

**Nutrição, Saúde Materna e Protecção em programas de Protecção Social em
Moçambique**

Kerry Selvester

Lourdes Fidalgo

Carina Ismael

Encomendado pela Organização Internacional do Trabalho.

Maputo, Fevereiro de 2014

Índice

Glossário de Termos	3
Acrónimos e Abreviaturas.....	7
Sumario Executivo	8
1. Introdução	14
2. Antecedentes sobre nutrição, saúde materna e protecção social em Moçambique	18
2.1. Contexto Nutricional	18
2.2. Saúde Materna e Neonatal	21
2.3. Protecção da maternidade.....	26
2.4. Quadro Legal.....	29
2.5. Principais políticas na área da protecção social, nutrição e protecção da maternidade.	35
3. Discussão sobre Nutrição e políticas e instituições relacionadas com a protecção da maternidade e da protecção social.....	41
4. Discussão de Medidas de Protecção Social Correntes e Potenciais.....	44
4.1. Melhoria dos resultados de nutrição.....	44
4.2. Expansão do Acesso a Serviços de Saúde Materno-Infantil	46
4.3. Reforço do Sistema.....	48
4.4. O Potencial de Expansão de Programas Existentes de Segurança Social Básica.....	50
4.5. Qualidade de Serviço. O agregado familiar beneficiário no centro do ciclo de atendimento	54
4.6. Rumo à Protecção da Maternidade.	56
5. Conclusões.....	61

6. Recomendações	64
6.1. Operacionalizar a plena aplicação do PASD.	64
6.2. Conceber planos operacionais claros para a área de acção social no sector da saúde.	65
6.3. Promover discussões sobre duas opções-chave para se melhorar o impacto das transferências sociais nos indicadores de desenvolvimento.....	65
6.4. Conceber um exercício de capacitação a nível de sectores sobre protecção social.	66
6.5. Segurança Social Obrigatória – Protecção da maternidade.....	66
6.6. Pesquisa Operacional	68
Referências	71
Bibliografia.....	73
Anexo 1. Experiência internacional – Resumo.....	77
Anexo 2. Convenção sobre a Protecção da Maternidade.....	79

Glossário de Termos

Segurança Nutricional

A segurança nutricional resulta da disponibilidade, acesso e utilização de todos os nutrientes necessários a uma vida saudável e activa dos membros de um agregado familiar. Para se atingir a segurança nutricional são necessárias acções multissectoriais para assim se assegurar que os agregados familiares tenham acesso a alimentação de boa qualidade nutricional por meio de factores como: produção própria e segurança de rendimentos, incluindo transferências sociais para os agregados familiares/membros de agregados familiares mais vulneráveis, saneamento melhorado e água potável; acesso a serviços adequados e apropriados de saúde; e conhecimentos suficientes para a utilização de alimentos de forma segura e eficiente tendo em vista uma dieta diversificada.

Protecção de maternidade, incluindo maternidade segura

O conceito de protecção da maternidade relativamente a mulheres trabalhadoras, tal como enunciado na Convenção sobre a Protecção da Maternidade, 2000 (Nº 183)¹ traça normas mínimas para a protecção das mulheres e dos recém-nascidos. A Convenção sobre a Protecção da Maternidade vem acompanhada da Recomendação sobre a Protecção da Maternidade, 2000 (Nº 191). A Convenção abrange todas as trabalhadoras e declara que as mulheres têm direito a: licença por maternidade de 14 semanas, incluindo um período de licença obrigatória de seis semanas após o parto; prestações monetárias durante a licença, de pelo menos dois terços dos vencimentos anteriores, ou garantidos pela segurança social ou por meio de fundos públicos; prestações monetárias adequadas financiadas por fundos de assistência social caso não satisfaçam as condições previstas para habilitá-las a tais prestações; acesso a cuidados médicos, incluindo cuidados pré-natais, parto, posteriores ao parto e a hospitalização, consoante o necessário; protecção da saúde no local de trabalho;

¹ Adoptada pela Conferência Internacionnal do Trabalho em 2000, tendo entrado em vigor em 2002.

o direito das mulheres grávidas ou que amamentam a não executarem trabalhos prejudiciais à sua saúde ou à da dos filhos; protecção do emprego e não discriminação durante a gravidez, durante a licença por maternidade ou durante a amamentação; amamentação com direito a pelo menos uma pausa por dia (Nº183/2000 e Nº191/2000, OIT). De referir que na Convenção, o conceito de mulheres empregadas é alargado não apenas a trabalhadoras do sector formal, mas também a trabalhadoras do sector informal, incluindo formas atípicas de trabalho dependente. Há uma série de direitos enunciados na Convenção que são claramente dirigidos a mulheres numa relação de emprego, quer formal, quer informal (período de licença por maternidade pago, protecção do emprego e protecção do direito de amamentação). Há outros direitos que são aplicados de forma mais universal a todas as mulheres empregadas, incluindo as que trabalham por conta própria, na definição mais ampla do conceito de trabalho.

Protecção social

O conceito de Protecção Social utilizado no documento provém da recomendação (R 202) relativa aos Pisos de Protecção Social ou SPF (NU - OIT), que se refere à necessidade de um conjunto de medidas de segurança nacional definido a nível nacional, que garantam o acesso de agregados familiares a cuidados de saúde essenciais e a garantia de rendimento tendo em vista assegurar também o acesso efectivo a bens e serviços necessários.

A Iniciativa SPF, aprovada pelo Conselho de Directores Executivos do Sistema das Nações Unidas (NU-CDE) em Abril de 2009, fornece orientações quanto às normas mínimas para um SPF, tendo sido reforçada pela Recomendação referente a Pisos de Protecção Social adoptada pela 101ª Sessão, 2012, da Conferência Internacional do Trabalho (Nº202)², a qual dá ênfase à importância de se expandir a segurança social básica através de transferências sustentáveis, quer monetárias, quer em espécie, e do aprovisionamento de serviços sociais básicos. Os benefícios monetários asseguram a

²Recomendação relativa aos pisos nacionais de protecção social (Recomendação referentes a Pisos de Protecção Social), 2012 (Nº 202).

segurança económica das mulheres durante o período de licença por maternidade de 14 semanas legais. A Convenção 183 da OIT estipula que os benefícios monetários deverão ser a um nível que assegure que uma mulher possa sustentar-se a si e ao filho em condições apropriadas de saúde e com um padrão de vida adequado. Os subsídios monetários deverão ser equivalentes a pelo menos dois terços do último vencimento auferido por uma mulher. Os requisitos de elegibilidade devem ser satisfeitos pela maioria das mulheres, e deverá haver um fundo de assistência social para mulheres que não reúnam os requisitos. Em aditamento a isso, a Convenção 183 da OIT estipula cuidados pré-natais, relativos ao parto, posteriores ao parto, e hospitalização consoante o necessário (OIT, 2000).

Género

O género refere-se às características sociais e económicas que determinam as funções e o comportamento de homens e mulheres no seio das respectivas comunidades e da sociedade no seu todo. As relações entre homens e mulheres desenvolvem-se dentro de um contexto específico, e alteram-se devido a factores económicos, políticos, sociais e ambientais. Embora o documento não discuta o género de forma isolada da nutrição e da protecção da maternidade, ele trata de aspectos ligados à saúde das mulheres, ao papel das mulheres quer como membros economicamente activos de agregados familiares, quer como assistentes principais no seio de agregados familiares. Neste contexto, serão cobertos factores-chave relativos às mulheres, nomeadamente: fraca situação nutricional, acesso inadequado a cuidados de saúde básicos, analfabetismo, fardos excessivos de trabalho doméstico, trabalhos agrícolas pesados, desemprego e subemprego, casamentos prematuros e gravidez precoce, gravidez indesejada, e violência com base no género.

Desnutrição Crónica

A Desnutrição Crónica refere-se à condição de indivíduos que sofreram de consumo inadequado de nutrientes ou absorção inadequada de nutrientes ao longo de um período contínuo, o que lhes impede de atingir o potencial máximo de crescimento físico e mental. A desnutrição crónica é medida em crianças com menos de cinco anos

de idade, consoante o rácio altura-idade, usando como referência as normas antropométricas internacionais. As crianças que são extremamente baixas para a idade, ou seja, atrofiadas, são consideradas como manifestando sintomas de desnutrição crónica.

Desnutrição Aguda

A desnutrição aguda refere-se à condição de indivíduos que sofrem de consumo inadequado de nutrientes ou absorção inadequada de nutrientes (a curto prazo). No caso de desnutrição aguda, em geral o indivíduo sofrerá perda de peso, resultando em magreza extrema e na condição conhecida por marasmo. Todavia, a perda rápida de peso poderá também resultar no surgimento da doença Kwashiorkor, que se caracteriza por edema e extrema apatia. Ao diagnosticar-se a desnutrição aguda, o rácio peso-altura não será usado em indivíduos com edema. A Kwashiorkor identifica-se por meio de sintomas clínicos.

Acrónimos e Abreviaturas

DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (UKAid)
ENSSB	Estratégia Nacional para a Segurança Social Básica
ILO	Organização Internacional do Trabalho
INAS	Instituto Nacional de Acção social
INE	Instituto Nacional de Estatística
ME	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MoH	Ministério da Saúde
MPD	Ministério da Planificação e Desenvolvimento
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Oxford Policy Management
PAHO	Organização Pan-Americana de Saúde
PASD	Programa de Acção Social Directa
PASP	Programa de Acção Social Produtiva
PSSB	Programa de Segurança Social Básica
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulheres e Acção Social
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância
WHO	Organização Mundial de Saúde

Sumario Executivo

A situação nutricional e de saúde materna em Moçambique é crítica, havendo 42% de crianças a sofrer de desnutrição crónica e apesar de ter havido uma redução na mortalidade materna, as taxas continuam a ser de cerca de 500/100,000 nados vivos. As taxas de mortes neonatais permanecem altas, de 48 por 1000 nados vivos. As mulheres e as crianças sofrem de deficiências em micronutrientes, incluindo, ferro, Vitamina A e iodo. Todos estes factores e a alta prevalência de gravidez precoce constituem uma ameaça à saúde e limitam o tempo de vida de ambas as mulheres e crianças. Dos principais factores que contribuem para a desnutrição temos a deficiente situação de saúde materna e neonatal, a pobreza associada à renda, falta de acesso aos serviços sociais básicos e constrangimentos socioculturais que limitam o direito das mulheres ao controlo de recursos e de decisões nas áreas da educação e saúde.

O estudo apresenta uma análise dos programas de protecção social e avalia a potencial contribuição da programação no âmbito da protecção social, em especial as transferências sociais, o melhoramento da segurança nutricional e protecção da maternidade. O presente documento foi produzido como parte de uma série de documentos a pedido do Ministério da Mulher e da Acção Social para fazer parte da pré-avaliação da Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB). Os estudos foram encomendados pela OIT.

As informações contidas no documento foram obtidas de trabalhos existentes, nacionais e internacionais, documentos sobre políticas e quadros legais. Para além da revisão de trabalhos publicados, as ideias apresentadas no documento foram discutidas em diversos fóruns, com profissionais dos sectores da saúde e protecção social e durante seminários no âmbito da semana de Protecção Social em Outubro de 2013.

Os documentos das políticas na área de protecção social providenciam um quadro analítico para a integração dos programas não contributivos nas áreas de assistência social, saúde e educação. O Instituto Nacional de Acção Social (INAS) faz a gestão e implementa os programas não contributivos de assistência social para as populações mais vulneráveis que são; as permanentemente sem capacidade laboral; sem capacidade laboral temporária; com capacidade laboral limitada. Os sectores de saúde e educação fazem parte da Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB), porém os programas não são bem definidos, nem bem articulados com os programas de transferências sociais implementados pelo INAS. Os benefícios dos programas de segurança social contributivos são providenciados pelo Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) para o sector privado e através do Ministério das Finanças para o sector público. Os empregados podem beneficiar de transferências em caso de doença, maternidade, velhice e deficiência.

Moçambique dispõe de políticas nacionais sólidas nas áreas de cuidados de saúde e ensino primário, que garantem o acesso universal gratuito a todos os agregados familiares, independentemente do rendimento ou residência. Todavia, na prática a fraca cobertura dos serviços de saúde e a fraca qualidade de serviços prestados em meios sanitários constitui um importante constrangimento para o acesso universal a cuidados de saúde materno-infantil adequados. Finalmente, a lei de Trabalho de 2007 garante a protecção da maternidade no sector formal, estabelecendo direitos de licença da maternidade, padrões mínimos de segurança laboral, tempo para amamentar e cláusulas anti discriminatórias. Porém, há pouca probabilidade de mudanças para a maioria das mulheres dado a estrutura do mercado laboral, onde apenas 5.3% das mulheres economicamente activas são assalariadas.

Há presentemente pouca coordenação entre os sectores intervenientes na área de protecção social, e os programas de protecção social do sector da saúde e educação permanecem insuficientemente definidos. Há falta de harmonização dos principais programas de transferências sociais, presentemente a funcionar sob os auspícios do

Instituto Nacional de Acção Social (INAS), com os programas sectoriais da saúde e educação. Isto resulta em falta de complementaridade entre os programas sectoriais.

As provas mostram que as transferências sociais, como parte do programa de protecção social, podem ter impacto nos resultados de nutrição e saúde materna mediante a redução de constrangimentos económicos deparados pelos agregados familiares devido à pobreza. Podem ainda aumentar potencialmente o controlo das mulheres em relação aos recursos, e facilitar uma maior liberdade de escolha em benefício os membros do agregado familiar, caso as transferências sejam geridas por mulheres. Todavia, as provas são irregulares e inconsistentes. Uma das mensagens mais claras decorrentes das provas apontam para o facto de que caso as transferências sociais dependam do uso dos serviços básicos pode-se excluir ainda mais os grupos marginalizados, se estes serviços não forem universalmente acessíveis devido a constrangimentos económicos ou sociais. Deverá haver o cuidado de se equilibrar o aumento da procura dos serviços, dotando-os de recursos, permitindo lidar com a nova procura na prestação dos serviços de qualidade.

O relatório discute depois as áreas potenciais para a expansão do subsistema de segurança social básica como forma de melhorar o impacto na nutrição e na segurança materna. Uma das principais conclusões prende-se com a importância de se manter a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos as mulheres e crianças; garantir o acesso universal gratuito a esses serviços é fundamental para a segurança nutricional e materna. O relatório também examina o potencial trabalho no quadro dos programas existentes de transferências sociais ou a introdução de novas transferências sociais. O relatório conclui que o debate nacional deverá concentrar nas seguintes opções; abranger mais os agregados familiares vulneráveis que sofrem de desnutrição mediante a expansão rápida da cobertura do Programa de Acção Social directo (PASD) e a monetarização do mesmo, alargar o critério do Programa de Subsídio Social Básica para incluir agregados familiares com altas taxas de dependência, e a possibilidade de se introduzir duas novas transferências, um subsídio

(monetário) para as crianças, e os benefícios de maternidade universais (não contributivos).

Apesar dos melhoramentos significativos na complementaridade e harmonização dos programas de transferências sociais geridos pelo INAS, há limitações na programação complementar entre os sectores envolvidos na protecção social, facto identificado como uma das grandes falhas do actual sistema. O estudo conclui que é necessário reflectir os indicadores nutricionais e de saúde materna no quadro analítico de monitoria dos programas de protecção social, e também, operacionalizar as ligações a nível Distrital de modo a integrar os processos de planificação e actuação.

Um outro aspecto do relatório discute o potencial para o aumento da cobertura da segurança social contributiva e conclui que a capacidade nacional de debate será melhorada através de um levantamento das experiências internacionais para maior inclusão das mulheres trabalhadoras, e adaptação das lições aprendidas no contexto nacional.

Existem grandes lacunas nas evidências internacionais e nacionais sobre as ligações entre nutrição, protecção a maternidade e protecção social. O estudo identificou uma série de pesquisas operacionais que providenciar evidência para a acção em áreas chaves, nomeadamente; benefícios na maternidade universais; o papel das transferências sociais na redução da gravidez precoce e o ciclo de desnutrição crónica; e o fortalecimento das ligações institucionais entre os sectores ao nível Distrital.

Por fim, o relatório faz uma série de recomendações para a orientação do debate sobre a nutrição e segurança materna na próxima revisão da Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB).

Recomendações	Responsabilidade	Entidades colaborantes
Revisão da ESSB		
Operacionalizar a execução integral do PASD	INAS	MoH, Ministério das Finanças
Conceber planos operacionais distintos para a área da acção social no sector da saúde.	MoH	INAS
Extrair explicitamente os resultados da saúde e nutrição previstos em função das medidas de acção social empreendidas em cada um dos pilares da ESSB.	INAS e MoH	
Promover a discussão sobre subsídios para as crianças e redefinição de ‘agregados familiares constrangidos por questões laborais’ para se melhorar o impacto das transferências sociais nos indicadores de desenvolvimento humano	INAS	Parceiros de cooperação
Capacitação transversal sectorial e reforço do sistema		
Conceber um exercício extensivo de capacitação sectorial transversal sobre protecção social para melhoria do diálogo e maior sensibilização em todos os sectores e níveis da sociedade sobre o papel das transferências sociais e prestação de serviços básicos	INAS, MoH e ME	Parceiros de cooperação
Segurança Social Obrigatória		
O INSS, os Sindicatos e as Associações representantes de trabalhadores do sector informal trabalham em conjunto para o amento da	INSS, Sindicatos e associações de Trabalhadores	INAS

cobertura e utilização dos benefícios de maternidade.		
Pesquisa Operacional		
Levar a cabo um estudo de viabilidade sobre a protecção não contributiva da maternidade, mediante transferências monetárias legais para mulheres durante a gravidez e lactação	INSS	Parceiros de cooperação / OIT
Romper com o ciclo de desnutrição transgeracional As medidas de protecção social podem apoiar raparigas adolescentes no retardamento da gravidez?	INAS e MoH e ME	Parceiros de cooperação
Realizar uma iniciativa multisectorial piloto a nível distrital para operacionalizar a colaboração entre sectores da Segurança Social Básica	INAS, SDSMAS, SDEC e Administração Distrital	Parceiros de cooperação

1. Introdução

O estudo tem como objectivo identificar e compreender a dimensão das ligações entre nutrição, saúde e protecção da maternidade em programas de protecção social tendo em vista identificar como é que as intervenções na área da protecção social podem contribuir da melhor forma para a redução da desnutrição e o alargamento da protecção da maternidade a todas as mulheres. A discussão incluirá: o potencial papel das transferências sociais no aumento do acesso por mulheres e crianças a cuidados de saúde básicos e essenciais; como é que as transferências sociais podem ter impacto na situação nutricional das crianças e promover a protecção da maternidade; e como é que as políticas e práticas de protecção social podem proporcionar um ambiente capaz para planos de cuidados infantis adequados, amamentação e alimentação de crianças para todas as mulheres. O relatório apresenta recomendações sobre como avançar com as discussões sobre a integração da nutrição e protecção da maternidade em programas de protecção social, tendo em vista melhorar os resultados nas áreas da saúde e nutrição, e promover a protecção da maternidade e segurança nutricional como parte integrante da agenda de protecção social.

