



Saúde Materna em Moçambique

Revisão da Literatura

Isabel nhatave

Junho de 2006

Índice

I. Introdução.....	5
II. Contexto de Moçambique.....	5
A. Situação geográfica e administrativa	5
B. Demografia.....	5
C. Educação.....	5
D. Saúde.....	6
E. Saúde sexual e reprodutiva	6
III. A saúde reprodutiva inclui saúde materna.....	7
A. Saúde materna.....	8
1. Definição.....	8
2. Historial.....	8
A.1 Usando os direitos humanos para a saúde materna, sexual e reprodutiva.....	10
1. Contexto internacional.....	10
1.1. Que direitos são os direitos humanos?	12
1.1.1. Instrumentos de protecção genérica :.....	12
1.1.2. Instrumentos de protecção específica	13
1.1.3. Instrumentos regionais em matéria de direitos humanos.....	14
2. Contexto nacional.....	16
2.1. Igualdade, protecção especial da maternidade e direito a saúde : clausulas constitucionais....	16
2.1.1. Igualdade.....	16
2.1.2. A protecção especial da maternidade	17
2.1.3. Direito a saúde :	17
3. Mecanismo para garantir a responsabilidade do governo na protecção dos direitos humanos (da saúde materna e neonatal)?.....	19
A.2 Morbilidade e mortalidade materna.....	19
1. Mortalidade materna.....	20
2. Morbilidade materna.....	21
3. Causas de morte materna.....	22
3.1. Causas directas	22
3.2. Causas indirectas	23
3.3. Determinantes sócio-económicos da mortalidade materna	24
4. Impacto da mortalidade materna.....	27
5. Factores preveníveis na mortalidade materna	27
A.3 Tornar a gravidez mais segura.....	28
1. Indicadores e estatísticas comparativas.....	28
1.1. Indicadores da saúde materna.....	28
1.1.1. Indicadores de impacto	29
1.1.2. Indicadores do processo	30

2. Estatísticas comparativas.....	32
A.3 Planeamento familiar, fertilidade, infertilidade e aborto.....	33
1. Planeamento familiar (pf) e fertilidade.....	33
1.1. Determinantes sociais e questões críticas no âmbito do planeamento familiar.....	35
2. Infertilidade.....	37
3. Aborto.....	39
A.4 Gravidez e ITS/HIV/SIDA.....	42
1. Rastreio da infeção pelo hiv.....	43
2. Rastreio da infeção por sífilis.....	43
A.5 Aspectos sócio culturais que influenciam comportamentos relacionados com saúde materna, e reprodutiva incluindo ITS/HIV/SIDA.....	44
A.6 Políticas e estratégias relevantes no âmbito da saúde materna e reprodutiva, e HIV/SIDA.....	46
A.7 Intervenções na área de saúde materna incluindo a prevenção da transmissão vertical.....	48
1. Consulta pré-natal (CPN).....	48
2. Maternidade.....	49
3. Consulta pós-parto (CPP).....	49
A.8 Constrangimentos no âmbito da melhoria da oferta dos serviços em saúde materna e reprodutiva.....	50
A.9 Intervenções de comunicação e advocacia a nível das comunidade.....	53
A.10 Intervenções de comunicação nacionais e internacionais bem sucedidas.....	54
A.11 Natureza a nível de participação do homem em sm.....	55
A.12 Questões chaves em debate na área de saúde materna e reprodutiva.....	56
A.13 Intervenções eficazes podem reduzir a morbilidade e mortalidade materna.....	57
A.14 Lições aprendidas de outros contextos.....	58
A.15 Parceiros do ministério da saúde na área de saúde materna incluindo a prevenção da transmissão vertical.....	60
Referências.....	61

Abreviaturas e Acrónimos

ARV	Antiretrovirais
ATV	Aconselhamento e testagem voluntária
AZT	Zidovudina
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
COE	Cuidados Obstétricos de Emergência
CPN	Consulta pré- Natal
CPP	Consulta pós-parto
DEE	Departamento de Epidemiologia e Endemias
DSC	Direcção de saúde da Comunidade
FCI	Family Care International
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem voluntária
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
ICD	International Statistical Classification of Disease
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INJAD	Inquérito Nacional dos Jovens e Adolescentes
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MDG	Millenium Development Goals
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
NVP	Niverapina
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OUA	Organização da Unidade Africana
PAV	Programa alargado de vacinação
PEN	Plano estratégico Nacional
PF	Planeamento Familiar
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
QUIBB	Questionário de Indicadores Básicos de Bem-Estar
SADC	South African Development Community
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materna e Infantil
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
US	Unidades sanitárias
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

I. INTRODUÇÃO

A SOUL CITY Moçambique pretende potenciar o poder dos meios de comunicação de massa na disseminação de materiais multimédia de comunicação para a saúde e desenvolvimento. Assim, como parte do processo formativo foi realizado entre os meses de Maio e Junho de 2006 uma revisão da literatura publicada e não publicada com enfoque a Saúde Materna em Moçambique.

Este relatório, apresenta os resultados da pesquisa procurando responder os vários aspectos descritos nos termos de referência.

II. CONTEXTO DE MOÇAMBIQUE

A. SITUAÇÃO GEOGRÁFICA E ADMINISTRATIVA

Moçambique situa-se na costa oriental de África a sudeste do continente, possui uma área de 799.380 Km² e faz fronteira com a Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabue, África do Sul e Swazilândia. O país está dividido em 11 províncias e 144 distritos, tendo cada província um governador provincial e uma administração distrital em cada Distrito.

B. DEMOGRÁFIA

A população Moçambicana é predominantemente jovem e rural . A idade média é de 17.2 e o índice de masculinidade é de 92 homens para cada 100 mulheres (Censo,1997). A taxa bruta de natalidade é de 45 por 1.000, as mulheres em idade reprodutiva representam 23% da população total (IDS, 2003). O número médio de pessoas por unidade de familiar é de 4:1 na zona rural e 5:1 para a área urbana. Do total das unidades familiares em Moçambique, as mulheres chefiam 22% e, 69% dos chefes de família não possuem nenhuma escolarização (INE-QUIBB, 2001). A maioria da população (68.2%) vive nas áreas rurais, e quase metade da população urbana é vive na Cidade de Maputo (Censo, 1997).

C. EDUCAÇÃO

A taxa de analfabetismo no país é de 56.7%, sendo maior nas mulheres (71.2%) do que nos homens (40.2%). Nas áreas rurais a taxa é 68.9% não só em relação ao Português, mas em qualquer outra das 17 línguas nacionais, diminuindo para 31.4% se consideradas somente as áreas urbanas. Tomando jovens entre os 15 e os 19 anos de idade como referência, a taxa de analfabetismo atinge 40.9% (30.1% entre os homens e 51.0% entre mulheres). As províncias do Norte do país apresentam índices de analfabetismo mais altos (IDS, 2003).

Embora o país tenha registado um crescimento da rede escolar em 38% no período entre 1998 e 2004, cerca de 70.6% da população com mais de 15 anos de idade não concluiu nenhum nível de educação. Destes, 80.9% são mulheres e 63.3% são jovens com idade entre 15 e 19 anos (MINED, 2004). Do total dos alunos matriculados nas Escolas Secundárias do País, somente 35% são raparigas.

D. SAÚDE

O perfil epidemiológico de Moçambique é marcado por doenças infecciosas transmissíveis e parasitárias, nomeadamente: malária, diarreias, infeções respiratórias, tuberculose, e HIV/SIDA. As taxas de mortalidade maternal, infantil e juvenil e a prevalência de malnutrição crónica, estão entre as mais altas na África Sub-Sahariana. O acesso aos serviços de saúde é restrito (especialmente nas áreas rurais). Os factores, que atrasam as respostas rápidas e eficientes na arena da saúde pública, incluem más condições de higiene e limpeza, fraco acesso a água potável (somente 25% da população) (IDS, 2003), e a disparidade regional no acesso ao uso dos cuidados de saúde.

E. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Em relação a saúde reprodutiva, o Governo Moçambicano tem estado a empenhar-se no aumento da cobertura dos cuidados de saúde, com efeito, a taxa de nascimentos assistidos, passou de 25% em 1992 para 45.1% em 2003 (MISAU, Relatório DSC 2004). Embora das 1.238 unidades sanitárias existentes, 95% sejam unidades de nível primário, o acesso aos serviços de saúde continua limitado em particularmente nas áreas rurais.

A Taxa de Fecundidade global reduziu de 5.6 em 1997 para 5.5 em 2003 (IDS, 2003). Relações sexuais, casamento (ou união marital), e gravidez, são práticas iniciadas muito cedo nos jovens de Moçambique. A idade média da primeira união é de 17 anos para as mulheres e 22 anos para os rapazes, e a média para a primeira relação sexual é de 16.1 anos para as mulheres e 17.7 anos para os homens (IDS, 2003). Até aos 19 anos de idade, 41% das mulheres já são mães ou grávidas.

III. A SAÚDE REPRODUTIVA INCLUI SAÚDE MATERNA

O conceito de saúde reprodutiva, aponta para a existência de um conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o acto de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde. O conceito de saúde reprodutiva procura romper com a ideia de que a reprodução é um dever, ou destino feminino, e passa a situá-la como um direito. Entendida como um direito humano básico, a reprodução (sem riscos ou coerções,) deve ser garantida pelos Estados e Governos (Wilza Villela, 2002).

De acordo com a definição de saúde, a "*Saúde Reprodutiva é o completo estado de bem-estar físico mental e social, e não a mera ausência de doenças ou enfermidades. A saúde reprodutiva implica em que as pessoas sejam capazes de uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade para decidir quando e com que frequência fazê-lo*" (FCI, 2005). Está implícito o direito de *homens e mulheres* de serem informados e terem acesso a métodos anticoncepcionais seguros de sua escolha, acessíveis e aceitáveis, bem como outros métodos de sua escolha para a regulação da fertilidade, os quais não estejam contra as leis. Também inclui o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que permitam às mulheres engravidar e ter filhos de maneira segura, e que proporcione aos casais as melhores chances de terem filhos saudáveis.

A saúde reprodutiva, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, inclui:

- orientação, informação, educação, comunicação e serviços de Planeamento Familiar;
- cuidados pré-natais, parto seguro e cuidados pós-natais - especialmente amamentação e cuidados para a criança e para a mulher;
- prevenção e tratamento apropriado da infertilidade;
- prevenção do aborto inseguro, incluindo prevenção do aborto e manejo das consequências do aborto
- tratamento das infecções do trato reprodutivo das doenças sexualmente transmissíveis e outras condições de saúde reprodutiva;
- informação, educação e orientação sobre sexualidade humana, saúde reprodutiva e paternidade responsável

A presente pesquisa sobre a revisão da literatura tem como foco a Saúde materna.

A. SAÚDE MATERNA

1. Definição

Saúde materna se refere ao “bem estar físico de uma mulher que esteja grávida, e inclui cuidados pré-natal para a mulher e o bebê, cuidados durante o parto, e serviços pós-parto para a mãe e o bebê (Arlington, 2002).

A saúde materna são os cuidados médicos, nutrição e o bem estar das mulheres antes, durante, e depois da gravidez **(ref)**.

2. Historial

A criação de programas de saúde pública para melhorar a saúde das mulheres e das crianças teve a sua origem na Europa, no final do século XIX. Olhando agora para trás, os motivos para essa medida parecem “cínicos”: *mães e crianças saudáveis eram vistas pelos governos da época como um meio para atingir objetivos políticos e económicos*. Muitos políticos europeus partilhavam a ideia de que a falta de saúde das crianças constituía uma ameaça às aspirações culturais e militares da nação.

Os governos viram uma possibilidade de solução nas experiências pioneiras realizadas em França na década de 1890, como os centros de saúde *Goutte de lait* (“gota de leite”), de Léon Dufour, e os de consultas pediátricas, de Pierre Budin. Estes programas apresentavam uma forma científica e convincente de ter filhos saudáveis que se tornariam trabalhadores produtivos e soldados robustos.

Como consequência, todos os países industrializados, as respectivas colónias, bem como a Tailândia e muitos países da América Latina tinham já instituído, no início do século XX, pelo menos uma forma rudimentar de serviços de saúde materno-infantis. A Primeira Grande Guerra acelerou este movimento. Pouco depois, os cuidados de saúde prestados à mãe e à criança ganharam uma legitimidade intrínseca, para além dos interesses militares e económicos.

Os movimentos de trabalhadores, as associações de mulheres e as organizações profissionais e de solidariedade comprometeram-se com a causa da saúde da mulher e da criança de variadas formas. Por exemplo, a Organização Internacional do Trabalho propôs padrões legais para a protecção da maternidade no emprego em 1919; o *New York Times* publicou artigos sobre a mortalidade materna no início da década de 30; em 1938, a Carta das Mães foi proclamada por 60 associações locais no Reino Unido.

Estes programas começaram realmente a ganhar terreno após a Segunda Grande Guerra. Os acontecimentos globais aumentaram o interesse público pelo papel e pelas responsabilidades dos governos; a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, elaborada pelas recém-formadas Nações Unidas, garantia a sua obrigação de prestar “assistência e cuidados especiais” às mães e às crianças. Isto, veio acrescentar uma dimensão moral e internacional à questão da saúde das mães e crianças, representando um enorme passo em frente relativamente às preocupações políticas e económicas de há 50 anos atrás..

Uma das principais funções atribuídas à Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua Constituição de 1948 era “promover a saúde e o bem-estar da criança e da mãe”. Nos anos 50, os planos nacionais de saúde e as políticas das agências de desenvolvimento eram unânimes em sublinhar que as mães e as crianças constituíam grupos particularmente vulneráveis e, por isso, eram “alvos” prioritários das acções de saúde pública. A ideia de que as mães e as crianças eram grupos vulneráveis também esteve no cerne do movimento de cuidados de saúde primários lançado em Alma-Ata (hoje Almaty, no Cazaquistão), em 1978..

A primeira grande tentativa de aumentar largamente o âmbito dos cuidados de saúde nas zonas rurais veio intensificar os programas de saúde materno-infantil, que se centravam em iniciativas para aumentar a cobertura da vacinação e para resolver problemas de malnutrição, diarreia e doenças respiratórias. As más condições de vida das mães e das crianças começaram rapidamente a ser vistas como muito mais do que uma questão de vulnerabilidade biológica. O Pedido de Acção a Favor da Maternidade Segura, de 1987, perspectivava-as explicitamente como um problema “profundamente enraizado nos deletérios ambientes sociais, culturais e económicos da sociedade, sobretudo o ambiente que as sociedades criam para as mulheres” (OMS, 2005).

Os estados modernos garantem direitos de saúde às mães, recém-nascidos e crianças, com base nas convenções de direitos humanos. Do ponto de vista da saúde pública, um importante critério para o estabelecimento de prioridades e financiamento público é a existência de pacotes de intervenção custo-efectivos. Esses pacotes estão bem documentados, no que respeita à saúde da mãe e da criança. Os cuidados de saúde às mães e crianças dão origem a óbvios ganhos suplementares, através da vacinação e do tratamento das doenças contagiosas da infância e através do incremento da saúde infantil, que decorre de uma melhor saúde materna.

A saúde das mães é um factor essencial para a saúde das crianças, afectando assim, indirectamente, a formação de capital humano. As crianças órfãs de mãe morrem mais frequentemente, estão em maior risco de malnutrição e têm menos probabilidades de frequentar a escola. Os filhos de mulheres doentes ou malnutridas durante a gravidez têm maiores probabilidades de nascer com baixo peso e fraco potencial de desenvolvimento. Para além disto, com a morte ou a doença de uma mulher, a sociedade perde um membro cujo trabalho e actividades são essenciais para a vida e a coesão das famílias e das comunidades. As mães saudáveis têm mais tempo e estão mais disponíveis para a interacção social e para a criação de laços, que constituem o pré-requisito do capital social. Têm também um papel fundamental ao cuidarem dos que estão doentes.

A maternidade e a infância constituem períodos de particular vulnerabilidade, que requerem “cuidados e assistência especiais”; são também períodos de grande vulnerabilidade porque as mulheres e as crianças têm mais probabilidade de serem pobres. As mulheres estão mais sujeitas ao desemprego, aos salários baixos, a um menor acesso à educação e a outros recursos, assim como a um poder de decisão mais restrito, o que limita o seu acesso aos cuidados. O investimento público na saúde materno-infantil justifica-se plenamente para corrigir estas desigualdades.

Os custos económicos da falta de saúde materna e infantil são altos; as poupanças substanciais na despesa futura podem ser atingidas através dos programas de planeamento familiar e de intervenções para melhorar a saúde materna e infantil a longo

prazo. Os ganhos resultantes em capital humano e social traduzem-se em benefícios económicos a longo prazo. Existem provas de que há retornos económicos para o investimento na vacinação, nos programas de nutrição, nas intervenções para reduzir o baixo peso à nascença, assim como nos programas integrados de desenvolvimento social e de saúde.

A.1 USANDO OS DIREITOS HUMANOS PARA A SAÚDE MATERNA, SEXUAL E REPRODUTIVA

1. Contexto Internacional

Durante mais de uma geração, as organizações dos direitos humanos lutam para prevenir e pôr fim os abusos e a discriminação contra os indivíduos em todo mundo. Porém, foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994) que a maior parte das organizações ampliaram as suas missões incluindo a protecção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento/ONU (1994), 180 países reconheceram que a pobreza continua a ser o maior desafio ao desenvolvimento. No Programa de Acção, a discriminação social da mulher, o acesso limitado aos serviços sociais e de saúde, incluindo os de saúde reprodutiva, são alguns dos factores obstaculizantes ao desenvolvimento.

Desde então, e a cada dia que passa, é mais clara a necessidade de aumentar o investimento político e solidário nos Programas de População, como uma das formas de erradicação da pobreza. A responsabilidade dos governos com a promoção e defesa da qualidade de vida das pessoas ultrapassa, assim, as fronteiras geográficas e políticas, para se inserir num quadro maior de intervenção mundial, onde os aspectos sócio-culturais e a cidadania assumem importância decisiva.

A União Europeia e os Países de África, Caraíbas e Pacífico, em seguimento a Convenção de Lomé, celebraram em Cotonou um Acordo de Parceria para os próximos 20 anos com um objectivo central:

Reduzir dos níveis de pobreza através de uma abordagem integrada, baseada no desenvolvimento económico, no desenvolvimento social e humano e na integração regional, com uma mensagem inequívoca acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva no contexto da erradicação da pobreza (Acordo de Cotonou, 2000).

As questões dos direitos sociais, económicos e políticos das mulheres, têm sido palco de preocupação, em várias instâncias internacionais, no sentido que elas são factores importantes do desenvolvimento sustentável deste grupo da sociedade. O reconhecimento dos direitos das mulheres e o seu poder na sociedade *é um processo pelo qual as relações de desigualdade com os homens se transformam e se ganha uma equidade para todos*. Ao nível internacional e governamental, este reconhecimento, inclui a extensão a todos os direitos fundamentais quer sociais, económicos ou políticos (Begue, 2001). A mulher terá de ser incentivada a ganhar o controlo da sua vida e isso passa por investimentos na igualdade de oportunidades educacionais e de emprego, e em particular, na área da saúde sexual, considerando implícito aqui, o direito à saúde e aos cuidados de saúde. Ao nível

comunitário e individual este processo inclui fortalecer a auto-estima da mulher, de forma a esta ganhar um poder interior para se expressar, defender os seus *direitos na área da saúde sexual e reprodutiva*, tomar decisões informadas e controlar a sua saúde, nas relações pessoais, familiares e comunitárias (WHO, 2000).

Direitos reprodutivos e sexuais:

- Direito a sobrevivência.
- Direito a liberdade e a segurança individual.
- Direito a cuidados de saúde de qualidade.
- Direito da mulher à “Educação”.
- Direito aos benefícios do progresso.
- Direito a Saúde Reprodutiva ao longo da sua vida.
- Direito a equidade entre o homem e a mulher, de modo a fazer uma escolha livre e informada, livre de qualquer discriminação baseada no género.
- Direito à segurança sexual e reprodutiva, incluído o direito à privacidade.
- Direito à decisão relacionada com todos os aspectos da vida reprodutiva.
- Casamento.
- Formação e Família.
- Direito ao momento, espaçamento e número de filhos a ter na vida.
- Direito à informação e meios para exercer esses direitos.

