

CAPÍTULO 1

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PAÍS E METODOLOGIA

1.1 Descrição geral do país

Geografia

Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' longitude Este. Ao Norte limita com a Tanzânia; ao Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia; e ao Sul com a África do Sul.

Toda a faixa Este, banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2,470 km, tem um significado vital tanto para Moçambique como para os países vizinhos situados no interior que só têm ligação com o oceano através dos portos moçambicanos. A superfície do seu território é de 799,380 km².

O país está dividido em 11 Províncias: ao Norte, Niassa, Cabo Delgado e Nampula, ao Centro, Zambézia, Tete, Manica e Sofala, ao Sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade (Mapa 1). O território moçambicano, como toda a região Austral do Continente Africano, não apresenta grande variedade de paisagem. Da costa para o interior podem-se distinguir três tipos de relevos:

- a **planície litoral** que ocupa grande parte do território (40 %). Esta é a região natural onde se observa a maior concentração da população,
- os **planaltos** com altitudes que variam entre 200 e 1,000 metros,
- os **grandes planaltos e montanhas** que ocupam uma pequena parte do território nacional, com altitudes superiores a 1,000 metros. Do ponto de vista da distribuição geográfica da população, já que não constituem uma superfície contínua, não oferecem grandes obstáculos para assentamentos humanos.

História

Moçambique adquiriu a actual forma geográfica, representada no Mapa 1, em Maio de 1891, altura em que foi assinado o tratado Anglo-Português de partilha das zonas de influência em África. Tal tratado serviu para legitimar, entre as nações coloniais europeias, uma ocupação que no caso de Moçambique remonta do século XVI, período em que Portugal iniciou a ocupação da costa oriental de África.

O País tornou-se independente de Portugal em 1975, após dez anos de luta armada de libertação nacional movida pela FRELIMO (Frente de Libertação Nacional de Moçambique). A independência política de Moçambique foi negociada entre a Frelimo e o Governo português no acordo de Lusaka a 7 de Setembro de 1974. Um governo de transição chefiado por Joaquim Chissano, então Primeiro-Ministro, governou até 25 de Junho de 1975, dia da Independência de Moçambique.

O primeiro Governo moçambicano estabeleceu uma estratégia de transformação socialista da sociedade moçambicana. Entre as suas actividades, até finais da década de 80, o Governo de Moçambique levou a efeito programas amplos no âmbito da educação, saúde e habitação. Reconhece-se, por exemplo, que as campanhas nacionais de imunização contra a varíola, tétano e sarampo, bem como a formação de pessoal especializado, tiveram uma contribuição importante para a redução da mortalidade infantil.

Porém, os esforços de reconstrução nacional e melhoria do nível de vida da população moçambicana nos primeiros anos de Independência não se consolidaram e, em muitos casos, colapsaram. Os anos que se seguiram à Independência foram marcados por um colapso da economia e uma deterioração crescente da estabilidade político-militar e social. Só em 1992 as forças políticas, nacionais e internacionais, chegaram a um acordo com vista ao fim do conflito armado e à estabilização política de Moçambique. Entre outros aspectos, a busca da paz e democratização conduziram à assinatura do acordo de Roma a 15 de Outubro de 1992, entre a Frelimo e a RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana).

Em Outubro de 1994, realizaram-se as primeiras eleições gerais e multipartidárias, as quais foram ganhas pelo partido Frelimo. O novo Governo tomou posse em Dezembro de 1994, tendo criado um programa quinquenal para o período 1995-1999 que foi aprovado pela Assembleia da República através da Resolução 4/95 de Maio do Boletim da República. Neste programa o Governo propõe-se realizar acções que:

resultem na garantia da paz, estabilidade e unidade nacionais, na redução dos níveis de pobreza absoluta, visando a sua erradicação a médio prazo, e na melhoria de vida do povo, com incidência na educação, saúde, desenvolvimento rural e emprego. A definição destas acções como objectivos principais do governo, resulta da constatação de que a paz e a estabilidade são as condições básicas para a reactivação da actividade económica e social. Só com o crescimento da produção interna será possível eliminar a pobreza e promover o desenvolvimento económico e humano auto-sustentado (Boletim da República, I Série, N° 18, 4° Suplemento)

Grande parte das características demográficas da população moçambicana só poderão ser devidamente compreendidas quando situadas no contexto mais amplo das transformações sociais, económicas e culturais ocorridas no País, tanto no período pré-colonial como durante as duas décadas que se seguiram à Independência política, em 1975. Tal análise situa-se para além do âmbito deste relatório, mas os dois exemplos seguintes ilustram a importância e a influência directa da história sócio-política nas mudanças demográficas da população moçambicana.

Um exemplo refere-se à taxa de crescimento da população moçambicana relativamente baixa durante a primeira metade do século XX. Tal taxa deveu-se à falta de condições adequadas de saúde e higiene que marcou Moçambique durante a primeira metade do Século XX; como escreveu Newitt (1995: 474) no seu livro *A History of Mozambique*, até à década de 50, 'A malária, doença do sono, lepra e bilharziose eram doenças endémicas, e um terço das crianças morriam durante a infância'.