As estatísticas nutricionais e maternas indicam uma situação de extrema vulnerabilidade, com mais de 40% de crianças com menos de 5 anos de idade sofrem de desnutrição crónica, e aproximadamente 500 mortes maternas por cada 100,000 nados vivos. Há níveis elevados de deficiências micronutrientes que afectam a saúde de crianças e mulheres, e apenas metade das crianças é exclusivamente amamentada nos primeiros seis meses de vida. Em termos de cuidados pré-natais e práticas de durante partos, metade dos nascimentos não é assistida por profissionais qualificados de saúde, e há 48 mortes neonatais por 1 000 nados vivos

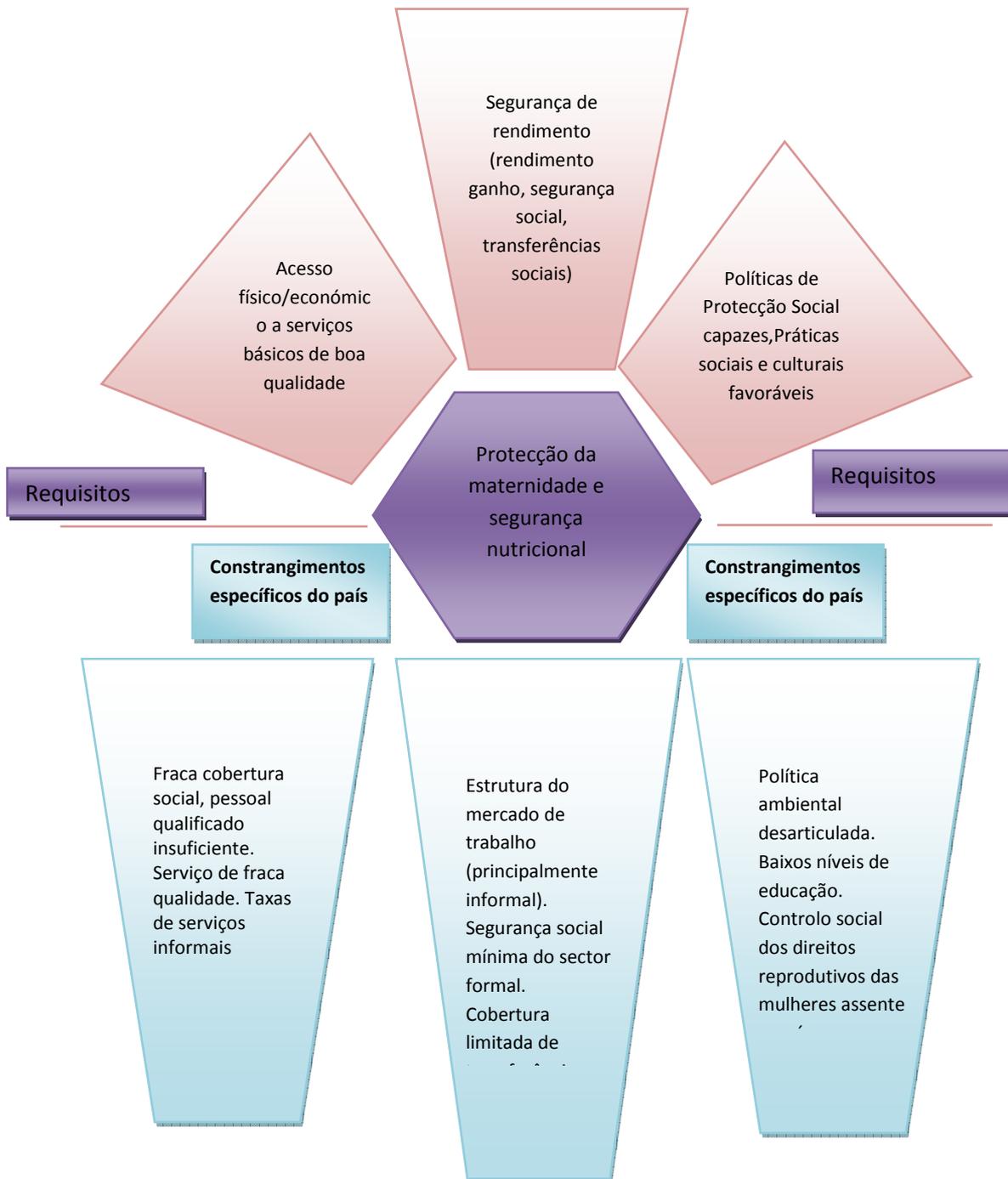
Dos principais factores que contribuem para a desnutrição em Moçambique constam os seguintes: i) pobreza associada ao rendimento, tal como demonstrado pelo excesso de representação de agregados familiares com crianças desnutridas nos quintis de

rendimento mais baixos; ii) nível de instrução das mães; os dados indicam que as crianças cujas mães são analfabetas ou com baixos níveis de escolaridade têm maior probabilidade de sofrer de desnutrição crónica; iii) idade de maternidade – as mães adolescentes dão à luz bebés desproporcionalmente com menos peso e que não se desenvolvem, o que resulta em desnutrição crónica e níveis elevados de mortalidade infantil; iv) condições sanitárias e práticas higiénicas fracas; v) preparação ou uso inadequado de alimentos em agregados familiares, incluindo processamento, preparação, diversidade alimentar e intra-distribuição nos agregados familiares; e vii) acesso e uso inadequados de meios sanitários. Todos estes factores têm um impacto negativo no estado nutricional de crianças e mulheres.

Em Moçambique, são os seguintes os factores motivadores da fraca protecção da maternidade, resultando em altos níveis de mortalidade materna, mortes neonatais e de crianças de tenra idade, e bebés com peso baixo à nascença: i) pobreza associada ao rendimento; ii) falta de rendimento ou de protecção no emprego durante a gravidez; iii) fracas condições de vida e sanitárias; iv) fraco ou nenhum acesso a cuidados de saúde de qualidade (cuidados pré- e pós-natais); e vi) factores socioculturais tais como domínio dos homens em decisões sobre anti contracepção, planeamento familiar, partos e cuidados a ter com as crianças, o que impede que as mulheres exerçam os seus direitos quanto a uma maternidade segura (Pathfinder 2012, MoH 2011).

O seguinte diagrama ilustra as condições mínimas necessárias para se atingir a segurança materna e nutricional no contexto dos programas de protecção social, nomeadamente segurança de rendimentos, acesso a serviços básicos e ambiente de políticas que adopta medidas não apenas para reduzir as barreiras económicas à segurança nutricional e protecção da maternidade, mas também toma em consideração as barreiras sociais e culturais. O diagrama faz um resumo dos principais constrangimentos enfrentados para se atingir esses objectivos em Moçambique. Tais constrangimentos serão explorados no corpo do relatório.

Fig.1. Resumo dos Principais Requisitos para Protecção da Maternidade e Segurança Nutricional e Constrangimentos Específicos do País.



As informações usadas e analisadas para este estudo derivam de uma série de fontes, nomeadamente:

- Revisão de documentos nacionais e internacionais relacionados com políticas sociais, nutricionais, de saúde materno-infantil, protecção social (mecanismos contributivos e não contributivos) e quadros de base legal e de direitos para a execução de transferências sociais (ver bibliografia de documentos de referência)
- Entrevistas com profissionais de saúde no Ministério da Saúde, Departamento de Medicina Comunitária e Departamento de Nutrição, profissionais do ramo da protecção social no INAS, profissionais de saúde e protecção social em agências das Nações Unidas (NU) e Organizações Não Governamentais (ONG) que trabalham na área da nutrição e protecção social.
- Trabalho efectuado no terreno sobre programas existentes de transferências sociais realizados no âmbito da reforma de programas de segurança social básica (2012-2013) e a concepção de um Sistema de Gestão de Informações destinado ao INAS.³
- Dois debates sobre nutrição e protecção social, e protecção materna e protecção social que incluíram a participação de profissionais das agências das NU, designadamente o UNFPA, a UNICEF e o PMA, e a OIT, pessoal técnico do governo oriundo do departamento de nutrição e do INAS, consultores na área da protecção da maternidade (DFID), assessor técnico do DFID para a protecção social e funcionários da REACH (a iniciativa das NU para a nutrição) a trabalhar com o Secretariado Técnico para a Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN). Apresentação e debate no decurso da conferência nacional sobre a semana de protecção social.
- O estudo não envolveu trabalhos directos no terreno ou discussões com comunidades, especificamente sobre protecção da maternidade e questões nutricionais.

³ A pesquisadora senior realizou extenso trabalho no terreno durante 2012 -13 com funcionários do INAS, profissionais da saúde em centros de saúde e serviços de saúde distritais, líderes comunitários, grupos comunitários e beneficiários de programas de transferências sociais. O trabalho no terreno constituiu a base das reformas dos processos e procedimentos dos programas de transferências sociais, beneficiando das perspectivas dos beneficiários.

2. Antecedentes sobre nutrição, saúde materna e protecção social em Moçambique

2.1. Contexto Nutricional

O Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS,2011) realizado em Moçambique em 2011 mostra que 43% das crianças com menos de cinco anos de idade sofre de desnutrição crónica (altura reduzida para a idade) e 6% das crianças com menos de 5 anos de idade sofre de desnutrição aguda (peso baixo para a altura).

A desnutrição, mesmo em níveis moderados, aumenta a probabilidade de mortes, em particular de crianças. A Organização Mundial de Saúde- OMS (WHO 2002) estima que em países em desenvolvimento, a desnutrição está associada até 60% dos óbitos registados em crianças com menos de 5 anos de idade; por outras palavras, a desnutrição é um dos problemas de saúde pública mais importantes e uma das principais barreiras ao desenvolvimento económico em países como Moçambique. Estima-se que em Moçambique, a desnutrição seja responsável por aproximadamente 1/3 da mortalidade infantil (36%) em crianças com menos de 5 anos de idade. (MISAU PAMRDC, 2010)

A desnutrição crónica é um dos factores que contribui para a mortalidade infantil e reduz as funções cognitivas das crianças afectadas. Todavia, as consequências da desnutrição não se limitam apenas ao aumento da mortalidade, podendo também ter impacto no desenvolvimento económico, afectando ainda a produtividade. Estudos levados a cabo nas Filipinas (Haddad et al 19921) calcularam que 1% do decréscimo da altura está associado a 1.4% do decréscimo da produtividade de trabalhadores adultos, resultando numa redução geral de 4-9% da produtividade em adultos que sofreram de desnutrição crónica na infância. Extrapolando os estudos realizados em outros países em desenvolvimento, o Plano de Acção para a Redução Desnutrição crónica (PAMRDC) estima uma redução na produtividade de 2% a 3% do

PNB (Produto Nacional Bruto) em Moçambique causada pela desnutrição crónica (PAMRDC 2012).

A des nutrição crónica pode desenvolver-se a partir do momento da concepção até à idade dos 2 anos, mencionado em estudos como os ‘primeiros 1 000 dias’, depois de uma série de artigos sobre nutrição publicados na Lancet (Lancet 2008). Se a desnutrição crónica ocorrer durante este período e não houver recuperação do crescimento, a criança permanecerá com um deficit de crescimento em toda a vida adulta. Provas iniciais sobre a importância do período entre a concepção e o nascimento foram constatadas por Karlberg (1989), num estudo que revelou que a altura ganha nos primeiros dois anos de idade resulta da interacção entre o actual estado nutricional corrente e a taxa de crescimento durante a gravidez. Li et al (2003), defendem que metade dos casos de desnutrição crónica ocorre da concepção aos 2 anos de idade. No contexto do presente estudo, torna-se relevante voltar a realçar as determinantes do estado nutricional para incluir o período anterior ao parto. Isto, sublinhar a importância da protecção da maternidade – incluindo cuidados a prestar a mulheres grávidas - na luta contra a desnutrição. Os primeiros 1 000 dias de vida de uma criança (da concepção aos dois anos de idade) são considerados como oportunidade crucial de intervenção como forma de se evitar a desnutrição crónica.

Os programas destinados a concentrar esforços relacionados com a melhoria do estado nutricional das crianças durante os primeiros 1 000 dias são igualmente apoiados por dados que ilustram a importância do peso do recém-nascido no momento do parto, relativamente à sobrevivência e desenvolvimento futuro das crianças. Em Moçambique, perto de 1/5 de bebés regista um peso à nascença de menos de 2.5 kg. Estudos mostram que o peso à nascença é uma determinante do baixo peso em crianças de dois anos de idade (Blinkin et al, 1988). Um outro estudo indicou que, na vida adulta, as crianças com baixo peso à nascença são mais baixas 5 cm do que um grupo equivalente de adultos que tenha nascido com pesos acima dos 2.5 kg. (Martorell et al, 1998).

A gravidez precoce aumenta a possibilidade de bebés com baixo peso à nascença, dando início ao ciclo de mães com baixa altura e em risco durante a gravidez e assim a perpetuação da desnutrição. A gravidez durante a adolescência pára o crescimento da adolescente. Por cada ano que uma rapariga de idade compreendida entre os 15 e os 20 anos aguarda até ficar grávida regista-se o crescimento de 1 cm na respectiva altura como adulta. De acordo com dados do DHS (2011), quase metade das mulheres em Moçambique casou-se antes da idade dos 18 anos, e mais de um terço (36.7%) parte das grávidas anuais são mães adolescentes.

As raparigas que desistem dos estudos para se tornarem mães ficam em posição de desvantagem em termos de assegurar um futuro saudável aos filhos. Provas internacionais e dados do DHS 2011, indicam claramente haver uma forte correlação entre os baixos níveis de escolaridade das mães e os altos níveis de desnutrição em crianças com menos de 5 anos de idade. Apesar do que não ha estudos em Moçambique sobre o estado nutricional das crianças dos adolescentes que desistem da escola, o facto do que uma terceira parte dos partos proveem das raparigas adolescentes pode ser visto como um risco consideravel para a desnutricao futura.

A anemia é um grave problema nutricional e de saúde pública em Moçambique. Neste país, aproximadamente 69% das crianças com menos de cinco anos de idade e mais de metade das mulheres em idade reprodutiva em Moçambique sofre de anemia (55%); 50.9% de mulheres grávidas e 53.1% de mulheres lactantes são anémicas (DHS 2011). Estes altos níveis de anemia estão fortemente associados a mortes maternas e são uma das causas do baixo peso à nascença de crianças recém-nascidas.

Pessoas com anemia sofrem de uma redução de 1.5% de produtividade em cada 1% de concentração de hemoglobina inferior aos limites aceitáveis (Levin et al 1993). Diversos estudos demonstram que a anemia afecta a produção em trabalhos que exijam esforço físico. Há exemplos recolhidos em publicações sobre extractores indonésios de resina de borracha (Basta et al 1979), de trabalhadores de plantações de

chá (Husaini et al 1983) e de construção de estradas quenianos (Wolgemuth et al 1982), e até mesmo de trabalhos que requerem menos esforço físico, tais como o realizado por trabalhadoras de fábrica de juta na Indonésia (Scholz, B. et al 1996). A anemia grave tem também consequências no que se refere ao desenvolvimento intelectual, rendimento escolar e capacidade de aprendizagem. Diversos estudos mostraram que a anemia reduz o grau de atenção, compreensão e desenvolvimento psicomotor em crianças (Foote et al 1997). Numa análise referente a 12 países, Ross, J. S. et al (Ross J.S. et al 1996) estimaram que um quinto das mortes maternas é directamente atribuído à anemia. Moçambique tem um perfil de saúde pública semelhante ao dos países abrangidos pelo estudo de Ross, sendo provável que as estimativas referentes às mortes por anemia repetem as constatações de estudos citados neste parágrafo, resultando em produtividade mais baixa e fracos resultados de saúde.

Em Moçambique há ainda deficiências de iodo. Uma meta-análise relativa a diversos países em desenvolvimento demonstrou existir uma redução média de 13.5 pontos do Quotante de Inteligência (QI) em comunidades com deficiência endémica de iodo (Bleichrodt and Born 1994). Embora a deficiência em iodo seja endémica em áreas geográficas restritas (áreas norte e centro de Moçambique), aqui 68% de crianças entre os 6 e os 12 anos de idade são deficientes em iodo (MoH 2006) e apenas 45% dos agregados familiares consome sal iodado (DHS 2011). As insuficiências mentais causadas por deficiência em iodo têm consequências em termos de escolaridade de crianças e da eventual produtividade na sua fase adulta. Quaisquer insuficiências mentais devido a deficiências em iodo durante a gravidez tornam-se irreversíveis.

