



KIT Royal
Tropical
Institute



Relatório País Moçambique

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ADVOCACIA DO ABORTO SEGURO

PARA A ASSOCIAÇÃO MOÇAMBICANA DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS (AMOG)

ENCOMENDADA PELA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FIGO)
CONDUZIDA PELO: KIT ROYAL TROPICAL INSTITUTE – UNIDADE DE SAÚDE

Arsénia Paulo, Bianca Tolboom

Abril 2018

KIT - Health

Mauritskade 63

1092 AD Amsterdam

Telefone +31 (0)20 568 8711

Fax +31 (0)20 568 8444

www.kit.nl/health

Agradecimentos

A equipe de avaliação gostaria de agradecer a todos que fizeram esta Avaliação de Necessidades possível. Em primeiro lugar, estes são os membros da AMOG, especialmente aqueles que se esforçaram para compartilhar seus pontos de vista e opiniões. Um agradecimento especial ao presidente em exercício da AMOG, Dr. Nafissa Bique Osman; Presidente eleito, Dr. Momade Bay Ustá; Secretário Geral, Dr. Cassimo Bique; e Secretária Geral (e pessoa crucial para a avaliação das necessidades), Dra. Eulalia Macovela Dauane, que nos abriu as portas da AMOG e foi de grande ajuda na organização desta Avaliação de Necessidades.

A equipe gostaria de reconhecer a contribuição ativa e valiosa de todos os participantes do workshop das partes interessadas, incluindo membros do AMOG, Pathfinder, Ministério da Saúde (MS), Centro Internacional de Saúde Reprodutiva (ICRH) e Rede de Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR). Os participantes são os que desenvolveram esta Avaliação de Necessidades e o plano de ação que a acompanha.

Finalmente, a equipe gostaria de agradecer à sede da FIGO por seu apoio e orientação técnica.

Índice

Abreviaturas	iii
Glossário	iv
Sumário Executivo	v
1. Introdução	1
Propósito da Avaliação de Necessidades.....	1
Objetivos da Avaliação de Necessidades	1
2. Metodologia	2
Desafios e Limitações	3
3. Resultados	4
3.1 Revisão da literatura	4
3.2 Pesquisa Online	10
3.3 Entrevistas com Informantes-Chave.....	14
3.4 Seminário das partes interessadas	19
4. Conclusões	21
5. Recomendações para programa futuro.....	22
Referências	23
Anexo 1 Programa e participantes do seminário de partes interessadas	25
Anexo 2 Percepções e experiências das mulheres sobre o aborto inseguro.....	28
Anexo 3 Visão geral da pesquisa online sobre os resultados	29
Anexo 4 Redes Sociais	30
Anexo 5 Análise SWOT.....	32
Anexo 6 Plano de Ação por País	33

Abreviaturas

• AMOG	Associação de Obstetras e Ginecologistas de Moçambique)
• AMODEFA	Associação Moçambicana de Desenvolvimento Familiar)
• DHS	Demographic Health Survey (<i>Pesquisa de Saúde Demográfica</i>)
• PIB	Produto Interno Bruto
• FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
• PF	Planejamento Familiar
• VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
• SMI	Saúde Materno-Infantil
• MISAU	Ministério da Saúde
• TMM	Taxa de Mortalidade Materna
• MS	Ministério da Saúde
• INE	Instituto Nacional de Estatística
• INS	Instituto Nacional de Saúde
• KIT	Royal Tropical Institute
• ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
• SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos)
• DTS	Despesa Total com Saúde
• UNICEF	Fundos das Nações Unidas para a Infância
• USD	United States Dollar
• OMS	Organização Mundial da Saúde

Glossário

Aborto: MISAU (2016) explica nas normas clínicas que “de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aborto é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos de 500g; essa classificação é para países desenvolvidos. Nos países subdesenvolvidos, como Moçambique, o aborto é considerado até as 28 semanas de gravidez. Isso se deve às nossas condições de atenção neonatal ao feto com menos de 28 semanas consideradas inviáveis”.

Cuidados pós-aborto: “é uma abordagem para reduzir mortes e lesões por abortos incompletos e inseguros e suas complicações relacionadas. O cuidado pós-aborto é um componente integral da atenção ao aborto e inclui: 1) Tratamento do aborto incompleto e inseguro e complicações; 2) Aconselhamento para identificar e responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres; 3) Contraceptivos e serviços de planejamento familiar para ajudar as mulheres a prevenir futuras gravidezes indesejadas e abortos; 4) Serviços de reprodução e outros serviços de saúde que são preferencialmente fornecidos no local ou através de encaminhamentos para outras instalações acessíveis; 5) Parcerias entre comunidade e prestadores de serviços para prevenir gravidez indesejada e abortos inseguros, mobilizar recursos para assegurar o atendimento oportuno às complicações do aborto e assegurar que os serviços de saúde atendam às expectativas e necessidades da comunidade.” (Ipas, 2017)

Cuidado Abortivo Integral Centrado nas Mulheres: significa ter uma abordagem integrada e abrangente para a prestação de serviços de aborto que leve em conta vários fatores que afetam as necessidades físicas e mentais das mulheres, bem como as circunstâncias pessoais que os levaram a buscar tais cuidados e sua capacidade serviços de acesso. Esses cuidados incluem um amplo espectro de atividades médicas e de saúde que permitem que as mulheres exerçam seus direitos sexuais e reprodutivos, como acesso a PF (Planejamento Familiar) imediatos / atuais e pós-aborto, avaliação de risco de HIV, violência, entre outros (MISAU, 2016). Ipas (2017) descreve que o Cuidado Abortivo Integral inclui os seguintes componentes:

- Fornecer serviços seguros e de alta qualidade, incluindo aborto, cuidados pós-aborto e planejamento familiar;
- Descentralizar os serviços para que eles estejam mais próximos das mulheres;
- Seja acessível e aceitável para as mulheres;
- Abordar as necessidades das mulheres no segundo trimestre de gravidez (após 13 semanas de gestação), prestando serviços ou encaminhando;
- Entender as circunstâncias sociais específicas de cada mulher, as necessidades individuais e adaptar seus cuidados de acordo;
- Atender às necessidades das mulheres jovens;
- Reduzir o número de gravidezes não desejadas e abortos;
- Identificar e atender mulheres com outras necessidades de saúde sexual ou reprodutiva;
- Ser acessível e sustentável para os sistemas de saúde.

Sumário Executivo

Este relatório descreve a avaliação das necessidades definidas para proporcionar um melhor e mais profundo entendimento da capacidade da Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas (AMOG), e, em particular, para identificar as principais necessidades de defesa do aborto que um futuro projeto de múltiplos países pode abordar. A avaliação tentou dar mais clareza sobre como a FIGO pode efetivamente fortalecer as capacidades da sociedade. A avaliação envolveu a realização de uma revisão bibliográfica, uma pesquisa com membros da sociedade, entrevistas com informantes-chave com partes interessadas em vários níveis, com a maioria sendo associada à AMOG, bem como um workshop para os membros e parceiros da AMOG.

A revisão da literatura, as entrevistas com informantes-chave e o workshop confirmaram que, apesar das leis liberais de aborto que entraram em vigor no final de 2014, o aborto inseguro e suas complicações continuam a ser um grande problema em Moçambique, colocando em perigo a vida de muitas mulheres. Embora o quadro legal preveja o aborto a pedido da mulher, a implementação da lei está atrasada. Como resultado, muitas mulheres em Moçambique continuam a recorrer ao aborto inseguro. Especialmente nas áreas rurais, o acesso ao aborto seguro é uma preocupação. A falta de conscientização do público, sobre a lei e onde encontrar serviços, mas também a falta de disponibilidade de serviços (incluindo pessoal treinado, fornecimento de medicamentos e equipamentos) são os principais fatores que contribuem para as mulheres continuarem optando pelo aborto fora do sistema de saúde. Os valores e crenças pessoais dos provedores de serviço e suas atitudes dificultam a acessibilidade dos serviços de aborto seguro. AMOG desempenhou um papel importante nos esforços de defesa do aborto seguro, que influenciaram o atual quadro jurídico. No entanto, é preciso fazer mais para garantir a implementação total das leis e políticas. Fortalecer a defesa do aborto seguro requer o engajamento no diálogo com a população em geral, o ministério da saúde em vários níveis, incluindo os provedores de assistência à saúde, a mídia e outras partes interessadas. A força da AMOG como líder em conhecimento técnico oferece a oportunidade de influenciar e interagir com organizações afins para defender a implementação da lei e garantir que os serviços de aborto seguro sejam acessíveis às mulheres que os solicitam.

Construindo sua base como um defensor do aborto seguro, a sociedade precisará abordar os vários e potenciais desafios identificados durante as entrevistas com informantes-chave e o workshop de dois dias. Isso pode incluir o seguinte:

- 1) Garantir a efetiva disseminação e implementação da lei do aborto, bem como suas políticas e diretrizes
- 2) Garantir a conscientização das leis e serviços de aborto seguro, e transformação de normas sociais a nível da comunidade e com provedores de saúde
- 3) Fortalecer a rede de defesa do aborto seguro, através de melhores parcerias e comunicação
- 4) Assegurar que as evidências para ação e advocacia sejam coletadas por meio da geração e uso sistemáticos de dados
- 5) Reforçar a capacidade da AMOG para ser defensora eficaz do acesso ao aborto seguro para mulheres em Moçambique

Essas recomendações, identificadas em colaboração com a AMOG, são levadas adiante e traduzidas em um plano de ação preliminar com atividades e resultados tangíveis. O plano de ação será desenvolvido em colaboração com a AMOG e a FIGO e será uma fonte de inspiração para o desenvolvimento de uma futura proposta de programa de defesa do aborto seguro em 10 países (Quênia, Benin, Camarões, Costa do Marfim, Mali, Moçambique, Panamá, Peru, Uganda, Zâmbia).

1. Introdução

Este relatório do país é o resultado de uma avaliação de necessidades conduzida pelo KIT Royal Tropical Institute com a Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas (AMOG) relativamente à Defesa Contra o Aborto Seguro. Moçambique é um dos dez países que participam de uma Avaliação de Necessidades mais ampla para um projeto multi-nacional liderado pela FIGO que visa aumentar a capacidade das sociedades nacionais de obstetrícia e ginecologia para se tornarem líderes nacionais no trabalho de defesa do aborto seguro.

Propósito da Avaliação de Necessidades

Esta Avaliação das Necessidades é a primeira fase de um próximo projeto de aborto seguro e deve proporcionar um melhor e mais profundo entendimento das capacidades e necessidades de AMOG. Posteriormente, identificará as principais necessidades em relação à defesa do aborto seguro que o próximo projeto de múltiplos países poderia abordar. Além disso, deve fornecer mais clareza sobre como a FIGO pode fortalecer mais efetivamente as capacidades das sociedades nacionais, neste caso a AMOG. Isso inclui o fornecimento de recomendações sobre o conteúdo do programa de capacitação por meio de planos de ação dos países em desenvolvimento com orçamento, bem como uma proposta de programa abrangente para todos os dez países.

Objetivos da Avaliação de Necessidades

Os objetivos específicos que a FIGO deve ter até o final da avaliação das necessidades em dez países são:

- Informações sobre a situação do aborto em cada país
- Compreensão da capacidade e das necessidades de cada Sociedade Nacional de Obstetrícia e Ginecologia sobre a defesa do aborto
- Planos de ação para cada Sociedade Nacional de Obstetrícia e Ginecologia desenvolvidos por meio de um processo colaborativo
- Recomendações sobre o papel da FIGO para fortalecer a capacidade das dez Sociedades Nacionais como defensores do aborto, traduzidas em uma proposta abrangente

2. Metodologia

Esta Avaliação de Necessidades foi de caráter formativo e destinada a uma abordagem altamente participativa. Mecanismos constantes de comunicação e feedback com a AMOG ocorreram para criar entendimento mútuo e formular objetivos conjuntos. Os seguintes métodos foram usados para atender aos objetivos da avaliação

2.1 Estudo de revisão documental

Uma revisão do estudo documental sobre a literatura e as evidências existentes foi realizado entre fevereiro e março de 2018, por meio de uma ferramenta de revisão documental. Bases de dados acadêmicas e literatura cinzenta foram pesquisados para os temas relevantes abordados no quadro de avaliação (relatório inicial). A AMOG e as principais partes interessadas foram solicitadas para informações relevantes.

