

# Por escolha, Não por acaso

Planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento

Suplemento do Relatório sobre a Situação da População Mundial - 2012. Moçambique



Fundo das Nações Unidas para População  
Moçambique

## Suplemento

### **Por escolha, não por acaso**

#### Planeamento Familiar, direitos e desenvolvimento

Publicado pelo Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), Moçambique

Copyright © Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA). Todos os direitos reservados.

Fundo de População das Nações Unidas

Av. Julius Nyerere 1419, C.P. 4505 - Maputo- Moçambique

Tel. (+258) 21 490 686 / 21 494 469

E-mail: [foffice@unfpa.uem.mz](mailto:foffice@unfpa.uem.mz)

<http://mozambique.unfpa.org>

O UNFPA, Fundo das Nações Unidas para População, é uma agência de desenvolvimento internacional que cria um mundo onde cada gravidez é desejada, cada parto é seguro e o potencial de cada jovem é realizado.

Foto da capa: Amâncio Miguel

Projecto Gráfico: Arq&Web, Moçambique

## Nota de abertura

No contexto do lançamento do Relatório sobre a Situação da População Mundial - 2012 **“Por escolha, Não por acaso planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento”**, temos o prazer de apresentar este suplemento sobre o Planeamento Familiar em Moçambique.

Este suplemento surge numa boa altura, uma vez que se redobram esforços no sentido de concretizar o acesso universal ao planeamento familiar.

Em Moçambique, o Governo e seus parceiros estão empenhados em garantir os direitos dos casais e indivíduos ao Planeamento Familiar, daí o investimento para a sua promoção. Esse interesse reafirma o compromisso que motivou a adesão do país ao Plano de Acção da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que reconhece o planeamento familiar como um dos direitos individuais básicos.

O Governo reconhece que o Planeamento Familiar é um direito por si só, e é imprescindível para a redução da mortalidade materna e empoderamento da mulher. Tal como está largamente documentado, os benefícios disso incluem a melhoria da saúde, educação e perspectivas económicas, quer a nível do indivíduo assim como do agregado familiar.

Este suplemento realça as conquistas e desafios do país na área de Planeamento Familiar. Assim, espero que o mesmo contribua na advocacia para uma melhor implementação de programas de Planeamento Familiar em Moçambique.

Bettina Maas  
Representante do UNFPA Moçambique



# POR ESCOLHA, NÃO POR ACASO

## Planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento

### Planeamento Familiar: Um Direito Humano Fundamental

A comunidade internacional reconheceu em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), o planeamento familiar como um dos direitos individuais básicos. Com esta abordagem de direitos humanos, a CIPD marcou uma mudança de paradigma na área de população e desenvolvimento e estabeleceu a visão de que o planeamento familiar deve ser disponibilizado a todas as pessoas que o desejem e que os governos devem criar as condições para o exercício deste direito.

A Conferência reconheceu os direitos que as pessoas têm de determinar o tamanho das suas famílias e o direito de escolher quando ter filhos. A visão da CIPD inclui a igualdade entre mulheres e homens na tomada de decisões em relação à saúde reprodutiva e a liberdade de não estarem sujeitos à violência sexual, coerção e outras práticas nocivas.

A CIPD reconhece que os direitos reprodutivos repousam não apenas no reconhecimento do direito dos casais e indivíduos de planificar a sua vida, mas no “direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva” e também no “direito de terem acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, incluindo o direito de decidirem sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência”.

O direito ao planeamento familiar tem sido fortemente defendido e reforçado por uma série de tratados e convenções internacionais, é aprovado pela comunidade internacional e assenta firmemente nos direitos humanos.

Os direitos sexuais e reprodutivos estão consagrados na Constituição da República de Moçambique e em várias convenções que Moçambique subscreveu. A Constituição reconhece o direito de todos os cidadãos à assistência médica e sanitária e o dever de promover e defender a saúde pública. A maternidade é dignificada e protegida nos termos da Constituição. A Lei da socialização da medicina garante a gratuidade dos cuidados médicos durante a gravidez, parto, transferência e internamento e garante igualmente a gratuidade dos cuidados preventivos, incluindo o planeamento familiar e atenção à criança até aos cinco anos. A Política de População estipula como objectivo prioritário contribuir para o aumento da esperança de vida ao nascer

dos moçambicanos, adoptando a estratégia de redução da mortalidade materna e infantil. A Política Nacional da Juventude, reconhece o direito dos jovens à informação, educação e acesso aos serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva.

O Governo de Moçambique tem ratificado a maioria das declarações e plataformas de acção acordadas aos níveis internacional e regional relativos aos direitos humanos e, mais especificamente, aos direitos sexuais e reprodutivos. Destacam-se a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, 1994), Cairo +5 em 1999 e Cairo +10 em 2004; a Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, ratificado em 1998); Declaração e Plano de Acção da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim (1995), Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humano e dos Povos, relativamente aos Direitos da Mulher em África (Etiópia 2003, ratificado pela Assembleia da República em 2005), e a Declaração do Milénio em 2000. Nesta Cimeira, 181 países (entre os quais Moçambique) comprometeram-se a reduzir a mortalidade infantil em dois terços e a mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015 e o alcance do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2015.