2.2. Saúde Materna e Neonatal

Estimativas populacionais indicam que em Moçambique há aproximadamente 5 milhões de mulheres em idade reprodutiva, representando 25.3% da população total. Estima-se que a taxa de nascimentos seja de 44.4 por 1 000 habitantes; 892,000 nascimentos por ano

Há um estimado milhão de mulheres grávidas anualmente. Uma proporção significativa dessas mulheres sofre de graves problemas de saúde que irão afectar a própria saúde e os resultados da gravidez, incluindo deficiências nutricionais que causam a anemia,⁴ para além de paludismo, infestações parasitárias, doenças sexualmente transmitidas e HIV, e hipertensão.

A morte materna reduziu do nível alto de 975/100.000 em 1997 para 490/100.000 em 2008 (IDS 2008). Porém Moçambique continua ser um dos 20 países com níveis de morte materna mais alto no mundo. As complicações durante a gravidez devido a hemorragias, ruptura do útero, sepsia e eclampsia são responsáveis por mais de dois terços das mortes maternas (MoH 2011). Um terço das mortes maternas pode ser atribuído ao fraco estado nutricional e de saúde das mulheres, em particular a factores como anemia, paludismo e HIV. Profissionais do ramo da saúde afirmam que as mortes causadas por estas patologias deveram-se em grande medida à chegada tardia das mulheres a centros de saúde e à fraca qualidade de atendimento durante a permanência nesses centros.

A vasta maioria de pessoas em Moçambique não utiliza quaisquer métodos de planeamento. Em 2003, constatou-se que 81.8% de mulheres em idade reprodutiva não usava qualquer forma de contracepção. (DHS, 2003) Em 2011, o não cumprimento das necessidades em contraceptivos para mulheres casadas ou mulheres em união de facto era ainda extremamente elevado, em que quase dois terços de mulheres (61%) declarou não possuir acesso a contraceptivos modernos (DHS 2011). Não há dados disponíveis relativamente a mulheres que não vivam em uniões conjugais e às respectivas necessidades relacionadas com contraceptivos; isto inclui falta de informações sobre as necessidades das adolescentes em termos de contracepção e de tomada de decisões acertadas sobre partos.

⁴The consequences of anaemia during gravidez discussed in the previous section – consequences of malnutrition.

A mortalidade neonatal e estimada em 48 por 1000 nados vivos (IDS 2003).As principais causas das mortes neonatais atribuíram-se à prematuridade (50%), asfixia aguda (32%) e sepsia neonatal (29%), de acordo com a Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Recém-Nascidos em Moçambique, 2007/2008 (Ministério do Planificação e Desenvolvimento, 2010)⁵. Estes dados mostram as consequências das fracas condições de saúde e de cuidados inadequados durante a gravidez, parto, e os primeiros dias após o nascimento, e a urgente necessidade de se aumentar a cobertura de prestação de serviços institucionais e de cuidados essenciais a recém-nascidos.

Quase todas as mulheres grávidas recorrem a pelo menos uma clínica pré-natal (92.4%), mas apenas pouco mais de metade (58%) das mulheres dá à luz em centros de saúde com um trabalhador profissional de saúde em atendimento. Há diferenças significativas entre os níveis de nascimentos institucionais a níveis urbano e rural, em que 80.7% de mulheres urbanas e 48.9% de mulheres em zonas rurais beneficiam de partos assistidos em centros de saúde (MICS 2008).

Factores económicos contribuem para o acesso desigual a partos assistidos em centros de saúde. Os níveis de rendimento e a profissão das mulheres representavam 24% e 4%, respectivamente, das razões para não recorrerem a clínicas no momento do parto. Além disso, 12% de mulheres declarou que a localização dos centros de saúde representava um problema em termos de acesso a clínicas destinadas a partos; e não dispunha de transporte nem de dinheiro para custear o transporte para tais clínicas. Embora estas sejam gratuitas em Moçambique, há custos associados em termos de horas de trabalho não pagas a mulheres no sector informal, e as cobranças não oficiais por profissionais de saúde para a prestação de serviços, mesmo dos mais básicos. Um outro factor-chave que as mulheres citaram como razão para não darem á luz em centros de saúde prende-se com a qualidade de assistência aí prestada (23%).

⁵National Poverty Assessment (NPA) 2010, Ministry of Planning and Development

A seguinte tabela fornece um resumo dos indicadores-chave de nutrição e saúde em Moçambique.

Tabela 1. Indicadores-chave de nutrição e protecção da maternidade.

<i>Indicadores de Nutrição e Saúde Materna</i>		<i>Fonte /Ano</i>
Prevalência de desnutrição crónica (A/I) em crianças < 5 anos de idade	↗42.6%	DHS 2011
Prevalência de desnutrição aguda (P/A) em crianças < 5 anos de idade	5.9%	DHS 2011
Prevalência de desnutrição corrente (P/I) em crianças < 5 anos de idade	↘14.9%	DHS 2011
% de mulheres (15-49 anos) com peso inferior ao normal (IMC < 18.5 kg/m ²)	8.6%	DHS 2011
% de mulheres (15-49 anos) com excesso de peso ⁶ (IMC ≥ 25. kg/m ²)	16.4%	DHS 2011
Prevalência de obesidade em mulheres em idade produtiva (IMC > 30 kg/m ²)	4.2%	DHS 2011
% de crianças amamentadas. Tempo médio de amamentação	97% 20 meses	DHS 2011
Taxa exclusiva de amamentação (crianças 0-6 meses)	42.8%	DHS 2011
Crianças de 6-9 meses amamentadas e que recebem alimentos complementares	70.1%	DHS 2011
Prevalência de deficiências em Vitamina A < 5 anos (serum retinol < 0.70 µmol/l)	68.8%	MISAU 2002
Prevalência de anemia em crianças com menos de 5 anos (Hb<110 g/l)	68.7 %	DHS 2011

⁶ Excesso de peso não significa obesidade; Obesidade é quando o IMC é acima de 30, ao passo que excesso de peso é entre 25-30 IMC.

Prevalência de anemia em mulheres entre os 15 – 49 anos de idade	55.0%	DHS 2011
Prevalência de anemia em mulheres grávidas (Hb<120 g/l)	50.9 %	DHS 2011
Prevalência de deficiência em iodo em crianças em idade escolar (iodo urinário < 100 µg/L)	60.3µg/L	MISAU 2004
% de agregados familiares que consomem sal iodado (≥ 15ppm)	↗25.1	MICS 2008
Mulheres em idade produtiva	Est. 5.000.000	Censo 2007
% da população	25.3%	
Mortalidade materna	490/100.000 nados vivos	DHS 2011
Nascimento assistido por profissional de saúde	↗58%	MICS 2008
Taxa de nascimento	44,4 por 1.000 habitantes	
Nascimentos por ano	892.000	
Mortalidade neonatal	48 por 1 000 nados vivos	DHS 2003
Prevalência do uso de contraceptivos	↗17%	DHS 2003
Analfabetismo feminino		DHS 2011
Protecção materna	Tratamento gratuito pré-natal, pós-nascimento e no parto;	

	60 dias de licença de maternidade	
--	-----------------------------------	--

Fontes. MISAU 2002. MISAU 2004. DHS 2003, INE Censo Populacional de 2007, MICS 2008, DHS 2011

2.3. Protecção da maternidade

O contexto de saúde e nutrição demonstra claramente a importância de se levantar a questão da protecção de mulheres antes⁷ e durante o período da maternidade, durante a gravidez, o parto e amamentação da criança. Em Moçambique, o alto nível de incidência de gravidez prematura tem implicações para a saúde de mães jovens e dos respectivos bebés, e está ligado a pressões socioculturais para que as raparigas casem e à falta de acesso a métodos de contracepção. Os cuidados e a segurança durante cada um destes eventos na vida da mãe e da criança são essenciais para se assegurar resultados saudáveis para ambos. A Convenção Internacional 183 para a Protecção da Maternidade (OIT 2000) reconhece a protecção da maternidade como um direito humano fundamental e um pré-requisito para a igualdade do género no local de trabalho.

A actual Convenção Internacional 183 (OIT 2000) estipula os requisitos mínimos para cumprimento dos direitos das mulheres à protecção da maternidade, e garante os direitos à segurança financeira, descanso e o direito a amamentar o bebé (para detalhes, ver caixa 2.). Estes direitos incluem: licença por maternidade (mínimo de 14 semanas), prestações monetárias e benefícios médicos; protecção da saúde no local de trabalho; protecção e não discriminação no emprego; condições para amamentação no local de trabalho. O objectivo da convenção é de proteger as mulheres e crianças, garantir a segurança económica (rendimento) e a saúde da mãe e do bebé. Os padrões mínimos incluem 14 semanas de licença de parto remuneradas; transferências

⁷ As provas demonstram que a gravidez prematura tem um efeito negativo na criança recém-nascida e é um dos factores do ciclo vicioso da desnutrição crónica que afecta a mãe e a criança.

monetários e benefícios médicos; protecção no lugar de serviço; protecção de emprego; e condições para amamentar no lugar de serviço. A Convenção Internacional 183 alarga os direitos da maternidade às mulheres trabalhando em emprego atípico (tal como empregados domésticos)

Caixa 2. Convenção 183. Protecção da Maternidade

A versão mais recente da Convenção da OIT para a maternidade, C. 183, recomenda como benefícios o seguinte:

- Licença por maternidade de 14 semanas, incluindo um período de licença obrigatória de seis semanas após o parto para se assegurar a protecção da saúde da mãe e do recém-nascido;
- Prestações monetárias a um nível que assegure que a mulher possa manter-se a ela própria e à criança em condições apropriadas de saúde e padrões de vida adequados;
- Acesso a cuidados médicos gratuitos, incluindo cuidados pré-natais, parto, os posteriores ao parto e hospitalização, se for necessária;
- Protecção da saúde: o direito das mulheres grávidas ou que amamentam de não executarem trabalhos prejudiciais à sua saúde ou à da dos filhos;
- Amamentação: o mínimo de uma pausa por dia com salário; e
- Protecção do emprego e não discriminação durante a gravidez; durante a licença por maternidade ou durante a amamentação, incluindo a proibição de testes de gravidez durante a fase de recrutamento, e o direito de regressar ao mesmo trabalho ou outro similar com o mesmo vencimento no fim da licença por maternidade.

Este pacote é para ser aplicado a todas as mulheres que se encontrem numa relação de emprego “dependente”, incluindo formas atípicas de trabalho. Isto é, trabalho informal e casual, trabalho a tempo fixo ou trabalho temporário através de agências de emprego, trabalho realizado em casa, e formalmente por conta própria, mas dependente de uma única firma ou empresário para poder ter um salário. Isto exclui mulheres empregadas por conta própria e que constituem a maioria da força de trabalho feminino em países africanos.

Adaptado de: Maternity leave, cash and medical benefits – A feasibility Study on Maternal Mortality Reduction on Mainland Tanzania. Elaine Fultz ILO. 2011

Até à data, a maior parte do trabalho realizado na protecção da maternidade concentrou-se nos direitos das trabalhadoras a assistência financeira, descanso e cuidados durante e após a gravidez. A Convenção Internacional 183 também inclui todas as trabalhadoras, incluindo as que levam a cabo formas atípicas de trabalho dependente neste âmbito. Na realidade, porém, a convenção apenas aplica-se na generalidade a uma pequena porção de trabalhadoras no sector formal, mesmo em países que ratificaram o documento (Castel-Branco 2013). Moçambique ainda não ratificou a Convenção.

Em Moçambique, as mulheres que trabalham no sector formal têm direito a licença por maternidade remunerada (de 60 dias), cuidados médicos gratuitos durante a gravidez e posteriormente ao parto. Estes direitos encontram-se disponíveis para todas as mulheres, independentemente da situação de emprego. As mulheres a trabalhar no sector formal têm igualmente direito a duas pausas, de meia hora cada, ou a uma pausa de uma hora para amamentação ao longo de um ano, sem perda de remuneração. (Lei do Trabalho, 2007, Estatuto Geral dos Trabalhadores da Função Pública, 2008)

Em Moçambique, apenas 13.1% da população em idade de trabalhar, desempenha funções no sector formal, e dessa percentagem somente 5.9% refere-se a trabalhadoras assalariadas (Castel-Branco 2013). Em 2011, 871 mulheres beneficiaram do subsídio de maternidade (INSS). Em 2012, o número subiu para 1055 (INSS 2013). Isto representa aproximadamente 0.1% da estimativa de partos⁸ visto que a maioria das trabalhadoras permanece fora da actual protecção à maternidade que é

⁸ Cálculos das autoras baseados em estimativas populacionais de partos anuais

prestada através do sistema de segurança social formal, trabalhando no sector agrícola e/ou informal.

2.4. Quadro Legal

A protecção social em Moçambique é regulada no quadro da Lei para a Protecção Social (2007), a qual define a protecção em três dimensões, nomeadamente, Segurança Social Básica, cobrindo cidadãos nacionais sem meios, e presta assistência à realização de necessidades básicas; a Segurança Social Obrigatória que inclui benefícios associados à segurança social obrigatória e outros mecanismos contributivos; Segurança Social Complementar que permite a legislação de iniciativas privadas no âmbito da segurança social ou da seguro social.

Caixa 3. Lei da Protecção Social, 2007.

Lei da Protecção Social, 2007

O primeiro pilar - segurança social básica – cobre cidadãos nacionais sem meios, presta assistência à concretização das suas necessidades básicas e promove a sua integração social. Este pilar, cujas características distributivas baseiam-se no conceito de solidariedade nacional, é financiado sobretudo pelo Orçamento de Estado. Cabe ao ministério responsável pelos Assuntos Sociais (presentemente o MMAS), a coordenação deste pilar.

O segundo pilar – Segurança Social Obrigatória – inclui os benefícios associados à segurança social obrigatória e outros mecanismos participados. A instituição a cargo da administração deste pilar é o INSS, que funciona sob a tutela do Ministério do Trabalho. O INSS foi criado há 20 anos, cobrindo trabalhadores residentes assalariados no sector privado desde essa data, mesmo se a cobertura legal tenha sido alargada aos que trabalham por conta própria. O pilar inclui um subsistema para funcionários públicos (incluindo militares), e está sob a alçada do Ministério das Finanças. Presentemente, o pilar permite uma série de benefícios: velhice, sobrevivência, invalidez, doença e benefícios de maternidade, hospitalização, e subsídios para cobrir despesas com funerais (Mause, 2011).

O terceiro pilar é a Segurança Social Complementar, que foi criada para cobrir os mecanismos do sector privado que complementam os benefícios prestados pelo pilar obrigatório, mas até ao momento não se concebeu regulamento ou mecanismos específico.

Fonte: Cunha, N. et al 2013

2.4.1. Segurança Social Básica

O primeiro pilar de segurança social básica foi regulamentado em 2009 (Decreto nº 85/2009) tendo a ESSB sido concebida e aprovada em 2010. Estes dois documentos criam o quadro para aos programas de transferências sociais e as medidas de protecção social existentes no âmbito dos sectores de educação e saúde. A ENSSB (2009 – 2014) enuncia o quadro para a aplicação das transferências sociais públicas e possui três objectivos principais: aumentar a cobertura e o impacto das intervenções de protecção social para pessoas pobres e vulneráveis; aumentar a eficiência do sistema de protecção social básica; assegurar a harmonização e coordenação entre programas que constituem o sistema de segurança social básica.

Há quatro áreas-chave que formam a plataforma nacional de protecção social, nomeadamente assistência social directa, acção social no sector da saúde, acção social no sector da educação e acção social produtiva. Os programas de Segurança Social Básica passam neste momento por um processo de reforma. Isto torna-se particularmente evidente na área da assistência social básica em que os programas geridos pelo INAS foram objecto de revisão e procedimentos harmonizados para melhorar a eficiência e a eficácia. Está a ser concebido um único Sistema de Gestão de Informação com o objectivo de se melhorara a identificação e selecção de agregados familiares elegíveis, mecanismos de pagamento, gestão de casos, e monitorização e avaliação dos programas.

Segurança Social Básica

Assistência social directa: Há três programas nesta área.

- **Transferências monetárias por períodos indefinidos** (Programa de Subsídio Social Básico – PSSB) para agregados familiares extremamente vulneráveis e com constrangimentos de trabalho permanentes. Presentemente, o PSSB presta transferências regulares entre 9USD e 18USD por agregado familiar, a aproximadamente 260,000 agregados familiares a nível nacional. A meta traçada pelo PSSB visa cobrir 400,000 agregados familiares, representando aproximadamente uma taxa de cobertura de 90% de todos os agregados familiares elegíveis até 2014.
- **Transferências sociais para agregados familiares vulneráveis que deparam com situações que temporariamente lhes impede de realizar necessidades básicas** (Programa de Apoio Social Directo – PASD). Este programa destina-se a agregados familiares com membros desnutridos, agregados familiares com filhos recém-nascidos e incapazes de serem alimentados a leite materno (devido à morte das mães) e agregados familiares com necessidades extraordinárias, tais como ajudas para se movimentarem (cadeiras de rodas) ou apoio devido situações de emergência (incêndios em casa, morte de familiares, etc.) O PASD é um programa relativamente pequeno⁹ e presta apoio em espécie a menos de 50 000 agregados familiares anualmente. As transferências são de tipo variado. A maioria das transferências é constituída por cabazes de alimentos (valor de aproximadamente USD30,00) fornecidos a agregados familiares com membros desnutridos, embora os agregados familiares possam também receber substitutos de leite materno até 24 meses para crianças, cadeiras de rodas, caixões e despesas com funerais. Torna-se difícil avaliar a cobertura de PASD; neste momento as transferências são disponibilizados baseado em factores orçamentais e não em necessidades.
- Serviços sociais abrangendo orfanatos, lares para idosos e casas de refúgio. Embora a política nacional vise reduzir a um mínimo a institucionalização de

⁹ O PASD atinge aproximadamente 50 000 agregados familiares em comparação com o PSSB (300.000 agregados familiares anualmente).

indivíduos vulneráveis, favorecendo opções de cuidados comunitários ou familiares, há necessidade de o Estado, como último recurso, prestar cuidados a crianças orfas, idosos ou pessoas portadoras de graves deficiências.

