e serviços das zonas de produção aos centros de consumo.

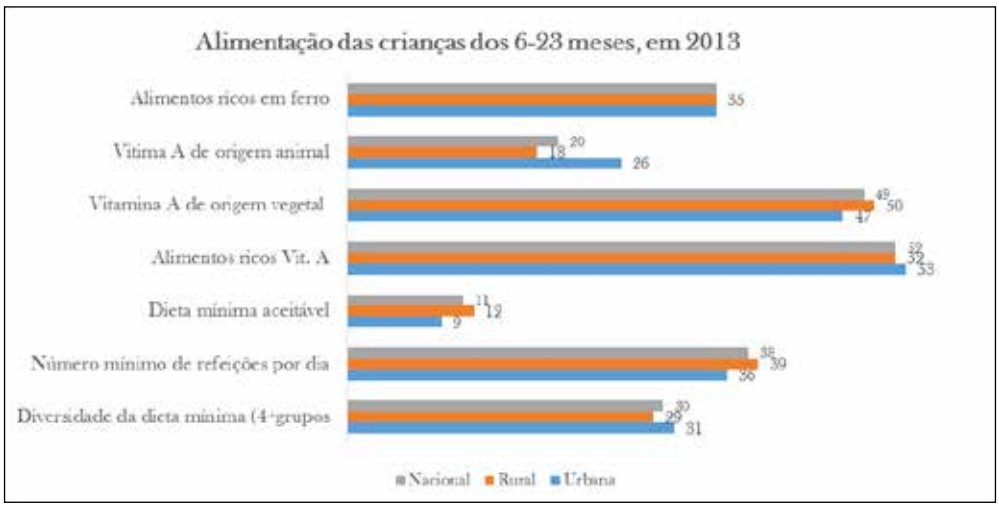
e. *Estado Nutricional das Crianças*

O estudo de base de 2013 indica que 43% das crianças sofrem da desnutrição crónica, 7% da desnutrição aguda e 21% da desnutrição actual. O estado nutricional das crianças depende das práticas alimentares e do seu estado de saúde. O estudo de base de segurança alimentar e nutricional de 2013 tomou especial atenção no que diz respeito a alimentação e ocorrência de doenças em crianças menores de dois anos.

Segundo o IDS 2011, 15% de crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso para sua idade (subnutição geral). Este valor da subnutrição geral (15%) encontra-se a níveis internacionalmente aceitáveis e superou a meta do milénio (17%), o que implica dizer que a meta do milénio foi alcançada. As crianças de 9-11 meses são as que registaram prevalência mais elevada de baixo peso para a idade (18%).

Os dados da Tabela 4 mostram que no País apenas 11% das crianças dos 6-23 meses é que tem uma dieta mínima aceitável, isto é, consumo de pelo menos quatro grupos de alimentos em simultâneo com o consumo de número mínimo de refeições por dia.

Gráfico 3: Alimentação das crianças dos 6-23 meses em 2013, percentagem de crianças



Fonte: SETSAN 2014

Comparativamente ao IDS 2011, a taxa encontrada em 2013 representa uma ligeira queda, pois passou de 13% para 11%. Estes baixos índices nem sempre representam falta de acesso de alimentos para as crianças, mas sim falta de conhecimentos sobre boas práticas de alimentação infantil.

Desafios Para ODM 1:

- *Maior intervenção na educação nutricional, saneamento e higiene individual e colectiva;*
- *Aumentar a capacidade dos AFs em responder as variações sazonais quanto a produção, o acesso físico e económico à alimentos adequados;*
- *Acelerar o incremento da disponibilidade alimentar para sanar algumas bolsas de fome que afectam parte do país de forma cíclica.*
- *Acelerar a resposta nacional de combate a malnutrição crónica.*

II. OBJECTIVO 2: ATINGIR A EDUCAÇÃO UNIVERSAL

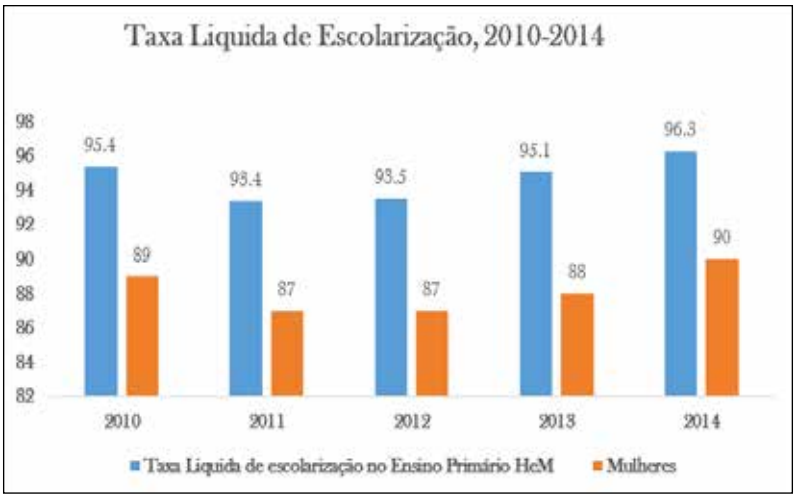
a. Acesso ao Ensino Primário

Situação e Tendências

A **taxa líquida de escolarização do Ensino Primário**, cuja frequência escolar compreende alunos dos 6 aos 12 anos, evoluiu cerca de 3% entre 2010 e 2014 e não tem variação significativa entre rapazes e raparigas. A taxa líquida mais baixa, em 2014, foi apurada na província de Tete e ronda os 84,5%.

Em termos absolutos, o Ensino Primário, registou um incremento do número de alunos dos 6 aos 12 anos, de 4.213.418 em 2010 para 4.767.782 em 2014, fenómeno que contribui para o aumento da taxa líquida de escolarização e, em 2014, o total de alunos do ensino primário, de todas as idades, é de 5.705.343.

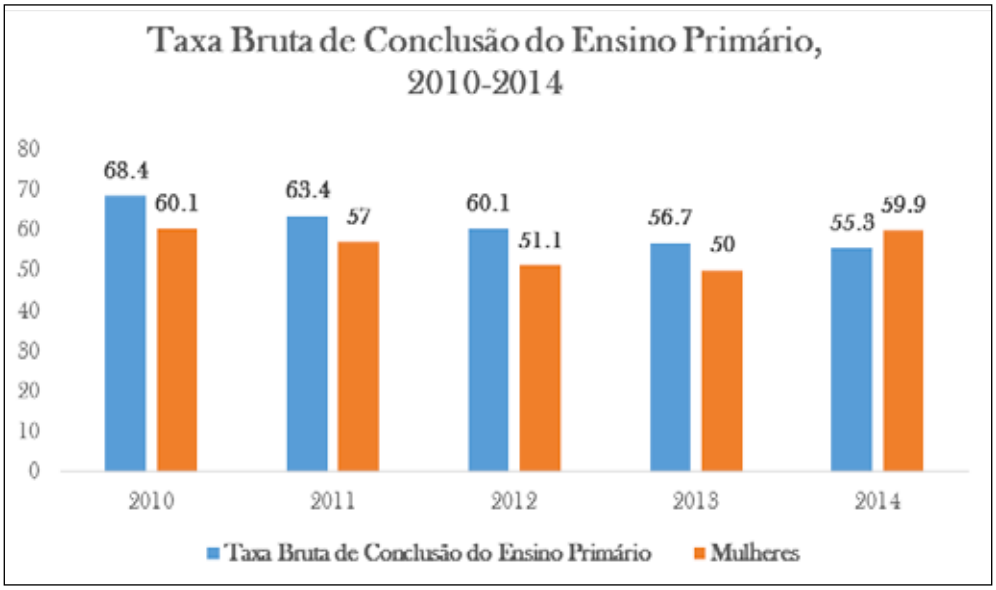
Gráfico 1: Taxa líquida de escolarização entre crianças de 6-12 anos, público e privado, 2010 – 2014



Fonte: Estatísticas do MINED

A **taxa bruta de conclusão na 7ª classe** (última classe do ensino primário) é a relação entre o número de novos ingressos, nesta classe (de todas as idades) e a população com 12 anos de idade (idade oficial para a frequência da 7ª classe). Este conceito é aplicável aos restantes níveis de ensino, em função das respectivas idades. Tendo em conta que o número de novos ingressos não é desagregado por idade, não é oportuno apresentar o comportamento da taxa líquida de conclusão.

Gráfico 2: Evolução da taxa bruta de conclusão do ensino primário (7ª classe), público e privado, 2010 – 2014



Fonte: Estatísticas do MINED

De acordo com o gráfico 14, a taxa bruta de conclusão do Ensino Primário (7ª classe) passou de 68,4% em 2010 para 55,3% em 2014 e as raparigas apresentam cifras inferiores aos rapazes, em todo o período em análise. Esta diferença entre rapazes e raparigas é influenciada pelo índice de paridade de género porque à medida que os alunos progridem para as classes subsequentes, a tendência é de regressão do nível de paridade de raparigas, comparativamente aos rapazes, devido ao elevado índice de desistências entre as raparigas.

Por exemplo, em 2014, o índice de paridade na 1ª classe é de 0,94 enquanto na 7ª classe é de 0,87. Em 2013, a percentagem de desistência, na 1ª classe, entre as raparigas, foi de 5,8%, enquanto na 7ª classe foi de 11,2%.

De um modo geral, a taxa bruta de conclusão na 7ª classe (EP), assume um comportamento de regressão desde 2010 e o factor determinante prende-se com o nível de fluxo de alunos entre o EP1 e EP2, ou seja, os graduados da 5ª classe constituem a fonte de alunos que ingressam na 6ª classe e como o desempenho escolar dos alunos na 5ª classe é preocupante devido às altas taxas de reprovação e de desistências, reduz o nível de fluxo de alunos para o EP2.

Em 2013, por exemplo, a taxa de reprovação na 5ª classe foi de 19,8% enquanto a desistência foi de 13,9%, gerando um desperdício acumulado na ordem dos 33,7%, fenómeno que afecta o número de graduados e, consequentemente, o fluxo de alunos entre os dois níveis de ensino. Em termos absolutos, o número de alunos da 7ª classe registou diminuição, passando de 452.119 em 2010 para 410.281 em 2014.

Um outro factor que joga um papel importante no fluxo de alunos é a implementação integral do novo currículo do ensino básico, isto é, a reprovação, nalguns casos, não constitui excepção nas classes sem exame (1ª, 3ª, 4ª e 6 classes).

Tabela 1: Evolução da taxa bruta de conclusão do ensino primário (7ª classe) por província, público e privado

Ano	Sexo	NI	CD	NPL	ZB	Tt	MN	SF	IB	GZ	MP	CM	Média
2010	M	47,3	44,5	44,9	42,4	43,2	65,6	68,3	105,1	84,9	110,4	143,4	**63,0**
	HM	53,0	51,6	52,8	52,8	48,5	75,5	79,0	102,3	78,9	107,5	138,7	**68,4**
2014	M	38,0	38,0	39,4	37,3	37,2	54,2	55,6	77,3	68,6	97,1	106,5	**52,0**
	HM	42,4	42,1	44,6	44,8	41,3	60,9	62,0	73,8	64,0	92,6	101,4	**55,3**

Fonte: Estatísticas do MINED

De acordo com a tabela acima, a taxa bruta de conclusão registou regressão significativa, em todas as províncias, entre 2010 e 2014 e apresenta disparidades importantes, pois compreende uma amplitude que oscila entre 41,3% (Província de Tete) e 101,4% (Cidade de Maputo), cifras relativas ao ano lectivo de 2014.

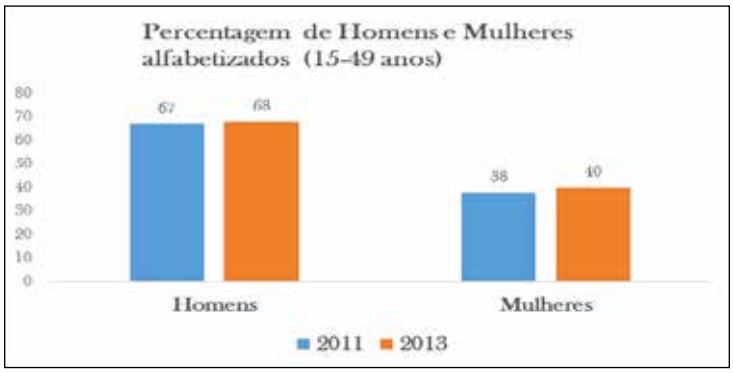
Nesta tabela, pode-se observar que existem 5 províncias abaixo da média nacional, nomeadamente Cabo delgado (42,1%), Nampula (44,6%), Niassa (42,4), Tete (41,3%) e Zambézia (44,8%), cifras que revelam um desempenho preocupante do sistema educativo. Em 2014, a amplitude da taxa de bruta de conclusão oscila 41,3 (Tete) e 101,4% (Cidade de Maputo). Nestas províncias, a taxa de conclusão entre as raparigas oscila entre 37,2% a 39,4%, ou seja, abaixo da média nacional (52,0%).

