



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**POLÍTICA NACIONAL
DE SAÚDE E DIREITOS
SEXUAIS E
REPRODUTIVOS**

Julho de 2011

Índice

PREFÁCIO	IV
GLOSSÁRIO	VII
SUMÁRIO EXECUTIVO	X
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	1
<input type="checkbox"/> PERFIL DO PAÍS	1
1.1.1 <i>Demografia</i>	1
1.1.2 <i>Magnitude do problema</i>	1
1.1.3 <i>Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva</i>	3
<input type="checkbox"/> CONSENSOS DA REGIÃO AFRICANA	5
<input type="checkbox"/> CONSENSOS INTERNACIONAIS	5
2. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	6
3. JUSTIFICAÇÃO.....	8
4. FINALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	8
4.1 OBJECTIVOS DA POLÍTICA DE SDR.....	9
4.2 COMPONENTES DE SDR	9
5. PRIORIDADES EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	9
6. PRINCIPIOS ORIENTADORES	10
6.1 ABORDAGEM BASEADA EM DIREITOS HUMANOS	10
6.2 ABORDAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA [PESQUISA E DESENVOLVIMENTO]	10
6.3 QUALIDADE DE CUIDADOS	11
6.4 CUIDADOS DE SAÚDE CONTÍNUOS AO LONGO DO CICLO DE VIDA REPRODUTIVA.....	11
6.5 ADVOCACIA A TODOS OS INTERVENIENTES	11
6.6 INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO AOS INTERVENIENTES	11
6.7 ABRANGÊNCIA	11
7. ESTRUTURA DA POLÍTICA: ÁREAS DE SDR.....	12
7.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE E DO JOVEM.....	12
7.2 SEXUALIDADE, GÉNERO E VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL	14
7.3 PLANEAMENTO FAMILIAR	17
7.4 INFERTILIDADE E DISFUNÇÃO SEXUAL	19
7.5 ITS e HIV/SIDA.....	21
7.6 MATERNIDADE SEGURA.....	23
7.7 ABORTO	27
7.8 CONDIÇÕES NÃO INFECCIOSAS DO SISTEMA REPRODUTOR (CNISR)	28
7.9 CANCROS DO SISTEMA REPRODUTOR (CSR).....	29
7.10 INTEGRAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CSSR.....	32

8.	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA	32
8.3.1	<i>Sistema de Informação da Saúde</i>	32
8.3.2	<i>Parcerias.....</i>	32
8.3.3	<i>Envolvimento Comunitário.....</i>	33
8.3.4	<i>Envolvimento dos Beneficiários</i>	33
8.3.5	<i>Mobilização de Recursos Financeiros</i>	34
8.3.6	<i>Desenvolvimento de Recursos Humanos</i>	34
8.3.7	<i>Materiais/Equipamento/Logística</i>	35
8.3.8	<i>Supervisão</i>	35
8.3.9	<i>Acesso aos CSSR</i>	36
8.3.10	<i>Satisfação do Utente.....</i>	36
8.3.12	<i>Pesquisa operacional</i>	36
8.3.13	<i>Padrões e Qualidade dos Cuidados.....</i>	37
8.3.14	<i>Advocacia</i>	37
8.3.15	<i>Informação, Educação e Comunicação (IEC)</i>	38
8.3.16	<i>Desenvolvimento de capacidades.....</i>	38
9.	MONITORIA E AVALIAÇÃO	39
9.1	MONITORIA.....	39
9.2	AVALIAÇÃO	39
9.3	SELECÇÃO DE INDICADORES	39
9.4	RECOLHA DE DADOS	40
	MATRIZ DA PROPOSTA DE FONTE DE DADOS PARA INDICADORES SELECIONADOS DE SDSR: MOÇAMBIQUE	41
	INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS PRIORITÁRIAS	47
	REFERÊNCIAS	48

PREFÁCIO

A Saúde Sexual e Reprodutiva constitui uma prioridade na prestação de cuidados de saúde pelo Governo de Moçambique. Várias iniciativas vem sendo implementadas no País desde o mais alto nível de direcção como a iniciativa Presidencial para a Saúde da Mulher e da Criança, onde todos os segmentos da sociedade Moçambicana foram chamados para se envolverem na busca de soluções para responder à problemática da saúde da mulher e da criança no País.

Os indicadores de cobertura e de acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva têm vindo a melhorar ao longo dos últimos anos onde se pode destacar o aumento da disponibilidade dos Cuidados Obstétricos de Emergência, o crescimento, embora lento, dos partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, o lançamento a nível nacional do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama, a expansão dos serviços de aconselhamento para a área de Saúde Sexual e Reprodutiva entre os adolescentes e jovens, e o aumento do acesso ao planeamento familiar entre outros.

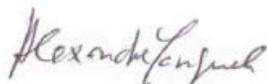
Estes ganhos aqui referidos ilustram os esforços que o Governo de Moçambique tem desenvolvido com vista a garantir que os Direitos Sexuais e Reprodutivos estejam assegurados e protegidos. Apesar destes avanços, persistem vários desafios para aumentar o acesso e utilização dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva.

No âmbito dos esforços africanos nesta área, os Ministros de Saúde de África aprovaram em Setembro de 2005 o Plano de Acção de Maputo, documento que contém as directrizes necessários para acelerar a expansão da oferta e do acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva.

É neste contexto que é adoptada a presente Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutiva.

É responsabilidade do Ministério da Saúde divulgar esta política a todos os níveis de implementação do Serviço Nacional de Saúde, de forma que cada Moçambicano goze de plenos direitos sexuais e reprodutivos.

Maputo, Julho de 2011



Dr. Alexandre L. Jaime Manguela

ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APE	Agente Polivalente Elementar
ARV	Anti Retroviral
ASS	África Sub Sahariana
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CAPC	Conhecimento, Atitude, Prática e Comportamento
CDFMP	Cenário de Despesa e Financiamento de Médio Prazo
CIADAJ	Comité Intersectorial de Apoio ao Desenvolvimento do Adolescente e Jovem
CNISR	Condições Não Infecciosas do Sistema Reprodutor
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergência
CPN	Consulta Pré-natal
CPP	Consulta Pós-parto
CSDSR	Cuidados de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
CSR	Cancros do Sistema Reprodutor
CSSR	Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva
DNS	Direcção Nacional de Saúde
DR	Direitos Reprodutivos
DRH	Direcção de Recursos Humanos
DS	Disfunção Sexual
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno-Infantil
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INJAD	Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes.
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MDM	Metas do Desenvolvimento do Milénio
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MISAU	Ministério da Saúde
MJD	Ministério da Juventude e Desportos
MM	Mortalidade Materna
MPF	Ministério do Plano e Finanças
NV	Nados Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PAV	Programa Alargado de Vacinações
PESS	Plano Estratégico do Sector de Saúde
PF	Planeamento Familiar

PNI	Programa Nacional Integrado
PSA	Antigénio Específico da Próstata
PTES	Pacote de Tecnologia Essencial de Saúde
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do HIV
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMMP	Redução da Mortalidade Materna e Perinatal
RN	Recém-Nascido
SAAJ	Serviço Amigo do Adolescente e Jovem
SAP	Serviço de Anatomia Patológica
SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SDSRAJ	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adultos Jovens
SEA	Saúde Escolar e Adolescente
SGV	Sexualidade, Género e Violência
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SK	Sarcoma de Kaposi
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSRAJ	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e Jovem
SWAP	Abordagem Sectorial Ampla
TARV	Tratamento Antiretroviral
UA	União Africana
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

GLOSSÁRIO

Adolescente: Pessoa na faixa etária entre os 10 e os 19 anos

Agentes Comunitários de SDR: São indivíduos ou grupo de pessoas, reconhecidos pela comunidade como promotores e defensores da SDR e ainda provedores de cuidados.

Beneficiários dos Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva: são indivíduos, famílias e comunidade do país contemplados com os Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Coordenação: Significa interligar harmoniosamente as diferentes actividades e serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva para atingir os objectivos definidos na política.

Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR): São definidos como um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde sexual e reprodutiva, através da prevenção e resolução dos problemas de saúde sexual e reprodutiva.

Direitos Reprodutivos (DR): Baseiam-se no reconhecimento do direito essencial de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaçamento entre eles e o momento de os ter, estando na posse de informação e dos meios para o fazer, e ainda do direito de alcançar o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Incluem também o direito de todos tomarem decisões relacionadas com a reprodução, livres de discriminação, coerção e violência.

Enfermidade: Afecção particular que atinge de maneira crónica alguma parte do corpo.

Envolvimento Comunitário nos Cuidados de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (CSDSR): Neste documento inclui a provisão de informação correcta e a capacitação das comunidades para reconhecer e transformar as *suas* necessidades dos CSSR em procura e exigência de serviços, em parceria com os provedores e outros intervenientes.

Gestão: É o processo de planificação e controlo da implementação e desenvolvimento de produtos e serviços.

Indicador de Saúde: É uma medida padrão que permite avaliar mudanças do estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo populacional num determinado período de tempo.

Integração: É o processo pelo qual se oferece ao indivíduo um pacote completo de todos os serviços, em cada nível de atenção para a saúde, que respondam às suas necessidades em CSSR.

Intervenientes de SDR: São indivíduos, grupos e instituições que têm um interesse comum em SDR e que tem algo a ganhar ou perder através dos resultados de um processo de planificação ou projecto.

Jovem: Pessoa na faixa etária entre os 15 e os 24 anos.

Padrão: Medida de comparação de valores quantitativos ou qualitativos.

Política Abrangente de SDR: Neste documento inclui os direitos e uma abordagem baseada em evidência actualizada para o fornecimento de cuidados de saúde reprodutiva a todos os níveis, em parceria com a comunidade e parceiros chave.

Política: Princípios orientadores para tomada de decisão e acção.

Problema de Saúde Sexual e Reprodutiva: Situação ou condição relacionada com o sistema reprodutivo e suas funções, processos e valores culturais das pessoas e seu meio ambiente, medida como risco, doença, morte ou incapacidade que persiste no futuro e é considerada indesejável.

Saúde Reprodutiva (SR): É um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos.

Saúde Sexual: É um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa em relação à sexualidade e relações sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e que dão prazer, livres de coerção, discriminação e violência. Para se atingir e se manter a saúde sexual é necessário respeitar, proteger e satisfazer os direitos sexuais de todas as pessoas.

Valores Culturais: São os valores que dão sentido à vida individual e colectiva dos seres humanos de uma determinada sociedade regulando de forma padronizada os seus comportamentos e relações.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A Política de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) está formulada de forma integrada e em consonância com as Directivas e Estratégias Nacionais do Sector da Saúde (Declaração da Política de Saúde, Plano Estratégico do Sector Saúde, PARPA I e II, Estratégia de Redução da Mortalidade Materna) e tem a intenção de promover a adopção de consensos regionais e internacionais em Moçambique, em particular as Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDM) e a sua implementação a todos níveis.

A documentação da política marca a transição da prática de programas verticais centralizados para uma abordagem integrada e abrangente com a disponibilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva à todos os níveis, dentro de uma ampla estruturação do sector saúde comprometida com a garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

O principal objectivo desta política é orientar a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, atempados e baseados em evidências científicas, a beneficiários de todos os níveis de atenção para a saúde, respeitando os direitos humanos.

