



 **MOÇAMBIQUE**

# O Pacote de Serviço Inicial Mínimo de Saúde Sexual e Reprodutiva

**RELATÓRIO RESUMIDO**

**JUNE 2025**

# Resumo

A implementação do Pacote de Serviço Inicial Mínimo (MISP) para a Saúde Sexual e Reprodutiva em Cabo Delgado, Moçambique, enfrenta desafios devido à insegurança, deslocamentos populacionais e cortes de financiamento. A coordenação entre os actores de SSR é sólida, mas a prestação de serviços sofre com lacunas nos insumos, infraestrutura e capacitação de profissionais. O cuidado materno, a prevenção do HIV e a resposta à VBG estão disponíveis, mas de forma desigual, e o MISP é frequentemente utilizado como uma ferramenta de desenvolvimento em vez de uma ferramenta de resposta a emergências. É urgentemente necessária uma maior integração e disponibilização de recursos para garantir serviços de SSR equitativos.

## O QUE É O MISP?

O **Pacote de Serviço Inicial Mínimo (MISP) para SSR em Situações de Crise**, desenvolvido pelo Grupo de Trabalho Interagências sobre Saúde Reprodutiva em Situações de Crise (IAWG), abrange as necessidades mínimas e que salvam vidas em saúde sexual e reprodutiva a que os actores humanitários devem atender no início de uma emergência (dentro de 48 horas, sempre que possível). Inclui seis objectivos principais: 1) coordenação, 2) prevenção da violência sexual, 3) redução da transmissão do HIV/ISTs, 4) prevenção de gravidezes não desejadas, 5) garantia de partos seguros e 6) planeamento para serviços abrangentes de SSR. O MISP fornece um plano orientador para que as comunidades prestem cuidados críticos em situações de crise, ao mesmo tempo que estabelece uma base para a transição para um conjunto mais abrangente de serviços de SSR (idealmente dentro de 3 a 6 meses) à medida que as comunidades se recuperam.

## Acções Prioritárias:

- Defender a melhor integração do MISP no planeamento de emergências ou desastres (incluindo orçamentação e planeamento anual), através do envolvimento de entidades governamentais chave (como o INGD), de modo a reduzir o papel do MISP como ferramenta de desenvolvimento (em vez de ferramenta de resposta a emergências).
- Apoiar o sector de saúde moçambicano na coordenação e planificação para garantir financiamento alternativo e mais sustentável (principalmente face à perda do financiamento da USAID).
- Defender uma melhor harmonização, capacitação, supervisão e manutenção geral, de modo a aliviar o custo dos serviços de saúde para os utilizadores finais.
- Promover workshops ou outras sessões de capacitação que envolvam os principais actores (nomeadamente entidades governamentais) de forma concreta e prática (ou seja, transformar a compreensão “teórica” do MISP numa compreensão mais “prática e pronta a implementar”).
- Envolver entidades governamentais na padronização dos kits de forma a torná-los mais acessíveis e melhor alinhados às necessidades locais ou às classificações dos centros de saúde.
- Reforçar os esforços de coordenação, garantindo a colaboração intersectorial entre os sectores de SSR, VBG e HIV (isto é, não apenas dentro de cada especialidade).
- Continuar a oferecer formação ao pessoal da linha da frente, assegurando que o conhecimento actualizado seja constantemente transferido e implementado.

# Contexto e Metodologia da Avaliação

O MISP tem sido implementado na província mais a norte de Moçambique, Cabo Delgado, desde 2019. Enfrentando uma crise humanitária prolongada, caracterizada por ataques violentos de grupos armados não estatais, eventos climáticos severos e uma longa história de pobreza e exclusão, cerca de 1.028.743 pessoas foram deslocadas uma ou mais vezes na província ao longo dos últimos sete anos.

Para realizar esta Avaliação de Processo qualitativa e quantitativa, uma equipa de avaliadores foi destacada

em Junho de 2025 para quatro distritos (Mueda, Chiúre, Namuno e Metuge) em Cabo Delgado. A metodologia da Avaliação incluiu sete avaliações de unidades sanitárias (HFAs) nestes distritos, 23 inquéritos com provedores de SSR, 13 entrevistas com informantes-chave (KIs) e seis discussões de grupos focais (FGDs) com membros da comunidade. A Avaliação obteve Aprovação Ética Global do comité interno de aprovação ética do International Rescue Committee, bem como do Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) de Moçambique.

## Avaliações das Unidades Sanitárias

Foram realizadas avaliações em sete unidades sanitárias para estabelecer o contexto em que os serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e de violência baseada no género (VBG) são oferecidos. Para facilitar a análise, cada condição observada foi classificada qualitativamente por um membro da equipa de Avaliação em quatro categorias: **encorajadora, média, abaixo do ideal e deficiente**.