De um modo geral, estes dados, taxas brutas de conclusão por província, com excepção da Cidade de Maputo, são preocupantes porque demonstram que o Sistema Educativo ainda está distante do alcance da educação primária universal, com maior incidência para aquelas províncias que, em 2014, ainda não tem metade da população com 12 anos de idade que conclui o ensino primário.

b. Taxa de alfabetização de pessoas com 15-24 anos de idade.

Os ODMs procurarm medir, igualmente, o número de pessoas dos 15-24 anos consideradas alfabetizadas

Gráfico 3: Percentagem de Homens e Mulheres alfabetizados (15-49 anos)



Fonte: IDS 2011

Duma forma geral, a percentagem de pessoas que são alfabetizadas (conseguem ler e escrever) aumentou entre 2011 e 2013. Estima-se que para 2014 o número total de pessoas que se beneficiam de Alfabetização e Educação de adultos (AEA) aproxima aos 790.000 contra os 670.000 registados em 2013 ainda em curso registando um crescimento na ordem de 17.7%

A população nas áreas rurais apresenta maior percentagem dos indivíduos que não frequentaram a escola. Entre as mulheres das áreas rurais 41% delas não frequentaram a escola, enquanto nas urbanas esta percentagem é de 13%. Entre os homens, estas proporções situam-se em 18% e 4%, respectivamente.

Desafios do Objectivo 2:

- *Continuação da expansão da rede escolar e transformação das escolas primárias do EP1 em escolas primárias completas que leccionam da 1ª à 7ª classe;*
- *Assegurar as condições básicas para um processo de ensino e aprendizagem eficaz, entre as quais, o equipamento e mobiliário escolar;*
- *Eliminar as turmas sem salas de aulas; Melhorar os rácios de alunos por professor no EP1 Melhorar a gestão escolar bem como expandir cada vez mais os programas de alfabetização de adultos de modo a erradicar o analfabetismo.*

III. OBJECTIVO 3: PROMOVER A IGUALDADE DE GÉNERO E EMPODERAMENTO DA MULHER

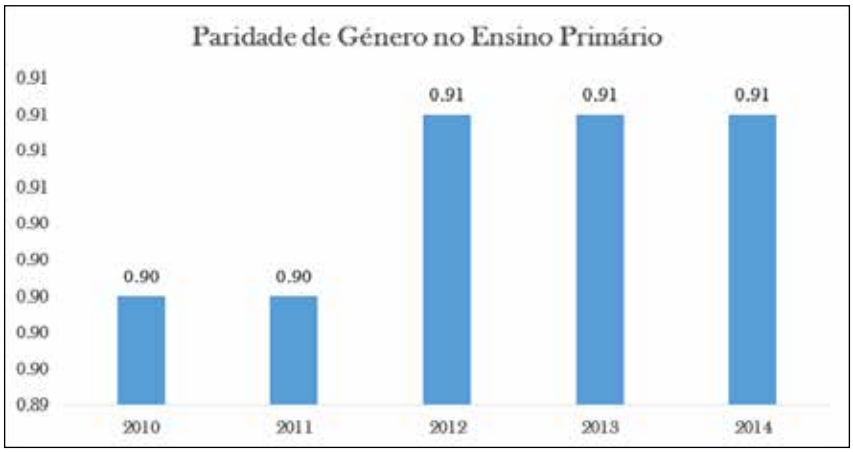
a. *Escolaridade da Rapariga*

Situação e Tendências

A igualdade de género no ensino primário (1ª/7ª classe), avaliada pelo índice de paridade, conforme o gráfico 19, registou um ligeiro incremento ente 2010 e 2014, tendo passado de 0,90 para 0,91 e continua a registar uma frequência de rapazes superior a das raparigas, sobretudo a nível das regiões rurais. É importante notar que quanto maior foi a classe frequentada, mais raparigas estão fora da escola do que rapazes.

O índice de paridade de género, entre as crianças que frequentam o ensino primário, situa-se entre 0,97 aos 6 anos de idade e 0,95 aos 9 anos de idade, ou seja, há uma tendência de paridade de género nas primeiras de idades de escolarização. Portanto, pode-se inferir que quanto maior for a idade das crianças há uma tendência de redução do índice de paridade das raparigas, o que favorece o incremento do índice dos rapazes.

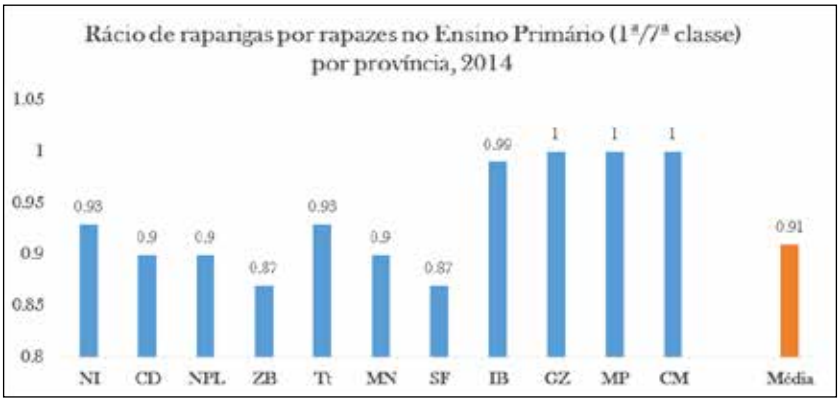
Gráfico 4: Rácio de raparigas por rapazes no Ensino Primário (1ª/7ª classe)



Fonte: Estatísticas Sectorias MINED, 2014

De acordo com os dados de 2014, o índice de paridade de género, no ensino primário, regista uma regressão de 0,94 aos 10 anos de idade para 0,66 aos 15 anos. É de sublinhar que aos 6 anos de idade, o mesmo indicador é de 0,97.

Gráfico 5: Rácio de raparigas por rapazes no Ensino Primário (1ª/7ª classe) por província, 2014



Fonte: Estatísticas Sectorias MINED, 2014

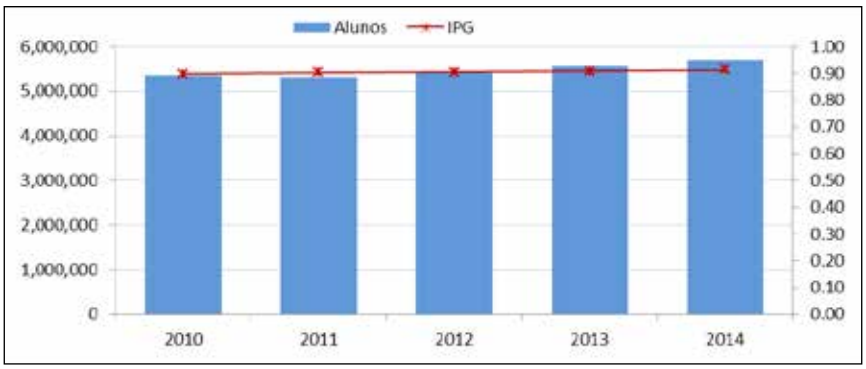
O gráfico x demonstra que o índice de paridade de género, no ensino primário, varia de 0,87 (províncias de Sofala e Zambézia) e 1,0 (em todas as províncias da região sul, incluindo a Cidade de Maputo).

Assim, pode se inferir que há disparidades de participação das raparigas no ensino primário, de acordo com as cifras apuradas em Sofala e Tete e nas restantes províncias os índices de paridade de género oscilam entre 0,90 e 0,93.

O acesso escolar é determinado, entre outras facilidades, da rede escolar próxima do domicílio dos alunos e, nalgumas regiões, embora se continue com a construção de novas escolas, algumas, ainda se encontram distantes de agregados familiares o que influencia de, certo modo, o índice de paridade de género.

Um outro factor importante que está subjacente á diferença do índice de paridade de género é o nível de escolaridade dos agregados familiares, isto é, o nível de analfabetismo dos pais, associado aos factores económicos e casamentos prematuros, contribui para a diferença dos índices de frequência escolar entre raparigas em e rapazes.

Gráfico 6: Evolução do número de alunos e rácio de raparigas por rapazes no ensino primário (1ª/7ª classe)



Fonte: Estatísticas Sectorias MINED, 2014

O ensino primário, (1ª/7ª classe) registou uma ligeira queda do número de alunos entre 2010 (5.354 mil) e 2011 (5.313 mil) e a partir desde período inverteu-se a queda, tendo registado um incremento sistemático até 2014, ou seja, o número de alunos frequentando este nível de ensino passou de 5.313 mil em 2011 para 5.700 mil.

O incremento do número de alunos demonstra que as oportunidades de acesso à educação têm sido melhoradas, ao longo do tempo, para a cobertura do maior número de crianças em idade escolar, através, sobretudo, da expansão da rede escolar e do recrutamento de novos professores.

A paridade de género, segundo o rácio de raparigas por rapazes, conforme o gráfico 20, registou um ligeiro incremento entre 2010 e 2012, tendo-se estabilizado desde aquele período em torno dos 0,91, cifra que é influenciada pelas províncias que se encontram abaixo da média, nomeadamente Cabo Delgado, Manica, Nampula, Sofala e Tete

De um modo geral, apesar do crescimento do número de alunos, as estatísticas ilustram que há necessidade de se desenvolver mais esforços para a melhoria da paridade de género, principalmente, nas regiões centro e norte do país.

b. Participação da Mulher na Governação

Moçambique tem vindo a conhecer progressos assinaláveis em termos de participação da mulher nos órgãos de poder e tomada de decisão e na Política.

O parlamento para além de ser presidido por uma mulher, dos 250 deputados existentes, 100 são mulheres, o que corresponde a 40% de assentos ocupados por mulheres e 67% de mulheres chefiam as bancadas parlamentares, tornando, por isso, o nosso Parlamento uma referência para os outros países da África e do mundo no geral.

No poder executivo, Moçambique conta com 28.6% de Ministras e 20% de Vice – Ministras. A nível local 36% são Governadoras Provinciais, 45,4% são Secretarias Permanentes Provinciais e 41% dos membros do Governo Provincial são mulheres.

Ao nível dos Distritos, as mulheres representam 20% de Administradoras dos 128 Distritos existentes, 17,4% de Chefes de Posto Administrativo, 35,6% são membros das Assembleias Provinciais e cerca de 28.4% membros dos Conselhos Consultivos Distritais que são órgãos de consulta governativa e que toma decisões sobre projectos a serem implementados a nível local.

Registam-se também progressos ao nível da governação provincial, onde a percentagem dos Governadores Provinciais subiu de 18,1% em 2009 para 36% em 2014, isto é de 2 para 4 governadoras.