Esta política reflecte as preocupações baseadas na magnitude das doenças e a morbilidade e mortalidade atribuídas ao sistema sexual e reprodutivo ao longo do ciclo da vida humana. As nove áreas de preocupação são: Saúde Reprodutiva do Adolescente e Jovem; Sexualidade, Género, Violência Física e Sexual; Planeamento Familiar; Infertilidade e Disfunção Sexual; ITS e HIV/SIDA; Maternidade Segura; Aborto; Condições Não Infecciosas do Sistema Reprodutor e Cancros do Sistema Reprodutor. Estas áreas representam condições comuns que têm impacto na SSR, desde a infância e a adolescência, continuando pela fase adulta e a fase idosa; e, por conseguinte incluem a idade reprodutiva, gravidez, parto, pós-parto, maternidade/paternidade, menopausa e andropausa. A alta razão

de mortalidade materna de cerca de 408/100.000 nados vivos (NV), dos quais 11% são devido a abortos inseguros, deve-se a complicações de gravidez preveníveis que merecem atenção prioritária.

A formulação de uma política de SDRS abrangente exige a adesão a um conjunto de três conceitos nomeadamente, Respeito pelos Direitos do Homem, Abordagem por Resolução de Problemas, e a Garantia do Fornecimento de Bens e Serviços de CSSR.

A estrutura deste documento de política inclui para cada uma das áreas de serviços de CSSR: a identificação do problema, a finalidade, os objectivos de cobertura e qualidade, as metas, as directivas para a prestação dos serviços e as intervenções estratégicas.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

- **Perfil do País**

Moçambique localiza-se na costa Sudeste do Continente Africano, tem uma superfície de 799.380 km² e está dividido em 11 Províncias.

1.1.1 Demografia

A população estimada para 2010 é de cerca de 21.657.685 de habitantes (fonte DIS)

A esperança de vida ao nascer é estimada em 40 anos, com uma taxa de natalidade e mortalidade de 35,2 e 21,3 por 1.000 habitantes respectivamente, e uma taxa de mortalidade infantil de 129 por 1.000 NVRodrigo. As crianças menores de 15 anos constituem 41,6% da população total; destas, 16,6% são menores de 5 anos. Os adolescentes e jovens (10-24 anos) constituem 32,2% da população total do país. Portanto, existem em Moçambique cerca de 6,6 milhões de adolescentes e jovens (INE 2006). As pessoas em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem 49% da população. Existem cerca de 5 milhões de mulheres em idade reprodutiva constituindo 25,3% população. As pessoas acima dos 50 anos constituem 9,4% da população (IDS, 2003).

1.1.2 Magnitude do problema

A razão de mortalidade materna reduziu de 975/100.000 em 1997 para 408/100.000 em 2003 e a taxa de mortalidade neonatal também reduziu (IDS, 2003). O aborto inseguro constituiu em 2003, 11% da Mortalidade Materna [IDS, 2003] na Avaliação das necessidades para a Saúde Materna Neonatal e Infantil, 21% dos óbitos ocorrem antes das 28 semanas de gestação e muitas destas devem ter morrido devido a aborto.

Actualmente 58% das mulheres são assistidas por um profissional de saúde durante o parto (MICS 2008).

A prevalência nacional do HIV em 2005 foi de 16,2%, havendo cerca de 1,4 milhões de infectados dos quais 80.000 crianças, 570.000 homens e 800.000 mulheres.

Por outro lado, cerca de 45% de todas as novas infecções do HIV ocorrem em jovens, tendo a rapariga uma prevalência três vezes superior ao rapaz.

Outro desafio enfrentado pelos adolescentes é o início precoce da actividade sexual. O casamento (ou união marital) prematuro e a gravidez precoce são práticas que se iniciam cedo nos jovens em Moçambique. Quarenta por cento das raparigas dos 15 aos 19 anos já engravidaram. Estes adolescentes estão também sujeitos a violência física e sexual. (25,3% mulheres e 24,9% de homens tiveram relações sexuais antes dos 15 anos e 79,5 mulheres e 67,9% e homens antes dos 18 anos (INSIDA 2009)

A idade média na altura da primeira união conjugal é de 17 anos para as mulheres e 22 para os homens, e a idade média na altura da primeira relação sexual é de 16,1 anos para as mulheres e de 17,7 para os homens (IDS, 2003).

A taxa de prevalência de uso de contraceptivos cresceu de 6% em 1997 para 17% em 2003. No entanto existe uma diferença muito grande entre as diferentes províncias, sendo a prevalência em Niassa de 8% e na província de Maputo de 30%. Por outro lado, o número de mulheres entre os 15 e 49 anos de idade que não fazem uso de nenhum método contraceptivo é extremamente alto: 81,8%. (IDS, 2003)

Estima-se que 18,4% das mulheres em idade reprodutiva [15-49] tenham infertilidade primária e 30,3% tenham infertilidade secundária. (IDS 2003)

A prevalência de fístulas não é conhecida, mas segundo a OMS espera-se que em cada 1.000 partos ocorram 5 fístulas, o que corresponderia a 4.388 fístulas por ano no país.

Em Moçambique, não existe um registo nacional de cancro, de base populacional. Foi iniciado um registo de cancro na cidade da Beira em 2005, que referiu uma incidência de 63,5 cancros por 100.000 habitantes e identificou o Sarcoma de Kaposi como o cancro mais frequente, seguido do cancro do colo do útero.

O cancro do colo uterino é actualmente a neoplastia maligna mais frequente da mulher adulta. Moçambique introduziu em Setembro de 2009 o Programa Nacional do Rasteio do Cancro do Colo do Útero. Existe muito pouca informação sobre o cancro da próstata em Moçambique e o SAP-HCM refere aproximadamente 3 a 4 casos de cancro da próstata diagnosticados por semana.

1.1.3 Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva

Ao longo de séculos, os cuidados de saúde sexual e reprodutiva foram praticados tradicionalmente e continuam a ser prática médica curativa ocidental.

Em 1976, Moçambique adoptou a Política de Saúde baseada em cuidados de saúde primários e o grupo “mulheres e crianças” foi definido como sendo o grupo mais vulnerável. Neste contexto, em 1977 foi criada, dentro da Direcção Nacional de Saúde, a secção de Protecção à Saúde Materno-Infantil (SMI) com ênfase para a atenção pré-natal, parto e pós-parto. Em 1978 foi incluída nesta secção a componente Planeamento Familiar (PF). Em 1981 foi iniciada a formação de enfermeiras de saúde materno-infantil (ESMI) de nível básico, parteiras elementares e técnicos de cirurgia, que permitiram a expansão do serviço de SMI às unidades sanitárias (US) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em 1990 o MISAU realizou a Conferência Nacional sobre a Maternidade sem Risco, que introduziu o conceito de saúde reprodutiva, que incluiu (para além das componentes já existentes: pré-natal, parto, pós-parto e PF) prevenção e tratamento das ITS's, infertilidade, prevenção do aborto e tratamento das suas complicações, informação, educação e aconselhamento e ainda diagnóstico e tratamento de cancros do sistema reprodutivo.

Após a realização da CIPD/Cairo em 1994 foram redefinidos os diferentes componentes do programa de SR, que na prática continuava sendo SMI e PF. Nesta fase o MISAU inicia a política de descentralização, integração e coordenação intersectorial e cria em 1995 o Programa Nacional Integrado (PNI) de SMI/PF-PAV-SEA, que integra os Programas de Atenção à Mulher, Criança e Adolescente.

O MISAU aumenta também a colaboração com outros Ministérios (Educação e Cultura, Plano, Juventude, Mulher e Acção Social, Justiça); com o Instituto de Comunicação Social e com ONGs (AMODEFA, MULEIDE, AMOSAPU e outras). O funcionamento do PNI desde 1996 permitiu um maior apoio às actividades de Saúde Reprodutiva, estando ainda em curso o processo de transição dos programas verticais para o PNI.

Em 1997 realizou-se o IDS, e em 1998 foram realizados a avaliação das necessidades em Maternidade Segura e um estudo de 90 casos de morte materna intra-hospitalar, que permitiram a revisão e reformulação das estratégias da SR.

Em 2001 realizou-se a Reunião Nacional de Advocacia para a Redução da Mortalidade Materna e Perinatal (RMMP), que aprovou o Plano Operacional para a RMMP.

- **Consensos da Região Africana**

Os membros da União Africana (UA) são signatários da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de Convenções das Nações Unidas (ONU) e de Declarações de várias conferências internacionais.

Na Carta Africana sobre a População e Direitos Humanos de 1981, a União Africana (UA) reconheceu a importância dos direitos sexuais e reprodutivos. Os países africanos estão entre os 197 países signatários da Declaração do Milénio das Nações Unidas.

A Primeira Conferência da Juventude da Comunidade para o Desenvolvimento da Região da África Austral (SADC), em Junho de 2000, em Maputo, recomendou o desenvolvimento e a adopção, pelos países membros, de uma estratégia regional sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes que proteja e promova, de uma forma positiva, os direitos sexuais e reprodutivos deste grupo. Também recomendou o desenho e implementação de políticas de saúde dos adolescentes que promovam um desenvolvimento e um crescimento harmonioso e saudável destes indivíduos sob todos os aspectos, incluindo o da saúde sexual e reprodutiva, dentro do respeito pelos valores culturais e da família, e dentro do princípio da igualdade do género.

- **Consensos Internacionais**

A origem dos direitos sexuais e reprodutivos é a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948). Estes direitos foram posteriormente reconhecidos em oito convenções da ONU; particularmente na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e nos Direitos da Criança.

O conceito de SSR tem evoluído continuamente desde a Conferência Internacional da População de Bucareste em 1974 (focalizada em alvos demográficos, essencialmente em Planeamento Familiar). Esta evolução teve a

sua continuidade através das Conferência Internacional sobre População da cidade do México [1984], Conferência das Nações Unidas para a Década da Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz, em Nairobi [1985], a Conferência Mundial sobre os Direitos do Homem, em Viena [1993] e a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento, no Cairo (CIPD) [1994]. Nesta última assistiu-se a uma mudança a nível do pensamento internacional em relação à Saúde Reprodutiva que foi sendo integrado no contexto de Direitos Humanos, Desenvolvimento, População, Igualdade de Género, e reconhecimento da SSR do Adolescente.

A Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, em Beijing [1995], reforçou o conceito de SSR e a Declaração do Milénio, em Nova York, saída da Cúpula do Milénio [2000] que reuniu 189 Chefes de Estado, definiu as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) [2001], com oito objectivos a atingir até 2015.

2. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os direitos sexuais e reprodutivos estão consagrados na Constituição da República e outra legislação do nosso país e incluem os seguintes aspectos:

- Todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária e o dever de promover e defender a saúde pública (Artigo 89 da Constituição);
- Todos os cidadãos têm direito à igualdade de acesso à assistência médica através do Serviço Nacional de Saúde, nos termos do artigo 116 da Constituição da República;
- Todos os cidadãos são iguais perante a lei, gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais, profissão ou opção política (artigo 35 da Constituição da República);

- Igualdade de Género. O Homem e a Mulher são iguais perante a lei em todos os domínios da vida política, económica, social e cultural, nos termos do artigo 36 da Constituição da República;
- A maternidade é dignificada e protegida nos termos da Constituição e demais legislação ordinária em vigor no Ordenamento Jurídico Moçambicano (artigo 120 da Constituição da República);
- A Lei do Trabalho e o Estatuto Geral dos Funcionários do Estado, garante a protecção da mulher trabalhadora nas situações de gravidez e de amamentação, nos termos do previsto na Lei nº 8/98 de 20 de Julho (Artigos 74 e 75) da Lei do Trabalho; e do Decreto nº 14/87 de 20 de Maio que aprova o Estatuto Geral dos Funcionários do Estado;
- A lei garante a gratuitidade dos cuidados médicos durante a gravidez, parto, transferência e internamento (artigo 5, Lei nº 4/87 de 19 de Janeiro e Lei nº 2/77 de 19 de Janeiro - Lei da socialização da medicina). A lei também garante a gratuitidade dos cuidados preventivos, que inclui o planeamento familiar e atenção à criança até aos 5 anos;
- Resolução nº 4/95 de 11 de Julho que aprova a política do Governo, com forte enfoque para a Saúde da Mulher e da Criança;
- Política da população, aprovada pela resolução nº 5/99 de 13 de Abril, que estipula como objectivo prioritário contribuir para o aumento da esperança de vida ao nascer dos Moçambicanos, adoptando como estratégia a redução da mortalidade materna e infantil;
- A Resolução nº 4/96 de 20 de Março do Conselho de Ministros aprovou a Política Nacional da Juventude, que reconhece o direito dos jovens à informação, educação e acesso aos serviços integrados de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Os direitos sexuais e reprodutivos estão também consagrados em várias convenções que Moçambique subscreveu, entre elas a CIPD/Cairo que os definiu da seguinte forma:

- O direito de adolescentes, homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planeamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade à sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços adequados de saúde que propiciem às mulheres condições de gestação e parto seguros, proporcionando aos casais uma melhor probabilidade de ter um filho sadio.
- Em relação ao aborto: A lei do aborto actualmente em vigor penaliza a mulher e o profissional que realiza o aborto [Código penal art.358 de 1886] com 2 a 8 anos de prisão.

3. JUSTIFICAÇÃO

Em Moçambique, existe a necessidade de se traduzir os recentes avanços nos Direitos e Cuidados de SSR a nível internacional e regional em acções, principalmente ao nível da comunidade. Apesar da Constituição do nosso País ter artigos que abrangem os Direitos e Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva.

O Ministério da Saúde identificou a falta de uma Política Nacional de SDRS abrangente como uma importante lacuna nas suas estratégias para melhorar o bem-estar do Povo Moçambicano e pretende preencher esta lacuna através do presente documento.

4. FINALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A finalidade da Política Nacional de SDRS é garantir a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDRS) de todos os cidadãos moçambicanos.

4.1 Objectivos da Política de SDR

- i) Promover o respeito e o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos entre todos os intervenientes.
- ii) Assegurar a provisão de serviços para os Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR), baseada em evidência, em todos os níveis de atenção.
- iii) Fornecimento de serviços atempados e adequados de cuidados de saúde sexual e reprodutiva aos beneficiários.

4.2 Componentes de SDR

As áreas chave da política de SDR estão baseadas no perfil epidemiológico das enfermidades, doenças, disfunção e mortalidade a ela relacionadas, nomeadamente.

- (i) Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e Jovem;
- (ii) Sexualidade, Género e Violência Física e Sexual;
- (iii) Planeamento Familiar;
- (iv) Infertilidade e Disfunções Sexuais;
- (v) Infecção de transmissão sexual (ITS) e HIV/SIDA;
- (vi) Maternidade Segura;
- (vii) Aborto;
- (viii) Condições não infecciosas do sistema reprodutivo;
- (ix) Carcinomas do sistema reprodutivo.

5. PRIORIDADES EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

São as áreas prioritárias da SSR em Moçambique:

- A redução da mortalidade materna e neonatal através da expansão e fortalecimento dos cuidados de saúde contínuos de qualidade, nomeadamente dos serviços de planeamento familiar, cuidados pré-natais e pós-natais, assistência ao parto por pessoal qualificado, cuidados obstétricos

e neonatais de emergência básicos e completos, e do fortalecimento da capacidade da comunidade para a promoção da saúde materna e neonatal.

- A integração dos aspectos de género, prevenção de ITS e HIV, bem como a prevenção e combate à violência de género e as práticas prejudiciais a saúde da mulher.
- A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens através da divulgação de informação e fortalecimento dos serviços para atenção a este grupo alvo.
- A prevenção e tratamento da infertilidade, disfunção sexual, condições não infecciosas do sistema reprodutivo, incluindo o cancro do colo uterino e da mama.

6. PRINCIPIOS ORIENTADORES

Os princípios orientadores incluem:

6.1 Abordagem baseada em Direitos Humanos

O reconhecimento e respeito dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos pelos intervenientes nacionais, regionais e internacionais legitimam e exige responsabilidade da parte desses intervenientes. Não é possível desenvolver e fornecer cuidados de saúde completos sem respeitar os Direitos Humanos.

6.2 Abordagem baseada em Evidência [Pesquisa e Desenvolvimento]

O sucesso na prática adequada de cuidados de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos resulta da análise e solução de problemas com base em evidências, ao nível local de fornecimento desses cuidados.

6.3 Qualidade de Cuidados

A vida humana, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos assentam em valores fundamentais que não podem ser comprometidos. O pacote de intervenções e serviços de SDR oferecido aos beneficiários deve enquadrar-se dentro de padrões de qualidade bem definidos.

6.4 Cuidados de Saúde contínuos ao longo do Ciclo de Vida Reprodutiva

As intervenções dos CSSR devem ter em conta as características de crescimento ao longo do ciclo de vida humana e os eventos reprodutivos específicos tais como gravidez, parto, amamentação e criação do filho.

6.5 Advocacia a todos os intervenientes

As comunidades em todo o mundo têm os seus próprios meios e formas de lidar com os problemas de SSR. É necessário desenvolver a consciência e a aceitação de novas abordagens e métodos pelos intervenientes chave.

6.6 Informação, Educação e Comunicação aos Intervenientes

É fundamental a selecção de meios adequados para alcançar com eficácia os intervenientes de modo que estes possam estar devidamente informados e compreendam a oferta das novas práticas e a natureza dos serviços de saúde disponível.

6.7 Abrangência

Uma Política abrangente de saúde sexual e reprodutiva deve ser inclusiva e ter em conta a evidência das mudanças, as necessidades e a procura de CSSR pelas diferentes comunidades do País. Deve ser portanto realista e com visão de futuro.

7. ESTRUTURA DA POLÍTICA: ÁREAS DE SDSR

7.1 Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e do Jovem

Em Moçambique, os adolescentes (10-19 anos) constituem 23,9% da população e os jovens (15-24 anos) constituem 20,2%. Ambos representam 32,2% da população total do país, o que significa que existem em Moçambique 6,6 milhões de adolescentes e jovens (INE 2006).

Os principais desafios de SSR de Adolescente e Jovem incluem situações de gravidez precoce (40%), gravidez não desejada, aborto inseguro, ITS/HIV/SIDA, nutrição inadequada, abuso de substâncias (álcool, drogas) e violência física e sexual.

De acordo com o INSIDA, 74,2% de adolescente e jovens de sexo feminino e 74,9% sexo masculino referiu que a prevenção é o método de prevenção do HIV. A contracepção praticada pelas adolescentes solteiras (30,2%) é maior do que pelas casadas/união (7,7%) (INJAD/2001). De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS, 2003), 57,1 % dos rapazes e 37,7% das raparigas entre os 15 e os 19 anos, que vivem na área rural, e 67,3% dos rapazes e 54,7% das raparigas que vivem nas áreas urbanas, revelaram conhecer dois ou mais métodos de prevenção da transmissão do HIV. Apesar disso, somente 10,8% das raparigas e 20,4% dos rapazes com vida sexual activa afirmaram ter usado preservativo na última relação sexual (INJAD, 2001).

(i) Finalidade

Aumentar o conhecimento da biologia de reprodução e das habilidades para a vida e promover um comportamento responsável em relação à contracepção, sexo seguro, e prevenção das ITS e HIV.

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Aumentar o acesso dos adolescentes e jovens à informação,

aconselhamento e serviços gratuitos de SSR/ITS/HIV/SIDA.

- Assegurar pessoal treinado nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ's).

(iii) Metas

- Aumentar a cobertura dos serviços para adolescentes e jovens através da sua integração no serviço nacional de saúde, a todos os níveis; garantindo a equidade na distribuição geográfica.
- Aumentar o Número de utilizadores dos SAAJs dos 160.000 em 2005, para 330.000 em 2009, 430.000 em 2010, 480.000 em 2011 e 530.000 em 2014

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- Fazer advocacia para uma atitude positiva e de apoio da comunidade em relação à saúde sexual e reprodutiva e melhoria do diálogo dos adolescentes e jovens com os pais, os provedores de serviços e outros intervenientes em assuntos de SDSRAJ; informação e habilidades para a vida de grupo, dentro e fora das escolas.
- *Instituições [unidades sanitárias]:* Dispensar, informação, aconselhamento, rastreio, cuidados e tratamento nas situações de ITS/HIV/SIDA, gravidez, aborto e suas complicações, deficiências nutricionais, contraceção, abuso de substâncias tóxicas e violência sexual. Referir os doentes com complicações a unidades de cuidados de saúde mais avançados; proceder ao registo e fazer o relatório.
- *Instituições de referência:* Investigação e manejo das complicações, supervisão apoiada, monitoria, pesquisa e disseminação da informação.
- *Instituições (escolas):* programas de saúde escolar e atitude positiva dos provedores para SDSRAJ, incluindo educação de pares.
- *Instituições (outros sectores, ONG's, privados)* estabelecimento de contos de adolescentes, incluindo educação de pares.

(v) Intervenções Estratégicas

- Sensibilizar os intervenientes para assumir uma atitude positiva para a

SDSRAJ, obter consentimento informado e facilitar a escolha informada dos jovens para a participação activa nos programas da comunidade e no seu próprio desenvolvimento.

- Desenvolver pacotes apropriados de IEC sobre as habilidades para a vida, destinados a adolescentes e jovens dentro e fora da escola, e aos pais nas áreas chaves de SDSRAJ.
- Expandir serviços integrados nos cuidados gerais ao nível da unidade sanitária, por nível de atenção, assegurando que sejam acessíveis aos jovens, especialmente em zonas rurais desprivilegiadas, em Centros Juvenis, nas comunidades e nas escolas e também através de brigadas móveis.
- Assegurar a existência de SAAJs de referência em todos os hospitais provinciais e centrais.
- Reforçar e expandir a capacidade dos provedores e instituições envolvidas na prestação de serviços de SDSRAJ.
- Integrar no pacote abrangente de serviços e nos SAAJs áreas temáticas de violência baseada no género, álcool e outras drogas, cuidados de adolescentes vivendo com HIV/SIDA e/ou referência para outros serviços especializados.
- Coordenar as intervenções de base escolar e comunitária com as de base clínica nos SAAJs.
- Integrar ATS e outros serviços como PTV nos SAAJs, promovendo o acesso a partir dos 12 anos.

7.2 Sexualidade, Género e Violência Física e Sexual

O comportamento sexual masculino e feminino é determinado pela maneira como o conceito de Género e de Sexualidade são construídos em função da força social, cultural e económica que afecta a distribuição do poder.

De acordo com o INSIDA 2009 a maioria das mulheres têm a sua primeira relação sexual antes dos 18 anos. No entanto, nalguns locais as mulheres têm a

sua primeira relação logo após os ritos de iniciação aos 9 anos, expondo-se ao risco de gravidez e ITS/HIV.

Dados do INJAD de 2001, indicam que 25,5% das raparigas e 35,2% dos rapazes (10-24 anos) com experiência sexual relataram terem sofrido alguma forma de agressão verbal. Também 11,4% das raparigas e 4,5% dos rapazes afirmaram terem sido vítimas de abuso físico. Os resultados deste inquérito demonstraram que das adolescentes (15-19 anos) com alguma experiência sexual, 4,1% afirmaram terem sido forçadas a ter relações sexuais alguma vez em suas vidas.