### Encorajadora

- **Acesso a espaço laboratorial:** 71% (cinco das sete unidades sanitárias) relataram ter acesso a espaço laboratorial para a realização de análises de sangue e testes de rastreio (com as unidades de menor dimensão a reportarem ausência de acesso no local).
- **Sinalização nas unidades sanitárias:** Embora a sinalização indicando os horários de funcionamento fosse pouco comum (observada em 29%), todas as unidades sanitárias (100%) apresentavam materiais de educação dos utentes sobre planeamento familiar, parto institucional / práticas pós-parto e saúde neonatal. Além disso, 86% tinham sinalização sobre VBG e cuidados na gravidez, enquanto 29% exibiam materiais educativos sobre infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) / HIV.

- **Acessibilidade dos serviços (encorajadora segundo os Directores das unidades, mas contestado pelos participantes dos grupos focais):** Nenhuma unidade relatou cobrar uma taxa de registo para os serviços, embora todas tenham referido cobrar uma taxa de consulta de 1 Metical (USD\$0,02) para receber os serviços. Mulheres grávidas, crianças e pessoas idosas estavam isentas da taxa na maioria das unidades; pessoas deslocadas internamente estavam isentas em 3 (43%) e pessoas com deficiência em 2 (29%). A razão para esta falta de padronização não foi identificada. Embora todos os Directores tenham relatado que os pacientes seriam atendidos mesmo que não pagassem a taxa, alguns membros da comunidade contestaram esta informação nos grupos focais. Além disso, todas as unidades relataram cobrar uma taxa pelos medicamentos, variando entre 1 e 5 Meticais (USD\$0,02 – \$0,08), com isenções para ARVs e medicamentos contra a malária. Todas as unidades, excepto uma, relataram que os medicamentos seriam fornecidos mesmo que o paciente não pudesse pagar a taxa.

## Média

- **Disponibilidade de serviços:** Os horários de atendimento variaram geralmente entre as 7h00 e as 15h00, com excepção de uma unidade sanitária de nível secundário que funciona 24 horas por dia; apesar dos protocolos existentes, participantes dos grupos focais questionaram a fiabilidade dos provedores de saúde de chamada durante o período em que as unidades estão encerradas.
- **Acessibilidade dos serviços:** Nenhuma das unidades relatou oferecer subsídios de transporte para pessoas que vivem longe das instalações, embora o Hospital Rural de Mueda tenha relatado uma parceria com a organização Médicos Sem Fronteiras para apoiar os pacientes mais vulneráveis com transporte para receber cuidados de nível superior.
- **Acesso a farmácias no local com insumos de SSR:** 100% das unidades relataram ter acesso a farmácias com insumos de SSR. No entanto, as percepções sobre a adequação desses insumos foram variadas: apenas uma unidade (14%) relatou que tem sempre insumos adequados de SSR, em comparação com três (43%) que relataram que às vezes têm insumos adequados e três (43%) que relataram que geralmente têm insumos adequados.

## Abaixo do Ideal

- **Acesso a água e eletricidade:** O acesso à água é inconsistente em todas as unidades, com 2 (29%) a reportarem que têm sempre acesso à água, 2 (29%) a reportarem que têm acesso frequente à água e 3 (43%) a reportarem que têm acesso à água apenas às vezes ou raramente. Cinco unidades (71%) relataram enfrentar cortes frequentes de energia elétrica, sendo que três destas têm alguma fonte de energia proveniente da rede elétrica e duas utilizam energia solar.
- **Segurança:** Quatro unidades (57%) relataram não ter guarda de segurança, e quatro unidades (57%) relataram não ter iluminação externa suficiente. No entanto, 100% das unidades relataram ter acesso a salas privadas e seguras para a realização de exames físicos.

## Deficiente

- **Acesso a casas de banho:** Apenas 3 das unidades (43%) foram observadas como tendo casas de banho funcionais especificamente para os provedores de saúde, nenhuma das quais era segregada por género, e apenas 1 delas tinha fechadura e estação de lavagem das mãos adjacente. Nas unidades que não tinham casas de banho para provedores, estes relataram utilizar casas de banho em residências próximas. Seis unidades (86%) foram observadas como tendo casas de banho funcionais para pacientes e visitantes, metade das quais eram segregadas por género, e nenhuma tinha fechadura, estação de lavagem das mãos adjacente ou água disponível no momento da visita. As casas de banho para pacientes e visitantes também foram observadas como carecendo de condições de acessibilidade para pessoas com deficiência. A equipa de Avaliação também relatou uma falta geral de condições de higiene, incluindo lixo, defecação a céu aberto nas proximidades e escassez de produtos de higiene.

