

Gravidez na Adolescência

Desafios e Respostas de Moçambique



Suplemento do Relatório sobre a Situação da População Mundial – 2013
Moçambique



Fundo das Nações Unidas para a População



Ficha técnica:

Título: Gravidez na Adolescência - Desafios e Respostas de Moçambique

Propriedade: UNFPA - Moçambique

Equipa editorial: Gilberto Norte, Pilar Molina, Astrid Bant, Débora Nandja, Amélia Zawangone e Amâncio Miguel

Agradecimentos: Filipa Gouveia, Baisamo Juaia e Emídio Cuna

Fotografia: Amâncio Miguel/UNFPA, Glória Santos e Guy Hubbard

Ano: 2013

<http://mozambique.unfpa.org/>

[f https://www.facebook.com/pages/UNFPA-Moçambique](https://www.facebook.com/pages/UNFPA-Moçambique)

[t https://twitter.com/UNFPAMOZAMBIQUE](https://twitter.com/UNFPAMOZAMBIQUE)

UNFPA – Criando um mundo
onde cada gravidez é desejada,
cada parto é seguro e o potencial
de cada jovem é realizado



Índice

- Prefácio.....	4
I – Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes também são direitos humanos.....	6
II - Um desafio global e nacional.....	8
III - Impacto na saúde, educação e potencial económico.....	13
IV - Pressões de várias direcções.....	17
V - Agindo contra a gravidez na adolescência.....	20
VI - Acção do UNFPA.....	24
- Referências.....	26

Prefácio

Quando uma rapariga fica grávida, o seu presente e o futuro mudam radicalmente. A probabilidade de abandono escolar aumenta, as oportunidades de emprego diminuem, a sua saúde fica em risco e agrava-se a sua vulnerabilidade à pobreza, exclusão e dependência.

Esta é a uma realidade a que quase metade das adolescentes moçambicanas estão expostas, especialmente aquelas que residem nas áreas rurais, as menos escolarizadas e de famílias de baixo nível económico. Essencialmente, a gravidez na adolescência resulta do baixo investimento no capital humano das raparigas, ao qual se adiciona as pressões sociais e desigualdades estruturais que limitam o poder de decisão sobre a sua saúde, comportamento sexual, relações, casamento, maternidade.

Investir nas raparigas, desenvolvendo seu potencial social e económico, assegurando que tenham acesso à educação e serviços de saúde, garantindo que toda gravidez seja desejada não só é um direito. É também contribuir para uma maior igualdade de género e para o desenvolvimento.

É por esta razão que o UNFPA-Moçambique tem o prazer de publicar o presente suplemento do Relatório da Situação da População Mundial-2013, desta vez, abordando o tema da Gravidez na adolescência em Moçambique.

Este suplemento apresenta as evidências, causas e consequências da gravidez na adolescência em Moçambique, reconhece o cometimento do Governo e dos parceiros em relação aos jovens e adolescentes, e destaca os avanços e desafios do país em relação a este tema, na perspectiva de informar e advogar para a urgente necessidade de se proteger os direitos das raparigas. O respeito dos direitos humanos das raparigas requer, entre outras intervenções, que a gravidez precoce seja prevenida e que as adolescentes grávidas ou mães adolescentes sejam apoiadas, para que todo o seu potencial seja realizado.

Bettina Maas
Representante do UNFPA

I – Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes também são direitos humanos

Os direitos sexuais e reprodutivos são os direitos que todas as pessoas, independentemente da idade, sexo e outras características, têm de fazer escolhas em relação à sua própria sexualidade e reprodução, respeitando também os direitos dos outros. Tal inclui o direito de acesso à informação e serviços em apoio à essas escolhas e promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Em Moçambique, estima-se que 40% das jovens de 20-24 anos tiveram filhos antes dos 18 anos. A frequência da gravidez na adolescência está directamente ligada ao casamento prematuro, uma vez que 18% das jovens deste grupo etário estão casadas antes de 15 anos de idade, e 52% casaram antes de completar 18 anos. Este cenário coloca Moçambique como um dos sete países com maior número de casos de casamentos prematuros (MICS, 2008).

Como parte dos compromissos internacionais sobre a protecção das raparigas contra a gravidez na adolescência, Moçambique ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança, o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança e a Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança. O país também ratificou a Carta Africana sobre Direitos Humanos e seus protocolos adicionais, a Plataforma de Beijing e o Plano de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (PoA - ICPD), e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW).

A Constituição da República de Moçambique, a Lei da Família e a Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, alinhados aos compromissos internacionais, protegem os direitos da criança e do adolescente.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada em 1994,

na cidade egípcia do Cairo, criou as bases para a consideração da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes como direito humano. Um ano depois, a Conferência sobre a Mulher em Beijing, na China, recomendou a necessidade de colocar a mulher e a rapariga no centro das abordagens sobre a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos.

Moçambique, tendo ratificado os compromissos da ICPD e da Conferência de Beijing, iniciou desde então a incorporação das recomendações nas suas políticas para a promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens (SSRAJ).

Os principais documentos que regulam a protecção da saúde dos adolescentes e jovens são: Política Nacional da População (1999), que reconhece os direitos de todos os indivíduos decidirem quantos filhos querem ter e quando; a Política Nacional de Saúde Reprodutiva do Adolescente (2001); a Política Nacional de Género (2006); o Plano Estratégico do Sector Saúde (2007-2012); o Plano Nacional Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio (2009-2012/5); a Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção (2010 - 2015); a Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (2011); e vários planos estratégicos nacionais para o combate ao HIV e SIDA, sucessivamente implementados, com destaque para o Plano Nacional Estratégico de Combate ao HIV (PEN III, 2010) e a nova Estratégia para a Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV (2010);

Em 2013, Moçambique aprovou a Política Nacional da Juventude que, na sua estratégia de implementação, reforça, entre outros, a necessidade de se garantir a realização de acções de promoção da saúde sexual e reprodutiva; prevenção de HIV e SIDA; igualdade de género; e direitos humanos.

Do lado da Sociedade Civil, existem várias redes e plataformas de debate e advocacia, como o Observatório de Desenvolvimento, a Rede Moçambicana para os Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Conselho Nacional para o Avanço da Mulher, Fórum Mulher, a Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família e a Rede Coalizão da Juventude, todos promovendo o acesso dos jovens à saúde sexual e reprodutiva.

Na Assembleia da República, os parlamentares jovens, por seu turno, têm se organizado numa plataforma que promove e monitora a observância dos direitos dos jovens, com realce para os Direitos Sexuais e Reprodutivos e Direitos da Mulher Jovem.

No contexto do Mecanismo de Revisão Periódica Universal, abordagem das Nações Unidas para a Monitoria e Avaliação do estado do país em relação aos Direitos Humanos, as discrepâncias na situação de saúde entre os diferentes grupos da população em



Participantes do encontro do Mecanismo de Revisão Periódica Universal com o Vice - Ministro da Justiça, Alberto Nkutumula.

Moçambique têm sido reconhecidas, incluindo o facto de que a prevalência da gravidez na adolescência constitui uma violação dos direitos humanos e carece de medidas efectivas.



Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e Adolescência

Os avanços na redução da gravidez na adolescência podem ajudar o país a alcançar várias das metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Apoiar as raparigas a evitar a gravidez significa, muitas vezes, quebrar o ciclo vicioso da pobreza (ODM 1), diminuir o abandono escolar e aumentar as oportunidades educacionais (ODM 2), promover a igualdade de género e o empoderamento económico (ODM 3), reduzir a mortalidade infantil (ODM 4), reduzir a mortalidade materna e melhorar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva (ODM 5) e diminuir as chances de contrair o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (ODM 6).

II - Um desafio global e nacional

Estima-se que anualmente 7.3 milhões de raparigas tenham filhos antes dos 18 anos, sendo que destas, 2 milhões reportaram ter tido filho antes dos 15 anos (UNFPA 2013).