Para além de fazer o trabalho doméstico e o trabalho para geração de rendimentos e ainda, eventualmente, ter de cuidar dos familiares doentes, a mulher carrega o fardo da gravidez, do parto e suas complicações, da amamentação, dos cuidados e ainda da educação dos filhos.

O homem detém o poder na tomada de decisões e em relação à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se a mulher em situação mais vulnerável, sem poder gozar dos direitos sexuais e reprodutivos que lhe são devidos.

As mulheres estão também mais sujeitas a ter ITS/HIV e têm acesso limitado à informação, cuidados de saúde, participação e envolvimento na tomada de decisões em casa, na comunidade e na nação.

A cultura generalizada do silêncio, envolvendo questões ligadas ao abuso sexual e outras formas de violência contra a mulher, torna difícil a sua identificação e prevenção.

(i) Finalidade

Promover um desenvolvimento adequado da sexualidade responsável, favorecendo relacionamentos baseados em equidade e respeito mútuo

entre o homem e a mulher, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida, evitando todo o tipo de violência.

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Assegurar que as mulheres e os homens tenham acesso à Informação, Educação e Serviços necessários para adquirir uma boa saúde sexual e exercer seus direitos reprodutivos e suas responsabilidades.
- Realizar estudos CAPC sobre a prevenção da gravidez indesejada, a rápida disseminação do SIDA e outras ITS e a prevalência de violência, abuso sexual e consumo de substâncias tóxicas.

(iii) Metas

Integrar a componente Sexualidade, Género e Violência (SGV) nos Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva.

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* Fazer advocacia e IEC sobre os objectivos de SGV.
- *Instituições de saúde:* Informação, Educação e Comunicação (IEC) e serviços de prevenção de gravidez indesejada, Cuidados clínicos de ITS/HIV/SIDA, violência e abuso de substâncias tóxicas. Referência de casos complicados para as unidades mais diferenciadas, proceder ao registo e fazer o relatório médico. Atendimento rápido e multidisciplinar (ginecologia, psicologia, medicina legal) às vítimas de violação sexual, incluindo contracepção de emergência, profilaxia das ITS e do HIV com antiretrovirais (ARV).
- *Instituições de referência:* cuidados clínicos dos casos complicados, retro informação, monitoria, pesquisa e disseminação da informação.
- *Outros intervenientes chave* (Justiça, Educação, Polícia, Media, ONG's): estabelecimento de ambiente propício para o respeito dos direitos humanos, da sexualidade e do género e adverso à violência física e sexual.

(v) Intervenções Estratégicas

- Integrar a educação sexual e serviços para os adolescentes e jovens.

- Iniciar os esforços educacionais dentro da família, na comunidade e nas escolas de acordo com a idade.
- Promover a educação sexual de adolescentes e conferir habilidades para a abordagem destes assuntos na família através da educação não formal e uma variedade de esforços baseados na comunidade.
- Realizar uma discussão activa e aberta a nível nacional e comunitário e desenvolver programas educativos sobre a necessidade de proteger a mulher, o jovem e a criança de qualquer forma de abuso, incluindo o abuso sexual e ainda da exploração, tráfico e violência sexuais.
- Assegurar a capacidade institucional adequada para os cuidados multidisciplinares das vítimas de violência a todos os níveis.
- Rever e instituir registos e relatórios simples, disseminar informação e monitorar o desempenho dos cuidados às vítimas de violência a todos os níveis.
- Realizar supervisão formativa; intervenção e pesquisa operacional sobre a violência e o género no local de fornecimento de serviços a todos os níveis e na comunidade envolvida.

7.3 Planeamento Familiar

O planeamento familiar foi introduzido em 1978 e tornou-se Programa Nacional de PF em 1980 com o objectivo de: *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*. Em Moçambique a média de filhos por mulher é 5,5 (IDS, 2003).

A taxa de prevalência de contraceptivos cresceu de 6% em 1997 para 17% em 2003 (IDS, 2003), no entanto existe uma diferença muito grande entre as diferentes províncias (Niassa 8% e Província de Maputo 30%). (IDS, 2003). Em termos de necessidades, estima-se que em 1999 70% das necessidades em PF nas zonas rurais e 30% nas zonas urbanas não foram satisfeitas (MISAU, 2004).

Os métodos contraceptivos modernos mais usados pelas mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade são por ordem decrescente: a pílula (5,4%), injecções (4,2%) e preservativos (3,7%) (IDS, 2003).

Em termos de conhecimento, a percentagem de mulheres que conhecem os métodos contraceptivos aumentou de 61,3% em 1997 para 90,8% em 2003. No entanto, o número de mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade que não fazem uso de nenhum método contraceptivo é extremamente alto: 81,8% (IDS, 2003).

(i) Finalidade

Dar acesso à informação de modo a permitir aos casais e aos indivíduos decidir livremente e com responsabilidade o número de filhos e o espaçamento temporal entre eles e a assegurar o consentimento informado e o acesso a toda a gama de métodos contraceptivos seguros e eficazes.

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Providenciar informação e acesso universal a todos os métodos seguros e eficazes de planeamento familiar para a mulher e para o homem e acesso aos serviços relacionados com a saúde reprodutiva
- Assegurar os aspectos éticos e padrões profissionais no fornecimento dos serviços de PF e de saúde reprodutiva

(iii) Metas

- Rever e actualizar a Estratégia de Contracepção e Planeamento Familiar.
- Aumentar a taxa de cobertura do uso de contraceptivos de 14% em 2003 para 30% em 2015.

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* Fazer advocacia para Planeamento Familiar.

- *Instituições* (públicas, ONG's, privadas): Informação, aconselhamento, avaliação, serviços de contracepção com privacidade e confidencialidade e ainda referência de complicações para instituições mais diferenciadas, proceder ao registo e fazer o relatório.
- *Instituições de referência*: cuidados de complicações e retro-informação, monitoria, supervisão apoiada, pesquisa e disseminação da informação.

(v) Intervenções Estratégicas

- Fazer advocacia para difusão dos objectivos do PF e envolver os Líderes e Agentes Comunitários na difusão da informação e promoção da procura de PF.
- Melhorar e estender o acesso aos serviços de PF para todos os que necessitam e o desejam, garantindo a confidencialidade e a disponibilidade de todos os métodos de PF.
- Aumentar a qualidade da informação, educação, comunicação, aconselhamento e serviços de PF.
- Aumentar a participação e partilha de responsabilidade do homem no PF.
- Melhorar os registos, monitoria e avaliação de Planeamento Familiar, especificamente para a coordenação intersectorial e na comunidade.
- Realizar intervenção e pesquisa operacional para aumentar a aceitação e o desempenho de PF.

7.4 Infertilidade e Disfunção Sexual

A proporção de mulheres casadas (25-29 anos) que não tiveram nenhuma criança viva nos últimos 5 anos foi estimada em 6% (IDS, 2003). A proporção de infertilidade primária em mulheres (15-49 anos) que têm relações sexuais regulares nos últimos 5 ou mais anos, sem uso de contraceptivos e que não engravidaram foi de 6,9%. A proporção de mulheres (15-49 anos) que engravidaram mas não tiveram nenhum filho foi 18,4%; que tiveram um ou mais

filhos vivos mas que não conseguiram ter outro filho (infertilidade secundária) constitui 30,3%. (IDS, 2003).

As principais causas de infertilidade incluem ITS (gonorreia, clamídia e sífilis) e outras infecções tais como tuberculose, infecções pós parto e pós aborto.

A infertilidade conduz a situações de estigmatização, trauma psicológico e violência contra a mulher em casa e na comunidade. Existe informação e pesquisa limitada na área de infertilidade e disfunção sexual ao nível do País e os casos são individualmente atendidos nas instituições.

(i) Finalidade

Prevenção e cuidados clínicos da infertilidade e disfunção sexual (DS), no homem e na mulher,

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

Sensibilizar a comunidade para a procura de cuidados clínicos para situações de infertilidade e disfunção sexual.

(iii) Metas

Integrar a componente infertilidade e disfunção sexual nos Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva até 2014.

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* fazer advocacia junto dos provedores de saúde e doutros intervenientes para adopção de atitude positiva e orientação para a procura de cuidados em situações de infertilidade e disfunção sexual.
- *Nível Primário:* informação, aconselhamento, tratamento e referência de utentes com infertilidade.
- *Consulta clínica:* informação, aconselhamento, investigação, tratamento de infertilidade e Disfunção Sexual e referência de casos para unidades mais diferenciadas, relatório médico e seguimento dos indivíduos enviados pelas instituições de referência.

- *Instituições de Referência*: investigação, tratamento da infertilidade e DS, seguimento, supervisão com apoio, relatório médico e disseminação da informação.

(v) *Intervenções Estratégicas*

- Fazer advocacia para desenvolvimento de atitude positiva em relação à infertilidade e disfunção sexual por parte dos intervenientes e promoção do envolvimento comunitário.
- Pesquisa para estabelecer a prevalência de base, e as práticas relativas a infertilidade e Disfunção Sexual nas províncias, distritos tendo em conta os diversos grupos étnicos.
- Assegurar a capacidade institucional adequada para a provisão de cuidados de infertilidade e disfunção Sexual incluindo privacidade e confidencialidade a todos os níveis.
- Melhorar a capacidade do pessoal de saúde envolvido na detecção e provisão de serviços de Infertilidade e Disfunção Sexual.
- Rever e instituir registos simples e fáceis de utilizar, relatórios e disseminação da informação e monitoria do desempenho sobre infertilidade e disfunção sexual a todos os níveis.
- Realizar a supervisão formativa, intervenção e pesquisa operacional sobre infertilidade e DS nos locais de fornecimento de serviços a todos os níveis incluindo na comunidade.

7.5 ITS e HIV/SIDA

A incidência e prevalência no geral das infeções de transmissão sexual (ITS) no país não são conhecidas. A prevalência de sífilis nas mulheres grávidas é de 7% (ronda epidemiológica 2007).

A prevalência nacional do HIV em 2009 era de 15% com variação regional, (MISAU 2009). Existe tendência de crescente da prevalência do HIV embora ligeira na população dos 14-19 e 20-24 anos.

O Programa de redução da transmissão vertical (PTV) iniciado em 2004 está na sua fase de consolidação e expansão. Em 2009 os serviços de PTV foram oferecidos em 832 Unidades Sanitárias do SNS onde foram testados cerca de 73% das 888.861 mulheres que foram observados na primeira consulta pré natal

O tratamento de ITS para mulheres grávidas ao nível das maternidades é gratuito e é assegurado por enfermeiras de SMI que usam o protocolo de tratamento sindrómico específico.

(i) Finalidade

Reduzir a incidência e prevalência de ITS's e deste modo reduzir a transmissão da infecção por HIV

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Fazer advocacia na comunidade para a procura e solicitação de testes de ITS/HIV, tratamento e referência para unidades mais diferenciadas.
- Desenvolver estratégias para a redução do estigma na comunidade e nas instituições de provisão de serviços.

(iii) Metas

- Aumentar a cobertura de despiste e tratamento de sífilis na gravidez dos actuais 60% para 95% em 2015.
- Aumentar o acesso ao PTV pelas mulheres grávidas de 73% observado em 2009 para 90% em 2015.