Também é preciso lembrar que os líderes africanos concordaram com o Plano de Acção de Maputo (2007-2012) que, entre outras, têm dado uma forte ênfase no reposicionamento do planeamento familiar como uma estratégia fundamental para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Nele, é sublinhada a necessidade de uma forte vontade política e liderança; formação de profissionais para a prestação de uma gama abrangente de serviços de PF; elaboração de mensagens adequadas sobre o género e a cultura; desenvolvimento de sistemas com vista a aumentar a cobertura de serviços de planeamento familiar, incluindo a distribuição comunitária e modelos alternativos de prestação de serviços e a integração e o fornecimento de serviços de PF como uma componente do pacote de serviços de Saúde Materna, do Recém-nascido e Infantil.

De forma a garantir a plena efectivação dos compromissos internacionais e regionais, o Governo de Moçambique tem

colocado a saúde sexual e reprodutiva como prioridade nos diferentes planos e documentos estratégicos. Neste sentido, destacam-se entre outros: o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2007-2012); o Plano Nacional Integrado para o Alcance dos Objectivos da Desenvolvimento 4&5 (2009-2012); a Estratégia do Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2015; o Plano de Ação para a Redução da Pobreza (PARP, 2011-2014); e mais recentemente, a Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2011).

Reconhecendo a importância do planeamento familiar, a comunidade global assumiu um compromisso político e

financeiro sem precedentes na Cimeira do PF de Londres, que teve lugar em Julho de 2012, com o objectivo de aumentar o acesso aos serviços de planeamento familiar para as mulheres no mundo em desenvolvimento. O Governo de Moçambique reafirmou uma série de compromissos nesta cimeira, com o objectivo geral de aumentar a utilização, pela população moçambicana, de serviços de planeamento familiar e contracepção. Aproveitando a dinâmica da cimeira sobre o planeamento familiar realizada em Julho, agora temos a oportunidade de fazer um progresso significativo.

## Analisar dados e tendências para entender as necessidades

O Objectivo de Desenvolvimento do Milénio que tem registado menos progresso até à data é a redução da mortalidade materna. Portanto, sem melhorias acentuadas na disponibilidade de serviços de planeamento familiar, não será possível para muitos países reduzir a mortalidade materna de acordo com a meta de 75% até 2015. A melhoria na saúde sexual e reprodutiva não só contribui para o alcance do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 5 mas também, directa ou indirectamente, para o alcance da maioria dos

objectivos de desenvolvimento.

Os dados actuais de Moçambique revelam pouco avanço no que diz respeito a redução da mortalidade materna e ao alcance do acesso universal à saúde reprodutiva. Assim, sugerem que há necessidade de se investir fortemente no planeamento familiar para acelerar o progresso rumo ao alcance dos Objectivos de Milénio, dentre os quais reduzir a mortalidade materna pela metade.

### Moçambique: Situação do Objectivo de Desenvolvimento de Milênio 5

Meta 5A: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna		
Indicador	Linha de base	META ATÉ 2015
Rácio de Mortalidade Materna (mortes maternas /100.000 nascimentos vivos)	500 (2007)	250
Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (percentagem)	55.3 (2008)	66
Meta 5B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva		
Taxa de prevalência contraceptiva	11.3 (2011)	34
Taxa de fecundidade na adolescência (nascimentos por 1.000 mulheres com idades entre 15-19)	167 (2011)	nd
Cobertura da consulta pré-natal (percentagem)	92.3 (2008)	95
Necessidade não satisfeita em planeamento familiar (percentagem)	22.3 (2011)	nd

Fonte: Várias fontes (Censo de 2007, MICS 2008, IDS 2011)



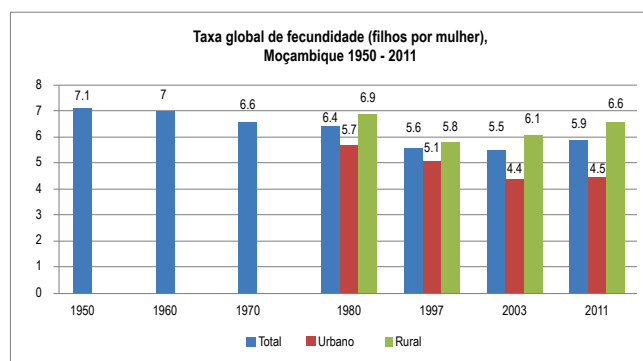
## Tendências da fecundidade

Em termos gerais, o crescimento da população mundial é, em grande medida, determinado pelos países mais pobres, que apresentam elevadas taxas de fecundidade. A nível mundial, as taxas de natalidade têm estado a declinar lentamente. Porém, existem grandes disparidades entre as regiões mais desenvolvidas e as em desenvolvimento, particularmente na África Subsaariana, onde a taxa global de fecundidade (5.1 filhos por mulher) é o dobro da média mundial (2.5 filhos por mulher) e três vezes mais alta que a média dos países desenvolvidos (1.7 filhos por mulher) (Nações Unidas, 2011). Grande parte dessa diferença deve-se não só ao desejo de famílias numerosas na África Subsaariana, mas também ao limitado e desigual acesso das mulheres africanas aos métodos contraceptivos.

A taxa de fecundidade em Moçambique mudou pouco nos últimos 50 anos. De 1950 a 2007, a taxa de fecundidade reduziu em aproximadamente 24% (uma criança por mulher), tendo passado de 7,1 em 1950 para 5,9 em 2011. Verificam-se, também, disparidades entre as províncias, com as províncias do norte e centro a registarem os mais altos níveis de fecundidade. As razões que justificam estas disparidades são as diferenças existentes entre as províncias em termos de idade do primeiro casamento, nível de escolarização concluída, uso de contraceptivos e taxas de mortalidade em menores de cinco anos. Além disso, a ligeira redução verificada em Moçambique é atribuída às zonas

urbanas, com pouco ou nenhum progresso nas zonas rurais. A elevada fecundidade tem o potencial de afectar negativamente o bem-estar das mães e dos seus filhos, e consequentemente, o desenvolvimento socioeconómico de um dado país, se não houver o devido cuidado e não forem tomadas as medidas necessárias.