A gravidez na adolescência ocorre de forma diferenciada entre regiões, entre países, dentro de um país e mesmo entre idades e grupos económicos. Contudo, o que é comum para todas as regiões é que as raparigas pobres, rurais, com menos escolaridade têm mais probabilidade de ficarem grávidas do que as com maior escolaridade, urbanas e elevado nível económico. As raparigas de minorias étnicas, grupos vulneráveis, com limitadas oportunidades e escolhas e sem acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contraceptivos, têm maior probabilidade de engravidar, iniciando assim um ciclo reprodutivo que as leva á alta fecundidade. A exclusão social, a pobreza, a privação dos direitos humanos básicos ou o baixo acesso à educação, serviços de saúde e oportunidades económicas são elementos que

claramente contribuem para a ocorrência de gravidezes na adolescência.

Adolescentes: Conceitos e definições

Embora o período de transição de criança à adulto, designado adolescência, seja de dez anos, como indicado nos documentos de referência internacional da OMS, tal não acontece em muitas culturas locais, incluindo as de Moçambique. A categoria “adolescência” não existe ou é muito curta, especialmente se a transição de uma etapa para a outra no ciclo vital é regida por ritos de iniciação. É importante ter isso em conta no desenho de programas, dado que nas culturas em que não se conceptualiza um período longo para a transição de criança à adulto, os casamentos e gravidezes prematuros são mais frequentes.

O tamanho da população adolescente

Em 2010, o número de adolescentes no mundo era estimado em 1.2 bilhões, perfazendo cerca de 18% da população mundial. A maioria desta população, ou seja, 88% vive nos países em desenvolvimento. Com a actual tendência de crescimento populacional, em 2030, quase uma em cada quatro raparigas adolescentes viverão na África Subsaariana, onde o número de adolescentes mães com menos de 18 anos, projecta-se aumentar de 10.1 milhões para 16.4 milhões, em 2030.

Em 2010, a população de adolescentes em Moçambique era de 5.2 milhões; em 2013, subiu para 5.7 milhões de adolescentes, correspondente a 24% da população total. As projecções indicam que, em 2030, este grupo populacional atingirá 8.8 milhões, sendo 4.4 milhões do sexo feminino (INE, 2010). Mantendo-se a actual prevalência de gravidezes prematuras, o país terá cerca de 730,000 raparigas mães menores de 18 anos, em 2030.

Nascimentos antes dos 18 anos

A nível global, as tendências apontam uma pequena queda na gravidez na adolescência, de cerca de 23% para 20%, entre 1990 e 2011. Em termos percentuais, os dados indicam que a prevalência da gravidez na adolescência, nos países em desenvolvimento, é de cerca de 19%. Contudo, os países da África subsaariana continuam a apresentar uma elevada prevalência, com taxas de cerca de 30% ou mais.

Além desta tendência de concentração de elevados níveis da gravidez na adolescência na África subsaariana, é também verdade que se constata significativas variações entre os países da região. Nos países da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), por exemplo, Moçambique continua a ser o país com a mais elevada prevalência de gravidezes na adolescência: 40.2% das jovens declararam ter tido filho antes dos 18 anos e 7.8% antes dos 15 anos (IDS, 2011).

A elevada prevalência da gravidez na adolescência em Moçambique começa a dar alguns sinais de redução, uma vez que, em 2003, o país tinha 46,6% de jovens de 20-24 anos, que declararam ter tido filhos antes dos 18 anos e 12,3% antes dos 15 anos.

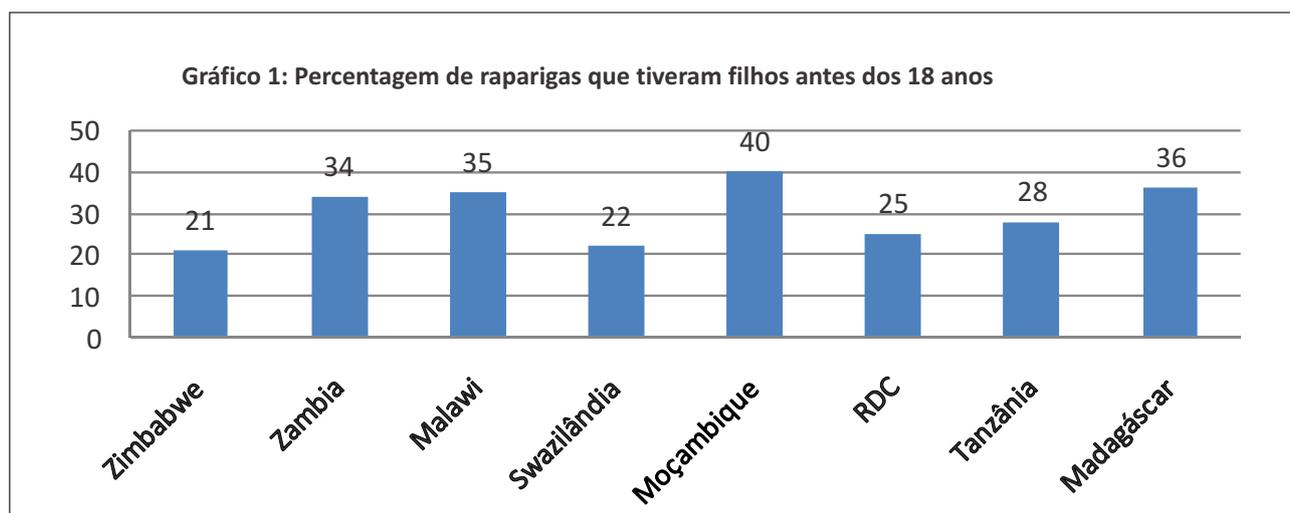
Tabela 1: Percentagem de jovens de 20-24 anos que tiveram filhos antes dos 18 e 15 anos. Moçambique, 1997-2011

Idade	1997	2003	2011
antes dos 18 anos	35.4%	46.6%	40.2%
antes dos 15 anos	7.8%	12.3%	7.8%

Fonte: INE. IDS, 1997, 2003, 2011

Disparidades regionais e socioeconómicas da fecundidade das adolescentes

Diferenças por região, local de residência e status educacional ou económico são também visíveis e comuns dentro do mesmo país. Em Moçambique, as zonas rurais apresentaram as taxas de fecundidade em adolescentes mais elevadas, em 2011, porém com uma tendência de queda muito mais acentuada no período de 2003 a 2011, quando comparada com a área urbana. Neste período, a queda na fecundidade das adolescentes deveu-se fundamentalmente à redução dos nascimentos entre as raparigas residentes no meio rural, uma vez que no meio urbano verificou-se uma situação de quase estagnação.

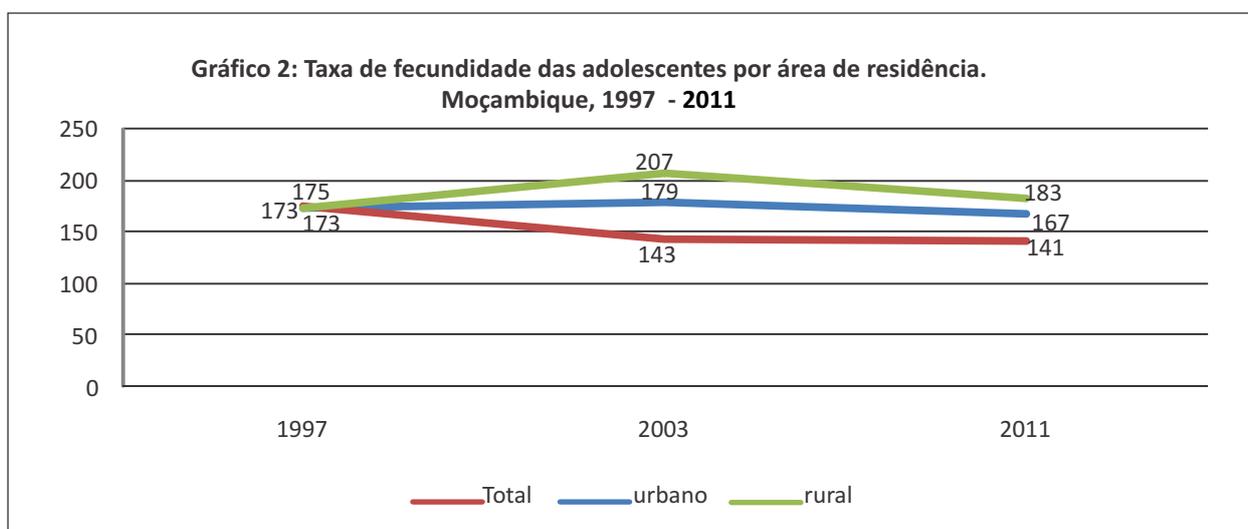


Fonte: UNFPA, 2013.