Porém, nas décadas 30 e 40 o Governo português criou unidades de combate à malária e à doença do sono; depois da Segunda Guerra Mundial, outras doenças foram adicionadas àquela lista de prioridades, tais como bilharziose, tuberculose e lepra. Se bem que os graves problemas de saúde da população moçambicana nunca foram adequadamente confrontados durante o período colonial, certamente que as acções de saúde pública com impacto mais amplo foram as causas mais directas do começo da diminuição da mortalidade a partir de 1950 (Newitt, 1995: 474-475). Esta mudança dum componente importante do crescimento da população, como é a mortalidade, originou a aceleração do ritmo de crescimento demográfico nas últimas décadas do período colonial.

O outro exemplo refere-se às migrações mais recentes, nomeadamente aos movimentos externos e internos da população, causados pelo conflito armado que assolou Moçambique durante cerca de uma década e meia até às eleições gerais e multipartidárias de Outubro de 1994. Se bem que este movimentos migratórios

são fenómenos histórico-estruturais que sempre marcaram fortemente a evolução da população moçambicana, o conflito armado mais recente gerou fluxos migratórios muito específicos e, sem dúvida, com profundas implicações para o processo de urbanização, o estado e ritmo de crescimento da população, entre outros aspectos demográficos. Fontes diversas estimaram que por volta de 1990 mais de 100,000 pessoas teriam morrido como resultado directo do conflito armado; cerca de um milhão e meio de pessoas encontravam-se refugiadas nos países vizinhos e, dentro do país, um terço da população tinha sido forçado a deslocar-se das suas zonas habituais de residência.

Economia

A despeito dos seus ricos recursos naturais e da sua posição estratégica na região da África Austral, Moçambique é actualmente considerado um dos países mais pobres do mundo. Em 1997, o *Relatório de Desenvolvimento Humano 1997* (RDH 97), publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), classifica Moçambique na ordem do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como o 116º entre 175 países. Para além do IDH, o RDH97 introduziu pela primeira vez um Índice de Pobreza Humana (IPH), o qual utiliza indicadores das medidas de privação mais elementares: esperança de vida reduzida, falta de acesso à educação básica e aos recursos públicos e privados (PNUD, 1997: 5). Com base no IPH Moçambique figura entre os sete países onde a pobreza humana afecta mais de 50 % de toda a população; todos estes países, com excepção de um, são africanos: Níger, Serra Leoa, Bourkina Faso, Etiópia, Mali, Camboja e Moçambique.

Esta imagem da posição de Moçambique a nível internacional é reveladora duma crise económica profunda e prolongada produzida por uma multiplicidade de factores. Primeiro, aquando da sua Independência política em 1975, Moçambique herdava um desenvolvimento dos recursos naturais fraco e uma grande pobreza de capital humano qualificado, mesmo quando comparado com outros países da África Austral. A economia de Moçambique tinha uma estrutura moldada para servir interesses coloniais; em particular, a economia nacional dependia fortemente das receitas provenientes dos serviços ferro-portuários e dos contratos de fornecimento de mão-de-obra barata para os países vizinhos. Segundo os dados do RDH97, em 1960 Moçambique tinha um rendimento *per capita* de 129 US dólares.

Segundo, os anos que se seguiram à Independência foram caracterizados por uma recessão económica profunda. O Governo moçambicano introduziu mudanças radicais, incluindo a nacionalização e socialização dos principais meios de produção e infra-estruturas económicas e sociais. A agricultura, que absorve a maior parte dos recursos humanos do País, foi concebida como a base do desenvolvimento e a indústria o factor dinamizador; mas os esforços de reestruturação da economia, segundo moldes de economia socialista fortemente controlada pelo Estado, não conduziram à recuperação económica preconizada pelo Governo.

Terceiro, na década de 80 para além de um conjunto de factores climáticos desfavoráveis, particularmente a seca e outras calamidades naturais, Moçambique viveu uma instabilidade política e militar com implicações dramáticas. A produção agro-pecuária decresceu para níveis alarmantes e a sobrevivência duma parte significativa da população passou a depender da ajuda alimentar externa. O conflito armado que assolou o País, durante cerca de uma década e meia, não só destruiu infra-estruturas económicas e sociais, como também não permitiu uma consolidação dos programas de saúde e de educação iniciados nos primeiros anos de Independência. No início da década de 90, o Banco Mundial classificou Moçambique como o país mais pobre do mundo, pois o seu rendimento *per capita* tinha decrescido para cerca de 80 US dólares.