Sendo Moçambique um país jovem, é importante destacar que a taxa de fecundidade do adolescente, apesar de estar em declínio, continua sendo elevada. Em 2003 era de 179 filhos por mulher, sendo que actualmente é de 167 nascimentos por 1.000 mulheres em idades entre os 15 e os 19 anos (em 2011), com disparidades urbano-rurais (141 vs 183).

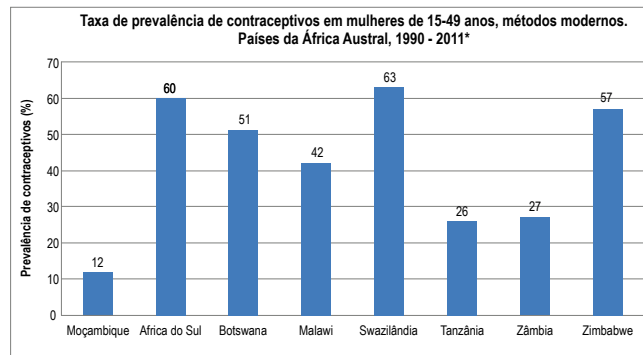


Fontes: INE, 1998, 2005, 2012; Arnaldo, 2012.

## Quem usa o planeamento familiar?

A nível global, o uso de métodos contraceptivos tem vindo aumentar em ritmo muito modesto nos últimos anos (0.1% ao ano), sendo que o menor crescimento tem sido reportado nas regiões mais pobres do mundo. Na África Subsaariana, a taxa de prevalência contraceptiva em 2010 era mais baixa que entre as mulheres de outras regiões em 1990.

Em Moçambique, a taxa de prevalência de contraceptivos é ainda muito baixa, sem grandes melhorias ao longo dos últimos anos. A taxa de prevalência de contraceptivos para métodos modernos entre as mulheres casadas/unidas aumentou de 5.3% em 1997 para 11.7% em 2003, tendo permanecido em 11.3% em 2011 (IDS, 2011). Comparando com os países da África Austral, verifica-se que o nível de uso de contracepção em Moçambique é ainda um dos mais baixos da região.



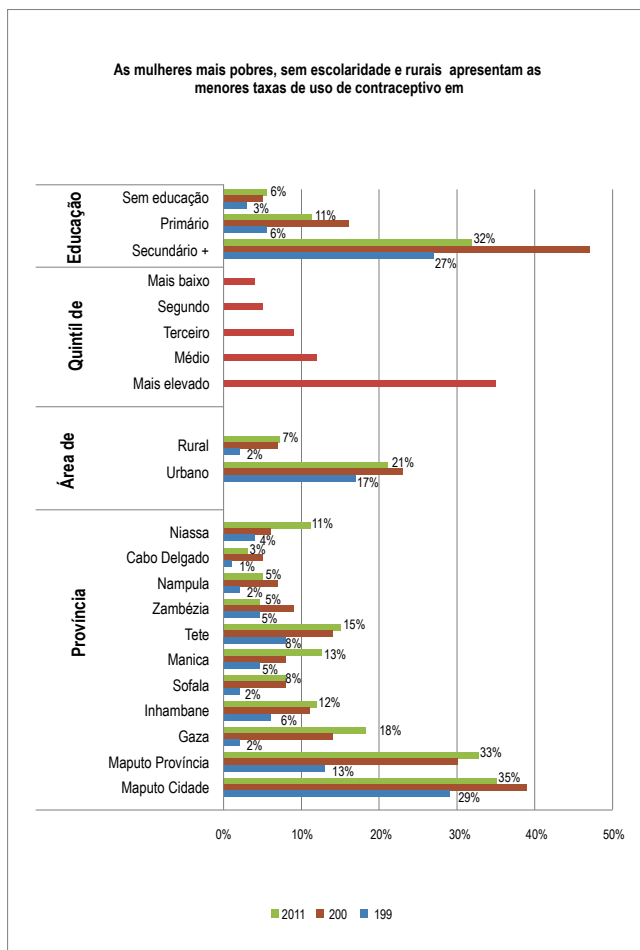
Fonte: UNFPA, 2012.

Os dados mostram ainda a existência de grandes disparidades por área de residência, província e demais características sócio-demográficas no uso de planeamento familiar. Por exemplo, o uso de qualquer método de planeamento familiar, principalmente os modernos, é três

vezes maior na área urbana que na rural (IDS, 2003 e 2011). Grande parte da vantagem apresentada pela área urbana deve-se ao papel da Província e Cidade de Maputo, cujas percentagens de uso de contracepção são muito elevadas. De modo geral, entre 1997 e 2011, o uso de algum método moderno aumentou nas províncias do Sul, enquanto na região Centro e Norte sofreu uma estagnação ou mesmo queda.

O nível de escolaridade também está associado ao uso de contracepção e à fecundidade. Uma análise sobre Moçambique com base nos censos de 1997 e 2007 aponta que mulheres sem nenhuma educação, que trabalham sem remuneração ou por conta própria são mais propensas a serem mães. Os persistentes diferenciais de fecundidade entre níveis de escolaridade e tipos de empregos, reflectem igualmente o desigual uso de contracepção. Em 2011, a taxa de prevalência de contraceptivos era seis vezes mais alta em mulheres com escolaridade secundária ou mais (31.2%), comparativamente a mulheres sem escolaridade (5.3%).