A distribuição regional, a taxa de fecundidade das adolescentes é muito elevada no norte do país, particularmente nas províncias de Cabo Delgado e Niassa. Por outro lado, temos Maputo-Cidade com níveis muito menores.

A influência dos níveis socioeconómico e educacional como variáveis que fortalecem o carácter desigual da população, torna-se igualmente clara quando analisamos os diferenciais da fecundidade das adolescentes por quintís de riqueza (gráfico 3). As raparigas de baixo nível económico e sem nenhuma

escolaridade têm um número de filhos duas vezes maior que as com escolaridade secundária e elevado nível económico. É importante ter-se em conta, que estas variações resultam não apenas de desigualdades socioeconómicas dos indivíduos, mas podem reflectir o acesso desigual à educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contraceptivos, a prevalência de casamentos prematuros, assim como de costumes, tradições e implementação não correcta das leis.

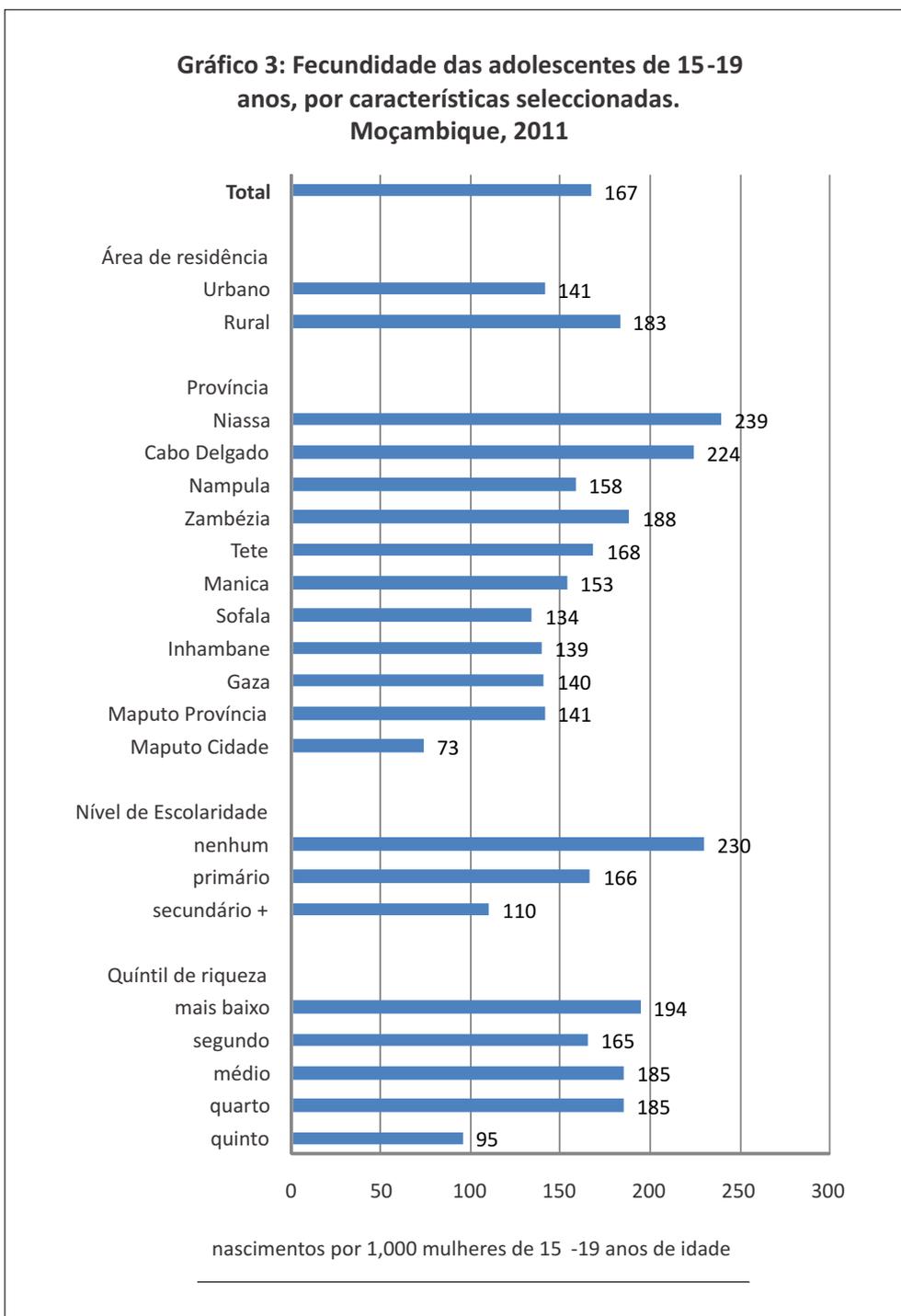


Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

Gravidezes e nascimentos entre as adolescentes casadas

Globalmente, há evidências de que os casamentos prematuros estão relacionados com a gravidez precoce e alta fecundidade.

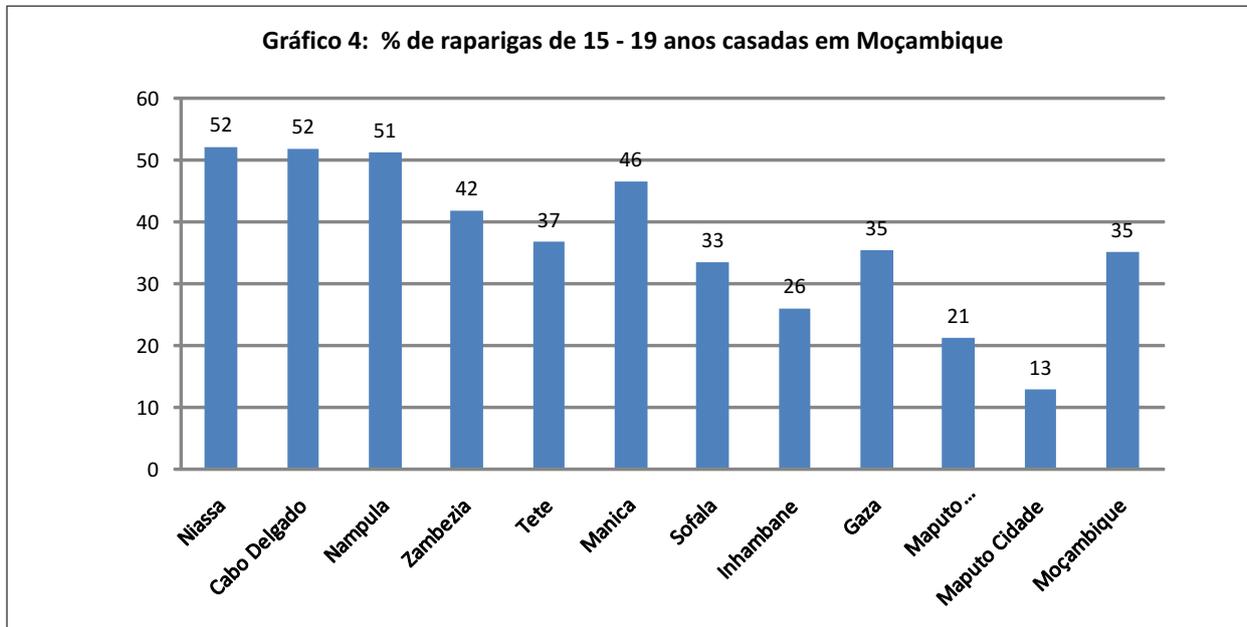
Em Moçambique, 35% das raparigas de 15-19 anos de idade estão casadas ou vivem maritalmente. As províncias do norte mostram maior proporção de raparigas casadas do que as do sul. (Gráfico 4)