Contudo, a partir de meados da década de 80, o Governo iniciou um programa de reformas económicas e diálogo com as principais instituições económicas internacionais, nomeadamente o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, com vista a reactivar a economia de Moçambique. Em 1987, o *Programa de Reabilitação Económica* foi introduzido com o objectivo de i) reverter o declínio da produção, ii) garantir um nível mínimo de consumo e renda, especialmente para a população rural, iii) reduzir os desequilíbrios financeiros, iv) fortalecer a posição da balança de pagamentos e v) criar as condições para o crescimento económico.

A década de 90 foi palco dum esforço ainda mais intenso e bem sucedido, não só em termos políticos como económicos. O compromisso do Governo com a reforma económica tem-se traduzido num crescente controle dos mecanismos económico-financeiros e a reactivação da produção nacional. Por exemplo, depois da taxa anual de inflação acumulada ter atingido em 1994 mais de 70 %, em 1996 já tinha diminuído para cerca de 17 % e, em 1997, existem fortes evidências que baixe para um único dígito. Além disso, a taxa de câmbio parece ter estabilizado, o crescimento económico tem aumentado substancialmente nos últimos dois anos (Veja-se o Quadro 1.1).

| <u>Quadro 1.1 Indicadores económicos seleccionados, Moçambique</u> | | |
|--|--------|--------|
| Indicadores | 1995 | 1996 |
| Produto Interno Bruto | 13,195 | 19,363 |
| Taxa de crescimento (%) | 1.4 | 6.4 |
| Consumo Privado | 7,714 | 11,297 |
| Taxa de crescimento (%) | 2.0 | 2.6 |
| Consumo Público | 1,657 | 2,318 |
| Taxa de crescimento (%) | -38.0 | 0.7 |
| Formação Bruta de Capital | 8,200 | 11,322 |
| Taxa de crescimento (%) | -8.0 | 4.6 |
| Procura Interna | 17,571 | 24,937 |
| Taxa de crescimento (%) | -8.1 | 3.3 |
| Exportações de Bens e Serviços | 3,617 | 5,411 |
| Taxa de crescimento (%) | 15.8 | 18.8 |
| Procura Global | 21,189 | 30,348 |
| Taxa de crescimento (%) | -4.8 | 6.0 |
| Importações de Bens e Serviços | 7,994 | 10,985 |
| Taxa de crescimento (%) | -13.8 | 5.3 |
| Taxa de Câmbio (MT/US\$) | 8,890 | 11,140 |
| Taxa de crescimento (%) | 50.2 | 25.3 |
| Deflator do Consumo Privado (em %) | 50.4 | 42.8 |
| Salário Mínimo Mensal (1,000 MT) | 170.2 | 244.9 |
| Taxa de Inflação Acumulada (%) | 54.1 | 16.6 |

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (1996). *Anuário Estatístico 1996 - Moçambique*. Maputo.

Se a tendência da recuperação e crescimento económico se mantiver, 1996 poderá ser visto como crucial para a economia de Moçambique. Os aspectos positivos da economia moçambicana mais recentes são visíveis: forte controle da inflação e das taxas de câmbio; o aumento do PIB per capita de 1.4 % em 1995 para 6.4 % em 1996; recuperação e consolidação da actividade agrícola e industrial; aumento das exportações e crescente interesse dos investidores no País, tanto nacionais como estrangeiros.

Porém, os aspectos desfavoráveis e negativos da economia moçambicana ainda são muitos. Primeiro, tal como ficou claro no início desta secção, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo. Segundo, o nível de qualificação dos recursos humanos é extremamente baixo. Terceiro, a estrutura não só económica mas também institucional, sobretudo administrativa, é extremamente débil. Quarto, Moçambique continua profundamente vulnerável e, sobretudo, dependente das ajudas internacionais.

Dinâmica da população

Evolução da população: histórica e actual

Os dados demográficos disponíveis permitem-nos descrever a evolução histórica, pelo menos na segunda metade do século XX. Em 1950, a população total de Moçambique era cerca de 6.5 milhões de habitantes. Desde então, ela cresceu de forma acelerada, tendo atingido 7.6 milhões em 1960, 9.4 milhões em 1970, e 12.1 milhões em 1980.

| Quadro 1.2 População e taxa de crescimento, 1950-1991 | | | | |
|--|-------------------------|--------|----------|---------------------|
| Evolução da população total por sexo e taxa de crescimento, Moçambique 1950-1991 | | | | |
| Data | População (em milhares) | | | Taxa de crescimento |
| | Total | Homens | Mulheres | |
| 1950 | 6,466 | 3,131 | 3,335 | - |
| 1955 | 6,954 | 3,368 | 3,585 | 1.5 |
| 1960 | 7,595 | 3,683 | 3,913 | 1.8 |
| 1965 | 8,407 | 4,081 | 4,326 | 2.0 |
| 1970 | 9,408 | 4,572 | 4,836 | 2.3 |
| 1975 | 10,627 | 5,171 | 5,456 | 2.4 |
| 1980 | 12,130 | 5,909 | 6,222 | 2.7 |
| 1991 | 14,420 | 6,977 | 7,443 | 2.6 ¹ |

Fonte: Direcção Nacional de Estatística/Unidade de População e Planificação. *Relatório Nacional sobre População e Desenvolvimento* Maputo, 1993; *Moçambique: Panorama Demográfico e Sócio-Económico*, Maputo, 1995.