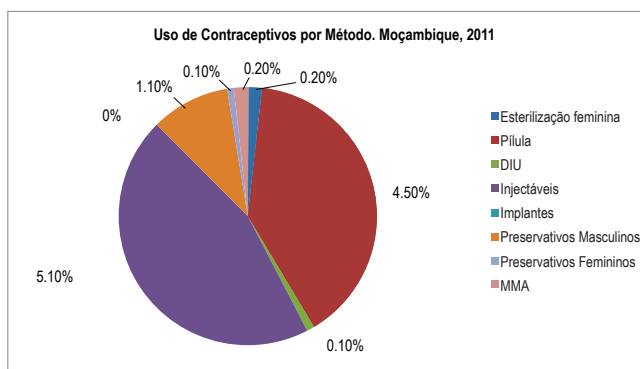
Em termos socioeconómicos, a prevalência de uso de contraceptivos modernos era de 34.8% nas mulheres do quintil de riqueza mais alto e de 4% naquelas do quintil mais baixo. Os resultados positivos associados a educação e ao nível económico é devido ao facto de que as mulheres mais escolarizadas casam tarde, tendem a usar métodos contraceptivos mais efectivamente, têm conhecimentos e acesso à contracepção, exercem autonomia nas decisões reprodutivas e são mais conscientes do custo socioeconómico de uma gravidez não desejada.



Fonte: INE -IDS 1997, 2003, 2011.

## Métodos preferidos

Em 2011, entre as mulheres que usavam métodos contraceptivos modernos, os mais referidos eram os injectáveis, seguidos de contraceptivos orais. Há um uso muito reduzido de métodos de planeamento familiar de acção prolongada e apenas 1,1% se referiu ao uso do preservativo como método contraceptivo.



(DIU: dispositivo intrauterino; MMA: método de amenorreia por amamentação)

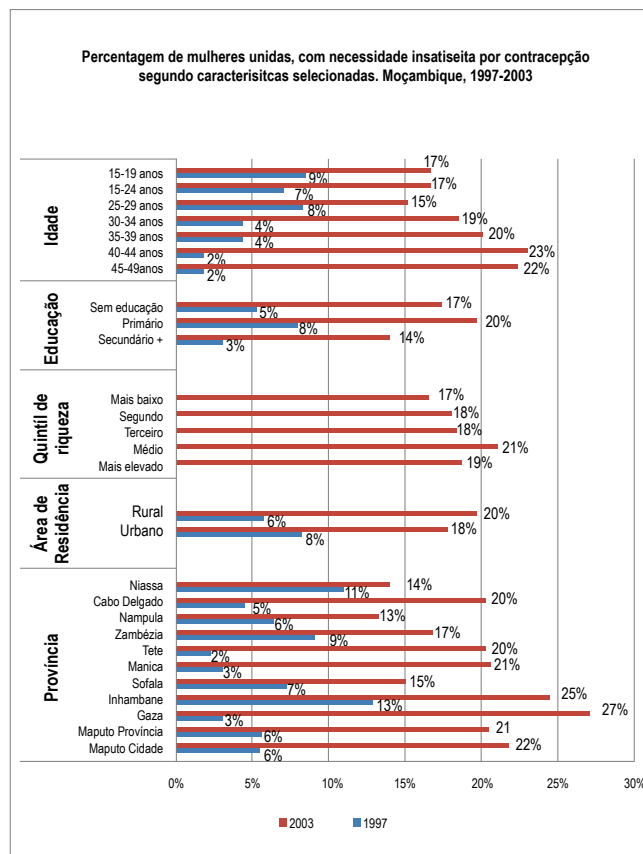


## Necessidade não satisfeita de planeamento familiar

De acordo com o relatório 2012 do Instituto Guttmacher e UNFPA, estima-se que 867 milhões de mulheres no mundo necessitam de contracepção, mas apenas 645 milhões estão usando métodos contraceptivos modernos. As restantes 222 milhões de mulheres, têm necessidades não satisfeitas de contracepção.

Em Moçambique, a necessidade não satisfeita de planeamento familiar permanece elevada em 22,3% (2011). Estima-se que aproximadamente uma em cada dez mulheres usa contraceptivos e cerca de 2 em cada 10 estão com necessidades insatisfeitas por contracepção, ou sejam, não têm meios para evitar gravidezes indesejadas.

Ainda não existem dados publicados do IDS 2011 desagregados por idade e outras características socioeconómicas. Contudo, os dados de 2003 revelaram a não existência de diferenças significativas entre as províncias, área de residência e quintis de riqueza. Olhando para o período 1997 a 2003, verifica-se que houve um aumento considerável da necessidade não satisfeita de planeamento familiar. Assim, este indicador sugere que esforços para melhorar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva não estão a atingir com eficácia apenas as mulheres casadas mas também não estão a atingir as jovens, principalmente aquelas que residem nas áreas rurais.



Fonte: INE: IDS 1997, 2003.

## Desafios da universalização do acesso a todas e todos

### Confrontar as barreiras socioculturais e económicas

Apesar da existência de tratados, convenções e pactos relevantes à saúde e aos direitos reprodutivos, persistem barreiras ao acesso e aos direitos. Algumas barreiras são relacionadas com as condições financeiras, outras com a fraca disponibilidade de serviços nas áreas remotas, e por fim, existem os obstáculos associados às normas culturais e desigualdade de género entre outros.