Os profissionais de saúde de todos os níveis têm obrigações éticas e legais de respeitar os direitos das mulheres. Em Julho de 2003, representantes de 44 países (inclusive Moçambique) que ratificaram a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e da População reuniram-se em Maputo para assinar um protocolo adicional sobre os direitos das mulheres. O Artigo 3 do Protocolo afirma o direito à dignidade: “Toda mulher deve ter direito à dignidade inerente a um ser humano e ao reconhecimento e à protecção dos seus direitos humanos e legais”. O Artigo 14 (Direitos relativos à Saúde e Reprodução) do Protocolo especifica os direitos das mulheres relativos à saúde sexual e reprodutiva que devem ser respeitados e incentivados:

- o direito de controlar sua fertilidade;
- o direito de decidir se quer ter filhos, o número de filhos que quer ter e o espaçamento entre eles;
- o direito de escolher qualquer método contraceptivo;
- o direito à autoproteção e de estar protegida contra doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA;
- o direito de ser informada a respeito do seu estado de saúde e do estado de saúde de seu parceiro, particularmente se infectada(o) por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA, de acordo com as normas e práticas internacionalmente reconhecidas;
- o direito de ter educação sobre planeamento familiar.

Além disso, a Carta concordou sobre a necessidade dos países tomarem todas as providências necessárias para conseguir:

- fornecer serviços de saúde adequados, acessíveis e possíveis de serem custeados, incluindo programas de informação, educação e comunicação para mulheres, especialmente aquelas que vivem em áreas rurais;

- proteger os direitos reprodutivos das mulheres através da autorização do aborto médico nos casos de agressão sexual, estupro, incesto e quando a continuação da gravidez coloca em perigo a saúde mental e física da mãe ou a vida da mãe ou do feto.

De acordo com o estabelecido no artigo 16, da Convenção sobre a eliminação de formas discriminadas contra as mulheres. “Os estados partes, tomarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres em todos os assuntos relativos ao casamento e as relações familiares que assegurarão o mesmo direito de escolher livremente o seu conjugue para casar só com livre e pleno sentimento.

1.1 Que direitos são os direitos humanos?

No contexto internacional existem três gerações de Direitos Humanos, dentre as quais se destaca a **terceira geração** que compreende os direitos “colectivos” aflorados de forma embrionária no artigo 28.º da Declaração, que proclama o seguinte: “ *Toda a pessoa tem direito a que reine, no plano social e no plano internacional, uma ordem capaz de tornar plenamente efectivos os direitos e as liberdades enunciados na presente Declaração*” .

Os Direitos Humanos e a saúde reprodutiva devem ser considerados no contexto das condições de vida encaradas pela maioria das pessoas do planeta. Estima-se que, só na última década, perderam a vida mais pessoas em resultado de carências económicas e sociais do que durante a Segunda Guerra Mundial. As mulheres têm grande peso nas estatísticas de pobreza e carência. Dois terços das pessoas analfabetas do mundo inteiro são mulheres. As taxas de mortalidade materna são altas na maioria dos países em desenvolvimento: uma mulher africana, por exemplo, tem uma probabilidade em 15 de morrer ao dar à luz; uma mulher asiática, uma probabilidade em 105; uma mulher sul-americana, uma probabilidade em 150. Em contraste, uma mulher norte-americana tem uma probabilidade em cada 3.750 (PAI, 2001). Apesar de se terem registado alguns sinais de progresso desde o fim da guerra fria, no seu conjunto a crise continua por ultrapassar, tendo-se mesmo agravado nalgumas partes do mundo.

1.1.1 Instrumentos de protecção genérica :

Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948): As frases sonantes da Declaração Universal representam as mais altas aspirações da Humanidade. Ficaram expressas em termos não políticos e definiram o tratamento que todas as pessoas devem esperar receber enquanto membros da família humana. O instrumento reuniu, pela primeira vez, ideias partilhadas por muitas tradições políticas, culturais e religiosas. A Declaração Universal estabelece nos seus 30 artigos as normas e liberdades básicas que devem ser garantidas a todas as pessoas, abrangendo direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais. E, no entanto, não têm, em si própria, força jurídica obrigatória. O poder e impacto destas regras morais, e sua aplicabilidade, podem ser avaliados em função da respectiva aceitação generalizada e incorporação nas ordens jurídicas internas dos diferentes Estados.

Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos (1966): Os dois Pactos derivados da Declaração Universal estabelecem normas internacionalmente reconhecidas por confronto com as quais se *pode determinar a existência ou não de violações dos Direitos Humanos*. Os Pactos (um

sobre direitos civis e políticos, o outro sobre direitos económicos, sociais e culturais) foram adoptados em 1966. Os Pactos são de importância crucial. Têm três elementos em comum: (a) o direito à autodeterminação, que levou à descolonização e adesão de muitos novos Estados às Nações Unidas; (b) o **princípio da igualdade entre homens e mulheres**, e da não discriminação com base no sexo, raça ou religião; (c) o princípio da indivisibilidade - a interdependência essencial entre as liberdades civis e políticas e os padrões económicos, sociais e culturais. (a) *Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966)* 12. Este instrumento entrou em vigor em 1976. Os direitos aí consagrados incluem: (a) o direito à vida, à liberdade e à segurança (artigo 6.º); *O Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966)* . Este instrumento entrou em vigor em 1976. Os direitos aí consagrados incluem: (a) o direito ao trabalho (artigos 6.º e 7.º); (b) o direito à segurança social (artigo 9.º); (c) o direito à protecção da família (artigo 10.º); (d) o direito a um nível de vida suficiente (artigo 11.º); (e) o direito à educação (artigo 13.º); (f) o direito à saúde (artigo 12.º) .

1.1.2 Instrumentos de protecção específica

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979). De 1974 a 1979, os competentes organismos do sistema das Nações Unidas, liderados pela Comissão sobre o Estatuto das Mulheres, trabalharam em conjunto para a elaboração de uma convenção internacional destinada a proibir todas as formas de discriminação contra as mulheres. *A Comissão redigiu uma convenção, que foi adoptada a 18 de Dezembro de 1979 e entrou em vigor em 1981. 18. No seu artigo 1.º, a Convenção define discriminação contra as mulheres da seguinte forma:*

Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que tenha como efeito ou como objectivo comprometer ou destruir o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelas mulheres, seja qual for o seu estado civil, com base na igualdade dos homens e das mulheres, dos direitos do homem e das liberdades fundamentais nos domínios político, económico, social, cultural e civil ou em qualquer outro domínio.

Protecção especial às mulheres, às crianças e outros grupos vulneráveis. Segundo as Directivas Internacionais sobre Direitos Humanos e HIV/SIDA, a protecção especial às mulheres e crianças e outros grupos vulneráveis deve incluir a denúncia dos preconceitos e desigualdades e a sua erradicação através do diálogo no seio da comunidade e ainda através de projectos sociais e sanitários especialmente concebidos para esse efeito.

Citando Kofi Annan, Secretário Geral da ONU, " A epidemia do HIV/SIDA constitui uma crise mundial sem precedentes. Ela exige de cada um de nós uma resposta sem precedentes. Inverter o curso da epidemia do HIV/SIDA é uma tarefa que ultrapassa as capacidades dos indivíduos, por mais notáveis ou heróicos que sejam. Ela exige das comunidades, das nações e das regiões que desenvolvam em conjunto uma acção concertada e coordenada."

Moçambique, através da criação do Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social (MMAS) deu um importante passo em frente na protecção destes grupos vulneráveis, reforçado pelo estabelecimento do atestado de pobreza. No entanto, o alcance destas medidas é ainda muito reduzido, sendo por isso necessária a criação de mecanismos ágeis de atribuição e a cobertura geográfica. Contudo, não existe uma legislação que garanta os direitos consagrados a estes grupos em particular no que se

refere as mulheres. Apesar da Constituição da república, defender a igualdade de género e Moçambique ter ratificado a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, em Junho de 1993 as evidências indicam que a aplicação da lei costumeira e a fraqueza dos mecanismos legais existentes, oferecem poucas garantias do cumprimento destes princípios (PEN- CNCS, 2005-2009).

1.1.3 Instrumentos regionais em matéria de direitos humanos

Carta da Organização de Unidade Africana (1963): foi o primeiro instrumento de uma organização regional a fazer referência à Declaração Universal dos Direitos do Homem. No seu preâmbulo, reafirma-se o compromisso dos Estados africanos para com os princípios da Carta das Nações Unidas e Declaração Universal dos Direitos do Homem enquanto base sólida para uma cooperação pacífica e positiva entre os Estados. O seu artigo 11.º dispõe no sentido da promoção da cooperação internacional tendo em conta a Carta das Nações Unidas e a Declaração Universal. Outras disposições da Carta da OUA em matéria de Direitos Humanos relacionam-se geralmente com o compromisso assumido pelos Estados africanos no sentido da erradicação do colonialismo em todas as suas formas e manifestações, bem como da criação das necessárias condições económicas para o progresso dos povos de África. (b) *Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (1981)*. A Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos compreende um preâmbulo e três partes substantivas contendo 68 artigos. A Parte I, que tem por objecto os direitos e os deveres, encontra-se subdividida em dois capítulos sobre direitos (artigos 1.º a 26.º) e deveres (artigos 27.º a 29.º) do Homem e dos povos. A Parte II, que estabelece medidas de salvaguarda, está subdividida em quatro capítulos que tratam da criação da Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (artigos 30.º a 44.º), do mandato da Comissão, da sua tramitação processual e dos princípios aplicáveis. (c) *Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos*. As principais funções da Comissão são a promoção dos Direitos Humanos e o estabelecimento de padrões nesse domínio. A Comissão também recebe e examina comunicações interestaduais e "outras comunicações". Esta última expressão inclui comunicações de indivíduos ou grupos de indivíduos e de organizações ou instituições que tratam de matérias relativas aos Direitos Humanos.

Declaração de Maseru Sobre o Combate ao HIV/SIDA (SADC): os Chefes de Estado ou Governo RECONHECENDO que os Objectivos da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral são, entre outros:

(a) Reforço dos programas multisectoriais de prevenção que tenham em vista melhorar as estruturas familiares e promover valores culturais apropriados, mudanças positivas de comportamento e promover comportamento sexual responsável;

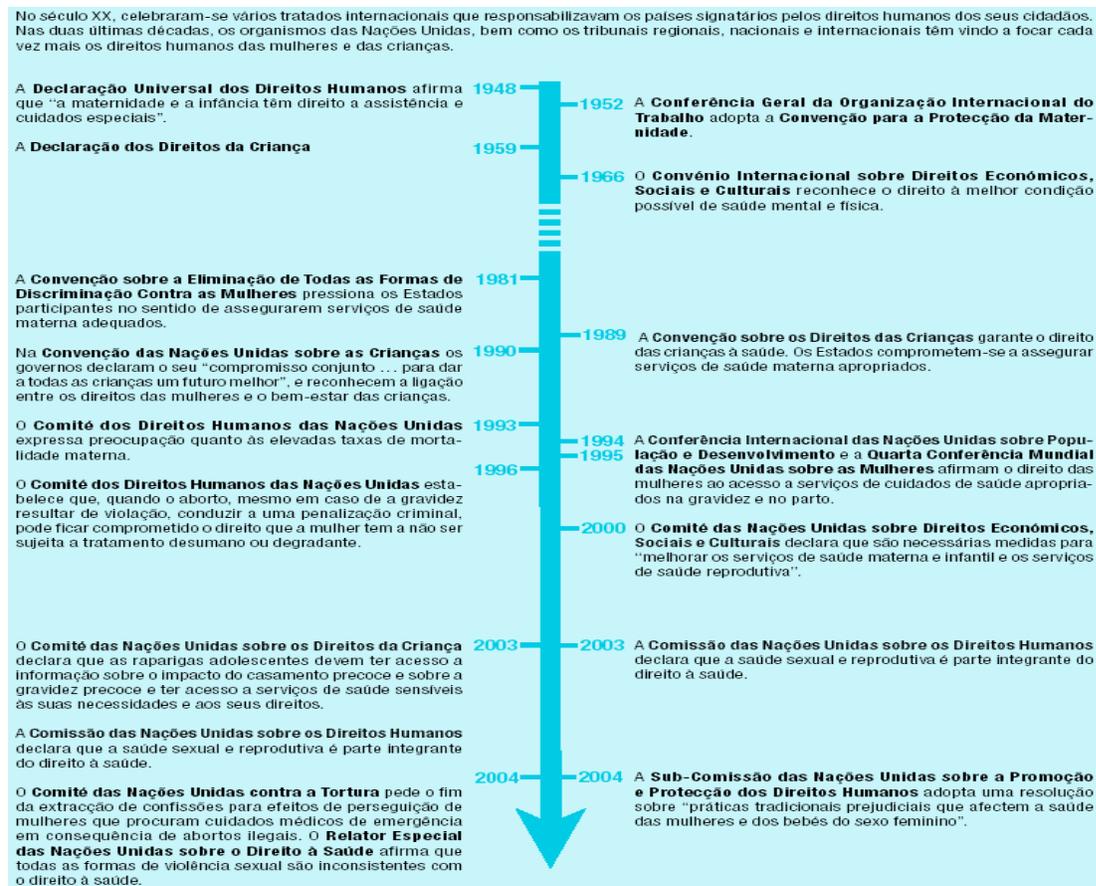
(b) Intensificação do provimento de serviços de *saúde reprodutiva abrangente, acessíveis e de fácil utilização aos jovens, homens e mulheres* e garantia da disponibilização dos recursos essenciais, como preservativos para ambos os sexos;

(c) Reforço das iniciativas que conduzam ao aumento das capacidades da mulher e das raparigas adolescentes de se protegerem contra os riscos de infecção do HIV, através principalmente, do provimento de cuidados e serviços de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, e através de educação preventiva que promova a igualdade do género dentro de um quadro cultural e sensível ao género;

A comunidade internacional tem se comprometido através de uma serie de acordos políticos e legais a promover a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Governos e a Conferencia Internacional de população e desenvolvimento (CIPD), em 1994 acordaram com a definição de saúde reprodutiva que inclui o aborto em circunstancias legais através da legislação nacional.

O Millennium Development Goals (MDG), é basicamente um plano de metas que foi aprovado por lideres mundiais em Setembro de 2000 e repete alguns dos elementos da CIPD, porem nenhum deles atesta especificamente o compromisso mundial afim de assegurar os serviços de saúde centrados na área reprodutiva. Na quarta Conferencia Mundial de Mulheres de Beijing (1995), os direitos sexuais foram reconhecidos como parte integral dos direitos humanos e do “empowermwnt” feminino e os países foram encorajados a reverem as suas leis que restringissem o aborto. Dentro do sistema de direitos humanos das Nações Unidas existem varias passagens que assinalam a conexão entre a saúde reprodutiva e sexual e os direitos humanos que incluem o aborto. Essas passagens dão destaque na conexão entre o aborto ilegal e inseguro e os altos índices da mortalidade materna realidade muito vivenciada pelas mulheres nos países em desenvolvimento.

Quadro 1 : Marcos no desenvolvimento dos direitos das mulheres e crianças



Fonte: OMS-Relatório mundial de saúde – 2005

2. Contexto Nacional

De uma forma geral pode-se dizer que em Moçambique coexistem pelo menos três sistemas normativos. O direito escrito, baseado na legislação em vigor reconhecida pelo Estado, as normas costumeiras, com variadas especificidade e variações locais e, a sharia que é seguida por quem professa a religião Islâmica. Porém, contrariamente ao que acontece e com os outros países da África Austral, o Estado só reconhece o direito emanado da Lei escrita, operando e exercendo o poder na base deste direito.

O Direito da Família em Moçambique, até bem pouco, era o complexo das normas que regulavam a celebração do casamento, sua validade e os efeitos dele resultantes; as relações pessoais e económicas da sociedade conjugal, assim como a dissolução desta; as relações entre pais e filhos; o vínculo do parentesco; e os institutos complementares da tutela e da curatela.

Entretanto, com o advento da nova Constituição da República de Moçambique de 2004, houve uma profunda alteração nos conceitos de família e na própria realidade social. O artigo 202 da nova Lei da Família (Lei n.º 10 de 2004 de 25 de Agosto), que reconhece a união de facto entre o homem e a mulher como entidade familiar, determinado que seja facilitada a sua conversão em casamento estendendo assim o conceito de família a união de facto, protegendo-o sob o manto legal introduzindo algumas outras modificações no direito da família como seja a equiparação dos cônjuges, a não discriminação entre filhos

No contexto dos direitos reprodutivos da mulher e no âmbito dos direitos humanos reconhecerem a mulher "o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o numero de filhos e seu espaçamento, e o direito à informação, educação e aos meios que a permitam exercer esses direitos."

2.1 Igualdade, protecção especial da maternidade e direito a saúde : Clausulas constitucionais

2.1.1 Igualdade

O principio da igualdade vem reflectido constitucionalmente tanto no plano dos direito e liberdades individuais como no plano económico, social e cultural.

O artigo 35 da constituição, a firma a igualdade de todos os cidadão perante a lei, o acesso a iguais direitos e sujeição aos mesmo deveres, independentemente da sua cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, estatuto social, estado civil dos pais ou profissão. Por outro, estabelece no artigo 36 que na esfera social, política económica e cultural, o homem e a mulher são iguais perante a lei. O mesmo principio de igualdade de todos os cidadãos é afirmado no artigo 37, não sendo relevante a condição física deficiente dos mesmos para gozo dos direitos contitucionalmente consignados. O artigo 39 reforça o principio da não discriminação e da igualdade dos cidadãos estabelecendo a punibilidade de todos os actos que visem criar situações de diferença entre os cidadãos.

No domínio da vida económica e social os artigo 84 e 85 retomam o principio da igualdade ao reconhecerem que o homem e mulher tem igual direito de acesso ao trabalho e ao justo salário.

No domínio da educação a constituição estabelece a igualdade de acesso de todos o cidadão sem discriminação, artigo 88. Também no artigo. 89 é reconhecido a todos os cidadãos a igualdade de direito a saúde através de acesso a assistência médica e sanitária.

2.1.2 A protecção especial da maternidade

O artigo. 120 da constituição consagra o princípio da dignificação e protecção da maternidade. O Estado materializa este princípio através da adopção de mecanismos concretos que possibilitam a mulher realizar a sua função reprodutora de mãe educadora na família mas também assegurando todos os direitos e oportunidades de integração no processo de trabalho, em igualdade de condição com o homem. Por isso, a mãe são garantidos direitos especiais, enquanto trabalhadora, através da sua regulamentação na lei de trabalho.

Este princípio constitucional da dignificação e protecção da maternidade e concretizado nos artigos 74 e 75 da lei de trabalho, os quais fixam as condições e direitos da mulher trabalhadora, tanto no período de gravidez como após o parto, da forma seguinte:

- Não desempenhar, sem diminuição da remuneração, trabalhos clinicamente desaconselháveis ao seu estado;
- Não prestar trabalho nocturno, nem extraordinário ou ser deslocada do local habitual da trabalho, a partir do terceiro mês de gravidez, a não ser a seu pedido e no interesse do seu estado,
- Interromper o trabalho diário para aleitamento da criança em dois períodos de meia hora sem perda de salário ate ao máximo de um ano;
- Não ser despedida, sem justa causa, durante a gravidez e ate um ano após o parto;
- Beneficiar, além das férias normais, de uma licença de sessenta dias, a qual pode ter inicio dias antes da data provável do parto,
- A licença de sessenta dias aplica-se igualmente aos casos de parto a termo ou prematuro, independentemente de ter sido um nado vivo ou um nado morto.
- É proibido as entidades empregadoras ocupar mulheres em trabalhos que sejam prejudiciais a saúde ou a sua função reprodutora;
- São consideradas faltas justificadas e não determinam perda de quaisquer direitos, salvo, quanto a remuneração as ausências ao trabalho da mulher trabalhadora ate trinta dias por ano, para prestar assistência inadiável e imprescindível em caso de doença ou acidente a filhos menores.
- A mulher trabalhadora deve informar a entidade empregadora do seu estado e apresentar os comprovativos médicos que lhe foram solicitados para o exercício dos direitos previsto no presente artigo.

2.1.3 Direito a saúde :

O direito a saúde, visto como o direito reconhecido constitucionalmente a todo o cidadão de acesso a assistência medica e sanitária, vem consagrado nos art. 89 e 116 da constituição.