Todos estes programas são implementados pelo INAS.

Acção social no sector da saúde compreende programas que melhoram a saúde e o bem-estar da população, incluindo

- **O acesso universal a cuidados de saúde primários.** Especificamente, o Serviço Nacional de Saúde presta cuidados de saúde universais gratuitos a mulheres grávidas e lactantes, crianças com menos de cinco anos de idade e pessoas idosas, incluindo:
 - Cuidados pre e pos natal
 - Partos institucionalizados e enchoval do recém-nascido
 - Programas de vacinas e suplementação em micro nutrientes para crianças e mulheres em idade fértil
 - Cuidados preventivos e curativos para crianças e mulheres grávidas
 - Cuidados na área de saúde sexual e reproductivos
 - Testagem, aconselhamento e tratamento de TB, HIV e ITS

Esta componente é gerida pelo Ministério da Saúde. Além dos programas regulares do MISAU, há iniciativas pilotos a serem desenhadas que pretendem providenciar transferências sociais as crianças durante os primeiros 1000 dias, e as mulheres grávidas. Os resultados dos pilotos alimentaram o debate sobre o papel de transferências sociais no âmbito de segurança nutricional e a maternidade segura¹⁰

¹⁰ Suplemento universal de crianças com menos de 2 anos de idade. O MISAU, com o apoio do Programa Mundial da Alimentação, irá lançar um esquema piloto destinado a uma cobertura de suplementos para crianças e mães em distritos seleccionados em Cabo Delgado (MISAU e PMA), tendo como alvo os 1 000 dias da vida de uma criança. Todas as mulheres grávidas/crianças na faixa etária ou fisiológica serão elegíveis. Em paralelo, será lançado na Província de Manica um projecto de pesquisa operacional, que comparará o impacto de se prestar a) suplemento alimentar, b) uma transferência monetária ou c) apenas educação nutritiva, a agregados familiares seleccionados com filhos com menos de 2 anos de idade. Em termos das transferências sociais para maternidade segura, o MISAU, com o apoio do DFID (Options) irá desenvolver iniciativas piloto que têm como objectivo reduzir as barreiras relativamente a partos institucionais. Estas iniciativas poderão incluir transferências monetárias condicionais para consultas em clínicas pré-natais e posteriores ao parto, e parto, em centro de saúde; e esquemas de subsídios de transportes locais para mulheres que se desloquem ou regressem de clínicas.

Acção social no sector da educação: programas que visam criar um ambiente capaz para que os grupos mais vulneráveis participem no sistema de educação.

- Ensino primário universal gratuito a todas as crianças.
- Lanche escolares¹¹
- Programas de bolsas de estudo e de transferências sociais criados em apoio à escolaridade a agregados familiares vulneráveis.

Esta componente é gerida pelo Ministério da Educação.

Programa de Acção Social Produtiva (PASP). Trata-se de um programa de transferências monetárias que tem como alvo agregados familiares extremamente vulneráveis, com capacidade de trabalho, e inclui uma componente de obras públicas (4 – 6 meses de trabalho remunerado por ano) e componentes que visam apoiar agregados familiares beneficiários a melhorar os seus padrões de vida. As componentes adicionais oferecidas a agregados familiares elegíveis incluem formação vocacional e capacitação em conhecimentos financeiros. O PASP tem como objectivo atingir 400,000 agregados familiares dentro de dez anos. O programa é administrado conjuntamente pelo INAS e pelos Ministérios da Mulher e da Acção social, Obras Públicas, Administração Estatal, Planificação e Desenvolvimento, Agricultura, e Trabalho.

2.4.2. Segurança Social Obrigatória

O segundo pilar da Lei da Protecção Social diz respeito à segurança social obrigatória criada pelo Governo de Moçambique, sendo gerida por dois organismos separados, nomeadamente o INSS, sob os auspícios do Ministério do Trabalho para o sector privado, e do Ministério das Finanças, destinando-se a benefícios de segurança social para trabalhadores do sector público. A Lei exige que a entidade empregadora

¹¹O Ministério da Educação está empenhado em prestar almoços escolares a crianças do ensino primário. Todavia, o programa nacional ainda não foi lançado. O PMA e diversas ONG apoiam programas de almoços escolares em áreas de grande insegurança alimentar.

efectue contribuições para a segurança social obrigatória. Presentemente, apenas 2% da população adulta em idade de trabalhar está coberta por esquemas de segurança social do sector público ou do sector privado (Perfil do Mercado de Trabalho, 2012). Há esforços que estão sendo feitos para que o INSS alargue a cobertura de trabalhadores adultos. Todavia, a cobertura permanece baixa, não estando o sector informal inserido no sistema. Embora a lei diga que o seguro de segurança social obrigatório será alargado a adultos que trabalhem por conta própria (principalmente no sector informal), presentemente não há mecanismos que permitam que indivíduos se registem e levantar benefícios ao abrigo do actual sistema. Os benefícios do seguro de social obrigatório incluem: subsídio de doença; subsídio de transferência, pensão de reforma para idosos, pensão para deficientes, pensão para sobreviventes, benefícios para funerais e subsídios para maternidade. Estima-se que apenas 2% dos indivíduos elegíveis, na realidade, recorrer à segurança social. (Perfil do Mercado de Trabalho, 2012)

A lei do trabalho declara que a licença por maternidade é de 60 dias, com tudo pago, com efeitos a partir de 2007, e que o seguro de social obrigatório financia os benefícios, de acordo com a lei da protecção social. Porém, tal como antes mencionado, ao levantamento dos benefícios é baixa. Duas questões principais são levantadas sobre o benefício da licença da maternidade, respectivamente, a estrutura do mercado de trabalho significa que a maioria das mulheres trabalham no sector informal e por isso não são abrangidas por este benefício, e a segunda questão é que mesmo as mulheres assalariadas não estão a usufruir deste benefício, devido ao facto que o benefício é novo e que os direitos da mulher não são bem divulgados.

O INSS planeia aumentar a segurança social obrigatória ao longo dos próximos dez anos. Todavia, a maioria das mulheres trabalham no sector informal, nomeadamente, no sector agrícola ou no comércio de pequena escala, e não será, a médio prazo, abrangida pelo seguro nacional contributivo. A prioridade do INSS visa garantir que todos os empregados do sector privado estejam totalmente empenhados no sistema de segurança nacional e que os contribuintes tenham acesso aos benefícios

que ele proporciona. Para além do mais, o INSS está em negociações com sectores-chave presentemente não cobertos. Por exemplo, os trabalhadores domésticos, vendedores do mercado e a título individual, e a indústria dos transportes, a fim de desenvolver mecanismos para que se façam contribuições voluntárias para o esquema de seguro nacional. Presentemente, mesmo que as entidades empregadoras concordassem em pagar ao INSS as contribuições referentes a trabalhadores domésticos, estes não se podem registar dado que cinco anos desde a aprovação dos Regulamentos sobre Trabalho Doméstico Remunerado (2008), o protocolo de incorporação ainda não foi emitido.

2.4.3. Segurança Social Complementar

O terceiro pilar da Lei sobre a Protecção Social permite que indivíduos privados ou empregadores em nome dos respectivos empregados obtenham segurança social adicional ou complementar. Isto envolve o sector de seguros privados. Neste relatório não se voltará a discutir este pilar.

2.5. Principais políticas na área da protecção social, nutrição e protecção da maternidade.

A Constituição da República de Moçambique estabelece uma plataforma básica para a protecção dos direitos nutricionais e reprodutivos da população, e determina que o Estado deve prestar **assistência social básica aos membros mais vulneráveis da sociedade.**

A Lei do Sector da Saúde (1977 e 1987) estabelece o direito de todos os cidadãos a cuidados de saúde primários universais e gratuitos. A Lei inclui a prestação de cuidados gratuitos pré-natais, posteriormente ao parto, parto, e primeiro período de infância (serviços preventivos e curativos), programas de vacinação de crianças com menos de 5 anos de idade, raparigas adolescentes e mulheres grávidas, e serviços de planeamento familiar. Os cuidados alargam-se a todas as mulheres que utilizam todos

os meios do Serviço Nacional de Saúde, não sendo submetidos a exames. Todavia, tal como mencionado na secção anterior há barreiras no acesso a centros de saúde relacionadas com factores económicos e sociais.

Há uma grande quantidade de documentos sobre políticas de saúde, nutrição e protecção social (estratégias, planos de acção) que foram elaborados nos últimos 10 anos para se conceberem prioridades para subsectores da saúde e acção social (ver tabela 2 adiante). Cada uma das políticas foi concebida num quadro de referência particular, e embora no Plano de Acção para a Redução de Desnutrição crónica (PAMRDC) e na Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB) **seja reconhecida a importância da acção multisectorial, em geral as questões fundamentais para a realização de actividades a nível de todos os sectores para se atingir complementaridade não estão em grande parte presentes.**

O PAMRDC está relacionado com a redução de desnutrição crónica e refere especificamente aos cuidados a dar os agregados familiares mais vulneráveis por meio de medidas de protecção social (quarto objectivo) e tem dois objectivos específicos referentes à protecção materna, nomeadamente a importância de se melhorar a situação nutricional de raparigas adolescentes (primeiro objectivo) e aos cuidados a prestar a mulheres grávidas e lactantes (terceiro objectivo). No âmbito do sector da saúde existe colaboração entre os subsectores da criança e saúde materna, e nutrição. Porém a colaboração entre a saúde e a acção social é limitada a todos os níveis.

A política respeitante aos Direitos Sexuais e Reprodutivos (MISAU 2011) não menciona a possibilidade de se utilizar medidas de protecção social, a não ser o acesso gratuito a cuidados de saúde primários, como intervenção potencial para se reduzir a mortalidade materna e neonatal, muito embora a Política reconheça que uma causa significativa de mortes maternas prenda-se com constrangimentos económicos e a fraca situação nutricional. (MISAU, 2007)

Há uma série de estatutos legais e políticas em Moçambique que protegem os direitos das mulheres durante e depois da gravidez. A licença por maternidade está coberta por três estatutos: o estatuto geral para trabalhadores da Função Pública (2009), os regulamentos de licenças por maternidade para trabalhadoras domésticas (um regulamento específico para esta importante categoria de trabalhadoras do sector informal), e a Lei do Trabalho (2007). Todos estes instrumentos legais determinam a licença obrigatória por maternidade de 60 dias (e não as 14 semanas recomendadas nos termos da Convenção da OIT de 2000).

Porém, muito embora existam instrumentos legais, são poucas as mulheres que podem beneficiar das disposições inerentes à licença por maternidade, isto e mulheres no sector formal de emprego privado ou público. As trabalhadoras domésticas deparam com dificuldades nas negociações que levam a cabo com a entidade empregadora para a obtenção de licença por maternidade, sendo muitas as vezes que correm o risco de serem despedidas ou de tirarem férias não remuneradas durante esse período. Embora esteja previsto que as entidades empregadoras de trabalhadoras domésticas efectuem pagamentos ao INSS, tal não ocorre por não haver mecanismos que permitem que trabalhadoras por conta própria se registem nesse organismo de segurança social. As mulheres dependem do grau de sensibilidade da entidade empregadora no que respeita ao pagamento de licença por maternidade integralmente remunerada. Uma outra fraqueza do sistema existente tem a ver com a dificuldade deparada pelas mulheres na reclamação de benefícios do INSS. Pouco mais de 1 000 mulheres reclamaram benefícios em 2012. Há pouca evidência disponível para se substanciar as razões do baixo nível de absorção de benefícios. Porem, foi referido a falta de conhecimentos dos benefícios e burocracia excessiva para obtenção de benefícios, dando azo à não apresentação de reclamações ou desistência do processo de reclamações.

Há vários programas de protecção social não contributivo que se inserem no pilar de segurança social básica (INAS), e que destinam-se: (a) ao aumento da adesão a clínicas pré-natais e a partos institucionais, e (b) a proteger a saúde e a situação

nutricional de mulheres vulneráveis durante e depois da gravidez. Uma dessas iniciativas inclui a oferta de enchoval a mulheres que dêem à luz em centros de saúde (Ministério da Saúde).¹² Não foi feita uma avaliação formal do programa, e as pessoas que trabalham ao nível do sistema têm conhecimento dos constrangimentos logísticos e financeiros relacionados com a distribuição de tais enchoval nas maternidades de todo o país. Uma iniciativa das NU para se promover a maternidade segura desistiu de enchoval e em coordenação com o Ministério da Saúde, utilizou-se o dinheiro para a compra de medicamentos devido a problemas relacionados com a distribuição e atribuição de kits de medicamentos essenciais.

O INAS executa directamente um programa que presta assistência social em espécie a mulheres grávidas desnutridas¹³ no âmbito do PASD. Um total de 43 698 agregados familiares beneficiou do PASD em 2013 (INAS 2013), incluindo todas as categorias de pessoas elegíveis para o programa.¹⁴ O INAS informou que apenas 250 mulheres grávidas desnutridas haviam recebido apoio em espécie em 2012. A situação nutricional das mulheres não é, por uma questão de rotina, verificada em consultas pré-natais,¹⁵ e não havendo nenhum mecanismo de referencia funcional entre as consultas pré-natais e o INAS, é prudente assumir-se serem muito poucas mulheres que irão receber transferências sociais em espécie do PASD devido a problemas nutricionais durante a gravidez.

.

¹² Trata-se de um gesto simbólico em que as mães recebem algumas fraldas e roupa para os recém-nascidos, e uma capulana para cobrir os bebés no momento em que deixam o centro de saúde.

¹³ Cabazes com comida durante a gravidez e durante seis meses após a gravidez.

¹⁴ Estas pessoas incluem crianças que necessitam de sucedâneos de leite materno devido a mortes maternas, pessoas desnutridas a receber tratamento para o SIDA, agregados familiares com crianças em convalescença devido a desnutrição aguda, pessoas necessitando de meios para se movimentarem devido a deficiências, agregados familiares que necessitam de apoio de emergência devido a circunstâncias não previstas que ameaçam o seu bem-estar.

¹⁵ As mulheres são pesadas durante as consultas, mas a sua situação nutricional geral não é verificada (quer por meio do Índice de Massa Corporal, quer por medição da circunferência dos braços).

Tabela 3. Principais políticas na área da Protecção Protecção social, nutrição e Protecção de maternidade

Política ou Estratégia	Data	Áreas cobertas ao abrigo da lei, política ou estratégia			
		Prot social	Prot materna	Nutrição	Observações
Leis para a socialização da medicina (nº 4/87. 19 de Janeiro e nº 2/77 de 19 de Janeiro)	1977 e 1987		X	X	MISAU. Leis que estabelecem o direito a cuidados médicos de mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos de idade
Constituição da República Moçambique	1990	X	X	X	A constituição defende o direito à protecção social, alimentação e cuidados de saúde primários.
Plano Quinquenal do Governo	2010 /14	X	X	X	Ministério da Planificação e Desenvolvimento. A segurança nutricional é um dos objectivos-chave da luta contra a pobreza, um compromisso para se reduzir as elevadas taxas de desnutrição crónica. Os objectivos gerais estão cobertos no plano. Este revela um compromisso para com as políticas de apoio a agregados familiares mais vulneráveis
Lei de Trabalho	2007	X	X		Ministério do Trabalho/INSS. Direitos e responsabilidades de trabalhadores e entidades empregadoras no sector privado.
O regulamento para o trabalho doméstico	2008	X	X		Ministério do Trabalho/INSS. Direitos e responsabilidades de trabalhadores domésticos e respectivas entidades empregadoras
Estatuto Geral dos Trabalhadores da Função Pública	2009	X	X		Min. da Função Pública. Direitos de trabalhadores no sector privado.

O regulamento da segurança social obrigatória e contributivo referente a benefícios monetários destinados a mulheres grávidas e lactantes	2007	X	X		Ministério do Trabalho/INSS. Atribuíveis a mulheres a trabalhar no sector formal (5.9% do total da força de trabalho no sector formal)
A lei base de protecção social	2007	X			Ministério do Trabalho. A lei estabelece o quadro de protecções sociais contributivos e não contributivos
Regulamento para a segurança social básica e a estratégia para a segurança social básica (ESSB)	2009 + 2010	X	X	X	MMAS/INAS. A estratégia fundamenta-se em quatro áreas de intervenção: segurança social básica; acção social na saúde; acção social no ensino; e acção social produtiva.
Plano de Acção Multisectorial para a redução da Desnutrição Crónica	2010	X	X	X	SETSAN/MISAU. Centra-se na desnutrição materna e de adolescentes, crianças com menos de 2 anos, + segurança alimentar, incluindo a protecção social dos mais vulneráveis
Política de Saúde sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos (MISAU)	2011		X		MISAU. Reconhecendo como motor económico para uma maternidade segura, no plano de protecção social não há menção de medidas em apoio ao consumo em agregados familiares
Política referente a casas de mãe espera (MISAU)	2008		X		MISAU. O plano não discute incentivos ou transferências sociais no que se refere a casas de repouso.
Parceria nacional para a protecção da saúde materna, neonatal e infantil.	2009		X	X	MISAU. No plano, não há menção de medidas de protecção social ou de intervenções gerais na área da nutrição (inclui intervenções na área dos micronutrientes)

3. Discussão sobre políticas e instituições relacionadas com a protecção da maternidade e da protecção social.

Tal como revisto na secção anterior, há uma série de instrumentos legais e políticos que enquadram os programas levados a cabo nos sectores da saúde e da protecção social. Porém, as ligações entre políticas e programas sectoriais são fracas, não se encontram regulamentadas.