Tabela 2: Participação da Mulher na Politica e Governação

ORGAO	2009				2014			
	M	H	Total	%M	M	H	Totais	%M
Secretário (a) Perrmanete	2	15	17	11.7	9	16	25	36
Governador (a)	2	9	11	18.1	4	7	11	36
Director (a) Provincial	34	130	164	20,7	42	62	102	41
Administrador(a) Distritais	24	106	130	18,4	26	102	128	20
Chefes de Posto Administrativo	43	244	287	14,9	61	298	350	17,4
Membros dos Conselhos Consultivos Distritais	1425	3577	5002	28,4	1425	3577	5002	28,4
Presidentes dos Municípios	3	40	43	6,9	5	48	53	9
Presidentes das Assembleias Municipais	3	40	43	6,9	5	48	53	9
Presidente da AR	–	1	1	100	1	–	1	100
Deputado(a)	96	154	250	38,4	100	150	250	40

Fonte: Estatísticas Sectorias MINED, 2014

Desafios do Objectivo 3:

- *Melhorar a gestão escolar, com enfoque no cumprimento dos programas de ensino, o que requer melhoria no controlo da efectividade, quer dos professores, quer dos alunos.*
- *Garantir que as crianças tenham oportunidades de acesso a educação, e concluam o ensino primário;*

- *Adoptar estratégias que garantem que as crianças obtenham as competências necessárias, de acordo com o currículo do Ensino Básico;*

- *Garantir a implementação de todas as modalidades de alfabetização para a redução da taxa de analfabetismo, principalmente nas regiões rurais;*

- *Melhorar a governação do Sistema Educativo a todos os níveis, com maior enforque nas instituições de ensino.*

- *Elevar a participação da mulher nos órgãos decisórios, principalmente ao nível local, onde a percentagem da participação da mulher continua longe da meta preconizada no protocolo da SADC sobre género e desenvolvimento que é de 50% até 2015.*

IV. OBJECTIVO 4: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTÍL

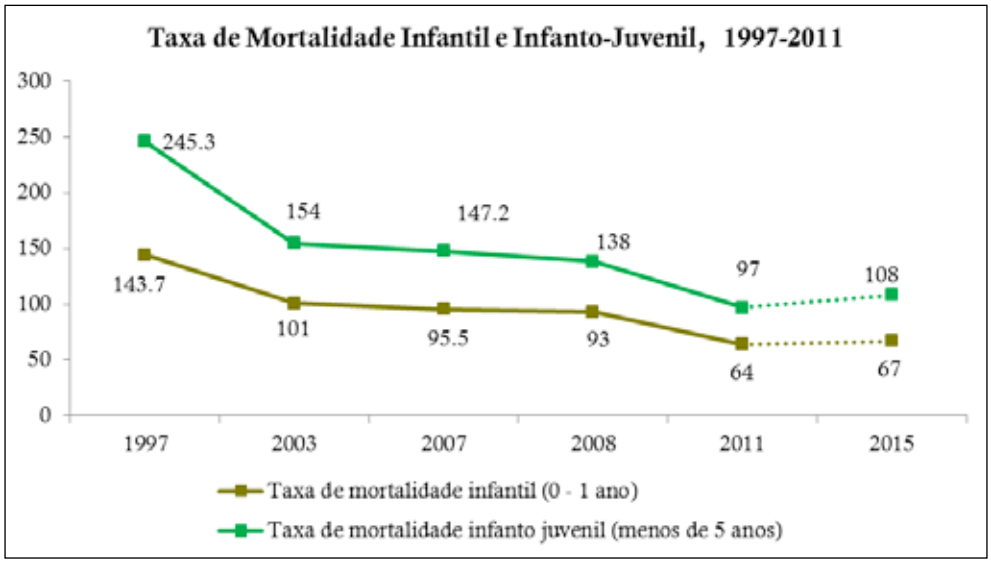
a. *Taxa de Mortalidade Infantil e Infanto-Juvenil*

Situação e Tendências

A taxa de mortalidade infantíl (probabilidade de morrer durante os primeiro ano de vida, 0-11 meses), medido em cada 1.000 Nascimentos Vivos foi de 64% em 2011. Para 2015, a meta prevista é de 67 mortes em cada 1.000 nascidos vivos. Isto significa dizer que a meta do milénio já foi atingida para este indicador.

O mesmo se pode afirmar para a taxa de mortalidade infanto-juvenil (probabilidade de morrer antes de completar 5 anos de vida) que em 2011 foi de 97 mortes em cada 1.000 nascimentos vivos, contra uma meta do milénio de 108 em cada 1.000 nascimentos vivos. Meta do milénio atingida.

Gráfico 7: Taxa de Mortalidade Infantil e Infanto-Juvenil, 1997-2011

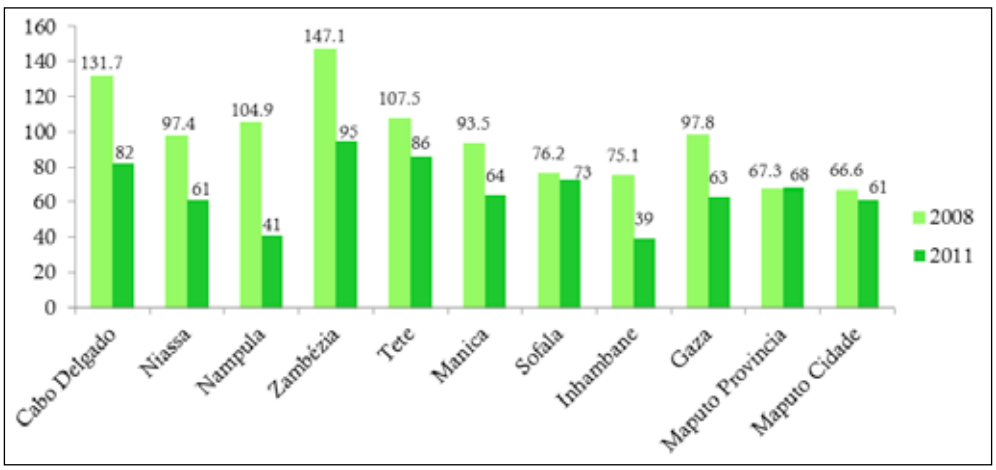


Fonte: IDS 2011

Por localização geográfica, os níveis de mortalidade infantil apresentaram decréscimos acentuados e quase todas as províncias à excepção de Maputo província.

Inhambane e Nampula apresentam os níveis de mortalidade mais baixos comparativamente às restantes Províncias. Os níveis extremos da mortalidade infantil situam-se entre 39 por mil nascidos vivos em Inhambane e 95 por mil nascidos vivos na Província de Zambézia. Outras Províncias com taxas de mortalidade infantil elevadas são Tete (86 por mil nascidos vivos) e Sofala (73 por mil nascidos vivos).

Gráfico 8: Taxa de Mortalidade Infantil por província

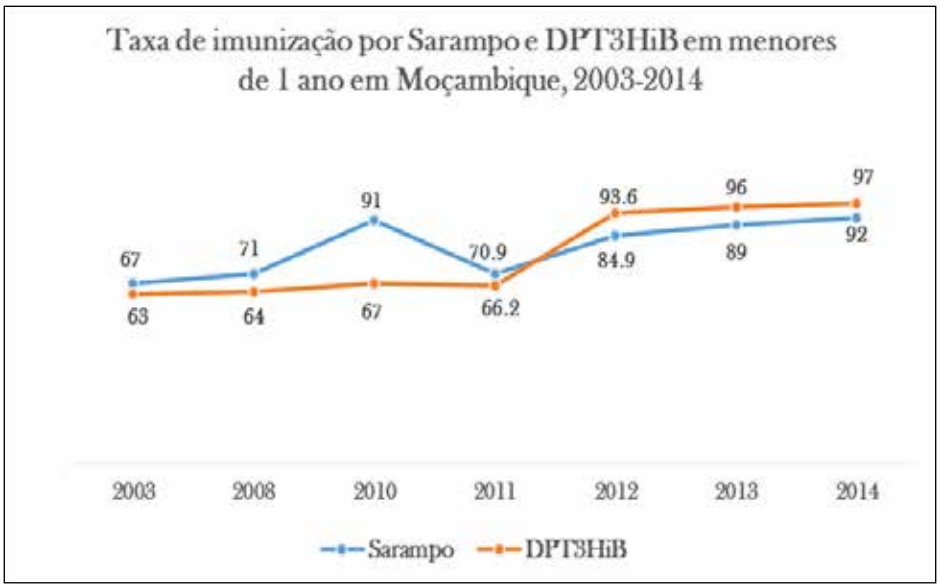


Fonte: IDS 2011

b. Imunizações

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 sector da saúde mostram progressos na cobertura de vacinação das crianças menores de um ano contra as principais doenças preveníveis, conforme mostra o gráfico 9.

Gráfico 9: Taxa de imunização por Sarampo e DPT3HiB em menores de 1 ano



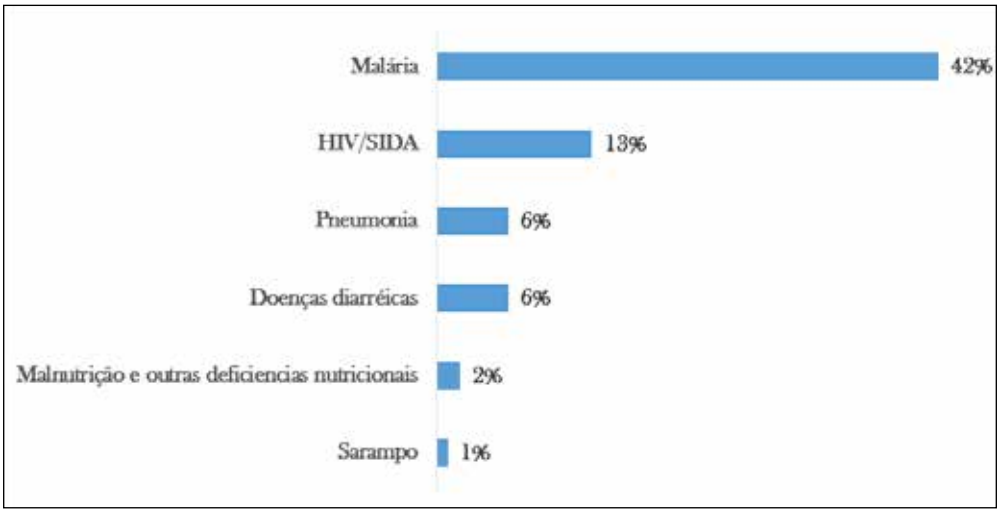
Fonte: IDS 2011

A percentagem de crianças completamente imunizadas é de 75% na área urbana e 60% de crianças que receberam todas as vacinas na área rural. A taxa de cobertura diminui com a ordem de nascimento e aumenta com o nível de escolaridade da mãe.

Geograficamente, Maputo Província (88%), Maputo Cidade (77%) e Niassa (77%) apresentam as percentagens de cobertura vacinal mais elevadas, enquanto Zambézia (47%), Tete (58%) e Cabo Delgado (59%) apresentam as mais baixas. No total, 91% das crianças estão protegidas com BCG e 75% estão protegidas com três doses de DPT e três doses de Pólio.

O Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade em Moçambique 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 10: Causas da Mortalidade Infantil



Fonte: IDS 2011

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 consequências 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.

Desafios do Objectivo 4:

- *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.*

V. OBJECTIVO 5: MELHORAR A SAÚDE MATERNA

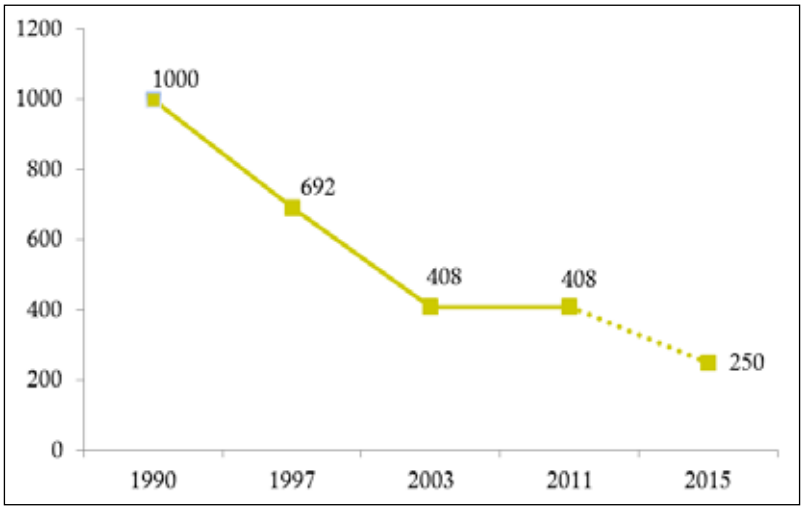
a. *Mortalidade Materna*

Situação e Tendências

Dados actuais revelam poucos avanços na redução da mortalidade materna e no alcance do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Apesar do rácio de mortalidade materna ter diminuído em 60 por cento durante o período 1997-2003, o progresso estagnou-se na última década, tendo-se mantido em 408 mortes por 100,000 nascidos vivos de 2003 a 2011 (INE, 2013). Dados desagregados por província (Censo 2007) revelam importantes disparidades entre as províncias, sendo que Cabo Delgado, Sofala, Nampula, Inhambane e Zambézia foram as províncias que apresentaram maior número de óbitos maternos por cada 100,000 nados vivos. De acordo com o inquérito de mortalidade apos o censo de 2007, aproximadamente 20% das mortes maternas ocorreram em raparigas que não completaram o seu vigésimo ano de idade.

