



# Impacto das Uniões Prematuras na Educação, Saúde e Nutrição em Moçambique

---

RESUMO DO DOCUMENTO

# ÍNDICE

- 03** 1. Introdução.
- 03** 2. Situação das uniões prematuras em Moçambique.
- 04** 3. Impacto das uniões prematuras na educação.
- 07** 4. Impacto das uniões prematuras na saúde e nutrição.
- 10** 5. Como reverter o drama das uniões prematuras.

## FICHA TÉCNICA

**AUTOR:** ROSC - Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança.

**LAYOUT E MAQUETIZAÇÃO:** AMAZING - Brindes Corporativos, Lda.

**IMPRESSÃO:** AMAZING - Brindes Corporativos, Lda.

**COMPOSIÇÃO GRÁFICA:** AMAZING - Brindes Corporativos, Lda.

**APOIO:** Oxfam, AGIR, Embaixada da Suécia e Embaixada dos Países Baixos.

---

O resumo consta na sua íntegra do documento sobre o Impacto das Uniões Prematuras na Educação, Saúde e Nutrição em Moçambique e podemos encontra-lo no nosso Website que é: [www.rosc.org.mz](http://www.rosc.org.mz)

# 01 INTRODUÇÃO

As uniões prematuras constituem um dos principais problemas sociais na África Austral que, pelas suas consequências negativas em cadeia: gravidez precoce, desnutrição crónica, fístula obstétrica, abandono escolar, se tornam um problema igualmente económico, uma barreira ao desenvolvimento socioeconómico.

No caso de Moçambique, o problema afecta cerca de metade das raparigas com menos de 18 anos, o que faz do país um dos cinco mais afectados a nível da Comunidade dos Países da África Austral (SADC).

Para fazer face a este problema, várias acções têm sido levadas a cabo, entre campanhas de sensibilização, programas de resgate de meninas em situação de vida marital precoce, lobby e advocacia para o fortalecimento do quadro institucional e legal, bem como estudos para melhor informar as acções referidas.

No entanto, quase todas as pesquisas feitas à volta das uniões prematuras têm sido na perspectiva sociológica ou antropológica. Por isso, o Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança (ROSC), no âmbito das acções da Coligação para a Eliminação dos Casamentos Prematuros (CECAP), com o apoio da OXFAM, através do Programa AGIR, decidiu realizar este estudo de perspectiva económica, para aferir o impacto que as uniões prematuras têm na educação, saúde e nutrição no país.