Estatutariamente, **a ENSSB estabelece o quadro que liga a assistência social básica e os programas de acção social a nível dos sectores da saúde e educação.** A estratégia teve o potencial de esclarecer o papel dos diferentes sectores e de definir indivíduos ou agregados familiares elegíveis, assim como detalhar os mecanismos de referencia entre os sectores. O INAS trabalhou com o MISAU na elaboração de novas directivas de elegibilidade para programas (PASD e PSSB), mas as potenciais ligações entre as quatro áreas de protecção social não foram exploradas na totalidade. O conteúdo da colaboração centrou-se nos critérios respeitantes a grupos alvo existentes, e não na identificação de novos objectivos como forma de atingir um maior impacto nos resultados nutricionais ou na saúde materna.

O Conselho para a Coordenação do Subsistema de Segurança social básica foi criado como parte da ENSSB, a fim de se estabelecerem ligações entre os diferentes sectores do subsistema. O Conselho conta com a representação de todos os ministérios sectoriais envolvidos na protecção social, e de representantes da sociedade civil. O Conselho é relativamente novo e no futuro poderá desempenhar um papel significativo na harmonização de acções em cada um dos sectores indicados na estratégia, caso os actores sejam dotados de ferramentas que possam orientar a análise das acções levadas a cabo em cada sector. De momento, estas ferramentas de monitorização não são limitadas.

Presentemente, as políticas sectoriais trabalham em paralelo, não criando sinergias ou complementaridades que poderiam levar um maior impacto. Sem desejar a criação de uma rede complexa de interacção não funcional, deverá ser possível

umentar a compreensão mútua entre os sectores-chave e encorajar programação social mais eficaz. O Conselho acima referido poderá desempenhar um papel no aumento da compreensão entre os sectores a nível central.

A natureza desarticulada do ambiente das políticas reflecte-se igualmente de forma directa na execução de programas, resultando em ineficiências no cumprimento de iniciativas de protecção social. Dos exemplos práticos realçados durante discussões com analistas dos diferentes sectores, constam os seguintes:

- **Mecanismos de Referencia Deficientes.** Os funcionários do sector da saúde não possuem uma ideia clara dos critérios de elegibilidade para o sistema de referência de agregados familiares que incluam mulheres grávidas desnutridas ou crianças desnutridas de modo a beneficiarem das transferências sociais do INAS; não há ou deixaram de ser usados instrumentos concebidos para facilitar referências entre os diversos sectores. Os funcionários da saúde costumavam ser incentivados a assegurar que fossem feitas referências. Todavia, essas referências deixaram de ser feitas quando os incentivos cessaram.

Compreensão limitada entre profissionais de serviços sociais. Geralmente, os funcionários da saúde não consideram a acção social ou assistência social como recurso a ser usado na resolução de questões enfrentadas por doentes à sua responsabilidade. Isto deve-se em parte à falta de recursos dos serviços de acção social a nível distrital. O departamento de acção social junto dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) tem falta de pessoal e de recursos, o que significa que esse departamento não conta com posição proeminente nos distritos,¹⁶ e mesmo quando são feitas referências entre os sectores, muitas das vezes a demanda pelas transferências sociais não pode ser satisfeita devido o orçamento limitado.

¹⁶ Um grande número de SDSMAS não possui trabalhadores sociais com habilitações. Os funcionários sentem-se prejudicados no desempenho das suas funções devido à falta de transportes e recursos financeiros para a realização de actividades de apoio a desfavorecidos

Falta de diálogo entre funcionários do INAS e os gestores de serviços de saúde e bem-estar social nos distritos. Os gestores do SDSMAS são geralmente funcionários de saúde, cujo contacto com programas de assistência social é limitado. Outrossim, possuem uma compreensão restrita desses programas. Esta situação é exacerbada pela natureza complexa da coordenação e colaboração entre o INAS e os SDSMAS, em grande parte devido à falta de representação do INAS em todos os distritos,¹⁷ e ao relacionamento complexo entre o INAS e os funcionários de acção social a nível dos SDSMAS.¹⁸ A reorganização deste complexo esquema institucional está a ser discutido no âmbito do processo de reformas em curso no INAS.

Resumo de Potenciais Reformas Institucionais no INAS

A fim de se melhorar a coordenação e colaboração no seio do sector e com os governos distritais, o INAS propõe a seguinte estrutura organizacional.

- Criação de delegações provinciais e subdelegações a nível distrital. As delegações provinciais seriam parte do governo provincial.
- Colocação de funcionários do INAS junto dos SDSMAS
- Concordância de mecanismos para partilha de recursos com o departamento distrital de acção social
- Elevar o perfil dos programas de acção social mediante campanhas de promoção junto de Autoridades Distritais, em particular os directores dos SDSMAS e dos Administradores Distritais.

Há uma série de potenciais ‘pontos de partida’ para uma melhor coordenação a nível distrital. Se o INAS conseguir colocar progressivamente funcionários nos SDSMAS, isso irá resultar na atribuição de recursos humanos, materiais e financeiros para uma

¹⁷O INAS possui 30 delegações a nível nacional, cada delegação cobre entre 3 a 4 distritos.

¹⁸O INAS é um instituto subordinado ao Ministério das Mulheres e Acção Social com mandato para a realização de programas de segurança social. Todavia, o INAS não possui funcionários junto dos SDSMAS e relaciona-se com comunidades por intermédio de voluntários a nível de comunidades (os quais recebem pequenos subsídios) e dos departamentos de acção social dos SDSMAS, deparando escassez de funcionários.

melhor execução de programas, e alargará o perfil dos programas de protecção social nos distritos.

4. Discussão de Medidas de Protecção Social Correntes e Potenciais

4.1. Melhoria dos resultados de nutrição

Os níveis de desnutrição crónica e de mortalidade materna são duas prioridades dos problemas de saúde pública em Moçambique. O governo concebeu políticas e planos estratégicos para lidar com estas questões permanentes. Os programas centram-se principalmente na melhoria da prestação de serviços de saúde (quantidade e qualidade). Todavia, o plano de acção para a redução da desnutrição crónica (PAMRDC) estabelece uma protecção social abrangente para agregados familiares nos quintis de renda mais baixos como importante intervenção em apoio dos agregados familiares mais vulneráveis. Porém, nem as políticas, nem os planos de acção na área da maternidade segura fazem referência a medidas de protecção social como possíveis intervenções.

A melhoria da situação nutricional é um importante objectivo do Governo. Mas, a questão é se será apropriado trabalhar para a expansão das medidas de segurança social básica para que tenham impacto no estado de nutrição mediante a redução da pobreza dos agregados familiares mais vulneráveis? Muitas das provas internacionais sobre o impacto na nutrição derivam dos programas de transferências monetárias condicionais postos em prática na América Latina, havendo alguns exemplos de programas em África (ver Tabela 3 no Anexo 1). As provas mostram um misto de resultados. Uma das dificuldades da análises comparativas surge da condicionalidade diferente e da aplicação efectiva dessa condicionalidade de país para país, tal como mencionado por Hodges (DFID 2013) :

‘Torna-se difícil distinguir os efeitos de nutrição positivos das transferências monetárias daqueles que resultam de condicionalismos ou de intervenções ligadas

à nutrição. A acrescentar à complexidade, os diferentes estudos medem os impactos em diferentes faixas etárias (dos 0-5 meses aos 0-59 meses), fornecendo resultados que não são, portanto, estritamente comparáveis.'

Geralmente, as transferências monetárias para os agregados familiares mais vulneráveis e mais pobres têm um certo nível de impacto nutricional dado que a maioria do dinheiro atribuído ao agregado familiar será despendida com a alimentação. Estudos comparativos (Hodges, A. 2013) mostram que quase todos os programas de transferências sociais têm impacto directo no consumo de alimentos do agregado familiar, quer em termos de quantidade, quer em termos de qualidade dos alimentos consumidos. Todavia, a ligação entre aumento de consumo do agregado familiar e o impacto na nutrição das crianças nem sempre é evidente. Na África do Sul, o subsídio Não Condicional às Crianças teve como resultado um decréscimo na desnutrição crónica em crianças, e no Lesoto o fundo de reforma universal para pessoas idosas teve impacto positivo na situação nutricional de netos a viver com beneficiários idosos. No entanto, há um número igual de programas, mas sem provas referentes ao impacto nutricional. Ben Davies (FAO, 2013) considera de inconsistentes¹⁹ as provas do impacto das transferências sociais no estado nutricional das crianças e mulheres, em que factores tais como o tamanho das transferências, as condições sanitárias dos agregados familiares vulneráveis, o acesso a cuidados de saúde e as práticas de alimentação aparentam desempenhar um papel crucial.

Em conclusão, as provas mostram que a transferências sociais em si poderão não ser suficientes para afectar significativamente os resultados nutricionais. O impacto será limitado sem que haja a correspondente prestação de serviços adicionais, tais como educação nutricional, saneamento e fornecimento de água, e controlo de doenças infecciosas. Os programas com um maior impacto no estado nutricional das crianças mostram um impacto nas crianças mais novas **quando o montante das transferências sociais é elevado em relação às necessidades do agregado familiar.**

¹⁹ Apresentação PPP durante a Conferência Nacional de Assistência Social em Angola. 2013

O Ministério da Saúde está a considerar uma iniciativa universal piloto envolvendo suplementos nutricionais para todas as crianças com menos de 2 anos de idade como forma de se medir o impacto do estado nutricional (iniciativa financiada pelo PMA). As entidades envolvidas fornecerão provas da eficácia ou não das abordagens adoptadas. Há uma série de questões-chave que terão de ser respondidas no que se refere ao programa universal suplementar, principalmente no que se refere ao seguinte: a acessibilidade sustentada do esquema; o potencial de se realizar o esquema à escala; e o custo de oportunidade face ao uso deste mecanismo de identificação de objectivos para se atingirem crianças vulneráveis. De momento, prevê-se que as transferências assumam a forma de suplemento alimentar e não de transferências monetárias. Isto conduz-nos a um outro aspecto – o de uma logística complexa e de sistemas administrativos onerosos. Todos estes parâmetros serão avaliados ao se quantificar o impacto da iniciativa.

A condicionalidade das transferências sociais a uso dos serviços sociais (tal como as esquemas em America Latina) não é apropriado para o caso de Moçambique devido a falta destes serviços, ambos em termos de cobertura e a qualidade do serviço providenciado.

4.2. Expansão do Acesso a Serviços de Saúde Materno-Infantil

É igualmente difícil interpretar de forma clara as provas do impacto das transferências sociais no uso de serviços de saúde. Os programas variam, alguns fazem a remoção de taxas de utentes de cuidados de saúde primários, o que foi alcançado com sucesso no Gana; ou aplicam uma concessão de incentivos monetários para uso de serviços específicos, como por exemplo, subsídios de parto na Índia. A estratégia de remoção de taxas de utentes não é de relevância em Moçambique pelo facto de neste país não existirem taxas formais aplicáveis a serviços de saúde primários.

Todavia, em Moçambique há custos informais e imprevistos que necessitam de ser abordados para se aumentar a utilização de serviços de saúde. Por exemplo, o transporte representa um dos custos principais enfrentados por mulheres que desejem utilizar centros de saúde. As mulheres deparam ainda com custos ilícitos que são difíceis de identificar ou quantificar.²⁰ As mulheres são confrontadas com custos de oportunidade por terem de deixar o trabalho (geralmente agrícola), os filhos e os lares (Pathfinder 2010). Quaisquer transferências sociais tendo em vista o aumento do uso de centros de saúde terão de ter em consideração os custos reais dos cuidados de saúde no país.²¹

Em Moçambique, houve dois estudos que examinaram o potencial de introdução de programas de transferências sociais nos sectores da educação e saúde (OPM – DFID 2013 & Pathfinder 2012). Estes estudos realçam os consideráveis constrangimentos no acesso a serviços sociais básicos (centros de saúde e ensino) devido à baixa cobertura dos centros), fraca qualidade dos serviços e barreiras económicas. São poucas as provas apresentadas nos estudos de que a introdução de transferências sociais irá melhorar sobremaneira os resultados de desenvolvimento humano dos agregados familiares mais vulneráveis, e todos os estudos concluem que sem uma melhoria dos factores da equação ‘relativos à oferta’, meramente facilitando os factores ‘relativos à procura’ não será suficiente para melhorar os indicadores de desenvolvimento da saúde e do ensino.

Mesmo com as limitações citadas, o Governo de Moçambique está a considerar uma iniciativa piloto para a efectivação de transferências sociais; aumentar a adesão de raparigas ao ensino (financiado pelo DFID, facilitado pela Save the Children Fund e posto em prática pelo Ministério da Educação); e incentivos financeiros visando encorajar partos assistidos em centros médicos (financiado pelo DFID, facilitado pela OPTIONS e posto em prática pelo MISAU).

20 Muitas vezes, as mulheres são solicitadas a pagar um montante aos funcionários de saúde que prestaram assistência durante o parto, ou para a compra de comida, sabão e água para lavagens, etc., enquanto aguardam por dar à luz.

21 Opiniões de profissionais do ramo da saúde entrevistados e que participaram nos debates que foram facilitados.

Para além do mais, os sectores tendem a ver as opções como 'um ou outro' e não como 'ambos'; ou esses sectores usam fundos próprios para financiar transferências sociais destinadas a beneficiários vulneráveis, ou utilizam-nos para melhorar a prestação de serviços a todos. Este o verdadeiro dilema, em virtude dos constrangimentos fiscais impostos aos orçamentos estatais.

4.3. Reforço do Sistema

O reforço do sistemas, tendo em vista a execução de transferências e a disponibilização de serviços apropriados, constituem questões-chave, em termos de transferências sociais eficazes. No sector de Accao Social houve avanços no que disse respeito a harmonização e alinhamento das transferências sociais existentes. Porem, no caso de Moçambique, a fragilidade de todos os sistemas de prestação de serviços básicos (educação e saúde), e os potenciais perigos de se sobrecarregarem estes serviços com a implementação de transferências sociais constituem constrangimentos reais e tangíveis.²²

Para se evitar a fragmentação de iniciativas de protecção social, é importante assegurar que todos os sectores compreendam e comentem as potenciais complementaridades entre programas nos respectivos sectores. Uma compreensão da natureza do grupo alvo em cada um dos sectores e como é que estes grupos se intersectam, iria melhorar os resultados. Este diálogo necessita de ter lugar a nível central entre os que tomam decisões relativas a políticas, entre os funcionários técnicos que concebem ferramentas de programas, e a nível de execução com as autoridades distritais e pessoal a trabalhar junto das comunidades na prestação de serviços.

O reforço de sistemas no ponto de prestação de serviços trará dividendos em termos de impacto de programas de protecção social e de resultados de saúde e

²² Cita a experiência do entregue de enchoval às mães por intermédio do sistema de saúde que esta criar muitos problemas logísticos e efeitos mínimos.

nutricionais. Realçou-se durante o processo de consulta que as mulheres e as crianças deveriam ser vistas como participantes activas no processo e não meramente como beneficiárias dos programas ou como doentes do sistema de saúde. O INAS está a trabalhar no conceito de ‘gestão de casos’ de agregados familiares vulneráveis como forma de se melhorar a eficácia dos programas de transferências sociais. As iniciativas do sector da saúde sobre a humanização dos serviços de parto constituem outros exemplos da melhoria de atitudes perante as mulheres.²³

Em termos práticos, a melhoria das relações de trabalho entre os sectores da saúde, educação e protecção social irá aumentar o impacto dos programas de transferências sociais existentes. É necessário alcançar uma maior funcionalidade entre os programas de saúde, educação e protecção social, baseado numa compreensão dos procedimentos e regulamentos dos programas por profissionais em cada sector. Isto exige investimentos na capacitação transversal de serviços em geral.²⁴ Uma considerável quantidade de trabalho necessita ainda de ser realizada para se assegurar que os sistemas de referencia entre os serviços básicos sejam funcionais; presentemente, este não é o caso. Por exemplo, o PASD abrange mulheres grávidas desnutridas, mas o estado nutricional das mulheres durante os cuidados pré-natais não é submetido a medição de rotina, não há impressos de referencia para as mulheres serem transferidas para o INAS com a necessária documentação, não existem canais de comunicação e a maioria dos funcionários de saúde nos distritos e localidades não tem conhecimento dos critérios de elegibilidade para os programas dos PASD.

Uma potencial abordagem seria a de se trabalhar com o processo²⁵ de planeamento distrital e conceber um plano conjunto de saúde, educação, acção social,

²³ O conceito de humanização dos serviços de saúde materna baseia-se na premissa de que as mulheres devem ser tratadas com respeito, autorizadas a fazer escolhas fundamentadas e pessoais em instituições onde o parto de uma criança não seja tido meramente como um processo médico mecânico.

²⁴ Uma parte destas iniciativas teve início com os funcionários do INAS a receber formação nutricional. A formação necessita de ser feita reciprocamente em que os funcionários de saúde beneficiam de formação sobre programas do INAS.

²⁵ Com o processo de descentralização, os distritos gerem cada vez mais os orçamentos e tomam decisões a respeito dos níveis de pessoal e atribuição de recursos entre sectores.

conceptualizando os processos de referências entre serviços, planeando processos conjuntos de gestão de casos e de prestação de serviços, baseado na filosofia de ‘gestão de caso’ . Isso iria reforçar os sistemas e assegurar que os serviços fossem prestados de forma coordenada, arrecadando benefícios para os mais vulneráveis. Quaisquer exercícios a nível distrital teriam necessariamente de incluir trabalhos com entidades comunitárias e uma compreensão dos objectivos e limitações das diferentes iniciativas.

