



"A different kind of family"

Anushka Virahsawmy



## CAPÍTULO 6

# Saúde

## Artigo 26



Felizarda Valente - Enfermeira em plena acção num centro de saúde na Manhica.

Foto: Rúben Covane

### Pontos principais

- A Fístula Obstétrica é um problema grave de de saúde pública em Moçambique.
- Apenas 3% das mulheres e homens em idade fértil tão cobertos pelo seguro de saúde (IDS-2011).



**Table 6.1: Pontuação do SGDI e CSC para Saúde**

	SGDI	CSC
Pontuação	57%	58%
Classificação	10	10

A tabela 6.1 mostra que o SGDI classificou o país abaixo da média da classificação dos países da SADC, que é de 62%, revelando que ainda há muito que fazer para se alcançar as metas do Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento até 2015. Há uma necessidade de se fazer mais investimentos nesta área para assegurar

que a grande maioria da população tenha acesso aos serviços de saúde de qualidade.

O SGDI mede a percentagem de mulheres de 15 à 49 anos que usam métodos modernos de contraceptivos; taxa de mortalidade materna e partos assistidos por profissionais qualificados.

Embora o CSC, que mede a percepção dos cidadãos sobre o desempenho do país nesta área, esteja ligeiramente acima da média regional de 56%, este dado revela uma certa preocupação dos cidadãos em relação a esta área.

## Leis e políticas



*O Protocolo estabelece que os Estados parte deverão, até 2015, adoptar e implementar quadros legislativos, políticas, programas e serviços para melhorar os cuidados sanitários de qualidade, sensíveis ao género, apropriados e acessíveis; reduzir a taxa de mortalidade materna em 75% e garantir a disponibilidade de instalações de higiene e saneamento.*

O governo de Moçambique tem investido recursos na expansão da rede sanitária, principalmente nas zonas peri-urbanas e rurais, cobrindo agora 48.9% das zonas rurais e 80% das zonas urbanas. Um dos objectivos destas acções é de aproximar cada vez mais os serviços para mais próximo dos cidadãos.

Entretanto, a epidemia do HIV e outras doenças endémicas como a malária e a cólera continuam a ser um grande desafio para o governo.

**Tabela 6.2: Principais indicadores de saúde sexual e reprodutiva**

Indicador	Estatística do País/política	Comentário
Taxa de mortalidade materna actual (chance de morrer durante a vida devido a causas maternas (1 em quantos))	408/100.000 (IDS 2011)	Estes dados são muito preocupantes e podem até não reflectir a realidade no terreno, uma vez que persistem os partos realizados fora das instalações sanitárias, e não são incluídos nas estatísticas oficiais. Isto aponta para uma necessidade de se melhorar o sistema de recolha de informação e educação em Saúde Sexual e Reprodutiva aos adolescentes e jovens, grupo onde ocorre cerca de 65% de mortes maternas.
% de partos atendidos por pessoal qualificado	54 % (IDS 2011)	
% do uso de contraceptivos entre as mulheres sexualmente activas 20-24 anos	38 % (IDS 2011)	A taxa elevada do uso de contraceptivos entre as mulheres sexualmente activas nesta faixa pode indicar que, por não estarem unidas em matrimónio têm maior poder de decisão na hora do uso de métodos de planeamento familiar.
% do uso de contraceptivo entre mulheres casadas	11 % (IDS 2011)	Esta percentagem representa uma descida de 2 pontos percentuais quando comparado a 2003, em que a percentagem do uso de contraceptivo entre as mulheres casadas era de 18.2%. De acordo com o relatório do governo sobre os objectivos do milénio, essa descida corresponde a descida no uso de contraceptivo moderno que desceu de 14.2 em 2003 para 12.2 % em 2008. A percentagem