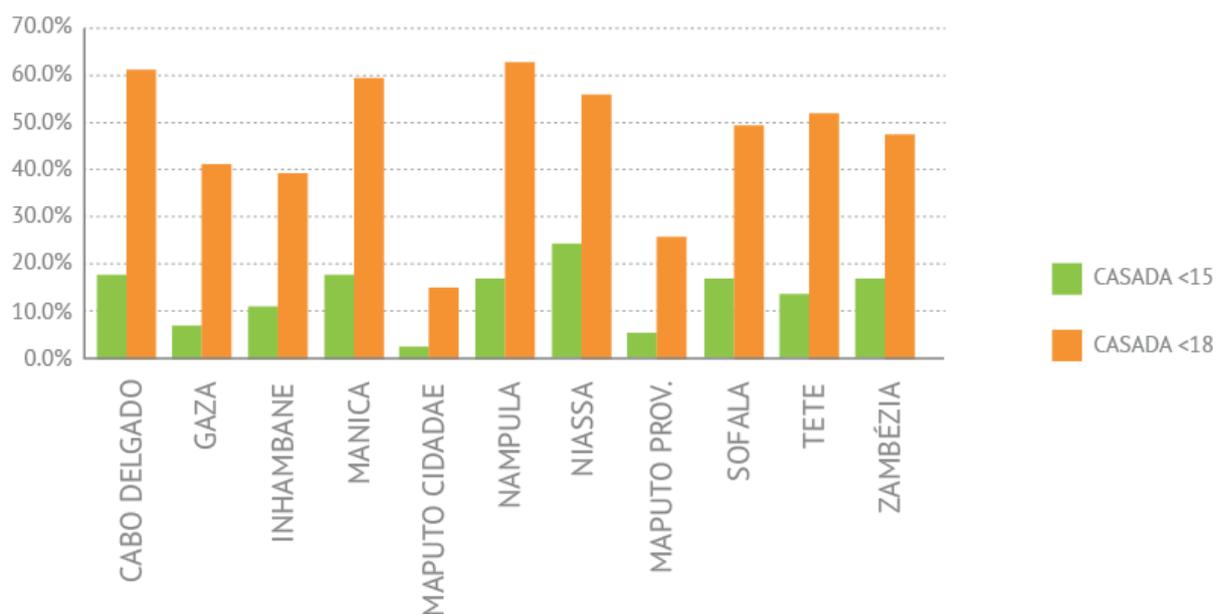
Este estudo foi elaborado com quatro finalidades: primeira, contribuir para o debate sobre o impacto das uniões prematuras; segunda, elucidar aos actores-chave sobre as consequências das uniões prematuras para o desenvolvimento do país; terceira, despertar a consciência dos tomadores de decisão e da sociedade no geral sobre os impactos negativos das uniões prematuras na educação, saúde e nutrição; quarta e última finalidade, contribuir para despertar a atenção para a necessidade do desenho de programas, políticas e leis que visam mitigar os impactos negativos das uniões prematuras.

# 02 SITUAÇÃO DAS UNIÕES PREMATURAS EM MOÇAMBIQUE

Os dados mais recentes do Governo de Moçambique (GdM, 2015) indicam que o país ocupa o décimo lugar a nível do mundo em termos de prevalência de uniões prematuras, em que 14% das mulheres, entre os 20 e 24 anos de idade, casaram antes dos 15 anos de idade; e 48% casaram antes dos 18 anos de idade.

A análise das uniões prematuras é feita considerando duas faixas etárias: a primeira que vai até aos 15 anos de idade, e a segunda, a que vai até aos 18 anos de idade. Nessa perspectiva, o Instituto Nacional de Estatística (INE), no seu último Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2011, revela que as províncias de Cabo Delgado, Manica, Nampula, Sofala, Tete e Zambézia apresentam altos índices de união prematura, conforme mostra o gráfico 1, atinente ao ponto de situação das uniões prematuras em Moçambique.

**GRÁFICO 1:** Ponto de situação das uniões prematuras em Moçambique



**FONTE:** GdM 2015

# 03

## IMPACTO DAS UNIÕES PREMATURAS NA EDUCAÇÃO

As uniões prematuras têm dois efeitos directos na educação: o primeiro é o abandono escolar e, o segundo, o fraco desempenho escolar da rapariga. Na Estratégia de Género do Sector da Educação e Desenvolvimento Humano 2016-2020, o MINEDH nota que à medida que as raparigas crescem, os índices de desistência aumentam.

Por exemplo, “entre 2010 e 2014, a diferença entre rapazes e raparigas na 1ª classe foi de 2%, favorecendo aos rapazes e foi subindo até 20% na 7ª classe.” (MINEDH 2015, p. 11). O desempenho escolar é medido pelas taxas de aprovação, desistência e repetência conforme se apresenta na tabela 1 (desempenho escolar: aprovação/desistência/repetência).