Em Moçambique, o acesso aos serviços de saúde continua muito baixo. Ao nível nacional, 56% da população ainda precisa de percorrer mais de uma hora para alcançar a unidade sanitária mais próxima. Um estudo realizado em 2007 pela Organização Mundial da Saúde revelou que os factores socioeconómicos contribuem em 61% para a desigualdade em obter atenção ao parto por pessoal qualificado enquanto que 39% destes factores estão

directamente relacionados com os serviços de saúde. Estes dados podem indicar que os factores socioeconómicos igualmente contribuem para a desigualdade em obter serviços de planeamento familiar de qualidade.

Também, continua grande o desejo das mulheres com quatro ou mais filhos de ter mais filhos (51,1% no IDS de 2011 em comparação com 60,9% no IDS de 2003). O IDS de 2003 revelou que, em relação à intenção, ou não, de as mulheres usarem contraceptivos, 47,7% não tinham intenção de usar contraceptivos no futuro. Entre as razões para tal destacam-se: (i) questões relacionadas com a fertilidade (75,8%). Entre estas, o principal motivo é o desejo de ter mais filhos (49,4%), seguido por dificuldades em engravidar (19,5%), (ii) a oposição ao uso de métodos contraceptivos (10,3%). Entre estas razões, a oposição pelas mulheres é a primeira razão

(5,3%), seguida pelo facto de que os parceiros não gostam deles (3,8%), (iii) questões relacionadas com o método (8,6%). A questão de não ser conveniente / não gostar foi referida por 2,6% destas mulheres e os efeitos colaterais foram a segunda razão referida por 2,2%, (iv) a falta de conhecimento foi referida por 4,1% porque não conhecem os métodos (2,9%) ou a fonte (1,2%).

A desigualdade de género é um dos principais desafios e barreiras ao acesso e uso do PF e outros serviços de SSR, em contextos com normas socioculturais que reduzem o poder das mulheres de negociar com o marido sobre o PF e o sexo seguro. A Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género no Sector da Saúde (2009) destaca o não respeito pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, a falta de poder de decisão

da mulher sobre o seu próprio corpo e a falta de decisão de procurar os serviços de saúde durante a gravidez como importantes factores contribuintes na morbilidade e na mortalidade materna em Moçambique.

A estratégia igualmente destaca como um dos grandes problemas dos programas de saúde sexual reprodutiva a falta do envolvimento dos homens, o que não contribui para relações equitativas entre os dois parceiros de modo a melhorar a comunicação relativamente ao número de filhos pretendidos, e outros problemas da esfera sexual e reprodutiva que afectam ambos. Uma percentagem significativa de mulheres (56,9%) não conversa com os seus maridos sobre o planeamento familiar (IDS 2003).

## Os jovens

A despeito dos compromissos internacionais de remoção das barreiras ao planeamento familiar para todos os grupos populacionais, as necessidades dos jovens continuam negligenciadas. Os riscos da gestação tanto para a mãe como para o bebé são maiores entre as mães adolescentes. Nos países em desenvolvimento, a gravidez na adolescência é a principal causa de morte de raparigas afectando, em geral, as raparigas mais pobres. E os bebés que nascem de mães adolescentes são 50% mais propensos a morrer no primeiro mês de vida que àqueles bebés que nascem de mulheres acima de 20 anos.

O casamento e a gravidez precoce têm um impacto negativo na educação da rapariga e aumenta o risco de violência, abuso, doenças (incluindo a fístula obstétrica e o HIV) e morte. Cerca de 90% das gravidezes na adolescência nos países em desenvolvimento são de raparigas que já estão casadas e, uma vez casadas, elas são encorajadas a engravidar tão rápido quanto possível.

A população de Moçambique é muito jovem, com crianças e jovens a representarem cerca de metade de uma população total de 23,049,621 em 2011. Por sua vez, existem no país cerca de 4,4 milhões de adolescentes e jovens.

O casamento precoce em Moçambique é ainda elevado (17,7% das raparigas casaram-se antes dos 15 anos e 51,5% antes dos 18) e 40% das mulheres já tinham filhos antes de atingir os 20 anos.

A taxa de prevalência contraceptiva no grupo de 15-19 anos de idade é de 5.9% e de 11.4% no grupo de 20-24 anos de

idade (2011). Analisando cuidadosamente os relatórios mundiais, compreende-se que as raparigas casadas não apenas são menos propensas à utilizar os métodos contraceptivos, mas também são menos propensas à informar que possuem necessidades não satisfeitas sobre o planeamento familiar. A literatura também informa que são várias as barreiras para a utilização dos contraceptivos pela juventude: barreiras individuais, emocionais, socioculturais, cognitivas, geográficas, económicas, de acesso, e de qualidade da provisão do serviço.

Em Moçambique, o rácio de Mortalidade Materna ainda é elevado, 500 por 100.000 nascimentos vivos, e destes, o maior regista-se na faixa etária dos 12-14 anos, que é de 1.816 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos. A média de idade de morte das mulheres que morreram de causas maternas foi de 27 anos, com aproximadamente 20% das mortes maternas a ocorrerem em raparigas que não completaram o seu vigésimo ano de idade, enquanto que 14% das mortes foi consequência do aborto.

O país regista também uma grande prevalência do HIV, que é de 11,5% (13,1% para as mulheres e 9,2% para os homens), com uma variação etária, sexual e geográfica significativa. O SIDA contribui significativamente para a mortalidade materna em Moçambique (18%). As mulheres jovens têm uma probabilidade quatro vezes maior de serem seropositivas do que os homens jovens. A elevada taxa de gravidez e de prevalência do HIV entre as adolescentes e jovens pode ser prevenida com o uso adequado e consistente do preservativo masculino, entre outras opções.

