TODA a MULHER TEM o DIREITO de RECEBER CUIDADOS de SAÚDE de QUALIDADE durante a GRAVIDEZ, o PARTO e o PÓS-PARTO, assim como SERVIÇOS de PLANEAMENTO FAMILIAR

Há séculos que as mulheres africanas são o pilar das famílias e comunidades, muitas vezes na presença de adversidades extremas. Apesar do nível do seu estatuto social e da grande quota-parte no fardo das doenças e mortes, elas continuam a ser apaziguadoras, fontes de vida, empreendedoras e cuidadoras de crianças – as construtoras do futuro de África.

Relatório da OMS: "Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África". Resumo do Relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana. 2012.

Importância da Saúde da Mulher e Iniciativas para Melhorar a Saúde Materna:

A maioria dos países do mundo ratificou vários tratados de direitos humanos, incluindo a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (adotada em 1979 pela Assembléia Geral da ONU) que aborda o direito das mulheres à saúde e serviços relacionados com a gravidez e o parto (artigo 12.2). No entanto, estes direitos não são uma realidade para a maioria das meninas e mulheres.

Com a finalidade de melhorar a Saúde Materna e reduzir a Mortalidade Materna, têm sido várias as iniciativas lançadas e as parcerias estabelecidas a nível mundial e da região africana, por exemplo:

A SAÚDE da MULHER é uma questão de respeito pela dignidade humana, que implica a noção de que cada pessoa humana é única, merece respeito incondicional e cujas necessidades básicas devem ser protegidos. Em relação à saúde, a dignidade humana refere-se ao bem-estar da pessoa, à resposta às suas necessidades de serviços de saúde e a outros serviços básicos para poder sobreviver ou manter um padrão de saúde adequado, tanto numa perspectiva a curto como a longo prazo.

- ☑ Em Setembro de 2005, foi lançada a Parceria Mundial para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, com a finalidade de harmonizar e intensificar acções a nível mundial, regional e nacional em apoio aos ODMs Nº 4 e Nº 5, e salvar vidas de milhões de mulheres e crianças, assegurando o acesso universal a intervenções de baixo custo com comprovado impacto, a curto prazo, na redução da morbilidade e mortalidade nestes grupos.
- ☑ Em Setembro de 2006, Ministros da Saúde e Delegados de 48 países africanos reuniram-se em Maputo, onde acordaram na implementação do Plano de Acção de Maputo (2007-2012), comprometendo-se a implementar acções para melhorar a saúde reprodutiva e a saúde materna visando uma maior aceleração na redução da mortalidade materna em África.
- ☑ Em Maio de 2009 foi lançada pela União Africana a Campanha para a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA), no contexto da implementação do Plano de Acção de Maputo, reconhecendo o desafio de melhorar a saúde materna, e reduzir a mortalidade materna na maioria dos países africanos em 75 por cento até 2015, se os esforços não forem redobrados. Nesta conferência os Líderes Africanos comprometeram-se a: ***1)*** Redrobar esforços para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil, para acelerar os progressos e alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio; ***2)*** Expandir o acesso ao planeamento familiar e outros serviços de saúde reprodutiva, bem como em reduzir as necessidades não satisfeitas para contracepção; ***3)*** Reforçar os sistemas de saúde e garantir a disponibilidade de bens e produtos essenciais para apoiar o acesso universal às intervenções de alto impacto; ***4)*** Investir em recursos humanos para a saúde, e criar uma força de trabalho qualificada e motivada, incluindo parteiras, para aumentar a assistência aos partos por pessoal qualificado, assim como fortelecer os sistemas de referência para a transferência atempada de complicações obstétricas.

Historial da Saúde Materna em Moçambique:

Desde a independência que o Governo de Moçambique tem envidado esforços substanciais e implementado intervenções para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade materna, como por exemplo:

1975 – 1990:

Em 1976, um ano após a Independencia, Mocambique adopta a Politica dos Cuidados de Saúde Primarios. O grupo "mulheres e criancas" é então definido pelo Governo como "grupo mais vulnerável", ou seja, como um grupo de maior risco de morbilidade e mortalidade. Dentro deste contexto em 1977 é criada, no Ministério da Saúde, a Secção de Protecção à Saúde Materna-Infantil.