2.2 Pesquisa online

Uma pesquisa on-line, usando o software Survey Monkey, foi enviada a todos os 75 membros registrados da AMOG para perguntar sobre sua participação na AMOG, a posição da sociedade em relação ao aborto seguro e sua própria posição profissional e pessoal em relação ao aborto seguro. O e-mail foi enviado do software Survey Monkey, com o endereço de e-mail do remetente da AMOG, em 21 de fevereiro. Apesar de vários lembretes para obter mais respostas, apenas 26 respostas voltaram, das quais 24 foram concluídas (taxa de conclusão de 92%; um dos entrevistados não continuou após a 10ª pergunta, outro não continuou após a 15ª pergunta). A pesquisa permaneceu aberta por 9 semanas e encerrada em 29 de abril de 2018. A análise foi feita usando o software de pesquisa de macacos. Todas as respostas fornecidas em todas as perguntas foram incluídas na análise.

2.3 Entrevistas com Informantes-Chave

Um total de 15 informantes-chave foram entrevistados, incluindo representantes de AMOG, a Associação de Parteiras de Moçambique, Centro Internacional de Saúde Reprodutiva (ICRH), a Rede de Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR), Ministério da Saúde, Pathfinder, a faculdade de medicina e da associação de curandeiros tradicionais. As entrevistas foram conduzidas nos seus escritórios ou no escritório da AMOG. Com permissão, as entrevistas foram gravadas, bem como anotações. Essas anotações foram complementadas usando as gravações em fita. As anotações foram coletadas e organizadas ao longo de áreas temáticas, conforme descrito na seção de resultados. Os resultados foram analisados levando em conta as várias percepções sobre o aborto seguro.

2.4 Seminário das partes interessadas

Em 22 e 23 de março de 2018, realizou-se um seminário de dois dias em Maputo, com 20 e 18 participantes respectivamente (ver programa e lista de participantes no anexo 1). O objetivo do workshop foi identificar as necessidades da AMOG para a defesa do aborto e desenvolver um plano de ação para a próxima proposta de defesa do aborto seguro que será desenvolvida para as Sociedades Nacionais de Obstetrícia e Ginecologia em dez países envolvidos na avaliação de necessidades.

Os objetivos constituíram que até o final do seminário os participantes tivessem:

- Discutido e identificado as oportunidades e barreiras para fornecer o aborto seguro no país com base na apresentação da análise documental e na própria experiência.
- Explorado seus valores pessoais e profissionais relacionados ao aborto e identificado atividades para melhorar o acesso ao aborto seguro e aos cuidados pós-aborto com base na ética profissional.
- Explorado as implicações da lei nacional do aborto e políticas de acesso ao aborto seguro.
- A capacidade de explicar o conceito e os níveis de defesa e identificar os desafios e as barreiras da defesa do aborto.
- Identificado os pontos fortes e fracos da sociedade nacional relacionados à defesa do aborto.

- Formulado tópicos de ação para um programa de defesa do aborto.

Desafios e Limitações

Um dos desafios percebidos foi a taxa de resposta à pesquisa. Em geral, como percebido mais frequentemente pela AMOG, parece haver uma baixa tendência em responder a e-mails em geral. A equipe, em colaboração com a AMOG, realizou diversas ações para mitigar a limitação de uma baixa taxa de resposta. Os membros da AMOG que participaram do workshop e que não haviam preenchido a pesquisa antes da participação foram solicitados a preencher a pesquisa imediatamente após a chegada em uma cópia impressa, e vários lembretes foram enviados aos membros. Embora tenha sido enfatizado que a AMOG está interessada em ouvir as vozes de todos os membros, independentemente de sua posição, entende-se que principalmente aqueles que têm uma forte opinião sobre o assunto tenham se esforçado para responder. Com uma taxa de resposta total de apenas 35% (26/75), essa pesquisa não reflete a posição da maioria dos membros da AMOG, mas ainda dá uma boa ideia das opiniões dos entrevistados. Todas as pessoas que se esforçaram para preencher a pesquisa geralmente apoiavam o aborto seguro. Não houve fortes opiniões opostas.

Os desafios vividos em relação à entrevista foram, em grande parte, a limitação de tempo para cobrir todos os informantes chave relevantes. Infelizmente, não conseguimos entrevistar nenhuma das partes interessadas da Igreja Católica, que foram vistas como o principal grupo de oposição. Esforços foram feitos pela AMOG para contatar líderes religiosos, mas sem qualquer sucesso. Isso significa que visões opostas não são refletidas nesta análise, além da posição percebida deste grupo por outros informantes-chave.

Em relação o seminário, a participação foi em grande parte por parte daqueles que eram a favor do aborto seguro e, principalmente, dos membros da AMOG. Embora o Ministério da Saúde (MISSAU) estivesse parcialmente presente durante parte do seminário, bem como um representante do departamento jurídico, a contribuição destas importantes partes interessadas poderia ter sido mais forte, uma vez que alguns representantes chave do MISSAU não estavam presentes e a participação do MISSAU no seminário foi um pouco mais nos bastidores.

3. Resultados

3.1 Revisão da literatura

3.1.1 Saúde materna e aborto, preparando o cenário a nível global

Melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade materna permanece no centro das iniciativas globais de saúde. Globalmente, o número anual de mortes maternas diminuiu 43% entre 1990 e 2015, de 532.000 em 1990 para 303.000 em 2015 (WHO, 2015). Durante o mesmo período, o risco global aproximado ao longo da vida de uma morte materna caiu consideravelmente de 1 em 73 para 1 em 180. A maioria dessas mortes são entre mulheres da África Subsaariana. A maioria dos países da África Subsaariana não cumpriu o Objetivo de Desenvolvimento do Milénio 5 cujo objetivo era reduzir a mortalidade materna em 75% (da taxa de mortalidade materna de 1990). Mais de 80% das cerca de 289.000 mortes maternas anuais são devidas a hemorragia obstétrica, trabalho de parto obstruído, distúrbios hipertensivos (por exemplo, pré-eclampsia grave ou eclampsia), complicações relacionadas ao aborto e sepse puerperal (WHO, 2014).

Em um esforço para acelerar a conquista do Objetivo de Desenvolvimento do Milénio 4 e 5, a Estratégia Global do Secretário-Geral da ONU para Saúde da Mulher e da Criança foi desenvolvida e uma Comissão de Alto Nível de Informação e Responsabilidade (COIA) foi criada para promover “relatórios globais, supervisão e prestação de contas sobre a saúde das mulheres e crianças (A Comissão de Informação e Responsabilidade pela Saúde das Mulheres e Crianças 2011). Com base nesses esforços, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram criados para estabelecer uma agenda transformadora para acabar com as mortes maternas evitáveis. A meta 3.1 do ODS 3 é reduzir a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030. Atingir essa redução significativa exigirá uma redução média de 7,5% da TMM global anualmente entre 2016 e 2030; mais de três vezes a taxa anual de redução de 2,3% observada globalmente entre 1990 e 2015.

3.1.2 Principais indicadores de Moçambique

Tabela 1: Indicadores demográficos para Moçambique

Informações demográficas e socioeconômicas	Estatísticas vitais
Pop 2017: 28,86 milhões (INE, 2017)	Total de expectativa de vida: 57,6 anos (WHO, 2015)
47,8% masculino / 52,2% feminino (INE, 2017)	Prevalência de HIV 12,3% (adultos 15 - 49 anos - 2016) (UNAIDS, 2016)
67% vivendo em áreas rurais - / 33% em áreas urbanas (trading economics, 2016)	Taxa de Mortalidade Infantil 53/1000 nascidos vivos 2015 (INE, 2017)
Ranking de desenvolvimento humano 2015: 180/188 países (INE, 2017)	TMM 489/100.000 nascidos vivos 2015
PIB per capita 411 USD (2016)	Parto com atendentes qualificados: 54.3% (2012) (UNICEF, 2018)
Taxa de crescimento anual do PIB de 3,6% (INE, 2017)	Taxa de fertilidade: 5.3 (INS, 2015)
	Necessidade não atendida de planeamento familiar (mulheres casadas): 23%

Embora a mortalidade materna tenha caído drasticamente de 1390 / 100.000 nascidos vivos em 1990, em 2015 ainda era muito alta, com 489 / 100.000 nascidos vivos. A taxa de fertilidade em Moçambique foi de 5,3 e a necessidade não satisfeita de planeamento familiar foi de 23% para as mulheres casadas (INS, 2015). Em 2015, 46% das meninas entre 15-19 anos relataram ter tido uma gravidez indesejada, 38% pariram, e a taxa de gravidez na adolescência foi de 137 nascidos vivos por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos (INS, 2015). O casamento infantil permanece alto, com 14,3% das meninas entre 20 e 24 anos declarando-se casadas antes dos 15 anos (UNICEF, 2015).

3.1.3 Evidência de aborto

Faltam dados completos e confiáveis para demonstrar a extensão do ônus do aborto seguro e inseguro. No entanto, de acordo com o Inquérito Demográfico de Saúde de Moçambique em 2011, os abortos estão entre as principais causas de morte materna e pelo menos 4,5% de todos os adolescentes relataram ter terminado uma gravidez (DHS, 2011). Ustá, et al (2008) afirmaram que os abortos inseguros representavam entre 11% e 18% de todas as mortes maternas em hospitais. Segundo a OMS, as principais causas diretas de morte materna são pré-eclampsia / eclampsia, hemorragia grave, infecção e trabalho de parto obstruído, representando 75% das mortes em Moçambique. Embora as consequências comuns do aborto inseguro sejam sangramento e infecção, não é especificado que proporção de mulheres sofreram essas consequências como resultado do aborto inseguro (WHO, 2017).

Dados não publicados dos registos da Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODEFA), oferecendo aborto seguro na sua clínica de Saúde Reprodutiva e Sexual em Maputo, indicam que entre 2010 e 2016 um total de 70.895 mulheres tiveram um aborto induzido nesta clínica, dos quais 43% foram idosas 15 a 24. Nos primeiros três meses de 2017, 1500 mulheres tiveram um aborto induzido nesta clínica, dos quais 27,9% estavam abaixo de 25 anos. Esses dados mostram a alta demanda por aborto seguro entre mulheres jovens (Frederico, 2018).

Em 2004, os internamentos para cuidados pós-aborto representaram mais de 55% de todas as complicações ginecológicas em Moçambique (Djedje, 2005). As consequências do aborto inseguro frequentemente observadas são hemorragias, anemia, infecções uterinas, sepse, traumas genitais e fístulas. Estas são razões comuns para as mulheres procurarem cuidados pós-aborto. As consequências físicas que afetam as mulheres que buscam por abortos clandestinos são terríveis. Muitas vezes as mulheres têm que passar por intervenções cirúrgicas para salvar suas vidas após complicações pós-aborto, o que pode resultar em infertilidade ou, em alguns casos, as mulheres perdem a vida (Muchango 2004, WLSA 2011, Thonneau N.D.).

A exclusão social e o abandono do parceiro, por vezes devido à infertilidade, estão entre as consequências sociais do aborto. Além disso, o aumento dos custos institucionais para as unidades de saúde e para o sistema de saúde foram descritos como consequências financeiras do aborto (Thonneau, 2001).

3.1.4 Razões para o aborto

Existem diferentes razões pelas quais as mulheres optam pelo aborto, como fatores sociais e econômicos. A decisão sobre se e como interromper uma gravidez depende de uma variedade de fatores em diferentes níveis. No nível individual, fatores comuns de influência são o estado civil das mulheres, estupro ou incesto, dependência econômica e nível de educação. Outros fatores incluem o apoio do parceiro do sexo masculino e o apoio dos pais. Fatores sociais que influenciam a decisão incluem normas sociais, religião e o estigma do sexo pré-marital e extraconjugal (Frederico, 2018). Citações de mulheres entrevistadas por Frederico foram selecionadas e listadas no anexo, para ilustrar o processo de tomada de decisão e como isso é influenciado.

A gravidez indesejada é um fator contribuinte significativo para a prevalência do aborto, tornando as estatísticas de Moçambique sobre a prevalência de contraceptivos e necessidades não satisfeitas particularmente preocupantes (Pathfinder, 2016). Atualmente em Moçambique, a taxa de prevalência de contraceptivos é de 12% e a necessidade não satisfeita de contracepção, conforme o INS (2015) é de 23%. A DHS 2011 descobriu que 85% dos nascimentos foram planejados. No entanto, 12% não o eram e 3% eram nascimentos involuntários (DHS, 2011). Determinantes de gravidez indesejada incluem, baixo acesso a contraceptivos e falhas contraceptivas principalmente em áreas rurais, violência contra mulheres e falta de apoio social de mulheres grávidas (Pathfinder, 2016).