**TABELA 1:** Desempenho escolar: aprovação/desistência/repetência

| Taxas               | Sexo | Ensino Primário |           |      |      |      | Ensino Secundário |      |      |      |      |
|---------------------|------|-----------------|-----------|------|------|------|-------------------|------|------|------|------|
|                     |      | 2010            | 2011      | 2012 | 2013 | 2014 | 2010              | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|                     | F    | 80,7            | 81,0      | 82,0 | 83,3 | 83,5 | 63,5              | 62,7 | 62,2 | 66,7 | 68,1 |
| Taxa de aprovação   | M/F  | 80,1            | 80,5      | 81,5 | 82,8 | 83,1 | 64,1              | 63,3 | 63,4 | 67,4 | 68,8 |
| Taxa de Desistência | F    | 8,4             | 8,0       | 7,8  | 7,1  | 7,1  | 8,7               | 10,6 | 8,4  | 8,3  | 7,8  |
|                     | M/F  | 9,0             | 8,5       | 8,2  | 7,4  | 7,4  | 8,2               | 10,3 | 8,5  | 7,8  | 6,9  |
| Taxa de repetência  | F    | 7,1             | Sem info. | 7,2  | 6,5  | 6,0  | 13,3              | 13,8 | 13,6 | 14,7 | 12,7 |
|                     | M/F  | 7,5             | Sem info. | 7,5  | 6,9  | 6,4  | 13,0              | 13,8 | 13,6 | 14,5 | 12,5 |

**Fonte:** Adaptado do MINEDH 2015**F** – Feminino**M** – Masculino

Notam-se, na tabela 1, elevadas taxas de desistências das raparigas no período em análise. Em termos de tendência, nota-se uma lentidão na redução das taxas de desistências de raparigas no ensino primário, ao passo que, no ensino secundário, se verificou uma subida. Estes dados indicam um crescente nível de desistências de raparigas à medida que passam à adolescência, geralmente entre os últimos anos do ensino primário e os primeiros anos do ensino secundário. Esse período é coincidente com aquele em que se registam maiores números de uniões prematuras.

Em termos de impacto, nos dizeres do Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH), “as alunas, quando não concluem o nível básico, estão vedadas a continuarem em outros níveis subsequentes ficando, deste modo, excluídas do meio tecnológico, bem como do mercado de emprego, complicando, deste modo, a sua participação nas actividades do desenvolvimento individual e do país” (MINEDH 2015: p.12).

Considerando que somente em 2017, perto de 3.000 raparigas abandonaram a escola por causa da gravidez precoce, conforme dados do MINEDH, e tendo em conta que Moçambique gasta US\$ 163.00, por ano, por cada aluno do ensino primário, chegamos à conclusão de que somente em 2017, o Estado perdeu US\$ 489.000,00 (Quatrocentos e oitenta e nove mil dólares norte-americanos), o equivalente a 29.430.000<sup>2</sup> Mts. Por outras palavras, sem abandono escolar da rapariga, o Estado teria poupado perto de 30 milhões de meticais, em 2017, somente no subsector do ensino primário.

Um estudo realizado na província da Zambézia (As barreiras à educação da rapariga no ensino primário, Bagnol et al. 2015) concluiu que 30% dos casos de abandono escolar das raparigas são devidos a uniões prematuras e gravidezes precoces, na opinião dos encarregados de educação.

A gravidez precoce afecta a escolarização e limita as oportunidades de trabalho da rapariga. Actualmente, 9 em cada 10 raparigas ingressam no ensino primário em Moçambique, mas apenas 1,5 em cada 10 raparigas chegam ao ensino secundário. O Despacho Ministerial n.º 39 de 2003, que estabelecia a transferência de raparigas grávidas para o ensino noturno, constituía um obstáculo à retenção de raparigas grávidas na escola e, conseqüentemente, favorecia o abandono escolar (MISAU 2018).

Dados do Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH) apresentados na tabela 2 (número de alunas grávidas 2014-2017) mostram um contínuo crescimento das taxas de gravidez de alunas e que podem concorrer para se afirmar que os esforços que estão a ser empreendidos pelos diferentes actores não estão a surtir os efeitos desejados. O que deve ser feito?