As cláusulas constitucionais aqui referidas estabelecem que o direito a saúde é regulado por leis próprias e prosseguido através da institucionalização de um sistema nacional da saúde dirigido ao povo. As cláusulas constitucionais prevêm ainda que leis específicas regularão as modalidades de exercício da assistência médica e sanitária.

E neste contexto que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) vem a ser criado pela lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro (B.R n.º 27-11ª- Suplemento) como mecanismo de realização dos objectivos fixados na Constituição na prestação de assistência médica e sanitária aos cidadãos.

3. Mecanismo para garantir a responsabilidade do governo na protecção dos direitos humanos (da saúde materna e neonatal)

No âmbito do estabelecimento das responsabilidades do governo na protecção dos direitos da saúde materna e neonatal o Governo concebeu e aprovou a Política do Sector da Saúde para 1995/1999 e inscreveu a sua execução no Programa Quinquenal para 1995/1999.

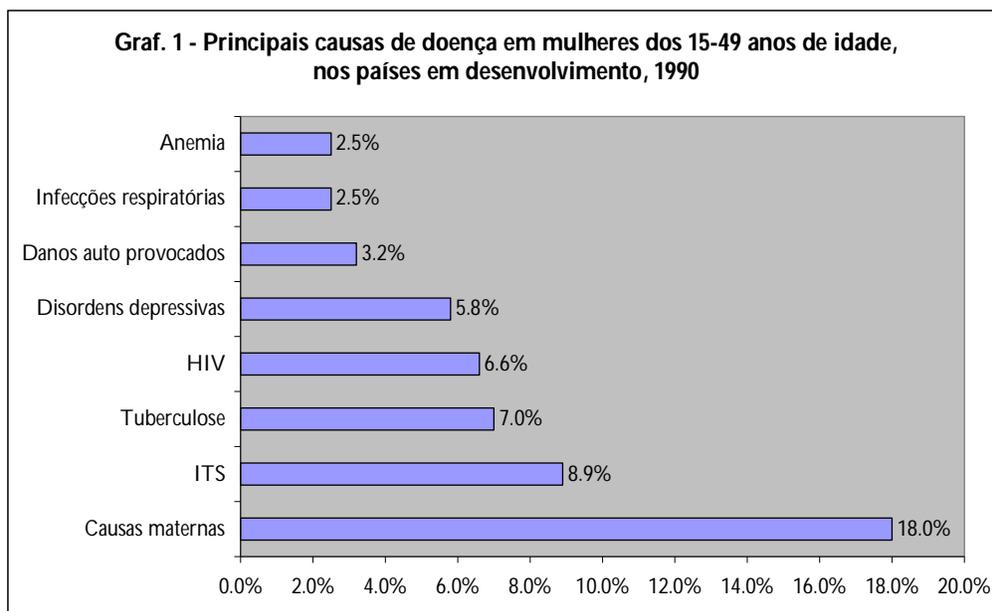
A Política do sector de saúde inscreveu como prioridade actual:

- A preservação e melhoria da saúde da mulher e da criança, através dos programas de Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar, o Programa Alargado de Vacinação, a Saúde, Escolar e do Adolescente.
- A diminuição da incidência e prevalência das doenças mais comuns e endémicas em particular as que tem maior impacto nas taxas de morbilidade e de mortalidade, com irradiação da Poliomielite e eliminação do Tétano Neonatal a curto e médio prazo.
- A contribuição para a melhoria do estado nutricional da população em particular das crianças incluindo a prevenção e tratamento das deficiências em micro nutrientes.
- O desenvolvimento de actividade de educação, informação e comunicação para saúde.

É neste quadro de responsabilização do governo que se inscreve a criação do Departamento de Saúde da Comunidade ano nível do MISAU.

A.2 MORBILIDADE E MORTALIDADE MATERNA

Garantir a saúde das mães é bom para a mulher, sua família, e sociedade. Nos países em desenvolvimento, as complicações durante a gravidez e o parto bem como devido as ITS, e o HIV/SIDA são as principais causas de mortalidade e incapacidade entre mulheres em idade reprodutiva. (Graf.1).



Fonte: Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges, World bank, 2005.

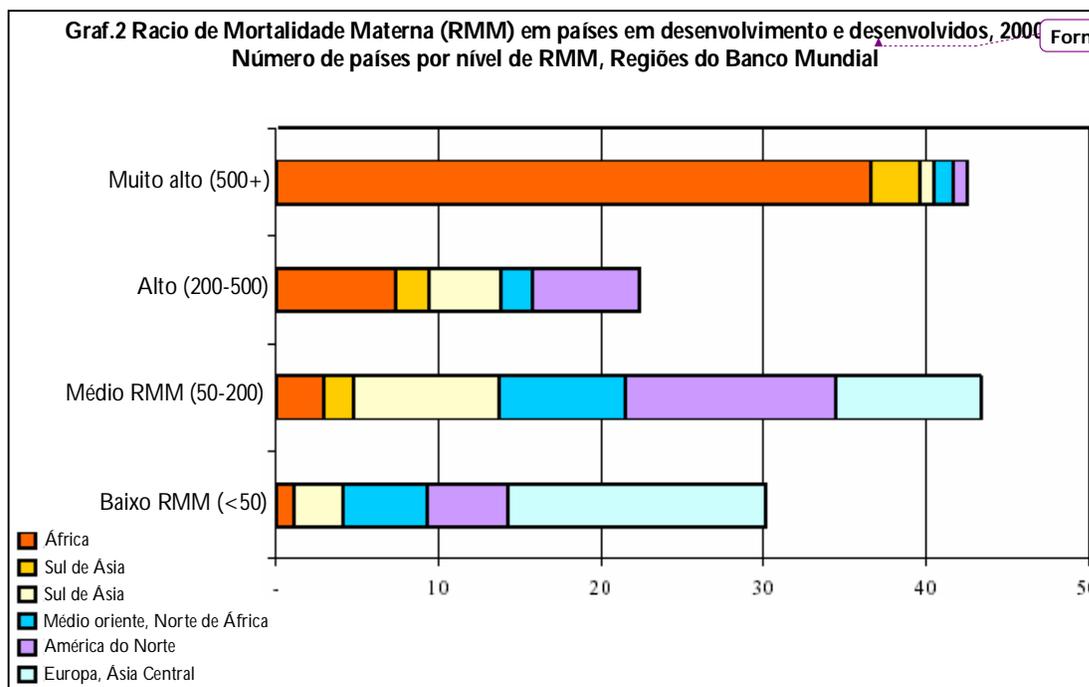
1. Mortalidade Materna

Define-se *morte materna* como a "morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" (ICD-10, 2000).

"*Rácio de Mortalidade Materna*" é o número de mortes maternas por cada 100.000 bebês nascidos vivos (ICD-10, 2000).

"A mortalidade materna representa um indicador do *status* da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É necessário, portanto, ter informação sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela diz sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu *status* social e económico" (WHO/FRH MSM/96.11 UNICEF/PZN/ 96.1).

De acordo com o relatório da UNFPA, 2004, a mortalidade materna é o indicador de saúde que apresenta maiores disparidades entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Na África Sub-sahariana, a mulher durante a sua vida corre risco de 1 em 16 de morrer durante a gravidez e o parto, comparado com o risco de 1 em 2800 nos países desenvolvidos. Em cada minuto, alguma parte do mundo, uma mulher morre por complicações de gravidez ou de parto, totalizando 529.000 mortes cada ano, deixando para trás crianças que serão mais susceptíveis de morrer por terem ficado órfãs de mãe, 95% destas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento (África e Ásia). Apenas 4% das mortes maternas ocorrem na América Latina e Caraíbas e menos de 1% nas regiões mais desenvolvidas do mundo.



Formatted: Font: 10 pt

Fonte: Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges, World bank, 2005

Tem havido poucos sinais de melhorias a nível global no que se refere a redução da mortalidade materna. Contudo, desde as décadas de 60 e 70, alguns países conseguiram reduzir para metade a mortalidade materna, num período de 10 anos ou até menos. Um reduzido número de países, como a Bolívia e o Egito, conseguiram-no nos últimos anos (OMS: Relatório mundial de saúde, 2005).

Em Moçambique, a mortalidade materna constitui um grave problema de saúde. Os dados do IDS (2003), demonstram que a taxa de mortalidade materna no país é estimada em 408 por 100.000 nascimentos vivos. A redução da taxa de mortalidade materna tem uma estreita relação com a redução do índice da pobreza absoluta, e este por sua vez, com resolução dos problemas sócio-económicos que afectam os países em vias de desenvolvimento dos quais Moçambique faz parte.

Após quase 2 décadas de guerra civil, o sistema de saúde ainda não atingiu um nível que possibilita a redução significativa da morbilidade e mortalidade materna. Cerca de 84% das mulheres tem acesso aos cuidados pré-natais (1ª consulta) em relação ao uso dos cuidados obstétricos, 48% ocorrem em US, estes 81% na zona urbana e 34% na zona rural. 14.2% de partos na zona rural e 3.1% na zona urbana são assistidos por parteiras tradicionais, (IDS,2003). Isto, demonstra que a actual cobertura em cuidados obstétricos e maternos ao nível da comunidade é fraca (MISAU, DSC 2004).

2. Morbilidade Materna

Estima-se que 15% das gravidezes resultam em complicações, todas as gravidezes devem ser consideradas de risco. Estar preparado para providenciar tratamento quando aparecem complicações é a chave para salvar a vida da mãe e do recém nascido. Por esta

razão é importante a atenção por pessoal qualificado. (FNUAP, Maternal Mortality update 2004).

Para cada mulher que morre, 30 sofrem de complicações agudas totalizando 15 milhões por ano. Muitas das complicações são doenças crónicas ou incapacidade, como fistulas obstétricas, infertilidade, anemia grave, infecções dos órgãos genitais. A morte ou incapacidade de uma mãe podem deixar as famílias pobres com mais pobreza e desespero. (FCI: Countdown 2015).

3. Causas de morte materna

As mortes maternas podem ser classificadas em:

Mortes obstétricas directas

Aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou devidas a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas (ICD-10, 2000).

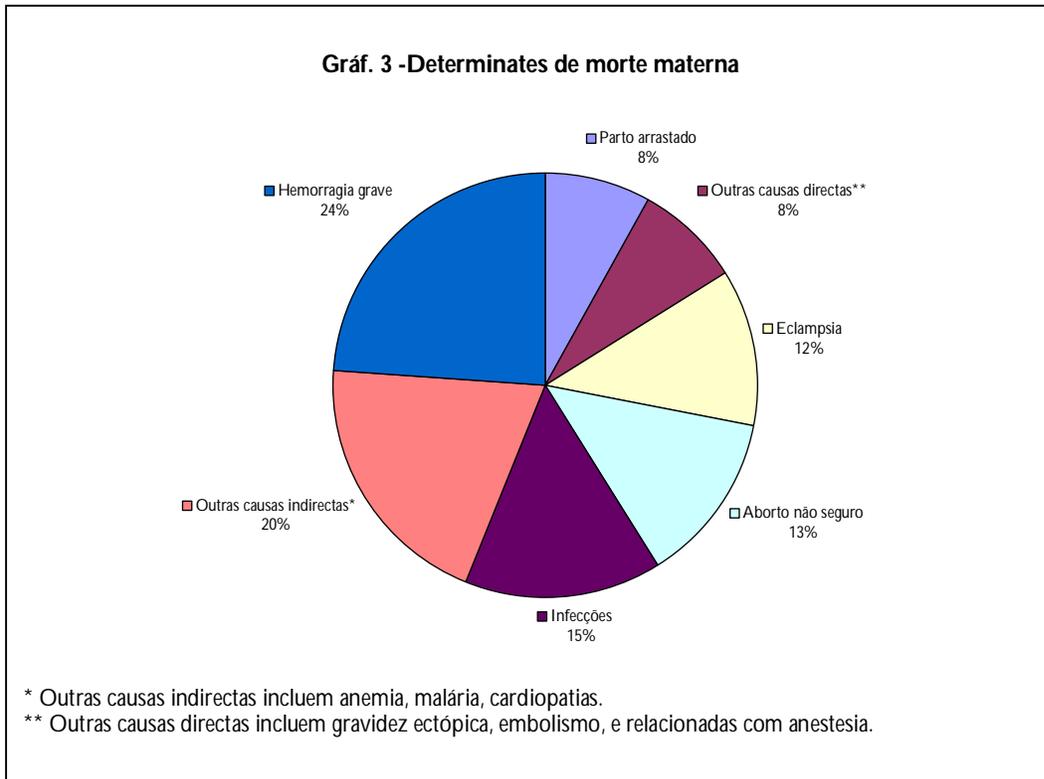
Mortes obstétricas indirectas

Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas directas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (ICD-10, 2000).

3.1 Causas directas

Em todo mundo, dois terços das mortes maternas se devem a 5 causas directas:

- Hemorragia – 25%
- Infecções ou sepsis puerperal – 15%
- Complicações de aborto inseguro – 13%
- Eclâmpsia (hipertensão induzida pela gravidez) – 12%
- Trabalho de parto arrastado – 8%



Fonte: Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges, World bank, 2005.

Outras causas directas ou indirectas incluindo complicações directamente provocadas pela gravidez, assim como condições de saúde agravadas pela gravidez (anemia, malária, cardiopatias e HIV/SIDA) contribuem com 28% da mortalidade materna. (FCI: Countdown 2015). Porém todas as 5 complicações que apresentam maior risco para a vida podem ser *prevenidas e tratadas* por profissionais de saúde.

Em Moçambique, as principais causas de mortalidade materna, são hemorragias uterinas, malária, HIV/SIDA, hipertensão induzida pela gravidez, eclâmpsia, sépsis puerperal, e aborto séptico. A falta de transporte e baixa qualidade dos cuidados antenatais e intrapartos nas unidades sanitárias periféricas são determinantes da mortalidade materna (Granja, Ana Carla L, 2002).

Comment [D1]: Importa a referência em termos percentuais das principais causas de mortalidade materna. Os materiais multimédia irão atribuir maior importância às causas mais frequentes. Inclusive desagregado causas directas & indirectas.

3.2 Causas indirectas

A maioria das mortes resulta de atrasos no reconhecimento dos vários tipos de complicações possíveis, a falta de cuidados médicos e a inexistência de assistência especializada. (OMS, 1999).

O HIV/SIDA é a causa de uma incidência elevada das mortes maternas (ICPD, 1994) e constitui cada vez mais um importante factor de mortalidade materna em alguns países da Região. As infecções oportunistas são comuns e os resultados perinatais são

igualmente maus, com uma frequência cada vez maior de abortos, gravidezes ectópicas e outras complicações (OMS, 2000 AFR/RC50/TD1).

A malnutrição em mulheres contribui para complicações e morte durante a gravidez e o parto. As mulheres com anemia apresentam maior risco de morte durante o parto e período pós parto mesmo que a perda de sangue seja mínima. As mulheres com anemia grave tem um risco de 3.5 vezes de morrer do que as mulheres sem anemia (Bradin, Hakimi, and Pelletier, 2001).

A Malária na gravidez representa um importante problema de saúde pública. A mulher grávida apresenta uma vulnerabilidade particular. Cerca de 90% dos casos de malária no mundo registam-se em África, e em cada ano, 24 milhões de gravidezes ocorrem em mulheres que residem em áreas endémicas para a malária. Porém menos de 5% de mulheres grávidas têm acesso a uma intervenção eficaz (WHO, 2002).

De acordo com as estimativas da UNAIDS, 2005, 38.6 milhões de pessoas que vivem com HIV/SIDA no mundo das quais 17.5 milhões são mulheres. Em termos de novas de infecções, ocorrem 4,9 milhões e desta 57% são mulheres vivendo na África Sub-sahariana. Do ponto de vistas biológico, económico e social, as mulheres são mais vulneráveis a infecção pelo HIV, e esta pode ser agravada durante a gravidez incluído o risco de transmissão do vírus ao seu bebé.

3.3. Determinantes sócio-económicos da mortalidade materna

Para além das causas directas e indirectas os factores sócio-económicos jogam um papel importante na saúde materna e consequentemente na mortalidade materna. Estes factores podem ser agrupados nos seguintes níveis: individual, familiar, comunitário, sistema de saúde, sectores relacionados, e políticas e acções do governo.

Em Moçambique, estudos indicam que a falta de transporte e baixa qualidade dos cuidados pré-natais e intra-partos nas unidades sanitárias periféricas são determinantes directos ou indirectos da mortalidade materna.

Nível individual

Factores de saúde e não inerentes a saúde podem contribuir para morbilidade e mortalidade materna. Estes factores são:

- Idade da mulher;
Cerca de 90% da mortalidade materna ocorre em adolescentes e 30% das quais são grandes múltiparas, demonstrando claramente a necessidade de melhorar o acesso a educação sexual e contracepção (L. Jamisse et al, 2004).
- Paridade;
- Estado de saúde
- Estado marital;
- Capacidade de utilização eficiente dos serviços de cuidados de saúde,
- Práticas sexuais;
- Práticas em relação a dieta;
- Práticas de higiene e
- Outros factores relacionados com o estilo de vida.

Nível familiar

A decisão da mulher em procurar os cuidados de saúde é influenciada por vários factores incluindo a influência do marido, membros da família, normas sociais, nível educacional, gravidade da doença, a distância, custos e oportunidades financeiras relativos aos cuidados de saúde e experiência em relação aos cuidados de saúde (Thaddeus and Maine, 1994)

“Muitas mulheres têm os filhos sozinhas, com familiares ou ajudantes mal preparados, pessoas que não estão à altura de enfrentar complicações pós-parto” (Jong Wook Lee, director-geral da OMS).

Nível comunitário

As normas culturais relacionadas com a saúde materna e reprodutiva podem contribuir para morbilidade e mortalidade materna. O status sócio-económico baixo das adolescentes e mulheres é um determinante fundamental da mortalidade materna. O baixo status limita o acesso das adolescentes e mulheres a educação e boa nutrição assim como a recursos económicos necessários para pagar os cuidados de saúde e o planeamento familiar. Algumas mulheres não têm acesso aos cuidados quando são necessários devido a praticas culturais de exclusão ou porque o poder de decisão é da responsabilidade de outra família. Falta de acesso e uso dos cuidados obstétricos essenciais é um factor crucial que contribui para a mortalidade materna. Excesso de trabalho físico associado a dieta pobre também contribui para a mortalidade materna. (Reduction of maternal mortality. WHO, 1999)

As normas culturais existentes nas comunidades podem influenciar a dinâmica das famílias e a capacidade da mulher regular a sua fertilidade: o poder de decisão do homem sobre a mulher pode limitar o uso dos serviços de saúde reprodutiva com efeitos profundos na saúde e mortalidade materna.

A frequência do casamento e a maternidade precoce e famílias numerosas é elevada onde o uso dos serviços de saúde reprodutiva é limitado e a mortalidade materna é elevada (ref).

As crenças sobre o risco associado com a saúde e problemas de saúde durante a gravidez, parto e período pós-parto podem influenciar grandemente a atitude e comportamento de procura dos cuidados de saúde para a mãe e o bebé. Por exemplo: As mulheres podem reduzir a ingestão de alimentos durante a gravidez por acreditarem que estes podem resultar num macrofeto e consequentemente dificuldades durante o parto (SEWA- rural research team, 1994).

Sistema de saúde

Mesmo que as mulheres e suas famílias estejam em condições de reconhecer os seus problemas de saúde, tomar a decisão de procurar os cuidados de saúde, e terem a capacidade financeira necessária, ainda existem muitos obstáculos para usufruírem de cuidados de saúde de qualidade, que incluem:

- Fraca qualidade de cuidados de saúde,
- fraca cobertura geográfica dos serviços de saúde,
- Fraca disponibilidade dos serviços (falta de medicamentos, material, pessoal qualificado para a provisão de cuidados obstétricos de emergência).

Estimativas referentes a África sub-sahariana e Ásia indicam que existe 1 profissional de saúde qualificado para 300,000 pessoas e consequentemente um rácio de 1 profissional qualificado para 15,000 nascimentos (MacDonal ans Starrs, 2002)

- Fraco poder de aquisição
- Abastecimento irregular em medicamentos e outros insumos

Tendo em conta a interacção dos determinantes de saúde e mortalidade materna, Thaddeus e Maine, 1994 desenvolveram o “Modelo das 3 demoras” no acesso aos cuidados obstétricos de emergência.