Indicador	Estatística do País/política	Comentário
		de uso de contraceptivo tradicional aumentou de 0.3 em 1997 para 4% em 2003 e manteve-se a este nível até 2008.
Nº de mortes anuais como resultado de abortos ilegais	11 %	A percentagem aqui indicada refere-se a complicações de aborto, sem indicar especificamente se são abortos ilegais ou não. Sabe-se de outras fontes, no entanto, que a percentagem de mortes por abortos ilegais ou clandestinos supera os 11%.
Política do país sobre o aborto	Embora seja considerado crime no âmbito do código penal, o aborto é realizado em algumas unidades sanitárias do país, a coberto de uma resolução do Conselho de Ministros que autoriza a sua realização em condições prescritas.  Código Penal revisto aprovado recentemente a 11 de Julho de 2014 Despenaliza o Aborto Artigo 168	Há um debate ainda surdo sobre esta matéria, com posições já tomadas por alguns grupos, principalmente a posição de alguns grupos religiosos e os grupos de defesa dos direitos das mulheres.  Há uma necessidade de se rever o código penal que data dos anos 1800 para se ajustar a realidade actual. O debate sobre o aborto vai na direcção de se descriminalizar o aborto e permitir que seja feito para salvar a vida da mãe gestante; para preservar a saúde física e mental da mulher; em caso de estupro; incesto; deficiência física do bebé.  Código Penal revisto aprovado recentemente a 11 de Julho de 2014 Despenaliza o Aborto Artigo 168
Cobertura total das instalações sanitárias	1448 (INE 2013)	O número de unidades sanitárias ainda está aquém do necessário, mas indica alguns avanços realizados nos últimos anos.
Cobertura urbana	44% (IDS 2011)	As zonas urbanas beneficiam mais dos serviços sanitários e estão mais próximos de atingir as metas traçadas para este sector. O investimento nesta área tem sido consistente nas zonas urbanas, mesmo durante o período colonial.
Cobertura rural	12 % (IDS 2011)	As zonas rurais sofreram com as duas guerras de libertação e pela democracia, que devastaram parte significativas das infraestruturas sanitárias naquelas áreas. O processo de reconstrução em curso ainda não completou a reposição, e mesmo depois disso é necessário investir mais para satisfazer as necessidades das comunidades rurais.

Fonte: RDH 2011; Dados de 2007/2008 Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e [http://www.ine.gov.mz/sectorias\\_dir/saude\\_dir/USSNS06\\_08/view](http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/saude_dir/USSNS06_08/view)

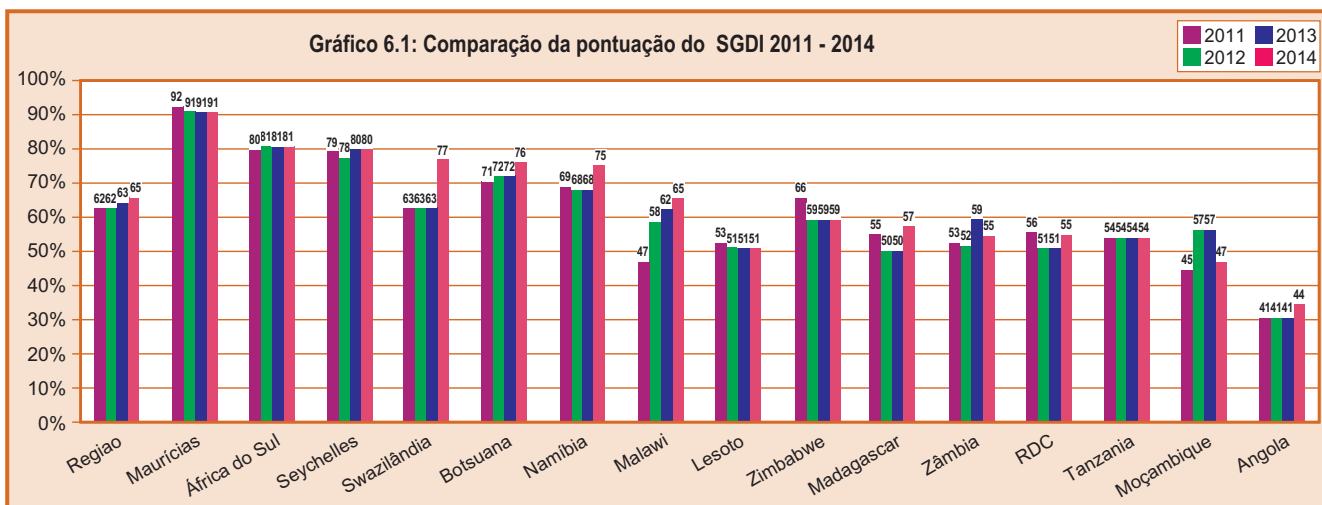
A tabela 6.2 mostra que alguns dos indicadores de saúde e saúde reprodutiva de Moçambique continuam muito pobres, particularmente a mortalidade materna e o uso de contraceptivos.