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* Fazer advocacia da prevenção, tratamento e cuidados incluindo, nutrição e segurança alimentar
- *Nível I e CPN:* Aconselhamento, rastreio de ITS/HIV (testes rápidos), PTV, tratamento, educação nutricional e referência para níveis mais diferenciados.
- *Instituições de referência:* Aconselhamento, rastreio de ITS/HIV (clínico, laboratorial incluindo cultura & sensibilidade), tratamento definitivo de ambos os parceiros, PTV, TARV, retenção do caso e

seguimento, referência a unidades mais diferenciadas, proceder ao registo e fazer o relatório.

(v) *Intervenções Estratégicas*

- Realizar estudos CAPC focalizadas na prevenção, tratamento e cuidados de ITS/HIV/SIDA.
- Determinar a incidência e prevalência, de agentes etiológicos das ITS no país, por província e por distrito.
- Assegurar uma capacidade institucional adequada para a provisão de serviços de ITS/HIV/SIDA incluindo PTV e TARV e a utilização de tecnologia moderna simples a todos os níveis.
- Melhorar a capacidade do pessoal de saúde envolvido no rastreio, laboratório, tratamento e referência das complicações a todos os níveis.
- Rever e instituir registos simples, relatórios e disseminação da informação, e monitoria do desempenho a todos os níveis.
- Realizar a supervisão formativa, pesquisa operacional nos locais de fornecimento de serviços a todos os níveis e proceder ao envolvimento comunitário.

7.6 Maternidade Segura

Em Moçambique estima-se cerca de 1 milhão de mulheres grávidas por ano, numa proporção de 50 por 1000 habitantes.

Os principais problemas de saúde da mulher grávida relacionam-se com, deficiência nutricional, anemia, malária, parasitoses, ITS/HIV e doença hipertensiva.

A taxa bruta de natalidade é estimada em 44,4 por 1.000 habitantes o que significa 892.000 partos por ano. A Razão de mortalidade Materna (RMM) é estimada em 408 por 100.000 nados vivos (IDS 2003), e vem decrescendo desde 1997, altura em que foi 690 MM por 100.000 NV (IDS, 1997). As

complicações durante o parto como hemorragia obstétrica, ruptura uterina, sépsis e eclâmpsia constituem 75% da causa da mortalidade materna e 25% são devidas a causas indirectas como malária e HIV, entre outras.

A mortalidade neonatal é estimada em 48 por 1.000 NV (IDS 2003), tem uma tendência a diminuir mas varia entre as províncias sendo mais alta em Nampula (76 por 1.000 NV).

Cerca de 92.4% de mulheres grávidas frequentaram pelo menos uma consulta pré-natal mas somente 58% tiveram parto institucional e 42% tiveram parto domiciliário. Os partos institucionais têm vindo a aumentar, no entanto houve diferenças entre a zona urbana com 80,7% e rural com 48,9% em 2008 e também há diferenças entre as províncias como Cabo Delgado com 45,5% e cidade de Maputo com 93,1% (MICS 2008).

(i) Finalidade

Reduzir significativamente a mortalidade materna através do aumento da cobertura e qualidade da CPN, partos institucionais, acesso aos COEm, consulta pós-parto (CPP) e PF.

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Aumentar a informação e o conhecimento dos beneficiários, provedores e comunidade acerca da importância da CPN, parto institucional, CPP e PF.
- Aumentar a cobertura e qualidade da CPN incluindo a detecção do risco para a mulher grávida ou o seu feto e referência atempada para o parto institucional a um nível mais diferenciado.
- Aumentar o conhecimento, habilidades e atitudes do pessoal envolvido nos cuidados de Maternidade Segura a todos os níveis.
- Garantir a qualidade e a humanização do parto e dos cuidados neonatais.
- Aumentar a qualidade e o acesso aos cuidados obstétricos de emergência.

(iii) Metas

- Reduzir a RMM de 408 por 100.000 NV em 2003 para 250 por 100.000 NV em 2015 (PNI 2009)
- Aumentar a cobertura da primeira CPN de 84% em 2003 para 95% em 2015 e aumentar a frequência da CPN de 2,9 em 2003 para 4 em 2015
- Reduzir a prevalência de anemia nas mulheres em idade fértil dos 53% em 2002 para 15% em 2015 (PNI 2009)
- Melhorar a qualidade e cobertura de partos institucionais de 49% em 2006 para 80% em 2015 (PNI 2009)
- Reduzir a taxa de mortalidade neonatal de 48 por 1.000 em 2003 para 30 em 2015
- Aumentar a taxa de Cobertura de Necessidades Satisfeitas para complicações obstétricas tratadas em US com COEm, dos 16% em 2001 para 90 % em 2015
- Melhorar o Sistema de Referência obstétrica e neonatal com existência até 2010, de ambulâncias e rádios de comunicação operacionais em todas as unidades sanitárias com COEm.
- Aumentar a taxa de cobertura das Consultas pós-natal para 80% em 2015

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* Fazer advocacia, envolver e orientar a comunidade e em particular a Parteira Tradicional para promoção do parto institucional.
- *Consulta Pré-natal:* Informação e aconselhamento, rastreio de factores de risco, parasitoses, anemia, profilaxia da malária, ATS, ITS, HIV e PTV, educação nutricional, VAT, aleitamento materno exclusivo e referência atempada para unidades mais diferenciadas.
- *Parto:* Atendimento por pessoal treinado, utilização do partograma, parto seguro e acesso a COEm e cuidados ao recém-nascido, observação no pós-parto imediato, referência atempada para o nível superior se for necessário.

- *Instituições de Referência:* Parto seguro, incluindo COEm e serviços adequados para os recém nascidos e referência de casos.
- *Pós-natal:* Cuidados à mãe e alimentação e cuidados ao RN.
- Consulta Pós-parto: (dentro de 42 pós-parto) PF e atenção ao RN.

(v) Intervenções Estratégicas

- Realizar estudo de intervenção sobre a prática, fornecimento e provisão de serviços de maternidade segura em áreas mais desfavorecidas do país.
- Mobilizar os líderes comunitários, e os beneficiários para uma maior utilização e o direito à CPN e Parto assistido.
- Assegurar que seja adequada em qualidade e quantidade os serviços de CPN e parto institucional incluindo COEm a todos os níveis.
- Melhorar a capacidade e mudança da atitude do pessoal envolvido na maternidade segura através da formação contínua em serviço dos provedores desses serviços a todos os níveis.
- Providenciar condições nas instituições de referência para formação personalizada em serviço que contribui para a promoção da carreira do pessoal envolvido na maternidade segura a todos os níveis e maior supervisão formativa pelos seus monitores.
- Assegurar a qualidade da formação formal e em serviço de enfermeiras de SMI, técnicos de cirurgia, médicos e especialistas em ginecologia e obstetrícia.
- Assegurar a monitoria da prática e resultados da maternidade segura através da recolha simples e fácil de dados clínicos, auditoria das mortes maternas e perinatais, das complicações obstétricas e respectivo relatório em todas as unidades sanitárias.
- Institucionalizar as casas de espera junto das maternidades.
- Institucionalizar os comités de Auditorias das Mortes Maternas
- Documentar, divulgar e promover a implementação das “Boas Práticas” nos serviços de saúde reprodutiva e saúde neonatal e infantil baseadas em evidências, nos cuidados obstétricos e neonatais

7.7 Aborto

Não é conhecida a magnitude exacta da taxa de abortos inseguros em Moçambique no entanto estima-se que os Abortos inseguros contribuem para 11% da mortalidade materna do país. Cerca de dois terços dos abortos inseguros ocorrem em mulheres entre os 15 e os 30 anos de idade. O aborto por razões pessoais ou sociais é ilegal e punível com prisão de acordo com a lei vigente. A auscultação pública no processo de revisão da lei do aborto, poderá caminhar para a aprovação de uma lei que permita o aborto seguro em determinadas circunstâncias contribuindo assim para a redução da mortalidade materna.

Serviços pós aborto com aspiração com vácuo manual (AVM) não estão disponíveis em todas as unidades sanitárias.

(i) Finalidade

Reduzir a incidência e prevalência de gravidez não desejada e a mortalidade devido as complicações do aborto.

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Disponibilizar, à todos os indivíduos, informação, conhecimento e ferramentas necessárias de saúde reprodutiva, para assegurar uma gravidez responsável.
- Disponibilizar acesso a serviços adequados e continuados com qualidade, para todas as mulheres com complicações de aborto.

(iii) Metas

- Reduzir a taxa de mortalidade das mulheres com complicações de aborto em 80% até 2015.

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* Fazer advocacia da prevenção do aborto, apoio e orientação para gravidez não desejada, aos líderes e agentes comunitários, educadores, e outros intervenientes.

- *Instituições de saúde:* disponibilizar IEC personalizado, serviços de cuidados pós-aborto, ITS/HIV/SIDA, PF, proceder ao registo, fazer o relatório e referência dos casos mais complicados para unidades mais diferenciadas.
- *Instituições de referência:* cuidados clínicos dos casos complicados, pesquisa e disseminação da informação

(v) *Intervenções Estratégicas*

- Rever e aprovar leis e regulamentos dirigidos `a educação dos adolescentes e Jovens, especialmente das raparigas, de modo a aumentar a idade do casamento e da gravidez.
- Desenvolver normas e guiões nacionais sobre os cuidados efectivos de abortos inseguros e suas complicações para os provedores desses cuidados a todos os níveis.

7.8 Condições Não Infecciosas do Sistema Reprodutor (CNISR)

A incidência e a prevalência de condições não infecciosas do sistema reprodutor (que incluem fístulas, tumores benignos, quistos, menopausa e andropausa) não são conhecidas no país.

A fístula obstétrica é um problema de saúde pública em Moçambique, com muitos casos na comunidade que aguardam para ser operados. As fístulas estão mais associadas à idade jovem e à falta de acesso ao parto institucional.

(i) *Finalidade*

Reduzir a incidência e a prevalência de condições não infecciosas do sistema reprodutor (CNISR) através da prevenção, detecção e tratamento atempado.

(ii) *Objectivos de Cobertura e Qualidade*

- Sensibilizar e encorajar a procura de serviços de atenção às CNISR especialmente nas mulheres.

- Criar condições para a promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das CNISR em todas as unidades sanitárias.

(iii) Metas

Institucionalizar a atenção e cuidados às CNISR a todos os níveis até 2014.

(iv) Directivas para a prestação dos serviços

- *Comunidade:* Educação e aconselhamento acerca das CNISR.
- *CPN e Nível primário:* informação, aconselhamento e referência de casos à consulta clínica.
- *Consulta clínica:* informação, aconselhamento, diagnóstico, tratamento e referência dos casos para instituições mais diferenciadas, relatório e seguimento.
- *Instituições de referência:* investigação, tratamento, seguimento, supervisão formativa e disseminação da informação.

(v) Intervenções Estratégicas

- Estabelecer a incidência e prevalência das CNISR no país, por províncias e distritos até 2014.
- Reforçar a capacidade do pessoal de saúde envolvido na provisão de serviços de CNISR a todos os níveis.
- Rever e instituir registos e relatórios simples e fáceis de utilizar, disseminar informação e monitorar o desempenho para as CNISR a todos os níveis.

7.9 Cancros do Sistema Reprodutor (CSR)

O único estudo de incidência sobre cancro em Moçambique foi realizado a partir de um inquérito na população de Maputo entre 1956-1961 (Prates e Torres, 1965). A incidência e prevalência no país, dos três cancros do sistema reprodutor (CSR) nomeadamente cervical, mama e próstata não são conhecidas.