Em Moçambique, e de acordo com o modelo das três demoras, estudos indicam que os principais determinantes das Mortes Maternas são:

Quadro 2:

Níveis de demora	Causas
<p>“Primeira demora”: atraso no reconhecimento dos sinais de perigo e decisão de procurar os cuidados</p>	<p>Analfabetismo ou baixa escolaridade Pobreza manifestada pela falta de água canalizada, energia eléctrica e pelo desemprego Recusa em levar a doente à unidade sanitária Falta ou reduzida frequência da consulta pré-natal Más interpretações sobre as causas ou factores (feitiço ou curanderismo) que conduzem à morte da mulher Falta de conhecimento sobre as causas ou do problema que esteve na base da morte Demora na tomada de decisão de ir à unidade sanitária.</p>
<p>“Segunda demora”: atraso em atingir a unidade sanitária influenciado pelos seguintes factores</p>	<p>Falta de disponibilidade de transporte para chegar à unidade sanitária, inclusive ambulância Longas distâncias traduzidas pelo longo tempo (vários dias)</p>
<p>Terceira demora “: Atraso em receber o tratamento apropriado influenciado pelos seguintes factores:</p>	<p>Demora no atendimento a nível da unidade sanitária Atraso na recepção de cuidados adequados Serviços inadequados Tratamento inadequado Falta de condições cirúrgicas Incompetência do pessoal; Pessoal ausente (médico, enfermeira e técnico de cirurgia); Má condução do caso Falta de pessoal qualificado</p>

Fonte: MISAU, DSC 1998/99 relatório de revisão de mortes maternas

4. Impacto da mortalidade materna

As consequências das complicações e mortalidade materna são enormes. A morte de uma mulher, devida a complicações de gravidez ou parto tem implicações no seio da família e representa grande perda na sua comunidade com repercussões ao longo das gerações. Ela, representa o suporte moral, social e económico da família e da comunidade, executa trabalho não remunerado que contribui para o aumento do rendimento ou redução das despesas.

As crianças são as que sofrem mais: quando a mãe morre, as suas crianças têm 3 a 10 vezes mais probabilidades de morrer no período de 2 anos após a morte da mãe. O risco de morte para uma criança menor de 5 anos duplica se a sua mãe morreu durante o parto (ref).

Cerca de 20% de doenças nas crianças menores de 5 anos está directamente associada a fracas condições de saúde materna e reprodutiva, nutrição, e qualidade de cuidados obstétricos e infantis (Banco Mundial, 1999).

Os óbitos maternos resultam num número significativo de órfãos e na perda de rendimentos, contribuindo assim para a pobreza da família e da sociedade. A morte dos filhos ocorre muito cedo e com frequência, e a educação dos sobreviventes fica seriamente comprometida. A morte prematura dos viúvos não é rara (OMS, Harare – 2000)

5. Factores preveníveis na mortalidade materna

Principais Causas de Mortes maternas Preveníveis – Quadro 3

Causas de Mortes maternas	Intervenções que provam ser salva vidas
Hemorragias pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir anemia na gravidez Assegurar atendimento qualificado no parto Prover cuidados obstétricos essenciais completos
Infeções puerperais	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar atendimento qualificado no parto, capaz de executar práticas de anti-sepsia durante o parto. Prover cuidados obstétricos essenciais.
Aborto não seguro	<ul style="list-style-type: none"> Prover cuidados obstétricos essenciais básicos. Assegurar atendimento qualificado durante a complicações.
Hipertensão induzida pela gravidez e eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico por pessoal qualificado durante os cuidados pré-natais. Tratar eclâmpsia com medicamentos apropriados. Disponibilidade de cuidados obstétricos básicos.
Parto arrastado	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico precoce nas maternidades da periférica. Disponibilidade de cuidados obstétricos essenciais completos ou principais s obstétricas.
Outras causas obstétricas directas	<ul style="list-style-type: none"> Referir precocemente a gravidez ectópica ao hospital rural. A disponibilidade de principais intervenções obstétricas. Aprovisionar os cuidados obstétricos essenciais completos.

Fonte: MISAU-DSC (2001) plano operacional 2002-2005: Redução da Mortalidade Materna e Perinatal

A.3 TORNAR A GRAVIDEZ MAIS SEGURA

A redução da mortalidade materna é uma das mais importantes *Metas de Desenvolvimento do Milénio*, as últimas décadas trouxeram poucos progressos nesta área.

As complicações da gravidez e do parto são responsáveis pela morte de 529 000 mulheres, por ano, e são a segunda causa mais comum de mortalidade entre as mulheres em idade fértil, depois do HIV/SIDA (ref). Este fardo tem uma distribuição desigual: enquanto o maior número de óbitos maternos se verifica nos países grandes, com elevadas taxas de fertilidade, os ratios mais elevados de mortalidade materna encontram-se, principalmente, em África. Nestas áreas de elevada mortalidade materna, o risco de morrer por uma causa relacionada com a gravidez é mais de 140 maior do que na Europa (ref:). As mulheres não morrem de doenças, mas por falta de assistência qualificada nos partos e de cuidados obstétricos de urgência.

Desde o lançamento da iniciativa *Maternidade Segura*, em 1987, a comunidade internacional tem tentado resolver este problema. Alguns países conseguiram reduzir os óbitos maternos e neonatais, mas os ratios de mortalidade permaneceram quase inalterados nos países mais afectados (MISAU, DSC, 2006).

A maternidade com o mínimo de risco não é somente um problema sanitário, mas também uma questão social e moral. A OMS privilegia o reforço, a nível de país, dos sistemas e actividades da saúde que contribuam para reduzir a mortalidade materna.

Reduzir, em três quartos, o número de mulheres que morrem durante a gravidez e o parto, entre 1990 e 2015, é um dos mais importantes objectivos das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

1. Indicadores e estatísticas comparativas

1.1 Indicadores da Saúde Materna

A morte materna é o culminar de um processo. Consequentemente, a identificação e o registo de mortes maternas está longe de ser uma tarefa simples, e monitorar os esforços para reduzir a mortalidade materna não pode centrar-se apenas na contagem das mudanças nas mortes. O processo de monitoria deve incluir a informação dos processos ou das circunstâncias que levam a morte materna. A fim de maximizar o progresso das intervenções para melhorar a saúde materna, os indicadores de saúde materna foram classificados em: indicadores de impacto (mudanças nas mortes) e indicadores do processo (mudanças nas actividades ou factores que contribuem para a morte materna).

Estes dois grupos dos indicadores fornecem essencialmente a informação descritiva no desempenho e as actividades de programas de saúde materna. Seu uso principal é para a avaliação ao contrário do diagnóstico do problema embora podem também servir para tal. Actualmente os indicadores disponíveis focam mais a mortalidade materna, do que a morbilidade, incapacidade ou o bem estar. Isto, deve-se principalmente a falta relativa de

experiência na conceptualização, e na utilização do indicador do estado de saúde maternal fora da mortalidade.

1.1.1 Indicadores de impacto

O impacto de um programa para reduzir a morte materna é determinado medindo mudanças no nível da mortalidade materna. Existem vários modos para descrever este nível, alguns dos quais são descritos a seguir.

Taxa de mortalidade materna: é número de morte materna por 100.000 mulheres dos 15-49 anos de idade, por ano. É importante porque mede o impacto de morte materna como um todo na população de mulheres, não só em mulheres grávidas. Este indicador é afectado por dois factores: (1) o risco de morte entre mulheres grávidas; e (2) a proporção de mulheres que ficam grávida em cada ano. Por conseguinte, a taxa de mortalidade materna pode ser diminuída fazendo parto mais seguro ou reduzindo a taxa de fertilidade na população.

Racio de mortalidade materna: é número de morte materna por 100.000 nados vivos. Mede o risco de morte materna entre mulheres grávidas ou recentemente grávidas.

Risco de vida

O risco de morte materna de uma mulher acumula sobre sua vida reprodutiva. Toda vez que ela fica grávida, corre o risco novamente. É diferente do risco de mortalidade infantil para qual cada pessoa está exposta somente uma vez. Adicionalmente, a mortalidade e fertilidade, em geral, variam junto (isto é, as mulheres dos países com mortalidade materna alta tendem a ter fertilidade alta). Consequentemente, o risco de vida reflecte a verdadeira discrepância no risco de morte materna entre os países em desenvolvimento e desenvolvidos. Embora este indicador só recentemente entrou em uso, é talvez o mais eloquente de todos. O risco de vida, como o racio de mortalidade materna, ambos são influenciados pela média de gravidezes e pelo número médio de vezes que uma mulher dá o parto.

Quadro 4: Risco de morte materna variando com Racio de Mortalidade Materna (RMM) e o número de gravidezes		
	RMM=500	RMM=250
1ª Gravidez	1 em 200	1 em 400
2ª Gravidez	1 em 100	1 em 200
4ª gravidez	1 em 50	1 em 100
8ª Gravidez	1 em 25	1 em 50

Fonte: UNICEF, WHO, UNFPA: Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. 1997

Estes indicadores são muito úteis para o reporte a nível nacional e internacionais. Porém, embora eles dão uma indicação da magnitude do problema, não fornecem informação de como resolver o problema. Colher estes indicadores por si só, sem informação de suporte, não seria útil para gestão de programas.

1.1.2 Indicadores do processo

Proporção de mulheres que assistiu, pelo menos uma vez, a consulta pré-natal durante gravidez realizada pelo pessoal treinado

Este é o resultado ou indicador do processo que fornece informação do nível de utilização do cuidado de saúde por mulheres grávidas. Entretanto, porque o tipo de cuidado fornecido não é especificado, o indicador mede qualquer contacto durante a gravidez, sendo ou não por razões relacionadas à gravidez. Se o indicador for utilizado para a gestão do programa, a definição subjacente dos cuidados necessários deve ser mais aparente e mais precisa. Isto fortalece a relação casual com resultados de saúde materna e a complementaridade do indicador com outros indicadores de maternidade segura.

Proporção de nascimentos atendidos por pessoal treinado

Este é um resultado ou indicador intermediário que fornece informação sobre a cobertura actual de partos assistidos, ambos normais e complicados. O indicador ajuda na gestão de programas a níveis distrital, nacional e internacional indicando se os programas de maternidade segura estão em objectivo na provisão e utilização de assistência profissional do parto. A nível internacional, a interpretação de comparações deveria levar em conta as diferenças dos tipos de treinamento entre países.

Número de facilitadores provedores de cuidados obstétricos essenciais (COE) por 500.000 habitantes

Este indicador mede a extensão da disponibilidade dos serviços de saúde que fornecem o cuidado obstétrico essenciais.

Proporção de casos obstétricos complicados atendidos nas unidades sanitárias provedoras de COE

Este indicador mede a quantidade de utilização de unidades sanitárias com COE por mulheres com complicações da gravidez e parto. Elas constituem um grupo alvo importante para o programa de Maternidade Segura. Embora medindo o processo, este indicador pode ser considerado como um indicador de impacto devido a sua forte ligação com a mortalidade materna.

Cesariana como proporção de todos nascimentos.

Este indicador mede o progresso da redução de mortalidade materna. Entretanto, algumas preocupações surgiram, as cesarianas indicadas por razões fetais não são de benefício primário da mãe.

Taxa de letalidade por complicação obstétrica.

Este indicador mede o progresso da redução de mortalidade materna a nível da unidade sanitária. Mede a qualidade de cuidado oferecidos nas unidade sanitárias. É essencialmente um indicador, particular para cada unidade sanitária. O seu registo

não é prioritário por unidades sanitárias enquanto fornecem diferentes níveis de serviços em circunstâncias diferentes. Porém, é um indicador útil e apropriado para monitorização do desempenho e padrões de cuidado das unidades sanitárias ao longo do tempo.

Taxa de mortalidade perinatal

A taxa de mortalidade de perinatal é, no sentido exacto, um indicador de saúde fetal mas também pode ser útil para avaliar melhorias da saúde materna, o declínio da mortalidade materna, e é útil para medir a qualidade dos cuidados intra-parto.

Porcentagem da população que mora a uma hora de tempo de caminhada do centro da saúde que oferece serviços de cuidados obstétricos essenciais

Este indicador mede a extensão da disponibilidade de facilidades obstétrica da emergência. Responde assuntos de proximidade em lugar de acessibilidade.

2. Estatísticas comparativas

Quadro 5: Indicadores seleccionados relacionados com a Saúde Materna e Reprodutiva

Estes dados constituem estatísticas de várias fontes internacionais e não podem corresponder às estimativas dos próprios países.

Não foram submetidos à consideração dos países

Países seleccionados	Rácio de Mortalidade materna (Ano 2000) (por 100000 nados vivos)	Mulheres grávidas que receberam a CPN			Partos assistidos por profissionais de saúde qualificados		Partos em unidades sanitárias		Partos por cesarianas		Taxa de uso de contraceptivos	
		1+ visitas CPN (%)	4+ visitas CPN (%)	Ano	%	Ano	%	Ano	%	Ano	Qualquer Método (%)	Método Moderno (%)
Moçambique	1000*	71	41	1997	48	1997	....	....	3	1997	6	5
África do Sul	230*	89	72	1998	84	1998	85	1998	15	2002	56	55
Zimbabwe	1100	82	64	1999	73	1999	72	1999	7	1999	54	50
Malawi	1800	94	55	2000	61	2002	54	2000	3	2000	31	26
Zâmbia	750	94	71	2001-02	43	2001-02	43	2001	2	2001-02	34	23
Angola	1700*	....	....	....	45	2001	....	....	....	....	6	5
Tanzânia	1500	96	69	1999	36	1999	42	1999	3	1999	25	17
Uganda	880	92	40	2000-01	39	2000-01	37	2000	3	2000-01	23	18
Egipto	84	54	41	2000	69	2003	52	2000	11	2000	60	57
Estados Unidos de América	14	....	....	....	99	2002	....	....	23	2000	....	71
Espanha	5	....	....	....	....	....	....	....	....	....	81	67

* Estimativas obtidas por regressão e métodos de estimativa semelhantes.

Fontes: OMS: relatório Mundial de Saúde, 2005.

FNUAP: Estado da População Mundial, 2005

Quadro 6: Risco de uma mulher morrer por complicações relacionadas com gravidez, parto, ou aborto não seguro durante o seu tempo de vida.

Países seleccionados		Regional	
Moçambique	1 em 16	África	1 em 15
Índia	1 em 57	Ásia	1 em 105
Brasil	1 em 128	América Latina e Caraíbas	1 em 150
Estados Unidos de América	1 em 3,418	Europa	1 em 1,895
Espanha	1 em 9,058	América do Norte	1 em 3,750
Mundial			
Mundial	1 em 70		
Países em Desenvolvimento	1 em 65		
Países Desenvolvidos	1 em 2,125		

Fonte: Population Action International: Study Ranks Women's Reproductive Health Worldwide. U.S. Ranks 15th Among 25 Low Risk Countries; Africa's Women Still Most at Risk, 2001

A.3 PLANEAMENTO FAMILIAR, FERTILIDADE, INFERTILIDADE E ABORTO

1. Planeamento Familiar (PF) e Fertilidade

Muitas mulheres pretendem engravidar. Todos os anos, estima-se que 123 milhões são bem sucedidas. Mas existe um grande número adicional de mulheres – cerca de 87 milhões – que engravidam sem querer. Para algumas mulheres e respectivos parceiros, isto pode constituir uma agradável surpresa, mas para outras a gravidez pode ser extemporânea ou simplesmente indesejada. Dos 211 milhões de gravidezes que se estima ocorrerem por ano, cerca de 46 milhões acabam em aborto provocado (OMS, relatório mundial, 2005).

Apesar de haver um grande número de gravidezes indesejadas, hoje em dia há muito mais mulheres que controlam a sua vida reprodutiva, tornando mais espaçadas as suas gravidezes ou limitando o seu número. Os cerca de 30 anos de esforços para colocar os serviços de contracepção ao alcance das pessoas não foram em vão. Nos países em desenvolvimento, a prevalência da contracepção subiu de 10%, no início da década 60, para 59%, na transição do milénio. Apesar da redução do apoio financeiro internacional, houve no mundo um aumento anual de 1% no uso de contraceptivos, nos últimos 10 anos. Entretanto, a

utilização dos contraceptivos é ainda muito baixa em muitas zonas de África e variável noutros continentes. De acordo com dados recentes, baseados na análise da realidade, alguns países estão na verdade a viver um período de regressão na cobertura do planeamento familiar. Embora a nível mundial tenha se registado uma diminuição da fertilidade, permanecendo a média actual de filhos por cada mulher nos 2.69, quando era de 4.97 no início dos anos 60 (OMS, relatório mundial de saúde, 2005)

Em Moçambique, o planeamento familiar foi introduzido em 1978 e em 1980 o Ministério da saúde cria o programa nacional de planeamento familiar e tem como objectivo proteger e melhorar a saúde materna, em particular das mulheres com alto risco reprodutivo, e melhorar a saúde das crianças através da promoção do espaçamento de pelo menos 2 anos entre os nascimentos sucessivos. Estes serviços são gratuitos e regem-se pelos seguintes princípios:

- Distribuição gratuita de métodos contraceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica.
- Prestação de serviços de planeamento familiar integrados a outros serviços de saúde reprodutiva em particular de SMI e Saúde do Adolescente e Jovem. Ao nível dos cuidados primários de Saúde
- Realização de actividades de IEC ao nível das US ao nível das maternidade
- Promoção do aleitamento materno como método preferencial para a amamentação do recém-nascido/criança e indirecto para o espaçamento dos nascimentos
- Envolvimento da comunidade com a participação das parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares
- Desenvolvimento de parcerias com ONG's na concepção, produção e disseminação dos materiais de planeamento familiar.

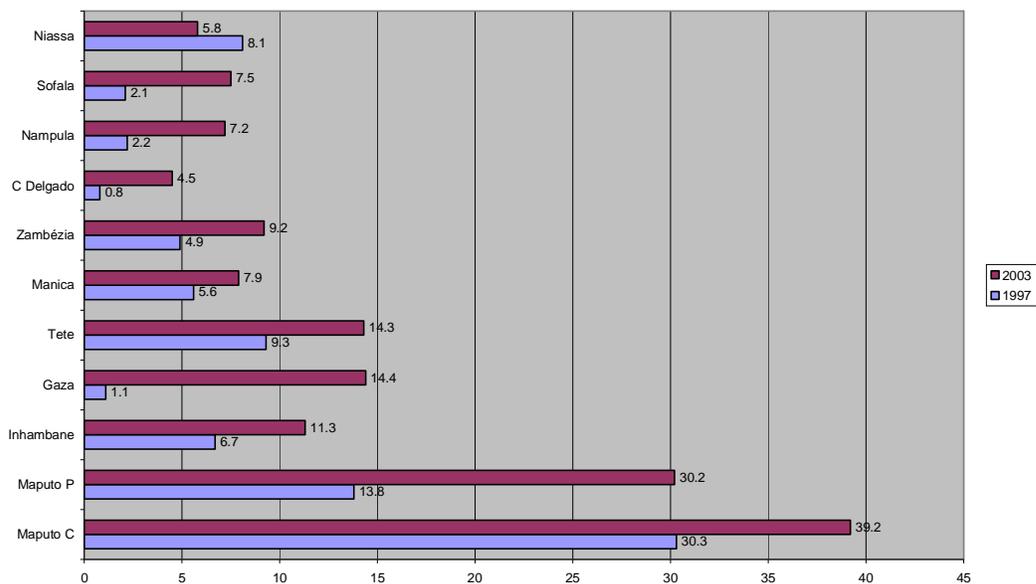
A Taxa de Prevalência de Contraceptivos no País cresceu de 6% em 1997 para 17% em 2003. A expansão dos serviços de planeamento familiar (que de acordo com a avaliação do PESS 2001-2005 estão disponíveis em todas as Unidades de Saúde no País), bem como os esforços desenvolvidos para aumentar a informação e comunicação, são apontados como os principais factores para este aumento.

O número de mulheres no país entre os 15 e 49 anos de idade, que não fazem uso de nenhum método contraceptivo é extremamente alto: 81.8%. Nos jovens, do grupo etário dos 15 aos 24 anos de idade, a taxa é de 83.9% para as raparigas e 76.0% para os rapazes (INJAD, 2001). Os métodos contraceptivos mais modernos usados pelas mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade é a pílula (5.4%), seguido por injeções (4.2%) e preservativos (3.7%) (IDS, 2003). Este comportamento é semelhante ao das mulheres entre 15 e 24 anos de idade.