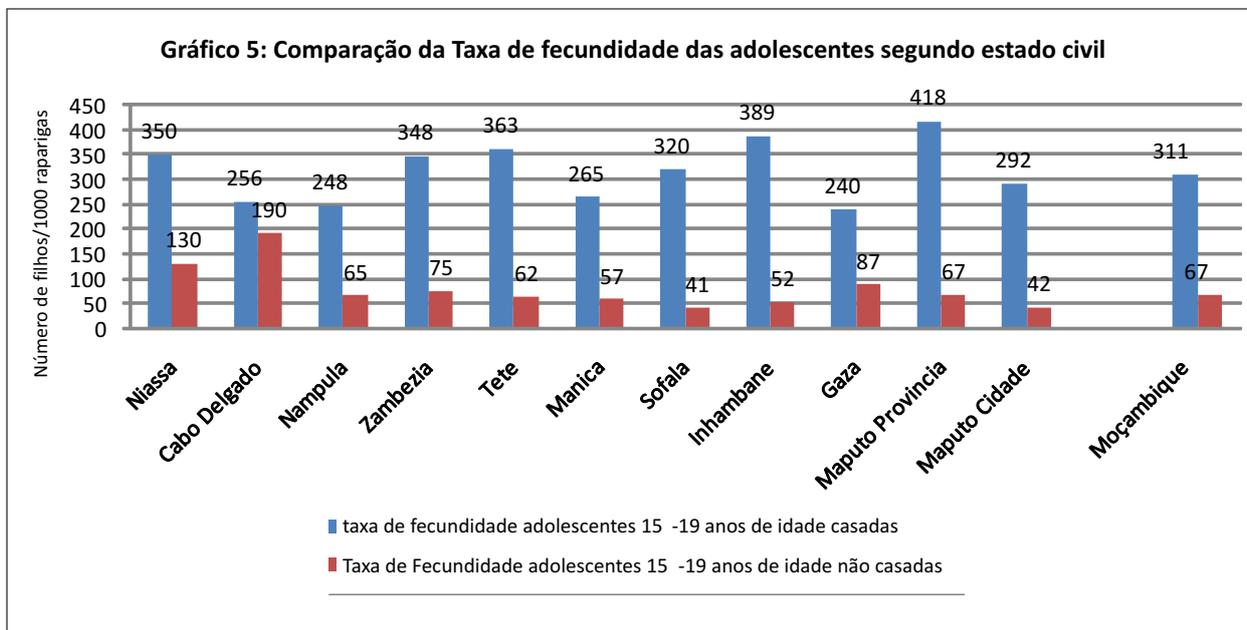
Embora não tenhamos dados, sabe-se igualmente que, muitas vezes, as adolescentes quando ficam grávidas são forçadas a casar.

O gráfico 5 mostra a relação directa entre casamentos e fecundidade, ao indicar que a

taxa de fecundidade das raparigas casadas (ou vivendo em união) é seis (6) vezes maior que a das raparigas não casadas. Em outras palavras, para cada mil raparigas casadas existiam 311 filhos, enquanto que entre as solteiras registavam-se 55 filhos (IDS 2011).



Fonte: estimativas baseadas no IDS, 2011.



Fonte: estimativas baseadas no IDS, 2011.

III - Impacto na saúde, educação e potencial económico

Quando uma rapariga engravida ou tem um bebé, a sua saúde, a sua educação, o seu potencial económico e o seu futuro estão em perigo. O seu destino tende a ser marcado pela pobreza e exclusão, na grande maioria das vezes. O impacto da gravidez não só atinge a ela, mas também ao seu bebé e à sua família mais próxima.

Impacto na saúde

A gravidez tem graves consequências na saúde da rapariga. As evidências demonstram que há maior probabilidade dela ter problemas de saúde se engravidar nos primeiros dois anos a seguir ao início do ciclo menstrual e quando a sua pélvis e o canal do parto estão ainda em crescimento. As consequências na saúde incluem a morte durante a gravidez, parto e pós-parto, fístulas obstétricas, complicações derivadas do aborto, infeções de transmissão sexual (incluindo HIV) e maiores riscos para a saúde dos bebés.

O rácio de mortalidade materna em Moçambique ainda é elevado - 408 por 100.000 nados-vivos (IDS 2011) - e sem variação comparativamente ao de 2003. Uma em cada quatro mortes (24%) entre as mulheres de 15 a 19 anos é atribuída à causa materna. A proporção diminuiu para 16% nas mulheres de 25 a 29 anos e para 8% nas mulheres de 45 a 49 anos. O Censo de 2007 revelou um rácio de mortalidade materna das jovens de 15-24 anos de 450 por 100,000 nados vivos, e mostrou que, apesar de proporcionalmente terem menos filhos, o risco de mortalidade materna nas raparigas é muito elevado (INE, 2010). Aproximadamente 20% do total de óbitos maternos aconteceu em raparigas que não completaram o seu vigésimo ano de idade.

As fístulas obstétricas constituem uma das complicações mais incapacitantes e dolorosas da gravidez e do parto. Estas podem acontecer em qualquer idade, mas aparecem com maior frequência em adolescentes, porque são mais vulneráveis ao parto prolongado e obstruído. Isto agravado à frequente falta de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de rotina e cuidados obstétricos de emergência, especialmente para as raparigas e mulheres das zonas rurais e mais pobres, onde as distâncias até as unidades sanitárias com condições de emergência são longas.

Fístula Obstétrica

Consiste numa comunicação entre a vagina e a bexiga e (ou) reto resultante da necrose dos tecidos, por compressão da cabeça do feto numa circunstância de trabalho de parto arrastado. Existem casos de fístulas que são derivadas de abuso e violência sexual, complicações traumáticas e cirúrgicas, como do aborto ou de cesariana

Estima-se que em Moçambique, anualmente ocorrem 2,000 casos de fístula obstétrica. Adicionalmente, a cobertura de partos por cesariana é um indicador de disparidades no acesso aos cuidados obstétricos de emergência em Moçambique. A taxa de cobertura de cesarianas na área rural é de 2.1% comparado a 8.8% na área urbana; e é oito vezes maior nas mulheres do quintil de riqueza mais elevado (11.3%) do que nas mulheres do quintil de riqueza mais baixo (1.4%) (IDS 2011). Estes dados revelam que as raparigas mais pobres são mais vulneráveis à fístula obstétrica.

“Eu vivia isolada”

Vailete Rubene, Dacata, Manica, mãe de dois filhos

Em 2010, Vailete Rubene, de Dacata, Manica, foi tratada da fístula. “Eu sou um espelho do resultado positivo do tratamento da fístula”, diz ela. Por iniciativa própria, Vailete tornou-se activista e explica às outras mulheres que é importante fazer o planeamento familiar, consultas pré-natais e ter o parto num centro de saúde para evitar complicações de saúde como a fístula obstétrica. “A parte mais difícil de viver com a fístula era o isolamento, a limitação em ir trabalhar no campo e a necessidade que tinha de sempre mudar de roupa, pois ficava encharcada de urina”, recorda-se.

“Espero ser tratada da fístula”

Essita, Mossurize, Manica, casada aos 17 anos

Comecei a viver com o meu marido quando tinha 17 anos. Cedo engravidei. Ele trabalhava longe de Mossurize, nossa terra.

Quando chegou a altura do parto, eu estava sozinha. Sem ajuda, não consegui ir ao hospital, em Espungaberra, que dista mais de 30 quilómetros. O meu bebé nasceu sem vida. E logo comecei a notar que não conseguia mais controlar a saída da urina.

Mal conseguia andar. Partilhei a situação com a minha tia. Um mês após o parto, fui a um hospital, em Chipinge, no Zimbabwe, mas não



encontrei a cura para o meu problema. Ainda não consigo controlar a urina.

Espero ser tratada da fístula, em Chipungaberra, tal como ouvi falar. É por isso que estou aqui.

Se voltar a engravidar, depois do tratamento, farei tudo para ir ficar perto da maternidade quando se aproximar o mês do parto. Dessa forma, o meu bebé vais nascer em boas condições. Sonho com isso.