### Mortalidade materna

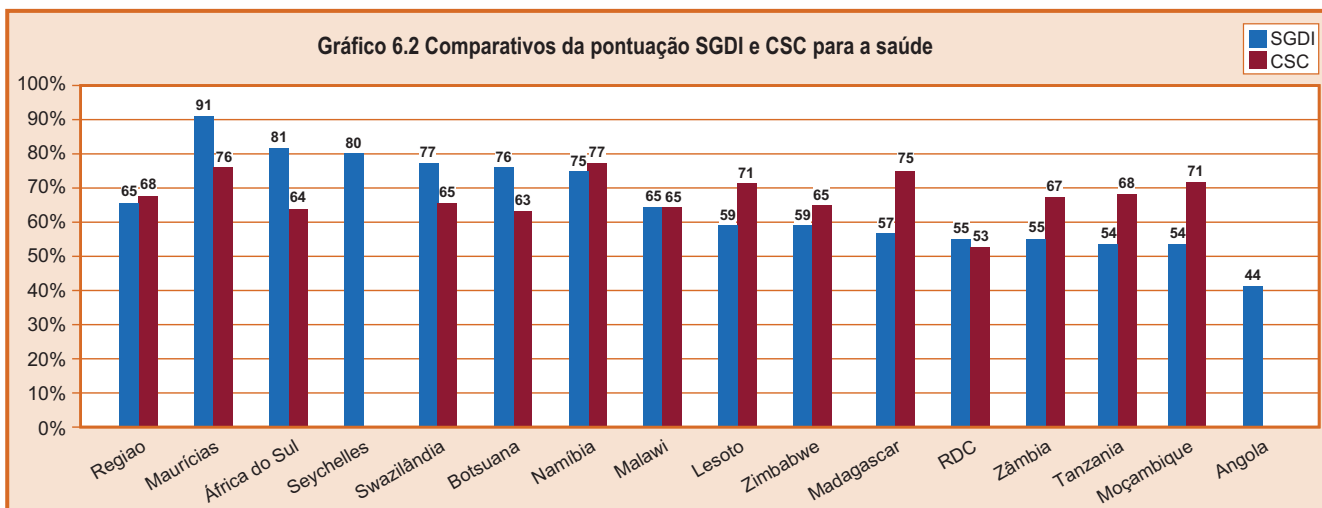
A mortalidade materna é o principal desafio em Moçambique, a taxa está em 408 para cada 100.000 nados vivos. A taxa de mortalidade materna de

Moçambique tem vindo a descer gradualmente desde o início da década de 90. Em 2007, por cada 100.000 nados vivos, mais de 500 mulheres perdiam a vida. A meta nacional para 2015 é de 250 mortes, um valor difícil de alcançar, mas não impossível.

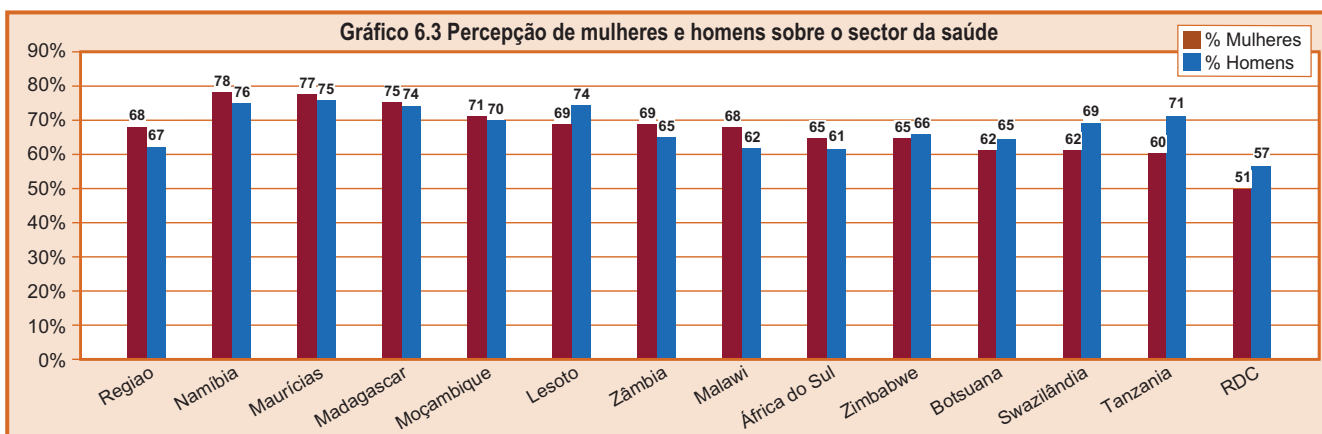
Portanto, é necessário que o país imprima maior dinâmica no sentido de reduzir ainda mais essa taxa de mortalidade materna.