O primeiro registo de cancro foi instituído na cidade da Beira em 2005 e mostrou uma incidência de 63,5 cancros por 100.000 habitantes nesta cidade. Nessa análise de 356 casos de cancro (2005) 52% eram mulheres, e 80% dos casos tinham entre 20-59 anos. Foram registados 93 cancros cervicais e o cancro mais frequente foi o Sarcoma de Kaposi (SK), provavelmente associado a alta prevalência de HIV em Sofala (30%).

Durante os primeiros seis meses de 2006 foram registados um total de 220 casos de cancro dos quais 46 foram carcinomas do colo do útero e 11 foram cancro da mama.

A base de dados do serviço de Anatomia Patológica (SAP) do HCM mostra 3-4 casos de cancro da próstata diagnosticados por semana.

A prevenção ou diagnóstico precoce dos três cancros p.ex., através da aplicação de ácido acético (vinagre) a 3-5% para o cancro cervical, palpação de nódulos mamários, exame de toque rectal e o teste de antigénio específico para o cancro da próstata, seguido de referência para o tratamento definitivo, não está ainda institucionalizada nos níveis básicos de fornecimento de cuidados de saúde.

(i) Finalidade

Reduzir a incidência, prevalência e mortalidade relacionadas aos três CSR mais frequentes através da consciencialização, detecção precoce e tratamento.

(ii) Objectivos de Cobertura e Qualidade

- Criar consciência e procura de serviços para o rastreio ou diagnóstico dos três CSR em mulheres e homens acima de 20 anos no País.
- Desenvolver padrões e normas para o rastreio, diagnóstico e tratamento dos CSR, registo e relatório médico e disseminação de informação das actividades.

(iii) Metas

Desenvolver um plano de intervenção e iniciar a detecção precoce e referência para o tratamento dos CSR até 2014.

(iv) Serviços a serem prestados

- *Cancro do colo uterino*: Fazer aconselhamento, exame do colo do útero durante a CPN, PF, ITS, e consultas de rotina, referência dos casos positivos para unidades mais diferenciadas.
- *Cancro da mama*: Fazer aconselhamento, auto exame e exame clínico da mama durante a CPN, PF, ITS e consultas de rotina, referência de mulheres com nódulos mamários para unidades mais diferenciadas tratamento, seguimento e registo clínico.
- *Cancro da Próstata*: Fazer aconselhamento, toque rectal nas consultas de rotina e de ITS e referência dos casos positivos para unidades mais diferenciadas, seguimento e registo.
- *Sarcoma de Kaposi*: Fazer e aconselhamento, exame da pele nas consultas de rotina e ITS, testes de HIV e ITS e referência dos casos positivos, seguimento e registo clínico

(v) Intervenções Estratégicas

- Determinar incidência e prevalência dos CSR no país, e estabelecer um Registo Nacional de Cancro até 2014.
- Realizar pesquisa sobre a relação entre dos CSR, SK e infecções virais (HIV, HPV e Herpes B) até 2014.
- Avaliar as necessidades, e desenvolver normas para os provedores de serviços de SSR sobre, aconselhamento, rastreio, referência, registo e relatório médico de serviços integrados de CSR.
- Criar capacidades das instituições e provedores de serviços de SSR no uso de métodos novos modernos, mas simples, de rastreio e diagnóstico precoce dos três cancros nos serviços de SSR a todos os níveis.

- Assegurar adequada qualidade e quantidade de infra-estruturas, provisão de serviços e equipamentos para os CSR em todos os locais de rastreio e instituições de referência.
- Desenvolver a monitoria, registo e relatórios simples e fáceis de utilizar, e disseminação da informação sobre os CSR aos intervenientes.

7.10 Integração das Intervenções de CSSR

As finalidades, objectivos, metas, serviços e intervenções estratégicas, especialmente nas condições actuais de fracos recursos requerem a integração e coordenação dos serviços a todos os níveis de modo a garantir os CSDSR aos beneficiários e comunidades.

8. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

A Política de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos deverá ser implementada sob a coordenação da Direcção Nacional de Saúde Pública, em colaboração com outras áreas do MISAU e com outros sectores nacionais envolvidos, nomeadamente Justiça, Educação, Juventude, Mulher e Acção Social, e outros parceiros incluindo Organizações Não Governamentais e a Comunidade.

8.3.1 Sistema de Informação da Saúde

O sistema de informação da saúde (SIS) inclui a recolha de dados de rotina, análise e sua utilização para melhoria da gestão e provisão de CSSR no local de fornecimento de cuidados a todos os níveis.

8.3.2 Parcerias

Os parceiros para os CSSR compreendem organizações lucrativas, não lucrativas, doadores dentro e fora do país e provedores de CSSR. Os parceiros para os CSSR estão envolvidos na promoção (fazer advocacia), prevenção, cuidados curativos e reabilitação, financiamento, formação e pesquisa a todos os níveis, incluindo a comunidade.

Intervenções Estratégicas

- Organizar reuniões regulares de todos os intervenientes para desenvolver e rever documentos estratégicos para os CSSR no País.
- Adotar o Código de conduta como mecanismo de implementação da parceria para os CSSR entre o MISAU e as ONGs.
- Fazer advocacia junto dos doadores para cumprir com o seu compromisso de dedicar 0,7% do PNB para apoio aos países em desenvolvimento que vai contribuir no aumento de recursos para os CSSR.

8.3.3 *Envolvimento Comunitário*

A procura de CSDSR tem a sua origem no indivíduo, na família e na comunidade.

Intervenções estratégicas:

- Realizar estudos de identificação de problemas e das causas que constituem barreiras para a procura dos serviços.
- Rever e redefinir a ligação US/Comunidade, o perfil e mandato dos Agentes comunitários de saúde na área de SDSR.
- Assegurar a capacidade adequada das US para a provisão de CSSR e referência nos dois sentidos entre a US e a comunidade.

8.3.4 *Envolvimento dos Beneficiários*

Adultos, adolescentes e jovens, em especial as raparigas e mulheres que são as beneficiárias chave de CSDSR, devem ser informados e envolvidos na planificação e na tomada de decisões dos serviços de saúde.

Intervenções estratégicas:

- Assegurar o envolvimento dos beneficiários na planificação e implementação de serviços de CSDSR a todos os níveis.
- Assegurar a representação equilibrada dos beneficiários por grupos etários e género.
- Monitoria do envolvimento dos grupos de beneficiários em actividades de CSDSR.

8.3.5 Mobilização de Recursos Financeiros

O Cenário de Despesa e Financiamento de Médio Prazo (CDFMP) para o financiamento público e dos doadores para o sector de Saúde é preparado pelo Ministério do Plano e Finanças (MPF). As fontes de financiamento para os serviços de CSSR incluem o Orçamento do Estado, doadores multi e bilaterais, ONG's internacionais, sector privado e contribuições individuais. O financiamento do sector público de saúde e CSSR é realizado através de vários mecanismos, e recebe apenas 14% do Orçamento Geral do Estado.

Intervenções estratégicas:

- Reunir informação segura sobre o custo de serviços de CSSR a todos os níveis, para uma alocação realista dos fundos para o sector de saúde e para preparação e projecções de CFDMP.
- Fazer advocacia e disseminação da informação sobre a nova visão para as necessidades de serviços adequados de SSR.
- Elaborar provisão orçamental adequada para a pesquisa estratégica na área de CSSR, nos orçamentos do Ministério de Saúde.

8.3.6 Desenvolvimento de Recursos Humanos

Intervenções estratégicas:

- Estabelecer normas para o pessoal, racionalizar a colocação e manter um banco de dados do pessoal habilitado para os serviços integrados de CSSR a todos os níveis.
- Melhorar a capacidade a satisfação e a progressão na carreira profissional do pessoal de CSSR através da formação contínua, sem descurar os cursos formais que levam a promoção.
- Melhorar a integração das tarefas e funções dos membros da equipa de CSSR através da supervisão formativa e integrada.
- Criar mecanismos (salários, subsídios, rotações, formações em serviço, melhoria das condições de vida, etc.) de modo a facilitar a colocação de pessoal da SSR na área rural.

- Estabelecer normas para delegação de competências no contexto da provisão de serviços de SSR

8.3.7 Materiais/Equipamento/Logística

Intervenções estratégicas:

- Actualizar e incluir medicamentos para a Saúde Reprodutiva na Lista dos kits de Medicamentos Essenciais para US com vista a garantir o seu fornecimento regular.
- Assegurar orçamento adequado para material/equipamento e logística a todos os níveis.
- Criar capacidades e habilidades do pessoal envolvido na gestão básica de medicamentos, materiais e equipamento, a todos os níveis.
- Assegurar a disponibilidade dos materiais e equipamentos para emergência de CSSR a todos os níveis.

8.3.8 Supervisão

A supervisão pretende assegurar a execução das actividades planeadas de CSSR, a sua qualidade, transferir conhecimentos e melhorar as habilidades de desempenho dos provedores de serviços. Necessita de ser bem planeada, tendo em vista a resolução dos problemas com base em evidências com relatório detalhado e retro informação apropriada.

Intervenções estratégicas:

- Rever e estabelecer padrões e normas para realizar uma supervisão formativa efectiva e eficaz dos CSSR existentes a todos os níveis e comunidades
- Assegurar planos detalhados, incluindo os dias da visita, orçamento adequado e recursos para a supervisão a todos os níveis, sempre com concordância da instituição envolvida.
- Assegurar que os resultados e relatórios da supervisão sejam imediatamente enviados aos provedores de SSR e aos intervenientes nessa acção. Reforçar os sistemas de supervisão existentes com vista a monitorar a ligação do sistema de saúde formal e os baseados na comunidade.

8.3.9 Acesso aos CSSR

O acesso ao CSSR é limitado pelas características geográficas, iniquidade na localização das instituições de saúde, factores sócio económicos e ainda pela qualidade dos serviços prestados.

Intervenções estratégicas:

- Instituir regulamentos para um plano de investimento baseado em critérios de alocação de recursos para acesso equitativo aos CSSR.
- Garantir a provisão de serviços integrados de qualidade com um tempo de espera mínimo para os utentes a todos os níveis no País.
- Melhorar a infra-estrutura para assegurar a aceitabilidade e procura dos serviços essenciais de SSR pelos beneficiários e pela comunidade.
- Reforçar a gestão de recursos de forma a assegurar o acesso aos serviços com qualidade.

8.3.10 Satisfação do Utente

A provisão de CSSR ao utente e à comunidade é complexa, envolve direitos humanos, questões éticas, adequação do espaço físico e aspectos sócio culturais dos profissionais e dos utentes. A monitoria da satisfação do utente como indicador de qualidade dos serviços deve ser realizada de forma permanente para melhorar o desempenho.

Intervenções estratégicas:

- Divulgar e advogar os direitos dos utentes particularmente sobre a qualidade dos CSSR recebidos e denunciar a sua insatisfação.
- Criar capacidades do provedor de serviços de CSSR para ter uma atitude positiva para com as queixas e grau de satisfação do utente.
- Estabelecer mecanismos para captar as reclamações e satisfação dos utentes em relação a CSSR e criar canais apropriados para correcções de irregularidades.

8.3.12 Pesquisa operacional

A pesquisa realizada no país é coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde. Existe uma agenda nacional e muitas instituições que realizam vários tipos de

pesquisa, estudos epidemiológicos e de sistema de saúde com pouca disseminação dos resultados entre instituições a vários níveis. Os recursos humanos, financeiros e materiais alocados a esta área ainda são limitados.

