

**Intervenção da Chefe do Grupo Nacional da Assembleia da República de Moçambique,
Deputada Margarida Talapa**

Sua Excelência Senhor Presidente da Assembleia
Parlamentar da CPLP,

Respeitados Presidentes dos Parlamentos da CPLP,

Digníssimo Secretário Executivo da CPLP,

Caros Deputados,

Minhas Senhoras,

Meus Senhores,

É com grande satisfação que, em nome da Assembleia da República de Moçambique e da Presidente me dirijo a Vossas Excelências, em que pela primeira vez nos reunimos nesta bela Pátria de Timor-Leste, para discutir e trocar experiências em torno dos desafios que se impõem à nossa comunidade no domínio Parlamentar.

Na presente Legislatura, a VII, é a segunda vez em que nos juntamos nesta Magnífica Família dos Parlamentares da

CPLP, e por isso estamos neste encontro com espírito animado, pois reconhecemos que esta é uma oportunidade ímpar para a aprendizagem e troca de experiências que nos enriquecerão a consolidação da paz, da democracia e a erradicação da pobreza nos nossos países.

Excelências,

Antes porém, permitam-me endereçar as nossas felicitações aos Povos Irmãos de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, pelas lições de civismo e urbanidade nas eleições acabadas de realizar. Parabéns.

Com a vossa permissão, irei de seguida proceder a apresentação da informação sobre as **LINHAS GERAIS DE POLÍTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA DA CPLP**, com ênfase sobre Moçambique.

De acordo com a projecção populacional de 2007, Moçambique apresenta um censo de 23 milhões de

habitantes, dos quais 11% são jovens com idade menor de 19 anos.

Assim, o último Inquérito Demográfico de Saúde realizado indica que a mortalidade materna é estimada em cerca de 408 em cada 100 mil nascimentos vivos. Esta taxa representa uma redução das anteriores estimativas realizadas em 1997, que apontavam para mais de 600 óbitos em cada 100 mil nascimentos vivos.

Em 1999, o Ministério da Saúde realizou um estudo sobre as causas das mortes maternas, tendo sido utilizado um instrumento da OMS (Organização Mundial da Saúde) de avaliação das necessidades para uma Maternidade Segura, avaliando 90 casos de mortes maternas.

Com base neste estudo e na avaliação das necessidades da saúde materna, foi elaborada a Estratégia e o Plano Operacional para a *Redução da Mortalidade Materna e Perinatal* para o período de 2002-2005; tendo sido desenhado segundo o modelo das Três Demoras ou Atrasos:

- 1º) na decisão de procura de cuidados de saúde maternos,
- 2º) na chegada à unidade sanitária,
- 3º) em receber cuidados de emergência obstétricos atempados e apropriados na Unidade de Saúde.

Excelências,

Para melhor compreensão de alguns aspectos ligados ao tema, vamos nos referir aos Objectivos do Desenvolvimento Milénio, no que diz respeito a redução da mortalidade infantil.

Nas últimas décadas, Moçambique tem registado uma redução contínua das taxas de mortalidade neo-natal e infantil. Contudo, a velocidade da sua diminuição tem sido menor se comparado com períodos anteriores.

Uma das intervenções que mais contribui para a redução da mortalidade infantil é a vacinação.

Segundo a Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neo-natal em 2008 realizada pelo Ministério da Saúde, as principais causas de morte neonatal institucionais são a prematuridade e asfixia grave. Nas primeiras 24 horas após o parto ocorrem cerca de 32% das mortes neonatais e 49% depois das primeiras 24 horas após o parto e o sétimo dia. Estes dados mostram as consequências de uma saúde materna deficiente, de cuidados inadequados durante a gravidez, o parto e os primeiros dias após o parto havendo a necessidade urgente de aumentar as coberturas de partos institucionais, os cuidados essenciais ao recém-nascido e a cobertura da consulta até o sexto dia.

O Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade em Moçambique 2008, mostra que a malária representa a primeira causa de morte em menores de cinco anos, seguida do SIDA, das pneumonias e diarreias.

O uso de redes mosquiteiras está entre os métodos mais eficazes para prevenir a malária, sendo que a percentagem de menores de cinco anos dormindo sob uma rede mosquiteira a noite anterior aumentou de 10% em 2003 para 42% em 2008, com um aumento mais rápido nas áreas rurais. Os dados de 2008 mostram que 65% de crianças com sintomas de Infecção Respiratória Aguda foram levadas a um provedor de serviços de saúde contra 51% em 2003, e que 47% das crianças que tiveram diarreia receberam terapia de re-hidratação oral contra 71% em 2003.