4.4. O Potencial de Expansão de Programas Existentes de Segurança Social Básica

Como parte da revisão da ENSSB, o INAS está a explorar as possibilidades de se melhorar o impacto da segurança social básica para contribuir para a redução da desnutrição e mortalidade materna, assim como aumentar a proporção de indivíduos vulneráveis que são abrangidos no âmbito dos actuais programas de assistência social.

Uma preocupação prende-se com a questão de se efectivamente os programas se atingem as crianças a viver em pobreza extrema. A Experiência internacional (África do Sul) e micro-simulações com base em dados referentes Moçambique sugerem que os subsídios a crianças terão um grande impacto nos indicadores de pobreza e desenvolvimento (Hodges A 2013). No estudo conjunto OIT-FMI (Cunha et al 2013), sugere-se que os subsídios a crianças são viáveis sob uma perspectiva fiscal e poderiam ser tomados em consideração como parte do leque de transferências sociais ao se discutir a reforma dos programas de segurança social básica.

Para que isto ocorra, deverá ser prestada atenção às principais oportunidades em termos de melhorar a situação nutricional das crianças, nomeadamente os primeiros 1 000 dias de vida de uma criança (gestação e os primeiros dois anos de vida). O debate nacional seria enriquecido pela contratação de trabalhos para se analisar o impacto potencial das taxas de desnutrição mediante a inclusão de agregados familiares vulneráveis com altos níveis de dependência (tendo efectivamente como alvo agregados familiares com crianças de tenra idade, e chefiados por pessoas do

sexo feminino). Uma definição mais abrangente de critérios de elegibilidade de PSSB, com a inclusão desses agregados familiares asseguraria níveis mais elevados de cobertura das crianças mais pobres no país. Esta medida poderia ser examinada nos termos do actual PSSB.

Da análise da situação nutricional e de saúde materna no país conclui-se que intervenções abrangentes (protecção social, saúde e educação) tendo como alvo raparigas adolescentes, iriam colher benefícios relativamente à melhoria de resultados maternos e segurança nutricional (EC causal analysis 2013). Seria necessário que quaisquer intervenções resultassem na redução de casos de gravidez em jovens para se obterem resultados nutricionais positivos, quer no caso das crianças adolescentes, quer no caso dos bebés recém-nascidos. As transferências sociais poderão não ser a única solução para esta problemática. Há pouca evidência que demonstrem o sucesso de subsídios destinados a retenção das crianças na escola em situações em que haja constrangimentos relacionados com a oferta (como no caso de Moçambique) e fortes contrapesos culturais que resultam em casamentos prematuros e gravidez precoce (uma vez mais como no caso de Moçambique). São necessárias mais análises, especificamente centradas na saúde de adolescentes e nas transferências sociais antes que seja possível fazer quaisquer recomendações quanto ao pacote de intervenções para esta faixa etária.

Uma outra via a ser explorada é a análise do potencial do programa PASD para se melhorar o impacto nos níveis de desnutrição. Presentemente, o PASD apenas atinge aproximadamente 50 000 agregados familiares. Estimativas feitas sobre o potencial da base de clientes do PASD indicam que aproximadamente 300 000 agregados familiares poderiam beneficiar em função da actual elegibilidade para agregados familiares que manifestem problemas nutricionais. Por exemplo, proporcionar transferências sociais a 86.000 mulheres grávidas desnutridas por intermédio do PASD²⁶ poderia contribuir para a interrupção do círculo vicioso de mulheres desnutridas que dão à luz bebés com peso baixo, os quais depois passam a ser crianças com desnutrição crónica.

²⁶Estimativas das autoras. Tabela produzida para as opções do documento DFID, 2013.

Tabela 4. O Potencial do PASD. Números Indicativos para quatro categorias de beneficiários/anuais do PASD.

Critérios de elegibilidade	Transferências	Número de Agregados Familiares/ano
Agregados Familiares com mulheres grávidas desnutridas	9 meses (gestação) a 15 meses (gestação+ 6 meses de lactação)	86.000
<p>1.000.000 partos por ano (MISAU). 8.6% de mulheres grávidas são desnutridas, com base nos números gerais de desnutrição de pessoas do sexo feminino em idade reprodutiva (provavelmente uma subestimação dada a pressão que a gravidez exerce sobre o corpo das mulheres (DHS 2011). Suposição: i. Não haverá acumulação anual dado que a maioria das mulheres receberá menos de 12 meses de transferências, e ainda pelo facto de as primeiras visitas a clínicas pré-natais ocorrem geralmente no segundo ou terceiro trimestres da gravidez.</p>		
Agregados familiares chefiados por crianças (CHH)	Até que a criança mais velha atinja os 18 anos de idade	22.000 ²⁷
<p>Não há estimativas precisas de CHH. A melhor estimativa da UNICEF é de 22.000. Os CHH podem receber cabazes quando a criança mais velha tiver 12 anos de idade. Não há estimativas relativas à taxa de desgaste e inclusão em termos de CHH. Suposição. Não há incremento anual no número de agregados familiares que recebe cabazes.</p>		
Agregados Familiares com crianças em convalescência devido a desnutrição aguda (desnutrição clínica)	6 meses após a criança ter saído do hospital	53.498
<p>1.3% de crianças sofre de Desnutrição Aguda SAM (<5 anos de idade). 17.5% do total da população de crianças com menos de 5 cinco anos de idade. Total da população: 23.515.934 (Estimativas do INE, 2012). Número total de crianças < 5: 4.: 115.288 crianças; crianças com SAM (1.3%). 53.498 crianças.</p> <p>Suposição. i) As crianças com SAM serão tratadas em hospitais e, por conseguinte, identificadas. ii) sem acumulação anual dado que as transferências são</p>		

²⁷Estimativas da UNICEF.

<i>por um período de 6 meses apenas.</i>		
Agregados Familiares. Pessoas desnutridas em tratamento para o HIV	6 meses após o começo do tratamento.	144.200 ou 72.100²⁸
<p><i>Há 1.4 milhão de adultos a viver com o HIV em Moçambique (INSIDA 2011)</i></p> <p><i>Desnutrição em adultos na ordem dos 10,3% – estimativa de uma meta análise de mulheres com o HIV (BMC 2008). Suposições: i) A estimativa de desnutrição mais baixa em doentes com HIV foi obtida para o presente exercício (10.3%). São poucos os estudos que estimam a prevalência de desnutrição em pessoas que vivem com o HIV na África subsariana. A estimativa do estudo meta realizado em 2003 acima citado é de 10.3% em mulheres adultas. Um estudo no Malawi (Bowie et al 2005) referente a pessoas a receber Tratamento em Casa estimou 50% de desnutrição. Um outro estudo realizado num hospital na Etiópia (Hailemariam, S. et al 2013) menciona 12.3%. ii) Sem acumulação anual dado que as transferências são por um período limitado de 6 meses apenas.</i></p>		
Crianças que necessitam de sucedâneos leite materno devido a mortalidade materna	Sucedâneos de leite materno para 24 meses	9.600
<p><i>A mortalidade materna é de 490/100.000 partos. Suposição. i) Todas as crianças que perdem as mães necessitarão de sucedâneos leite materno fornecidos pelo INAS. ii) os cálculos usaram a mais recente interpretação restrita da categoria de sucedâneos de leite materno do PASD, ou seja, mortalidade materna.</i></p>		
Total de potenciais beneficiários (5 categorias de PASD) /ano		315.298 Agregados Familiares²⁹

Fonte: Adaptado de Kerry Selvester. DFID, Estudo Options. (DFID 2013)

O PASD como transferência monetária. De momento, Moçambique tem em funcionamento duas formas de transferências sociais: transferências monetárias (PSSB

²⁸ 100% em tratamento ou 50% em tratamento.

²⁹ Para os cálculos, usou-se a estimativa mais alta para doentes com o HIV foi considerada como a mais baixa relativamente à prevalência de desnutrição.

e PASP) e transferências em espécie (PASD). Ao se considerar o alargamento do âmbito do PASD para se cobrirem agregados familiares que sofrem de desnutrição, poderá ser conveniente que também se iniciem discussões visando monetizar os benefícios e provar uma transferência monetária. Isto iria reduzir os custos administrativos e logísticos, simplificar os procedimentos e harmonizar todo o sistema de segurança social básica.

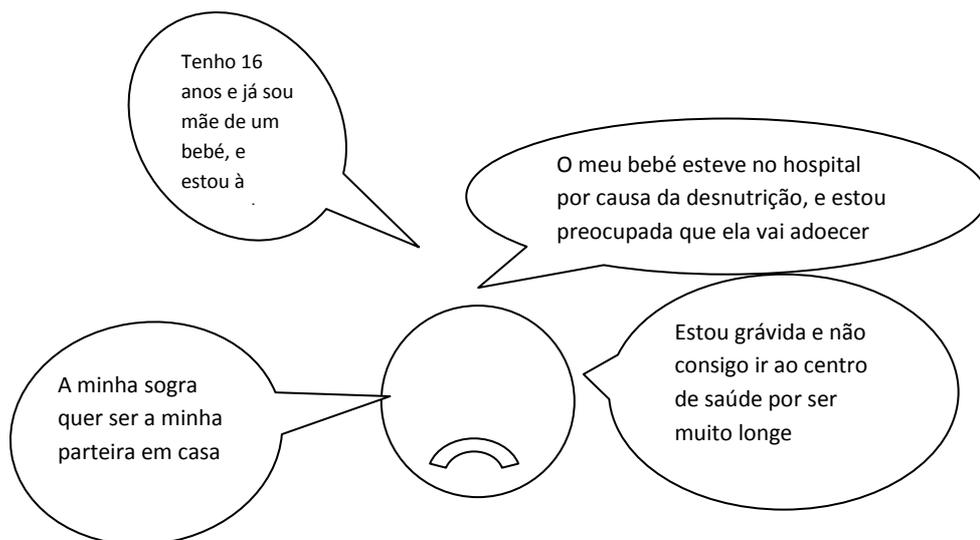
4.5. Qualidade de Serviço. O agregado familiar beneficiário no centro do ciclo de atendimento

Como mencionado anteriormente, a condicionalidade de transferências sociais não é viável em situações onde há graves lacunas nos serviços básicos sociais (saúde e educação), o caso de Mocambique. A melhoria e expansão dos serviços de saúde e sociais constituem a chave para se assegurar resultados positivos em termos de segurança nutricional e protecção da maternidade; as transferências sociais por si só não são suficientes. A determinados programas de transferências sociais na América Latina foi atribuída a responsabilidade de contribuírem para a redução da mortalidade infantil, morbidade infantil, aumento da média do peso de recém-nascidos no momento do parto, e aumento no uso de serviços (Tabela constante do Anexo 1), mas as provas são limitadas. A análise mostra que sem a expansão de serviços apropriados, a procura adicional criada pelas transferências sociais irá sobrecarregar o sistema, deixando de haver melhorias a longo prazo. A experiência com benefícios condicionais de maternidade na Índia demonstrou que embora o número de partos institucionais tivesse aumentado, verificando-se entretanto uma redução em mortes maternas e neonatais, há um número cada vez maior de provas de que as mulheres mais pobres são excluídas do processo por não terem meios de aceder a serviços de saúde para receberem as transferências sociais (Lakshmi Lingam 2013). As constatações do programa boliviano – SUMI – e do programa Educador – LMGTAI – mostram que a procura por criação de transferências sociais impusera falhas no sistema de saúde dado que não se havia contado com o aumento de necessidades para recursos, serviços e infra-estruturas a nível do programa. Conclui Lingam:

*'Assim, é importante que a qualidade de serviços seja assegurada. Um aspecto que necessita de ser considerado mais seriamente é se as transferências monetárias condicionais podem contribuir para a melhoria dos resultados de saúde numa altura em que existem enormes lacunas em termos de factores relativos à oferta. Isto é especialmente importante num país como a Índia em que existe o **perigo das transferências monetárias serem vistas como alternativa à prestação de serviços, em vez de um suplemento**' Linham 2013*

A fim de se colocar o agregado familiar beneficiário no centro do ciclo de atendimento, o INAS e o MMAS estão a conceber instrumentos de programas (cartão de assistência social) e metodologias para se melhorar a gestão de casos de agregados familiares vulneráveis. O cartão de assistência social regista todos os benefícios que o agregado familiar recebe, incluindo dos sectores da saúde e da educação. Este registo de utilização manual permite que os profissionais do sector social administrem de uma melhor forma o atendimento do agregado familiar e o acesso a alguns dos serviços prestados gratuitamente a agregados familiares pobres.³⁰ No sector da saúde, a tendência de humanização do atendimento tem vindo a ganhar impulso e visa prestar serviços individualizados para tratamento das necessidades dos doentes. Ao colocar o indivíduo (ou agregado familiar) no centro do modelo de atendimento, é mais fácil considerar a colaboração intersectorial em que os profissionais na área do atendimento têm uma compreensão das necessidades da família e dos serviços que possam responder a essas necessidades. A introdução do cartão de assistência social e o uso do cartão por todos os provedores de serviços sociais poderiam proporcionar uma plataforma para aumento da compreensão e colaboração mútuas entre os sectores, mesmo face a constrangimentos significativos relacionados com a oferta.

³⁰ O cartão irá substituir a declaração de pobreza presentemente concedida a agregados familiares que permite a renúncia a taxas de saúde e de propinas escolares, e transporte gratuito no sector de transportes públicos.



4.6. Rumo à Protecção da Maternidade.

Reformas recentes do sistema de segurança social contributivo deverão ter um impacto positivo no acesso de benefícios de maternidade dado que o INSS é agora responsável pelos pagamentos e não as entidades empregadoras. Embora estas medidas possam melhorar ao acesso de benefícios, o número de mulheres elegíveis é baixo dado que a maioria de mulheres trabalhadoras não está ao serviço do sector informal e, portanto, não cumpre com os critérios de transferências de INSS..

Um reduzido número de países tem vindo a introduzir benefícios universais de maternidade não contributivos, incluindo cuidados de saúde e parto gratuitos, direitos de amamentação e transferências sociais. Por exemplo, a Argentina e a Bolívia prestam assistência social a mulheres não elegíveis para benefícios de maternidade por meio de sistema contributivo (Conferência da OIT, 2013), e o Chile possui um programa abrangente (CresceContigo 2006) de apoio à maternidade segura e para prestação de protecção de maternidade às mulheres mais vulneráveis (OIT, Estudos de Casos, 2013). Ao se debater a possibilidade de protecção materna não

contributivo em Moçambique, seria conveniente tomar em consideração estes exemplos

A análise da OIT/FMI de 2013 revelou que 28 países haviam ratificado a Convenção 183, dos quais apenas quatro eram de África (Benim, Burkina Faso, Mali e Marrocos) e dois das Américas (Belize e Cuba). A análise do OIT revelou que apenas 30% dos países cumpre com os requisitos mínimos de protecção da maternidade. Essa percentagem baixa para menos de 20% no Médio Oriente, América Latina e África. Estima-se em apenas 10% de mulheres elegíveis a cobertura efectiva de mulheres empregadas em África. (Laura Addati 2013). Moçambique ainda não ratificou a Convenção 183 (OIT 2000) e os benefícios de maternidade obrigatórios para trabalhadoras ao serviço da Função Pública e de trabalhadoras que contribuem para o INSS ainda não estão em conformidade com as recomendações internacionais

Há uma vasta gama de esquemas de protecção da maternidade em vigor em diferentes países. Em África, os exemplos vão desde a África do Sul, onde as mulheres empregadas recebem 4 meses de licença por maternidade (Conferência da OIT, 2013), ao Benim, país onde os benefícios de maternidade são tão insignificantes em termos de valor que raramente são reclamados (OIT, estudos de casos, 2013).

A experiência internacional indica que os sistemas formais de segurança social podem progressivamente incluir trabalhadores 'difíceis de atingir'. No contexto de Moçambique, tais grupos incluiriam trabalhadores agrícolas por conta própria, trabalhadores domésticos e comerciantes de pequena escala. Na Índia, há a experiência de habilitar trabalhadores organizados no sector informal para que possam beneficiar da segurança social ou de programas de assistência social. Trata-se de programas que poderão ser de relevância para sectores da economia informal em Moçambique.

Um série de países está a tentar aumentar a cobertura de trabalhadores informais e contratados em regime temporário (por exemplo, a Índia, Argentina e Bolívia), mas os

desafios são enormes, dado o número de mulheres envolvidas neste tipo de trabalho, e de entidades empregadoras que evitam pagar a segurança social. As provas vindas de Marrocos mostram que as entidades empregadoras muitas vezes não empregam mulheres grávidas ou, caso estejam empregadas, despendem-nas quando surgem sinais de gravidez (Cruz 2013).

Certos países lidam com a questão de trabalhadoras domésticas do sector informal difíceis de atingir. A África do Sul e o Uruguai fornecem exemplos de países que aprovaram leis específicas em apoio dos direitos das trabalhadoras domésticas, incluindo benefícios por maternidade. Trata-se de um passo significativo para se incluírem mulheres trabalhadoras do sector informal em esquemas de segurança social (Hein C. 2005 & Espina 2008 & Santiago 2009).

Dos constrangimentos comuns identificados em estudos de casos, constam os seguintes: (OIT, 2013);

- Fraca cobertura devido à natureza informal do trabalho realizado pela maioria das trabalhadoras. Na Índia, a Lei dos Benefícios de Maternidade foi aprovada em 1961, mas a sua aplicação é fraca. Em 2013, a avaliação anual revelou que apenas 0.30 por cento de trabalhadoras de idade compreendida entre os 15 e os 49 anos tem acesso a cuidados de saúde e a benefícios de maternidade. Portanto, mais de 102 milhões de trabalhadoras do sexo feminino não estão abrangidas por esses benefícios.
- O não cumprimento por entidades empregadoras de esquemas de seguro social/segurança social (exacerbado pela falta de recursos por parte das entidades legais que procedem a inspecções);
- Fraca absorção de benefícios por mulheres elegíveis devido ao baixo valor das transferências, falta de informações/ conhecimentos ou burocracia excessiva. Em Marrocos, apenas 3.5% de mulheres elegíveis reclamam benefícios a que têm direito;

- Práticas laborais que discriminam mulheres e famílias, excluindo mulheres do sector formal de emprego, negando-lhes protecção e promovendo políticas de promoção de emprego que não são compatíveis com os cuidados familiares.