Sonho ter filhos. Gostaria que fossem médicos ou professores. E para toda a mulher grávida, depois do que vivi, aconselho consultas pré-natais.

As complicações derivadas do aborto, tais como hemorragias, sépsis, esterilidade, tétano, dano de órgãos internos e a morte são mais frequentes nas adolescentes. Normalmente, quando comparadas às mulheres adultas, as adolescentes demoram mais tempo a tomar a decisão de abortar, recorrem, com frequência, ao aborto inseguro e demoram mais a procurar cuidados de saúde, quando as complicações surgem.

Em Moçambique, o artigo 368 do Código Penal considera o aborto como crime. A mulher que aborta e o provedor de saúde que a tenha assistido são criminalizados, ainda que o aborto seja feito de uma forma segura. Entre outras situações, o aborto deixa de ser punível

se: constituir o único meio de remover o perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física, psíquica ou mental da mulher grávida; ou quando a gravidez for resultado de um crime de violação sexual ou de relações de sexo praticadas pelo pai, irmão, tio ou padrasto.

Aborto inseguro

O aborto inseguro é, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o procedimento para interromper uma gravidez não desejada realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou num ambiente que carece dos padrões médicos de segurança.

A verificação das circunstâncias que tornam não punível o aborto deve seguir uma série de procedimentos médico-legais, que por si mesmos, podem constituir uma barreira para o acesso ao aborto seguro, especialmente para as raparigas adolescentes do meio rural.

Como consequência deste quadro legal, a informação sobre o aborto seguro e os serviços de aborto seguro disponíveis é limitada, deixando a maioria das mulheres que estejam perante uma gravidez indesejada sem outra alternativa, senão a de recorrer a um aborto inseguro, com todas as consequências para a sua vida.

Embora não existam dados sobre a incidência real do aborto em Moçambique, a Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal (2007/2008) revela que antes das 28 semanas de gestação as mulheres de 15-49 anos de idade morrem fundamentalmente por complicações do aborto (49%), contribuindo a hemorragia pós-aborto em 19% dos óbitos, e a sépsis responsável por cerca de 30% dos casos de óbitos pós-aborto. A análise geral das causas dos óbitos maternos indica que 6.7% dos óbitos maternos devem-se à complicações derivadas do aborto.

Uma vez que as complicações do aborto são mais frequentes nas adolescentes, pode-se concluir, com base nos dados acima referidos, que, em Moçambique, o aborto representa um grande peso nas causas da morbilidade e mortalidade materna neste grupo.

Para além das complicações referidas, o impacto psicológico que uma gravidez precoce ou indesejada tem nas adolescentes é grande, pois muitas delas não estão preparadas para num curto espaço de tempo passar de criança a mãe, assumindo responsabilidades de uma mulher adulta. Muitas delas experimentam o stress ou depressão, porque não estão preparadas psicologicamente para ter relações sexuais, serem mães ou casadas. Em numerosas ocasiões, sofrem isolamento, são separadas dos seus pais e trazidas a uma nova

casa sem a protecção e apoio das suas famílias. Muitas abandonam os seus planos e sonhos para se tornarem mães.

As consequências para a saúde das crianças nascidas de mães adolescentes têm sido amplamente documentadas. O baixo peso à nascença é um indicador sensível do estado de nutrição materna e tem consequências graves, pois as crianças apresentam maior risco de morbi-mortalidade. Em 2011 a ocorrência de baixo peso ao nascer foi mais elevada nas crianças de mães com menos de 20 anos de idade (18.4%) do que noutros grupos etários (ie. 12.8% nas crianças de mães de 20-34 anos de idade, IDS, 2011).

Em Moçambique, a prematuridade é a principal causa de mortalidade no período neonatal (34.9%), sendo esta uma complicação frequente nas crianças nascidas de mães adolescentes. A isto acresce-se o grande risco de transmissão vertical de mãe para o filho, caso a adolescente não tenha acesso ao tratamento.

Impacto na educação

A relação entre a educação e a gravidez na adolescência é um “casamento” difícil. A literatura mundial traz evidências de que a educação, por si só, é o maior factor de protecção contra a gravidez na adolescência. A relação entre a educação e a gravidez na adolescência é inversamente proporcional, ou seja, quanto mais anos de escolaridade, menor a probabilidade de gravidezes na adolescência. Desta forma, a falta de oportunidades educativas limita os direitos das adolescentes, aumenta o número de gravidezes nas raparigas e tem consequências graves na dinâmica de desenvolvimento de um país.

Moçambique não foge à esta regra. Actualmente, nove em cada dez raparigas ingressam no ensino primário, mas apenas 1,5 de cada dez raparigas ingressam no ensino secundário. Dentre as principais

causas de desistência escolar está a gravidez na adolescência, que perfaz cerca de 9.300 casos por ano.

As disparidades de género no sector da Educação são um problema que ocorre em todas as fases, sendo, no entanto, mais acentuado nas classes subsequentes ao ensino básico. Vários factores estão em torno desta situação como a forte influência do ambiente social e cultural, a dificuldade do sistema educativo em manter a motivação do aluno e das famílias, e a qualidade do próprio sistema educativo.

A segurança das raparigas é uma obrigação do sistema educativo. Contudo, muitas vezes a escola se converte em espaço de risco de abuso sexual e violência.

Outro obstáculo é o Despacho Ministerial nº 39 de 2003, que estipula a transferência da rapariga grávida para o curso nocturno, alegadamente como forma de não incentivar as outras raparigas para o início da actividade sexual. No entanto, essa transferência pode estar a contribuir para o aumento da desistência escolar da rapariga.

No Mecanismo de Revisão Periódica Universal (MRPU) dos Direitos Humanos em Moçambique, em 2011, a Recomendação 90.27 foi aceite pelo país, na qual pode-se ler: “Revogar a legislação que exige a transferência de meninas grávidas para o curso nocturno e tomar medidas para garantir que as alunas grávidas não enfrentem restrições no acesso à educação”. No entanto, o despacho não foi revisto.

“Não é justo transferir as meninas grávidas para o curso nocturno”

Neúsia Manuel Muianga, Minkadjuine, Cidade de Maputo, mãe aos 17 anos

Engravidei nova. Tinha 17 anos e frequentava o 2º ano do curso de Química Analítica, na Escola Industrial 1º de Maio, em Maputo. O meu namorado também era estudante e tinha 18 anos. Ainda estamos juntos.

Fiquei traumatizada. Escondi a gravidez. A minha irmã mais velha descobriu a minha gravidez no sexto mês. Não confirmei de imediato, mas segui o conselho dela: fui à consulta pré-natal, que mesmo tarde, ajudou-me a ter a minha filha em boas condições. Não perdi aulas, porque a bebé nasceu em Fevereiro, mesmo antes do início do ano lectivo. Sei que outras meninas quando ficam grávidas são transferidas para o curso nocturno. Essa regra não é justa. Ao rapaz não se aplica. É preciso rever.

Partindo da minha experiência – ter engravidado por causa da falta de informação e habilidade de decidir sobre a minha sexualidade – passo maior número de dias dando palestras como voluntária da AMODEFA (Associação Moçambicana para a o Desenvolvimento da Família). Nas palestras, explico aos adolescentes que engravidar cedo pode atrasar os seus sonhos. Eu sempre digo-lhes para adiar o início da vida sexual ou a usarem preservativos. Como sou uma pessoa persistente, acredito que os jovens irão acatar as minhas dicas.

Tenho sonhos: continuar a estudar. Quanto à minha filha, gostaria que ela tivesse melhor educação. Ela deverá escolher o seu melhor destino. Não gostaria de impor, mas abrir o caminho para boas oportunidades. Gostaria de vê-la crescer sem preconceitos sobre a sexualidade. Infelizmente, não tive essa oportunidade de falar com a minha mãe sobre a vida sexual.

Impacto económico

O custo de oportunidade ao longo da vida relacionado à gravidez na adolescência - medido pela renda anual perdida pela jovem mãe ao longo da vida - varia de um por cento do Produto Interno Bruto (PIB) anual, na China, a 30 por cento do PIB anual, em Uganda. Malawi e Nigéria também têm custos muito elevados, 27% e 26% do PIB, respectivamente.