A percentagem de mulheres que conhecem os métodos contraceptivos cresceu de 61.3% em 1997 para 90.8% em 2003 (IDS, 2003).

O grafico 4, mostra a distribuição percentual de mulheres que usam algum contraceptivo moderno por província

Gráficos 4. Percentagem de Mulheres que usam algum método moderno de contraceção por província, Moçambique- IDS, 2003



1.1 Determinantes sociais e questões críticas no âmbito do Planeamento familiar

O uso de métodos do planeamento familiar podem impedir o aumento da prevalência de gravidezes indesejadas. Todos os governos nacionais são encorajados a reduzir a necessidade do aborto, fornecendo o acesso universal à informação e aos serviços do planeamento familiar.

Os serviços de Planeamento familiar são no geral aceites tanto pelos homens como pelas mulheres, desde que sirvam para espaçar os nascimentos e não para limita-los. Porém, em algumas comunidades, estes são percebidos pelos homens como sendo uma “cultura importada”, como “algo importado pelo governo”, e como causa do aumento da prostituição e do adultério por parte da mulher (ref). As razões que constituem barreira para a utilização destes serviços, de maneira geral, não diferem entre homens e mulheres e são basicamente, as seguintes:

- Falta de informação da existência destes serviços.
- Falta de conhecimento sobre mecanismos de acção dos anticonceptivos.
- Receio de provocarem esterilidade feminina.
- Falta de poder de decisão sobre o uso de contraceptivos e falta do consentimento dos maridos.
- Relutância em recorrer aos serviços de saúde onde se sentem ameaçadas e humilhadas pelos funcionários, ou forçadas a aceitar tratamentos que vão contra os seus valores e costumes.

Em Moçambique, muitas vezes, as mulheres têm um acesso limitado à educação, informação e aos novos conhecimentos, que poderiam poupá-las a sucessivas maternidades e salvar-lhes a vida durante o parto. Entre outros factores que determinam a utilização da tecnologia de contracepção disponível no Sistema Nacional de Saúde pelas utentes inclui-se:

- a ocasional ruptura de stocks de determinado tipo de método;
- Centro de Saúde longe ou de difícil acesso;
- longo tempo de espera para as consultas e a qualidade de atendimento da parte do pessoal de Saúde;
- Barreiras legais.

De acordo com INJAD (INE, 2001), embora a maioria das mulheres (85% total; 96% em áreas urbanas) e em homens (96% total; 98% em áreas urbanas) já ouvira falar do preservativo masculino, significativamente poucos ouviram sobre outros métodos modernos. Entretanto, cerca de metade dos homens adolescentes não conhecem nenhum outro método de contracepção. Trinta por cento das mulheres e 75% dos homens referiram acreditar que o preservativo protege contra às infecções sexualmente transmitidas (71% e 85%, respectivamente, em áreas urbanas).

Em relação a fertilidade, 40% das mulheres concordou que há um período mais fértil entre cada período menstrual, e destas, apenas 24% citaram o meio do ciclo

Outros estudos, referem que o uso de contraceptivos modernos é baixo entre as mulheres com parceiros em Moçambique (14% entre as adolescentes) e varia muito, de 5% na província de Cabo Delgado a 39% na Cidade de Maputo. Apenas 7% das mulheres que têm parceiros e moram nas regiões rurais usam contraceptivos, e estima-se que 28% das que moram em áreas urbanas o fazem (M. Dgedge et al. 2005).

As mulheres analfabetas utilizam menos o Planeamento Familiar (22%) que as escolarizadas (31%), o que realça a influencia dos factores socio-económicos na capacidade da mulher controlar o seu potencial reprodutivo.

Das mulheres que tiveram o seu parto nas US, apenas 75% das parturientes foram aconselhadas a voltarem para a consulta pós-parto. De entre aquelas que regressam à consulta pós parto só 34% é que recebem informação sobre PF. O número de utentes de PF nos CS é reduzido. Não se encontram utentes do sexo masculino nas consultas de PF. Cerca de 20% das consultas de planeamento familiar não oferecem privacidade às utentes.

O efeito combinado dos factores sociais, económicos e culturais, torna a mulher vulnerável. Uma redução do número de gravidezes não planificadas ou indesejadas poderia trazer efeitos benéficos uma vez que, o número de abortos realizados em condições de risco diminuiria (M. Dgedge et al. 2005).

A educação na comunidade sobre métodos de PF e envolvimento do homem nestas actividades, continuam sendo imperativos se pretende atingir os objectivos do programa de PF (na promoção da utilização dos serviços de PF).

Seria todavia um erro pensar que mesmo o melhor programa de planeamento familiar reduziria por completo a procura de aborto induzido. Há várias razões para isto; *primeiro*, qualquer método contraceptivos tem uma taxa de falhas ainda que muito pequena para alguns, pelo que aplicado a um grande número de utilizadoras o problema da gravidez não desejada continuaria a existir; *segundo*, a gravidez não desejada pode também ocorrer quando o parceiro masculino é hostil e recusa o planeamento familiar; *terceiro*, por vezes o pessoal das consultas de PF é pouco colaborativa para com mulheres não casadas, em particular com as adolescentes; *quarto*, para o acesso a alguns métodos como a laqueação exige-se o consentimento por escrito do marido; *quinto* as mulheres não são livres de decidir se querem ou não ter relações sexuais. É exemplo disso a coerção sexual sob as formas mais subtis como a sedução no local de trabalho, escolas, e mesmo sob a forma de tradições culturalmente assumidas como válidas, tal como o caso do facto da viúva na sociedade tradicional para continuar na família do marido deve aceitar ter relações sexuais com um homem da família. Sem falar no incesto ou na violação, frequentemente não denunciadas, pelo receio de represálias, ostracismo familiar ou social manter a gestante viva (ACORD/HASAP, 2005).

2. Infertilidade

No mundo, estima-se que 8 a 12% de casais têm dificuldades de conceber. Na África subsahariana a infertilidade afecta até um terço dos casais (Abdallah S, Daar, 2002).

Apesar das transformações observadas nas concepções e práticas relacionadas à infertilidade, fundamentadas principalmente no avanço do conhecimento médico, a condição de infértil tem se constituído em um “anátoma” para as mulheres, atravessando séculos de história e rompendo limites geográficos e culturais. Vários estudos, fazem referência a imposição social da maternidade para a “mulher normal” e as consequências pessoais e sociais de problemas reprodutivos (Dunkel-Schetter et al, 1991).

Um estudo antropológico sobre a maternidade, relata que em algumas tribos africanas a importância atribuída à fertilidade era demonstrada pelas estratégias utilizadas pelo casal: se o marido fosse impotente, a mulher era incentivada a manter relações sexuais com parentes e amigos até que engravidasse; se a mulher não engravidava, encontrava-se outra que pudesse ter filhos “em seu nome”.

Nos estudos históricos e antropológicos, raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, engendrando metáforas e simbologias pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais (Z. A. Trindade, et al, 2002).

A infertilidade sob a *ótica da Psicologia* é conceitualizada em 3 modelos com destaque para o terceiro. O *terceiro modelo* descrito por Stanton e Danoff-Burg (1996): conceitualiza a infertilidade como uma experiência potencialmente stressante e utiliza teorias psicológicas estabelecidas para identificar as condições sob as quais aqueles que se confrontam com a infertilidade são vulneráveis a uma extrema angústia e a uma ruptura em sua vida ou têm maior probabilidade de mostrar um funcionamento adaptativo.

As pesquisas contemporâneas sobre infertilidade feminina mostram os efeitos psicológicos múltiplos e interrelacionados, abrangendo desde aqueles propriamente pessoais, como o estresse, sentimentos de perda e o comprometimento da auto-estima, até as dificuldades para o relacionamento conjugal, implicando mesmo em prejuízo para o relacionamento social mais extenso (Hansell, 1998).

Estudos, realizados nas consultas externas, encontraram entre outros aspectos, elementos de representações sociais da infertilidade que remetiam a *sentimentos de inferioridade, de culpa, de solidão e de tristeza, bem como referências à pressão social sofrida.* (Z. A. Trindade, et al, 2002).

Em algumas comunidades, a infertilidade é também um factor que contribui para a violência baseada no género em particular, para a mulher pode representar uma ameaça a sua vida devido a violência física e psicológica a que é sujeita pois a sociedade espera que ela procrie filhos. adicionalmente, a infertilidade pode causar dificuldades económicos, estigma, sentimento de culpa, isolamento social, medo e perda de status social (Florence Okio, 2004; Bergstrom S., 1992).

Em Moçambique, no âmbito dos valores culturais tradicionais o estatuto da mulher depende do casamento e da sua capacidade de procriação. Um grande valor é atribuído à criança, e a fertilidade é ainda um requerimento necessário para a confirmação da sua condição de mulher e constitui motivo de orgulho para a família do marido que pagou a compensação matrimonial, o lobolo, pois deste modo a frequência do grupo está assegurada (U. of Pennsylvania – African Studies Center, 1996).

As mulheres inférteis do grupo étnico Macua ainda hoje, sofrem diversas consequências pela infertilidade, sendo uma das mais importantes sua exclusão de algumas cerimónias tradicionais e de actividades sociais. A maioria delas comete adultério com a esperança de engravidar (Gerrits, T. 1997).

No entanto a expressão da capacidade reprodutiva da mulher, ou seja a gravidez e o parto, assumida voluntariamente ou não, podem constituir um perigoso desafio a sua própria sobrevivência.

Graça Machel, 1996 refere que um dos efeitos dos conflitos armados é o aumento da violência sexual contra a mulher resultando em gravidezes indesejadas. Os problemas causados pelas complicações na gravidez e no parto, e pelo sexo não desejado e sem protecção, podem ser imediatos, como é o caso de Doença Pélvica Inflamatória (DPI). Porém, podem também ter efeitos adversos na futura vida sexual e na saúde reprodutiva das mulheres, e dos seus filhos, por influenciarem condições de saúde, *como a infertilidade, HIV/SIDA para mãe e a criança e a sífilis congénita.*

Em Moçambique, existem poucos estudos sobre a infertilidade, e ao nível do MISAU não existe uma estratégia/norma para uma abordagem padronizada a problemática da infertilidade. A qualidade das intervenções em curso depende da abordagem clínica dos provedores de cuidados de saúde.

3. Aborto

Abortamento ou *interrupção* da gravidez é a morte (espontânea ou provocada) de um embrião ou de um feto antes do final do seu desenvolvimento normal. O processo é também chamado *aborto*, embora em termos científicos esta palavra designe apenas o resultado da acção, isto é: o embrião ou feto expulso do ventre materno. A palavra provém do latim *abortus*, ou seja, "privação do nascimento"

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), abortamento é a morte do embrião ou feto antes que seu peso ultrapasse 500g. Este peso é atingido em torno de 20-22 semanas de gravidez.

Tratando-se de um tema polémico, houve a necessidade de criar terminologias que definam os vários tipos de aborto, trazendo cada nomenclatura uma carga mais ou menos pejorativa ou ideológica. Assim, é comum falar-se de:

- *Aborto voluntário* ou *interrupção voluntária* da gravidez, também designado como aborto provocado ou procurado - é sempre considerado aborto directo, porque visa, realmente, a morte do embrião ou feto. Inclui os seguintes casos:
 - *Aborto honoris causa, honroso* ou *moral* - no caso de a concepção ter ocorrido devido à violação da gestante (a grávida);
 - *Aborto eugénico* ou *profiláctico* - no caso de o feto apresentar malformações graves;
 - *Aborto por motivos sociais* - quando a gestante alega não ter condições económicas, ou outras, para manter, com dignidade, a criança.
- *Aborto involuntário, espontâneo* ou *casual* - interrupção involuntária da gravidez, também conhecido como desmancho.
- *Aborto indirecto*, que inclui o *aborto terapêutico* ou *aborto necessário* - neste caso não se pretende provocar o aborto, mas este é o resultado da acção terapêutica que pretende (ICD-10, 2000).

Dos 46 milhões de interrupções de gravidez praticadas todos os anos no mundo, aproximadamente 60% não obedecem as condições de segurança. Do ponto de vista da saúde pública, a diferença entre aborto seguro e aborto inseguro é muito importante. Quando é efectuado por profissionais de saúde experientes, com equipamento adequado, de acordo com as normas técnicas e sanitárias adequadas, o aborto comporta poucos ou nenhum riscos. Os casos fatais não são mais do que 1 por cada 100 000 intervenções, o que significa um risco menor do que uma gravidez levada a termo nas melhores circunstâncias (Marston C., 2003).

Todavia, mais de 18 milhões de abortos provocados por ano são efectuados por pessoas sem os conhecimentos necessários ou num ambiente que não obedece aos padrões médicos mínimos, ou ambos, sendo por isso inseguros. Quase todos acontecem em países em vias de desenvolvimento. Com 34 abortos inseguros por cada 1000 mulheres, a América do Sul tem o índice mais alto, seguida de perto pela África Oriental (31 por cada 1000 mulheres), pela

África Ocidental (25 por cada 1000 mulheres), pela África Central (22 por cada 1000 mulheres) e pelo sul da Ásia (22 por cada 1000 mulheres) (WHO-Unsafe abortion, 2004).

Dois terços dos abortos inseguros praticados ocorrem em mulheres de idades compreendidas entre os 15 e os 30 anos. Cerca de 14% do número total de abortos inseguros que ocorrem nos países em vias de desenvolvimento, são praticados em mulheres com menos de 20 anos. Em África, a proporção de mulheres entre os 15 e os 19 anos que já fez um aborto inseguro é mais alta do que em qualquer outra região, e praticamente 60% dos abortos inseguros ocorrem entre mulheres com menos de 25 anos. Estes dados contrastam com os da Ásia, onde somente 30% dos abortos inseguros ocorrem em mulheres desta faixa etária. Nas Caraíbas e na América Latina, as mulheres entre os 20 e os 29 são responsáveis por mais de metade de todos os abortos inseguros (WHO-Unsafe abortion, 2004).

O aborto realizado em condições de risco continua a ser uma das principais causas de mortalidade materna evitável. Estima-se que 19 milhões de mulheres submetem-se a abortos de risco por ano, dentre as quais 68.000 morrem devido a complicações deles decorrentes. Devido ao aborto e os outros factores, mais de 40% das gravidezes resultam em complicações, doenças e incapacidade permanente para a mãe ou para a criança (WHO-Unsafe abortion, 2001).

Estudos baseados em hospitais na África subsahariana concluíram que as mortes maternas relacionadas com abortos atingem um índice de 50%.

Abortos inseguros são caracterizados pela falta ou insuficiência de habilidades do provedor, técnicas perigosas e anti-higiénico. O aborto inseguro é definido como um " aborto realizado em instituições ou indivíduos não aprovados". O que constitui as "instituições ou indivíduos aprovados" variará de acordo com os padrões legais e médicos de cada país (Unsafe abortion, WHO, 1997). A definição não leva em conta a diferença de qualidade, serviços disponíveis ou as outras diferenças significativas entre sistemas de saúde.

O facto das mulheres procurarem interromper a gravidez independentemente dos meios, em circunstâncias em que o aborto é inseguro, ilegal, ou ambos, mostra como é vital para elas poderem regular a sua fertilidade. As mulheres pagam preços muito altos por um aborto inseguro, em termos de risco de vida e também financeiramente.

Em Moçambique, o aborto é visto como contribuindo com 9% das causas de morte materna intra-hospitalar. Estes dados devem ser vistos como a ponta de um icebergue, pois muitas mulheres falecem fora do hospital enquanto que para outras a morte decorre de complicações resultantes do aborto e não são registadas como tal devido ao estigma social, e aos aspectos legais prevaletentes actualmente no País

Estudos realizados no Hospital Central de Maputo) indicam que:

- das mortes relacionadas com aborto induzido 25% são devidas a causas infecciosas e 16% da mortalidade materna directa". O mesmo estudo refere que as mulheres com menos de 20 anos representam 44.3% das mulheres que entram

na maternidade para tratamento de consequências de um aborto clandestino (Bugalho, 1995)

- o índice de ocorrência de fatalidade entre as mulheres que se apresentam no Hospital Central de Maputo com complicações de aborto é de 3% (Machungo F. 1997)

Pesquisas etnográficas realizadas entre profissionais tradicionais mostraram que o aborto continua a ser o tratamento mais frequentemente requisitado (**Chapman, 2003**)

Iniciação sexual e a gravidez precoce e o abandono de adolescentes grávidas por seus parceiros do sexo masculino são três problemas frequentes em Moçambique e que tornam o aborto em condições de risco entre as adolescentes uma ameaça especial (**M. Dgedge et al. 2005**).

Em Moçambique, as disposições legais sobre o aborto no nosso País, contidas no Código Penal em vigor, que vem ainda do período colonial, referem explicitamente no artigo 358, "aquele que, de propósito, fizer abortar uma mulher pejada, empregando para este fim violência ou bebidas, ou medicamentos, ou qualquer outro meio, se o crime for cometido sem o consentimento da mulher, será condenado na pena de prisão maior de dois a oito anos."

Parágrafo 2 - "Será punida com a mesma pena a mulher que consentir e fizer uso dos meios subministrados, ou que voluntariamente procurar o aborto a si mesma, seguindo-se efectivamente o aborto". O quadro jurídico também considera o uso de contraceptivos contra a vontade do conjugue como fundamento de divórcio (Artigo 1778, b do Código Civil).

Tecnicamente, a interrupção da gravidez só é legal no país quando a gravidez ameaça a vida da mulher. Apesar de muitos especialistas na área da saúde em Moçambique perceberem que existem vantagens em alterar a estrutura legal para fornecer suporte jurídico aos profissionais de saúde, a maioria concorda que esta é uma meta a longo prazo.

A legalização do aborto é vista internacionalmente como uma das condições para a diminuição drástica da mortalidade materna por complicações do aborto. Todavia, embora a legalização ajude a diminuir as mortes devido ao aborto ela não é necessária nem suficiente para melhorar o acesso a serviços de aborto em condições de segurança para a saúde da mulher.

Em reconhecimento à magnitude da mortalidade materna resultante de abortos feitos em condições de risco, Moçambique está implementando uma política provisória para superar o impasse legal relativo ao oferecimento de assistência segura ao aborto. Desde 1985, o Ministério da Saúde tem autorizado serviços de aborto induzido para gravidezes que tenham até 12 semanas, em unidades sanitárias seleccionados e que tenham critérios específicos. Além disso, são oferecidas opções as mulheres grávidas infectadas com HIV, ao longo de sessões de aconselhamento, como parte de um programa nacional de prevenção da transmissão de mãe para filhos (PTV). O Ministério da Saúde tem enfatizado a importância

de reduzir a procura pelo aborto bem como a redução da mortalidade materna a ele relacionada. Isto só pode ocorrer através da criação de um consenso dentro da sociedade civil para a ampliação das protecções legais para os profissionais de saúde e da expansão do acesso das mulheres a toda a variedade de serviços de saúde reprodutiva, incluindo a contracepção. (M. Dgedge et al. 2005).

A atenção ao aborto seguro durante as primeiras 12 semanas de gravidez, a pedido e com autorização do Director do hospital, encontra-se disponível em um número limitado de unidades sanitárias do sector público. Mais de 3.000 mulheres são autorizadas por ano. No entanto, estudos demonstraram que o acesso é, geralmente, limitado a mulheres mais velhas, da região urbana e com poder aquisitivo mais alto. Os serviços actuais baseados em hospitais urbanos não alcançam a maioria das mulheres moçambicanas que têm mais chance de experimentar uma gravidez não desejada e um aborto em condições de risco – mulheres pobres, das áreas rurais, jovens ou com menos educação.