No geral, estes resultados das avaliações das unidades sanitárias destacam que, embora os centros de saúde sejam os principais locais para a prestação de serviços de SSR, certas características dos centros de saúde, nomeadamente as casas de banho e outras infraestruturas de apoio, necessitam de melhorias para promover uma prestação de serviços ideal. Estas lacunas de infraestrutura foram associadas a experiências negativas dos pacientes e a cuidados comprometidos, conforme relatado tanto por provedores de saúde como por membros da comunidade. Recomenda-se a melhoria das infraestruturas de casas de banho, água e eletricidade, para melhorar directamente a prestação de serviços e os resultados para os pacientes.

Além disso, as principais conclusões desta Avaliação incluem o seguinte, organizado de acordo com cada um dos objectivos do MISP:

## OBJECTIVO 1

### Assegurar que o Sector / Cluster de Saúde identifique uma organização para liderar a implementação do MISP

De forma geral, a consciencialização sobre o MISP e as experiências relacionadas com a sua implementação são consideradas abaixo do ideal entre os informantes-chave e os provedores de saúde. No entanto, este resultado parece estar mais relacionado com uma questão de “branding” do que com a falta de esforços de coordenação ou de trabalho nos principais temas relacionados com o MISP.<sup>1</sup>

**Os informantes-chave acreditam fortemente que a coordenação está a acontecer e que foram feitos esforços para responder às necessidades principais desde que o conflito se intensificou em 2020.**

**As reuniões de coordenação foram geralmente descritas como organizadas, baseadas em evidências e inclusivas.**

Esta percepção é apoiada pelos relatos de reuniões de planificação e partilha de recursos por especialidade (isto é, HIV, VBG e SSR). As reuniões de coordenação foram geralmente descritas como organizadas, baseadas em evidências e inclusivas, o que levou a menos duplicação de serviços, a uma melhor programação e a parcerias mais fortes com os principais actores governamentais. Como descreveu um dos especialistas,

“Nestas reuniões... o objectivo... é evitar a duplicação de esforços. É nestas reuniões que fazemos o levantamento das acções de cada parceiro, onde cada parceiro explica onde está [a trabalhar], o que está a fazer e quem são os seus beneficiários. Depois, com base nisso, podemos distribuir apoio a cada parceiro ou apoio a nível provincial.... Partilhamos [também] as necessidades e os desafios que enfrentamos... [por exemplo] com este fórum, determinamos qual a organização que nos pode apoiar na resolução de ruturas de stock [por localização geográfica]”

**ESPECIALISTA EM SSR**

Importa destacar que a utilização de grupos de conversa no WhatsApp e de listas de verificação, juntamente com o envolvimento de pontos focais, foi considerada uma ferramenta crucial para apoiar esse tipo de coordenação.

No início do conflito, a mobilização de pessoal (particularmente de agentes polivalentes elementares), várias formas de reservas de stock e o planeamento logístico foram esforços priorizados. Como resultado desses esforços, 86% (6 em 7) dos Directores das unidades sanitárias inquiridos acreditam que os insumos de SSR são facilmente acessíveis. À medida que o conflito continuou, a coordenação dentro dos grupos de trabalho de VBG, HIV e SSR também prosseguiu (ainda que com menor frequência). No entanto, alguns informantes-chave referiram a falta de coordenação estratégica (em oposição à coordenação baseada em necessidades), especialmente ao nível das unidades sanitárias, e foi reportada margem para melhorias na forma como as áreas de especialidade se coordenam entre si (em vez de apenas internamente). Além disso, novos cortes e alterações no financiamento levaram a **lacunas significativas na coordenação do fornecimento de insumos e na prestação de serviços**, incluindo no âmbito dos programas de HIV. Como descreveu um dos parceiros,

“O Governo dos Estados Unidos retirou 30% do apoio ao programa. Portanto, este ano estamos a reinventar-nos... Com a falta de financiamento, é um caos... Mesmo que tenhamos medicamentos aqui na província, como é que os fazemos chegar [aos distritos]... Muitos parceiros também saíram”

**ESPECIALISTA EM HIV**

## OBJECTIVO 2

### Prevent sexual violence and respond to the needs of survivors

De forma geral, os Directores das unidades e os informantes-chave descreveram **esforços encorajadores de implementação para a prevenção e resposta à VBG**. O volume de violência sexual nas comunidades parece ser gerível, o que permite uma maior disponibilidade de recursos, formação de provedores e envolvimento comunitário (especialmente para grupos vulneráveis como adolescentes e para homens).

Todas as unidades sanitárias observadas (n=7, 100%) relataram oferecer cuidados clínicos para sobreviventes de agressão sexual através de vários serviços (ver Figura 1). Além disso, todas as unidades relataram dispor de procedimentos operacionais padrão tanto para o tratamento como para o encaminhamento de sobreviventes de agressão sexual. Em particular, para grupos vulneráveis, todas as

**FIGURA 1**  
**Disponibilidade de serviços de VBG nas unidades da amostra (n=7)**



unidades oferecem serviços de tratamento para violência sexual e/ou outros tipos de VBG a adolescentes. Ao mesmo tempo, 6 (86%) relataram que fazem adaptações adicionais para fornecer tratamento para violência sexual e outros serviços de VBG a membros de grupos vulneráveis (como trabalhadoras do sexo e membros da comunidade LGBTQ).