Embora muitos factores contribuem para o elevado rácio de mortalidade materna de Moçambique, os factores mais significativos são o uso limitado de métodos contraceptivos modernos acoplado a elevada necessidade não satisfeita de contraceptivos e acesso inadequado aos serviços de saúde materna, especialmente os partos institucionais assistidos por pessoal qualificado e, quando necessário, os cuidados obstétricos e do neonatais de emergência (CONEm).

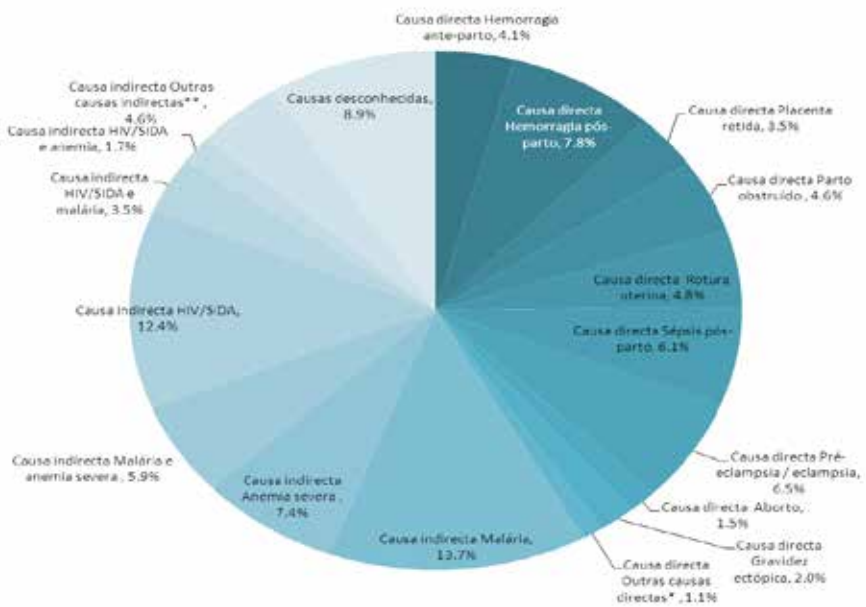
Gráfico 11: Taxa de Mortalidade Materna em Moçambique 1990 - 2007.



Fonte: IDS 2011

De acordo com a última avaliação nacional de necessidades em saúde materna e neontal (2012), as causas indirectas de óbitos maternos foram as mais importantes seguidas de causas directas. Entre as causas indirectas destaca-se a malária, seguida do HIV e SIDA e anemia. Entre as causas directas destaca-se a hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia/ eclâmpsia e sépsis pós-parto.

Gráfico 12: Percentagem de óbitos Maternas e suas causas em Moçambique



Fonte: IDS 2011

Das 947 Unidades Sanitárias (US) inquiridas a nível Nacional, apenas 35 provém CONEm Básicos e 33 têm realizado CONEm completos (Indicador 1). As remanescentes 879 US oferecem um pacote incompleto das funções vitais não sendo deste modo consideradas como CONEm.

De acordo com os padrões da OMS, UNICEF, UNFPA e AMDD (WHO, 2009) para cada 500,000 habitantes, deve haver pelo menos 5 US com CONEm e pelo menos uma destas US deve prover cuidados completos. Uma vez que em 2012, Moçambique possuía uma população total de 23,569,908, então, o padrão de disponibilidade deveria ser de pelo menos 236 US que oferecessem pelo menos CONEm básicos (e se possível completos) e pelo menos 47 US com CONEm completos. Assim, em relação à disponibilidade de CONEm (básicos + completos), o país apenas oferece 28.9% do mínimo recomendado, mas a disponibilidade de CONEm completo foi maior, tendo 70% da recomendação mínima de US provendo o conjunto completo das funções vitais. As províncias que apresentam maiores desafios para prover CONEm (básicos + completos) são Nampula, Maputo província, e Zambézia.

A taxa de cobertura de partos institucionais em US que oferecem CONEm a nível nacional foi de apenas 19%. As províncias com as percentagens mais baixas de partos institucionais foram Maputo Província e Zambézia com 5% e 10% respectivamente, seguidas de Nampula com apenas 12%. As percentagens mais altas de partos institucionais nas US com CONEm foram observadas nas províncias de Sofala e Manica com 27%, sendo a mais alta a ser observada em Maputo Cidade com 55%.

Em relação à Necessidade Satisfeita para CONEm, a nível nacional 28% das mulheres com complicações obstétricas foram atendidas em todas US, mas a percentagem baixa para 13% ao considerar apenas as US com CONEm básicos e completos. Isso significa que cerca de 50% das mulheres com complicações estão sendo tratadas em US sem condições de CONEm. A percentagem de US com disponibilidade de CONEm é baixa porque a maior parte das US não foram classificadas por não realizarem uma ou duas das funções vitais.

De acordo com esta avaliação e os dados restringidos aos meses de Agosto, Setembro e Outubro, 2012, do total das 9,357 mulheres com complicações directas, metade (50%) foram tratadas nos Centros e Postos de Saúde e apenas 7% foram tratadas nos Hospitais Centrais.

A taxa de cesarianas a nível nacional considerando todas as US é de 3%, abaixo dos 5% considerados o mínimo recomendado pela OMS e nas US que oferecem o pacote de CONEm, a proporção de partos por cesariana de Moçambique foi de 2.6%.

Observando todas as US, a taxa de letalidade a nível nacional foi de 2.0% acima da meta definida pela OMS (menor que 1%) e de 2.4% nas US com disponibilidade do pacote CONEm. A província com maior taxa de letalidade por complicações obstétricas directas foi Cabo Delgado com 5.3% seguida de Nampula com 4.9% e as províncias com a taxa de letalidade abaixo de 1% foram Maputo Cidade, Gaza e Inhambane.

A nível nacional, a taxa de mortalidade fetal intraparto e neonatal precoce em todas as US foi de 7/1,000 e nas US com CONEm esta taxa foi de 15 por 1,000 partos.

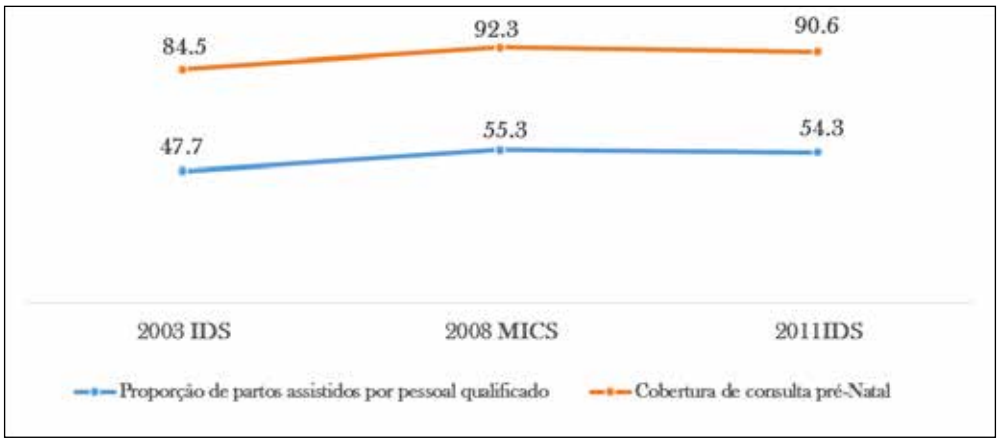
De acordo com a avaliação a nível nacional, a proporção de mortes maternas por causa indirecta em todas US foi de 49% e nas US com CONEm a percentagem foi mais elevada 51%.

b. Cobertura de partos assistidos por pessoal qualificado e cobertura de consulta Pré-Natal

A cobertura de partos assistidos por pessoal qualificado apenas mostra progressos desde 2008 e é especialmente baixa na área rural (44.3% contra 80.3% na área urbana), o que significa que o país ainda enfrenta desafios na disponibilidade de recursos humanos com as competências requeridas para a provisão de serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade.

A cobertura de consulta pré-natal (pelo menos uma visita) tem aumentado significativamente nos últimos anos (84.5% em 2003 contra 90.6% em 2011). Contudo, a cobertura de pelo menos quatro consultas pré-natais (recomendação da Organização Mundial da Saúde) não apresentou progressos na última década.

Gráfico 13: Percentagem de partos assistidos por pessoal técnico de saúde e cobertura de consulta pré-natal (pelo menos uma consulta)



Fonte: IDS 2011

As diferencias são também marcadas por províncias, com Maputo Cidade e Maputo Província apresentando as maiores coberturas e Zambézia e Cabo Delgado apresentando as piores.

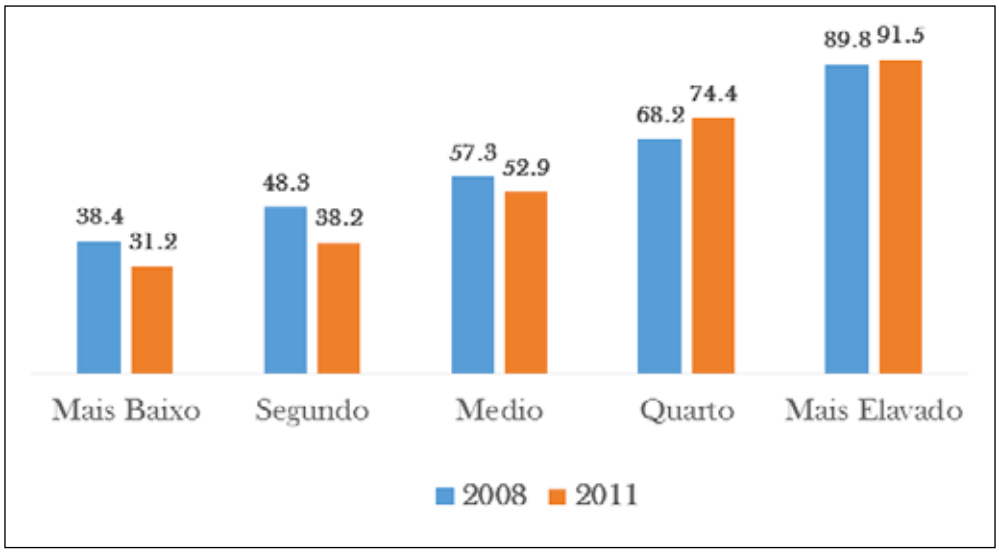
Tabela 3 : Cobertura dos Partos Institucionais por províncias, 2003-2011

	Nacional	Niassa	Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Prov	Maputo Cidade
2003 DHS	47,6	46,0	29,6	36,8	32,7	47,4	56,0	51,6	49,8	63,2	85,4	90,1
2008 MICS	58,0	74,6	45,2	61,6	39,8	49,2	56,5	64,4	61,6	68,9	75,3	92,9
2011 DHS	54,8	61,4	36,2	53,3	27,8	50,7	75,3	73,4	57,7	70,7	88,3	91,8

Fonte: IDS, 2003 e 2011, MICS 2008

Igualmente, a proporção de partos que ocorreram nas unidades sanitárias também varia com as características socioeconómicas das mulheres. Por quintís de riqueza, a percentagem de partos ocorridos nas unidades sanitárias das mulheres do quintil mais elevado, é quase três vezes mais, do que as do quintil mais baixo.