3.1.5 Razões para o aborto inseguro

Muitas mulheres são submetidas a um aborto em circunstâncias ilegais e inseguras por várias razões, tais como restrições legais, o medo do estigma e a falta de informação sobre a disponibilidade de cuidados com serviços de aborto seguro. Em um estudo recente, descobriu-se que a falta de dinheiro e o medo do estigma eram motivos para procurar o aborto fora da unidade de saúde em Moçambique (Federico, 2017).

O MISAU indica que o grupo mais vulnerável são os adolescentes que engravidam em tenra idade (entre os 15 e os 19 anos). Sua autonomia é comprometida e as decisões são tomadas pelo marido (se casado), pais ou outros membros da família do sexo masculino. Além disso, o sistema de saúde é deficiente, os serviços de planejamento familiar são limitados, as mulheres mais pobres não têm condições de pagar pelos serviços de aborto (que são supostamente gratuitos, mas são frequentemente cobrados). Principalmente a desinformação das mulheres e membros da comunidade, limita o acesso ao aborto seguro.

3.1.6 Contexto Jurídico e Político

Legislação e políticas nacionais sobre o aborto

Moçambique ratificou o protocolo de Maputo, comprometendo-se a “tomar todas as medidas apropriadas para ... proteger os direitos reprodutivos das mulheres, autorizando o aborto médico em casos de agressão sexual, violação, incesto e onde a continuação da gravidez põe em perigo a saúde física e mental da mãe ou a vida da mãe ou do feto.” (Human Life International, 2007). Em conformidade com este compromisso, Moçambique desenvolveu políticas diferentes que permitem o aborto seguro a pedido da mulher. Os regulamentos são formados pelo Código Penal revisto (Lei 35/2014) e pelo Diploma Ministerial 60/2017, que aprova as normas clínicas. De acordo com o Código Penal revisto (lei 35/2014 de 31 de dezembro) assinado em lei em 18 de dezembro de 2014, o aborto é legal a pedido da mulher nas primeiras 12 semanas de gravidez. Em casos de estupro e incesto, no prazo de 16 semanas. Em caso de grave malformação do feto ou doença transmissível, dentro de 24 semanas, e se houver um feto inviável, o aborto é permitido a qualquer momento.

Após a revisão do código penal, era esperado que a lei fosse implementada em 2015, mas faltando os regulamentos permitindo que os provedores entendessem como colocar a lei em prática, houve um atraso. Em 2017 foi aprovado o Diploma Ministerial 60/2017, bem como as normas clínicas (Normas Clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-parto).

No entanto, agora que as regulamentações e políticas estão em vigor, ainda há falta de implementação da lei, em parte devido à falta de conscientização pública e à falta de treinamento e compreensão dos profissionais de saúde sobre essas regulamentações. Desde 2017, o treinamento de prestadores de serviços está sendo realizado nos níveis central e local, o que significa que as condições para a implementação da lei estão sendo preparadas.

Implicações legais do aborto ilegal

Quem propositadamente leva uma mulher ao aborto, usando de violência ou bebida / ervas ou medicina, ou qualquer outro meio, fora da lei, ou quem realiza o aborto sem o consentimento da mulher deverá ser punido;

Se o crime for cometido com o consentimento da mulher, será punido com pena de prisão até um ano;

A mulher que consentir será punida com a pena de procurar o aborto, seguido do mesmo aborto;

Se, no entanto, no caso do número anterior, a mulher cometer o crime para esconder sua desonra, a pena será de prisão até um ano.

O médico, farmacêutico, enfermeiro ou qualquer outro voluntariamente impugnado para a execução deste crime, indicando ou fornecendo os meios, incorre na pena de prisão, agravada pelas regras gerais.

Código Penal (lei, 35/2014 de 31 de dezembro, artigo 166)

Circunstâncias legais que permitem o aborto

De acordo com o Código Penal revisto (lei, 35/2014 de 31 de dezembro, artigo 168), o aborto não é punível se for feito por um médico ou outro profissional de saúde reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando, de acordo com o conhecimento geral e experiência da medicina. O aborto deve ser realizado em instalações oficialmente designadas por profissionais qualificados. Antes do aborto, a verificação das circunstâncias que tornam o aborto não punível será certificada por um atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por dois profissionais de saúde, exceto aqueles por quem, ou sob cuja direção, o aborto será efetuado.

De acordo com o código penal revisado, o consentimento deve ser fornecido em um documento assinado pela gestante. Onde possível, mínimo três dias antes da data da intervenção. Quando a mulher grávida tiver menos de 16 anos de idade ou for psiquicamente incapaz, o consentimento poderá ser dado pelo representante legal, para cima ou para baixo ou, na sua falta, por quaisquer familiares da linha colateral.

Se o consentimento não puder ser obtido e a realização do aborto ocorrer com urgência, o médico decidirá conscientemente contra a situação, sempre que possível, da opinião de outro ou de outros médicos.

Papel das instituições legais

Em Moçambique, os conselhos médicos das unidades sanitárias, a inspeção sanitária e a direção nacional da saúde pública desempenham um papel importante na implementação legal das leis do aborto e a polícia e os tribunais são os guardiões da lei em nome do governo. Caso o consentimento não possa ser dado por um representante legal, o conselho médico da unidade de saúde tem o poder de analisar caso a caso. A inspeção sanitária e a direção nacional de saúde pública (Inspeção de Saúde Pública) e serviços de saúde aprovados são responsáveis por evitar que o aborto se torne uma ferramenta para o planejamento familiar. Os tribunais e a polícia têm autoridade para julgar e agir de acordo com o código penal, no caso de abortos ilegais.

Estigma do aborto

Atitudes gerais em relação ao aborto

O estigma afeta negativamente a capacidade das mulheres de obter atendimento seguro ao aborto. As mulheres que procuram o aborto são auto-estigmatizadas por causa de influências sociais, culturais e religiosas. O medo de ser processado afeta os profissionais de saúde e limita a disposição para prestar cuidados. Mesmo quando os serviços são fornecidos dentro da lei, mesmo quando as leis do aborto são liberais, elas são muitas vezes deturpadas ou mal interpretadas, e os regulamentos para orientar a prestação eficiente de serviços podem ser inexistentes ou desconhecidos (IPAS, 2016). Moçambique é uma sociedade muito patriarcal e as tradições pesam bastante. A posição das mulheres é subordinada aos homens, influenciando a capacidade das mulheres de se exercitarem seu poder de escolha. Isso afeta os direitos das mulheres e colore as atitudes em relação ao aborto. Comunidades religiosas e líderes tradicionais acusaram as associações de mulheres de defenderem “imoralidade” e “quererem destruir a família”. Muitos pensam que o aborto será usado como ferramenta para o planejamento familiar. Esses fatores, falta de autonomia e medo do estigma, fazem com que as mulheres demorem a procurar serviços de aborto (Africa for women's rights, 2012).

Desigualdade de gênero

A desigualdade de gênero é uma das determinantes do aborto. Refere-se à desigualdade de poder entre homens e mulheres e se reflete nos casos em que o parceiro toma a decisão de interromper a gravidez. Em Moçambique, o ambiente contextual do machismo masculino também torna mais aceitável social e culturalmente que os homens rejeitem a responsabilidade de uma gravidez. Caso os homens rejeitem a responsabilidade de uma gravidez e as mulheres decidam interromper a gravidez, ela deve ser realizadas sem o conhecimento dos pais, a fim de evitar a exclusão dos pais (Frederico, 2018).

Em comparação com meninos e homens jovens, meninas e mulheres jovens são expostas a abuso e exploração sexual na escola e em casa. As mulheres carecem de autonomia para tomar decisões sobre sua saúde reprodutiva, principalmente se são mais jovens ou casadas (Frederico, 2018). Muchango (2017) afirma que as mulheres que recorrem ao aborto inseguro são significativamente mais jovens, não estão em relacionamentos estáveis e são desfavorecidas em termos de educação, moradia e família. As mulheres são geralmente atribuídas a um estatuto socioeconómico mais baixo em Moçambique.

3.1.8 Ambiente dos Serviços de Saúde Prestados

Serviços gerais de saúde e infraestrutura

Conforme afirmado pelo Projeto de Política de Saúde (Health Policy Project) (2016) em Moçambique, a despesa total com saúde (DTS) foi de 6,98% do produto interno bruto (PIB) em 2014 e o gasto total com saúde per capita foi de US \$ 40 em 2013.

Em 2015, os doadores externos financiaram 75% do orçamento geral do governo. Organizações financiadas por fundos do governo dos EUA, trabalhando com o aborto seguro, serão afetadas pela Regra Global da Mordaça (Política da Cidade do México), que priva organizações não-governamentais estrangeiras de todos os fundos de saúde dos EUA de usarem fundos de qualquer fonte para oferecer informações sobre abortos ou de defender o aborto. Isso afeta atividades como treinamento de provedores, promoção da lei de aborto seguro, Diploma Ministerial e normas clínicas, e trabalhos envolvendo membros da comunidade na disseminação do acesso a serviços.

Há uma grave escassez de instalações de saúde e funcionários, especialmente nas áreas rurais. Em 2011, Moçambique contava com 83,6 profissionais de saúde por 100.000 moçambicanos (Health Policy Project, 2015). O número de hospitais aumentou de 53 em 2013 para 58 em 2014. Além disso, Moçambique contava 1233 centros de saúde, que aumentaram para 1277 em 2014 (INE, 2015).

Disponibilidade de provedores, serviços e métodos seguros

Nem todas as unidades de saúde terciárias ou quaternárias são autorizadas ou equipadas (ou possuem pessoal de saúde treinado) para realizar abortos, e assim, ainda há uma deficiência de serviços de aborto seguro funcional (Frederico, 2018). Diretrizes, incluindo uma lista de Equipamentos Essenciais, Suprimentos e Drogas para o aborto seguro, existem, mas a partir da revisão do documento não está claro até que ponto a implementação começou em todas as instalações indicadas (ver caixa de texto). No momento da redação do relatório, o treinamento dos provedores está em andamento, assim como a avaliação das necessidades de equipamentos e medicamentos, isso significa que as condições para a implementação da lei estão sendo preparadas.

As normas clínicas apontam para o cuidado do aborto centrado nas mulheres, que tem três elementos essenciais: **Escolha**, inclui o direito de

Instalações e prestadores de serviço de aborto seguro

Nos Centros de Saúde Tipo II / III, pelos Enfermeiros Elementares e Básicos, Parteiras e Enfermeiros de Saúde Materno-Infantil (SMI) Básica;

Nos Centros de Saúde do tipo I pelos Técnicos Médicos e enfermeiros da SMI (básico / intermediário);

Nos Hospitais Distritais / Rurais pelos Enfermeiros Elementares e Básicos, Parteiras e Enfermeiras da SMI Básica, Técnicos de Cirurgia, Licenciados em Cirurgia, Enfermeiros Licenciados em Saúde Materna e Clínico Geral;

Nos Hospitais de Referência (Provincial, Geral e Central) pelos Enfermeiros Elementares e Básicos, Parteiras, Enfermeira de SMI Básica, Técnicos de Cirurgia, Graduados em Cirurgia, Enfermeiros Licenciados em Saúde Materna, Clínico Geral e Ginecologistas / Obstetras;

Nas Unidades Particulares, como Clínicas Pequenas com enfermeiros e técnicos de medicina;

Na Clínica Médica com Cirurgia / Médicos ou técnicos de Clínica Geral, com uma equipe de outros profissionais da saúde;

Em clínicas de alto nível, com um médico especialista ou clínico geral com uma equipe de outros profissionais de saúde;

Nos hospitais com um médico especialista (ginecologista / obstetra), clínico geral e uma equipe de outros profissionais de saúde.