¹ Taxa de crescimento natural.

O censo populacional previsto para 1990 não se realizou, por causa do conflito armado que assolava o País na altura. Porém, como forma de minimizar a falta de informação censal, o Governo decidiu realizar em Outubro de 1991 o Inquérito Demográfico Nacional (IDN). Este inquérito foi concebido segundo um marco amostral adaptado às circunstâncias político-militares difíceis em que se encontrava o país. Para esse ano estimou-se uma população total de 14.4 milhões de habitantes.

Contudo, em Agosto de 1997, um mês depois de ter terminado a recolha dos dados para o IDS, realizou-se o II Recenseamento Geral da População e Habitação do período pós-Independência. De acordo com os dados preliminares deste último Recenseamento, a população actual de Moçambique é de 15.7 milhões de habitantes (INE, 1997). Este último recenseamento, teve uma cobertura censal de aproximadamente 95 %, realizou-se num ambiente político e social de paz, pois teve lugar cerca de três anos depois das primeiras eleições gerais e multipartidárias de 1994.

Esta evolução do tamanho da população de Moçambique sugere, por um lado, que a mesma duplicou, em relação a 1950, por volta na década de 80. Actualmente Moçambique ocupa o terceiro lugar entre os países mais populosos da África Austral; o primeiro é a África do Sul com 40.6 milhões e o segundo a Tanzânia com 29,2 milhões (PNUD, 1997: 194-195).

Por outro lado, entre 1950 e 1980, a taxa de crescimento passou de 1.5 % no período 1950-1955, para 1.8 % em 1960, 2.3 % em 1970, e 2.7 % em 1980. Sendo assim, a taxa de crescimento demográfica atingiu na década de 80 o nível mais elevado na história da população moçambicana das últimas cinco décadas e, talvez mesmo, em todo o século XX.

O rápido crescimento populacional foi causado pelas elevadas taxas de natalidade numa altura em que a mortalidade começou a diminuir. Durante as décadas de 50 e 60 a taxa de natalidade manteve-se quase constante e a níveis elevados, na ordem dos 49 nascimentos por mil habitantes. Esta taxa sofreu ligeiras alterações ao reduzir sucessivamente para 48 por mil em 1970, 47 em 1980 e 45 por mil em 1990. Em contrapartida, no mesmo período a taxa de mortalidade observou um significativo declínio. Em 1950 registaram-se 32 óbitos em cada mil habitantes, tendo reduzido para 20 em 1990. O maior declínio da mortalidade, principalmente a infantil, registou-se nos primeiros cinco anos da Independência Nacional (1975-1980), como resultado das melhorias das condições de saúde, educação e habitação, entre outras.

Porém, o mais surpreendente na evolução da população mais recente não é tanto a aceleração da taxa de crescimento entre 1950 e 1980, visto esta ser previsível desde que a diminuição da mortalidade iniciou sem ser acompanhada por uma redução similar da fecundidade. O mais surpreendente foram os fenómenos dramáticos entre 1980 e 1997, os quais certamente contêm a resposta para a compreensão do tamanho da população de Moçambique significativamente abaixo de todas as estimativas e projecções que se fizeram.

Tanto o INE como algumas instituições internacionais projectaram que a população moçambicana deveria rondar presentemente pelos 18 milhões de habitantes. No presente momento, os dados mais detalhados do censo de 1997 ainda não estão disponíveis. Em particular, desconhecem-se as taxas de crescimento natural da população, bem como os saldos migratórios; sem estes dados, não é possível interpretar e avaliar os componentes de mudança da população, nomeadamente a mortalidade, natalidade e o movimento migratório.

Composição da população

A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos de idades: o grupo dos jovens (0-14 anos), o grupo dos potencialmente activos ou adultos (15-64), e o dos idosos (65 anos e mais).

A evolução histórica da taxa de natalidade modelou uma estrutura da população bastante jovem, caracterizada por uma base muito larga e um achatamento no topo. O Quadro 1.3 mostra que entre 1950 e 1980 registou-se um aumento proporcional dos jovens. Em 1990 a população menor de 15 anos representava 45.6 %, os adultos (15-64 anos) 51.9 % e os idosos (acima dos 64 anos) 2.5 %. Ou seja, a população de Moçambique tem estado a rejuvenescer na sua base. Do mesmo modo, a proporção do grupo de idosos também tem diminuído ao longo das décadas, outra evidência do seu rejuvenescimento, neste caso no topo da pirâmide etária.