Gráfico 14: Cobertura de partos institucionais por quintis de riqueza



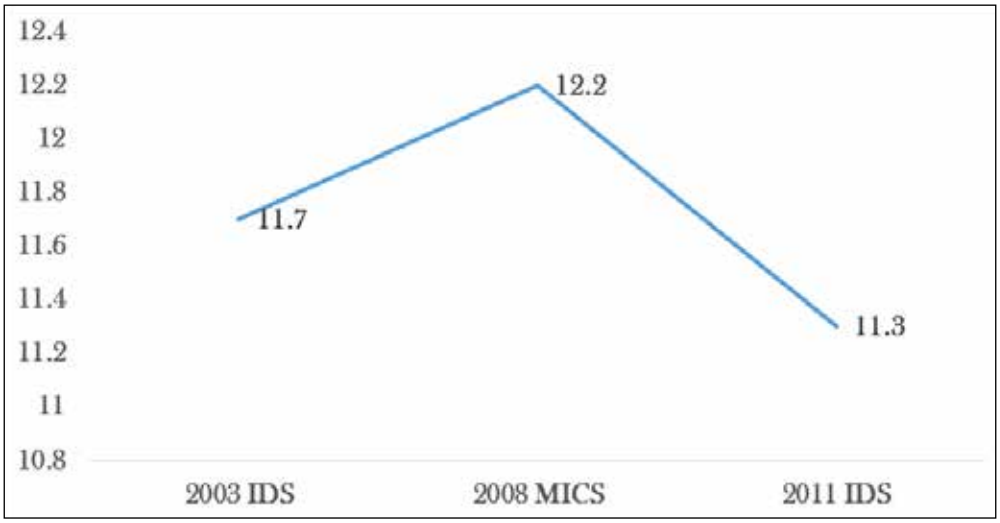
Fonte: IDS 2011

c. *Planeamento Familiar*

Em Moçambique, a taxa de prevalência contraceptiva é ainda muito baixa, e sem grandes melhorias ao longo dos últimos anos. A taxa de prevalência contraceptiva para métodos modernos entre as mulheres casadas/unidas em 2011 foi de 11.3%, e comparado com os países da África Austral, verifica-se que o nível de uso de contracepção em Moçambique é ainda um dos mais baixos da região. A necessidade não satisfeita de planeamento familiar permanece elevada em 28.5%. em outras palavras, aproximadamente 3 em cada 10 mulheres desejam fazer algum método de planeamento familiar mas não o fazem.

Em 2011, entre as mulheres que usavam métodos contraceptivos modernos, os mais referidos eram os injectáveis, seguidos dos contraceptivos orais. Há um uso muito reduzido de métodos de planeamento familiar de acção prolongada e apenas 1.1% se referiu ao uso do preservativo como método contraceptivo.

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

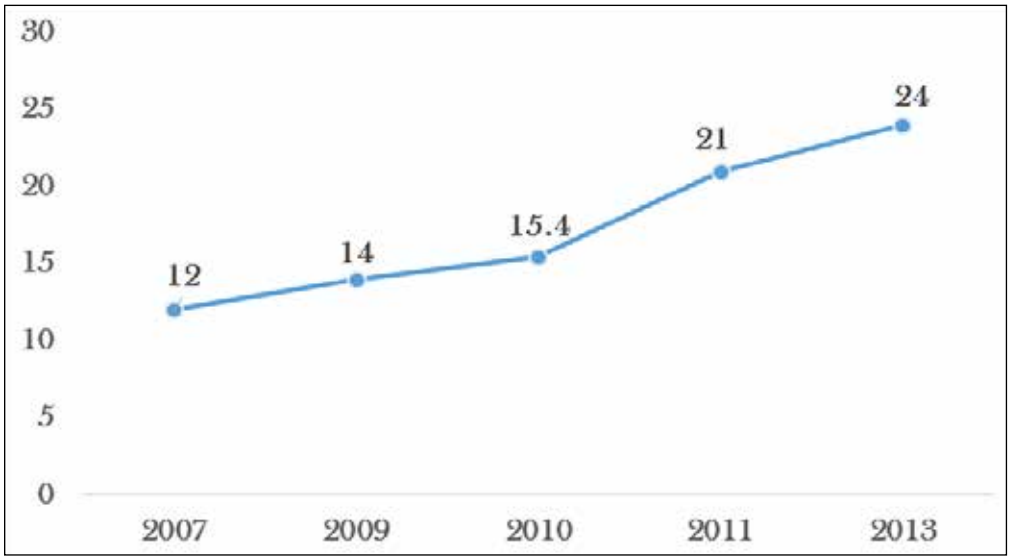


Fonte: IDS 2011

Existem grandes disparidades na prevalência de uso de contraceptivos por área de residência, província e demais características socio-demográficas. Por exemplo, o uso de métodos modernos de planeamento familiar é três vezes maior na área urbana que na rural. Grande parte da vantagem apresentada pela área urbana deve-se ao papel da Província e Cidade de Maputo, cujas percentagens são muito elevadas quando comparadas com províncias como Cabo Delgado e Zambézia. Em termos socioeconómicos a prevalência de uso de contraceptivos modernos nas mulheres do quintil de riqueza mais alto é dez vezes maior que nas mulheres do quintil mais baixo.

A cobertura de novas utentes em planeamento familiar tem vindo a aumentar substancialmente nos últimos anos. Em outras palavras, tem crescido enormemente a capacidade do Sistema Nacional de Saúde em "atrair" as mulheres para iniciar o planeamento familiar. Contudo, a continuidade no uso continuado de métodos de planeamento familiar continua sendo um constrangimento.

Gráfico 16: Cobertura de Novas Utentes em Planeamento Familiar

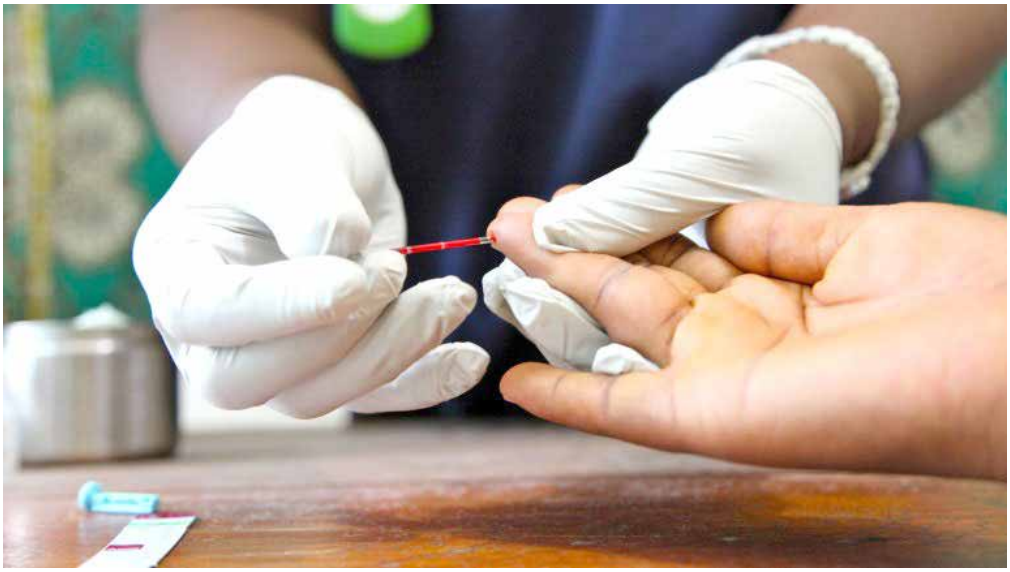


Fonte: Estatístcas Sectorias do MISAU

Desafios do Objectivo 5:

- *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;*

VI. OBJECTIVO 6: COMBATER O HIV/SIDA, MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

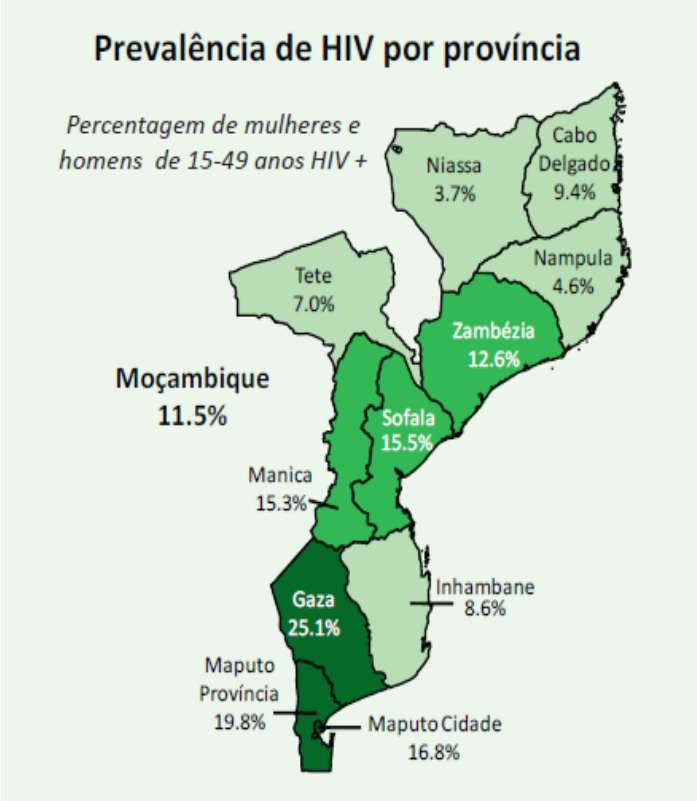


a. *Combater o HIV e Sida*

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 calibragens aos resultados dos anos anteriores ao inquérito feitas com base nos resultados do INSIDA 2009, indicam que a prevalência do HIV entre moçambicanos adultos de 15-49 anos é de 11.5%. A prevalência entre as mulheres é superior à prevalência entre os homens (13.1 e 9.2%. Importa referir que o risco de infecção por HIV entre adultos de 15-49 anos é superior entre os residentes de áreas urbanas (15.9%) comparativamente aos residentes de áreas rurais (9.2%)

Gráfico 17: Taxa de Prevalência do HIV/SIDA entre adultos de 15-49 anos de idade em Moçambique

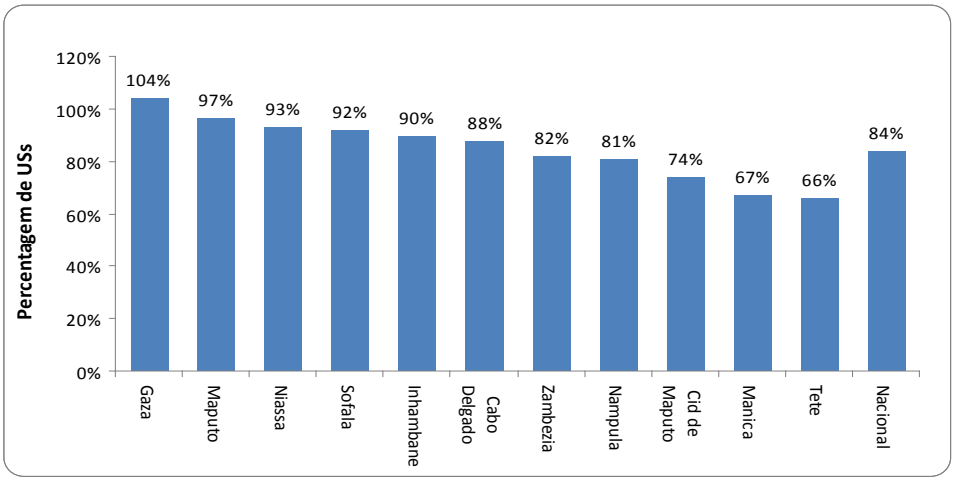


Fonte: INSIDA 2009

Os resultados do INSIDA indicam que 11.5% dos moçambicanos adultos de 15-49 anos estão Infectados por HIV. O Gráfico 50, mostra que há mais mulheres infectadas (13.1%) comparativamente aos homens (9.2%). Residentes em áreas urbanas de 15-49 anos têm prevalência de infecção por HIV mais alta (15.9%) comparativamente aos residentes em áreas rurais (9.2%). Isto aplica-se a ambos os sexos: a prevalência entre mulheres nas áreas urbanas é de 18.4% comparada a 10.7% nas áreas rurais, e a prevalência entre homens nas áreas urbanas é de 12.8% comparativamente a 7.2% nas áreas rurais.

O número de US que administram PTV ultrapassou a meta estabelecida para 2013 (1063) e confirmou a sua consistente tendência crescente dos últimos 6 anos. Pelos dados reportados, o indicador já cumpriu com a meta estabelecida para o quinquénio 2010/2014 de 1063. A implementação da Opção B+ foi adoptada em 534 Unidades Sanitárias das 496 previstas, correspondendo a um grau de cumprimento de 108% da meta.