MISAU (2016) Diploma Ministerial 60/2017

determinar livremente quando você estará grávida, para continuar ou interromper a gravidez, o direito e a oportunidade de escolher entre diferentes opções depois de receber cuidadosa e informação completa; **Acesso ao aborto**, inclui ter um serviço de aborto voluntário equipado com pessoal treinado, competente e atualizado com tecnologias clínicas modernas e recentes, de fácil acesso e não discriminatórias; **Serviços de qualidade**, isto é, serviços integrados que respeitem as mulheres, com condições de confidencialidade, concebidos para satisfazer as necessidades da mulher e que utilizem normas padrão aprovadas e disponham de um sistema de referência adequado (MISAU, 2016)

Com relação à disponibilidade de profissionais de saúde treinados, a revisão da literatura não produziu nenhum resultado que pudesse indicar a existência de provedores treinados para praticar o aborto seguro em todas as unidades de saúde, no entanto, o treinamento de provedores de abortos seguros nos níveis central e local está em andamento. Médicos e enfermeiros estão sendo preparados para realizar serviços de aborto seguro de acordo com as Normas Clínicas. Enquanto nas entrevistas torna-se mais evidente que os serviços de aborto seguro não estão disponíveis em muitos estabelecimentos de saúde, em teoria o aborto deve ser providenciado nos hospitais Central, Geral, Provincial e Distrital, serviços de saúde materna e infantil; pelos médicos e enfermeiros da saúde materno-infantil (parteiras). Em caso de complicação, a enfermeira pode encaminhar as mulheres para os médicos. Os prestadores que tiverem objecção de consciência devem encaminhar as mulheres para outros prestadores, conforme explicado pelo MISAU (2016) nas normas clínicas. Médicos e outros profissionais de saúde, que se consideram objetores de consciência, podem se recusar a praticar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários à consciência dos profissionais, exceto quando o aborto põe em perigo a vida da mulher e quando o tratamento das complicações do aborto são requeridos.

A objecção consciente de gestores, provedores de saúde e profissionais, a falta de informação, a indisponibilidade de drogas e equipamentos, a falta de informação das mulheres e outros fatores estão entre os obstáculos durante a implementação dos serviços de aborto seguro.

Acesso financeiro a serviços

As taxas de utilização são fixas para todos, com serviços gerais de saúde gratuitos para crianças menores de cinco anos, mulheres grávidas, pessoas com mais de 60 anos e pessoas com deficiência, bem como tratamento da tuberculose, malária, HIV e doenças crônicas (Pose, 2014) . Os novos regulamentos sobre o aborto indicam que o aborto seguro e os cuidados pós-aborto devem ser gratuitos. No entanto, parece haver algumas irregularidades com taxas, uma vez que as isenções nem sempre são respeitadas ou devidamente compreendidas. Muitas vezes os profissionais de saúde cobram pelo aborto, dados oficiais relacionados ao valor cobrado não foram encontrados.

Provisão de serviços inseguros (fora dos estabelecimentos de saúde formais)

Em Moçambique, diferentes atores fornecem abortos inseguros em diferentes locais, como na comunidade, e na casa dos profissionais de saúde. Ele também é fornecido por parteiras tradicionais, agentes comunitários de saúde, agentes polivalentes elementares e enfermeiras fora do sistema de saúde. Esses provedores usam métodos como Misoprostol, sucção, ervas, misturas e coca-cola (MISAU, 2016).

A falta de conhecimento sobre a provisão do aborto seguro e as consequências do aborto inseguro entre as mulheres contribui para a ocorrência frequente de abortos inseguros e ilegais fora dos serviços de saúde. Os pacientes são altamente dependentes do comprometimento, profissionalismo e precisão dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde geralmente não informam e encaminham as mulheres ao serviço de saúde de referência ou não os aconselham sobre os procedimentos legais, resultando em uma ruptura entre a lei e a prática que encoraja procedimentos ilegais e inseguros. As razões para isso não são claras. Pode ser devido à falta de conhecimento entre os provedores de saúde também, e talvez os provedores tenham enxergado nisso uma forma de aumentar o baixo salário. A distância das comunidades às unidades de saúde que fornecem aborto

seguro (unidades de saúde centrais, provinciais e distritais) é também um dos determinantes para as mulheres procurarem o aborto inseguro (Frederico, 2018).

3.1.8 Atores e atividades de advocacia

Em Moçambique, os atores que apoiam ativamente o aborto seguro são os Ministérios da Saúde, os membros da rede Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) e os doadores. O mais forte defensor individual do aborto seguro de Moçambique é o Dr. Pascual Mocumbi, ex-ministro da Saúde e primeiro-ministro. Mocumbi estava preocupado com as consequências do aborto inseguro, as mulheres estavam sofrendo. Portanto, em 1987, ele ordenou que os principais hospitais fornecessem aborto seguro. Este foi um passo importante para garantir um ambiente de aborto seguro em Moçambique (Sayagues, 2014).

A Rede Moçambicana de Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR), composta por 17 organizações da sociedade civil (incluindo a AMOG) que lutam pelos direitos e liberdades sexuais, realizou várias atividades defendendo o aborto seguro. Isso inclui treinamento de jornalistas, produção de folhetos, fazendo lobby de parlamentares e subsídios para anúncios na TV. O DSR também participou da 55ª sessão da Comissão Africana de Pessoas e Direitos Humanos. Nesta sessão, o DSR recomendou que o governo moçambicano aprovasse a Lei do Aborto, a fim de reduzir o número de abortos inseguros e morbimortalidade em Moçambique. O ministério da saúde e a associação de Obstetrícia e Ginecologia foram chamados para a descriminalização do aborto. Com sucesso; Em 11 de julho de 2014, o parlamento aprovou o novo código penal que permite os serviços de aborto seguro. Anualmente, o Dia Internacional do Aborto Seguro (28 de setembro) é comemorado pelo DSR (WLSA, 2014, Sayagues, 2014).

Em Moçambique, há atores que se opõem passivamente ao aborto seguro, como atores religiosos, líderes tradicionais, alguns atores políticos e públicos em geral. Em 2007, um bispo católico disse em uma carta que "o aborto era um pecado e uma importação estrangeira, que corrompe a juventude e banaliza o poder sagrado da procriação". Um exemplo da província de Gaza demonstra como indivíduos podem influenciar o acesso ao aborto. Aqui, os enfermeiros foram treinados para fornecer aborto seguro e os ativistas comunitários estavam promovendo o planejamento familiar e o aborto seguro. No entanto, quando um diretor de saúde católico foi nomeado, ele parou a prestação de serviços (Sayagues, 2014).

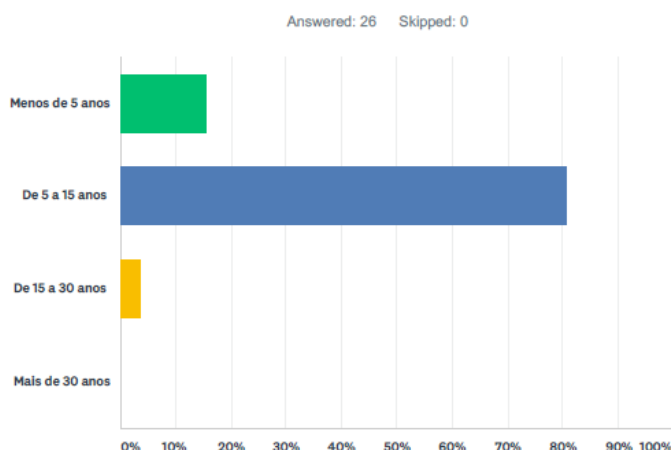
3.2 Pesquisa Online

Embora houvesse apenas 26 respostas para a pesquisa, isso representa uma taxa de resposta de 35% das 75 pessoas para as quais a pesquisa foi enviada, o que dá uma boa ideia e fornece algumas informações valiosas sobre a posição da AMOG e a comunicação com seus membros. Uma visão geral dos resultados de todas as perguntas da pesquisa pode ser encontrada no Anexo 3.

3.2.1 Características dos membros respondentes

O número de anos de experiência como ginecologista foi distribuído uniformemente entre os entrevistados, com 27% a menos de 5 anos, 31% entre 5 e 10 anos e 19% entre 10 e 15 anos e 23% a mais de 30 anos de experiência. A maioria tinha sido um membro da sociedade por 5 a 15 anos (21 entrevistados).

Q2 Há quanto tempo você é membro da AMOG?



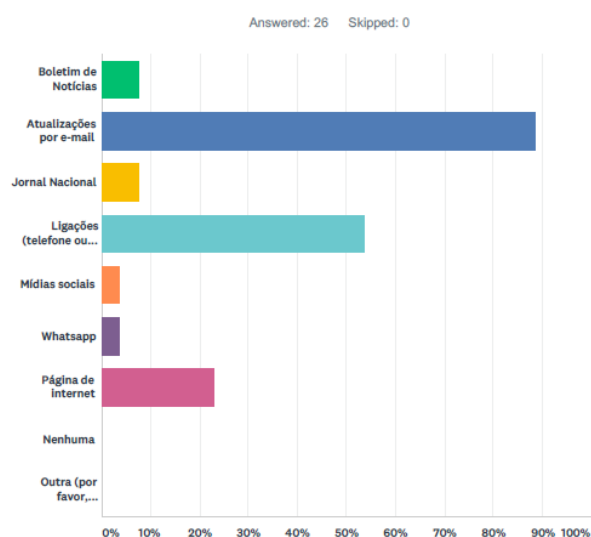
A maioria dos entrevistados (54%) se sentiu moderadamente envolvida, enquanto 31% disseram que estavam muito envolvidos com a Associação, inclusive por meio de reuniões regulares (50%), conferências (58%) e treinamentos (42%). A maioria dos entrevistados frequenta as atividades do AMOG com frequência (31%) ou às vezes (35%). 77% dos entrevistados indicaram ser membros de outros órgãos profissionais, na maioria dos casos, sendo o Conselho Médico.

3.2.2 Comunicação entre a AMOG e seus membros

A grande maioria respondeu para receber comunicação da AMOG através de atualizações de e-mail (88%), 54% disseram que recebem comunicação por meio de ligações e 23% obtêm informações através da página da internet da AMOG. Outras rotas de comunicação (boletim informativo, revista nacional, mídia social e WhatsApp) são reconhecidas como tal apenas por uma minoria dos respondentes. A comunicação é recebida semanalmente (31%) ou mensalmente (35%), enquanto 12% percebem que a comunicação é irregular.

46% disseram que a comunicação é aceitável, mas pode ser fortalecida, enquanto outros acham que já é boa (31%) e outros 23% dos entrevistados percebem a comunicação como ruim. Os comentários fornecidos incluíram: "Melhorar o conteúdo, maior foco para treinamento"; "Ainda não está claro o quão importante é a AMOG"; "Deve haver outro tipo de envolvimento de seus membros"; "Discuta mais e faça com que todos participem de todos os eventos"; "Deve haver um meio de comunicação fixo e uma frequência regular onde os membros possam informar e atualizar suas atividades"; "Tornar a comunicação mais frequente e regular"; "A AMOG pode se envolver mais na educação continuada".

Q8 Quais são as fontes de comunicação existentes entre a AMOG e seus membros?



3.2.3 Sobre a posição da AMOG em relação ao aborto seguro

A maioria dos entrevistados respondeu que a AMOG tem uma posição clara em relação ao aborto seguro (92%). A maioria dos entrevistados comentou que a AMOG é a favor do aborto seguro e até considerou a AMOG uma campeã na defesa do Aborto Seguro. Outro comentário foi incluído, que se traduz da seguinte forma: “De fato, uma grande parte da sociedade não tem conhecimento do aborto seguro, daí a existência de um grande número de abortos clandestinos, pelo menos no meu local de trabalho. As pessoas mais informadas têm opiniões divergentes ... alguns acreditam que seja um crime, outros pensam que é uma maneira de evitar complicações e perdas humanas. ”

Todos os entrevistados indicaram concordar com a posição da AMOG (87% concordam fortemente, 13% concordam). A grande maioria se sente informada sobre a posição da AMOG (22/23), principalmente por meio de e-mails, reuniões e treinamentos. 83% também sentem que estão bem informados pela AMOG sobre novas políticas e diretrizes sobre o aborto (novamente pelos mesmos meios - e-mails - reuniões - treinamentos). Apesar disso, todos os entrevistados sentem que gostariam de receber ainda mais informações sobre temas relacionados ao aborto seguro.