| Quadro 1.3 Composição da população por idade, 1950-1980 | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Composição da população total por sexo e grupos seleccionados de idade, Moçambique 1950-1980 | | | | |
| Grupos de idade | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 |
| 0-14 | 40.6 | 42.6 | 43.8 | 44.4 |
| 15-59 | 51.4 | 51.2 | 51.4 | 51.3 |
| 60+ | 8.0 | 6.2 | 4.8 | 4.3 |

Fonte: Direcção Nacional de Estatística/Unidade de População e Planificação. *Relatório Nacional sobre População e Desenvolvimento* Maputo, 1993

Esta estrutura populacional, típica de um país menos desenvolvido, tem implicações sócio-económicas, pois a sua população é mais propensa ao consumo do que a produção devido a elevada proporção de dependentes. Nesse ano, a razão de dependência demográfica¹ era de 92.5 %, o que significa que havia aproximadamente 93 pessoas dependentes por cada 100 em idade produtiva. Em outras palavras, esta estrutura pressiona de forma preponderante os sectores chaves do desenvolvimento, principalmente a educação, saúde, emprego e habitação.

Distribuição geográfica da população

A população do País é predominantemente rural. Em 1980, 73 % da população total residia nas áreas rurais enquanto que a restante morava nas 12 cidades consideradas urbanas. Só a capital do País acolhia 48 % do total da população urbana, o que demonstra um padrão de distribuição muito heterogéneo.

Neste padrão é notável, a acentuada concentração da população nas províncias do litoral e uma fraca densidade no interior do País. As Províncias de Zambézia e Nampula que ocupam 1/4 da superfície do território, agrupam quase 40 % da população total (Quadro 1.4).

A região Norte que ocupa o segundo lugar quanto a extensão territorial com 293,287 km², de acordo com os resultados preliminares do censo populacional de 1997, apresenta a mais baixa densidade demográfica de todas as regiões (17.4 hab./km²). A região Centro é a mais extensa do País com 335,411 km²

¹ A razão de dependência é calculada pela expressão matemática:

$$\frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} * 100$$

Quadro 1.4 População por sexo e densidade demográfica

Distribuição da população e região por sexo e densidade demográfica, segundo regiões e províncias, Censo 1997

| Região/Província | População (em milhares) | | | Densidade demográfica (hab./km ²) |
|------------------|-------------------------|--------------|--------------|---|
| | Total | Homens | Mulheres | |
| Norte | | | | |
| Niassa | 5,113 | 2,499 | 2,614 | 17.4 |
| Cabo | 764 | 370 | 394 | 5.9 |
| Delgado | 1,284 | 617 | 667 | 15.5 |
| Nampula | 3,065 | 1,512 | 1,553 | 37.6 |
| Centro | 6,760 | 3,176 | 3,530 | 20.0 |
| Zambézia | 3,202 | 1,540 | 1,662 | 30.5 |
| Tete | 1,149 | 546 | 603 | 11.4 |
| Manica | 975 | 462 | 513 | 15.8 |
| Sofala | 1,380 | 628 | 72 | 20.3 |
| Sul | 3,921 | 1,776 | 2,145 | 23.0 |
| Inhambane | 1,112 | 484 | 628 | 16.2 |
| Gaza | 1,034 | 445 | 589 | 13.7 |
| Maputo | 809 | 377 | 432 | 31.0 |
| Maputo Cidade | 996 | 470 | 496 | 3,220 |
| Total | 15,740 | 7,451 | 8,289 | 19.7 |

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 1997. *Resultados Preliminares do II Recenseamento Geral de População e Habitação de 1997*. Maputo.

apresenta a densidade demográfica intermédia de todas as regiões (20 hab./km²). Finalmente, a região Sul ocupa a menor extensão territorial com 170,680 km² apresenta a densidade demográfica mais elevada de todas as regiões (23 hab./km²).

Actualmente, em consequência da migração rural-urbano e da reclassificação territorial de 1986 que eleva para categoria urbano 23 cidades e 68 vilas, presume-se que a população urbana do País supere os 20 %.

Língua e religião

A diversidade linguística de Moçambique constitui uma das suas principais riquezas culturais, o que torna a sua população multilíngue. A língua oficial do País é o Português, falado pela metade da população (50.2 %), de acordo com os resultados do Inquérito Demográfico Nacional de 1991. Ainda segundo este inquérito, 54 % é monolíngue, ou seja, fala apenas uma língua, o português ou um idioma nacional. As línguas mais utilizada na comunicação diária são as seguintes: Português (39 %), Xitsonga (23 %), Emakua (13 %), Chishona (4 %), e Chisena (3 %).

A maioria da população do País é católica com 24 % do total de crentes, os protestantes ocupam o segundo lugar, representado 22 %; os muçulmanos situam-se na terceira posição com 20 %. No entanto, convém mencionar também que 32 % da população do País não professa nenhuma religião ou crença.

1.2 Política de população e programa de planeamento familiar

Política de população

Do ponto de vista demográfico, como já foi mencionado, a população do País vem crescendo a ritmos cada vez mais acelerados, em resultado da manutenção de elevadas taxas da natalidade e da redução gradual da mortalidade, sobretudo nas camadas mais pobres. A percepção do Governo sobre esta matéria é que as questões populacionais e as do desenvolvimento sócio-económico estão estreitamente interligadas.