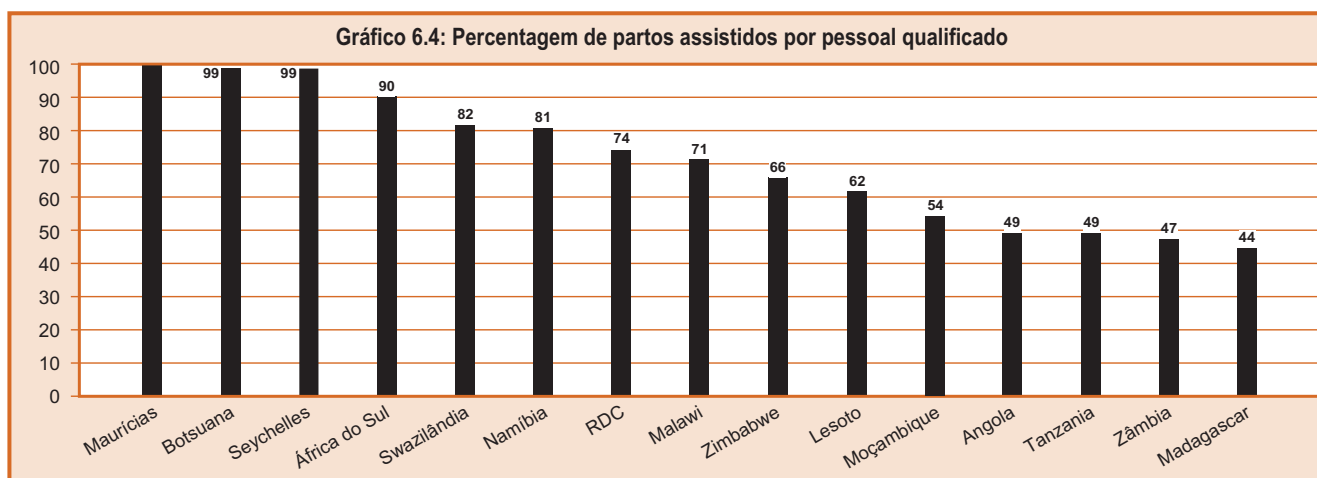
Fonte: Barómetro do Protocolo da SADC do Género de 2014, Gender Links.



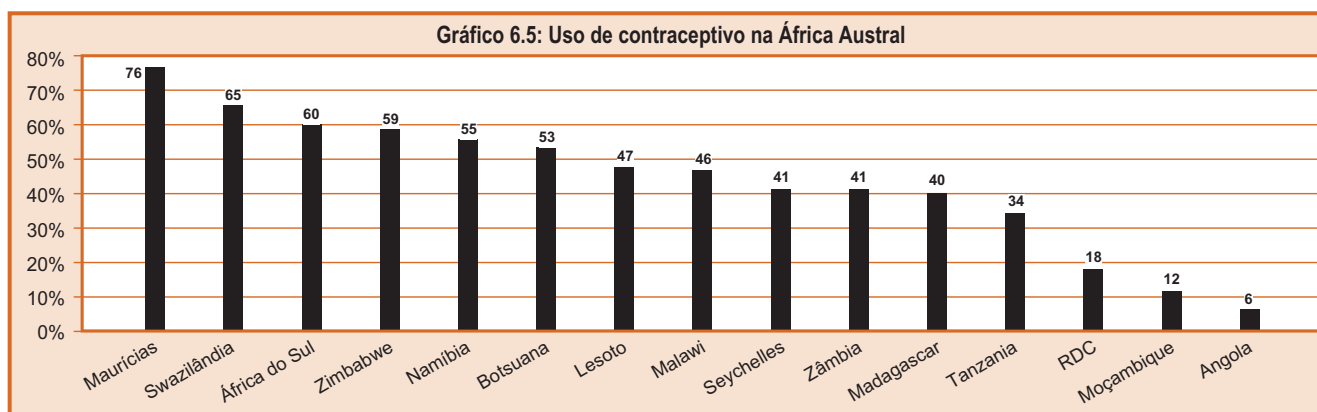
Fonte: Barómetro do Protocolo da SADC do Género de 2014, Gender Links.