3.2.4 Sobre a posição dos entrevistados em relação ao aborto seguro

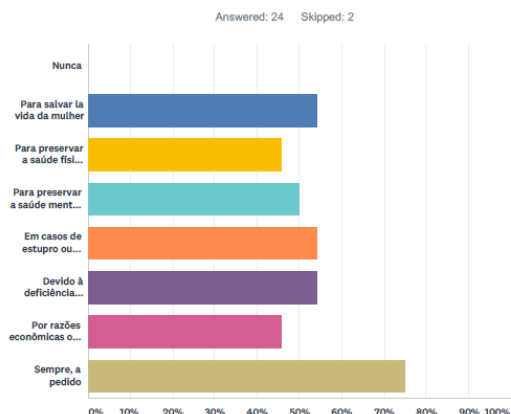
Houve bastante variedade na forma como os entrevistados informados se sentiam sobre os seguintes tópicos:

	Não informado	Um pouco informado	Moderadamente informado	Informado	Muito informado
Leis nacionais sobre o aborto:	0%	25%	12.5%	37.5%	25%
Diretrizes internacionais sobre aborto seguro	8.3%	25%	25%	33.3%	8.3%
Políticas nacionais sobre aborto seguro	0%	20.8%	25%	29.2%	25%
Informações práticas relacionadas à prática do aborto seguro	0%	17.7%	12.5%	37.5%	33.3%
Diretrizes internacionais sobre os cuidados pós-aborto	8.3%	20.8%	16.7%	33.3%	20.8%
Políticas nacionais de cuidados pós-aborto	0%	16.7%	12.5%	45.8%	25%

Informações práticas relacionadas ao cuidados pós-aborto	0%	8.3%	20.8%	45.8%	25%
--	----	------	-------	-------	-----

A maioria considerou que o aborto deveria ser sempre permitido mediante pedido (75%), todas as outras indicações foram dadas por cerca de metade dos inquiridos. Ninguém respondeu que o aborto nunca deveria ser permitido.

Q22 Em quais circunstâncias você acha que o aborto seguro deve ser permitido / legal?



Todos os entrevistados concordaram com:

- Os trabalhadores da saúde que se opõem a realizar o aborto seguro devem ser obrigados a encaminhar as mulheres para outros profissionais de saúde que irão realizar um aborto seguro (37,5% concordam, 62,5% concordam fortemente)
- Os profissionais de saúde têm um papel a desempenhar como defensores do aborto seguro (37,5% concordam, 62,5% concordam fortemente)
- Os profissionais de saúde devem ser obrigados a prestar cuidados pós-aborto a todas as mulheres, não importando se o aborto é legal ou não (25% concordam, 75% concordam fortemente)

A grande maioria dos respondentes concordou com as seguintes afirmações:

- O aborto seguro faz parte dos cuidados de saúde e não deve ser separado do resto da medicina (21% concordam, 71% concordam fortemente)
- Os cuidados pós-aborto fazem parte dos cuidados de saúde e não devem ser separados do resto dos cuidados de saúde (29% concordam, 67% concordam fortemente)
- Os profissionais de saúde devem ter o direito de decidir se realizam ou não abortos seguros de acordo com seus valores pessoais e posicionamento em relação ao aborto (50% concordam, 34% concordam fortemente)

A maioria discordou:

- Os profissionais de saúde devem reportar às respectivas autoridades casos com sinais de aborto ilegal (62% discordam totalmente, 24% discordam)
- Profissionais de saúde especializados (Obstetras-Ginecologistas) devem ser obrigados a realizar abortos seguros nos casos permitidos por lei (33% discordam totalmente, 25% discordam)

E todos discordaram:

- Abortos seguros devem ser realizados apenas em clínicas privadas, não no sistema público de saúde (96% discordam totalmente, 4% discordam)

Todos os entrevistados disseram apoiar a AMOG na defesa do aborto seguro.

“Insisto na divulgação de informações para a população em geral. No meu local de trabalho, só no ano passado tivemos quatro mortes maternas devido a complicações de abortos ilegais, ou seja, perfurações, anemia grave e sepse ... coisas que poderiam ter sido evitadas se as mulheres tivessem informações e se sentissem a vontade para praticar o aborto na Unidade de Saúde.” - respondente da pesquisa

3.3 Entrevistas com Informantes-Chave

Um total de 15 informantes-chave foram entrevistados para esta avaliação. Eles incluíram representantes da AMOG, da Associação de Parteiras de Moçambique, do Centro Internacional de Saúde Reprodutiva (ICRH) e da Rede de Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR), Ministério da Saúde, Pathfinder, Conselho Médico, Faculdade de Medicina e a Associação de Curandeiros Tradicionais (Tabela 2).

Tabela 2: Participantes das Entrevistas com Informantes-Chave

Número	Associação / Sociedade / Organização	N. de entrevistados
1	AMOG	7
2	Associação de Parteiras de Moçambique	1
3	ICRH	1
4	Ministério da Saúde	1
5	Pathfinder	1
6	Conselho Médico	1
7	Faculdade de Medicina	1
8	Associação de Curandeiros Tradicionais	1
9	DSR	1
	TOTAL	15

Os dados coletados a partir das entrevistas com informantes-chave foram analisados com base nas seguintes áreas temáticas gerais:

- Ambiente do aborto seguro
- Posições das associações profissionais sobre aborto seguro
- Nível de influência em mudanças políticas
- Relação entre sociedades profissionais
- Posição pessoal sobre o aborto seguro
- Obstáculos à defesa do aborto seguro
- para fortalecer a rede de abortos seguros
- Papel atual na defesa do aborto seguro.

3.3.1 Ambiente do aborto seguro

Em dezembro de 2014, uma versão revista do código penal foi assinada como lei, permitindo o aborto a pedido e, assim, liberalizando a lei do aborto em Moçambique. Todos os entrevistados indicaram que o ambiente do aborto seguro melhorou desde que a lei foi alterada, mas que a implementação ainda está atrasada, e o impacto da mudança na lei ainda não foi sentido. Um entrevistado (ginecologista) disse que o aborto costumava ser a terceira ou segunda causa de mortalidade materna institucional, e agora é a sexta ou a sétima causa. No entanto, outro respondeu que as complicações após o aborto feito na comunidade, continuam a ser a primeira causa de

consulta para emergências ginecológicas. A falta de implementação da lei e diretrizes, bem como a falta de medicamentos, equipamentos médicos e necessidade de treinamento e supervisão foram destacados pela maioria dos entrevistados. O treinamento está em andamento, mas nenhum dos entrevistados pode indicar onde o treinamento foi realizado ou onde os serviços estão disponíveis. Vários parceiros estão envolvidos na implementação a nível provincial.

Os entrevistados concordaram que informar as pessoas é o passo que falta a ser feito. Desconhecimento e falta de informação da população sobre a lei e onde obter serviços.

“Agora mulheres, especialmente mulheres jovens, estudantes, usam muito contracepção de emergência, que não é muito bem orientada, eles apenas a usam e a tomam, e às vezes chegam ao hospital com complicações. Então, a informação ainda é o problema, 80% conseguem ler alguma coisa, ou o vizinho sabe ler...” (Ginecologista)

O que apareceu na maioria das entrevistas foi a discrepância entre a cobertura e o acesso em áreas rurais versus áreas urbanas. Serviços e misoprostol estão sendo menos disponibilizados nas áreas rurais. Nenhum dos entrevistados poderia indicar claramente em quais das áreas do país os serviços estavam realmente funcionando.

Embora o serviço de aborto deva ser gratuito, os provedores de saúde cobram pelo aborto. Isso confirmou a maioria dos entrevistados, alguns indicaram que o fator subjacente é o baixo salário dos profissionais de saúde. Um entrevistado indicou: “as mulheres devem pagar 600 MT / quase 10 USD.” A objeção de consciência e o medo dos profissionais de saúde do julgamento pela sociedade é outra grande barreira ao acesso, como um entrevistado disse: “Profissionais de saúde, temos 50% a favor e outros 50% são contra o aborto seguro”.

As entrevistas revelaram que as mulheres muitas vezes optam pelo aborto inseguro porque acham que é barato e mais confidencial fora do hospital. Auxiliares, pessoal não treinado que trabalham em instalações de saúde são comumente mencionados como provedores de aborto inseguro, mas também curandeiros tradicionais.

O misoprostol é amplamente utilizado e está disponível nas farmácias (alguns farmacêuticos são treinados). O custo do misoprostol foi indicado em torno de 30/35 USD, enquanto outro entrevistado disse que era 100 Meticals (<2 USD). A maioria dos entrevistados destacou o fato de que o uso do misoprostol fora dos serviços de saúde reduziu a gravidade das consequências do aborto inseguro. Mas complicações, como sangramento intenso, ainda são observadas se o misoprostol não for bem utilizado (doses, idade gestacional). Sepses, infecção, perfuração e sangramento ou anemia são vistos principalmente como consequências, às vezes resultando na remoção do útero ou infertilidade.

Um inquirido indicou que os custos do aborto inseguro variam, por vezes, pela idade gestacional (por exemplo, 1500 Meticals [25 USD] no 1 mês vs. 4000 Meticals [65 USD] aos 3 meses).

“Eu atendi a uma menina que estava com febre, sangrando e não cheirando bem. Eu encontrei uma grande agulha dentro do útero, ela tinha 16 anos, e tudo estava cheirando, eu dei medicação, felizmente eu não tive que remover o útero ..”

“Algumas das mulheres, porque não querem ser conhecidas, não vão ao hospital imediatamente. E quando elas chegam tarde, às vezes você tem que remover o útero, algumas têm infertilidade depois disso e algumas até morrem”.

Todos os entrevistados concordaram que a Assistência Pós-Aborto é aceita, está disponível em todas as unidades de saúde periféricas e faz parte do currículo de treinamento dos enfermeiros.

Os provedores de abortos inseguros, não enfrentam muitas consequências, "as mulheres nunca dirão quem fez o aborto". E não há muitos exemplos de mulheres ou provedores de aborto sendo processados por aborto inseguro.

3.3.2 Posição sobre o aborto seguro em diferentes instituições

O Ministério da Saúde concorda com o aborto seguro e o ministro da saúde apoia esta lei e sua implementação já que o aborto seguro vai salvar vidas.

“Somos os líderes, temos que liderar outros para implementar a política que foi desenvolvida aqui no ministério da saúde, obviamente seguindo a orientação da OMS.”

A AMOG está de acordo com a lei atual. Eles não são a favor de promover o aborto como tal, mas eles o veem como um direito das mulheres. Eles acreditam na importância de interromper o aborto inseguro e desempenharam um papel importante na implementação das atuais leis de aborto.

“Não estamos promovendo o aborto, promovemos o planejamento familiar, mas se alguém vem com uma gravidez indesejada, temos que ajudar a mulher e garantir o acesso ao aborto seguro. Também temos a obrigação de promover o planejamento familiar”.

A Pathfinder está ativamente envolvida na implementação dos regulamentos, mas também em seminários de treinamento, conferências e seminários de esclarecimento de valores para o aborto seguro na cidade de Maputo e Matola.

“Nós, como ginecologistas, obstetras, queremos defender a vida de uma mulher, esta é a nossa posição, que temos que defender a vida. Não podemos permitir que as mulheres morram por falta de acesso ao aborto seguro”.

A Associação de Parteiras de Moçambique é a favor das leis liberais de aborto e atende ativamente às necessidades e direitos das mulheres para acessar os serviços de aborto seguro entre as parteiras da associação. Isso inclui abordar a objeção da consciência.

O ICRH concorda com o aborto seguro (mas tem desafios com a implementação como resultado da Regra Global da Mordaça).

A posição da AMETRAMO (associação de curandeiros tradicionais) não permite o aborto e é um tabu entre os membros da associação. Eles se veem como "tradicionalistas" e suas crenças culturais não aceitam o aborto. O informante-chave sugeriu que alguns membros da associação podem conhecer algumas ervas que podem causar o aborto, embora nunca digam que o fazem.

3.3.2 Posição pessoal dos informantes-chave

Todos os entrevistados disseram estar em apoio ao aborto seguro, se isso for solicitado pela mulher. Quase todos os entrevistados fizeram a ênfase de que prefeririam não ver o aborto acontecendo, e certamente não como um método de planejamento familiar, que foi uma das preocupações destacadas. No entanto, parece haver um consenso geral de que é importante fornecer serviços de aborto seguro, pois a mulher, de outra forma, recorrerá a opções inseguras. Vários entrevistados destacaram que tentariam convencer uma mulher a manter a gravidez, e apenas apoiar se a mulher insistir.

"Não promovemos o aborto, promovemos a saúde. Se uma mulher está em perigo por causa de sua situação de saúde, e é sua decisão, sim, queremos evitá-la, temos que ajudar. "

"Pessoalmente eu concordo que o aborto não é planejamento familiar, uma vida é uma vida, uma vida tem que ser salva. Mas é claro que tenho que respeitar quando uma mulher vem até mim e diz: "Eu não estou preparado para ter este bebê, por favor, me ajude". Se eu não ajudar, ela vai pedir outro [...] por ajuda, e eu não sei como ele vai ajudar essa mulher .. é por isso .. "

"Eu acho que o aborto seguro deve existir. Não vale a pena trazer para o mundo uma criança indesejada porque ela foi estuprada, ou porque foi um incesto, talvez por falta de informação "

3.3.4 Relação entre sociedades profissionais

A rede de DSR é reconhecida pela maioria dos entrevistados como a principal rede que luta pela disponibilidade aprimorada do aborto seguro. Ser liderado pela sociedade civil local torna a iniciativa mais eficaz e legítima. A AMOG é um dos membros da rede, e foi percebido por alguns entrevistados que seu papel poderia ser mais ativo dentro dessa rede.