Em relação ao Tratamento Anti-Retroviral Pediátrico, a meta definida pelo sector para 2009 foi atingida e ultrapassada, sendo que em 2009, beneficiaram do pediátrico 13.510 crianças, o que reflectiu um grande incremento no acesso pelas crianças.

A prevalência de desnutrição crónica entre menores de cinco anos reduziu de 48% em 2003 para 44% em 2008. Contudo, as gravidezes pouco espaçadas têm maior probabilidade de

resultar em bebés com baixo peso à nascença e interferem com a amamentação, a qual tem um papel fundamental na nutrição das crianças.

Apesar do progresso na cobertura de novas utentes em planeamento familiar registada em 2009, é essencial garantir a prestação de Serviços de Planeamento Familiar de qualidade como uma das estratégias para a prevenção de gravidezes indesejadas, gravidezes de alto risco e aumentar o intervalo entre os nascimentos, reduzindo assim o risco de morbilidade e mortalidade associados tanto para a mulher como para a criança.

A mortalidade materna tem vindo a reduzir gradualmente. Para que Moçambique atinja a sua meta para 2015, de 250 em 100.000 natos vivos, a média anual de redução do rácio de mortalidade materna deve-se manter em 45%.

Cerca de 43% dos óbitos maternos ocorrem durante o parto e até 24 horas após o parto, e 76% dos óbitos foram devidos a causas directas, sendo as principais a rotura uterina e

hemorragias. O SIDA aparece como a primeira causa indirecta de morte materna e a quarta de todas as causas.

Os partos institucionais têm vindo a aumentar. A percentagem de partos nas áreas rurais foi de 49%, representando um aumento quando comparado com dados de 2003 (34%), e manteve-se estável nas áreas urbanas (81%).

É importante destacar que, segundo o inquérito nacional de prevalência ao SIDA de 2009, a proporção de mulheres que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos diminuiu drasticamente com o nível de escolaridade, de 38% em mulheres sem instrução para 11% nas mulheres com ensino secundário, diferença que não se regista no caso dos homens.

Moçambique reconhece que a educação da mulher como um dos grandes factores socio-económicos chave que contribuem para a iniquidade para um parto por pessoal qualificado. Estes dados mais uma vez revelam a

necessidade de reforçar o trabalho intersectorial de modo a aumentar o acesso das raparigas à educação.

A existência de profissionais qualificados e habilitados para o atendimento do parto e das complicações obstétricas é chave para a redução da mortalidade materna. Desde 1977, a Saúde Materna está no topo das prioridades do Governo registando um aumento dos investimentos e progressos significativos nos principais indicadores de Saúde Reprodutiva.

Em 2008 foi lançada a Campanha Presidencial para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, o Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODM, a Campanha de Aceleração da Redução da Mortalidade Materna em África e recentemente, a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.

Constituem principais desafios o reforço do sistema de saúde que continua a ser a preocupação do Governo, como

forma de providenciar cuidados de saúde de qualidade e reduzir progressivamente a iniquidade entre as diferentes áreas geográficas do País. É preocupação para o país a fraca disponibilidade de recursos humanos, e o SIDA que constitui uma ameaça para o alcance dos objectivos de desenvolvimento do milénio.

Quanto ao posicionamento de Moçambique em relação ao processo de redução da mortalidade materna e infantil, é importante a implementação de acções que reforcem os Sistemas de Saúde, dando primazia a disponibilidade de recursos humanos capacitados e o reforço das infra-estruturas e equipamentos, colocando a maternidade o mais próximo da comunidade.

Excelências,

Reconhecemos a necessidade de maior colaboração intersectorial, com destaque para as acções nos sectores de

estradas e comunicações, Educação (reforçando a escolaridade da rapariga), a Juventude sendo importante mais trabalho na prevenção de gravidez precoce bem como na prevenção de doenças entre os Adolescentes e Jovens. Finalmente, a Liderança Política ao mais alto nível, as políticas do Governo e a acção dos Parlamentos no combate a mortalidade materna e infantil é fundamental.

A terminar gostaríamos de reiterar as nossas saudações a todos aos participantes e agradecer ao Povo irmão Timorense e a Assembleia Nacional em particular pelo caloroso acolhimento que tivemos desde a nossa chegada.

Kanimanbo irmãos Timorenses.

Obrigada pela atenção dispensada.