**TABELA 2:** Número de alunas grávidas 2014-2017

| Nr. de alunas grávidas por província nos últimos 4 anos |                  |             |             |            |             |             |             |              |                  |
|---|------------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| Nr  | Províncias       | 2014        | 2015        | Tendência  | 2016        | 2017        | Tendência   | 4 Anos       | Tendência 4 Anos |
| 1   | Niassa           | 133         | 125         | -8         | 51          | 211         | 160         | 520          | 152              |
| 2   | Cabo Delgado     | 610         | 683         | 73         | 448         | 560         | 112         | 2301         | 39               |
| 3   | Nampula          | 570         | 588         | 18         | 251         | 377         | 126         | 1786         | 108              |
| 4   | Zambézia         | 633         | 530         | -103       | 127         | 166         | 39          | 1456         | -64              |
| 5   | Sofala           | 270         | 214         | -56        | 109         | 177         | 68          | 770          | 12               |
| 6   | Manica           | 51          | 130         | 79         | 29          | 54          | 25          | 264          | -54              |
| 7   | Tete             | 150         | 173         | 23         | 126         | 109         | -17         | 558          | -6               |
| 8   | Gaza             | 242         | 314         | 72         | 91          | 447         | 356         | 1094         | 284              |
| 9   | Inhambane        | 165         | 238         | 73         | 67          | 320         | 253         | 790          | 180              |
| 10  | Maputo Província | 265         | 283         | 18         | 87          | 260         | 173         | 895          | 155              |
| 11  | Cidade Maputo    | 81          | 73          | -8         | 83          | 40          | -43         | 277          | -35              |
|   | <b>TOTAL</b>     | <b>3170</b> | <b>3351</b> | <b>181</b> | <b>1469</b> | <b>2721</b> | <b>1252</b> | <b>10711</b> | <b>771</b>       |

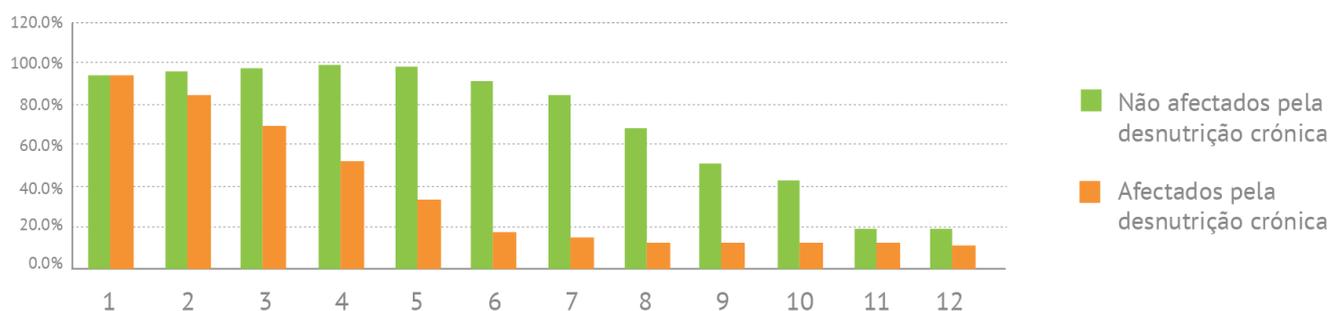
**FONTE:** Direcção Nacional de Assuntos Transversais do MINEDH

Apesar de todos os esforços do Governo, das organizações da sociedade civil e dos parceiros de cooperação em combater as uniões prematuras, apesar de ter sido registada uma ligeira descida dos casos na última década e mesmo com o lançamento, em 2014, da Estratégia Nacional de Prevenção e Combate aos Casamentos Prematuros, Moçambique continua a ser, no conjunto dos países da SADC, o que apresenta uma percentagem mais elevada de uniões prematuras (FNUAP 2017, citado por Osório e Cruz e Silva, 2018).