Em Moçambique, estes custos ainda não foram mensurados. O certo é que as raparigas que dão à luz precocemente colocam em risco a sua educação e assim, provavelmente, terão uma perda na produtividade do mercado de trabalho e os baixos salários que terão enquanto adultas persistirão ao longo de toda a vida.

A falta de emprego e as dificuldades de acesso aos títulos de uso e aproveitamento da terra, aos empréstimos e a outros recursos para o auto-emprego das mulheres jovens, não são incentivos para uma mudança cultural em que as comunidades, incluindo as raparigas, possam adiar o casamento ou a maternidade em favor da educação e (ou) de estabelecer-se economicamente antes de iniciar o seu ciclo reprodutivo. A falta de acesso a recursos financeiros e tecnológicos nas zonas rurais é um factor que reforça a ideia de que ter muitos filhos é um activo económico. Tendo em conta que muitos estudos indicam que os filhos de mães adolescentes têm menores habilitações escolares é muito provável que o ciclo de pobreza se perpetue.

IV - Pressões de várias direcções

A gravidez na adolescência não ocorre num vácuo, mas resulta de uma combinação de factores que operam em diferentes níveis, de macro a individual. Entre outros, inclui as políticas nacionais, falta de acesso à informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, a aceitação do casamento precoce por comunidades, as pressões por parte dos parceiros, colegas, famílias, e falta de poder individual.

Factores a nível nacional

Apesar da existência de leis, políticas nacionais e cometimento do governo para alcançar as metas estabelecidas pelos tratados e instrumentos de direitos humanos, a pobreza, o baixo investimento no capital humano, as situações de emergência, entre outros factores, podem influenciar as raparigas a engravidarem precocemente.

Em Moçambique, segundo a Lei da Família, aprovada em 2004, o casamento antes dos 16 anos é ilegal. A mesma Lei diz que a idade do casamento sem consentimento dos pais é de 18 anos e 16 com consentimento. A sua capacidade de aplicação é limitada e os casamentos prematuros continuam.

Em muitos países, o acesso à contracepção pode ser dificultado por leis que proíbem o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva a menores de 18 anos, que não estejam acompanhadas pelos seus pais ou maridos. Tal não é o caso de Moçambique que, desde 1999, implementa o “Geração Biz” - um programa que oferece informação, educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva aos adolescentes e jovens.

Apesar dos avanços na área legislativa e estratégias de implementação de programas para a saúde dos adolescentes e jovens, a pobreza e o insuficiente investimento no capital humano são factores determinantes para a gravidez na adolescência. Com poucas perspectivas de emprego, limitados recursos para auto-suficiência e para um padrão de vida estável, a adolescente torna-se mais vulnerável ao casamento e gravidez prematuro.

Por outro lado, as adolescentes de famílias de baixa renda são menos escolarizadas e consequentemente têm pouco acesso à informação e à educação sobre a sexualidade e saúde reprodutiva, incluindo a prevenção da gravidez (OMS, 2011). Ainda relativo à educação, tal como foi referido acima, o

sistema educativo não oferecendo segurança coloca as adolescentes em risco de abuso sexual e violência, que podem resultar, entre outros, em gravidez ou infecção por ITSs e HIV.

Adicionalmente, em situações de emergência, crise ou conflito, a vulnerabilidade das raparigas aumenta substancialmente, dado que elas são frequentemente separadas das suas famílias e redes de protecção social. Nesse contexto aumenta o risco de abusos, exploração sexual e gravidezes indesejadas. Por outro lado, o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é mais limitado ou inexistente caso não tenha havido uma resposta holística à situação.

Vulnerabilidade das adolescentes em situações de emergências

Nas últimas cheias, ocorridas em Gaza, em 2013, foi substancialmente notável a fragilidade do sistema de saúde em responder à vulnerabilidade das adolescentes.

As adolescentes, constituindo uma parte significativa da população afectada, viram as suas necessidades de saúde sexual negligenciadas. Com a fragmentação da estrutura familiar e social, elas perderam a protecção e embarcaram na busca de sobrevivência e subitamente assumiram papéis de adultos sem qualquer prévia preparação. Sem meios de subsistência e segurança, elas ficaram vulneráveis à violência, violação e exploração sexual. Casos de sexo em troca de bens básicos foram reportados.

Sem informação e serviços de saúde reprodutiva adequados, este cenário aumentou o risco delas serem infectadas por HIV e outras ITS, terem gravidezes indesejadas, recorrerem ao aborto inseguro ou seguirem comportamentos de risco como o abuso do álcool e drogas.

Os determinantes a nível comunitário, familiar e individual

A relação entre a saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos é condicionada também por factores sociais e culturais, que são cruciais na determinação da natureza das relações sexuais, da sexualidade e do comportamento sexual e reprodutivo.

Considerando que “no seu sentido mais amplo, a cultura pode ser descrita como todo o complexo que envolve os aspectos espirituais, materiais, intelectuais e emocionais, que caracterizam uma sociedade ou um grupo social” (UNESCO,1982), as identidades e relações de género, que são aspectos críticos de qualquer cultura, definem a vida quotidiana nas família e comunidades.

Um estudo sobre género e poder local em Moçambique apontou a cultura e a socialização como as principais barreiras para a participação das mulheres nas actividades económicas. Dos entrevistados, 44% dos homens e 26% das mulheres indicaram que a crença segundo a qual as mulheres/raparigas têm o papel de cuidar da família e da casa contribui para a perpetuação das desigualdades baseadas no género. Conforme acima descrito, é interessante notar que mais homens em relação às mulheres apontaram as questões culturais e de socialização como grandes barreiras para a participação feminina nas actividades de tomada de decisão ou que lhe dão independência económica. Portanto, pode-se entender que as mulheres e raparigas assumem essas barreiras como algo normal ou natural, limitando as suas expectativas (Gender Links, 2010).

À semelhança de outros países, em Moçambique, a potencial fecundidade das mulheres jovens coloca as raparigas no centro dos esforços de controlar, não só a reprodução biológica, mas também a reprodução social do grupo, incluindo padrões de desigualdade e

injustiça. Na maioria dos casos, o resultado é que são as raparigas que gozam o menor grau de controlo sobre a sua sexualidade, corpo, e capacidade de escolher parceiros, entre outras desvantagens, na sua família e comunidade. Também, em locais onde a cultura privilegia a maternidade como opção de vida fundamental para o sexo feminino, a gravidez na adolescência pode ser vista pela própria rapariga com um único meio de ganho de status. Por exemplo, os dados do IDS 2011 apontam que o número ideal de filhos entre as adolescentes é de 3.8 filhos.

A resistência às mudanças na área de direitos sexuais e reprodutivos geralmente é mais forte que a resistência de mudança em qualquer outra área das culturas. A sexualidade feminina, a fecundidade e a maternidade são celebradas e premiadas, mas por outro lado, as raparigas que procuram reivindicar os seus direitos humanos na área dos direitos sexuais e reprodutivos, de uma forma que desafia o controlo dos outros sobre a sua sexualidade e reprodução, depara-se com um repertório de medidas culturalmente determinadas, que inclui argumentos religiosos, emocionais, isolamento social, e outras consequências negativas, incluindo sanções e violência. Neste contexto, uma das justificativas que os adultos avançam para a prática do casamento prematuro e, por vezes, forçado é a de que procedendo desse modo evitarão que as raparigas adoptem comportamentos sexuais não desejáveis e as gravidezes fora do matrimónio.

“Fez-me interromper os estudos e quando mais precisava dele abandonou-me”

Ilda Ernesto Guambe, Inharrime, Inhambane, mãe aos 15 anos.

Tenho 17 anos. O meu filho nasceu quando eu tinha 15 anos e estava na 10ª classe. Namorei com o pai dele durante algum tempo.

Quando fiquei grávida, os meus pais convocaram um encontro com os familiares dele. No encontro, ele prometeu cuidar de mim, mas partiu logo para África do Sul à procura de emprego.

O meu pequeno Walter passou os primeiros nove meses de vida em casa dos meus pais.