Intervenções estratégicas:

- Reforçar a capacidade nacional de realizar pesquisa essencial em CSSR em todas as áreas de SDR, a todos os níveis, especialmente no nível primário.
- Estabelecer dados e indicadores de base em cada área de CSSR por níveis de modo a avaliar o desempenho.
- Criar capacidades para realizar pesquisa essencial em CSSR, documentação e disseminação de informação.

8.3.13 Padrões e Qualidade dos Cuidados

O desenvolvimento de Pacotes de Tecnologia Essencial de Saúde (PTES) para CSSR exige uma definição clara dos padrões de serviços de CSSR de uma maneira integrada nos locais de fornecimento de cuidados. Os padrões estabelecidos servem de base para a planificação e implementação dos CSSR.

Intervenções estratégicas:

- Rever e estabelecer padrões, normas e guões para PTES e serviços integrados de CSSR a todos os níveis.
- Assegurar capacidade institucional adequada para a gestão de qualidade e garantia de serviços adequados de CSSR a todos os níveis.
- Realizar estudos regulares para melhoria da qualidade dos serviços de CSSR a todos os níveis.

8.3.14 Advocacia

A advocacia da SDR é limitada a todos os níveis. Há toda a necessidade de criar consciência para a melhoria da saúde da comunidade em colaboração com outros sectores do Governo, ONGs locais e internacionais, sector privado, religiosos, médicos tradicionais e outros.

Intervenções estratégicas:

- Fazer advocacia para a revisão da legislação de modo a corrigir situações e atitudes que contrariam a prática dos direitos sexuais e reprodutivos e CSSR.

- Criar capacidades nos provedores de SSR do nível primário para advocacia conducente à utilização de CSSR.
- Realizar e utilizar resultados de estudo CAPC e avaliação das necessidades com a finalidade de aumentar a procura de serviços de CSSR.

8.3.15 Informação, Educação e Comunicação (IEC)

Para além de criar consciência sobre CSSR, os intervenientes na SSR necessitam de terem acesso à varios metodos e ferramentas para tomada de decisões responsáveis.

Intervenções estratégicas:

- Realizar estudo CAPC e avaliação das necessidades para produção de materiais de IEC.
- Melhorar a disseminação da informação em língua local de modo a influenciar a mudança de hábitos e comportamentos que põem em risco a saúde sexual e reprodutiva.
- Educar as comunidades utilizando métodos participativos, sobre os assuntos de CSSR que são relevantes para a sua vida particularmente para mães e raparigas.

8.3.16 Desenvolvimento de capacidades

A provisão de CSSR tanto em quantidade como em qualidade adequada por profissionais, assistentes e auxiliares, requer a procura correcta de informação, compreensão clara, atitude e habilidades correctas através da pesquisa, treino formal ou em serviço e supervisão formativa.

Intervenções estratégicas:

- Reforçar a capacidade de gestão dos provedores de CSSR a Nível Central e nas equipas de saúde provinciais e distritais, especialmente na descentralização e integração de CSSR nas US a todos os níveis e na comunidade.
- Realizar avaliação de necessidades de formação em CSSR a todos os níveis e rever normas, formação em serviço e formal, avaliação e monitoria dos padrões de ensino

9. MONITORIA E AVALIAÇÃO

Existe a necessidade de desenvolver indicadores fiáveis para monitoria e avaliação das áreas chaves de CSDSR.

A organização da monitoria e avaliação (M&A) para a política de SDSR e as intervenções estratégicas listadas têm quatro componentes:

- Monitoria
- Avaliação
- Selecção de indicadores
- Recolha de dados

9.1 Monitoria

A monitoria implica a determinação regular da eficiência na implementação das intervenções estratégicas esboçadas em:

- Estrutura da política para as nove áreas de SDSR
- Processo de implementação da política
- A eficácia na implementação é verificada analisando entradas, processos e saídas em comparação com padrões de serviço, horários e utilização de recursos a diferentes níveis.

9.2 Avaliação

Avaliação vai incluir a análise dos processos de implementação, resultados e impacto em relação à situação de base, à finalidade da política e aos objectivos definidos para SDSR.

9.3 Selecção de indicadores

A selecção de indicadores para a M e A de SDSR pode ser categorizada em três grupos de exigência

- Nacional
- Continente Africano

- Global

Estes indicadores são categorizados em: de base, cobertura, processo de implementação, M e A propriamente dita, resultados e impacto. A descrição e definição dos indicadores seleccionados são apresentadas na matriz da página seguinte.

9.4 Recolha de dados

A principal fonte de indicadores para a M e A inclui censos populacionais, inquéritos demográficos de saúde, relatórios médicos de rotina nas unidades sanitárias, sistema de tratamento de dados de informação de saúde e estudos/pesquisas clínicas e de saúde pública. As potenciais fontes de dados para cada indicador são apresentadas na matriz da página seguinte.

Intervenções Estratégicas:

- Estabelecer indicadores de monitoria e desempenho dos serviços integrados de CSDSR a todos os níveis
- Rever e desenvolver guiões apropriados para registo, recolha de dados, relatório e disseminação do desempenho dos serviços integrados de SDRS a todos os níveis.
- Monitoria e avaliação da procura, utilização dos CSDSR pelos beneficiários, e o respeito dos provedores e outros intervenientes em exercício pelos direitos humanos.
- Introduzir e aplicar uma abordagem de melhoria do desempenho e qualidade para reforçar o fornecimento de serviços nas US de modo a permitir a participação comunitária e a supervisão formativa.

MATRIZ DA PROPOSTA DE FONTE DE DADOS PARA INDICADORES SELECIONADOS DE SDSR: MOÇAMBIQUE

No.	Indicadores					Fonte de dados (Moçambique)				
	Descrição	Definição	Aplicação			Censo	IDS	Rel .Med	SIS	Estudos
			Moçambique	Continente Africano	Global					
1	BASE									
	<i>Onde não disponível</i>		(36)							
2	COBERTURA									
2.1	<i>Cobertura de Cuidados de Saúde Pré-natal</i>	Percentagem de mulheres atendidas pelo menos uma vez durante a gravidez e cujo motivo de consulta foi a gravidez, por pessoal de saúde qualificado (excluindo as parteiras tradicionais com ou sem formação).	√	√	√		√	√	√	
2.2	<i>Prevalência de utilização de contraceptivos (qualquer método)</i>	Percentagem de mulheres na idade reprodutiva que utilizar (ou cujos parceiros utilizem) um método contraceptivo num determinado momento.	√	√	√		√			
2.3	<i>Disponibilidade de cuidados obstétricos essenciais básicos</i>	Número de unidades sanitárias com cuidados obstétricos essenciais básicos em funcionamento por 500 000 habitantes.	√	√	√			√	√	
2.4	<i>Disponibilidade de cuidados obstétricos essenciais completos</i>	Número de unidades sanitárias com cuidados obstétricos essenciais completos por 500 000 habitantes.	√	√	√			√	√	
2.5	<i>Percentagem de admissões gineco-obstétricas devido a aborto</i>	Percentagem de casos admitidos nos serviços de ginecologia e obstetrícia devido a aborto (espontâneo e induzido mas, excluindo interrupção voluntária de gravidez programada)	√	√	√			√	√	

MATRIZ DA PROPOSTA DE FONTE DE DADOS PARA INDICADORES SELECIONADOS DE SDSR: MOÇAMBIQUE (cont)

N o.	Indicadores					Fontes de dados (Moçambique)				
	Descrição	Definição	Aplicação			Censo	IDS	Rel Med	SIS	Estudos
			Moçambi que	Continente Africano	Global					
3	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO									
3.1	<i>Direitos Sexuais e Reprodutivos</i>	Percentagem de leis de suporte ao SDSR e regulamentos decretados e reforçados	√	√	na					√
3.2	<i>Envolvimento Multi sectorial</i>	Percentagem de sectores chave com componentes SDSR na sua política e planos	√	√	na					√
3.3	<i>Infra-estrutura de serviços SDSR</i>	Percentagem de unidades sanitárias com uma infra-estrutura padrão de serviços SDSR por níveis	√	na	na				√	√
3.4	<i>Parcerias</i>	Percentagem de potenciais parceiros envolvidos nas actividades de CSDSR programadas por nível	√	√	na			√	√	√
3.5	<i>Participação Comunitária</i>	Percentagem de unidades sanitárias do nível I com actividades de CSDSR planeadas em conjunto com as comunidades	√	√	na			√	√	√
3.6	<i>Financiamento de CSDSR</i>	Percentagem de alocação de fundos necessários para CSDSR por níveis	√	√	na				√	√
3.7	<i>Integração de CSSR</i>	Percentagem de unidades de saúde oferecendo pacotes essenciais de serviços de SDSR integrados por nível	√	√	na			√	√	√
3.8	<i>Desenvolvimento de capacidades</i>	Percentagem de serviços de saúde, instituições de ensino e investigação com pacotes de formação integrado de CSDSR pré serviço e em serviço	√	√	na			√	√	√
3.9	<i>Desenvolvimento de capacidades – recursos humanos</i>	Percentagem de serviços de saúde, instituições de ensino e investigação com pessoal de CSDSR recomendado	√	√	na			√	√	√

MATRIZ DA PROPOSTA DE FONTE DE DADOS PARA INDICADORES SELECIONADOS DE SDRS: MOÇAMBIQUE (cont)

No.	Indicadores					Fontes de dados (Moçambique)				
	Descrição	Definição	Aplicação			Descrição				
			Moçambique	Continente Africano	Global	Censo	IDS	Rel Med	SIS	Estudos
3.10	<i>Partos atendidos por pessoal de saúde qualificado</i>	Percentagem de nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado (excluindo parteiras tradicionais com ou sem formação)	√	√	MDM			√	√	
3.11	<i>Equipamento e Material</i>	Percentagem de serviços por nível com falta de equipamento e material essencial	√	√	na					
3.12	<i>Supervisão</i>	Percentagem de serviços por nível com relatórios de supervisão padronizada	√	√	na					
3.13	<i>Investigação e Desenvolvimento</i>	Percentagem de estudos/pesquisas de SDRS essenciais financiados e disseminados	√	√	na					√
3.14	<i>Advocacia</i>	Percentagem de actividades de advocacia planeada por níveis incluindo Dia da Juventude Africana	√	√	na				√	√
3.15	<i>IEC</i>	Percentagem de actividades IEC realizadas por níveis	√	√	na				√	√
3.16	<i>Satisfação do Cliente</i>	Percentagem de unidades de saúde tratando das queixas dos utentes e da comunidade	√	√	na			√	√	√
4	FERRAMENTAS M e A									
4.1	<i>Guiões em CSDSR</i>	Percentagem de unidades sanitárias usando guiões para CSDSR integrado e detalhado por níveis	√	√	na			√	√	√
4.2	<i>Registo Médico</i>	Percentagem de unidades sanitárias por níveis com registo e relatório médico padrão	√	√	na			√	√	√
4.3	<i>SIS</i>	Percentagem de unidades sanitárias por níveis recebendo, analisado, relatando e disseminando dados e informações sobre CSDSR	√	√	na			√	√	√
4.4	<i>Monitoria e Avaliação</i>	Percentagem de relatório e disseminação de actividades M e A planificadas	√	√	na				√	√

MATRIZ DA PROPOSTA DE FONTE DE DADOS PARA INDICADORES SELECIONADOS DE SDR: MOÇAMBIQUE (cont)