A atenção ao aborto tem quatro componentes:

- 1) serviços de aborto induzido electivo para casos permitidos por lei;
- 2) tratamento de emergência das complicações de abortos espontâneos ou induzidos em condições de risco;
- 3) aconselhamento contraceptivo pós-aborto e provisão de métodos para evitar a repetição de abortos; e elos de ligação entre os serviços electivos ou de tratamento e outros atendimentos na área da saúde reprodutiva. (M. Dgedge et al. 2005). Porém, existem várias limitantes ao acesso tais como:

- Falta de informação e conhecimento sobre os serviços
- A candidata ao aborto, deverá fazer uma ecografia para datação da idade gestacional, uma análise ao sangue para determinação da hemoglobina, um pedido em papel endereçado ao Director do Hospital ou Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e finalmente, caso seja aceite, deverá pagar o acto médico. O total das despesas varia entre 150 a 200 mil meticais, como mínimo (M. Dgedge et al. 2005).
- Tratando-se de uma mulher casada esta, deve pedir autorização ao seu marido

A.4 GRAVIDEZ E ITS/HIV/SIDA

As ITS são um co-factor importante na transmissão do HIV. A maioria das infecções de transmissão sexual são assintomáticas nas mulheres o que dificulta o seu reconhecimento e procura de cuidados de saúde pelas mulheres.

O SIDA está se tornando cada vez mais uma “doença de mulheres” (peter piot, Director executivo da UNIAIDS). Aproximadamente 60% de todos os adultos portadores de HIV na África Sub-sahariana são mulheres. As raparigas adolescentes são cinco vezes mais susceptíveis infecção pelo HIV que os seus parceiros masculinos.

O conhecimento actual da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não evidencia diferenças de género na evolução da doença nem na esperança de vida. No

entanto, as mulheres constituem, hoje, o grupo mais vulnerável à SIDA devido a uma multiplicidade de factores: biológicos, epidemiológicos e sociais. A infecção pelo HIV na mulher coloca, entre outros, dois problemas: a eventual infecção do parceiro sexual, e a possibilidade de transmissão vertical, em caso de gravidez. Segundo o estudo realizado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis de Lisboa, nos últimos anos tem-se registado um aumento progressivo da infecção nas mulheres, a maioria das quais em idade reprodutiva. No ano de 2002, o número de casos mais do que duplicou relativamente a 2001, e as relações heterossexuais constituem a categoria de transmissão responsável por cerca de 40% dos casos (M. T. Araujo, 2006).

Embora haja várias declarações e compromissos para abordar o problema, a desigualdade de género, as forças sociais, culturais e económicas que aumentam a vulnerabilidade das mulheres continuam firmes e bem estabelecidas e muito longe de serem reduzidas isto reflecte uma falta de compromisso para desafiar a estrutura de desigualdades de género e a falta de uma abordagem holística/abrangente diferente das abordagens progressistas para estes problemas (ACORD/HASAP : Boletim de Notícias edição No. 4 Maio 2005).

O País a 4 de Novembro de 2005 lançou uma campanha sem precedentes para pôr as crianças no centro da luta contra a *pandemia* "Prevenção da transmissão de mãe-para-filho": A campanha pretende evitar que as mães passem o vírus aos seus filhos, tornando o aconselhamento e testagem rotineiras nos programas de cuidados pré-natais e introduzir a provisão do tratamento anti-retroviral a todas as mulheres grávidas e seropositivas. Com isto, poderão reduzir para metade o risco de transmissão do vírus aos seus bebés. Todos os anos, cerca de 140.000 mulheres seropositivas ficam grávidas em Moçambique. Uma em cada três corre o risco de transmitir o vírus ao seu bebé durante a gravidez, parto ou amamentação. Hoje em dia, estima-se que 91.000 crianças com menos de 15 anos vivem com o HIV/SIDA, e a vasta maioria devido a transmissão de mãe-para-filho (ref).

1. Rastreio da infecção pelo HIV

Os serviços de aconselhamento e testagem voluntária do HIV no quadro da saúde materna - PTV são fornecidos nas unidades sanitárias por técnicos qualificados em matérias de comunicação interpessoal e aconselhamento tendo como base os princípios sobre o consentimento informado e confidencialidade. O aconselhamento, visa entre outros, criar um ambiente favorável para uma decisão informada, adopção de um plano de redução do risco de infecção, convocação dos parceiros e aderência ao plano de cuidados e profilaxia. Para a testagem, usam-se testes rápidos nomeadamente o HIV-determine e Uni-Gold (MISAU/ DSC-PTV, 2005)

2. Rastreio da infecção por sífilis

A sífilis é uma causa importante da morbilidade e mortalidade perinatal nos países em desenvolvimento. As malformações em crianças ou abortos aumentam em 50-80% nas gravidezes que sobrevivem depois das 12 semanas de gestação particularmente se a gravidez coincide com os estágios iniciais da infecção. A Sífilis também é causa significativa da

morbilidade em adultos e pode aumentar o risco de infecção por HIV. O controlo da Sífilis é facilitado pela disponibilidade de testes diagnósticos acessíveis, sensíveis e disponibilidade dum tratamento eficaz. A testagem pré-natal e tratamento da doença é custo-eficaz na medida em que permite reduzir a morbilidade e mortalidade fetal e infantil, para além de poder contribuir para a redução da infecção pelo HIV.

Na África subsahariana estima-se em 1.6 milhões de mulheres grávidas com sífilis que permanece não diagnosticada, cada ano, incluindo mais de 1 milhão de mulheres que frequentam as consultas pré-natais.

Em Moçambique cerca de 1 milhão por ano de mulheres visitam a consulta pré-natal. O rastreio da sífilis é efectuado em todas as mulheres que frequentam a primeira consulta pré-Natal nas unidades sanitária com capacidade laboratorial. A prevalência da sífilis é estimada em 10% para todo país e 15% para a província de Sofala (MISAU-DEE, Relatório 2005).

A implementação dos programas de prevenção é limitada por vários factores de entre os quais:

- Insuficiência de testes
- Início tardio da consulta pré-natal
- Falta de recurso humano (Pessoal insuficiente, falta de treino e problemas de gestão)
- Qualidade dos resultados do laboratório
- Deficiente controlo dos parceiros
- Falta de metas de qualidade do programa
- Falta de estratégias de monitoria e avaliação
- Falta de estratégias de comunicação para o envolvimento da comunidade

A.5 ASPECTOS SÓCIO CULTURAIS QUE INFLUENCIAM COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM SAÚDE MATERNA, E REPRODUTIVA INCLUINDO ITS/HIV/SIDA

Em muitos países africanos, factores culturais e étnicos, nomeadamente, crenças, tabus e mitos, colocam a saúde da mulher directamente em risco. Por exemplo, em algumas culturas, homens infectados por ITS incluindo o HIV têm relações sexuais com raparigas virgens para obter a cura(WHO, 2003). Factores étnicos, raça, afiliação religiosa, idade, entre outros e desigualdade do poder em termos de género, podem constituir um incentivo para formas adicionais de estigma, discriminação com implicações no acesso aos cuidados de saúde materno e reprodutivos, aumentando assim a vulnerabilidade das raparigas e mulheres as ITS e HIV/SIDA (Acord/Hasap, 2005).

Os progressos científicos na descoberta de novas e terapêuticas mais eficazes para o controle da infecção pelo HIV e para a redução da taxa de transmissão vertical parecem influenciar, entre outras, as decisões relativas à sexualidade e ao planeamento familiar, nomeadamente a decisão de ter filhos. Cerca de 25% das mulheres seropositivas ficam grávidas nos 3 anos subsequentes ao diagnóstico (Greco, 1999).

A sociedade moçambicana é dominada pelo homem e as mulheres são mais severamente discriminadas e estigmatizadas. Os familiares de um homem que parece saudável muitas vezes encorajam-no a abandonar sua esposa doente. Entretanto, quando um homem adoece, geralmente a sociedade exige que a mulher se mantenha a cuidar do marido, sendo inclusive muitas vezes acusada de responsabilidade pela doença do marido, o que muitas vezes não é verdade.

Dentre os vários factores destacam-se:

- *Nível de educacional;*
- *Marginalização da Mulher:*

Em algumas culturas prevalecem as diferenças de oportunidades no seio das famílias ou comunidades entre a rapariga e o rapaz, sendo que os rapaz têm direito de uma boa alimentação, assistência médica e educação; e a rapariga de cuidar dos trabalhos caseiros. As raparigas são obrigadas a casarem-se ainda crianças com homens mais velhos e espera-se que estas tenham relações sexuais com estes antes da puberdade. Nestes casos as raparigas são vítimas de violência sexual, incesto e traumatismos. O coito forçado causa danos na vagina e expõe-nas a ITS/HIV. Uma ocorrência de gravidez numa altura em que o aparelho reprodutor não está completamente desenvolvido pode terminar em aborto ou nado morto com consequência para a saúde materna.

- *Crenças/percepções sobre o risco de saúde e problemas relacionados com a gravidez*
A circuncisão feminina geralmente realizada em raparigas na fase da puberdade e em mulheres pode acarretar risco de hemorragia, shock e infecção. Isto pode também conduzir a complicações severas incluindo infecções urinárias recorrentes, doença inflamatória pélvica e infertilidade (Ruth D. Mueller, 1991).

Em muitas culturas o corrimento vaginal é tomado parte da mulher dificultando deste modo a procura atempada dos cuidados de saúde. Muitas mulheres têm recorrido a métodos tradicionais para terminar uma gravidez indesejada. Alguns desses métodos para além de serem ineficazes provocam envenenamento/intoxicação, infecções e outro tipo de danos que podem ser altamente prejudiciais a saúde da mulher.

O aborto séptico pode resultar em hemorragia, infecção e incapacidade reprodutiva permanente, choque e morte. A introdução de raízes, folhas, ervas e outros materiais na vagina para o tratamento de infecções do aparelho genital, infertilidade, frigidez ou outras doenças ginecológicas. Estas intervenções podem resultar em danos/lesões físicas ou químicas das paredes da vagina e aumentando o risco de contrair infecções do e do HIV

- *Acessibilidade aos serviços de saúde materna incluindo outros no contexto da saúde reprodutiva (distância, serviços apropriados, custos e oportunidades financeiras)*
Em alguns contextos de cuidados de saúde, para acelerar o trabalho de parto, as enfermeiras usam métodos manuais para dilatar o colo do útero, a manipulação digital repetida do colo do útero pode provocar uma inflamação deste e impedir o trabalho do parto com implicações na saúde da mãe e da criança.

Comment [D2]: De que forma influencia comportamentos relacionados com a gravidez (SM)

As parteiras tradicionais por vezes introduzem as mãos na vagina para remover a placenta ou ajudar o bebé a nascer. Este acto pode aumentar o risco de infecção e traumatismos a mãe e ao bebé. As massagens uterinas vigorosas usadas para facilitar o parto e a saída da placenta aumentam o risco de infecção da mulher

- *Capacidade de utilização eficiente dos serviços de saúde.*
- *Poder/influência do marido e da família*
Por exemplo a mulher casada corre risco de infecção pelas ITS-HIV e gravidez indesejada devido a fraca capacidade desta negociar o sexo seguro e para o uso dos serviços de planeamento familiar.
- *Acesso a informação sobre prevenção e cuidados de saúde*
A vulnerabilidade da mulher relaciona-se com diferenças em relação ao género nomeadamente, no acesso às oportunidades de educação, emprego e estruturas da modernidade (UNAIDS, 2002).
- *Violência contra mulheres*
A procura dos serviços de ITS/HIV/SIDA é retardada pelos enormes riscos que isso pode comportar, como por exemplo, violência do parceiro, estigmatização social e abandono (WHO, 2003). Vários autores têm sugerido cada vez mais uma forte ligação entre violência doméstica, comportamentos sexuais e a existência de risco para o HIV (El-Bassel et al, 2000).
- *Status económico*
Numa conjuntura de dependência económica, verifica-se uma maior probabilidade de sexo coercivo, violência diária, exploração, falta de poder de negociação nas decisões para uma vida sexual saudável. A falta de recursos impõem uma lógica de sobrevivência na qual o HIV é um risco secundário (Epele, 2002).

Comment [D3]: Em que sentido. Pelos utentes ou pelos profissionais de saúde? De que forma influencia comportamentos relacionados com a gravidez (SM)

A.6 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS RELEVANTES NO ÂMBITO DA SAÚDE MATERNA E REPRODUTIVA, E HIV SIDA (NACIONAIS)

Após a independência de Moçambique em 1975, o governo decretou a saúde como um bem e condição essencial para o desenvolvimento sustentável e em 1976 na sequência da nacionalização da medicina adopta uma Política de Saúde baseada na prestação de cuidados primários de saúde na qual as mulheres e crianças constituem um grupo vulnerável prioritário.

A assistência médica e sanitária é referenciada na actual Constituição da República, artigo 94, como um direito de todos os cidadãos têm, nos termos da lei e que a saúde deve ser defendida e promovida.

Em 1978, após a declaração da Conferência de Alma Ata que preconiza Saúde para todos como um Direito fundamental para o desenvolvimento social e económico de todos os países, Moçambique adoptou as recomendações desta conferência e organizou a nível do sector saúde os Cuidados primários de Saúde, promovendo actividades de assistência pré,

peri e pós natal, imunização, planeamento familiar, aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido e à criança e controlo do seu crescimento, actividades de saneamento do meio e de vigilância e controlo da higiene do ambiente. Desde então, vários esforços foram realizados com vista a redução da morbilidade e mortalidade materna, e infantil devido a doenças preveníveis incluindo problemas associados a gravidez e ao parto.

Os avanços alcançados na expansão e cobertura populacional de serviços de saúde reprodutiva, registaram em 1983, uma redução significativa em termos de acesso (infra-estrutural, técnicos qualificados e medicamentos e materiais) devido a intensificação do conflito armado

Em 1990 após a conferência nacional sobre a Maternidade sem risco, Moçambique redefiniu as componentes de saúde reprodutiva, além das componentes já existentes no programa de Saúde Materna e Infantil (SMI) e Planeamento familiar (PF); 1) Informação, educação, comunicação e aconselhamento sobre a sexualidade humana, saúde reprodutiva, maternidade e paternidade responsável; 2) Prestação de serviços clínicos de Planeamento Familiar; 3) Atenção pré-natal, 4) Atenção ao parto e cuidados pós parto, incluindo a prevenção e tratamento da infertilidade, prevenção do aborto e tratamento das suas complicações, prevenção e tratamento das infecções do tracto reprodutor incluindo as infecções de transmissão sexual e diagnóstico precoce do cancro do colo uterino e da mama e de outros cancros do sistema reprodutor.

Em 1994, na sequência das recomendações da conferência de Cairo, Moçambique procedeu a redefinição das componentes de saúde reprodutiva que passou a incluir a atenção aos adolescentes e jovens no programa de saúde escolar, a componente de e a gestão integrada dos programas verticais que motivou a criação em 1995 do Programa Nacional Integrado de SMI/PF-PAV .

A avaliação das necessidades para a maternidade segura e o estudo de 90 casos de mortes maternas intra-hospitalares, incluindo inquéritos na comunidade realizados em 1998-1999 associada a orientações internacionais, regionais e outras experiências nacionais levou a revisão e reformulação de políticas e estratégias de saúde reprodutiva.

A política de saúde reprodutiva tem como objectivo definir princípios, técnicas e serviços com a finalidade de:

“Reduzir a morbilidade e mortalidade materna e peri-natal e a mortalidade de grupos de adolescentes e jovens entre (10-24 anos) e de mulheres em idade fértil 12-49 anos, promovendo práticas necessárias para uma vida reprodutiva saudável através de intervenções integradas promotoras preventivas e curativas”

A Declaração do Milénio das Nações Unidas adoptada por 189 estados membros em 2000, dos quais Moçambique faz parte, define uma nova organização internacional para a medição do progresso das nações através do desenvolvimento sustentável e redução da pobreza.

Moçambique adoptou programas específicos e uma política de saúde para promover, preservar a saúde das mulheres e das crianças. Neste contexto, a redução da mortalidade geral, da mortalidade infato-juvenil e da mortalidade materna, incluindo a morbilidade e

mortalidade por outras doenças, constituem prioridades chave das acções do Ministério da Saúde (MISAU-DSC, 2006)

Para atingir estes objectivos, o governo conta com o contributo do sector público - Serviço Nacional de saúde, sector privado representado por instituições com fins lucrativos e não lucrativos e o sector comunitário envolvendo as parteras tradicionais, agentes polivalentes elementares e postos de saúde das aldeias.

Para melhor definição governamental e não-governamental e flexibilidade sobre assuntos de grande importância para a saúde pública, políticas sectoriais estão a ser implementadas, como é o caso da Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e dos Jovens (recentemente formulada pelo MISAU em parceria com vários Ministérios interrelacionados); e o Plano Estratégico Nacional do SIDA, implementado pelo Conselho Nacional do SIDA junto com os vários sectores do governo e da sociedade civil.

Contudo nos últimos cinco anos, com a elaboração e implementação da Estratégia Nacional e Plano de Redução da Mortalidade Materna, esforços significativos têm sido feitos na "acreditação" dos parceiros tais que estes possam fornecer Cuidados Obstétricos Essenciais de qualidade

A.7 INTERVENÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE MATERNA INCLUINDO A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Moçambique adoptou a política internacional de Saúde Materna e no ano de 2000 desenhou a *Estratégia para a Redução da Mortalidade Materna e Peri-natal*, em 2001 desenhou o *Plano operacional para a Redução da mortalidade materna e Peri-natal* apostando na melhoria da qualidade e implementação das seguintes intervenções:

1. Consulta pré-natal (CPN)

- Aconselhamento e testagem voluntária (ATV) integrada a consulta pré-natal ou no GATV nas unidades sanitárias onde não é possível integrar na CPN
- Cuidados pré-natais de rotina adequados e de qualidade que incluem:
 - Prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções de transmissão sexual
 - Possibilidade de interrupção da gravidez onde existem serviços para o efeito e quando a mulher assim o solicitar
 - Reconhecimento de sinais de alto risco obstétrico e referir
 - Reconhecimento de sinais de doença (SIDA) e de infecções oportunistas e referir para o hospital dia onde existe ou então à consulta médica onde não hospital dia, para seguimento específicos
- Prevenção de infecções oportunistas
- Aconselhamento sobre várias opções de alimentação infantil e apoio à mãe de acordo com a sua opção
- Profilaxia com ARV de acordo com os protocolos nacionais
- Referência ao hospital dia ou consulta médica para o seguimento específico dos aspectos relacionados com o HIV/SIDA

2. **Maternidade**

- Cuidados obstétricos adequados e com qualidade
- Uso limitado de procedimentos obstétricos invasivos (por exemplo, amniocentese, episiotomias, ruptura de membranas, etc.)
- Implementação das medidas de biosegurança universais
- Práticas seguras de parto
- Cuidados imediatos ao recém-nascido
- Profilaxia de curta duração com antiretrovirais (mãe e recém-nascido)
- Aconselhamento e apoio à mãe na opção de alimentação infantil que ela escolheu
- Referência a outros serviços de seguimento e aos cuidados pós-parto

3. **Consulta pós-parto (CPP)**

- Consulta da CPP para a mãe e a criança
- Referência a outros serviços incluindo o Planeamento Familiar
- Referência aos serviços de seguimentos específicos do HIV/SIDA
 - Mãe- Hospital dia
 - Recém-nascido – Consulta de risco
- Aconselhamento sobre a alimentação da mãe e da criança e apoio na opção de alimentação infantil escolhida
- Aconselhamento sobre o Planeamento Familiar
- Consulta da criança em risco
- Seguimento da criança até os 18 meses (altura é encaminhada para a testagem do HIV)
- Aconselhamento sobre alimentação da criança
- Aconselhamento sobre a profilaxia das infecções oportunistas
- Apoio psicológico para os pais/famílias e comunidades afectadas pelo HIV/SIDA
- Referência a outros serviços de HIV/SIDA e ligação com grupos de apoio comunitários

Prioridades actuais do MISAU

- Desenvolvimento das acções de advocacia focalizadas sobre o aborto, reconhecendo a magnitude do problema do aborto inseguro e a sua contribuição para a mortalidade materna. Reflectindo e debatendo este dilema aspirando o alcance de uma decisão política no sentido de institucionalizar mecanismos legais, que vão guiar a legalização do aborto, tem sido objecto de vários fóruns de discussão e acções de advocacia, facilitadas pelo Departamento de Saúde Comunitária (DSC).
- A elaboração de uma estratégia de comunicação sobre o PF e o lançamento de uma campanha à nível nacional, procurando melhorar as taxas de prevalência dos contraceptivos
- Preservar a melhoria da saúde da mulher em idade reprodutiva, e da criança, através dos programas de SMI, PAV e Saúde Escolar e do adolescente.