Gráfico 18: Percentagem de Unidades Sanitárias administrando PTV, por província, 2013



Fonte: Estatísticas Sectorias do MISAU

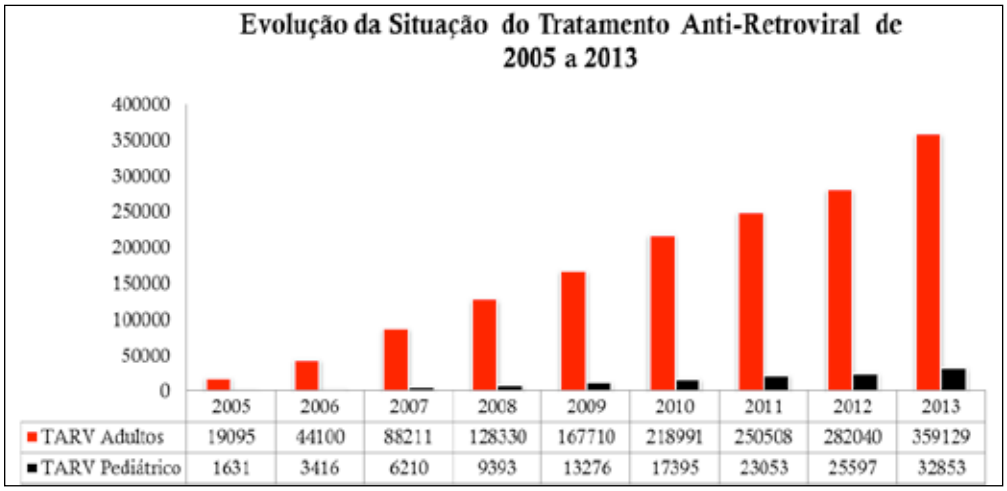
De entre os principais factores impulsionadores da epidemia destacam-se: (i) os parceiros sexuais múltiplos e concomitantes; (ii) baixos níveis de utilização do preservativo; (iii) alta mobilidade e migração associada à elevada vulnerabilidade; (iv) prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes; (v) relações transaccionais; (vi) desigualdade de género; (vii) violência sexual; e (viii) níveis baixos de circuncisão masculina.

Ao longo dos últimos anos registaram-se progressos no campo de prevenção, cuidados e tratamento. Várias acções têm sido desenvolvidas nestas áreas e, com vista a intensificar os esforços para eliminar esta doença Moçambique tem adoptado varias estratégias globais com destaque para a Declaração Política sobre HIV e SIDA da Assembleia-Geral das Nações Unidas de 2011, que é um documento político que concentra 10 metas fundamentais actualizadas para a implementação da resposta pelos países signatários.

b. Proporção da população com a infecção de HIV em estado avançado com acesso às drogas antirretrovirais

Regista-se evolução considerável no acesso ao TARV. O acesso ao TARV Pediátrico mostra um crescimento na capacidade de prestação de cuidados ao passarmos de 1.631 em 2004 para 32.853 crianças actualmente em tratamento no país, igualmente o TARV de adultos cresceu de 19.095 adultos em 2005 para 359.129 em 2013.

Gráfico 19: Tratamento Anti-Retroviral em Adultos e Crianças

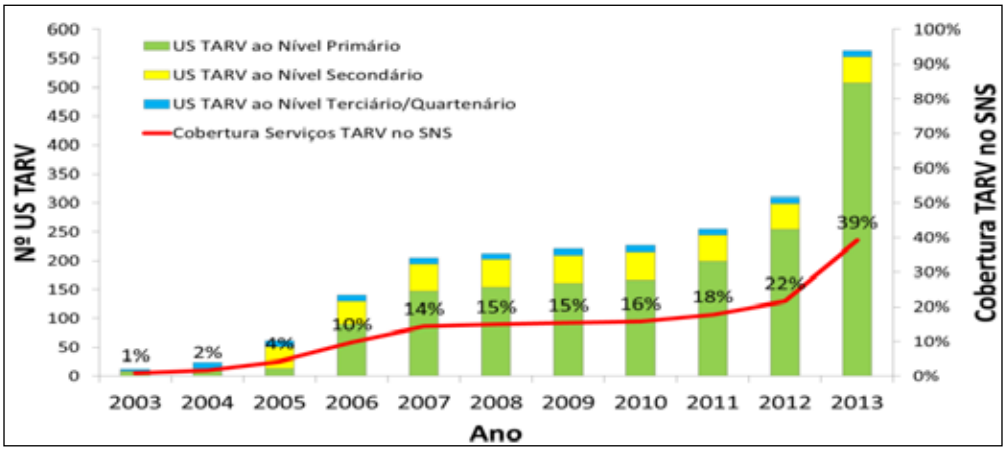


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TARV Adultos	19095	44100	88211	128330	167710	218991	250508	282040	359129
TARV Pediátrico	1631	3416	6210	9393	13276	17395	23053	25597	32853

Fonte: Estatísticas Sectórias, MISAU

O número de Unidades Sanitárias administrando a Prevenção de Tratamento Vertical aumentou de 96 em 2005 para 1.223 em 2013. Como resultado, aumentou o número de crianças e mulheres grávidas beneficiando de profilaxia de 13.129 em 2004 para 58.351 em 2013.

Gráfico 20: Evolução do Número de US TARV (2003-2013)



Fonte: Estatísticas Sectorias do MISAU

Desafios no Combate ao HIV/SIDA:

- *Massificação do uso consistente do preservativo feminino e masculino;*
- *Desenvolver estratégias de comunicação específicas para mudança social e de comportamento;*

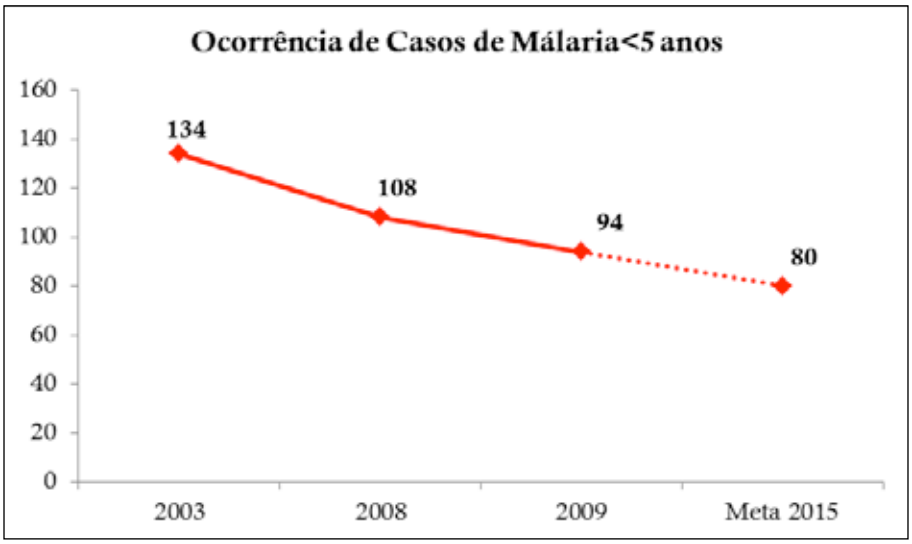
- *Massificar a Prevenção da Transmissão vertical;*
- *Fortalecer os vínculos entre os serviços para reduzir os abandonos e oportunidades perdidas. Continuar com a expansão do TARV Adulto e Pediátrico com qualidade*

c. Malária

A malária ainda constitui um grande problema de saúde pública em Moçambique. Embora se registe uma diminuição da taxa de letalidade por malária verificada nos últimos anos, esta doença ainda constitui uma das principais causas de morbi - mortalidade.

O desempenho do programa de Malária é medido através de três indicadores relativos a prevenção e/ou tratamento intermitente preventivo com sulfadoxina pirimetamina; cobertura da pulverização intra-domiciliaria e o acesso a redes tratadas com insecticida de longa duração nas consultas pré-natais.

Gráfico 21: Ocorrência de Casos de Malária em menores de 5 anos, em cada 10.000 crianças



Fonte: MICS 2008

Em todo o País, 19% das habitações foram sujeitas á pulverização intra-domiciliária durante os 12 meses anteriores ao inquérito (IDS 2011). A percentagem de agregados cujas residências foram pulverizadas é de 30% em áreas urbanas e 13% em áreas rurais.

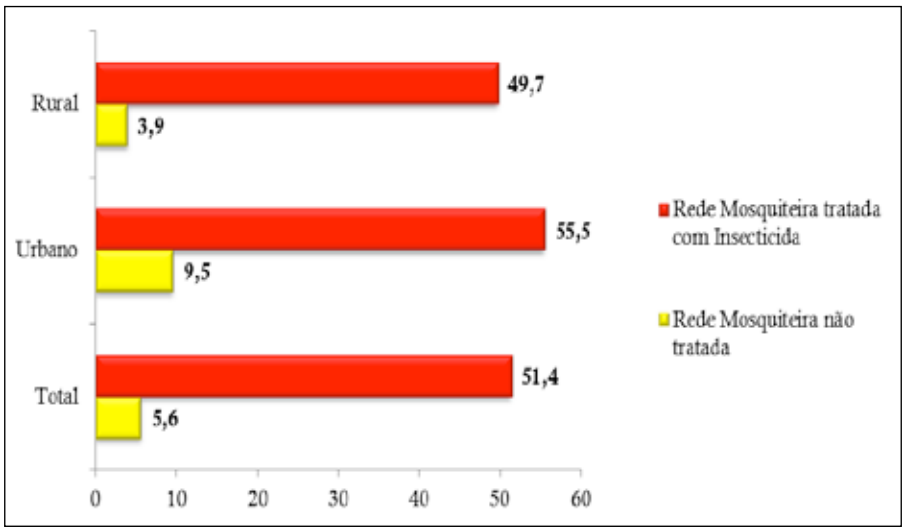
Em termos de províncias, Gaza, Maputo Cidade e Zambézia são as que fizeram maior uso da PID (38%, 28% e 26%, respectivamente), enquanto o uso deste serviço foi mínimo nas províncias de Inhambane e Nampula (8% e 6%, respectivamente).

d. *Proporção de crianças abaixo de 5 anos que dormem em redes mosquiteiras tratadas*

Cerca de 37% da população tem acesso a uma MTI (Rede Mosquiteira tratada com insecticida). A proporção de pessoas com acesso a uma MTI é de 43% entre os agregados de duas pessoas, mas é somente 29% nos agregados de oito ou mais membros.

As diferenciais socioeconómicas com respeito ao acesso a MTI são ilustradas no Gráfico 21. Nota-se que embora existem diferenças entre os agregados segundo lugar de residência ou características socioeconómicas, estas diferenças são relativamente pequena. Isto pode ter sido influenciado pelos programas de distribuição gratuita da rede mosuqiteira e de subvenção da mesma de modo a reduzir o preço de venda.

Gráfico 22: Posse de Redes Mosquiteiras nos Agregados Familiares



Fonte: IDS 2011

No total, 44% da população de facto têm alguma protecção contra a malária, seja por dormir de baixo de uma MTI, ou seja por ter dormido numa casa que foi sujeita à pulverização intra-domiciliária nos 12 meses anteriores. O respeito a esta variável, se observa diferenciais importantes segundo as características do agregado. Assim, 56% da população nos agregados no meio urbano tem alguma protecção contra a malária, comparado com 38% da população no meio rural

Segundo localização geográfica, se observa que, no extremo mais elevado, 52% da população de facto tem alguma protecção em Cabo Delgado e, no extremo inferior, 28% tem alguma protecção em Inhambane.

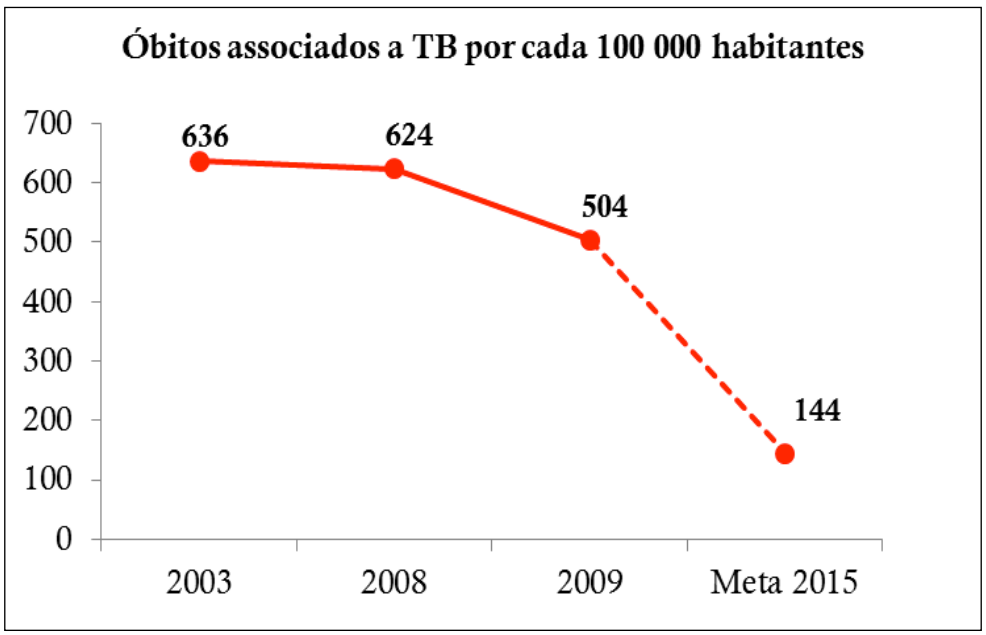
Desafios no Combate a Malária:

- *Realização de Campanhas de Pulverização Intradomiciliária em 59 distritos ainda não abrangidos e cobrir 90% das casas pulverizadas;*
- *Realizar as campanhas de distribuição universal de redes mosquiteiras nos distritos não abrangidos pela PIDOM;*

e. *Prevalência e taxas de fatalidade associadas à tuberculose*

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.