As gravidezes precoces anteriormente referidas resultam em altos índices de desnutrição crónica, que podem conduzir a repetições escolares. De acordo com o estudo do PMA e SETSAN, só em 2015, 18,8 por cento (209.728) de todas as repetições foram associadas à desnutrição crónica, com um custo total de 1,6 mil milhões de meticais (43 milhões de USD), 44,2 por cento do qual foi suportado pelas famílias (Huggins 2018).

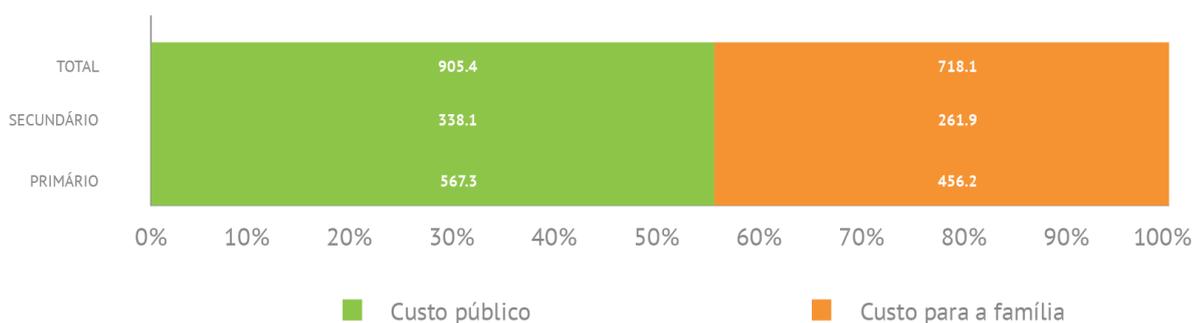
O gráfico 6 (nível de escolaridade atingido pelas crianças com e sem desnutrição crónica) mostra como as crianças com desnutrição crónica atingem níveis de escolaridade mais baixa comparativamente às crianças sem desnutrição crónica.

**GRÁFICO 2:** Número de alunas grávidas 2014-2017



**FONTE:** Estimativas baseadas em dados do MINEDH

Usando a mesma proxy da desnutrição crónica, chegamos ao custo para a educação repartido entre as famílias e o Estado moçambicano, como mostra o gráfico 3:



**FONTE:** Huggins 2018; pág. 43

Pelos dados apresentados no gráfico 3, os custos da desnutrição crónica são mais elevados no ensino primário.

# 04 IMPACTO DAS UNIÕES PREMATURAS NA SAÚDE E NUTRIÇÃO

O impacto directo das uniões prematuras na saúde é o surgimento e aumento de casos de fístulas obstétricas. Estimativas indicam que todos os anos ocorrem, em Moçambique, cerca de 2.000 novos casos de fístula obstétrica. A partir do ano de 2010, os novos casos de fístula obstétrica ocorrem, na sua maioria, em raparigas e mulheres jovens (MISAU 2018), como ilustra a tabela 3:

**TABELA 3:** Evolução de casos de fístulas obstétricas 2007-2017, capacidade de tratamento e custos de tratamento

| Ano           | População<br>(a)  | Partos<br>esperados<br>(b) | Novos<br>casos de<br>FO (c) | Pacientes<br>Tratadas | Custos de tratamento<br>(\$1000,00/paciente) |
|---------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|
|               |                   | 4,50%                      | 0,20%                       |                       |  |
| 2007          | 20.632.434        | 928.460                    | 1.857                       |                       |  |
| 2008          | 21.207.929        | 954.357                    | 1.909                       |                       | <b>Sem informação disponível</b>             |
| 2009          | 21.802.866        | 981.129                    | 1.962                       |                       |  |
| 2010          | 22.416.881        | 1.008.760                  | 2.018                       | 159                   |  |
| 2011          | 23.049.621        | 1.037.233                  | 2.074                       | 434                   |  |
| 2012          | 23.700.715        | 1.066.532                  | 2.133                       | 317                   |  |
| 2013          | 24.366.112        | 1.096.475                  | 2.193                       | 357                   |  |
| 2014          | 25.041.922        | 1.126.886                  | 2.254                       | 378                   |  |
| 2015          | 25.727.911        | 1.157.756                  | 2.316                       | 556                   | 556.000,00                                   |
| 2016          | 26.423.623        | 1.189.063                  | 2.378                       | 562                   | 562.000,00                                   |
| <b>2017 *</b> | <b>27.909.798</b> | <b>1.255.940</b>           | <b>2.512</b>                | <b>578</b>            | <b>578.000,00</b>                            |