- Prestação de cuidados de saúde a população vulnerável, em particular as famílias ou indivíduos em pobreza absoluta.
- Diminuição da incidência e prevalência das doenças mais comuns, em particular aquelas que mais influencia a morbilidade e mortalidade. Isto inclui a curto e médio prazos a luta pela diminuição de riscos de contaminação pelas DTS, HIV e sida dos jovens.
- Contribuição para a melhoria do estado nutricional da população, em particular das crianças, incluindo a prevenção das deficiências em micro nutrientes.
- Informação, educação e comunicação para a saúde.

A.8 CONSTRANGIMENTOS NO ÂMBITO DA MELHORIA DA OFERTA DOS SERVIÇOS EM SAÚDE MATERNA E REPRODUTIVA

Aproximadamente 8 milhões de mortes infantis todos os anos, 2/3 ocorrem durante o período neonatal, antes de 1 mês idade; 3.4 milhões destas mortes neonatais ocorrem dentro da primeira semana de vida e são a maior parte *são consequência de cuidados inadequados durante a gravidez e parto, ou nas primeiras horas críticas após o nascimento. (Reduction of maternal mortality. WHO, 1999).*

O Malawi é um país que testemunhou uma inversão significativa na mortalidade materna: de 752 mortes maternas por cada 100 000 nados-vivos, em 1992, passou para 1120, em 2000, de acordo com os Estudos Demográficos e de Saúde do Malawi. Segundo inquéritos confidenciais sobre as mortes maternas nas unidades de saúde, em 1989 e 2001, três factores terão contribuído para este aumento. Primeiro, houve um significativo aumento proporcional de mortes causadas pela SIDA. Isto não surpreende, dado que a prevalência nacional do HIV já atingiu os 8.4%. Segundo, houve menos mães a dar à luz em unidades de saúde: a proporção diminuiu de 55% para 43%, entre 2000 e 2001. Terceiro, a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde deteriorou-se. Entre 1989 e 2001, a proporção de mortes associadas a deficiências nos cuidados de saúde aumentou de 31% para 43%. Em zonas remotas, uma única parteira tem de gerir todo o centro de saúde rural e vê-se obrigada a trabalhar dia e noite, sete dias por semana. Uma maternidade em cada 10 está encerrada por falta de pessoal. Os hospitais também sofrem de uma grave escassez de parteiras, e são funcionárias sem quaisquer qualificações, até da limpeza, que muitas vezes assistem aos partos. A escassez de pessoal nas maternidades tem efeitos catastróficos e está a piorar rapidamente; as hipóteses de as mulheres do Malawi darem à luz num ambiente seguro estão, conseqüentemente, a diminuir (OMS, relatório mundial 2005).

Em Moçambique, o acesso aos serviços de saúde materna e reprodutiva deve ser analisado no quadro de acessibilidade aos cuidados de saúde em geral. O acesso aos serviços de saúde é restrito (especialmente nas áreas rurais), aumentando o nível de dificuldade à medida que a complexidade da exigência aumenta.

A cobertura dos cuidados de saúde, avaliados pela taxa de nascimentos assistidos, aumentou de 25% em 1992 para 45.1% em 2003 (MISAU. Relatório DCS, 2004). Contudo, estas cifras estão muito aquém de satisfazer as necessidades.

Os serviços de prevenção da transmissão vertical estão na sua maioria criados ao nível dos principais centros urbanos e cobrem menos de 10% da população necessitada (MISAU-DSC-PTV 2005).

Quadro 7: Cuidado Pré-natal e assistência de partos, por área de residência e idade da mãe no parto

	Cuidado Pré-natal		Assistência de Partos		
	Profissionais da Saúde	Vacinação contra Tétano (1 ou mais)	Profissionais da Saúde	Parteiras Tradicionais	Partos Institucionais
Área					
Rural	78.9	72.8	34.2	14.2	34.0
Urbana	97.1	89.0	80.7	3.1	81.0
Idade da Mãe					
< 20	87.3	82.9	53.2	10.9	53.6
20-34	84.0	77.7	46.5	11.2	46.3
35 ou +	83.5	71.9	44.1	10.0	43.9

Fonte: (IDS, 2003)

Um estudo recente realizado em Moçambique para avaliar os Cuidados Obstétricos, revela que as poucas instituições de saúde, que deveriam fornecer os cuidados exclusivos básicos de obstetria, tais como maternidades periféricas e hospitais rurais, não são capazes de fornecer cuidados adequados de emergência obstétrica e lidar com as principais complicações obstétricas. Para piorar a situação, as enfermeiras de saúde materna infantil (SMI) representam 17% de todo o pessoal do sector da saúde, e apenas 40% do pessoal provedor de cuidados de saúde (1 enfermeira de SMI para cada 2.940 mulheres em idade reprodutiva) (MISAU, DRH 2003).

Nas localidades de acesso difícil, os cuidados de saúde são primariamente fornecidos pelos Agentes Comunitários e parteiras tradicionais, *sem formação específica para lidar com patologias ou cuidados obstétricos*. A medicina tradicional, principalmente o tratamento tradicional, é responsável pela absorção de grande parte da demanda da procura de cuidados de saúde.

Parte das estratégias do MISAU para melhorar a oferta dos serviços de saúde reprodutiva em particular a saúde materna são:

- Envolvimento da comunidade, incluindo comités de líderes comunitários;
- Brigadas móveis;
- Formação das parteiras tradicionais e profissionais de saúde;
- Disponibilização de equipamento e materiais apropriados nas unidades sanitárias (MISAU, DSC-Relatório 2004).

Acesso a nevirapina e principais constrangimentos

Os ARV's, reduzem o efeito do vírus no sistema imunitário, e reduzem a transmissão vertical do vírus através da redução da replicação/multiplicação do vírus na mãe e consequente redução da carga viral. Quando a profilaxia administrada a mãe é associada ao uso de ARV's profiláticos no bebé, o risco de transmissão vertical reduz ainda mais.

Estudos indicam que cerca de 70% das infecções por HIV ocorrem em mulheres. Em 2004, estima-se que 80.000 pessoas foram infectadas por transmissão vertical. Se nenhuma intervenção for feita 35-45% dos filhos de mães portadoras do HIV serão infectados. O risco de transmissão vertical do HIV é de 20% durante a gravidez, 60% durante o parto e 20% durante a amamentação. A prevenção da transmissão vertical através da administração de nevirapina antes do parto pode reduzir o risco em 45%.

Em Moçambique, são utilizados dois esquemas de profilaxia considerados eficazes na redução da transmissão vertical aplicados de acordo com o nível de cada unidade sanitária e a possibilidade de acesso da gestante ao hospital dia.

Nevirapina (NVP) (1 comprimido de 200mg) é dada em dose única, a mulher recebe este comprimido na 36ª semana de gestação para tomar via oral durante o trabalho do parto e dose única em xarope ao recém-nascido nas primeiras 72 horas de vida de acordo com as normas

Zidovudina (AZT) (1- 300mg), é dada a partir da 32ª semana de gestação – a mulher deve tomar via oral o comprimido todos os dias de 12 em 12 horas até uma semana após o parto. Durante o trabalho do parto deve tomar o comprimido de 3 em 3 horas e adicionar uma dose de nevirapina de acordo com as normas. O Bebê toma NVP durante as primeiras 72 horas ou AZT em xarope até 7 dias após o nascimento de acordo com as normas.

Estes serviços são oferecidos gratuitamente as mulheres ao nível das unidades sanitárias com o programa em funcionamento. Elas recebem informação sobre os serviços existentes e as suas vantagens na saúde da mãe e do bebé. Assim, as mulheres que optarem pela utilização dos serviços ao longo do processo da consulta pré-natal são dirigidas ao Gabinete de aconselhamento e testagem voluntária para o aconselhamento e testagem. As mulheres seropositivas são então oferecidas a profilaxia com nevirapina ou zidovudina de acordo com os protocolos nacionais. A mulher grávida seropositiva é livre de aceitar ou recusar este procedimento.

Depois da aprovação, em 2001, da política que introduz o TAR em Moçambique, seguida pelo despacho ministerial em 2002 e pela elaboração do guião para a implementação da Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) nesse mesmo ano, várias ONG's têm apoiado o governo moçambicano na implementação do PTV. Com efeito, no ano 2005, o PTV já era implementado nas 11 províncias do país. Contudo, a *cobertura ao nível dos distritos* por esse serviço é ainda muito baixa. Tendo em conta que o PTV é uma actividade meramente preventiva e não exige pessoal com qualificações o país deveria acelerar o processo de expansão por forma a reduzir o número de crianças HIV positivas que resultam da transmissão vertical.

Desde 2002, os serviços de PTV tem vindo a aumentar gradualmente, até 2005 existiam 112? centros no país. Um total de 5,393 mulheres e 3,461 de recém-nascido recebeu profilaxia durante os primeiros nove meses de 2005; isto representa 4.9% e 3.2% respectivamente daqueles que necessitam de serviços de PTV (MISAU DSC-PTV relatório 2005).

Quadro 8. - número e percentagem de mulheres grávidas HIV positivas recebendo profilaxia ARV durante a grávidas

	2002	2003	2004	2005 (01-09/05)
N.º de mulheres grávidas HIV positivas recebendo profilaxia	253	877	3,182	5,393
N.º estimado de mulheres HIV positivas	110,023	123,713	136,128	109,090
Percentagem das que recebem profilaxia	0.20%	0.70%	2.30%	4.90%

Fonte: MISAU DSC-PTV relatório 2005

Os principais factores que limitam o acesso a nevirapina são: partos fora da maternidade e chegada na fase avançada do trabalho do parto, limitação da distribuição da rede sanitária, falta de pessoal treinado e factores culturais, sociais e económicos (MISAU, Manual do participante PTV 2005).

A.9 INTERVENÇÕES DE COMUNICAÇÃO E ADVOCACIA A NÍVEL DAS COMUNIDADE

As actividades de comunicação/informação em saúde devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação. Portanto, a prática de comunicação/informação em saúde pode ser desenvolvida por meio de uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem (SAE), de maneira que sejam identificadas as principais. (MOURA, E,2003).

Em Moçambique, embora não exista uma Política Nacional de IEC, para a promoção da saúde, o MISAU, elaborou uma estratégia interna que orienta toda a actividade nesta área. É com base nesta estratégia que neste momento se está formulando a Política Nacional do IEC para a promoção da saúde (MISAU-RESP, 2005).

A Helen Keller International, (2001) num estudo efectuado na província de Manica, recomenda no âmbito redução da anemia em mulheres grávidas o desenvolvimento de uma estratégia de comunicação e educação abrangente para melhorar o grau de aceitação dos suplementos pelas mulheres grávidas e reforço/uso de outros canais de comunicação como as consultas pré-natais nas US, a rádio e outras estruturas comunitárias, como por exemplo os conselhos de líderes comunitários e famílias modelo bem como o desenvolvimento de materiais educativos sobre os micronutrientes para os trabalhadores de saúde, agentes comunitários e escolas

O MISAU, no ano 2004 de acordo com os resultados de uma pesquisa realizada na comunidade em parceria com o PSI, desenhou a estratégia de comunicação em PTV. Como consequência, foram elaborados e testados diversos materiais na área de IEC. Contudo, não foram encontradas evidências sobre a sua implementação incluindo a avaliação (MISAU-DSC, 2004).

Os serviços IEC para o acesso ao PTV, são oferecidos as mulheres ao nível das unidades sanitárias com o programa em funcionamento. Elas recebem informação sobre os serviços existentes e as suas vantagens na saúde da mãe e do bebé. Assim, as mulheres que optarem pela utilização dos serviços ao longo do processo da consulta pré-natal são dirigidas ao Gabinete de aconselhamento e testagem voluntária para o aconselhamento e testagem. As mulheres seropositivas são então oferecidas a profilaxia com nevirapina de acordo com os protocolos nacionais.

Em Moçambique, existem poucos estudos realizados sobre a eficácia ou impacto da informação publicitária mas um inquérito realizado junto às principais agências de publicidade do país na preparação do plano nacional de combate ao SIDA II (PNCS II) indicou que na avaliação dos próprios profissionais do ramo, as mensagens que se difundem sobre o HIV/SIDA deverão obedecer a uma estratégia claramente definida de modo a não criar confusão nos destinatários sobre uma matéria tão delicada. Por outro lado, indicaram ainda que as mensagens têm de ser concebidas tendo em atenção os diferentes públicos destinatários, linguagem, contexto cultural e veículos (PEN 2005-2009).

“O Conselho de Ministros acha que nós temos que intensificar o trabalho. Ainda é pouco o que fazemos. Em todas as províncias há actividades das Organizações Não-Governamentais, a sociedade moçambicana e já acompanhamos pelos jornais, mas temos que, também, encontrar as mensagens mais adequadas. Aquelas que levam o moçambicano a compreender e a mudar de comportamento. Por causa da nossa própria cultura, da nossa maneira de ser, temos que ter mensagens dirigidas directamente para a mudança de comportamento, porque compreendemos que esta doença se transmite desta ou daquela maneira. Então como Conselho, temos que trabalhar com as diferentes sensibilidades, na nossa sociedade, para encontrarmos qual é a mensagem, para cada cultura, para cada extracto da sociedade moçambicana que penetra melhor e ajuda a mudança de comportamento.” (Briefing de Sua Excia o Primeiro-Ministro de Moçambique, 2003).

A.10 INTERVENÇÕES DE COMUNICAÇÃO NACIONAIS E INTERNACIONAIS BEM SUCEDIDAS

Estudo realizado no Mali para testar a eficiência dos “media” [órgãos de comunicação social] tradicionais concluiu que a campanha IEC conduziu a atitudes e comportamento mais positivos relacionados com a gravidez ao nível familiar, incluindo o suporte dos maridos às suas esposas. O suporte incluía redução da carga de trabalho, melhoramento da nutrição e aconselhamento a procurar assistência médica e cuidados de saúde materna. Os resultados da avaliação indicam que o uso inovativo de canais tradicionais de comunicação não foi somente efectivo para a promoção da comunicação não verbal e verbal entre os maridos, esposas, e as sogras, como também facilitaram a mudança social. O assunto de gravidez deixou de ser tabú. (Lydia Clemmons, 1999).

Uganda é único país na África que inverteu com sucesso o crescimento da prevalência do HIV/SIDA. Como outros países da África subsahariana, começou a sentir os efeitos da epidemia de HIV nos anos 80. Em 1992 a prevalência em adultos era de 30% na capital do país – Kampala, e 10% a nível nacional. O Presidente Yaweri Kaguti Museveni respondeu

bombardeando o país através da rádio, televisão e anúncios impressos sobre HIV, e recrutou os líderes políticos, centros religiosos e escolas para fazer soar o alarme. A efectividade da campanha deve-se na habilidade de Museveni para criar um clima social encorajador de educação e prevenção.

Um dos esforços de marketing sociais mais bem sucedidos de Uganda era o jornal, "*Straight Talk*", distribuído como parte do jornal diário governamental. "*Straight Talk*", dirigido aos adolescentes, continha informação e conselhos sobre sexo e sexualidade, auto-estima, HIV/AIDS, e os direitos de crianças de modo a evitar exploração. A publicação enfoca perguntas dos adolescentes de Uganda, testemunhos e imagens visuais chocantes para dar seu impacto. A maioria dos conteúdos de "*Straight Talk*" vem de leitores jovens, e é completado através de contribuições de um sociólogo e um médico. Uganda agora ostenta uma redução em infecções de HIV entre mulheres grávidas jovens e mulheres adolescentes, um aumento na idade do início da primeira relação sexual, e um alto nível de consciência em relação ao HIV/AIDS, como também aumentou a procura dos centros de aconselhamento, testagem e preservativos (Population Action International 2002).

Uma avaliação da campanha de rádio focalizada como meio de prevenção das ITS e HIV/SIDA em Moçambique realizado pela PSI revelou que apenas metade de todos os inquiridos (52,4%) relatou ter escutado a campanha de rádio. Dos entrevistados, 45,5% conseguiu memorizar uma ou mais mensagens específicas da campanha. Resultados menos favoráveis foram encontrados no processo de focalização dos *spots* a grupos específicos. Uma análise estatística de múltiplas variáveis demonstra o efeito significativo da memorização duma mensagem da campanha na 'self-efficacy'. Entre aqueles expostos a campanha da rádio, 97,2% reportou a intenção de mudar o comportamento sexual comparado a 62,8% daqueles não expostos a campanha da rádio ($p < 0,001$). Entre aqueles que memorizaram alguma mensagem, 86,1% tentou mudar seu comportamento comparado 58% daqueles que não memorizaram nenhuma mensagem ($p < 0,001$). Por último, o sucesso de mudança de comportamento auto-reportado foi significativamente mais alto entre aqueles com memorização de mensagem (83,8%) comparado àqueles sem nenhuma memorização de mensagem (56,8%) ($p < 0,001$) (Andrew S. Karlyn, 2001).

A. 11 NATUREZA A NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO DO HOMEM EM SM

O Homem é o suporte social para as mulheres durante a gravidez, trabalho de parto e o parto contribuindo para os resultados positivos e saúde da mulher. Geralmente os homens dão cuidados e suporte durante a gravidez, acompanham as suas mulheres as consultas pré-natais e em geral estão presente ou por perto durante o parto. Enquanto a mulher dá o parto no hospital, ele cuida das preparações relacionadas com o bebé. Estudos no Egipto mostraram que o envolvimento dos maridos nos cuidados pós-aborto acelera a recuperação das suas esposas e incentiva o uso de contraceptivos posteriormente. Muitos homens querem ser envolvidos na saúde da sua mulher, porém, são impedidos através de regulamentos de hospitais, horários de trabalho deficiente comunicação com seus parceiros (UNFPA, 2004).

Estudo realizado na África do sul concluiu que os homens estão dispostos a ser envolvidos nos cuidados da maternidade e pós-natal das suas parceiras. O envolvimento do homem não só melhora a saúde da mãe e do bebé como também é necessário para a saúde reprodutiva.

Para que o envolvimento do homem nos cuidados de saúde materna das suas parceiras seja um sucesso os seguintes desafios precisam de ser ultrapassados (Busi Kunene, 2004):

- Alcançar massivamente as comunidade, mais homens poderão ser persuadidos a participar na saúde materna das suas parceiras;
- Desenvolver mecanismos para disseminar informação aceitável e a ambos homens e mulheres;
- Reorganizar os serviços públicos de modo torna-los mais amigáveis e flexível para homens e mulheres que trabalham durante o dia;
- Fortalecer a monitoria e supervisão para todos os serviços de saúde;
- Treinar mais pessoal de saúde para o atendimento e aconselhamento dos pares.

A.12 QUESTÕES CHAVES EM DEBATE NA ÁREA DE SAÚDE MATERNA E REPRODUTIVA

- Desenvolvimento de modelos inovativos baseados na comunidade que visam o reforço do capacidade de lidar/conduzir emergência obstétricas incluindo a promoção do uso dos serviços de saúde reprodutiva em particular materna pela comunidade tendo em conta questões sobre o género;
- Desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde incluindo das parteiras tradicionais e médicos para providenciarem serviços de saúde materna de qualidade e lidar de forma eficaz com as emergências obstétricas;
- Reforço dos cuidados de emergência às mulheres com complicações é importante mas não suficiente e a formação de parteiras tradicionais não produziu os resultados esperados
- Implementação e monitoria eficaz de políticas e estratégias sobre maternidade segura;
- Criação de um ambiente favorável para a implementação de instrumentos estratégias para a redução da Mortalidade Materna do ponto de vista político e sistemas de saúde;
- Advocacia ao mais alto nível político para as questões relativas a contracepção, casamentos prematuros e acesso a cuidados de saúde materna de qualidade no contexto da redução da morbilidade e mortalidade materna;
- No que se refere a saúde sexual e reprodutiva e direitos dos adolescentes e jovens, continuar a pesquisar abordagens de comunicação conducentes a mudança de comportamento;
- Desenvolver modelos inovativos de providenciar os serviços de saúde reprodutiva aos adolescentes e jovens;
- Apoiar os esforços de recolha de dados e reporte, disseminação e uso atempado de dados fiáveis para a tomada de decisão sobre a saúde materna e reprodutiva.