AMOG e o Ministério da Saúde têm um bom relacionamento e há um memorando de entendimento entre eles para fortalecer a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR).

3.3.5 Nível de influência

Alguns entrevistados comentaram que é difícil saber o nível de influência. "Os legisladores vão dizer que sim, mas no final do dia nada acontece."

A AMOG foi vista pelos entrevistados como um forte defensor, tendo influenciado as sociedades civis e parlamentares para perceber a mudança na lei e escrever diretrizes sobre o aborto seguro. A rede DSR é vista como uma rede influente, com o ICRH sendo destacado como um membro forte (embora agora comprometido pelas restrições de financiamento do governo dos EUA). O Ipas costumava ser um defensor ativo até 2014, desde

então eles ainda estão trabalhando em parceria com o Ministério da Saúde, mas sem presença física em Moçambique. Pathfinder, foi visto como influente, dando apoio financeiro e técnico ao Ministério da Saúde na implementação da lei. A AMMCG, uma organização de mulheres advogadas, foi mencionada por alguns entrevistados, observando que eles tiveram influência no desenvolvimento da lei atual.

3.3.6 Obstáculos para a defesa do aborto seguro

A sociedade civil moçambicana permanece muito conservadora, motivada principalmente pela religião ou pelo medo, e há muita pressão social. Moçambique tem uma sociedade injusta em termos de equilíbrio de gênero, o que é um constrangimento para a implantação e aceitação da lei.

"Muito trabalho ainda precisa ser feito com os líderes da comunidade, a polícia antes que possamos falar de um ambiente de apoio. Pode demorar 10 anos."

A necessidade de defender os profissionais de saúde e abordar as atitudes e a objeção de consciência foi mencionada várias vezes. Mas também a renda dos trabalhadores da saúde era vista como um desafio.

"Uma vez que se saiba que o aborto é gratuito, as instalações de saúde estarão perdendo renda."

Alguns entrevistados sentiram que ninguém é realmente proativo em advogar, nem as partes interessadas que são a favor, nem aqueles que são contra. Aqueles que se opõem ao aborto seguro não são identificados como grupos organizados, mas a maioria dos entrevistados considera que são os grupos religiosos que não aceitam (os católicos e, em menor escala, os muçulmanos). A AMOG era vista como uma importante defensora, embora tenha sido sentida a falta de capacidade dentro da associação para advogar, especialmente devido à falta de financiamento, mas também devido à falta de um executivo para se concentrar na advocacia. Além disso, a ausência de uma estratégia de advocacia e a falta de formação em advocacia foram mencionadas como barreiras importantes para a advocacia. Além disso, a falta de dados que possam ser usados para defender e demonstrar o impacto do aborto inseguro sobre a mortalidade materna foi uma questão fundamental mencionada com frequência.

Muitos informantes-chave percebem que o principal obstáculo que influencia a capacidade financeira dos programas financiados pelo governo dos EUA é a retirada de fundos para programas que trabalham com o aborto. A USAID é um grande doador (apoio na supervisão) de pressão. Por exemplo, a pessoa focal de SDR do Ministério da Saúde recebe seu salário pela USAID, o que significa que sua capacidade de defender o aborto seguro é influenciada.

3.3.7 Oportunidades para fortalecer a rede de abortos seguros

A lei e a política atual são uma oportunidade fundamental para que a defesa de direitos implemente serviços de aborto seguro. Ninguém está bloqueando ativamente o processo, e há oportunidades de financiamento (por exemplo, IPAS em algumas províncias). O suporte potencial da FIGO para a defesa também é visto como uma oportunidade. Todos os informantes-chave destacaram que havia oportunidades para fortalecer a rede e expressaram abertura para uma melhor colaboração com os vários interessados. O papel do Ministério da Saúde nessa rede, apoiando o aborto seguro, foi visto como uma forte oportunidade e sentiu-se que eles deveriam liderar o treinamento e a disseminação das diretrizes. Além disso, vários informantes-chave sugeriram que

atividades como organizar seminários de esclarecimento de valores, conferências e atividades de treinamento sobre o aborto seguro são possíveis plataformas oportunas para advocacia.

3.3.8 Papel atual na defesa do aborto seguro

A AMOG, como membro da rede DSR, tem estado fortemente envolvida no lobby para o aborto seguro e para obter a lei atual (muito foi feito nos anos 90). Os entrevistados em geral concordaram que o atual papel da AMOG como defensores do aborto permanece importante, mas pode ser fortalecido (como destacado na seção de desafios acima).

Os ginecologistas sentiram principalmente que é seu papel continuar fornecendo serviços e organizar reuniões, mas também foi percebido por alguns dos membros que os membros da AMOG poderiam ser melhor treinados para aprimorar a capacidade de defesa do aborto seguro. Alguns membros da AMOG enfatizaram que eles desempenham um papel importante como clínicos na implantação e implementação da política de aborto.

“Meu papel é proteger os pacientes e garantir que o aborto não seja uma ameaça para sua vida. Eu não estou em posição de julgar ...”

Vários entrevistados disseram que o papel da mídia é muito limitado, o aborto não é abertamente falado.

A DSR desempenha o papel mais ativo atualmente, produzindo um guia sobre o aborto, para ativistas, dando um formato mais amigável à lei, preparando uma campanha de conscientização sobre o aborto e uma peça teatral, que será gravada em vídeo e reproduzida nos idiomas locais. Atualmente, eles estão produzindo um vídeo com depoimentos de testemunhas sobre o aborto seguro. No dia internacional do aborto seguro, em 28 de setembro, eles fizeram um vídeo para defender o aborto seguro.

3.4 Seminário das partes interessadas

Durante os dois dias do workshop, foram identificadas os principais desafios para garantir um ambiente de aborto seguro para as mulheres em Moçambique, e qual papel a AMOG pode desempenhar como defensora do aborto seguro.

Os temas destacados como questões-chave a serem considerados pela AMOG no caminho a seguir incluem: **1) disseminação e implementação efetiva da lei do aborto, bem como das políticas e diretrizes, 2) transformação das normas sociais no nível da comunidade, 3) melhoria das parcerias e comunicação - fortalecimento da rede, 4) geração e uso de dados e 5) fortalecimento da capacidade da AMOG de ser defensores eficazes**

Quanto às definições de trabalho sugeridas para um aborto seguro, menos seguro, pouco seguro e inseguro, os participantes sentiram que, embora a classificação do aborto menos seguro seja muito aplicável em Moçambique com o uso comum do Misoprostol dado por profissionais não registrados, introduzir estas definições em Moçambique no presente momento não é apropriado, pois as leis mudaram recentemente e não reconhecem estas classificações.

Outra preocupação levantada foi a comunicação sobre a definição de aborto até 28 semanas conforme descrito nas normas clínicas de Moçambique. Isso poderia, de fato, ser medicamente justificado, e deveria permanecer como tal nas normas clínicas, mas os participantes concordaram que é importante garantir uma comunicação cuidadosa sobre a idade gestacional de corte para a população em geral. Especialmente considerando a frequência do aborto inseguro, o Misoprostol pode ser usado em ambiente informal para mulheres de maior idade gestacional, colocando a mulher em alto risco de complicações.

3.4.1 Redes sociais

Durante o trabalho em grupo, foram identificadas redes sociais para o aborto seguro. O Anexo 4 fornece um resumo de aliados e redes em que aliados em potencial poderiam ser encontrados. Isso deve ser visto como uma tabela dinâmica. Ao longo do caminho, novos aliados podem ser identificados e aliados em potencial podem se movimentar. Os participantes também identificaram partes interessadas importantes que eles não consideraram como aliados para advocacia, mas que são fundamentais no apoio à rede de advocacia, ou que são partes interessadas importantes para abordar os esforços de advocacia.

3.4.2 Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (SWOT)

Os principais resultados da análise SWOT podem ser encontrados no Anexo 5.

Plano de Ação

Como exercício final, grupos começaram a definir objetivos e atividades para um plano de ação sobre defesa do aborto seguro. O plano de ação tem o objetivo geral de melhorar a capacidade da AMOG na defesa do aborto para, em última análise, aumentar o acesso ao aborto seguro e reduzir a morbidade e a mortalidade como resultado do aborto inseguro. As atividades devem servir para alcançar os objetivos e incluir os diferentes níveis de advocacia e redes sociais abordadas durante o workshop.

Após o workshop das partes interessadas, a equipe de consultoria continuou a desenvolver o plano de ação, incluindo os entregáveis. O plano de ação continuará a ser desenvolvido em consulta com a AMOG e a FIGO.

Um plano de ação preliminar pode ser encontrado no Anexo 6.

4. Conclusões

A revisão da literatura, as entrevistas com informantes-chave e o workshop confirmaram que, apesar das leis liberais de aborto que entraram em vigor no final de 2014, o aborto inseguro e suas complicações continuam a ser um grande problema em Moçambique, colocando em perigo a vida de muitas mulheres. Embora o enquadramento legal preveja o aborto a pedido da mulher, a implementação da lei está atrasada e, como resultado, muitas mulheres ainda recorrem ao aborto inseguro em Moçambique.

Os principais desafios destacados por este estudo em Moçambique, nos quais a advocacia do aborto seguro deve centrar-se, incluem o seguinte:

Falta de compreensão sobre a lei, pela população em geral, bem como pelos prestadores de serviços. Há pouca comunicação sobre a nova lei e as mulheres estão mal informadas sobre seus direitos ao aborto seguro, ou onde encontrar os serviços.

Falta de implementação da lei, das políticas e diretrizes. O treinamento de provedores de cuidados de saúde está em andamento, mas parece não haver uma visão geral de quais instalações realmente estão fornecendo os serviços e receberam o treinamento. Há necessidade de monitoramento, supervisão e parece haver uma falta de equipamentos para fornecer aborto seguro. Embora o Misoprostol esteja amplamente disponível nas farmácias, nem sempre é esse o caso (em quantidades suficientes) nas unidades de saúde onde os serviços de aborto seguro devem estar disponíveis. O acesso na área rural parece ser mais uma preocupação em comparação com o acesso nas cidades.

A disponibilidade de serviços de aborto seguro gratuitos, acessíveis e aceitáveis continua a ser um desafio fundamental, além da implementação técnica dos serviços, as **normas sociais e atitudes dos prestadores de cuidados de saúde** continuam a ser uma barreira importante, com a **objeção de consciência** dos provedores de saúde por um lado, e por outro lado, a renda adicional aparentemente recebida pelos os provedores de saúde ao **cobramentos por serviços de aborto**.

As normas sociais e de gênero e a sociedade patriarcal constituem uma falta de agência das mulheres e mantêm vivo o estigma relacionado à gravidez indesejada e ao aborto e constituem as principais barreiras para o acesso ao aborto seguro.

A **falta de acesso ao planejamento familiar** é uma importante questão subjacente e um dos principais determinantes da gravidez indesejada, que precisa ser considerada em uma abordagem abrangente de advocacia.

A **falta de pesquisa e de dados confiáveis das unidades de saúde** é uma preocupação, já que a real extensão do problema na verdade não é realmente conhecida, especialmente nas áreas rurais. Onde os dados estão disponíveis, isso geralmente não é compartilhado e bem distribuído.

A **capacidade da AMOG** em termos de tempo e recursos poderia ser fortalecida para reforçar sua posição chave como defensores especialistas do aborto seguro, dialogando com a população em geral, Ministério da Saúde em vários níveis, incluindo provedores de assistência médica, mídia e outros partes interessadas.