Em Moçambique, 44% das crianças sofrem de desnutrição crónica e a gravidez precoce e o menor espaçamento entre os nascimentos estão entre as causas subjacentes.

A necessidade de dar uma ênfase especial aos grupos de adolescentes e jovens é enorme, uma vez que estes grupos são altamente vulneráveis e afectados pelos inúmeros problemas de saúde sexual e reprodutiva, tal como se pôde ver a partir das evidências já existentes.

Os adolescentes e jovens constituem um potencial

importante para o desenvolvimento do país e é necessário intensificar os esforços para assegurar que sejam respeitados os direitos à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive os referentes à proteção contra doenças de transmissão sexual incluindo o HIV e prevenção da prática do aborto não terapêutico. Assim, torna-se importante direccionar as intervenções para as 4 principais áreas para o empoderamento das adolescentes: suporte comunitário, acesso e retenção no sistema educativo, desenvolvimento de habilidades para a vida, e proteção legal.

### Acesso limitado aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de Qualidade como obstáculo ao uso de planeamento familiar

Criar e fortalecer sistemas de saúde é uma condição necessária para garantir melhores resultados de saúde e, desse modo, reduzir a mortalidade materna entre outros resultados importantes. Embora o sector de saúde seja uma prioridade do Governo de Moçambique, ainda é necessário um investimento mais eficaz no sistema e nos serviços de saúde. Nos últimos anos, houve uma redução gradual na verba do Orçamento do Estado alocada ao Ministério da Saúde: de 14 por cento do orçamento total em 2006 para 7 por cento em 2011. Os dados mais recentes de 2006 indicam uma despesa per capita de USD 21, ainda abaixo dos USD 34 per capita recomendados.

Reconhecendo a necessidade de investir e coordenar esforços no planeamento familiar, o Governo de Moçambique traçou uma Estratégia Nacional de Planeamento Familiar (2010-2015). O custo total da estratégia está estimado em USD 71.949.511. No entanto, quase 50% da Estratégia não está financiada (défice financeiro estimado em USD 35.921.029).

O Ministério da Saúde assumiu o compromisso de cobrir 5% das necessidades de contraceptivos em 2011 e 2012 e até 10% em 2015. No entanto, este compromisso não se efectivou e, em 2011, aproximadamente 72% das necessidades de contraceptivos foram cobertas pelo UNFPA.

O Plano Nacional de Recursos Humanos tem como objectivo aumentar o número total de trabalhadores de saúde de 25.683 (1,26 por 1.000 habitantes) para 45.904 (1,87 por 1.000 habitantes). Este número situa-se abaixo dos 2,3 por 1.000 habitantes, recomendado pela OMS e, de acordo com as estimativas, Moçambique precisaria de outra década para atingir o rácio de 2,3. Os recursos humanos para a saúde

materna são limitados e o núcleo de profissionais de saúde, especialmente na área de saúde materna e infantil, tem formação básica e de nível médio, o que limita a oferta e provisão de métodos permanentes. Existe um número limitado de profissionais de saúde de nível superior e está distribuído de forma desigual pelo país. Esta escassez de profissionais de saúde sexual e reprodutiva é um obstáculo para progressos na prestação de serviços de planeamento familiar de qualidade e no incremento de esforços com vista ao acesso universal ao planeamento familiar.

Dados preliminares do inquérito de satisfação do utente (2011) em relação a serviços de planeamento familiar revelam que existe uma fraca promoção e procura de métodos permanentes, limitada capacidade de aconselhamento na área de planeamento familiar entre os provedores de serviços de saúde e oportunidades perdidas na oferta de serviços integrados. Entre as mulheres que não usam contraceptivos que visitaram as unidades sanitárias por outros motivos, apenas 18,7% receberam informação sobre o PF.

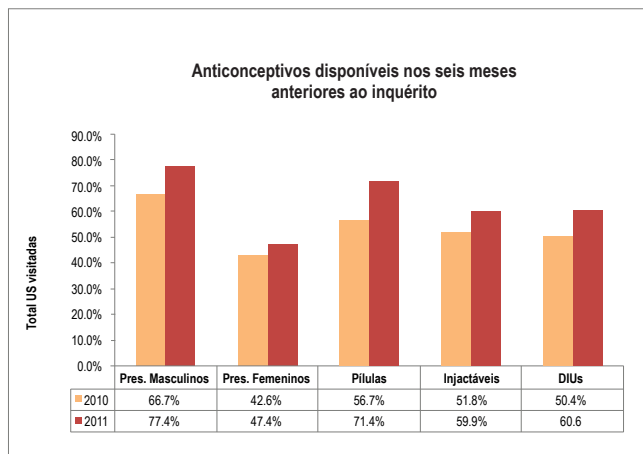
O leque de opções de métodos de PF é limitado e os métodos mais conhecidos e utilizados na contracepção são os injectáveis e a pílula, que contribuem em 5,1% e 4,5%, respectivamente. Os métodos de acção prolongada, tais como o dispositivo intra-uterino (DIU) e implantes são altamente eficazes na prevenção da gravidez. Em 2012, os implantes foram introduzidos em Moçambique como um novo método de planeamento familiar e têm o potencial de se situar entre os métodos mais escolhidos. O aumento do leque de opções de métodos permitirá que as mulheres e os homens exerçam o seu direito de escolher os métodos de planeamento familiar de forma mais confiável.