A.13 INTERVENÇÕES EFICAZES PODEM REDUZIR A MORBILIDADE E MORTALIDADE MATERNA

Melhorar o acesso a informação e serviços de planeamento familiar: a melhoria do acesso voluntário os conhecimentos e serviços sobre o planeamento familiar como atrás descrito é importante para a melhoria da saúde da mãe e da criança e na redução da morbilidade e mortalidade materna e infantil.

Melhorar a qualidade e cobertura em cuidados pré-natal. As intervenções consideradas eficazes nesta área incluem:

- **Prevenção e tratamento precoce da anemia** : em Moçambique faz parte da rotina da consulta pré-natal a administração de sal ferro e ácido fólico durante a gravidez.
- Há evidências de que a **administração do Sal ferroso e acido fólico** durante a gravidez reduz o risco de anemia (Marky 2000)
- **Tratamento das parasitoses intestinais**: em Moçambique é rotina administração do mebendazol oral esta acção melhora o efeito do suplemento em ferro.
- **Pofilaxia da Malária** : Moçambique introduziu neste ano o tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (MISAU-DEE 2006). Esta medida permite reduzir os episódios de febre, anemia na mãe e aumenta o peso do bebé a nascença (**Mnyika at al, 2000**).
- **Uso da redes mosquiteiras com insecticida**: Estudos demonstraram que a utilização massiva de redes mosquiteiras tratadas com insecticida pode reduzir a mortalidade infantil em 20 por cento. Reconhecendo o grande perigo que a malária representa para a mulher grávida, Moçambique encontra-se entre os 19 países que já aprovaram políticas para proporcionar o tratamento preventivo intermitente durante a gravidez. (M. Albuquerque, 2005).
- **Rastreo de ITS e HIV** através de testes serológicos para a sífilis e HIV e testes microbiológicos para a Gonorreia e clamidia. Em Moçambique constitui rotina o rastreo da sífilis em todas as mulheres grávidas que se apresentam na sua primeira consulta pré-natal. Esta medida visa prevenir a sífilis congénita. No país a prevalência da Sífilis em Moçambique é estimada em 12.5% (MISAU-DEE 2006).
- **Análise da urina e detenção e manejo precoce da hipertensão arterial** induzida pela gravidez: em Moçambique estas duas actividades são implementadas dentro do pacote de serviços prestados a grávida durante a consulta pré-natal.
- **Vacinação contra o tétano**. No âmbito da prevenção do tétano neonatal, todas as mulheres ao logo da evolução da gravidez recebem a vacinação contra o tétano.
- **Melhorar a qualidade no manejo de complicações** decorrentes do parto, período pós-parto e neonatal.

- **Melhorar a qualidade de partos extra-institucionais** por provedores de saúde não treinados.

De acordo com a OMS, no mundo cerca de um terço dos partos ocorrem fora das unidades sanitária, desses, cerca de 60 milhões são feitos por parteiras tradicionais ou pelas próprias mães em alguns casos (Abú and Irabo, 1991).

As PTs falam a língua local, permitem práticas de partos tradicionais e muitas vezes são pessoas de confiança e respeitadas nas comunidades, (Bulterys et all Bulterys, 2002). Mundialmente estima-se que mais de um Milhão de mulheres infectadas pelo HIV fazem o parto sem ajuda de profissionais de saúde.

Na África Sub-Sahariana cerca de 63% de mulheres grávidas fazem, pelo menos, uma consulta pré-natal e 42% são atendidas por profissionais de saúde durante o parto. Cuidados maternos de alta qualidade normalmente não estão disponíveis. Partos em casa continuam sendo preferidos e em muitos casos são a única opção. Pesquisas feitas em 22 Países de África revelaram que, apenas Botswana tinha profissionais de saúde a atenderem mais de 75% de partos institucionais.

A.14 LIÇÕES APRENDIDAS DE OUTROS CONTEXTOS

- A melhoria da saúde materna requer a existência de uma continuidade de serviços de prevenção e curativos incluindo a capacidade de manejo de complicações ligadas a gravidez ao nível das unidade de referência;
- Importância do reforço da capacidade ao nível dos países para a realização de pesquisas, monitoria e avaliação dos indicadores dos programas de saúde reprodutiva e materna particularmente devido fraca disponibilidade de dados fiáveis sobre a saúde materna;
- Os programas devem dar maior atenção a questões que limitam a demanda e melhoria da educação para a saúde;
- O compromisso ao mais alto nível dos governos e uma colaboração/coordenação efectiva com os parceiros nacionais e internacionais é essencial para a eficiência dos programas de saúde reprodutiva e materna;
- O investimento na saúde materna e reprodutiva joga um papel importante na promoção do desenvolvimento social e económico;
- É necessário um grande envolvimento/esforço na abordagem das iniquidade no acesso aos serviços de saúde **(refer:)**

Os dados sobre a redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo os resultados de estudos de casos realizados na Malásia e no Sri Lanka, demonstraram que, embora a pobreza seja uma determinante das doenças maternas e neonatais, os seus efeitos podem ser minimizados, melhorando o acesso e a qualidade dos cuidados. Para se efectivarem estas melhorias, torna-se indispensável um forte empenhamento político e social nomeadamente, a melhoria da disponibilidade e utilização de profissionais qualificados durante toda a gravidez, o parto e o período pós-natal e a oferta de melhores unidades de saúde para o tratamento das complicações obstétricas e neonatais; implementação de intervenções e estratégias específicas para o trabalho com as mulheres, os seus parceiros e outros membros da família e respectivas comunidades, como o fim de melhorar o acesso e o uso de cuidados especializados e também para contribuir para a autonomia das mulheres e das comunidades. Finalmente, o reforço dos sistemas de saúde, para garantir a sequência dos cuidados, constitui, igualmente, uma oportunidade crucial para estabelecer a ligação entre os serviços maternos e neonatais e outros serviços de cuidados primários, tais como os do HIV/AIDS, infecções de transmissão sexual, luta contra a malária, planeamento familiar e saúde da criança.

- Pessoal de saúde não médico têm um papel fundamental na prestação de cuidados obstétricos essenciais nos países como Moçambique (L. Jamisse et al, 2004)

Lições aprendidas de Gana:

- A Política de Saúde Reprodutiva deveria ser vista como um passo grande no processo de encaminhar a saúde de reprodutiva dos adolescentes mais do que o resultado final.
- A participação em massa no desenvolvimento da política de saúde de reprodutiva foi de senso comum.
- A participação em massa dos doadores no processo de política, particularmente pela USAID e UNFPA foi construtivo e reforçou os esforços governamentais.
- O Conselho de Nacional de População precisa mostrar liderança na implementação formal da política.
- Migrando para um pensamento criativo reflectido em algumas das políticas do Gana as acções requerem atenção de estas políticas são implementadas.
- O programa de educação deveria ser reavaliado de forma que não esteja a promover a compra do preservativo, mas também comunicando mensagens de carácter social importantes.
- Gana deveria publicitar os serviços de aborto disponíveis, legais para evitar algumas das consequências de saúde públicas de abortos ilegais.
- A implementação da Política de Saúde Reprodutiva tem que continuar incluindo advocacia e actividades educacionais por parte do governo e ONG.
- Da mesma modo que se treina o professor responsável pela educação nas escolas, Gana precisa investir sensibilizando os provedores de cuidado de saúde para serem mais receptivos aos adolescentes que procuram seus serviços.
- Porém, a experiência de Gana também ilustra a necessidade
- precise manter o entusiasmo no desenvolvimento de políticas até implementação das mesmas (Population Action International, 2002).

A.15 PARCEIROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ÁREA DE SAÚDE MATERNA INCLUINDO A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Nível de apoio	Parceiros
Parceiros do nível Central	WHO UNICEF CDC Columbia University USAID GTZ
Parceiros nas Províncias	HAI Save the Children FHI PSI MSF Suíça MSF Luxemburgo Comunidade de Santo Egídio Médicos Mundi Espanha EGPAF Visão Mundial

Fonte : MISAU- DSC 2006

Referências

- Abdallah S. Daar, Zara Merali. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries.
- ACORD/HASAP:Boletim de Noticias edição N°4, Maio 2005.
- AIDSPortugal, 2001. Comunicado da Situação do Tratamento Anti-Retroviral em Moçambique.
- Andrew S. Karlyn (2001). An Assessment of a Targeted Radio Campaign to Prevent STI's and HIV/AIDS in Mozambique.
- Arlington Human Service Planners (2002). Accessing medical resources in Arlington: A task force study
- Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazian A. The risk approach in health care. With special reference to maternal and child health, including family planning. World Health Organization. 1984.
- Briefing de Sua Exelencia o Primeiro Ministro de Mocambique, 2002.
- Bürgenthal, Thomas – International human rights, St. Paul (Minn.), West Publishing Company, 1988. 283 p. (coleção Nutshell).
- Busi Kunene, et al (2004). Involving men in Maternity care in South Africa .
- Claudia Kessler Bodiang and Malabika Sarker (2005). Reproductive Health Update 2005. An update established in the frame of the SDC Backstopping Mandate 2005 of the Social Development Division's Health Desk.
- Código civil, código penal, Instituto Interamericano de Derechos Humanos – Manual internacional de derechos humanos, Caracas, Editorial Jurídica Venezolana, 1990. 186 p.
- Commonwealth Secretariat, Human Rights Unit – Human rights training for Commonwealth public officials, 1990 (manual)
- Constituicao da Republica de Moçambique 2004,.
- DPS de Manica, R.S.C. Programa de DTS e SIDA. Health Alliance International, HAI/USAID, 99. Manual para o Provedor de Saúde.
- Dunkel-Schetter , C., & Stanton, A. L. (1991). Psychological adjustment to infertility. Future directions in research and application. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 197-222). New York: Plenum Press.
- Dunkel-Schetter, C., & Iobel, M. (1991), psychological reactions to infertility. In A.L. Stanton & C. Dunkel-schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 29-57). New York: Plenum Press.
- Epele, 2002; El-Bassel, Gilbert, Rajah et al; 2000; Verma & Collumbien, 2003.
- Family Care international-FCI (2000). Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva.
- Family Care international-FCI (2005). The Millennium Development Goals, Sexual & Reproductive Health.
- Fernando Nuno Armando (2003). A mulher e a infecção pelo HIV/SIDA no Niassa – Moçambique.

- Florence Okio (2004). Norte de Uganda: violência baseada no Género num contexto de conflito. ACORD. Uganda
- Gerrits, T. (1997). Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. Patient, education and counseling, 31 (81), 39-48.
- Graça Machel (1996). Relatório de seguimento da Resolução 48/157 da Assembleia Geral das Nações Unidas. Doc. A/51/306 de 28 de Agosto de 1996.
- Granja, Ana Carla L. Maternal deaths in Mozambique: an audit approach with special reference to adolescence, abortion and violence. Karolinska Institutet, 2002.
- Grupo de Estudo Profiles - Moçambique (2005). Investir na Nutrição é Reduzir a Pobreza: Análise das Consequências dos Problemas Nutricionais nas Crianças e Mulheres.
- Government of Mozambique. UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Progress Report Reporting Period 2003 – 2005.
- Hansell, P. E., Thorn, b. E. Prentice-Dunn, S., & Floyd, D. L. (1998). The relationship of primary appraisals of infertility and other gynecological stressors of coping. Journal of Clinical Psychological in Medical Settings, 5 (29), 133-145.
- Indicators to monitor maternal health goals, 1994 - Ref. WHO/FHE/MSM/94.14
- INE (2002). Impacto demográfico do HIV/SIDA em moçambique. (Atualização, ano 2000)
- INE, INJAD (2001). Survey of Youth and Adolescent Reproductive Health and Sexual Behavior in Mozambique.
- INJAD, INE, 2001. Survey of Youth and Adolescent Reproductive Health and Sexual Behavior in Mozambique.
- International Monetary Fund (2004). Republic of Mozambique: Poverty Reduction Strategy Paper Progress Report (Review of the Economic and Social Plan for 2003). IMF Country Report No. 04/135
- Johanne Sundby, Emmanuel Rwamushaija, Momade Bay Usta (2002). Investing in safe motherhood – an operations research project in Maputo, Mozambique.
- Julie Da Vanzo, David m. Adamson, 1999. O planeamento familiar nos países em vias de Desenvolvimento: Uma história de sucesso inacabada.
- L. Jamisse et al, Reducing maternal mortality in Mozambique: Challenges, failures, successes and lessons learned. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004, 85:203-212.
- Laqueur, W e B. Rubin – The human rights reader, Nova Iorque, Penguin (Meridian), 1990.
- Lauby, Semaan, o'Connell, Person & Vogel, 2001; Williams, Gardos, Ostiz-Torres, Toss & Ehrhardt, 2001; Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gortmaker & Rudd, 2002; Sanders-Phillips, 2002
- Leila Caleb Varkey, Involving Men in Maternity Care in India.
- M. Dgedge et al. 2005. Confrontando a mortalidade materna: A situação da atenção ao aborto nas unidades sanitárias do sector público em Moçambique. Ipas: Maputo, Moçambique.
- Macky, M. (2002). Improving nutrition and reproductive health: the importance of micronutrient. Washington, DC: The Futures Group International.

- María José Alcalá. Action for the 21st Century: Reproductive Health and Rights for All. Family Care International. 1994.
- María José Alcalá. Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All. Family Care International. 1995.
- Maria Teresa Araujo (2003). Aids Congress: SIDA no feminino - contracepção, gravidez e intenção de ter filhos. U. Coimbra. Lisboa.
- Maria Teresa Araújo : AIDS Congress, SIDA no feminino - contracepção, gravidez e intenção de ter filhos, Universidade de Coimbra.
- Marston C, Cleland JC. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in .ve developing countries, Population Studies, 2003, 57:77–93.
- MISAU – BoletimDAM: Bole de HIV/SIDA em Moçambique. Vol.1#4 • Agosto 2005.
- MISAU – DSC (2000). Estratégia para a Redução da Mortalidade materna e Perinatal Ano 2000.
- MISAU – DSC (2001). Reduction of Maternal and Perinatal mortality 2002-2005.
- MISAU (2004). Plano estratégico de combate às ITA/HIV/SIDA, Sector de Saúde 2004-2008.
- MISAU, DNS, DSC. Avaliação das Necessidades para uma Maternidade Segura em Moçambique, Abril /1999. Resumo do Relatório.
- MISAU, 2005, PTV, Manual do Participante.
- MISAU, Avaliacao dos Cuidados Obstetricos, 2000 – 2001.
- MISAU, DSC, 10 anos de pesquisa em saúde reprodutiva, 1989 – 1999.
- MJD/DNAJ - Programa geração Biz (2001). Síntese dos resultados da pesquisa e propostas para Elaboração de materiais.
- Mnyika, K. Kabalimu, T., Rukinisha, K. and Mpanju-Shumbusho, W. (200). Randomized trial of alternate malaria chemo prophylaxis strategies among pregnant women in Kigoma, Tanzania: I. Rational and design. East African medical journal, 77(2), 98-104.
- Moura, E. R. F.; Rodrigues, M. S. P. Prenatal healthcare communication and information, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.13, p.109-18, 2003.
- Nações Unidas, Centro para os Direitos Humanos – Human Rights: A compilation of international instruments, 1993 – Vol. I.: Universal instruments (2 partes), 946 p. (ST/HR/1/Rev.4) Sales No. E.93.XIV.1; Vol. II: Regional instruments.
- Nikken, Pedro – La Protección internacional de los derechos humanos: su desarrollo progresivo, Madrid, Editorial Civitas, 1987. 321 p. (Monografias). Publicado em colaboração com o Instituto Interamericano de Direitos Humanos.
- Nota SI No. 12 – Setembro de 1999. Recursos Culturais e Saúde Materna no Mali
- O Desenvolvimento na prática. Para uma saúde melhor em África: As lições da experiência. Banco Mundial. 1984.
- OMS (2005). Relatório Mundial da Saúde 2005.Organização Mundial da Saúde para que todas as mães e crianças contem.
- OMS: Projecto de orçamento programa 2006–2007. Washington, D.C., EUA, 27de setembro a 1 de outubro de 2004 CD45/6 (Port.) 30 julho 2004.

- Pablo Montoya et al (2005). Programa de prevenção de Sífilis Congénita: Melhoria da cobertura nas províncias de Manica e Sofala com a introdução dum teste Rápido.
- Pacheco G., Máximo – Los derechos humanos, Documentos básicos, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 1987. 672 p.
- Population Action International, Family Care International, IPPF. Countdown 2015, Sexual and reproduction and Rights for All.
- Population Action international (2002). In this generation: Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World.
- Population action International-PAI (2005). Fact Sheet: How Access to Sexual & Reproductive Health Services is Key to the MDGs.
- Ruth Dixon Mueller, Judith Wasserheit (1991). The culture of silence: reproductive tract infections among woman in the third world. IWHC.
- SADC Youth Conference paper: Youth Programmes in the SADC Countries: Sexual and Reproductive Health and Rights. 1st Youth Conference of the Southern Africa Development Community Region, June 13-16, 2000, Maputo, Mozambique .
- Safe Motherhood In Africa: Social and Economic Impact of Maternal Deaths. Paper Presented at the 7th Conference Of African Ministers of Health, Tripoli, Libya, 26-30 April 2003. By UNFPA Country Support Team, Addis Ababa, Ethiopia (In collaboration with WHO and UNICEF).
- Sánchez Rodriguez, Luis I. e Javier Gonzalez Vega – Derechos humanos, Textos internacionales, 2.^a edição, Madrid, Editorial Tecnos, 1991.
- SEWA- rural research team, 1994.
- Sieghart, Paul – The international law of human rights, Oxford, Clarendon Press, 1983.
- Sieghart, Paul – The lawful rights of mankind, Oxford University Press, 1985.
- Sonia dias, Aldina Gonçalves, Mariana Silva 2003 Género e VIH: A vulnerabilidade da mulher nos países em desenvolvimento. Congresso - Comunicação - Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública (Epidemiology, Prevention and Public Health) - Data: 2003-10-28 Int.
- Task Force Detainees of the Philippines – Comprehensive course on human rights (A modular guide for human rights education), 1991.
- The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997 Colombo, Sri Lanka
- Therese McGinn (2001). Saúde Reprodutiva de Populações Influenciadas Pela Guerra: O Que Sabemos? (Heilbrunn Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, Nova Iorque).
- Tomuschat, Christian – International standards and cultural diversity, Bulletin of human rights (Genebra, Nações Unidas) Número especial: 24-35, 1985.
- Trindade, Zeidi Araujo and Enumo, Sônia Regina Fiorim. Sad and Incomplete: A Feminine View of The Unfertile Woman. *Psicol. USP*. [online]. 2002, vol.13, no.2.
- UN Millennium Project (2005). Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health.
- UNAIDS (2006). 2006 Report on the global AIDS epidemic. A UNAIDS 10th anniversary special edition

- UNAIDS/WHO. "AIDS epidemic update: December 2005" Special section on HIV Prevention.
- UNFPA (2004). Maternal Mortality Update 2004: delivering into good hands.
- Unicef (2005). Malária é a responsável número um pela mortalidade infantil em Moçambique.
- UNICEF, WHO, UNFPA (1997). Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services.
- University of Pennsylvania, African Studies Center, Noticias de Mocambique, N° 76 Abril de 1996 Maputo.
- Watts, 1999; Mays e Cochran, 1998; Greco, 1999; Kline & Oken, 1992; Wenger et al, 1994; Hankins, 1996; Gallavotti & Schnell, 1994; Diaz et al., 1995; Wilson et al., 1999.
- WHO (1992). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Genebra.
- WHO (2003). Antenatal care in developing countries : promises, achievements and missed opportunities : an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001.
- WHO (2003). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.
- WHO (2004). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4th ed. Genebra.
- WHO (2004). Making pregnancy safer : the critical role of the skilled attendant : a joint statement by WHO, ICM and FIGO.
- WHO (2004). Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA.
- WHO (2006). Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring.
- WHO, UNFPA, UNAIDS, IFFP (2005). Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS. An annotated inventory.
- WHO/FCH/RHR/02.3 (2004). Programming for male involvement In reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO, Washington DC, USA.
- Wilza Villela (2002). Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher: Redefinindo o objecto de trabalho a partir do conceito de género e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.
- World Bank - Health and Nutritional Population (2005). Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges.
- Zeidi Araujo Trindade e Sónia Regina Fiorim ENUMO (2002). TRISTE E INCOMPLETA: Uma visão feminina da mulher infértil. Psicologia USP vol. 13 n.º2. São Paulo, Brasil.