**FONTE:** Construção do Autor com base nos dados do MISAU (2012)

*Nesta Tabela: (b) = (a) x 4,5%; (c) = (b) x 0,2%*

*\*Cálculo do autor com base no Censo 2017 (INE, 2019)*

Com estimativas conservadoras, os dados da tabela 3 mostram três aspectos principais:

Primeiro, a tendência crescente de novos casos: em 2010, houve 2018 novos casos; em 2014, o número subiu para 2.254 e, de seguida, em 2017, já foram 2512 novos casos. Por sua vez, a capacidade de resposta não aumentou na mesma proporção. Em 2010, foram tratados 159 casos e, em 2017, esse número aumentou em 419, ao terem sido tratados 578 casos. Enquanto os novos casos aumentaram em cerca de 500, a capacidade de tratamento aumentou em cerca de 400 apenas.

Segundo aspecto, tomando em conta o facto de que, de 2010 a 2017, surgiram no país 17.878 novos casos de fístula obstétrica, conforme a tabela 3, tendo sido tratados apenas 3.341, nota-se que a capacidade do país em tratar os novos casos de fístula ronda em somente 18%, o que é muito preocupante.

Terceiro aspecto, como os custos de tratamento são uma função directa do número de casos a serem tratados, vemos que, com o custo médio de \$1000,00/por cada paciente, esses custos não somente são continuamente crescentes, como também elevados para o contexto moçambicano. Por exemplo, somente em 2017 terá sido preciso mais de meio milhão de dólares norte-americanos para tratar apenas 578 pacientes.

## A nível da desnutrição

Vários estudos apontam a desnutrição crónica como consequência da falta de condições biológicas (idade inferior a 18 anos) e socioeconómicas (baixa renda) das raparigas com gravidez precoce. Por essa razão, os impactos da união prematura e da gravidez precoce na saúde têm sido medidos, também, através da medição dos impactos da desnutrição crónica na saúde.

**TABELA 4:** Custos para a saúde resultantes de doenças causadas pela desnutrição

| Patologia                         | % de episódios | Custo em Milhões (MZN) | Custo em Milhões US\$ | % do custo |
|-----------------------------------|----------------|------------------------|-----------------------|------------|
| Baixo peso                        | 85,89%         | 6.942,60               | 181,36                | 93,51%     |
| BPN/DCIU                          | 2,86%          | 300,38                 | 7,85                  | 4,05%      |
| ADS                               | 2,91%          | 37,29                  | 0,97                  | 0,50%      |
| Febre                             | 1,61%          | 28,05                  | 0,73                  | 0,38%      |
| Infecção respiratória aguda (IRA) | 0,71%          | 15,81                  | 0,41                  | 0,21%      |
| Anemia                            | 6,03%          | 100,10                 | 2,62                  | 1,35%      |
| <b>Total</b>                      |                | <b>7424.24</b>         | <b>193,95</b>         |            |

Fonte: Estimativas do modelo baseadas no IOF 2015

**FONTE:** Estimativas do modelo baseados no IOF 2015

Os dados da tabela 4 evidenciam que a maioria dos custos resultantes de doenças causadas pela desnutrição foi associada ao protocolo necessário para a recuperação de uma criança de uma situação de baixo peso para um estado nutricional adequado, resultado que geralmente requer uma alimentação terapêutica.