Em 1981 inicia-se a formação de Enfermeiras de Saúde Materna-Infantil (SMI) de nivel básico e de Parteiras Elementares, e em 1984 incia-se a formação de Técnicos de Cirurgia. A formação destes quadros tornou possivel a prestação dos serviços definidos para a área de atenção a mulher e criança em todas as Unidades Sanitarias do País, assim como uma melhor atenção às complicações obstétricas a nível das unidades sanitárias de referência garantida pelos técnicos de cirurgia. Durante os primeiros anos desta década a atenção à saúde materna, essencialmente a atenção ao pré-natal, parto, pós-parto e planeamento familiar, conheceu uma rápida expansão, estando estes serviços a serem prestados em todas as unidades sanitárias do país.

1991 – 2001:

O ano de 1991 representou uma discussão acentuada e a revisão das componentes do Programa de Atenção à Saúde Materna, considerando as recomendações propostas pela Conferencia Sobre Maternidade Sem Risco. Por outro lado, a rede de pessoal que prestava serviços de saúde materna e infantil foi acrescida de mais uma categoria profissionail, as Enfermeiras de SMI de Nivel Médio que começam a ser formadas em 1991. A formação destes novos quadros com maior capacidade técnica veio melhorar quer a gestão quer a prestação de serviços de saúde materna e infantil.

Em 1994, na sequência das recomendações da Conferência sobre População e Desenvolvimento no Cairo, Moçambique procedeu à redifinição das componentes da saúde reprodutiva que passou a incluir a atenção aos adolescentes e jovens. Em 1997 a necessidade de uma maior integração e coordenação das intervenções, assim como de uma melhor gestão dos recursos disponíveis motivou o desenvolvimento e implementação do 1º Programa Nacional Integrado de Saúde Materna e Infantil, o qual tem vindo a ser revisto e actualizado até agora.

2002 – 2012:

Visando melhorar a atenção à saúde materna e reforçar os hospitais de referência para responderem com maior qualidade às emergências obstétricas cirúrgicas (como cesareanas), em 2004 inicia a formação de Enfermeiras Obstétricas de Nível Superior.

Em 2008, o Ministério da Saúde, como o apoio dos parceiros de cooperação elabora e inicia a implementação do "Roteiro para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal".

Em 2009, foi lançada no país a Campanha para a Redução da Mortalidade Materna (CARMA) com a finalidade de mobilizar todos os parceiros a fortalecerem intervenções para a aceleração da redução da mortalidade materna no país. Em 2009 iniciou também a implementação da Iniciativa Maternidade Modelo, como parte Plano Nacional para Humanização e Qualidade dos Cuidados de Saúde, com o objectivo de promover cuidados humanizados e de qualidade, e de implementar intervenções de alto-impacto para a sobrevivência Materna e Neonatal em 125 das maiores maternidades do país até 2014.

Em Maio de 2010 Moçambique lançou a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil, sob a Liderança do Gabinete da Esposa do Presidente da República de Moçambique, com a finalidade de mobilizar recursos e estabelecer alianças entre o sector público, privado e a sociedade civil para a implementação de intervenções com alto impacto na saúde materna de forma a ser possível atingir as metas nacionais do ODM Nº 5 sobre a saúde materna.

Evolução dos Principais Indicadores da Saúde Materna em Moçambique:

Indicador	1990 (*)	IDS 1997	IDS 2003	IDS 2011
Cobertura da 1ª Consulta Pré-Natal	55,0%	71,4%	84,5%	90,6%
Cobertura de 4 ou mais Consultas Pré-Natais	Sem Dados	37,3%	53,1%	50,6%
Cobertura de Partos nas Unidades Sanitárias	29,0%	44,2%	47,7%	54,3%
Cobertura de pelo menos 1 Consulta Pós-Parto (**)	13,0%	30,9%	57,3%	68,9%
Taxa de Prevalência de Contracepção com Métodos Modernos	Sem Dados	5,1%	11,7%	11,3%
Necessidades Satisfeitas na Procura de Planeamento familiar	Sem Dados	51,9%	47,2%	29,0%
Rácio de Mortalidade Materna	1.000 Mortes Maternas por 100.000 Nascimentos Vivos	692 Mortes Maternas por 100.000 Nascimentos Vivos	408 Mortes Maternas por 100.000 Nascimentos Vivos	408 Mortes Maternas por 100.000 Nascimentos Vivos

(*) Fonte: Programa Nacional Integrado, 1995; (**) Fonte: SIS para 1990, 1997, 2003 e 2011