Há poucas opções para a obtenção dos serviços de PF, os serviços públicos de saúde são os principais pontos de prestação de serviços (69%) e a participação do sector privado e outros é muito limitada, cada um contribuindo com apenas 10,7%. Apesar de as intervenções de planeamento familiar a nível comunitário terem demonstrado a sua eficácia em muitos países de África, esta abordagem não é implementada em Moçambique de forma abrangente e em larga escala, embora existam alguns esforços de ONGs. É de notar a partir de experiências de outros países, que os agentes polivalentes elementares qualificados podem fornecer pílulas, preservativos e métodos de contracepção. Também podem fornecer contraceptivos injectáveis com segurança (FHI, 2009).

O aconselhamento e os serviços adequados de planeamento familiar são muito importantes para a prevenção da gravidez indesejada entre as mulheres que vivem com o HIV. Embora o planeamento familiar seja uma componente do pacote de Prevenção Integral da Transmissão Vertical do HIV (PTV), é um assunto que ainda não é devidamente tratado. Muitos estudos têm mostrado que as mulheres seropositivas têm uma grande necessidade não atendida de planeamento familiar. Com o sucesso do tratamento antirretroviral e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV, satisfazer a sua necessidade de prestação de serviços de PF e outros de SSR de qualidade é uma área que precisa de atenção e acção imediatas.

Dados de rotina mostram um aumento da capacidade dos serviços de saúde de atrair novas clientes: a cobertura de novas utentes de métodos de planeamento familiar aumentou de 13,9% em 2009 para 23% em 2011. No entanto,

os dados da pesquisa de 2011 sobre a disponibilidade de contraceptivos modernos e de medicamentos vitais para a saúde materna nas unidades sanitárias mostram que ainda há muito por fazer para assegurar a continuidade do uso de métodos contraceptivos. A pesquisa mostrou que 77,4% das unidades sanitárias tinham preservativos masculinos disponíveis, 47,7% tinham preservativos femininos disponíveis, 71,5% tinham pílulas orais disponíveis, 60,6% tinham DIU disponíveis e 59,9% tinham contraceptivos injectáveis disponíveis. Além disso, a avaliação das necessidades a nível nacional em saúde materna e do recém-nascido em 2007/2008 revela que 81,2% das mulheres caminharam até às unidades sanitárias e que apenas 67% das mulheres que frequentam os serviços de PF receberam apenas um ciclo de contraceptivos orais. As deficiências registadas na gestão da cadeia de aprovisionamento e distribuição colocam em risco a qualidade (e a credibilidade) dos serviços de planeamento familiar.



Fonte: MISAU, 2011.

## O impacto social e económico do planeamento familiar

O maior acesso ao planeamento familiar pode aumentar o bem-estar de mulheres, homens, crianças, seus lares e comunidades, ao aumentar a expectativa de vida, diminuir a morbilidade e melhorar a saúde em termos mais amplos. Ele aumenta as oportunidades de investimento no ensino e em outras formas de capital humano e de participação nos mercados de trabalho, aumentando a produtividade e a renda, a poupança, o investimento e a acumulação de riqueza.

Os declínios na mortalidade, seguidos por declínios na fecundidade, levam a mudanças na estrutura etária da população e também produzem um “bónus demográfico” agregado em termos de país. Isto leva a melhorias no crescimento e no desenvolvimento económico.

Não permitir que as mulheres tomem decisões livres e

informadas sobre a sua própria reprodução constitui um sério entrave ao desenvolvimento social e económico. Existe uma grande necessidade não satisfeita globalmente (e em Moçambique), apesar do facto de haver um consenso quase universal de que o acesso ao planeamento familiar é um direito humano. Ao negar esse direito, estamos a colocar em risco outros direitos básicos em todo o mundo. O direito à educação é de pouca utilidade se as raparigas adolescentes forem obrigadas a abandonar a escola porque estão grávidas.

Em conclusão, poder exercer o direito ao planeamento familiar, e de forma mais ampla, o direito à saúde sexual e reprodutiva, é um meio essencial para o alcance e concretização de outros direitos, além de gerar benefícios micro e macroeconómicos.

## Alguns benefícios do planeamento familiar

O PF reduz o número de gravidezes indesejadas e de risco, o que por sua vez, reduz o risco de mortalidade materna e morbilidade, especialmente nas adolescentes e jovens.

*Em Moçambique: 20% das mortes maternas ocorrem em raparigas que não completaram o seu vigésimo ano de idade.*

O PF leva ao espaçamento adequado dos nascimentos, o que melhora a saúde materna em termos gerais, reduz o risco de parto prematuro e outras complicações e melhora a saúde e sobrevivência das crianças.

*Em Moçambique, factores maternos (complicações da gravidez e do parto) está entre as principais causas de mortalidade neonatal, pois respondem por 10% das mortes neonatais.*

*A gravidez precoce e o menor espaçamento entres os nascimentos estão entre as causas subjacentes de desnutrição crónica (44%) em Moçambique.*

O PF aumenta a participação na educação ao reduzir as probabilidades de abandono escolar e ao aumentar o nível de escolaridade. Também impacta positivamente na escolaridade infantil.

*Em Mocambique, há uma forte correlação entre percentagem de raparigas fora da escola e a prevalência de casamentos precoces/maternidade.*

O PF aumenta a participação da mulher na força do trabalho e aumenta a produtividade da mulher

Os serviços de PF contribuem para redução do HIV, especialmente quando os programas estão integrados. Os preservativos, como método contraceptivo, oferecem dupla proteção contra HIV e gravidez indesejada.