Gráfico 22: Óbitos associados a Tuberculose (TB)



Fonte: MICS 2008

A meta relativa a taxa de cura por tratamento DOTS foi atingida. De acordo com os dados do PNCT foram curados 16.608 doentes, correspondente a uma taxa de cura de 85%.

Trata-se de um indicador que vem mantendo-se estável ao longo dos últimos 2 anos. De realçar que facilitou o desempenho desta componente do programa a busca activa dos pacientes com tosse realizada pelos activistas; a expansão em termos de cobertura do DOTS Comunitário facilitada pela existência de organizações que trabalham no âmbito do DOTS Comunitário e que de ano para ano permitem que se alcancem mais distritos para a implementação das actividades do DOTS Comunitário.

Desafios no Combate a Tuberculose:

- *Aumentar para 75% a taxa de detecção de BK+ (baciloscopia positiva); Aumentar a Taxa de Detecção de casos de tuberculose, todas formas, de 45% em 2013 para 55% em 2014;*

- *Aumentar a proporção de pacientes co-infectados (TB/HIV) que se beneficiam de tratamento anti retroviral; Constituir a Parceria Nacional de luta contra Tuberculose; Continuar a expandir o acesso do TARV de Adultos e Crianças.*

VII.OBJECTIVO 7: GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

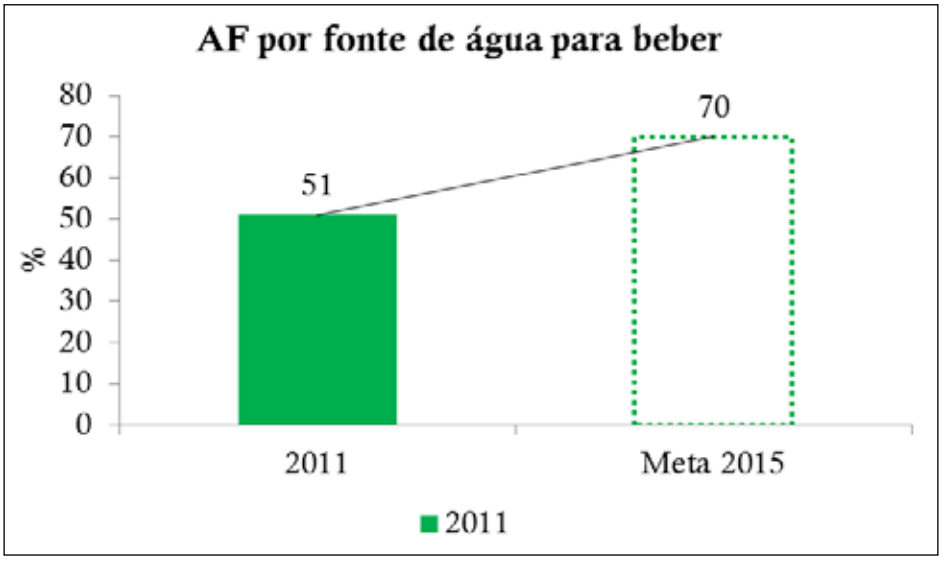
a. *Acesso a água potável*

Situação e Tendências

A percentagem da população que utiliza fontes seguras de água para beber atingiu 52,5% em 2011, que incluem água canalizada dentro e fora de casa, furos protegidos, poços com bomba manual e água engarrafada. A meta do milénio são 70%.

Na área urbana a percentagem cobre 84,6% enquanto nas zonas rurais apenas 37,8% da população utiliza fontes seguras de água para beber. Nesta última área, as principais fontes de água são os poços não protegidos, com 42% e água da superfície, como por exemplo rios e lagos.

Gráfico 23: Acesso a fontes de água para beber



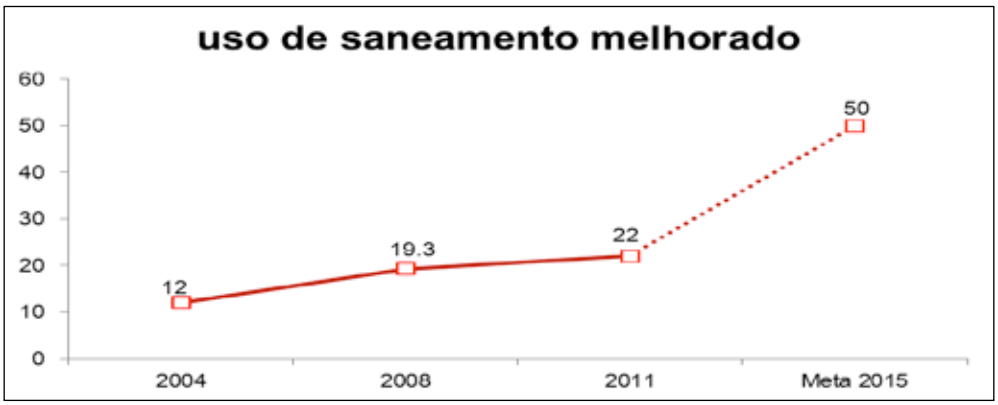
Fonte: IDS 2011

Por províncias, todas as da Região Sul, incluindo as de Manica e Sofala, apresentam percentagens de fontes seguras de água para beber acima de 60% enquanto, as províncias da Região Norte, incluindo as de Zambézia e Tete, apresentam percentagens de água proveniente de fontes seguras, abaixo de 50%.
A nível do país, cerca de 15% de agregados familiares tem água nas proximidades da casa, 43% tiram água a menos de 30 minutos de distância e 39%, caminham mais de 30 minutos para obter água para beber.

É nas áreas rurais, onde apenas 5% de agregados tem água nas proximidades, 43% tem a menos de 30 minutos e 49% a mais de 30 minutos. Nas áreas urbanas, 38% de agregados tira água nas proximidades e 42% a menos de 30 minutos. Por províncias, apenas a Cidade de Maputo é que apresenta maior parte de agregados que tem água nas proximidades, seguida de Maputo Província e nas restantes províncias, os agregados familiares caminham até 30 ou mais minutos para adquirir água para beber.

No que tange ao acesso sanitário, apenas 23,8 % da população utilizam casa de banho/ latrina melhorada não partilhada, sendo a percentagem mais elevada na área urbana (47,8%) em relação a área rural (12,8%). Na meta do milénio o país deverá cobrir 50% da sua população em termos de saneamento melhorado.

Gráfico 24: Uso de saneamento melhorado



Fonte: IDS 2011

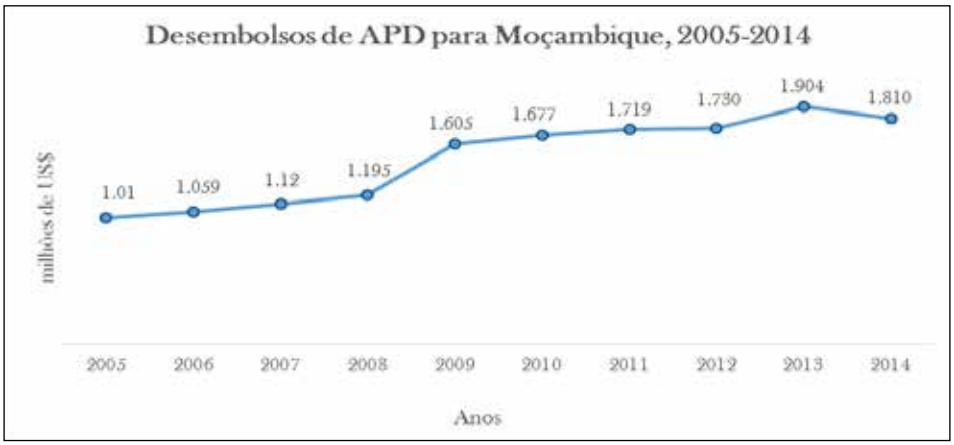
Entre as províncias, Maputo Cidade, é a que possui maior percentagem de agregados familiares que utiliza instalações sanitárias melhoradas de uso apenas do agregado familiar; e enquanto as províncias de Cabo Delgado e Zambézia, mais de 90% de seus agregados familiares utilizam saneamento não melhorado.

VIII. OBJECTIVO 8: CRIAR UMA PARCERIA GLOBAL PARA O DESENVOLVIMENTO

Situação e Tendências

Moçambique continua a ser um país beneficiário da Ajuda Externa para o Desenvolvimento. O volume total da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD), registou uma ligeira contracção de 4.9%, baixando de 1.904 milhões de US$ em 2013 para 1.810 milhões de US$ em 2014, uma variação que reflecte igualmente uma tendência global de redução dos fluxos de APD nos últimos anos, derivado de uma conjuntura internacional não favorável, com destaque para as economias avançadas.

Gráfico 25: Desembolsos da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento para Moçambique



Fonte: MEF, 2015

A redução da ajuda em 4.9% pode estar em grande medida associada aos seguintes factores:

i. *Não desembolso dos DPOs do Banco Mundial para Agricultura e para Mudanças Climáticas (50 milhões de US$ para cada)[2];*

ii. *Acentuada baixa nos desembolsos dos E.U.A com o encerramento do Projecto Millennium Challenge Account[3], e;*

iii. *Não desembolso de uma porção significativa dos compromissos para os Fundos Comuns.*

A canalização da APD (por entidades receptoras) continua a favorecer predominantemente ao Governo em detrimento das entidades não-Governamentais

Tabela 4. Perfil desagregado da ajuda ao Governo em 2014

	PAPs	%	Total (PAPs + MAs)	%
Ajuda ao Governo				
Apoio Geral ao Orçamento (AGO)	388.645.369	34%	388.645.369	24%
Programas Sectoriais (FCs)	237.756.152	21%	255.377.763	16%
Outros Programas	73.233.190	6%	207.375.009	13%
APD Programática	699.634.711	61%	851.398.140	52%
Projectos	449.466.752	39%	779.474.881	48%
Apoio ao Orçamento Provincial	5.393.354	0,5%	6.282.982	0,4%
Total APD ao Governo	1.154.494.816	88%	1.637.156.003	90%
Ajuda não-Governamental				
Apoio aos Municípios	8.969.235	9%	8.969.235	5%
Apoio ao Sector Privado	27.839.069	18%	33.257.992	19%
ONGs Nacionais	29.076.834	18%	31.549.692	18%
ONGs Internacionais	66.806.704	41%	75.879.306	44%
Outros	23.323.099	14%	23.607.307	14%
ODA não-Gov.	156.014.941	12%	173.263.533	10%
Total Agregado	1.310.509.757	100%	1.810.419.536	100%