5. Recomendações para programa futuro

Construindo sua base como defensora do aborto seguro, a sociedade precisará abordar os vários desafios potenciais identificados durante as entrevistas com informantes-chave e o seminário de dois dias. Isso pode incluir o seguinte:

- Garantir a efetiva disseminação e implementação da lei do aborto, bem como suas políticas e diretrizes
- Garantir a conscientização das leis e serviços de aborto seguro
- Transformação de normas sociais a nível comunitário e com provedores de saúde
- Fortalecer a rede de defesa do aborto seguro, através de melhores parcerias e comunicação
- Garantir que evidências de ação e advocacia sejam coletadas através da geração sistemática e uso de dados
- Fortalecer a capacidade da AMOG de serem defensores eficazes do acesso ao aborto seguro para mulheres em Moçambique

Referências

Africa for women's rights, Mozambique, 2012. Available at:

http://www.africa4womensrights.org/public/Dossier_of_Claims/Mozambique-UK.pdf (Accessed 17 March 2018)

Dgedge, Martinho, Hailemichael Gebreselassie, Cassimo Bique, Maria Teresa Victorino, Maria F. Gallo, Ellen M.H. Mitchell, Kara O. King, Lilia Jamisse, Della Mercedes Correa, Ercilia de Almeida, Leonardo Chavane et al., 2005, Confronting maternal mortality: The status of abortion care in public health facilities in Mozambique. IPAS

Frederico, M. Michielsen, K., 2018, Factors Influencing Abortion Decision-Making Processes among Young Women, International Journal of Environmental research and public health, December 2017. Available at: www.mdpi.com/1660-4601/15/2/329/pdf

Health Policy Project, 2015, RAPID Population & Development Mozambique.

Health Policy project, 2016, Health Financing Profile Mozambique, May 2016. Available at: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Mozambique_HFP.pdf

Human Life International, 2007, The Maputo Protocol, clear and present danger, Virginia

INE, 2017, Resultados Preliminares IV Recenseamento Geral da População e Habitação. Available at: <https://www.google.co.mz/search?q=dados+preliminares+do+censo+2017&oq=dados+preliminares&aqs=chrome.1.69i57j0l5.7863j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

INE, 2013, MOÇAMBIQUE, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Ministério da Saúde/MEASURE DHS/ICF International. Available at: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR14/PR14.pdf>

INS, 2015, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA) 2015. Principais resultados. Available at: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR246/SR246.pdf>

Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde, 2013, Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Maputo

IPAS, 2014, Legal reform in Mozambique widens access to safe abortion care, 23 December, 2014. Available at: <http://www.ipas.org/en/News/2014/December/Legal-reform-in-Mozambique-widens-access-to-safe-abortion-care.aspx>

MISAU, 2016. Normas Clínicas Sobre Aborto Seguro e Cuidados Pós-Aborto, Maputo

MISAU, 2017, Ministerial Diploma n.º 60/2017. Boletim da Republica, Setembro 2017. Available at: http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2017/11/Diploma_Ministerial_60-2017.pdf

MISAU, N.D., Usando os Direitos Humanos para Melhorar a Saúde Materno Infantil: Uma abordagem multi-setorial para o reforço das leis, políticas e padrões de cuidados.

Machungo, Fernanda, 2004, Unsafe abortion in Maputo, Outras Vozes, Suplemento do boletim nº 8, August 2004. <http://www.wlsa.org.mz/article-unsafe-abortion-in-maputo/>

Pathfinder, 2016, Strategies to advance abortion rights and access in restrictive settings: A cross-country analysis, technical Brief, May 2016. Available at: <https://cmsadmin30.convio.net/preview!www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Strategies-to-Advance-Abortion-Rights-and-Access.pdf?authToken=3126b0b7058fc88c01d69f33aa25dc443ffa9af6>

Pose, et al, 2014, against on the ODDS, Mozambique's gains in primary health care, Development Progress, 2014. Available at: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8981.pdf>

Pfeiffer, 2003, International NGOs and primary health care in Mozambique, the need for a new model of collaboration, Social Science and Medicine, 2003. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/6fee/0ed81fcca5ba5f22b47c175207b103e5b4ed.pdf>

República de Moçambique, 2014, Boletim da República, 14º suplemento, Imprensa Nacional de moçambique, EP, 31 Dezembro, 2014. Available at http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei-35_2014_Codigo_Penal.pdf

Sayagues, Mercedes, 2014, Op-ed: Progressive new abortion law shows Mozambique's commitment to women's reproductive rights, October, 2014. Available at: <https://www.dailymaverick.co.za/article/2014-10-01-op-ed-progressive-new-abortion-law-shows-mozambiques-commitment-to-womens-reproductive-rights/#.WtYCaC5uaUk>

Selemane, Bernardo, 2014, Aborto Inseguro: 5ª Causa de Mortes Maternas em Moçambique, Gender Links, October 8, 2014. Available at <http://genderlinks.org.za/gmdc-newsletter/aborto-inseguro-5-causa-de-mortes-maternas-em-moambique-2014-10-08/>

Trading Economics, (N.D) Available at: <https://tradingeconomics.com/mozambique/rural-population-percent-of-total-population-wb-data.html> (Accessed 17 March 2018)

Thonneau, Patrick, 2001, Maternal Mortality and Unsafe Abortion: A Heavy Burden for Developing Countries, in: Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Available at: <http://www.jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2936e/s2936e.pdf>

UNICEF, 20015, Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique: Causes and Impact. Available at: http://www.unicef.org.mz/wp-content/uploads/2015/07/EN_Statistical_Analysis_Child_Marriage_Adolescent_Pregnancy.pdf

Ustá, Momade Bay et al., 2008, Who is Excluded When Abortion Access is Restricted to Twelve Weeks? Evidence from Maputo, Mozambique, Reproductive Health Matters,16 (31 Supplement):14–17

WHO, 2015, Key Country Indicators, Mozambique. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.cco.ki-MOZ?lang=en> (Accessed at: 07 March 2018)

WLSA, 2011, Omitidas. Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique. Available at: <http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/03/Brochura-Fistula.pdf>

WLSA, 2014, Declaração das OSC, membros da Rede de Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em Moçambique, em parceria com a Ipas, Health Alliance for Women's Reproductive Health and Rights à 55ª sessão da CADHP, Abril 2014. Available at: http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/06/Declaracao_DSR_55CADHP.pdf

Anexo 1 Programa e participantes do seminário de partes interessadas

Devido a limitações de tempo, o programa foi adaptado durante os dias. A hora de início foi posterior e no segundo dia tivemos que terminar cedo, alguns componentes foram omitidos (incluindo a sessão sobre poder).

Hora	Conteúdo	Facilitador
Dia 1		
8.30– 9.10	Introdução: Boas vindas e orações Conhecer uns aos outros, expectativas, propósito, objetivos, agenda, papéis dos participantes e facilitadores, normas do grupo, processo de avaliação, tarefas domésticas	Dr. Nafissa Osman Bianca/Arsénia
9.10-10.20	Apresentação dos resultados preliminares do país; validação de análise; Diálogo sobre as razões do aborto e o que é necessário melhorar para atender às necessidades das mulheres de um aborto seguro e legal	Arsénia
10.20-10.35	Intervalo	
10.35 -11.00	Apresentação e discussão dos resultados dos diálogos em grupo	Arsénia / Bianca
11.00-11.30	Implicações das legislações nacionais de aborto no acesso ao aborto seguro.	Arsénia / Bianca
11.30-12.30	Compartilhar posições, crenças pessoais e discutir responsabilidades profissionais	Arsénia / Bianca
12.30-13.30	Almoço	
13.30-14.00	O que é advocacia: conceito, níveis e desafios	Arsénia / Bianca
14.00 -14.30	Perspectiva de advocacia, riscos e benefícios na advocacia	Arsénia / Bianca
14.30-15.00	Funções em advocacia	Arsénia / Bianca
15.00-15.15	Intervalo	
15.15 -15.45	Funções em advocacia (continuação)	Arsénia / Bianca
16.45-16.15	Advocacia por cuidados ao aborto seguro	Arsénia / Bianca
16.15- 17.10	Redes sociais e atingindo diferentes públicos	Arsénia / Bianca
17.15 –17.30	Avaliação do dia	Todos
Dia 2		
8.30-9.00	Boas vindas Recapitulação do dia 1 por 2 participantes voluntários identificados no dia anterior	Dois voluntários
9.00-9.30	Endereçar problemas estacionados	Arsénia / Bianca
9.30 – 10.00	Apresentação das realizações, fraquezas, barreiras e oportunidades do projeto de aborto	Dr. Momade Usta
10.00-10.30	Intervalo	
10.30-11.30	Pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças da sociedade nacional para a defesa do aborto	Arsénia / Bianca
11.30-12.30	um plano de ação para a defesa do aborto em pequenos grupos	Eulalia/Arsénia/Bianca
12.30-13.30	Almoço	
13.30-14.45	Continuar a desenvolver o plano de ação	
14.45-15.00	Intervalo	
15.00-16.00	Apresentação e discussão dos planos de ação em plenário	Arsénia / Bianca
16.00-16.30	Avaliação e adeus	Arsénia / Bianca

O seminário conteve oito componentes:

1. **Introdução:** uma sessão em que foram explicados os antecedentes e objetivos da avaliação das necessidades e o seminário das partes interessadas, a logística do processo de facilitação, os papéis e as normas do grupo foram discutidos. O Dr. Nafissa abriu o dia e deu as boas vindas aos participantes em nome da AMOG.
2. **Apresentação dos resultados preliminares dos países e identificação das necessidades das mulheres para o aborto legal e seguro:** uma sessão em que foram apresentados e validados com os participantes os resultados preliminares da análise documental sobre a conjuntura do país, contexto legal e político, estigma do aborto, ambiente de prestação de serviços e atividades de advocacia no país. Na segunda parte da sessão, estudos de caso sobre mulheres que obtiveram aborto inseguro foram discutidos e analisados em grupos. Necessidades sob a perspectiva da mulher foram identificadas com relação à disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços de aborto seguro, bem como suas dimensões ambientais e legais.
3. **Compartilhar posições e crenças pessoais; discutir responsabilidades profissionais:** uma sessão onde foram exploradas barreiras pessoais e motivações para fornecer aborto seguro, com a ênfase de que todos têm direito a crenças pessoais, as quais não são questionadas. As crenças pessoais foram comparadas com as responsabilidades profissionais e a resolução da FIGO sobre a objeção de consciência foi discutida à luz das barreiras remanescentes.
4. **O que é advocacia e por que os provedores como defensores:** uma sessão para definir advocacia e enfatizar a força única dos provedores de saúde para advocacia, baseada em: experiência em primeira mão, confiabilidade, extensa rede, intermediário entre cliente e provedor, prestígio e status.
5. **Três funções de um defensor:** uma sessão para explorar o papel de defesa de um educador, uma testemunha ou um persuasor em diferentes cenários de advocacia: provedor-cliente, provedor-provedor, provedor-profissional-rede, provedor-mídia, provedor-formulador de políticas.
6. **Redes sociais e o alcance de diferentes públicos:** uma sessão para explorar redes sociais para defender o aborto seguro, identificar aliados atuais, potenciais e formas de alcançá-los.
7. **Análise de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (SWOT):** à capacidade de defesa do aborto da AMOG.
8. **Desenvolvimento de um plano de ação:** uma sessão para, com base nos resultados dos componentes da sessão anterior, identificar objetivos e atividades para a próxima proposta sobre defesa do aborto seguro.