Reconhecendo essa inter-relação, o Governo incluiu no seu Programa Quinquenal, 1994-1999, a necessidade de se elaborar a política nacional de população, como parte integrantes das estratégias do desenvolvimento nacional. Em outras palavras, pretende-se formular uma política nacional de população que não se limita apenas aos aspectos do crescimento populacional, mas que também incorpora outras variáveis que são reconhecidas como críticas para o desenvolvimento nacional, incluindo o estatuto da mulher, a qualidade de vida da população e equidade social.

Programa nacional de planeamento familiar

Em Moçambique, o Planeamento Familiar teve início em 1978, mas só em 1980 se desenvolveu como um programa nacional. Desde o seu início, o programa foi integrado no Programa de Saúde Materno-Infantil do Serviço Nacional de Saúde. A extensão a todos os distritos e à rede de Cuidados de Saúde Primários só foi possível com a introdução do Planeamento Familiar nos currícula de formação das parteiras, técnicos de medicina e médicos. Os seus objectivos foram, desde o início: i) proteger e melhorar a saúde materna, em particular das mulheres com alto risco reprodutivo e, ii) melhorar a saúde das crianças, promovendo um intervalo entre nascimentos sucessivos de, pelo menos, dois anos.

Os Serviços de Planeamento Familiar estão sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, através do Serviço Nacional de Saúde. Baseam-se nos seguintes princípios:

- distribuição gratuita de anticonceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica, sendo da livre escolha do utilizador. Integração dos serviços de Planeamento Familiar nos Serviços de Saúde Materno-Infantil a nível da rede de Cuidados de Saúde Primários existente no País, não estando, portanto, constituído como um programa vertical. As actividades educativas e de divulgação são realizadas com as utilizadoras das Unidades Sanitárias, em particular no atendimento pré-natal e pós-parto,
- aleitamento materno, como método preferido para amamentação do recém-nascido e como um meio indirecto de espaçamento dos nascimentos,
- envolvimento da comunidade com a participação de parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares, a nível das aldeias, e

- inclusão de Organizações não-Governamentais na produção, distribuição e divulgação de materiais de Planeamento Familiar.

O programa tem como objectivo alcançar a cobertura de 20 % das mulheres em idade reprodutiva, priorizando as de elevado risco obstétrico, aumentar a proporção de mulheres com um intervalo maior que dois anos entre os nascimentos e reduzir a gravidez na adolescência.

Programas e prioridades de saúde

Desde a proclamação da Independência Nacional, em 1975, o Governo considerou a Saúde como um bem e condição essencial para um desenvolvimento sustentável, estando actualmente referido na Constituição (artigo 94) que “todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, e o dever de defender e promover a saúde”. O Governo constatou que o estado de pobreza da população influencia grandemente o seu estado de saúde e que, embora se possam estabelecer mecanismos para atenuar a pobreza e melhorar o estado de Saúde da população, a solução da pobreza passa pelo desenvolvimento económico e social, pelo que, em última análise, a Saúde da comunidade resulta de um esforço de desenvolvimento multi-sectorial. Desta forma a Política de Saúde do Governo é o somatório da política dos diversos sectores com implicações na saúde da população. A política do Sector Saúde diz respeito a um conjunto de actividades específicas que complementam as dos restantes sectores.

O Governo baseou a sua política de saúde na estratégia de Cuidados de Saúde Primários, de modo a poder prestar assistência à grande maioria da população, em particular os seus grupos mais vulneráveis, tendo em reduzir as elevadas taxas de morbi-mortalidade no País. Os êxitos alcançados nesta política foram, no entanto, severamente afectados pela guerra que afectou o País até 1992.

Actualmente, é objectivo principal do Sector Saúde contribuir através de actividades específicas para promover, preservar, manter e melhorar a Saúde da Comunidade. Foram estabelecidas como prioridades da Política do sector saúde as seguintes:

- preservar e melhorar a saúde da mulher e da criança, através dos programas de Saúde Materno-Infantil, Programa Alargado de Vacinação e Saúde Escolar, num Programa Nacional Integrado,
- prestação de cuidados de saúde à população vulnerável, em particular às famílias ou indivíduos em pobreza absoluta,
- prestação de cuidados de saúde à terceira idade,
- desenvolver actividades que promovam a saúde dos trabalhadores, em particular as destinadas à prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais,
- diminuir a incidência e prevalência das doenças mais comuns e endémicas, particularmente as com maior responsabilidade nas taxas de morbilidade e mortalidade,
- contribuir para a melhoria do estado nutricional da população, em particular das crianças, incluindo a prevenção e tratamento das deficiências em micro-nutrientes,

- educação, informação e comunicação para a saúde e,
- concepção, implementação e desenvolvimento de programas de estudo e valorização da Medicina Tradicional.