Os dados dos inquéritos aos provedores mostram que apenas 60% dos provedores receberam formação sobre a resposta clínica e farmacêutica à violência sexual. Esta lacuna reflete-se na variabilidade observada na qualidade dos cuidados, conforme destacado pelo feedback da comunidade nos grupos focais, que contesta a

consistência dos serviços não discriminatórios e de alta qualidade. Portanto, recomenda-se formação adicional para os provedores, a fim de abordar directamente estas lacunas e garantir que todas as sobreviventes recebam cuidados consistentes e de alta qualidade, conforme evidenciado pelos relatos tanto dos provedores como da comunidade.

**Os participantes masculinos e femininos dos grupos focais relataram que a polícia e os centros de saúde são ambos recursos importantes para a denúncia e que trabalham em conjunto no apoio às sobreviventes.**

As unidades sanitárias actuam actualmente como elos-chave na cadeia de gestão de casos de agressão sexual devido ao seu envolvimento nos encaminhamentos. Os participantes masculinos e femininos dos grupos focais relataram que a polícia e os centros de saúde são ambos recursos importantes para a denúncia e que trabalham em conjunto no apoio aos sobreviventes.

Os informantes-chave descreveram os percursos de encaminhamento como tendo melhorado desde o início do conflito, atribuindo especificamente esse progresso à formação adicional dos pontos focais de VBG e ao reforço da colaboração entre as ONGs. Por exemplo, membros da comunidade relataram estar bem informados sobre os encaminhamentos relacionados com VBG através dos centros de saúde e das clínicas móveis, o que indica que as intervenções de capacitação contribuíram para uma gestão de casos mais eficaz e para um melhor acompanhamento dos sobreviventes.

Apesar destes resultados, a integração dos serviços de VBG para promover uma gestão de casos mais eficaz deve ser uma prioridade, conforme observado pelos informantes-chave.

Entre os participantes que consideram essa coordenação eficaz, alguns **destacaram a coordenação com escolas, o uso de clínicas móveis e a comunicação geral entre diferentes organizações de VBG** como pontos fortes. Como descreveu um dos participantes:



■ Tivemos alguns projectos [de 4 a 5 organizações] nas mesmas áreas [geográficas]... para responder à VBG. Assim, tivemos uma organização a trabalhar especificamente na área da saúde mental, outra na sensibilização e outra no empoderamento económico. Portanto, todos esses [serviços] combinados... deram-nos uma resposta mais abrangente."

**ESPECIALISTA EM VBG**

Por outro lado, a **integração insuficiente dos serviços** e o **trabalho isolado dos parceiros** foram citados como justificações para a falta de eficácia na coordenação. Um dos informantes-chave afirmou:

■ Os desafios que permanecem são a ausência de um único local onde a sobrevivente possa ter acesso a todos os serviços. Porque ela tem de ir ao centro de saúde, depois tem de sair e ir à polícia, sair novamente e ir ao Departamento de Acção Social. Isto torna o processo exaustivo, porque ela tem de se deslocar a muitos lugares e a probabilidade de desistir é muito alta. Portanto, ainda precisamos de uma unidade central de atendimento."

**ESPECIALISTA EM VBG**

## OBJECTIVO 3

### Prevenir a transmissão/reduzir a morbilidade e a mortalidade devidas ao HIV e a outras ISTs

De forma geral, **as tendências de prevenção e tratamento de ISTs e HIV são encorajadoras em Cabo Delgado**, apesar do conflito. Seis unidades (86%) relataram ter Procedimentos Operacionais Padrão ou protocolos para o encaminhamento de pacientes com ISTs. Todas as unidades da amostra (n=7, 100%) oferecem ARVs a utilizadores contínuos, trabalham com protocolos de ARVs, oferecem ARVs a mães e bebés nas enfermarias de maternidade, oferecem profilaxia com co-trimoxazol a pacientes infetados pelo HIV para combater infeções oportunistas e realizam a gestão sindrómica das ISTs. No que diz respeito aos grupos vulneráveis que procuram

serviços de tratamento para HIV ou ISTs, todas as unidades (n=7, 100%) relataram oferecer esses serviços de tratamento a adolescentes; no entanto, todas exigem consentimento parental para o acesso a esses serviços (ou seja, para utilizadores com menos de 18 anos).