Em termos de protecção de maternidade, há duas vertentes a considerar, mas que estão relacionadas, e foram levantadas durante o debate, de onde surgiu material para o presente documento. Uma refere-se à **introdução de transferências sociais como forma de se encorajar uma maternidade segura (consultas pré-natais e posteriores ao parto em centro de saúde)**; tal como visto nos resultados das experiências internacionais, isto exige um aumento proporcional à qualidade e quantidade de serviços disponíveis para mulheres grávidas para que haja impacto a longo prazo. As transferências sociais propostas serão um incentivo a partos em segurança em centros de saúde mediante a redução de barreiras físicas e financeiras que impedem que as mulheres recorram a serviços disponíveis. No subcontinente indiano, certos Estados estão a considerar a ligação de benefícios de maternidade ao espaçamento dos filhos – um modelo³¹ controverso, mas todavia interessante, destinado a contrariar quaisquer incentivos perversos para aumento do tamanho das famílias e ao mesmo tempo proteger a saúde das mulheres.

O segundo aspecto levantado foi o do conceito mais amplo de protecção de maternidade, em que não apenas são consideradas questões médicas ligadas à redução de riscos de complicações maternas e posteriores ao parto, mas também a questão de se dotar as mulheres de recursos para descanso e cuidados a prestar ao recém-nascido, sem que se imponha quaisquer pesos financeiros ao agregado familiar, isto é, licença por maternidade ou prestações monetárias por maternidade. Embora Moçambique tenha dado passos nesse sentido mediante a separação da ligação do direito de licença por maternidade das responsabilidades da entidade empregadora, a medida apenas abrange uma pequena proporção de mulheres que necessitem desses benefícios.

³¹ Consultores do programa Options | Programa do DFID de protecção da maternidade.

Em Moçambique, a licença por maternidade, coberta ao abrigo do sistema contributivo de segurança social é baixa. O mercado do emprego é dominado pelo emprego informal, em regime temporário, ou informal, estimando-se que apenas 2% de todos os adultos em idade de trabalho esteja abrangido por esquemas de segurança social participados (LO-FTF 2013). Além disso, as taxas de criação de emprego no sector formal continuam a ser baixas, em que o sector das indústrias extractivas proporciona oportunidades limitadas de emprego (menos de 5% de empregos do sector formal, de acordo com o INCAF 2013), registando-se um crescimento lento no sector de serviços em zonas urbanas. As mulheres enfrentam barreiras adicionais para obtenção de emprego formal devido aos elevados níveis de analfabetismo, falta de formação profissional e restrições culturais que limitam as escolhas de modo de vida de raparigas jovens (o que é particularmente verdade no caso de mulheres em zonas rurais).

O encorajamento do debate acerca das possibilidades de transferências monetárias por maternidade poderá trazer outros sectores³² para a mesa de protecção social e abrir potenciais vias para a protecção da maternidade. Não é provável que a estrutura de emprego venha a alterar-se rapidamente, mesmo se os números absolutos de pessoas com emprego formal aumentem, e as mulheres continuem a médio prazo a não estar devidamente representadas na força de trabalho formal. A experiência em países mais industrializados³³ mostrou que a organização de trabalhadores (mesmo no sector informal) é a chave da luta pelos direitos básicos dos trabalhadores, incluindo benefícios de maternidade. Uma abordagem progressiva de trabalho com mulheres no sector formal para garantia dos seus direitos, e a inclusão gradual de mulheres a trabalhar no sector informal por via do pagamento de uma taxa única ao INSS, iria aumentar o número de mulheres com apoio financeiro, um factor-chave na luta pela protecção da maternidade.

³² Ministério do Trabalho, Ministério da Agricultura, Ministério das Finanças, a Autoridade Tributária e o sector privado.

³³ Ver exemplos da Índia na secção sobre protecção da maternidade – experiência internacional.

Melhoria sustentável em resultados para mulheres e crianças pode ser alcançado por meio de uma abordagem holicista em relação a programas de protecção social. A análise da experiência latino-americana e o número limitado de programas africanos leva-nos a concluir que a remoção de barreiras económicas, ligadas a melhorias na prestação de serviços, e a redução de barreiras sociais e culturais relacionadas com barreiras étnicas, terão resultados positivos. Porém, ao se planificarem intervenções multissetoriais, deverá ter-se em conta que os programas do sector da saúde são geralmente categóricos e universais, não possuindo qualquer filtro de pobreza. Presentemente, isto está em contradição com os programas de assistência social do INAS que possuem filtros de pobreza – um aspecto que exigirá a criação de consenso entre os sectores em termos de elegibilidade e grupos alvo.

5. Conclusões

As transferências sociais para os agregados familiares mais vulneráveis podem influenciar de forma positiva a saúde da criança e a saúde materna do agregado familiar dado que a pobreza associada à renda é um importante factor no que se refere à desnutrição e a problemática de maternidade segura. As transferências sociais podem complementar a prestação de serviços básicos mediante o apoio a agregados familiares mais vulneráveis para que tenham acesso a esses serviços e exerçam os seus direitos. As provas fornecidas por estudos internacionais e a análise de dados moçambicanos indicam que as transferências sociais não condicionais podem contribuir para a melhoria dos resultados na área da saúde (incluindo a nutrição, saúde materna e posterior ao parto), **se o valor das transferências for adequado, as transferências sejam acompanhadas pelo acesso a serviços básicos, e haja melhorias na qualidade de serviços prestados.** É importante notar que as transferências sociais devem ser parte integrante de uma estratégia que inclui também a melhoria de acesso a serviços sociais, se o objectivo for o de melhorar a segurança nutricional e a protecção de maternidade.

São necessárias mais discussões sobre os grupos alvo prioritários no que se refere a medidas de protecção social e como concentrar a prestação de serviços básicos de

grande impacto. Os candidatos a serem considerados incluem raparigas adolescentes, mulheres em idade reprodutiva e agregados familiares com mulheres grávidas ou crianças com menos de 2 anos de idade (cumprindo com o critério de '1 000 dias de vida de uma criança'), presentemente mal representadas nos programas de protecção social.

Esses grupos vulneráveis-chave deverão ser considerados a fim de se romper com o ciclo vicioso transgeneracional da desnutrição crónica e da mortalidade materna no país. Por exemplo, através da introdução de um subsídio a crianças ligado a um subsídio materno não participado (1 000 dias de vida de uma criança) a fim de se reduzir a desnutrição das crianças. Além disso, são necessárias mais discussões sobre programas holísticos para se conceber iniciativas para raparigas adolescentes, incluindo formas de evitar que desistam de ir à escola e como evitar a gravidez precoce, exigindo acções nos sectores da educação, saúde e protecção social.

Para se aumentar a cobertura, os actuais programas de transferências sociais necessitarão de atingir os actuais agregados familiares elegíveis (PASD), mas também adaptar critérios visando assegurar a inclusão de novas categorias de agregados familiares (PSSB). Mediante o aumento de recursos destinados ao INAS, uma grande percentagem de agregados familiares altamente vulneráveis pode ser atingida do quadro de programas existentes.

Um aspecto-chave de toda a discussão da protecção social é o reforço de sistemas. A fragmentação de programas entre os sectores e a criação de programas sectoriais que não sejam sustentáveis, apresentam um verdadeiro desafio à actual capacidade operacional limitada. As transferências sociais postas em prática em quaisquer dos sectores devem trabalhar para o reforço de sistemas para se evitarem sistemas paralelos que possam eventualmente enfraquecer a resposta no seu todo. Qualquer iniciativa piloto devesse incluir um exercício de custos mais amplo para formarem parte das discussões mais abrangentes relacionadas com a plataforma de protecção social.

A médio prazo, a assistência social contributiva não substituirá as transferências não contributivas em termos de se atingirem a maioria de mulheres habilitadas à protecção da maternidade. A capacidade dos programas contributivos em prestar benefícios de maternidade a um número de mulheres mais significativo será limitada, dada a estrutura de emprego no país. Os governantes moçambicanos necessitam de começar a discutir a viabilidade de se prestar benefícios de maternidade não contributivos, tendo sempre em mente o espaço fiscal apertado disponível a nível do orçamento de Estado.

A integração de trabalhadores eventuais, em regime temporário e do sector informal no INSS iria aumentar o número de mulheres trabalhadoras elegíveis para a protecção da maternidade ao abrigo do sistema actual. Os sindicatos moçambicanos e as associações de trabalhadores podiam colher ensinamentos valiosos da experiência obtida no subcontinente indiano na luta pelos direitos dos trabalhadores e da experiência sul-africana de se operacionalizar a Lei das Trabalhadoras Domésticas. Aumentando de forma progressiva o número de mulheres que obtêm benefícios de maternidade, ocorrerá um aumento exponencial da confiança depositada no sistema INSS, por conseguinte aumentando a adesão por empregadores e empregados. Esta tarefa poderia ser levada a cabo pelo Comité Consultivo do Trabalho (CCT), um organismo tripartido que congrega a Confederação das Associações Económicas de Moçambique (CTA), a Organização dos Trabalhadores Moçambicanos (OTM) e a Confederação de Sindicatos Livres de Moçambique (CONSILMO) para se negociar o direitos dos trabalhadores à fixação de salários mínimos nacionais. Estas entidades precisam de tomar medidas que melhora a capacidade das mulheres trabalhadores para participa nos INSS e também a capacidade de INSS para recolher, gerir e disbursar estas contribuicoes.

Há motivo para optimismo em termos do ambiente da política do sector, face à existência de quadros legais, políticas e planos de acção que visam abordar a vulnerabilidade, a desnutrição, e as mortes maternas e posteriormente aos partos. Porém, Moçambique ainda não ratificou a Convenção 183 sobre Protecção da Maternidade Uma das questões principais realçadas no presente relatório é o diálogo

limitado entre os sectores sobre como trabalhar em conjunto com questões complexas desta natureza. É importante que a saúde, educação e acção social encontrem campo comum para a integração e colaboração. O aumento da colaboração e da cooperação a nível distrital, e a pressão exercida relativamente a metodologias de 'gestão de casos' poderia resultar em cuidados holísticos positivos relativamente a agregados familiares mais vulneráveis.

Finalmente, é importante tomar nota de que apesar das dificuldades levantadas neste documento, o custo de oportunidade de nada ser feito é extremamente elevado; Moçambique continuará com níveis de desnutrição crónica, mortalidade materna e mortes posteriores aos partos que comprometem seriamente o desenvolvimento de uma sociedade inclusiva. Os programas de protecção social têm lugar e um papel a desempenhar na luta contra a desnutrição e insegurança materna. O papel do governo é o de encontrar as medidas multissetoriais certas de colaboração e coordenação que tenham impacto nesses constrangimentos-chave de desenvolvimento.

6. Recomendações

As recomendações concentrar-se-ão nas intersecções entre saúde e protecção social para melhorar a nutrição e os resultados maternos e posteriores aos partos. **As recomendações específicas são feitas tendo como pano de fundo o forte empenho do governo em cuidados universais de saúde primários e uma plataforma existente de transferências sociais básicas.**

6.1. Operacionalizar a plena aplicação do PASD.

- **Defender um aumento no orçamento do PASD** para a cobertura de todos os grupos elegíveis, em particular agregados familiares com mulheres grávidas desnutridas, agregados familiares com doentes desnutridos a receberem tratamento contra o SIDA, e agregados familiares cujos filhos encontram-se

hospitalizados devido a desnutrição aguda e bebês com necessidade de sucedâneos de leite materno devido à morte das mães.

- **Realizar um cálculo completo de custos do PASD** como parte da estratégia de advocacia (incluindo os custos adicionais de capacitação de funcionários que não pertencem ao INAS).
- **Conceber mecanismos entre o sector da saúde e o INAS a fim de garantir que sejam feitas referencias entre sectores;** assegurar que todos os protocolos e ferramentas de programas tenham sido actualizados e que os funcionários recebam formação relacionada com os novos protocolos.
- Através do SGI, **monitorar as razões por que as pessoas beneficiam do PASD, e conceber mecanismos para a partilha de informações** com o sector da saúde sector (sensibilização acerca da importância dos programas de transferências sociais).

6.2. Conceber planos operacionais claros para a área de acção social no sector da saúde, realçando as modalidades existentes para se atingirem os agregados familiares mais vulneráveis e os novos mecanismos destinados a valorizar o impacto das medidas de acção social do sector da saúde no estado da nutrição e da protecção da maternidade. Incluir garantias de segurança social relacionadas com a saúde, tais como direitos reprodutivos e planeamento familiar, casas de espera, cuidados gratuitos pré-natais e posteriores aos partos, cuidados gratuitos para crianças com menos de 5 anos de idade, identificação e referencias de mulheres e crianças extremamente vulneráveis junto dos programas de transferências sociais do INAS. **Assegurar que existem indicadores e resultados comensuráveis em função desses programas, que sejam partilhados entre sectores.**

6.3. Promover discussões sobre duas opções-chave para se melhorar o impacto das transferências sociais nos indicadores de desenvolvimento, incluindo a determinação dos custos destas opções no âmbito de um amplo exercício de estimativa de custos que irá animar o diálogo em torno da revisão da ENSSB, nomeadamente:

a) **Redefinição de ‘constrangidos por questões laborais’ no contexto do PSSB** para se incluir agregados familiares com altos níveis de dependência.

b) **Introdução de um subsídio (monetário) a AFs vulneráveis com crianças e** possíveis ligações a benefícios de maternidade não contributivos.

6.4. Conceber um exercício de capacitação a nível de sectores sobre protecção social para se melhorar o diálogo e aumentar a sensibilização em todos os sectores da sociedade sobre o papel das transferências sociais e de prestação de serviços básicos a fim de se alargar o direito de propriedade e melhorar a funcionalidade entre os sectores e a comunidade.

- Sensibilização a nível executivo (sector da saúde), passando por **visitas de intercâmbio a programas de transferência sociais**, participação em conferências internacionais e nacionais e sessões de formação de curta duração.
- **Seminários de formação de nível operacional**; conceitos sobre protecção social básica; concepção de mecanismos de recomendação; elaboração de exercícios de gestão prática de casas (uso de do cartão de assistência social e ligações com comités comunitários).
- **Capacitação de agentes de ligação de base comunitária e activistas na prestação de serviços básicos** (transferências sociais, maternidade e atendimento à criança).
- **Sensibilização e aumento da consciencialização a nível comunitário sobre ‘armadilhas’ de vulnerabilidade** que perpetuem a insegurança nutricional e materna, incluindo a gravidez precoce (adolescentes) e constrangimentos culturais quanto ao uso de serviços de saúde disponíveis (preponderância de tomada de decisões por pessoas do sexo masculino a níveis de agregados familiares e comunitários).

6.5. Segurança Social Obrigatória – Protecção da maternidade. CTT, INSS, Sindicatos e Associações representando trabalhadores do sector informal

trabalham em conjunto para aumentar a cobertura e uso de benefícios de maternidade. Concretamente :

- Advocacia por parte de representantes de trabalhadores e organizações das mulheres que advogam o princípio de que Governo de Moçambique deve assinar a Convenção 183 sobre a Protecção de Maternidade.
- O INSS leva a cabo campanhas de consciencialização sobre os direitos das mulheres à protecção da maternidade (poderá inspirar-se nos exercícios de publicidade dos serviços sul-africanos, SARS).
- Juntamente com Sindicatos e Associações, o INSS identifica os constrangimentos-chave relacionados com a utilização de benefícios e a concepção de um Plano de Acção Conjunto para aumento dessa utilização.
- Esquemas piloto para a integração de trabalhadores em sectores empregando um elevado número de trabalhadoras eventuais ou em regime temporário. As associações, Sindicatos e o INSS beneficiariam das visitas de intercâmbio à Índia (para encontros com organizações de trabalhadores representando trabalhadoras eventuais ou em regime temporário) e à África do Sul (para se discutir a aplicação da lei dos trabalhadores domésticos).

6.6. Pesquisa Operacional

6.6.1. Realizar trabalhos analíticos para se examinar a viabilidade da protecção não contributiva da maternidade através de transferências monetárias universais para mulheres durante a gravidez e a fase lactante, incluindo a possibilidade de condicionalidade suave quanto ao uso de serviços de saúde e do registo de recém-nascidos.

6.6.2. Romper o ciclo da desnutrição transgeracional. A medidas de protecção social podem ajudar as raparigas adolescentes a retardar a gravidez? Adquirir financiamento para trabalhos analíticos destinados a explorar o caso de medidas de protecção social de raparigas adolescentes em Moçambique; programas holísticos, incluindo os sectores da educação, saúde e protecção social.

6.6.3. Iniciativa multisectorial a nível distrital para operacionalizar a colaboração entre o governo local (Administração), a saúde, educação e serviços de acção social, delegações do INAS e actores comunitários na execução de programas de protecção social, incluindo:

- Realização de exercícios conjuntos de orçamentos planificação
- Colaboração em exercícios de identificação de objectivos
- Concepção de sistemas funcionais de referência e de gestão de caso integrada
- Partilha de recursos entre as delegações dos SDSMAS e do INAS
- Práticas de trabalho conjuntas com actores comunitários a trabalhar na área da saúde e da protecção social, nomeadamente APES, permanentes, comités de saúde e comités de protecção social.