O impacto da desnutrição crónica é permanente, na medida em que, além de ser responsável por um terço das mortes em crianças menores de cinco anos, é responsável por danos irreversíveis à saúde durante todo o ciclo de vida, tais como: baixa altura, que leva à fraca capacidade produtiva e física; diminuição da função cognitiva, que resulta num menor rendimento escolar; e maiores riscos de doenças degenerativas como a diabetes e a obesidade (MISAU 2018).

**TABELA 5:** Resumo dos custos da desnutrição na saúde, educação e produtividade calculados com base no IOF 2015

|                            | Casos     | Custo em milhões de MZN | Custo em milhões de Dólares | % do PIB |
|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------------------------|----------|
| <b>Custo para a Saúde</b>  |           |                         |                             |          |
| BPN e Baixo peso           | 2.946.916 | 7.021,3                 | 183,4                       |          |
| Maior nível de morbilidade | 457.662   | 204,2                   | 5,3                         |          |
| <b>Total para a Saúde</b>  | 3.404.578 | 7.225,4                 | 188,8                       | 1,28%    |

|  |            |                 |                |       |
|--|------------|-----------------|----------------|-------|
| <b>Custo para a Educação</b>                 |            |                 |                |       |
| Mais repetições - Primário                   | 182.483    | 1.023           | 26,7           |       |
| Mais repetições - Básico                     | 26.193     | 600,0           | 15,7           |       |
| Mais repetições - Secundário                 | 1.052      | -               | -              |       |
| <b>Total para a Educação</b>                 | 209.728    | 1.624           | 42,4           | 0,29% |
| <b>Custo para a Produtividade</b>            |            |                 |                |       |
| Menor produtividade - Actividade não-manuais | 621.816    | 18.392,9        | 480,5          |       |
| Menor produtividade - Actividade manuais     | 8.004,826  | 5.165,4         | 134,9          |       |
| Menor produtividade - Mortalidade            | 1.441,940  | 29.683,5        | 775,4          |       |
| <b>Total para a Produtividade</b>            | 10.068,582 | 53.241,7        | 1.390,8        | 9,40% |
| <b>CUSOS TOTAIS</b>                          |            | <b>62.090,7</b> | <b>1.622,0</b> |       |
| <b>Total PIB %</b>                           |            | <b>10,96%</b>   |                |       |

**FONTE:** Huggings 2018. PMA e SETSAN

Pelos dados da tabela 5, vemos que, no total, o custo da desnutrição crónica – proxy para analisar os efeitos das uniões prematuras e gravidez precoce neste estudo – representa cerca de \$1.6 mil milhões, ou seja, 11% do produto interno bruto (PIB).

A situação descrita na tabela 5 pode ser revertida por via da acção governativa de redução dos índices de desnutrição crónica que, por sua vez, requer reduzir os índices das uniões prematuras e da gravidez precoce.

# 05

## COMO REVERTER O DRAMA DAS UNIÕES PREMATURAS?

### A curto prazo

#### Advogar por uma reforma legal.

A idade legal para o casamento é 18 anos segundo a Lei da Família (Lei 10/2004) e a Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança (Lei 7/2008). No entanto, existe uma lacuna nesta legislação, permitindo o casamento aos 16 anos com o consentimento dos pais (ironicamente com nenhuma menção do consentimento da criança). Uma vez que a maioria destas uniões prematuras resulta de acordos familiares, a actual legislação acaba conferindo cobertura legal ao casamento de crianças que tenham a idade de 16 anos (UNICEF 2015). Por esta razão, a CECAP, em colaboração com a 3.ª Comissão da Assembleia da República, elaborou uma proposta de Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras. Na fundamentação, pode-se ler:

“O Projecto baseia-se na ideia de que o combate às uniões prematuras, enquanto prioridade nacional e regional, só poderá produzir resultados se for adoptada uma lei que introduza, reafirme e cristalize os princípios que privilegiam a protecção dos interesses e direitos da criança, numa perspectiva de direitos humanos. Assim sendo, a referida Lei deve

estabelecer proibições claras no domínio das uniões prematuras, determinar as consequências civis da violação dessas injunções e definir mecanismos e procedimentos expeditos para sancioná-las.”