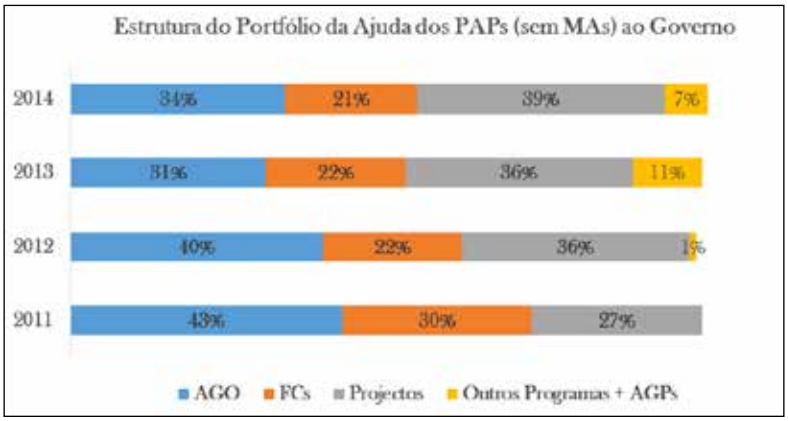
Fonte: MEF, 2015

No que se refere ao **Apoio Programático** a estrutura de portfólio da ajuda ao Governo nos últimos 5 anos caracterizou-se por uma gradual corrosão da proporção de ajuda

2 *Os desembolsos para estes DPOs retoma em 2015. Entretanto, o recente rebaixamento do risco de sobreendividamento (debt distress) para Moçambique de baixo para moderado no DSA 2014, implicará uma redução em cerca de 10% do nível de desembolsos de créditos concessionais do Banco Mundial nos próximos três anos.*

3 *De acordo com o REO 2014, o volume de despesa executada no MCA baixou em 97,6% em virtude de estarem na fase de conclusão as obras ligadas ao Projecto.*

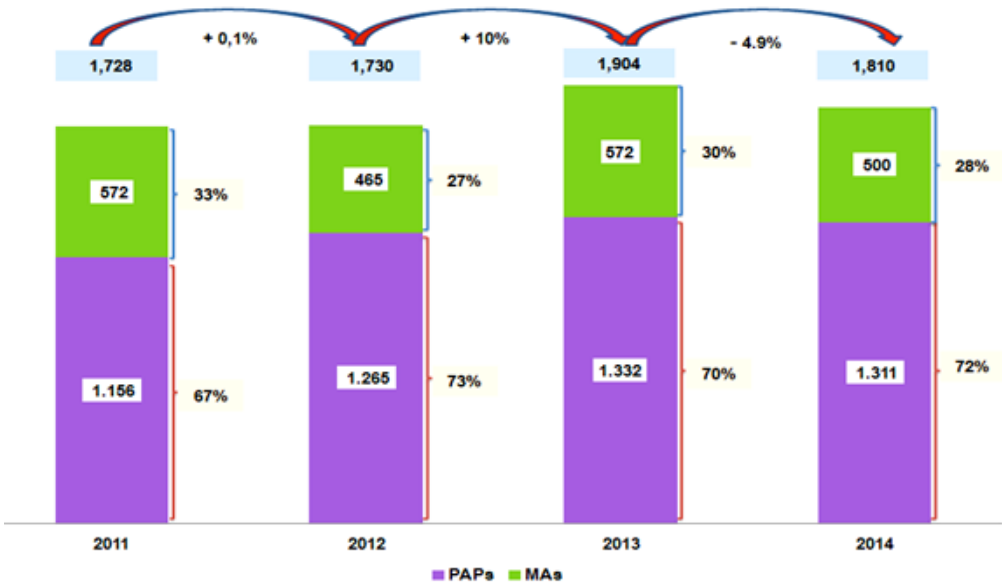
programática (Apoio Geral ao Orçamento + Fundos Comuns), que entretanto, se interrompe em 2014. Se por um lado a proporção da ajuda em Projectos continuou a aumentar, por outro, a proporção de Apoio Programático passou de 53% em 2013 para 55% em 2014, impulsionada pelo incremento do Apoio Geral ao Orçamento.



Fonte: MEF, 2015

Do ponto de vista de contribuição dos Parceiros de Apoio Programático (PAP´s) e dos Membros Associados (MA´s) no total do Ajuda Oficial ao Desenvolvimento ao País em 2014, nota-se que o peso total dos MA´s baixou de 30% em 2013 para 28% em 2014, movida pela redução significativa pelo volume da Ajuda desembolsado pelos EUA. Enquanto isso, o peso total da ajuda desembolsada pelos PAP´s registou uma variação positiva em 2% tendo passado de 1.2 milhões de USD em 2013, para 1,3 milhões de USD em 2014.

Gráfico : Peso dos PAPs e dos MAs no total de APD (em milhões de US$ e em %)



Fonte: MEF, 2015

Na tabela x pudemos observar o comportamento de cada Parceiro do ponto de vista do valor total desembolsado em milhões de USD entre 2013 e 2014. Mesmo com a redução dos desembolsos efectuados pelo Banco Mundial, Parceiro de maior peso nos PAP´s, aos acréscimos do volume da ajuda efectuados pelo DFID (23%), França (128%), Alemanha (28%) e Noroega (36%), permitiram o aumento em 2% do volume total da Ajuda desembolsada pelos PAP,s conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela x: Tabela 1: Total APD ao Pais em 2013 e 2014 (em US$)

PAP	Volume total Desembolsado em 2013	Peso relativo do Doador em 2013	Volume total Desembolsado em 2014	Peso relativo do Doador em 2014	Δ Absoluta nominal 2013-2014	Δ Percentual 2013-2014
Banco Mundial	375,890,821	20%	363,998,326	*20%*	-11,892,495	-3%
DFID	109,832,715	6%	135,124,550	*7%*	25,291,835	23%
União Europeia	106,157,508	6%	121,748,250	*7%*	15,590,741	15%
Suécia	127,186,122	7%	108,794,503	*6%*	-18,391,619	-14%
BAD	53,899,652	3%	81,267,273	*4%*	27,367,621	51%
França	35,461,292	2%	80,753,714	*4%*	45,292,421	128%
Alemanha	62,177,916	3%	79,368,529	*4%*	17,190,613	28%
Canada	91,232,713	5%	64,112,664	*4%*	-27,120,049	-29.7%
Portugal	64,536,331	3%	50,741,861	*3%*	-13,707,803	-21%
Noruega	37,122,392	2%	50,400,379	*3%*	13,277,987	36%
Irlanda	49,814,910	3%	48,932,968	*3%*	-881,942	-2%
Dinamarca	48,874,609	3%	42,240,193	*2%*	-6,634,415	-14%
Suíça	33,724,956	2%	34,296,716	*2%*	571,760	1.7%
Finlândia	32,149,761	2%	21,948,000	*1%*	-10,201,761	-32%
Itália	19,579,017	1%	21,058,601	*1%*	1,479,584	8%
Áustria	4,664,233	0.2%	5,723,231	*0.3%*	1,058,998	23%
Total G16	**1.252.304.948**	**66%**	**1.310.509.757**	**72%**	**58.204.809**	*4.6%*
Estados Unidos	507,364,000	27%	364,664,500	20%	-142,699,500	-28%
Nações Unidas	65,093,899	3%	76,433,781	4%	11,339,882	17%
Países Baixos	55,423,246	3%	41,814,978	*2%*	-13,608,268	-25%
Bélgica	10,817,374	1%	10,464,257	*1%*	-353,117	-3%
Espanha	13,457,113	1%	6,532,262	*0.4%*	-6,924,851	-51%
Total MAs	**652.155.632**	**34%**	**499.909.778**	**28%**	**-152.245.854**	*-23%*
Total G16+MA	**1,904,460,580**	**100%**	**1.810.419.536**	**100%**	**-94,041,045**	**-4.9%**

Fonte: MEF, 2015

Em termos de despesas totais do Orçamento do Estado a tabela abaixo mostra que em média 60% da despesa nos últimos cinco anos é alocado aos sectores prioritários, o que mostra o compromisso do Governo no sentido de dinamizar as áreas de enfoque para redução da pobreza.

Despesas Totais do Orçamento do Estado nas áreas Prioritárias

	2010	2011	2012	2013	2014
	CGE	CGE	CGE	CGE	LEI
DESPESA TOTAL	103,037.0	127,935.3	145,245.2	172,855.2	240,891.4
Despesa Total excl. Juros e Operações Financeiras	95,672.6	118,499.7	133,136.6	154,549.3	210,088.5
Despesa Total nos Sectores Prioritários	57,340.5	74,446.3	89,816.0	113,307.4	134,971.2
Educação	19,870.9	24,031.3	26,802.5	31,703.0	37,940.9
Ensino Geral	16,389.6	20,986.3	23,384.1	27,048.0	31,636.3
Ensino Superior	3,481.3	3,044.9	3,418.5	4,655.0	6,304.6
Saúde	7,964.6	9,670.1	15,659.7	20,868.0	19,073.3
Sistemas de Saude	7,707.9	9,491.3	15,555.4	20,715.0	18,878.1
HIV/SIDA	256.7	178.7	104.4	153.0	195.3
Infraestruturas	15,623.5	20,623.5	21,508.2	26,219.4	31,142.5
Estradas	9,300.0	13,055.3	12,975.9	17,180.0	19,938.4
Águas e Obras Públicas	5,278.2	6,314.3	7,129.4	7,686.0	8,405.6
Recursos Minerais e Energia	1,045.3	1,253.9	1,402.9	1,353.4	2,798.5
Agricultura e Desenvolvimento Rural*	4,060.0	9,314.0	10,556.7	13,548.0	21,964.4
Governação, Segurança e Sistema Judicial	8,420.7	8,793.3	10,514.2	15,174.0	17,543.1
Outros Sectores Prioritários	1,164.7	1,682.5	4,328.2	5,272.0	7,306.9
Como percentagem da despesa total excluindo encargos da dívida e operações financeiras					
Total	59.9%	62.8%	67.5%	73.3%	64.2%
Educação	20.8%	20.3%	20%	21%	18%
Saúde	8.3%	8.2%	12%	14%	9%
Sistemas de Saude	8.1%	8.0%	12%	13%	9%
HIV/SIDA	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
Infraestruturas	16.3%	17.4%	16%	17%	15%
Estradas	9.7%	11.0%	10%	11%	9%
Águas e Obras Públicas	5.5%	5.3%	5%	5%	4%
Recursos Minerais e Energia	1.1%	1.1%	1%	1%	1%
Agricultura e Desenvolvimento Rural *	4.2%	7.9%	8%	9%	10%
Governação, Segurança e Sistema Judicial	8.8%	7.4%	8%	10%	8%
Outros Sectores Prioritários	1.2%	1.4%	3%	3%	3%

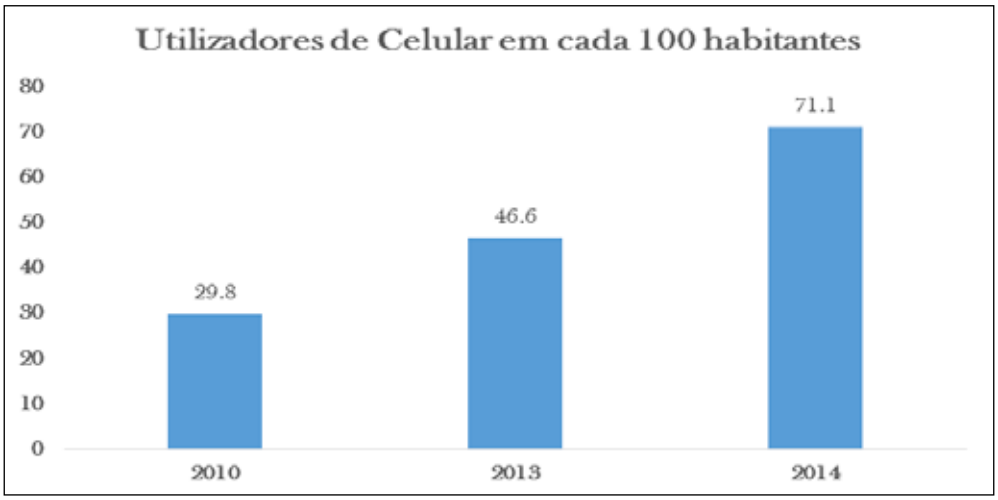
Fonte: MEF, 2015

a. Tecnologias de Informação e Comunicações (TIC´s)

Situação e Tendência

O uso de tecnologias de informação tem aumentado em Moçambique. 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 69.0 por cem habitantes em 2015. 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 x: Número de assinantes de telefones celulares em Moçambique 2010-2014



Fonte: Ministério dos Tranportes e Comunicação, 2015

Informações adicionais do sector de comunicações indicam que do universo da população usando telefones 69% usa serviços de telefonia móvel enquanto 0.34% usa telefone fixo; A cobertura da telefonia no meio rural é de 1% dos usuários de telefonia, o restante 99% está no urbano.

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*
- *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;*