As seguintes fontes foram usadas para o desenvolvimento das atividades do workshop:

- Ipas | Providers as advocates for safe abortion care: A training manual. 2009
[http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas Publications/Providers-as-advocates-for-safe-abortion-care-A-training-manual.aspx](http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Providers-as-advocates-for-safe-abortion-care-A-training-manual.aspx)
- Ipas | Abortion attitude transformation: A values clarification toolkit for global audiences. 2011
<http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Abortion-attitude-transformation-A-values-clarification-toolkit-for-global-audiences.aspx>

Participantes

Ordem numérica	Nome	E-mail	Proveniência/Instituto
1	Dr. Cachimo Mulina	cachimo4018@gmail.com	HCN (Hospital Central de Nampula)
2	Dr. Eduardo Matediana	edumatediana@gmail.com	HCB (Hospital Central da Beira)
3	Dr. Momade Ustá	ustamomadebay@yahoo.com	AMOG
4	Dr. Cassimo Bique	cachimobique@yahoo.com	Pathfinder
5	Dr. Riaz Mobaracaly	mmobaracaly@pathfinder.org	MISAU (Ministério da Saúde)
6	Dra Claudia Matsinhe		MISAU (Ministério da Saúde)
7	Dra Arlete Mariano	arletemariano@gmail.com	HGM (Hospital Geral de Manica)
8	Dra Elenia Macamo	elemacamado@gmail.com	MISAU (Ministério da Saúde)
9	Dra Eliana Coelho	ellecoelho@yahoo.com.br	HPM (Hospital Provincial de Maputo)
10	Dra Elvira Luis	elvira.luis1@gmail.com	HCM (Hospital Central de Maputo)
11	Dra Emilia Sueia	emilia.sueia@gmail.com	HCN (Hospital Central de Nampula)
12	Dra Eulalia Macovela	lalitamacovela@gmail.com	ICOR (Instituto do Coração)
13	Dra Ines Boaventura	inesbento22@gmail.com	HCM (Hospital Central de Maputo)
14	Dra Ivane Zilhao	lZilhao@pathfinder.org	Pathfinder
15	Dra Luisa Almada	neguy.fernandes@gmail.com	AMOG
16	Dra Nafissa Osman	nafissa.osman@gmail.com	HCM (Hospital Central de Maputo)
17	Dra Noemia Mapasse	mimymapasse@gmail.com	HCB (Hospital Central da Beira)
18	Dra Zara Onila	zaraonila@gmail.com	HCQ (Hospital Central de Quelimane)
19	Dra Renata Muguambe	munguamberenata@gmail.com	HPI
20	Dra Sandra Leão	sandrleao@gmail.com	HGM (Hospital Central de Maputo)
21	Dra Veronica de Deus	veronicafdeus@yahoo.com	HPT (Hospital Provincial de Tete)
22	Sally Griffin (dia 1) Joelma Joaquim Picardo (dia 2)	j.joaquim@icrhm.org.mz	ICRH (Centro Internacional de Saúde Reprodutiva)

Anexo 2 Percepções e experiências das mulheres sobre o aborto inseguro

Fonte: Frederico et al, 2018

Citações de mulheres sobre fatores que influenciam sua decisão pelo aborto após uma gravidez indesejada:

"(Foi) na época em que eu tomava pílulas que engravidei, e induzi ao aborto porque não estava preparada (para a maternidade)." (24 anos)

"Talvez eu fosse abandonada e seria o mesmo. (Suspiro) ... aprendi com minha primeira gravidez." (23 anos)

"Eu engravidei quando tinha 20 anos e tive um bebê. Quando engravidei de novo, minha filha era criança e eu não poderia ter outro filho." (23 anos)

"Ele disse que reconhece a paternidade, mas não é para manter essa gravidez." (22 anos)

Estou morando na casa da minha mãe; não é legal continuar tendo bebês lá." (23 anos)

"Em casa, não temos recursos para cuidar dessa criança!" (20 anos)

Citações de mulheres sobre fatores que influenciam sua decisão de aborto após uma gravidez desejada:

Eles (pais) decidiram enquanto eu estava na escola. Se a decisão fosse minha, eu a manteria porque queria." (18 anos).

"Porque o pai do meu filho não aceitou a (segunda) gravidez. Houve um momento em que discutimos um com o outro e terminamos o relacionamento. Mais tarde, começamos a namorar novamente e engravidei. Ele disse que não era possível." (21 anos)

"Eu conversei com ele e ele disse que tudo bem, vamos fazer um aborto e eu aceitei." (22 anos)

"Eu disse a ele que estava grávida. Primeiro, ele disse para mantê-lo. (Depois) Ele ficou diferente. Às vezes ele ficava me ligando e outras vezes não. Eu entendi que ele não me queria." (20 anos)

"Então fui conversar com a minha irmã mais velha, e ela disse: você deve abortar porque o papai vai te expulsar da nossa casa." (20 anos)

"Como sou órfã e moro com meu tio, eles me expulsariam. Ninguém me ajudaria." (20 anos)

"Ele (o pai da criança) veio à minha casa e me levou de volta à sua casa. Foi naquele momento em que abortei." (21 anos)

Influência da tomada de decisão para determinar o lugar do aborto

"Fui conversar com ela (amiga) e ela disse: "Eu tenho uma tia que trabalha no hospital, ela pode ajudá-la. Apenas leve dinheiro". (20 anos)

"Eu já sabia quem poderia induzi-lo (aborto). Não, eu conhecia essa pessoa. Fui ao hospital e conversei com ela (e) ela me ajudou." (22 anos)

"Ela (mãe) foi quem me acompanhou. Ela é quem conhece o médico. Fomos ao hospital central, mas ele (o médico) estava muito ocupado, e ele nos disse para irmos até a casa dele." (17 anos)

"Ouvei dizer que, para induzir o aborto no hospital, é necessário que um adulto assine um formulário de consentimento. Eu estava com medo porque não sabia quem poderia me acompanhar. Porque naquela época eu só queria escondê-lo dos outros." (22 anos)

"O aborto foi feito aqui em casa. Eles só foram à farmácia, compraram comprimidos e me deram." (18 anos)

Sobre o pagamento:

"Primeiro chegamos lá e conversamos com um funcionário (ajudante do hospital). O funcionário pediu dinheiro para um refresco para que ele pudesse falar com um médico. Depois que falamos (com o funcionário), ele foi ao médico, o médico veio, e combinamos tudo com ele." (22 anos)

"Fomos ao centro de saúde e conversamos com esses médicos ou enfermeiras, eles disseram que poderiam prestar esse serviço. Era 1200 mt (17,1 euros), e eles iam lidar com tudo. Eles não nos deram a possibilidade de assinar um documento e seguir esses procedimentos." (20 anos)

Anexo 3 Visão geral da pesquisa online sobre os resultados

O resumo das respostas à pesquisa on-line vem em um arquivo adicional, no formato PowerPoint.

Anexo 4 Redes Sociais

Aliados já defendendo ativamente o aborto seguro (= membros do DSR)	Aliados em potencial para defender o aborto seguro junto com a AMOG	As partes interessadas não necessariamente se tornam aliadas na defesa do aborto seguro, mas são importantes para serem envolvidas (incluindo doadores)
DSR	Organização dos professores	MISAU (nacional, provincial, distrital)
WLSA	Associação de Parteiras de Moçambique	FIGO
Pathfinder	Organizações estudantis universitárias	UNFPA
DKT	Organização Nacional dos Jornalistas	Ipas
Fórum das mulheres	Curandeiros tradicionais	IPPF
AAMCJ	Parteiras tradicionais	Associação de farmacêuticos
HOPEM	Organizações da juventude	Empresas de suprimentos farmacêuticos
APARMO (Sociedade de Parteiras)	Organizações femininas	Ministério de Género e Ação Social
Horizonte Azul	CBO's	Ministério da Educação
ICRW	Secretários de bairro	Ministério da Justiça e Polícia
Coalizao'	Escritório da primeira dama	Ministério do Interior
Nweti,	Escritório da esposa / marido do governador	Ministério da Juventude
AMODEFA	Organização Moçambicana de Juristas	Sociedade Civil (aqueles que já são aliados do MISAU)
Muleide		Líderes religiosos

Lambda		
--------	--	--

Anexo 5 Análise SWOT

Análise SWOT da capacidade da sociedade nacional para defesa do aborto seguro	
Forças • Forte em tutoria • Capacidade técnica para o aborto seguro • AMOG é um grupo de especialistas do assunto, boa em treinamento de provedores - resultando na qualidade do serviço • Riqueza de informações • Grande experiência dentro da associação e entre os membros • Capacidade de pesquisa - muitos pesquisadores entre o grupo	Fraquezas • Recursos financeiros • Treinamento e advocacia (precisamos de um treinamento) • Acompanhamento de treinamento - muito fraco • Comunicação nem sempre forte / frequente • Dificuldades para lidar com a mídia e falta de uma boa comunicação entre a AMOG e a mídia • A AMOG não tem poder na unidade de saúde onde os serviços são prestados. AMOG não pode impor (Unir esforços do Ministério da Saúde e AMOG?) (Implementação de um memorando de entendimento entre a AMOG e o Ministério da Saúde)
Oportunidades • Tornar as informações públicas (usar mídia - TV, reuniões, igrejas) • Usar adolescentes e jovens para a advocacia • Poderíamos nos associar com outros grupos da sociedade civil para ajudar na disseminação da mensagem • Somos especialistas na área e podemos usar a mídia para disponibilizar informações. É uma oportunidade de ter boas relações com a mídia. • Atualização dos membros do AMOG – Treinando-os mais, eles podem compartilhar informações com as comunidades. • Melhorar relacionamentos com parceiros - especialmente parceiros de SDSR. • Para a AMOG ser mais proativa • Divulgar informações dentro e fora do sistema de saúde. Os membros da AMOG devem divulgar a mensagem em todos os níveis, inclusive dentro de nossa própria unidade de saúde. (sem dinheiro necessário). Em seguida, também se espalhar para a organização das mulheres. Ligas femininas	Ameaças • Grupos religiosos / líderes que se opõem ao aborto • Os oponentes têm forte capacidade de mobilizar a população • Os opositores têm forte capacidade de sensibilização por causa da influência da igreja • Falta publicação de informação - o uso de protocolos é muito fraco (protocolos estão na sala mas não são usados) • Coordenação e comunicação entre Ministério da Saúde / AMOG • Os curandeiros tradicionais são muitas vezes o primeiro ponto de contato • A objeção de consciência • Disponibilidade de misoprostol nas unidades de saúde (é facilmente acessível para abortos inseguros em instalações externas)

Anexo 6 Plano de Ação por País

Um plano de ação preliminar do país virá em um arquivo separado no formato excel.

Os temas destacados como questões-chave a serem considerados pela AMOG no caminho a seguir incluem:

1. Leis, implementação de políticas:

- Leis e políticas são escritas, mas não conhecidas, usadas ou implementadas por profissionais de saúde, já que a comunicação sobre as leis, ajustes de política e sua implementação está atrasada
- Na lei e na política ajustada para o aborto, não é definido em que tipo de unidade de saúde o aborto pode ser fornecido.
- Falta de informação pelo público. A interpretação da lei do aborto e documentos relevantes, pelo público em geral é uma questão delicada e precisa ser orientada com cuidado

Necessidades identificadas para melhoria

- Fazer lobby com o Ministério da Saúde para melhorar a disseminação de informações sobre as leis e políticas, tanto entre prestadores de serviços quanto com o público em geral
- Esclarecimentos sobre tema acima

2. Implementação de serviços e diretrizes:

- Diretrizes são impressas, mas não estão em uso - treinamento em andamento
- Falta de prontidão das unidades de saúde para fornecer atendimento de qualidade para o aborto seguro (especialmente em áreas rurais - falta de mapeamento)
- Restrições financeiras a serem implementadas (regra global do GAG) e baixos salários dos provedores de saúde, que cobram pelo aborto seguro, enquanto deveriam ser gratuitos (incluindo encaminhamento sem custo adicional)

Necessidades identificadas para melhoria

- Ir aos hospitais para comunicar sobre a lei do aborto e suas implicações.
- Esclarecer quem pode realizar o aborto seguro e em que nível de unidade de saúde

3. Normas sociais:

- Fatores contribuintes para a demanda por aborto seguro e as barreiras ao acesso:

- Gravidez indesejada
 - Acesso e uso de contracepção
 - Violência Sexual e Baseada no Gênero (VSBG)
 - Estigma da comunidade e dos profissionais de saúde - e objeção de consciência
- Adolescentes são atendidos frequentemente com pedido de aborto ou atendimento pós-aborto
 - Educação sexual para meninos e meninas (feita por professores nas escolas, foco em aspectos biológicos, não abrangentes) e comunicação entre pais e filhos, muitas vezes fraca

Necessidades identificadas para melhoria

- Gerenciar percepções do público e fornecer informações sobre onde os serviços estão disponíveis

4. Parceria - rede

- Adversários fortes (grupos religiosos e líderes)
- O UNFPA e a OMS (WHO) apoiam a posição do governo em relação ao aborto seguro e dão orientação técnica, mas parece haver espaço para uma parceria melhorada entre as agências da ONU, o Ministério da Saúde e a AMOG.

Necessidades identificadas para melhoria

- Envolver-se com os membros da AMOG, mídia, parceiros de SDSR, sociedade civil, adolescentes e jovens para a defesa e fortalecer a parceria entre o Ministério da Saúde e as agências da ONU.

5. Dados

- Falta de coleta sistemática de dados e pesquisas, bem como uso de dados para advocacia

Necessidades identificadas para melhoria

- Defender a geração e o melhor uso de dados

6. Capacidade da AMOG como defensores

- A AMOG comentou e influenciou o desenvolvimento da nova lei do aborto (dentro da rede DSR)

Mas, falta de habilidades e treinamento em advocacia, comunicação com outras partes interessadas, incluindo a mídia e baixa influência da AMOG no Ministério da Saúde.

Necessidades identificadas para melhoria

- Treinar os membros da AMOG em falar publicamente sobre o aborto e ser fortalecida a capacidade de influenciar os outros
- Uso de diferentes ferramentas para advocacia: material educacional, audiovisual, desenhos animados, diálogos, TV, reuniões da igreja.