Espera-se que a Assembleia da República discuta e aprove essa lei com a maior urgência necessária de modo que o país consiga (i) proibir as uniões com ou entre crianças; (ii) adoptar medidas para fazer cessar uniões prematuras já existentes; e (iii) definir critérios de protecção de direitos adquiridos pela criança em situação de união prematura e seus eventuais filhos – tal como consta dos objectivos do referido projecto de lei. Além de advogar por uma lei específica contra as uniões prematuras, seria interessante divulgar e monitorar outras leis e programas ligados à protecção dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes.

### **A médio prazo**

**Manter as raparigas na escola.** É crucial que a escola e o casamento sejam mutuamente exclusivos – embora medidas possam e devam ser tomadas para proporcionar oportunidades para que as raparigas já casadas voltem à escola.

Apesar dos progressos assinaláveis para se alcançar o equilíbrio de género a nível do ensino primário, a taxa de conclusão é ainda baixa para as raparigas do que para os rapazes, embora os níveis de conclusão do ensino primário e transição para o secundário sejam ainda baixos para ambos, raparigas e rapazes, com uma taxa bruta de conclusão do ensino primária de 47% em 2012. A baixa qualidade da educação leva alunos (tanto rapazes como raparigas) a abandonarem e não completarem o ensino, portanto, aumentar a qualidade da educação é uma estratégia-chave para manter as raparigas na escola (UNICEF 2015).

Promover o empoderamento económico da mulher. As raparigas e suas famílias precisam de melhorar as suas perspectivas económicas. Somente quando as famílias e as raparigas poderem colher os benefícios económicos do investimento na sua educação, através de um maior poder aquisitivo na vida adulta, é que as famílias e as próprias raparigas poderão visualizar o investimento na educação como um incentivo muito forte para atrasar a idade de casamento. Isto requer uma atenção muito especial para a mulher, na criação de programas de emprego, educação técnica e vocacional, e a expansão do acesso às micro-finanças, entre outras medidas de empoderamento das raparigas economicamente pobres. As transferências monetárias também podem jogar um papel importante na redução das pressões económicas dos agregados familiares que influenciam a ocorrência dos casamentos prematuros (UNICEF 2015).

### **A longo prazo**

Influenciar mudança sociocultural. Poucos progressos serão feitos para a eliminação das uniões prematuras a menos que as normas culturais que fomentam e promovem os casamentos prematuros sejam mudadas. O casamento é uma instituição moldada pelas atitudes sociais e, por isso, provocar mudanças para que o casamento ocorra mais tarde através de intervenções com foco em famílias individuais, não é susceptível de provocar alterações de atitudes e comportamentos ao nível mais amplo da comunidade.

O trabalho com os líderes tradicionais, igrejas e mesquitas, assim como com as raparigas que se encontram no comando dos ritos de iniciação, é crucial para transmitir os benefícios de se retardar o casamento. Isto pode ser suplementado por meio de campanhas através dos órgãos de comunicação social e das redes sociais (Facebook, WhatsApp e Twitter), incluindo as rádios comunitárias (UNICEF 2015).

## APOIO:



Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança

Av. Mao Tsé Tung, nº 1097  
R/C. **Maputo - Moçambique**

+258 82 245 0054

+258 21 422 642

[www.roscc.org.mz](http://www.roscc.org.mz)

[facebook.com/RosccCrianca](https://facebook.com/RosccCrianca)

[twitter.com/RosccCrianca](https://twitter.com/RosccCrianca)