No.	Indicadores				Fontes de dados (Moçambique)					
	Descrição	Definição	Aplicação			Censo	DHS	Med/Rec.	HMIS	Estudos
			Moçambique	Continente Africano	Global					
5	Resultado									
5.1	<i>Prevalência de baixo peso ao nascer</i>	Percentagem de nados vivos com peso menor do que 2500gr.	√	√	√			√	√	
5.2	<i>Prevalência da anemia na mulher</i>	Percentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 – 49 anos) despistadas com níveis de hemoglobina menores que 110 g/l para mulheres grávidas e menores que 120 g/l para mulheres não grávidas	√	√	√		√	√	√	
5.3	<i>Incidência relatada da uretrite no homem</i>	Percentagem de homens (15 – 49 anos) entrevistados num exame comunitário relatando pelo menos 1 episódio de uretrite nos últimos 12 meses	√	√	√			√	√	
5.4	<i>Prevalência da serologia positiva de sífilis em mulheres grávidas</i>	Percentagem de mulheres grávidas (15 – 24 anos) frequentando as consultas pré-natais cujo sangue foi despistado para sífilis, com serologia positiva.	√	√	√			√	√	
5.5	<i>Prevalência de HIV em mulheres grávidas</i>	Percentagem de mulheres grávidas (15 – 24 anos) frequentando as consultas pré-natais, cujo sangue foi despistado para HIV, que são seropositivas.	√	√	MDM (15-49 anos)			√	√	
5.6	<i>Conhecimento sobre HIV – práticas de prevenção relacionadas</i>	Percentagem de todos os respondentes que correctamente identificaram as três melhores formas de prevenir a transmissão sexual do HIV e que rejeitaram três grandes falsas concepções sobre a transmissão e prevenção do HIV	√	√	√		√		√	

MATRIZ DA PROPOSTA DE FONTE DE DADOS PARA INDICADORES SELECIONADOS DE SDSR: MOÇAMBIQUE
(cont)

No.	Indicadores				Fontes de dados (Moçambique)					
	Descrição	Definição	Aplicação			Censo	IDS	Rel Med	SIS	Estudos
			Moçambique	Continente Africano	Global					
5.7	<i>Prevalência da infertilidade na mulher</i>	Percentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 – 49 anos) em risco de gravidez (não grávidas, sexualmente activas, sem contracepção e não amamentando) que relatem estar tentando engravidar desde há dois anos ou mais	√	√	√		√			
5.8	<i>Prevalência relatada de mulheres com Mutilação genital feminina</i>	Percentagem de mulheres entrevistadas num exame comunitário, relatando que passaram por mutilação genital feminina.	√	√	√			√	√	√
6	IMPACTO									
5.2	<i>Razão de Mortalidade Materna</i>	Número de mortes maternas por 100.000 nados vivos	√	√	MDM	√	√			
5.3	<i>Taxa de Mortalidade Perinatal</i>	Número de mortes perinatais por 1000 nascimentos totais	√	√	√		√	√	√	
5.4	<i>Taxa de Mortalidade Neonatal</i>	Número de mortes neonatais por 1000 nados vivos	√	√				√	√	
5.5	<i>Taxa de Fertilidade Total</i>	Número total de crianças que uma mulher teria no fim do seu período reprodutivo, caso ela tivesse ao longo da sua vida, as taxas de fertilidade específica actualmente prevalentes, por grupos etários	√	√	√		√			
	TOTAL		36	34	17					

NB: Nesta matriz:

- a) Mulheres em idade reprodutiva refere-se a todas as mulheres entre os 15-49 anos de idade, que estejam em risco de gravidez, i.e. mulheres sexualmente activas que não são inférteis, grávidas ou amenorreicas.
- b) Métodos contraceptivos incluem a esterilização masculina e feminina, hormonas orais e injectáveis, aparelhos intra-uterinos, diafragmas, espermicidas e preservativos, planeamento familiar natural e amenorreia lactacional, onde citado como método.
- c) Pessoal de saúde qualificado refere-se a médicos (especialistas e não especialistas), e pessoas com qualificações de parteira que conseguem fazer partos normais e diagnosticar e referir complicações obstétricas. As parteiras tradicionais formadas e não formadas não estão incluídas.
- d) Cuidados obstétricos essenciais básicos devem incluir antibióticos parenterais, oxitócicos e anticonvulsivantes, remoção manual da placenta, remoção de produtos de concepção retidos (aspiração manual) e parto vaginal assistido (p ex. com ventosa).
- e) Cuidados obstétricos essenciais completos devem incluir os serviços obstétricos básicos mais cirurgia, anestesia e transfusão de sangue.
- f) Mortes que ocorrem durante a gravidez tardia (a partir das 28 semanas completas de gestação), durante o parto e até sete dias completos de vida.
- g) “na” significa “não aplicável”.
- h) MDM Metas de Desenvolvimento do Milénio

INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS PRIORITÁRIAS

A implementação dos objectivos estratégicos tem como principais constrangimentos informação e dados insuficientes a todos os níveis. Esta situação limita a avaliação baseada em evidência, e o uso racional dos escassos recursos. A capacidade das infra-estruturas não é adequada para atender a demanda das complicações da gravidez e das altas taxas de infecções, resultando em elevadas taxas de Morbi-mortalidade materna e neonatal. Necessitamos:

- Realizar estudos em áreas de SDSR para encontrar lacunas que precisam de ser melhoradas ou solucionadas para o desenvolvimento sustentável.
- Fazer revisão de relatórios, trabalhos e documentos com vista a elaboração de uma base de dados e informação sobre a magnitude das áreas de SSR a todos os níveis.
- Realizar em coordenação com outros sectores, estudos para identificar lacunas em áreas de SSR, que precisam de ser melhoradas ou solucionadas para desenvolvimento e conseqüente mobilização de recursos.
- Desenvolver estratégias, normas e guiões em três áreas prioritárias: Maternidade Segura, Aborto e ITS/HIV/SIDA incluindo PTV.
- Realizar estudos de viabilidade económica e situacional das casas de espera versus enfermarias pré-natais, com observação rigorosa das normas de uma enfermaria.
- Assegurar formação em cascata ascendente, realizada pela US de referência para onde são enviados os casos clínicos, de modo a que os profissionais aprendam com os próprios casos por eles referidos.
- Aumentar a todos os níveis a testagem anti-HIV para ambos, homens e mulheres e seu seguimento.
- Realizar integração e expansão de SSSDR para Adolescentes e Jovens em Postos de Saúde e a nível comunitário.
- Introduzir o registo, despiste e seguimento de cancros de SR.
- Realizar estudos de viabilidade sobre factores sócio-culturais que impedem a utilização dos serviços de SDSR.

REFERÊNCIAS

1. African Union (2003). Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on Rights of Women in Africa. Addis Ababa, Ethiopia
2. Beijing Declaration and Platform of Action, Fourth World Conference on Women. (September, 1995), United Nations
3. Carrilho, C (2004) *Cancro do Colo do Útero em Moçambique*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, Portugal.
4. Conselho Nacional de Combate ao SIDA (2006). Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA 2005-2009, Moçambique.
5. Constituição da República, (Dezembro 2004), Boletim da República série I – nº 51, República de Moçambique, Maputo
6. Continental Policy Framework for the Promotion of Sexual and Reproductive Health and Rights in Africa (October 2005), African Union Commission in collaboration with the International Planned Parenthood Federation, Africa Regional Office, Addis Ababa, Ethiopia
7. Declaração de Política Nacional de Saúde, (17/02/06), MISAU, Maputo
8. Dgedge M. et al. (2005) Confrontando a Mortalidade Maternal: A situação da atenção ao aborto nas unidades sanitárias do sector público em Moçambique. Ipas: Maputo, Moçambique.
9. Estratégia para a Redução da Morbi-mortalidade Materna e Perinatal, Ano 2000. Ministério da Saúde
10. Health Sector Strategic Plan (PESS) 2001 – 2005 – (2010), *April, 200*; Council of Ministers, Republic of Mozambique
11. INJAD, INE, (2001). Survey of Youth and Adolescent Reproductive Health and Sexual Behavior in Mozambique.
12. Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde, MEASURE DHS+/ORC Macro (2005). Inquérito Demográfico e de Saúde, 2003
13. International Bill of Human Rights, (1948), United Nations, New York
14. International Conference on Population [ICPD], Cairo, 1994
15. Lainjo B. (1999). Report On Family Planning Logistic Management Information System, Ministry of Health- Mozambique. UNFPA 1999
16. Loforte A. (2003). Práticas Culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença. Universidade Eduardo Mondlane, Centro de Estudos Populacionais. Maputo, Moçambique
17. Millennium Development Goals Report (2006), United Nations, New York
18. MISAU (1999) – Avaliação das Necessidades para uma Maternidade Segura em Moçambique. Resumo do Relatório
19. MISAU – DNS/DF CMAM (2003) Manual de Gestão e Controlo de Medicamentos, 2ª Edição revista.
20. MISAU-DSC (2003). Relatório da sessão de trabalho sobre espaçamento de Nascimentos, Maputo, Moçambique Advance Africa em Colaboração com o Grupo Core.

21. MISAU-DSC (2004). Estratégia de Contracepção e Planeamento Familiar. Ministério da Saúde, Maputo, Moçambique.
22. MISAU-DSC, (2005). Manual do Participante: Prevenção da Transmissão Vertical do HIV. Ministério da Saúde, Moçambique
23. Módulo 5. Cuidados aos Recém-nascidos de Alto risco. Manual de Cuidados Essenciais ao Recém-nascido. Ministério da Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade
24. Mozambique Demographic and Health Survey, 2003, Preliminary results, (February,2004), National Statistics Institute, Ministry of Health, Maputo, Mozambique; and Measure DHS+/ORC Marco, Maryland, USA
25. Nutrition of Young Children and Mothers in Mozambique, 2003, Demographic and Health Surveys, ORC Macro, Maryland, USA. [March, 2006]
26. PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Preventing cervical cancer in low-resource settings. *Outlook* 18 (1):1–8 (September, 2000) (http://www.path.org/files/eol18_1.pdf).
27. Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2006-2009, Maio, 2006, Conselho de Ministros, Maputo, Moçambique.
28. Plano de Investimento da Saúde 2004-2008 (2013) [Junho de 2003], Direcção De Planificação e Cooperação Ministério da Saúde, República de Moçambique, Maputo
29. Plano Económico e Social para 2006, (Setembro, 2005), República de Moçambique, Maputo
30. Plano Operacional para Redução de Mortalidade Materna e 2002 – 2005. Ministério da Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade. 2000)
31. Política e Estratégias em Saúde Reprodutiva, (Revisão de 2001) MISAU Maputo,
32. Prates MD, Torres FO (1965). A Câncer Survey in Lourenço Marques. *J Natl Câncer Inst* 35: 729-757.
33. Proposta de Programa do Governo para 2005-2009, (Março de 2005), República de Moçambique, Maputo.
34. Relatório final da Quinta Avaliação Conjunta do Sector Saúde, Moçambique, 2005 (Abril 2006) MISAU, Maputo
35. Report of the International Conference on Population, Mexico City, 6-14 August 1984 (United Nations publication)
36. Report of the United Nations World Population Conference, Bucharest, 19-30 August 1974, United Nations publication, Sales No. E.75.XIII.3).
37. Report of the World Conference on Human Rights, Vienna, 14-25 June 1993.
38. Report on Millennium Development Goals Mozambique, (August 2002), United Nations
39. Road Map for Accelerating the Attainment of the MDGs related to Maternal and Newborn Health in Africa, (March 2004), WHO/AFRO