A gestão clínica do HIV foi apontada como uma das forças do sistema de saúde, particularmente a disponibilidade de autotestes e de tratamento profilático pré-exposição, bem como a supressão da carga viral e da transmissão vertical. Até 74% dos provedores (n=17) relataram ter administrado ARVs para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho (PMTCT) nos últimos 3 meses. Além disso, 91% dos provedores (n=21) acreditam (1) que é fundamental testar mulheres grávidas para HIV (e iniciar tratamento com ARVs se o resultado for positivo), independentemente do estado civil da mulher, e (2) que as mães devem amamentar os seus bebés se estiverem a receber tratamento com ARVs. Estes resultados reforçam ainda mais a percepção da importância e da eficácia dos métodos de PMTCT. No entanto, apenas 48% dos provedores (n=11) relataram ter recebido formação sobre PMTCT nos últimos três anos; este aspecto deve ser melhorado para garantir que protocolos actualizados ou diretrizes de tratamento sejam seguidos com qualidade para esta população sensível.

Os provedores e Directores das unidades sanitárias demonstraram, em geral, confiança na sua capacidade de tratar ISTs e HIV, bem como no acesso aos principais insumos. Além disso, 87% dos provedores (n=20) acreditam que o tratamento profilático pré-exposição deve estar disponível ou ser oferecido a todas as pessoas, independentemente da sua orientação sexual ou estilo de vida. Importa salientar que a barreira mais frequentemente mencionada para a programação do HIV, segundo os informantes-chave, é a capacidade de rastrear ou acompanhar os pacientes.

**A distribuição e manutenção de stocks foram consideradas um desafio, e o acesso ao tratamento de ISTs foi relatado como inconsistente** para os utilizadores finais (especialmente homens). Os participantes dos grupos focais mencionaram frequentemente limitações no acesso ao tratamento, nomeadamente (1) o custo dos tratamentos das ISTs (e, raramente, dos ARVs), (2) a necessidade de documentação que comprove o estatuto de deslocado para ter acesso a tratamentos gratuitos, (3) a qualidade dos provedores e (4) a disponibilidade de medicamentos em stock. Tal como em outros serviços associados a outros objectivos,

participantes masculinos e femininos dos grupos focais indicaram que os provedores de saúde fornecem tratamentos fora das unidades sanitárias como forma de complementar os seus rendimentos individuais, o que representa um desafio significativo para a manutenção dos stocks. Importa salientar que os homens foram mais propensos a referir barreiras ao tratamento de ISTs do que as mulheres, conforme descrito por um membro da comunidade:

“ Quando vais a um centro de saúde com HIV, terás acesso aos ARVs imediatamente, mas para infeções como a gonorreia, terás dificuldades em aceder a esse tratamento sem dinheiro. Esses tratamentos vão custar-te entre 300 e 500 Meticais [USD \$4,69-\$7,82]. [Se não pagares], tens de trazer aquela mulher da rua [com quem tiveste relações sexuais] e nem sequer sabes onde a encontrar”.

#### PARTICIPANTE MASCULINO

Uma variedade de soluções de resposta ao HIV foi testada e provou ser valiosa, especialmente diversas formas de envolvimento comunitário; no entanto, são necessárias novas abordagens para ampliar e sustentar esses esforços. Especialistas em HIV relataram amplamente interrupções nos serviços de HIV devido à disponibilidade reduzida de pessoal técnico, ao desvio de recursos para responder às necessidades das pessoas deslocadas internamente (o que resultou na negligência das necessidades dos membros das comunidades de acolhimento), ao (re)deslocamento frequente de pessoas deslocadas internamente, levando à perda de pacientes, à perda ou roubo de stocks essenciais e à vergonha associada a ter de voltar a apresentar-se para receber serviços. Como resultado, foi mencionada uma série de desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com HIV (e pelos seus parceiros sexuais) em Cabo Delgado, particularmente a sua capacidade de gerir o risco de infeção. Por fim, os desafios mais frequentemente citados para a aquisição de insumos essenciais para a prestação de serviços de HIV incluem as restrições financeiras para a compra e distribuição de stocks (agravadas por cortes recentes do Governo dos Estados Unidos), bem como a capacidade de rastrear os stocks de forma eficaz. Como resumiu claramente um dos participantes:

“ O poder económico [já é um desafio], e a logística é cara porque [os centros de saúde] estão distantes. E depois, o destinatário também não está a gerir bem o stock, muito menos a reportar [o que realmente acontece com o stock]. A gestão e a logística são um grande problema..”

#### ESPECIALISTA EM HIV

## OBJECTIVO 4

### Prevenir o excesso de morbilidade e mortalidade materna e neonatal

O apoio ao parto institucional foi muito elevado entre os membros da comunidade, os especialistas em SSR e os representantes do sistema de saúde, como destacado pelas seguintes citações ilustrativas:

“ No hospital é melhor [dar à luz]. Digo isto porque lá recebemos tratamento. As mulheres que vão lá para ter o seu bebé voltam com o bebé nos braços. São bem atendidas e sem complicações.”