*O INSIDA 2009 mostrou um baixo uso de preservativo na última relação sexual (16.1%), constituindo um risco para a infeção por HIV e para ocorrência de gravedez indesejada.*

## Tornar universal o direito ao planeamento familiar em Moçambique: principais acções/recomendações para melhorar o acesso e o uso de serviços de planeamento familiar

A prestação de serviços de planeamento familiar (PF) de qualidade e sustentáveis é vital para melhorar o estado de saúde das mulheres e suas famílias e assim acelerar o progresso do país rumo à redução da pobreza e ao alcance dos objectivos de desenvolvimento.

Em Moçambique, o acesso e o uso de serviços de planeamento familiar continuam reduzidos, apesar dos esforços em curso. Percebendo o baixo grau de execução até à data, o governo traçou uma estratégia clara de planeamento familiar (2010-2015) que serve de documento de orientação para que todos os parceiros intensifiquem o seu apoio de modo a aumentar a taxa de prevalência de contraceptiva actualmente existente de 11,3% (IDS, 2011) para 34% em 2015.

É fundamental acelerar os esforços na implementação das intervenções e actividades chave definidas na Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção com ênfase em:

Reforço da coordenação entre o governo e os principais intervenientes com vista a garantir um forte compromisso político e financeiro em relação ao planeamento familiar.

Introduzir e implementar à escala nacional uma abordagem baseada na provisão de planeamento familiar ao nível comunitário destinada a levar as informações e métodos do planeamento familiar para as mulheres e homens nas comunidades onde vivem.

Investir na criação/reforço da capacidade dos provedores de serviços de saúde, professores, educadores e conselheiros em aconselhamento do planeamento familiar, incluindo o aconselhamento adequado e educação sobre o PF para as pessoas seropositivas.

Intensificar acções de promoção de métodos de planeamento familiar de acção prolongada e permanentes.

Investir no desenvolvimento de capacidades na gestão da cadeia de aprovisionamento e distribuição de contraceptivos com o objectivo de garantir a disponibilidade de uma ampla variedade de métodos

contraceptivos no momento certo e no lugar certo.

Aumentar os pontos de prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes e jovens.

Aumentar os esforços de capacitação de provedores de serviços em competências técnicas na área do aconselhamento e oferta de métodos de PF de acção prolongada e permanentes.

Fortalecer a integração do PF noutros serviços (cuidados pré-natais, parto, pós-parto e pós-aborto, aconselhamento e testagem, rastreio do cancro cervical e da mama, PTV, HIV/SIDA, ITS e cuidar de doenças crónicas).

Todas essas acções e recomendações direccionam-se para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população moçambicana e traduzem em políticas e programas os cometimentos legais que Moçambique ratificou. Adicionalmente, reflectem os princípios básicos das intervenções baseadas nos direitos: o empoderamento, a participação, a não-discriminação e a responsabilização, todos estes ingredientes fundamentais para o alcance das metas estabelecidas no país.



## Referências

- Arnaldo, Carlos. 2011. Níveis, tendências e diferenças da fecundidade em Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Bongarts, John. 2010. The causes of educational difference infertility in sub-saharian Africa. New York: The Population Council.
- Direção Nacional de Saúde Pública, Ministério de Saúde. 2010. Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2010-2015 (2020). Moçambique.
- Direção Nacional de Recursos Humanos. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008-2015.
- Direção Nacional de Recursos Humanos. 2011. Informe sobre os recursos humanos para a saúde no Serviço Nacional de Saúde. Maputo: Ministério de Saúde.
- Gabinete do Ministro, Unidade de Género. 2009. Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género no Sector da Saúde. Maputo: Ministério de Saúde.
- FHI. 2011. Expanding community-based access to injectable contraception – material for action. Website:<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/eaop5swou7m6mjkc2vqkm7bccrhbgngqxjt5qepaltealt77jkftgnbeekuj35niiifrm2xj3arkmvpyg/ExpandingCBA2IMaterialsforAction.pdf>. Acessado em 28 de Novembro de 2012.
- Fundo de Nações Unidas para a População. 2012. Por escolha, não por acaso: Planeamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012.
- Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade e UNICEF. Informe orçamental do Sector Saúde 2012. Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística. 2012. *Mortality in Mozambique: Results from a 2007-2008 Post Census Mortality Survey*. Chapel Hill, USA: MEASURE Evaluation.
- Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde. 1998. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde. 2005. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde. 2012. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2011. Relatório Preliminar*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- República de Moçambique. 2010. Plano Multisectorial para a redução da malnutrição crónica em Moçambique. Maputo.
- The Guttmacher Institute. 2012. "Are you in the know?" New York: Guttmacher Institute. Website:<http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Acessado em 25 de Julho 2012.
- Universidade Eduardo Mondlane, Ministério de Saúde e UNFPA. 2012. Segundo inquérito sobre a disponibilidade de anticonceptivos modernos e medicamentos vitais/essenciais para a saúde materna/saúde sexual e reprodutiva nas unidades sanitárias realizado em 2011. Maputo: Ministério de Saúde.
- World Health Organization. 2007. WHO Report on inequities in maternal and child health in Mozambique. Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health.



Publicado pelo Fundo das Nações Unidas para População  
(UNFPA), Moçambique.

Fundo de População das Nações Unidas  
Av. Julius Nyerere 1419, CP 4505- Maputo- Moçambique  
Tel. (+258) 21490686 / 21494469  
E-mail: [foffice@unfpa.uem.mz](mailto:foffice@unfpa.uem.mz)  
[http:// mozambique.unfpa.org](http://mozambique.unfpa.org)