Resumo de Recomendações

Recomendações	Responsabilidade	Entidades colaborantes
Revisão da ESSB		
Operacionalizar a execução integral do PASD	INAS	MISAU, Ministério das Finanças
Conceber planos operacionais distintos para a área da acção social no sector da saúde	MISAU	INAS
Mencionar de forma explícita os resultados previstos das medidas de acção social adoptadas em cada um dos pilares da ESSB	INAS e MISAU,	
Promover discussões sobre subsídios a crianças, e a redefinição de ‘constrangidos por questões laborais’ para se melhorar o impacto das transferências sociais nos indicadores de desenvolvimento.	INAS	Parceiros de cooperação
Capacitação e reforço de sistemas a níveis sectoriais		
Conceber um extenso exercício transversal de capacitação a nível de sectores sobre protecção social para se melhorar o diálogo e aumentar a sensibilização em todos os sectores	INAS e MISAU e ME	Parceiros de Cooperação

da sociedade e sobre o papel das transferências sociais e da prestação de serviços básicos		
Segurança Social Obrigatória		
O INSS, Sindicatos e Associações representando trabalhadores do sector informal trabalham em conjunto para aumentar a cobertura e uso de benefícios de maternidade.	INSS, Sindicatos e associações de trabalhadores	INAS
Campanha de defesa para assinar a Convenção 183 sobre a Protecção de maternidade.	CTT, organizações de defesa das Mulheres (Fórum Mulher, WLSA, etc)	MMAS, Ministério do Trabalho
Pesquisa Operacional		
Realizar trabalhos analíticos para se examinar a viabilidade da protecção de maternidade no contributivo através de transferências monetárias universal para mulheres durante a gravidez e a fase lactante.	INSS	Parceiros de cooperação / ILO
Romper o ciclo da desnutrição transgeracional. As medidas de protecção social podem ajudar as raparigas adolescentes a retardar a gravidez ?	INAS, MISAU e ME	Parceiros de cooperação
Realizar uma iniciativa multisectorial piloto a nível distrital para operacionalizar a colaboração entre os sectores de segurança social básica	INAS e SDSMAS e SDEC e Administração Distrital	Parceiros de cooperação

Referências

Addati, L. Safe Maternity and Protected Motherhood: Maternity Protection and ILO Convention No. 183 International Workshop. Maternity Protection. Maseru, April 23-24, 2013. ILO

Bleichrodt, N. e Born, M. P.: A meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In StanburyJB (ed.) The damaged brain of iodine deficiency. Cognizant Communication Corporation, 1994. New York.

Basta, S. S., Soekirman, Karyadi, D. & Scrimshaw, N. S. (1979). Iron deficiency and productivity of adult males in Indonesia. American Journal of Clinical Nutrition 32, 916-925.

Bowie C., Kalilani L., Marsh R., Misiri H., Cleary.P. An assessment of food supplementation to chronically sick patients receiving home based care in Blantyre, Malawi. NutrJ.2005 4:12.

Castel-Branco, R. Maternity Protection in Mozambique.Rapid Assessment.ILO. 2013

Cruz, A. Good practices and challenges on the Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183) and the Workers with Family Responsibilities Convention, 1981 (No. 156): A comparative study..Working paper. 2.12

Cunha, N (ILO), Pellerano, L (OPM and IFS),Mueller, J (IMF), Lledo,V (IMF),Yuan Xiao (IMF), Gittton, P (IMF). Towards a Mozambican Social Protection Floor .Consolidating a comprehensive Social Protection System in Mozambique -Analysis of Policy Alternatives and Costs.ILO and Social Security Department. Geneva. 2013.

Espina and Amarante, 2008 quoted in ILO/UNDP. Work and Family: Towards new forms of reconciliation with social co-responsibility (Santiago, 2009) p. 108.

Foote, Dorothy E Offutt, Gardiner: Reportagem Técnica da Anemia. Atlanta, CARE, Programa contra a Desnutrição por Micronutrientes (PAMM) e Rollins Escola de Saúde Pública da Universidade Emory, 1997.

Haddad, L. J. Bouis, H. E.: The impact of nutritional status on agricultural productivity: Wage evidence from the Philippines. Oxford Bull Economics and Stat, 1991. 53(1): 45-68.

Halbergand N. Scrimshaw, editors] Washington DC: The Nutrition Foundation.

Hailemariam,S. Tenkolu, G. Bune, Tadesse, H. Malnutrition prevalence and associated factors in people living with HIV/AIDs in Dilla University Referral Hospital. 2013. June.

Hein, C. Reconciling Work and Family Responsibilities (South Africa):

Husaini, M. A., Karyadi, D. &Gunadi, H. (1983). Evaluation of nutritional anaemia intervention among anaemic female workers on a tea plantation. In Iron deficiency and Work Performance, pp. 73—78 [L.

ILO – Geneva. Practical ideas from global experience. 2005 pp. 101-102.

LO-FTFCouncil . MozambiqueLabour Market Profile 2013

- Lakshmi Lingam & Aruna Kanchi. Study commissioned by the Ministry of Labour & Employment, Government of India and the International Labour Organization, New Delhi. MARCH 2013
- Lancet series. Robert E Black, Lindsay H Allen, Zulfiqar A Bhutta, Laura E Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers, Juan Rivera, for the Maternal and Child Under-nutrition Study Group . Maternal and Child Under-nutrition.
- Levin, H. M., Pollitt, E., Galloway, R. and McGuire, J.: Micronutrient deficiency disorders. In Jamison , D. T. e Mosley, W. H. (eds): Disease control priorities in developing countries. World Bank. Oxford University Press, 1993.
- Lovon, M - Nutrition situation and causal analysis in Mozambique. Part I (preliminary results). European Union. 13 Nov 2013
- Ministry of Health. Moçambique comprometido com a saúde das suas Crianças, Adolescentes, Mulheres e Homens. Maputo, Julho de 2009
- Ministry of Health. Plano Estrategico do Sector Saude: 2007 -2012. (2007)
- Ministry of Health. Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODMs 2013
- Ministry of Health. Politica de Saude Sexual e Reproductiva. 2011
- Ministry of Health. Parceira Nacional para a Promocao da Saude Materna, Neonatal e Infantil.
- Ministry of Planning and Development. National Poverty Assessment (NPA) 2010,
- National institute of Statistics (INE). Demographic and Health Study (DHS) 2007
- National Institute of Statistics (INE)/UNICEF. Multiple Cluster Indicator Survey. 2010
- National Institute of Statistics (INE). Demographic and Health Study (DHS) 2011
- Oxford Policy Management (OPM). Education sector. DFID. 2013
- Oxford Policy Management OPM - Human Development. DFID 2013.
- Pathfinder – Barriers to Safe Motherhood. 2012. DFID
- Ross, J. S. and Thomas, E. L.: Iron deficiency anemia and maternal mortality. PROFILES 3 Working Notes Series, 1996; No. 3. Washington DC.
- Scholz, B. D. Gross, R, Schultink, W. Jojo, S. A.A. Anaemia is associated with reduced productivity of women workers even in less-physically-strenuous tasks. British Journal of Nutrition (1997), 77, 47-57
- Shrimpton, Roger: Um Plano Estratégico para a Nutrição em Moçambique. Helen Keller International, Maputo, Fevereiro de 2002.
- Uthman, O.A. Prevalence and Pattern of HIV related malnutrition among women in SSA. A meta analysis of DHS surveys . BMC Public Health 2008.
- WHO Reducing Risks, Promoting Healthy Life., Genebra, 2002.

Wolgemuth, J. C, Latham, M. C, Chesher, A., Hall, A. & Crompton, D. W. T. (1982). Worker productivity and the nutritional status of Kenyan road construction laborers. *American Journal of Clinical Nutrition* 36, 68—78

Bibliografia

American Institutes for Research. Zambia Child Grant. 24 Month Impact Survey. 2013.

Azzari, C. G. Carletto, B. Davis and A., Nucifora (2011) “Child Malnutrition in Mozambique,” Unicef and WB, April 2011

BLEICHRODT, N. e BORN, M. P.: A meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In StanburyJB (ed.) *The damaged brain of iodine deficiency*. Cognizant Communication Corporation, 1994. New York.

Castel-Branco, R. Maternity Protection in Mozambique. Rapid Assessment. ILO. 2013
Cruz, A .Good practices and challenges on the Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183) and the Workers with Family Responsibilities Convention, 1981 (No. 156): A comparative study. ILO Working paper. 2.12

Cunha, N (ILO), Pellerano, L (OPMandIFS),Mueller, J (IMF), Lledo,V (IMF),Yuan Xiao (IMF),

Gitton, P (IMF). Towards a Mozambican Social Protection Floor . Consolidating a comprehensive Social Protection System in Mozambique -Analysis of Policy Alternatives and Costs. ILO and Social Security Department. Geneva. 2013.

Davies. PowerPoint Presentation to the National Social Assistance Conference in Angola. FAO. 2013.

Espina and Amarante, 2008 quoted in ILO/UNDP. *Work and Family: Towards new forms of reconciliation with social co-responsibility* (Santiago, 2009)

Fiszbein, Shady. *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*. Working paper. 47603. World Bank.

FOOTE, Dorothy E OFFFUTT, Gardiner: *ReportagemTécnica da Anemia*. Atlanta, CARE,

Geldermalsen. Paper II Social Protections’ Long Term Contribution to Social Resilience in Mozambique. EconomicandPolicyAnalysis Unit. UNDPMozambique. 2013.

Granheim, S. ESTUDO DE CASO UNSCN ANÁLISE DE POLÍTICAS NACIONAIS IMPACTO DOS SISTEMAS ALIMENTARES NA NUTRIÇÃO Em MOÇAMBIQUE. Oct. 2013.

HADDAD, L. J. e BOUIS, H. E.: The impact of nutritional status on agricultural productivity: Wage evidence from the Philippines. *Oxford Bull Economics and Stat*, 1991. 53(1): 45-68.

Hein, C. Reconciling Work and Family Responsibilities. Practical ideas from global experience (Geneva, ILO, 2005).

Hodges and Tiberti. Mozambique social protection system. Options for strengthening the human capital impacts of INASprogrammes (D5). OPM. 8 November 2013

ILO. Mozambique Labour Market Profile 2012 LO-FTF

ILO. Safe Maternity and Protected Motherhood:Maternity Protection and ILO Convention No. 183 International Workshop. MaternityProtection. Maseru, April 23-24, 2013. Laura Addati. ILO

INAS .Estrategia Nacional de SegurancaSociaBasica. 2010/2014.

INAS. Regulation of Basic Social Security and the Strategy for Basic Social Security (ESSB) 2009.

Lancet series I & II (find full reference)

Lavinias, L. 21ST CENTURY WELFARE. *New Left Review*. 84. November – December 2013.

LEVIN, H. M., POLLITT, E., GALLOWAY, R. e MCGUIRE, J.: Micronutrientdeficiencydisorders. In JAMISON, D. T. e MOSLEY, W. H. (eds): *Disease control priorities in developing countries*. World Bank. Oxford University Press, 1993.

LO/FTFCouncil. LabourMarket Profile. Mozambique. 2012 and 2013

Lovon, M - Nutrition situation and causal analysis in Mozambique. Part I (preliminary results). European Union. 13 Nov 2013

Ministry of Planning and Development. National Poverty Assessment (NPA) 2010

Ministry of Health (MISAU).PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE: 2007 -2012

Ministry of Health (MISAU) 2002. MISAU 2004. DHS 2003,

National Institute of Statistics(INE) Population Census 2007,

- National Institute of Statistics (INE) MICS 2008,
- National Institute of Statistics (INE) DHS 2011
- Ministry of Health (MISAU) - Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODMs 2013
- Ministry of Health (MISAU) .PARCERIA NACIONAL para a PROMOÇÃO da SAÚDE MATERNA, NEONATAL e INFANTIL
- Ministry of Health (MISAU). Estrategia da Casa de Espera para mulheres grávidas. 2009.
- Ministry of Health (MISAU). Estrategia de Inclusão de Igualdade de Género no Sector de Saúde. 2009.
- Ministry of Health (MISAU). Política de Saúde Sexual e Reprodutiva 2011.
- National Institute of Statistics. DHS 2003. DHS 2011
- National Institute of Statistics. Household Budget Survey (IOF) 2008
- National Institute of Statistics. Multiple Cluster Indicator Survey (2010)
- OPM. Education sector DFID . 2013 OPM - Human Development .
- PAHO/WHO-ILO's 'Extension of Social Protection in Health' framework, (ILO-PAHO, 2005(6):40). 6~ SOCIAL PROTECTION in HEALTH SCHEMES. Lessons Learned from the Latin American Region for MOTHER, NEWBORN and CHILD POPULATIONS. Washington DC, June, 2008
- Pathfinder. Barriers to Safe Motherhood . Mozambique. 2012. DFID
- Republic of Mozambique. Laws for the socialization of medicine (nº 4/87. January 19th and nº 2/77 of the 19th January)
- Republic of Mozambique. Constitution of the Republic of Mozambique. 1990
- Republic of Mozambique. Five Year Government Plan
- Republic of Mozambique. Labour Law. 2007
- Republic of Mozambique. The regulation for domestic work. 2008
- Republic of Mozambique. The general statute for Civil Servants. 2009
- Republic of Mozambique. The regulation of mandatory contributive social security for maternity cash benefits for pregnant and lactating women. 2007
- Republic of Mozambique. O Lei de Base de Protecção Social (base law for social protection) 2007

ROSS, J. S. and THOMAS, E. L.: Iron deficiency anemia and maternal mortality. PROFILES 3 Working Notes Series, 1996; No. 3. Washington DC.

SHRIMPSON, Roger: Um Plano Estratégico para a Nutrição em Moçambique. Helen Keller International, Maputo, Fevereiro de 2002.

UN Women's Progress of the World's Women 2011-2012

WFP. Nutrition Policy, Nutrition Programs and Food Supplements. Briefing. 2012.

WHO. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO, Genebra, 2002.

Anexo 1. Experiência internacional – Resumo

Impacto das Transferências Condicionais e Não Condicionais nos Indicadores de Saúde

Nome do programa	Descrição	Impacto
Programa Oportunidades México	Transferências monetárias e serviços de saúde gratuitos, suplementos em micronutrientes. Melhorias na oferta de serviços de saúde.	Redução em 17% na mortalidade infantil rural num período de 3 anos. Houve igualmente uma redução na mortalidade maternal (11%); Maiores impactos nas áreas mais empobrecidas. A atrofia reduziu em 1.1 relativamente a crianças.
Juntos. Peru	Programa de transferências monetárias condicionais.	Reduziu o número de mulheres que davam à luz em casa, em áreas geográficas com altos níveis de mortalidade materna.
Famílias en Acción - urbano. Colômbia	Transferência social condicional, cuidados de saúde primários, <5. Maior sensibilização das mães.	Os recém-nascidos aumentaram a média do peso em 0.58 quilogramas num ano, o que se atribuiu à nutrição materna melhorada. Impacto significativo na desnutrição crónica <5.

Rede de Protección Social. Nicarágua	Transferência social condicional. Agregados Familiares com <5 anos. Monitorização de vacinações e crescimento, e de suplementos em micronutrientes.	Impacto significativo na desnutrição crónica.
Bolsa Familiar. Brasil	Transferências monetárias condicionais. <i>Crianças < 7</i> : Monitorização de vacinações e crescimento, e <i>Mulheres grávidas</i> : consultas pré-natais	Aumento de cobertura de intervenções na área da saúde. Sem impacto nutricional
Mchinji Social Cash Transfer, Malawi	Transferências monetárias. Sem condicionalidade.	Sem impacto nutricional
Transferências Monetárias destinadas a Órfãos e Crianças Vulneráveis (CT-OVC), Quênia	<i>Crianças < 5</i> : Consultas para vacinações, monitorização de crescimento e de suplementos em vitamina A (não foram postas em prática). <i>Adultos</i> : sessões de sensibilização (não foram postas em prática)	Sem impacto nutricional
Subsídio de Apoio a Crianças (CSG), África do Sul.	Subsídio monetário destinado a crianças. Sem condicionalidade.	Aumento significativo na altura de crianças que beneficiam do CSG por mais de 50% do período até aos 36 meses.

--	--	--

Fonte.i. Adaptado de: Lessons Learned from the Latin American Region for Mother, Newborn and Child Populations. Washington DC, June, 2008. ii. Adaptado de: DFID 2013. Anthony Hodges (original source Leroy et al, 2009; Agüero et al, 2010; Miller et al, 2008; Ward et al, 2010).

Anexo 2. Convenção sobre a Protecção da Maternidade

Protecção da maternidade. Recomendações, 2000 (Nº191).

A Convenção Nº 183 abrange todas as mulheres empregadas, incluindo as que desempenham formas atípicas de trabalho dependente. Dos benefícios constam os seguintes:

- Licença por maternidade de 14 semanas, incluindo um período de licença obrigatória de seis semanas após o parto;
- Benefícios monetários durante a licença de pelo menos dois terços dos vencimentos anteriores, ou vencimentos garantidos pela segurança social ou por meio de fundos públicos; prestações monetárias adequadas financiadas por fundos de assistência social para mulheres, caso não satisfaçam as condições previstas para habilitá-las a tais prestações; as entidades empregadoras não deverão ser individualmente responsáveis pelos custos direitos desses benefícios monetários.
- Acesso a cuidados médicos, incluindo cuidados pré-natais, parto, posteriores ao parto e a hospitalização, consoante o necessário
- Protecção da saúde no local de trabalho; o direito das mulheres grávidas ou que amamentam a não executarem trabalhos prejudiciais à sua saúde ou à da dos filhos;
- Protecção do emprego e não discriminação durante a gravidez, durante a licença por maternidade ou durante a amamentação;

Anexo 4. Lista de Pessoas que Participam no Estudo