Seguindo a promessa feita pela família dele, antes de o menino completar um ano, fui forçada a viver com os pais do meu namorado. O tratamento deles foi muito agressivo: Era insultada e feita empregada.

Quando o meu namorado vinha de férias, não prestava nenhuma atenção e nem sempre dormia em casa. Achei isso muito estranho, porque antes ele oferecia presentes e dinheiro.

Os meus pais aperceberam-se dos maus tratos e foram-me buscar.



Guy Hubbard

Mesmo depois de os familiares dele terem insistido no meu retorno, recusei. Não quero mais saber deles. Nem dele. Fez-me interromper os estudos e quando mais precisava dele abandonou-me. O que passei foi demais!

Os meus pais informaram-lhes que eu deveria voltar a estudar e recordaram que fui mal tratada. Eu só quero voltar a estudar e tenho o apoio do meu pai. Estudando poderei ter uma profissão, ter o meu dinheiro e não depender de outras pessoas. Gostaria de ser professora, ter uma carta de condução.

Quando vejo as minhas amigas que continuaram a estudar, fico com alguma inveja. Fico a pensar no tempo que perdi naquela família. Elas estão muito adiantadas nos estudos. Isso encoraja-me a querer estudar mais, mesmo que seja para trabalhar de dia e estudar a noite. Sei que a educação pode mudar a minha vida.

V - Agindo contra a gravidez na adolescência

Conforme abordado, os factores relacionados com a gravidez na adolescência vão dos estruturais aos individuais, actuando de forma complexa e interligada. Neste contexto, as estratégias desenhadas com o objectivo de reduzir a incidência das gravidezes e mitigar os seus efeitos devem ser de carácter multidisciplinar, holísticos, baseadas nos direitos humanos e sensíveis às desigualdades de género.

Torna-se igualmente fundamental trabalhar com os actores governamentais, sociedade civil local, agências das Nações Unidas, parceiros bilaterais e organizações internacionais, comunicação social, organizações juvenis, comunidades e famílias. As próprias adolescentes devem ser líderes no desenho de estratégias em prol da redução da gravidez prematura e (ou) indesejada.

Em termos de acções fundamentais para o desenho de estratégias para a redução da gravidez na adolescência e protecção da mãe adolescente recomenda-se :

[1] Investir estrategicamente na educação das raparigas

É essencial investir em acções que garantam a retenção da rapariga na escola, o retorno das que saíram do sistema educativo, a transição ao ensino secundário e que eliminem as barreiras económicas. A abolição do pagamento das propinas, do fardamento escolar, dos livros e oferta de bolsas-escola condicionadas à frequência escolar são, entre outras, acções de evidenciado impacto.

Por outro lado, é muito importante que as acções de prevenção da gravidez na adolescência promovam um ambiente escolar seguro e confortável para que as raparigas possam usufruir de seus direitos, mantendo-se na escola e aprendendo habilidades para a vida. Mais ainda, é fundamental que as raparigas desistentes e as que já são mães possam ter apoio para retornarem à escola.

[2] Investir no acesso dos (as) jovens à educação sexual compreensiva e apropriada para a idade

A educação sexual compreensiva tem maior probabilidade de ser efectiva na protecção da saúde e prevenção de gravidezes se for adaptada à idade, sensível ao género, baseada nos direitos humanos, promover o crescimento académico e o pensamento crítico e cidadania, e culturalmente apropriada. É reconhecido o seu potencial em aumentar o conhecimento, habilidades de comunicação e interpessoais, habilidades para a vida e provocar uma mudança positiva de comportamentos (exemplo: atrasar o início da actividade sexual, reduzir o numero de parceiros sexuais, aumentar o uso de preservativos e contraceptivos, ou reduzir os comportamentos sexuais de risco).

Para tal é fundamental incluir a educação sexual compreensiva nos curricula escolar e curricula de formação de professores. Para que os adolescentes e jovens fora da escola sejam também informados é igualmente importante garantir programas não formais de educação sexual e habilidades para a vida, através de material de informação, educação e comunicação, palestras, programas nas rádios comunitárias e outros meios de comunicação social usando também as línguas locais.

[3] Investir no acesso dos (as) jovens à informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva

É importante que todos os serviços de saúde sexual e reprodutiva tenham a capacidade de satisfazer as necessidades dos adolescentes e jovens com ou sem necessidades particulares. Estes serviços devem ter pessoal treinado, especificamente para trabalhar com os jovens, respeitar a confidencialidade e oferecer informação compreensiva e baseada em evidências.

A garantia da oferta de um amplo leque de opções em contracepção é fundamental para evitar gravidezes indesejadas, incluindo a contracepção de emergência e métodos reversíveis de longa duração, conforme as preferências e necessidades das adolescentes.

Devido à diversidade de necessidades e contextos dos adolescentes, torna-se fundamental diversificar as opções de acesso para responder melhor às necessidades dos jovens e reduzir as barreiras. Porém, é preciso garantir diferentes pontos de prestação de serviços: unidades sanitárias, escolas, farmácias, sector privado, comunidade.

É igualmente importante garantir o acesso das adolescentes aos cuidados pré-natais, cuidados durante o parto e pós-parto, tratamento de fístula obstétrica, cuidados ao recém-nascido, cuidados pós-aborto (nas circunstâncias em que o aborto não é punível, deve-se garantir que as adolescentes tenham acesso ao aborto seguro) e planeamento familiar pós-parto.

Tendo em conta a relativa elevada prevalência de HIV entre as adolescentes (7.1%), garantir o acesso das jovens mães ao tratamento antiretroviral e à prevenção da transmissão vertical é importante para redução de novas infecções.

Por fim, a melhoria da prestação de serviços deverá ser acompanhada de mobilização comunitária não apenas para aumentar o nível de conhecimento dos jovens, mas também para criar um ambiente favorável para o apoio da comunidade aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva.

[4] Investir na prevenção na faixa etária de 10-14 anos

Investir nesta faixa etária é crucial, pois é um momento estratégico para as intervenções preventivas, especialmente através da educação sexual compreensiva adaptada para este grupo etário, e implementação de medidas que garantem a sua retenção na escola.

As acções devem ser acompanhadas de intervenções em prol da melhoria do conhecimento em saúde sexual e reprodutiva e criação de habilidades em comunicação entre os pais e os seus filhos e filhas, assim como no âmbito comunitário e escolar.

O empoderamento é essencial nesta fase da vida. As adolescentes precisam de apoio para serem capazes de desempenhar papéis não apenas na família, mas também na esfera social. Por exemplo, participando nas organizações juvenis elas podem desenvolver capacidades individuais, sentirem-se parte de uma rede de apoio e participarem nos processos de tomada de decisão nas suas comunidades. Com um grau de empoderamento, a sua vulnerabilidade à gravidezes prematuras reduz.

[5] Envolvimento dos rapazes

Investir na educação e serviços compreensivos de saúde sexual e reprodutiva para os rapazes e homens que realcem as suas responsabilidades em relação à saúde sexual e fertilidade e lhes ajuda a exercer tais responsabilidades.

A implementação de programas desenhados com o envolvimento e participação dos rapazes, especialmente na fase inicial da adolescência, em questões de saúde sexual e reprodutiva é crucial para conduzir a mudança de atitudes e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva, saúde materna, prevenção de HIV e socialização baseada na igualdade de género (OMS, 2007). Os programas integrados que combinam debates envolvendo líderes tradicionais e de opinião, mobilização comunitária, campanhas através dos media e novas tecnologias são os mais efectivos para a mudança de atitudes e comportamentos relacionados com a igualdade de género e concepções de masculinidade.

[6] Prevenir o casamento precoce, violência sexual e de género

A prevenção do casamento prematuro, violência sexual e de género requer uma combinação de intervenções aos vários níveis.