Fonte: Barómetro do Protocolo da SADC do Género de 2014, Gender Links.



Fonte: Barómetro do Protocolo da SADC do Género de 2014, Gender Links.



Fonte: Barómetro do Protocolo da SADC do Género de 2014, Gender Links.

Como indicado no gráfico 6.6, Moçambique posiciona-se em oitavo lugar na SADC, com 44% da população a usar contraceptivos.

### Planeamento familiar e uso do contraceptivo

O governo aprovou recentemente a Estratégia de Planeamento Familiar cujo objectivo é aumentar massivamente a utilização dos Serviços de Planeamento Familiar e Contracepção pela população Moçambicana. Foi lançada a Campanha Presidencial para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2008), e a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2010), acções que revelam compromisso ao mais alto nível político, entre o Governo e dos Parceiros de Desenvolvimento, para com a Saúde Materna, Neonatal e Infantil.

O Conselho de Ministros de Moçambique aprovou em 1999 a Política de População com a finalidade de influenciar os determinantes das variáveis demográficas,

nomeadamente os da mortalidade, fecundidade e migração, com vista a que as tendências e dinâmica da população contribuam para um crescimento económico harmonioso e desenvolvimento humano da população moçambicana; e para a operacionalização desta política, elaborou-se um Plano de Acção para a Implementação da Política da População.

O Plano de Acção para a Política da População é sensível ao género e em muitas das suas acções há o envolvimento dos homens. O plano de Acção estabelece como um dos seus objectivos estimular a participação dos homens nas consultas de saúde reprodutiva, incluindo desta forma os homens como um dos grupos alvos da Saúde Materno Infantil (SMI). A meta é elevar a participação masculina nos programas de SMI em 50%.

O uso de contraceptivos é mais alto nas áreas urbana (24.8%) em relação as zonas rurais, onde o uso é de 12.4%, e os métodos modernos são os mais preferidos

na área urbana (21.6%) contra 3.2% dos métodos tradicionais; no campo, os métodos modernos são usados em 8% contra 4.4% dos métodos tradicionais. O baixo uso, quer dos métodos modernos como dos métodos tradicionais nas zonas rurais tem a ver com o grau de riqueza. As famílias mais pobres tendem a preferir o uso de métodos tradicionais enquanto as famílias mais ricas tendem a preferir os métodos modernos. Os dados aparentam indicar que existe uma relação inversa entre ao número de usuários de métodos tradicionais e o grau de riqueza das famílias, ou seja quanto maior for o grau de riqueza da família menor é o uso de métodos tradicionais. Para o caso dos métodos modernos existe uma relação directa entre o grau de riqueza do agregado famílias e o seu uso.

O uso do preservativo também conheceu um aumento significativo, em 2009 em relação a 2008, justificado pela melhoria da capacidade logística e de gestão na distribuição de preservativos a todos os níveis, sobretudo nas zonas rurais, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), Serviços Internacionais da População (PSI), Fundopara o Desenvolvimento Internacional (DFID).

Em 2009 foram distribuídos 88.257.368 preservativos masculinos e 922.950 femininos. No geral testemunha-se um crescimento de 54,4%, na distribuição de preservativos em 2009, o significa em números absolutos 89.180.318 preservativos em 2009 contra 48.527.329 distribuídos no ano transacto, mas os dados revelam uma grande disparidade na disponibilização de preservativos masculinos e femininos.