#### PARTICIPANTE FEMININA

“ Ter o bebé no hospital é melhor porque, quando se tem um bebé em casa, é arriscado. Não há pessoas formadas para esse trabalho. Corre-se o risco de perder a vida do bebé ou da mãe.”

#### PARTICIPANTE FEMININA

“ Quando elas vão ao centro de saúde para o parto, fico muito satisfeito porque as mulheres são bem tratadas. O bebé e a mãe mantêm-se saudáveis.”

#### PARTICIPANTE MASCULINO

Quando o parto ocorre fora de um centro de saúde, os participantes dos grupos focais explicaram com mais frequência que isso acontece porque as mulheres entram em trabalho de parto à noite (quando o apoio fora do horário normal é abaixo do ideal) ou porque não têm meios financeiros suficientes para pagar o transporte até ao centro de saúde.

**O apoio ao parto institucional foi muito elevado entre os membros da comunidade, os especialistas em SSR e os representantes do sistema de saúde.**



As taxas de formação entre provedores em serviços maternos e infantis que salvam vidas variaram entre 48% e 52%, sendo que metade dos serviços da amostra foram prestados por provedores que não receberam formação nos últimos dois anos. Esta lacuna reflete-se no resultado registado de 38 mortes de recém-nascidos (incluindo nados-mortos) em sete unidades nos três meses anteriores, bem como no feedback qualitativo dos Directores das unidades, que citaram a falta de equipamentos e formação como factores contribuintes. Assim, recomenda-se a actualização da formação dos provedores e a melhoria dos equipamentos para colmatar estes resultados negativos observados.

No entanto, ao analisar os dados de mortalidade materna e infantil por unidade sanitária da amostra, apenas uma morte materna foi registada (e zero mortes relacionadas com aborto inseguro) nos três meses anteriores.<sup>2</sup> Por outro lado, 38 mortes de recém-nascidos (incluindo nados-mortos) foram registadas nas sete unidades no mesmo período. Qualitativamente, dois Directores de unidades relataram a falta de equipamentos para facilitar os cuidados neonatais (como berços e incubadoras) como factor que contribuiu para este resultado. Como descreveu um Director,

“ Os provedores precisam de uma incubadora na maternidade porque há casos de recém-nascidos prematuros que têm de ser enviados para Pemba [a capital provincial de Cabo Delgado] e chegam em estado crítico por causa da distância.”

**DIRECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA**

As tendências identificadas nos resultados de SSR que foram agravadas pela situação de insegurança incluíram mais frequentemente: **(1) o acesso reduzido ao tratamento obstétrico / parto institucional e (2) o fluxo reduzido de insumos e de pessoal treinado.** Segundo informantes-chave, o acesso reduzido a insumos, particularmente no contexto da pandemia de COVID-19, resultou em maiores interrupções nos serviços (especialmente para grupos vulneráveis, como adolescentes), na perda de serviços noturnos e na escassez de materiais para facilitar bons resultados nos partos. Por outro lado, os informantes-chave descreveram o aumento da coordenação (mesmo com parceiros não tradicionais) como uma solução que surgiu para enfrentar os desafios logísticos e de pessoal, o que representa um resultado encorajador. Como explicou um dos participantes:

“ A cadeia de abastecimento para as zonas sem conflito é fluida e funciona normalmente. Mas, para as zonas de conflito, contamos com o apoio do Ministério do Interior [que supervisiona a polícia]... e algumas organizações, como os Médicos Sem Fronteiras, também nos apoiam com envios.”

**ESPECIALISTA EM SSR**

No que diz respeito aos cuidados de aborto seguro, os participantes masculinos dos grupos focais dividiram-se de forma equilibrada entre duas opções: recorrer a um centro de saúde para interromper a gravidez ou recorrer a ervas com um curandeiro tradicional para o mesmo fim. Importa salientar que vários homens referiram que a opção tradicional de interrupção da gravidez pode ser mais comum quando as mulheres não têm meios financeiros para pagar por um aborto seguro num centro de saúde. Como descreveu um dos participantes:

“ Ela tem de arranjar meios para ir a um centro de saúde fazer o aborto. Se não conseguir, irá aos anciãos da comunidade para obter raízes tradicionais.”

**PARTICIPANTE MASCULINO**

Por outro lado, as mulheres relataram mais frequentemente que as grávidas continuarão com a gravidez (com duas mulheres a mencionarem casos de tentativa ou de infanticídio bem-sucedido que ocorreram nas suas comunidades logo após o parto). **Poucas mulheres relataram que recorrer a um centro de saúde para um aborto é uma opção**, e ainda menos admitiram ter qualquer conhecimento sobre métodos tradicionais de aborto. Como comentou brevemente uma mulher:

“ Não há opção. [A gravidez já] aconteceu.”