Entre as acções a destacar em relação ao casamento prematuro estão:

- Retenção das raparigas na escola e aprendizagem de habilidades para a vida;
- Implementar programas para os líderes comunitários e pais aumentarem o seu apoio à educação das raparigas, eliminação do casamento prematuro, e mudança de normas e práticas nocivas;
- Apoiar organizações juvenis mistas e de raparigas para a criação de habilidades de negociação, lideranças femininas, promoção de agendas de desenvolvimento em prol dos

direitos da rapariga a todos os níveis;

- Implementar acções de promoção, reforço e monitoria do cumprimento das leis sobre a idade mínima de casamento;

Entre as acções para proteger as adolescentes da violência sexual e de género cabe destacar:

- Acções de sensibilização dos rapazes e raparigas sobre a violência sexual e de género, através de iniciativas focalizadas nos jovens, programas de educação de pares e habilidades para a vida, educação sexual, redes sociais e grupos de discussão para os rapazes e homens;
- Inclusão nos currícula de educação sexual e habilidades para a vida da temática da violência sexual, violência de género, direitos humanos;
- Reforçar o acesso às redes multisectorias adequadas às necessidades das adolescentes, onde as vítimas da violência podem ter assistência sanitária, psicossocial, jurídica e protecção.

[7] Adopção de abordagens baseadas nos direitos humanos e cumprimento das obrigações internacionalmente assumidas

É necessário reforçar os mecanismos de prestação de contas e monitoria das obrigações assumidas internacionalmente sobre o direito dos adolescentes à educação, saúde e segurança, livre da discriminação, incluindo a garantia de linhas orçamentais estatais para o cumprimento das referidas obrigações. Os adolescentes devem ser actores chave no processo de prestação de contas. Estratégias específicas para determinados grupos mais vulneráveis, como, por exemplo, raparigas chefes de família, raparigas com deficiência, raparigas vivendo com HIV, são necessárias para que possam participar activamente nestes processos.

Programa Geração Biz

Em Moçambique, o Governo e os parceiros de desenvolvimento implementam e apoiam estratégias e programas que respondem a diferentes níveis as questões de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Entre eles se destaca o “Geração Biz”:

Programa Geração Biz (PGB) tem como objectivo fundamental de melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, incluindo a redução da incidência das gravidezes precoces e indesejadas, infecções de transmissão sexual e HIV, através de actividades que ofereçam aos jovens conhecimentos, habilidades e serviços necessários para uma mudança positiva de comportamento.

As actividades de promoção da abordagem do PGB decorrem nas escolas e comunidades e são lideradas por educadores de pares, que trabalham voluntariamente com o apoio dos professores e líderes comunitários.

Uma das componentes chave do programa é a oferta dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), actualmente disponíveis em 359 unidades sanitárias do país. Estes serviços, que são referidos pelos educadores de pares, oferecem atendimento clínico e de aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva.

Nos SAAJs, o atendimento é gratuito, sigiloso e realizado por técnicos treinados para lidar com os jovens. Junto a estes serviços, os educadores de pares realizam palestras, promovem debates, exibem e discutem vídeos educativos, prestam informação e distribuem preservativos e material informativo.

VI - Acção do UNFPA

Ao longo do corrente programa das Nações Unidas iniciado em 2012, o UNFPA prestou assistência técnica ao debate e formulação de dois importantes processos de melhoria da oferta de serviços públicos para os adolescentes e jovens: a avaliação e definição de prestação de serviços amigos do adolescente e jovem, liderado pelo Ministério de Saúde; e a formulação e aprovação da Política da Juventude, que garante um ambiente favorável para o desenvolvimento da juventude, através de uma abordagem multi-sectorial.

Por outro lado, O UNFPA participa nas abordagens conjuntas das Nações Unidas para o desenvolvimento de um currículo de educação sexual compreensiva no ensino público. Na esfera não-governamental, o UNFPA participa na Coligação Moçambicana contra os Casamentos Prematuros, que traça as estratégias de advocacia para o diálogo político e na revisão das leis que regem esta temática.

O UNFPA apoia a revisão da Política de População para que reflecta a situação e as necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

O apoio da transição da gestão do Programa Geração Biz para o Governo tem sido uma prioridade do UNFPA. Tal inclui a capacitação de gestores, provedores de saúde e educadores de pares nas escolas e comunidades, e a produção de programas de rádio e material de informação, educação e comunicação.

O UNFPA iniciou, em parceria com as organizações juvenis da sociedade civil, a promoção da Iniciativa das Raparigas, que promove o empoderamento, a retenção e o retorno da rapariga ao sistema educativo a nível das comunidades, especificamente nas zonas rurais.

A nível global, o UNFPA apoia a resposta às de necessidades em planeamento familiar e a aquisição de contraceptivos, incluindo preservativos. Em Moçambique, o UNFPA ainda cobre 70% das necessidades em contraceptivos do Sistema Nacional de Saúde. A par disso, apoia a compra de material e equipamento para a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, em especial para os cuidados obstétricos de emergência e do recém-nascido e tratamento das fístulas obstétricas.

Na área de recursos humanos, o UNFPA apoia a formação inicial e contínua de enfermeiras de Saúde Materno-Infantil e outros profissionais que prestam cuidados pré-natais, cuidados durante o parto, cuidados pós-parto e do recém-nascido, cuidados pós-aborto e planeamento familiar pós-parto, tratamento de fístula obstétrica e a capacitação em prestação de serviços amigos de adolescentes e jovens.

Na revisão para o alcance da ICPD@20 em Moçambique, no Relatório Rio+20 e nas consultas Pós-ODM, o UNFPA defende a priorização das questões de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e a equidade de género na agenda de desenvolvimento.

Recentemente a organização iniciou o apoio à provisão comunitária de planeamento familiar, através de activistas comunitários. Por outro lado, trabalha com as organizações juvenis, académicas e comunidades na implementação de actividades de sensibilização sobre o planeamento familiar e outros Direitos Humanos dentro de contextos culturais diferentes.

A Comissão Nacional dos Direitos Humanos e organizações juvenis de Moçambique, com o apoio do UNFPA, representam o país em fóruns regionais e internacionais sobre os

direitos sexuais e reprodutivos. E para que os jovens parlamentares e outros façam ouvir as suas vozes neste importante processo de revisão dos direitos humanos, o UNFPA apoia a sua capacitação e participação no Mecanismo de Revisão Periódica Universal, com foco nos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens.

Nas recorrentes emergências, o UNFPA apoia o governo a capacitar o pessoal de saúde, forças policiais e armadas, comunidades e trabalhadores humanitários a estarem cientes dos direitos dos adolescentes e trabalhar em conjunto com vista a garantir que estes direitos sejam protegidos, em particular nos tempos de

crise. As intervenções do UNFPA incluem a garantia da continuidade dos SAAJs e a disponibilidade de artigos de higiene para as adolescentes (kits de dignidade).



Mafalda Muianga, activista da Coalizão, durante uma sessão de sensibilização em Chokwé, 2013

Referências

World Health Organization. 2002. Adolescent's friendly health services: an agenda for change. Geneva: WHO.

Direcção Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde. 2009. Avaliação das Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique. Moçambique.

Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde. 1998. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde. 2005. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística. 2009. Moçambique: Inquérito sobre Indicadores Múltiplos – MICS 2008. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística. 2010. Moçambique: Projecção provinciais 2007-2040. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde. 2012. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2011. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Fundo de Nações Unidas para a População - UNFPA. 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2013. Nova York, UNFPA.

Fundo de Nações Unidas para a População - UNFPA. 2013. Engaging men and boys: a brief summary of UNFPA Experience and lessons learned. New York, UNFPA.

Ministério da Educação. 2011. folheto de indicadores. Maputo, Moçambique.

World Bank. 2011. Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend, BY Jad Chaaban and Wendy Cunningham.

World Health Organization. 2007. Adolescents pregnancy: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. Geneva: WHO.

Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde, London school of hygiene and tropical medicine, UNICEF. 2009. Estudo sobre a mortalidade Infantil. República de Moçambique.

UNESCO. 1982. Declaração sobre políticas culturais. Cidade de México.

UNFPA – Criando um mundo onde cada gravidez é desejada,
cada parto é seguro e o potencial de cada jovem é realizado



www.unfpa.org

Av. Julius Nyerere 1419, CP 4595 - Maputo - Moçambique

Tel. (+258) 21490686 / 21494469

E-mail: foffice@unfpa.ue.mz

<http://mozambique.unfpa.org>