### Caixa: Fístula Obstétrica ou vaginal

*A fistula obstétrica já é considerada um problema grave de saúde pública em Moçambique.*

As complicações que as mulheres têm advindas da fístula são, acima de tudo uma consequência da insuficiente rede de acesso e atendimento ao parto, fraca preparação de alguns técnicos de saúde nesta matéria, casamentos prematuros, gravidezes precoces, desnutrição e violações sexuais que assentam em factores de natureza social, cultural, política e económica e que se traduzem com

maior impacto nos países em vias de desenvolvimento, e em particular, em Moçambique.

As zonas de elevadas taxas de aparecimento de fístulas, são Inhambane, Nampula, Niassa, Tete, e Zambézia.

O actual desenvolvimento económico e social da grande maioria dos países africanos não deixa grande esperança de se encontrar uma solução rápida para a diminuição da prevalência das fístulas no contexto dos cuidados de saúde materno-infantis.

Fonte: Adaptado do website da WLSA Moçambique (Vaz, Igor A *Fistula Obstétrica e a situação em Moçambique*;) [http://www.wlsa.org.mz/?\\_\\_target\\_\\_=fistulavaz](http://www.wlsa.org.mz/?__target__=fistulavaz)

### Impacto e as razões da greve dos médicos

O estado de Saúde em Moçambique há muito que é problemático. A segunda greve nacional dos médicos e outros profissionais de saúde de todas as categorias, durou cerca de 27 dias consecutivos, tendo iniciado no dia 20 de Maio de 2013. Apenas as farmácias estavam a funcionar plenamente e o garante de serviços mínimos, era feito por médicos estrangeiros (se o quisessem), militares e directores dos hospitais.

A mesma consistiu na paralisação geral de todos os sectores e não comparência destes profissionais de saúde ao local de trabalho. É difícil calcular o número de mortes que esta greve causou.

Aparentemente, a principal razão da segunda greve parece ser apenas a questão dos baixos salários pagos aos profissionais de saúde. Contudo, os ex-grevistas queixaram-se de vários problemas como a falta de distribuição regular de uniformes... melhoria das atribuições e condições de habitação; a ausência de um estatuto do médico; falta de equipamento para trabalhar, especialmente nas unidades sanitárias.

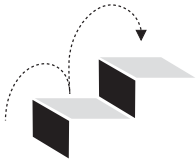
Outra queixa bastante grave é a falta de medicamentos para se prescrever aos pacientes e material de trabalho que vão desde as luvas, seringas, lâminas, lanternas ginecológicas, até ao algodão.

Enfim, eles querem condições dignas de trabalho e melhores condições de vida.

De salientar que a primeira greve dos médicos decorreu de 07 à 15 de Janeiro de 2013 e terminou com a Elaboração de um Memorando de Entendimento entre o MISAU e a AMM.

Este ME pretendia a harmonização entre a classe médica e a entidade patronal, baseando-se em 3 princípios fundamentais:

- Ausência de repesálias aos estagiários e médicos;
- Estabelecimento de uma grelha salarial digna e diferenciada, no sector público;
- Existência de uma Plataforma Contínua de Diálogo e uma matriz de acções com prazos definidos.



## Passos a seguir

- ONGs como PSI devem continuar a promover campanhas sobre o uso do preservativo e particularmente o uso do preservativo feminino.
  - É importante criar plataformas que disponibilizem dados sobre a Fístula Obstrétrica e sobre o Cancro (Do útero e de Mamã);
  - É necessário que o Governo forme mais profissionais e recicle os que já estão trabalhando, pois a medicina é dinâmica e a/os enfermeiros precisam de acompanhar as mudanças que estão acontecer;
  - É necessário que se preste atenção a redução de confiança entre os paciente e os Centro de Saúde
- devido aos maus tratos do pessoal técnico e ao longo tempo de espera;
- Os Hospitais Centrais e Provincias tende a receber muita demanda de paciente porque os centros de saúde estão numa greve silenciosa;
  - É necessário e urgente que se promovam mais debates sobre o aborto seguro tendo em conta que o Código Penal foi revisto e aprovado recentemente a 11 de Julho de 2014 Despenaliza o Aborto Artigo 168 e a revisão do actual código penal.
  - O governo e as organizações da sociedade civil devem continuar a encorajar o envolvimento dos homens nas acções de saúde reprodutiva.