**PARTICIPANTE FEMININA**

Estes resultados são apoiados por dados dos inquéritos aos provedores, que indicam que os provedores receberam formação sobre cuidados de aborto seguro com mais frequência do que a sua aplicação recente.

Por fim, os especialistas em SSR foram questionados sobre as principais características que definiram a SSR durante o conflito, bem como as principais características da resposta ou prestação de serviços de SSR. De forma geral, **o acesso a cuidados especializados de saúde materno-infantil, assim como o acesso ao aborto seguro, foram descritos como dois dos principais desafios de SSR enfrentados pelas mulheres** em Cabo Delgado. Vários especialistas em SSR descreveram esta situação como uma limitação relacionada com os recursos humanos, com um informante-chave a explicar:

“ Estão a ser cobradas taxas ilegais. Porque o aborto é gratuito no centro de saúde, mas sabem que as pessoas estão desesperadas. Não querem que [os pacientes] saibam [que o serviço é gratuito]. Então, se uma enfermeira lhes disser que pode resolver o problema, acabam por ir lá... [e] acabam por pagar. Ou vão à comunidade fazer um aborto inseguro.”

**ESPECIALISTA EM SSR**

Outro especialista descreveu:

“ Actualmente, as enfermarias neonatais estão... disponíveis apenas nos grandes hospitais, mas os bebés prematuros não nascem apenas nos grandes hospitais... Portanto, a gestão desses bebés deixa muito a desejar. Deixe-me dizer, estamos a fazer apenas 10% do que o bebé precisa... Em todo Cabo Delgado, temos apenas dois especialistas em pediatria.”

**ESPECIALISTA EM SSR**

Importa destacar que os provedores apoiam fortemente a formação de agentes polivalentes elementares para prestarem intervenções essenciais de saúde materna e neonatal e de planeamento familiar (83%, n=19).

## OBJECTIVO 5

### Prevenir gravidezes indesejadas

De forma geral, a disponibilidade e o acesso ao planeamento familiar são inconsistentes, e a formação dos provedores é abaixo do ideal, particularmente no que diz respeito aos métodos de longa duração. O acesso dos membros masculinos da comunidade a métodos de planeamento familiar, como os preservativos, é afectado por esquemas ilícitos de certos provedores de SSR e pelo stock inadequado resultante dessas acções. O envolvimento dos jovens no planeamento familiar também requer atenção adicional, assim como a sensibilização sobre a contracepção de emergência.

O volume de métodos de planeamento familiar distribuídos variou significativamente entre as unidades sanitárias, dependendo do método (sendo a contracepção de emergência e os métodos de longa duração, como o DIU e o implante, os menos comuns, e as injeções e os preservativos masculinos, os mais comuns). O gráfico seguinte destaca o número médio de utilizadores por método nas unidades da amostra.

## FIGURA 2

### Número médio de utilizadores por método (nas unidades que actualmente oferecem o método)

■ Número médio de pacientes por método

Contraceptivos injetáveis	960
Preservativos masculinos	788
Pílulas contraceptivas orais	692
Preservativos femininos	593
Implantes	26
Pílulas contraceptivas de emergência	15
DIU	5

Todos os métodos de planeamento familiar estão disponíveis para adolescentes em 5 das 7 unidades (71%), não estando o DIU disponível nas duas unidades restantes.<sup>3</sup> Além disso, em cinco unidades (71%) é exigido consentimento parental para que os adolescentes tenham acesso a qualquer método de planeamento familiar. Importa salientar que os provedores apoiam a educação dos jovens sobre temas de SSR (96%, n=22), e 100% dos provedores relataram sentir-se confortáveis em fazê-lo.

Tal como nos objectivos anteriores, **os serviços de planeamento familiar são considerados acessíveis** para utilizadores finais com deficiência em 4 unidades (57%). Além disso, o envolvimento através de enfermeiras treinadas em saúde materno-infantil tem ocorrido recentemente (ou seja, nos últimos dois meses) em todas as sete unidades (100%); os temas abordados incluíram apresentações sobre os benefícios dos métodos de longa duração, o uso correto de métodos específicos e as vantagens e desvantagens de vários métodos.

Os inquéritos aos provedores e a análise documental indicam que a formação e a experiência em inserção/remoção de DIUs e implantes são as mais baixas entre os métodos de planeamento familiar. Isto reflete-se no baixo número médio de pacientes que utilizam DIUs (cinco por unidade) e implantes (26 por unidade), bem como nos relatos dos participantes dos grupos focais sobre dificuldades no acesso a estes métodos. Recomenda-se o reforço da formação dos provedores nestas áreas para melhorar o acesso e as taxas de utilização, conforme evidenciado pelo feedback de provedores e da comunidade. A maioria dos provedores expressou que os métodos de planeamento familiar devem estar disponíveis para todas as mulheres que os desejem (87% de concordância, n=20) e que as mulheres devem poder escolher o método que preferem (91% de concordância, n=21).