Para atingir os seus objectivos o Sector Saúde previu a existência de um Sistema de Saúde subdividido em três sectores que se complementam: i) Sector público, o Serviço Nacional de Saúde, organizado por níveis de atenção de saúde, dispensando cuidados integrados de saúde; ii) Sector privado, podendo tratar-se de instituições com fins lucrativos ou não-lucrativos; iii) Sector comunitário que se pretende auto-sustentável, envolvendo as parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares, compreendendo os Postos de Saúde das aldeias.

As principais metas do Programa Nacional Integrado de atenção à mulher e à criança são:

- redução em cerca de um terço da Mortalidade Materna, estimada em mais de 700 óbitos em cada 100,000 nados vivos,
- atingir uma cobertura de 80 % no atendimento pré-natal e 45 % no parto institucional,
- atingir uma cobertura de 20 % nas mulheres em idade reprodutiva utilizadoras de Planeamento Familiar,
- redução de um terço da Taxa de Mortalidade Infantil, para menos de 100 óbitos em cada 1,000 nados vivos e da Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos para menos de 200 em cada 1,000 nados vivos,
- erradicação da poliomielite, eliminação do tétano neo-natal e diminuição significativa da incidência do sarampo e,
- redução das taxas de malnutrição aguda, crónica e de baixo peso à nascença.

1.3 Objectivos, aspectos metodológicos e organização do inquérito

Objectivos

O IDS tinha os seguintes objectivos:

- Subsidiar a formulação de políticas e implementação de programas nas áreas de população e saúde;
- Aumentar a base internacional de dados sobre população e saúde para acompanhamento e avaliação; e
- Consolidar a capacidade técnica do pessoal do INE e do MISAU em matéria de inquéritos por amostragem.

O Programa internacional de inquéritos desta natureza teve início em 1984 e, desde então, já foram realizados inquéritos em mais de 50 países da América Latina, Caribe, África, Ásia e Leste Europeu.

Aspectos metodológicos

Questionários

Para a recolha de dados, adoptou-se metodologia de entrevistas aos agregados familiares de casa em casa, com aplicação de três tipos de questionários:

- Questionário de Agregados Familiares;
- Questionário de Mulheres;
- Questionário de Homens.

Os questionários tiveram por base o modelo utilizado pelos Inquéritos Demográficos e de Saúde para a terceira fase, contextualizados e acrescidos de questões específicas em atendimento às necessidades de dados para o País. Para facilitar a comunicação com a população analfabeta estes questionários foram traduzidos para dois idiomas maternos (Emakua e Xitsonga) e devidamente pré-testados na Cidade de Maputo, entre Outubro e Novembro de 1996.

Desenho e implementação da amostra

A amostra foi desenhada para ser representativa a nível nacional, provincial e áreas de residência urbano-rural, abrangendo somente a população residente em agregados familiares. Foi excluída da amostra a população que residia em instituições não residenciais, como hotéis, hospitais, quartéis militares, etc.

Tendo em conta a necessidade de obter indicadores de níveis de fecundidade, mortalidade infantil e na infância, de prevalência de uso de contraceptivos, etc. nos domínios acima mencionados, estimou-se que o tamanho da amostra devia permitir obter 9,000 entrevistas completas de mulheres de 15 a 49 anos. Um terço dos agregados familiares seleccionado foram também entrevistados os homens de 15 a 64 anos que aí se encontravam.

No momento da preparação do marco amostral a informação pré-censal existia somente para as áreas urbanas, isto é, para as capitais provinciais e para a Cidade de Maputo². No domínio urbano a selecção foi feita em duas etapas. Na primeira, as áreas de enumeração foram seleccionadas com probabilidade proporcional ao tamanho, conforme o material cartográfico pré-censal. Na segunda, os agregados familiares dentro de cada área de enumeração foram seleccionados com probabilidade inversamente proporcional ao tamanho da área, para que dentro deste domínio a amostra seja auto-ponderada.

As características gerais da população entrevistada são resumidas no Quadro 1.5. No Anexo A apresentam-se os resultados mais detalhados da amostra estudada, incluindo dados das entrevistas feitas aos agregados familiares, bem como entrevistas individuais às mulheres e homens.

² A preparação do marco amostral coincidiu com os preparativos do II Recenseamento Geral de População e Habitação, que se realizou em Agosto de 1997.

