

Nota Anual = Classificação do 1º Trimestre + Classificação do 2º Trimestre + Classificação de 3º Trimestre : 3

2. Nas classes ou disciplinas sem exame, o aluno é classificado apenas com a nota anual.

Nas classes com exame a nota anual (NA) é registada na Caderneta de Registo de Avaliação com tinta azul ou preta antes do início das provas de exame.

Artigo 72

Frequência de avaliação do comportamento

1.
2.
3.

4. As classificações trimestrais e anual determinam-se partindo da média e tomando em conta a tendência do desenvolvimento integral do aluno.

Artigo 73

Crítérios de classificação do comportamento

1.
2.
3.
4.

5. No 2º grau do ensino básico a classificação trimestral, do comportamento deverá ser resultado do consenso a que os professores chegaram no Conselho de Notas. Todavia, isto não significa que só ao fim de cada trimestre é que se deve discutir questões relativas ao comportamento dos alunos. Regularmente, os professores deverão fazê-lo para prevenir casos de indisciplina grave e que poderão conduzir à expulsão do aluno, caso não sejam atempadamente resolvidos.

Artigo 75

Faltas às aulas

1.
2.
- a)
- b)

3. O número máximo de faltas reveláveis em cada trimestre é o seguinte:

- a) No 1º grau do Ensino Básico, o aluno não deve exceder 8 (oito) faltas.
- b) No 2º grau do Ensino Básico, o aluno não deve exceder o número de faltas correspondentes ao número de horas semanais dessa disciplina.

4.

Artigo 77

Fraude académica

1.
2.
3.
4.

5. No 2º grau do Ensino Básico, o aluno que no mesmo trimestre cometa mais de 2 (duas) fraudes ou mais de 6 (seis) ao longo do ano lectivo reprova.

Artigo 78

Constituição do Conselho de Notas

1. O Conselho de Notas é um órgão que se reúne trimestralmente, para análise e discussão de problemas pedagógicos, organizacionais e disciplinares da turma e não somente uma reunião destinada ao registo de notas de aproveitamento dos alunos.

2.
3.

Artigo 80

Preparação do Conselho de Notas

1. Os professores devem analisar previamente com os alunos nas últimas aulas de cada trimestre, o trabalho realizado atribuindo as classificações de acordo com os parâmetros definidos pelos respectivos grupos de disciplina.

2.

3. Os professores devem trazer ao Conselho de Notas, as notas dos seus alunos previamente preparadas (notas do 1º trimestre, notas do 2º trimestre, notas do 3º trimestre, nota anual – conforme a altura do ano lectivo) por forma a reduzir-se ao mínimo a duração dos conselhos.”

Art. 2. O presente diploma ministerial entra em vigor no ano lectivo de 2003.

Art. 3. As dúvidas que surgirem da interpretação e aplicação do presente diploma serão supridas por despacho do Ministro da Educação.

Ministério da Educação, em Maputo, 18 de Dezembro de 2002.
– O Ministro da Educação, *Alcido Eduardo Nguenha*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Despacho

Revisão da política da terapia antimalárica em Moçambique

Em Moçambique, a malária constitui ainda o mais importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte em crianças. Durante a estação chuvosa em 1999-2000, cerca de 48% do total das consultas externas e 63% de todos os internamentos nas enfermarias de pediatria dos hospitais rurais e gerais foram devido a malária. No mesmo período, cerca de 26,7 % das mortes nos hospitais foi provocada pela malária e a taxa de letalidade variou entre 0,4 a 7,3%.

A transmissão é constante atingindo o seu pico no final da estação das chuvas (Março e Abril), dependendo da pluviosidade e da temperatura.

O *plasmodium falciparum* é responsável por cerca de 90% de todas as infecções de malária, e o *plasmodium malariae* e *plasmodium ovale* representam aproximadamente 9,1% e 0,9% das infecções respectivamente.

Nos últimos anos a resistência do parasita aos antimaláricos tem-se mostrado um problema crescente. Estudos de monitorização da resistência aos antimaláricos, indicam que a cloroquina, medicamento usado como a primeira linha no tratamento da malária, mostra-se actualmente com uma resistência global de cerca de 59%, variando entre 86% em Moamba e 38% em Montepuez. A sulfadoxina-piremetamina apresenta uma eficácia terapéutica de cerca de 95,6%. Não existem dados seguros sobre outros antimaláricos usados em Moçambique, mas no geral pensa-se que a magnitude não é importante.

Desde o início dos anos 80 que Moçambique desenhou uma política de manuseio clínico da malária. Entretanto, com o surgimento da resistência aos antimaláricos, houve necessidade de se proceder à revisão da política de manuseio clínico, processo já concluído, consistindo a actual nas seguintes linhas:

- Diagnóstico precoce, e tratamento atempado dos casos de malária;
- Utilização da terapia combinada para o maneio clínico da malária;

- Utilização da cloroquina para o tratamento comunitário;
- Utilização da associação amodiaquina e sulfadoxina-piremetamina (SP) como primeira linha para os casos de malária não severa;
- Utilização da associação artesunato e lamufantrina (Coartem) para os casos de resistência comprovada à primeira linha;
- Utilização de quinina parenteral para os casos de malária severa;
- Um sistema de referência para os casos de malária severa para unidades sanitárias mais diferenciadas, com a aplicação da primeira dose de quinina (quando tecnicamente possível).

Estratégia

A estratégia para o manejo clínico da malária, continuará a centrar-se no diagnóstico precoce e tratamento atempado de todas as formas de malária:

Será educada a comunidade para o reconhecimento dos sinais clínicos de malária, disponibilizando a cloroquina aos agentes comunitários, líderes comunitários e religiosos, comerciantes e outros, e encorajando a sua utilização precoce nos episódios febris agudos, enquanto se dirigem a unidade sanitária mais próxima, como forma de reduzir a proporção de doentes que iniciam

tardamente o tratamento. De igual modo, será educada a comunidade para o reconhecimento dos sinais de gravidade de malária, para permitir a procura atempada dos cuidados de saúde nas unidades sanitárias; Será ampliada a rede de diagnóstico laboratorial de malária para as unidades periféricas do Serviço Nacional de Saúde (SNS);

É recomendada a terapia combinada, nas unidades primárias, sempre que há um diagnóstico laboratorial de malária. Toda a abordagem de crianças deverá ser baseada no programa Atenção Integrada das Doenças de Infância (AIDI);

A quinina parenteral (eventualmente derivados de artemisina) estará disponível no nível primário, para o tratamento pre-referência dos casos de malária severa;

A quinina parenteral mantém-se como fármaco de eleição para a malária severa nas unidades de referência;

As unidades sanitárias mais diferenciadas, especificamente os hospitais centrais e provinciais, disporão de outras alternativas terapêuticas para o manuseio da malária severa;

Aconselha-se a quimioprofilaxia para indivíduos não protegidos e que se desloquem para as áreas endémicas de malária, utilizando a mefloquina.

Ministério da Saúde, em Maputo, 23 de Outubro de 2002. –
O Ministro da Saúde, *Francisco Ferreira Songane*.