Quadro 1.5 Resultados da amostra

Resultados das entrevistas dos agregados familiares e das entrevistas individuais aos homens e mulheres, por área de residência. Moçambique 1997

| Resultado | Residência | | Total |
|-----------------------------|------------|-------|--------|
| | Urbano | Rural | |
| MULHERES | | | |
| Agregados Familiares | | | |
| Seleccionados | 2,515 | 8,544 | 11,059 |
| Encontrados | 2,178 | 7,503 | 9,681 |
| Completo | 2,090 | 7,192 | 9,282 |
| Taxa de resposta | 96.0 | 95.9 | 95.9 |
| Mulheres | | | |
| Elegíveis | 2,747 | 6,843 | 9,590 |
| Entrevistadas | 2,514 | 6,265 | 8,779 |
| Taxa de resposta | 91.5 | 91.6 | 91.5 |
| HOMENS | | | |
| Agregados Familiares | | | |
| Seleccionados | 809 | 2,613 | 3,422 |
| Encontrados | 717 | 2,370 | 3,087 |
| Entrevistados | 689 | 2,299 | 2,988 |
| Taxa de resposta | 96.1 | 97.0 | 96.8 |
| Homens | | | |
| Elegíveis | 958 | 1,931 | 2,889 |
| Entrevistados | 753 | 1,582 | 2,335 |
| Taxa de resposta | 78.6 | 81.9 | 80.8 |

Dos 11,059 agregados familiares seleccionados, obtiveram-se informações completas para 96 %, ou seja 9,282 agregados. Em termos de áreas de residência, não houve diferença significativa na taxa de resposta obtida nas zonas urbanas e rurais. A maioria das entrevistas não realizadas deveu-se a ausência das pessoas elegíveis (4.4 %) e por desocupação dos domicílios na altura do inquérito (4.1 %).

Dos 9,282 agregados com informação completa, foram encontradas 9,590 mulheres, o que significa em média uma mulher por agregado; desta amostra foram entrevistadas 92 %, ou seja, 8,779 mulheres. Como se pode ver no Anexo A, a Província de Tete teve a taxa de resposta mais baixa (76.2 %), a qual se deveu aos trabalhos agrícolas e, em particular, ao facto de as terras de cultivo se encontrarem distantes dos locais de residência.

Organização do inquérito

Estrutura do trabalho de campo e controle de qualidade

O trabalho de campo foi executado por 11 equipas, uma por província, constituídas por seis pessoas cada: Supervisor, Crítico de Campo e quatro Inquiridoras, além do motorista. O Ministério de Saúde proporcionou a maior parte do pessoal de campo, enquanto que os restantes eram das Delegações Provinciais do INE ou contratados pelo Projecto.

As Supervisoras tiveram a seu cargo a responsabilidade de medir o peso e altura das crianças e das mães. O trabalho de campo contou com uma estreita cooperação das autoridades locais e dos guias que apoiaram na localização das agregados familiares seleccionados.

O trabalho de campo foi acompanhado pelo Director Técnico, Consultor Residente da Macro e por dois Coordenadores regionais que realizaram numerosas visitas as equipas.

Além disso, durante a recolha de dados foi operacionalizado um rigoroso controle a nível de cada equipa sobre o processo de recolha, mediante a detecção de erros por parte da crítica de campo, o que permitiu a correcção imediata ainda no terreno. A nível da coordenação central, os críticos de dados fizeram revisão adicional dos questionários e os problemas encontrados eram comunicados as respectivas equipas, via "memorandum", pela coordenação regional.

O processamento interactivo e por lotes de informação através do programa ISSA (Integrated System for Survey Analysis), permitiu, a nível central, a obtenção periódica de resultados parciais, para análise dos dados recolhidos até dado momento, mediante a produção de tabelas para acompanhamento e controle de qualidade. Os resultados dessas tabulações foram reportados em retro alimentação às entrevistadoras, assegurando a qualidade dos dados.

Formação do pessoal de campo e recolha de dados

A fim de assegurar a uniformidade da formação e dos procedimentos de trabalho de campo, todo o pessoal de campo foi formado ao mesmo tempo por técnicos do INE e da Macro Internacional. As equipas receberam treinamento teórico-prático durante 3 semanas e meia, através de aulas expositivas, dinâmica de grupo, dramatização, exercícios e prática de campo. O curso decorreu de 14 a 27 de Fevereiro de 1997; 50 mulheres e 22 homens participaram na formação. Dada a diversidade étnica e linguística de Moçambique, todos os participantes eram originários das províncias onde deveriam trabalhar, e falavam correctamente os idiomas predominantes nessas zonas. Concluída a formação, as equipas iniciaram a recolha de dados em Março de 1997, tendo terminado em Julho.

Processamento de dados

A entrada de dados começou em Março, duas semanas após o início da recolha, tendo terminado em Agosto, um mês depois do término do trabalho de campo. As actividades de processamento do inquérito envolveram processos manuais e automáticos: recepção e verificação dos questionários, crítica (revisão e codificação), digitação, edição, análise de inconsistências e supervisão, envolvendo 1 supervisor geral, 4 críticos de dados e 20 digitadores. Fez-se uso do software interactivo ISSA para micro-computadores, programa desenhado especialmente para agilizar a digitação dos dados, crítica, obtenção de frequências e tabulações. Este programa permite verificar interactivamente os intervalos das variáveis, detectar inconsistências e controlar o fluxo interno dos dados durante a digitação dos questionários.