Os participantes dos grupos focais foram questionados sobre os métodos mais comuns utilizados nas suas comunidades, bem como sobre a percepção do nível de dificuldade em aceder a esses métodos. Os participantes masculinos foram mais propensos a referir os preservativos, o implante e a injeção, enquanto as participantes femininas falaram principalmente sobre as pílulas e a injeção. Os homens estavam bastante divididos quanto à percepção da facilidade de acesso (com frequentes divergências sobre os métodos que são difíceis de aceder, dependendo da localização do participante); as participantes femininas, em geral, convergiram na ideia de que o acesso ao planeamento familiar não era muito difícil (exceto algumas mulheres que relataram dificuldades quando desejavam remover o

implante). De forma geral, estes resultados indicam que o acesso a métodos específicos é altamente variável, especialmente para os homens. Por fim, os participantes dos grupos focais foram questionados especificamente sobre o seu conhecimento acerca da contracepção de emergência. Em toda a amostra dos grupos focais, apenas uma participante feminina tinha ouvido falar deste método.

## OBJECTIVO 6

### Planear serviços abrangentes de SSR integrados nos cuidados de saúde primários o mais rapidamente possível com os parceiros do Cluster de Saúde, a fim de abordar os seis blocos do sistema de saúde

Há um desafio inerente ao Objectivo 6 em Moçambique: **o estado do sistema de saúde antes do início do conflito já estava abaixo do ideal.** É um desafio restaurar um sistema de saúde ao seu estado operacional pré-conflito quando essa capacidade operacional já era significativamente deficiente em termos dos blocos constituintes do sistema de saúde. Isto levanta, em última análise, a questão de como o MISP pode e deve ser eficaz como resposta a crises num contexto como o de Moçambique (em contraste com a forma como pode ser utilizado como uma ferramenta de desenvolvimento). Um dos informantes-chave resumiu este objectivo ao afirmar:

■ *Durante a implementação do MISP, planeia-se a integração no Serviço Nacional de Saúde... O MISP não é um processo independente, no qual se implementa [o pacote] e se deixa de fazer outras actividades. Estamos numa... crise generalizada... sempre que surge uma situação, implementamos os serviços básicos ou iniciais e, à medida que recuperamos, integramos outros serviços... Consideramos realmente a integração na resposta como um objectivo."*

#### ESPECIALISTA EM SSR

De forma geral, foi difícil para os informantes-chave distinguir o que o MISP está especificamente a fazer para alcançar os seus objectivos do que está a ser feito em termos gerais na SSR. Apesar das várias emergências em Moçambique, a resposta humanitária

parece ser frequentemente reinventada para responder às necessidades directas causadas por cada emergência. Esta estratégia é particularmente direccionada para desastres naturais (em vez de desastres provocados pelo homem), conforme descrito por um dos informantes-chave:

■ *O Ministério da Saúde exige que a logística de final de ano seja adaptada às doenças desse período, por exemplo, o número de casos de doenças diarreicas [ou] o número de casos de malária... Portanto, os [distritos] têm de estar atentos... [para poderem] responder a situações de emergência [causadas por]... desastres naturais."*

**ESPECIALISTA EM SSR**

A actualização contínua da estratégia de resposta coloca em risco a implementação dos objectivos do MISP (de forma a que outras prioridades possam ser abordadas primeiro). No entanto, a força da coordenação e a experiência prolongada do conflito em Cabo Delgado trouxeram melhorias em áreas como a logística. Em conjunto, estas características são encorajadoras para o Objectivo 6; contudo, recomenda-se priorizar a integração adicional dos objectivos do MISP nos comités de planeamento de desastres.

Os informantes-chave apresentaram opiniões diversas sobre a adequação dos kits do MISP para responder às necessidades de SSR conforme planeado. Por um lado, os kits foram descritos como diversificados e acompanhados de "formação... informação... [e] supervisão para acompanhar como [eles] são utilizados" (Especialista em SSR). Por outro lado, alguns especialistas descreveram os kits como carecendo de soluções-chave segundo as necessidades definidas pelo Ministério da Saúde e como não estando alinhados com as normas nacionais ou necessidades locais. Como explicou um dos participantes:

■ *Eles enviam materiais para algumas... áreas e não cumprem com os requisitos do Ministério.... Estamos a encontrar vancomicina em centros de saúde [de níveis inferiores]... [e] os kits enviados para a maternidade não têm tetraciclina oftálmica. [Além disso], quando a oxitocina é administrada lá, são 10 frascos. Dez frascos são apenas para uma mulher."*

**ESPECIALISTA EM SSR**

Os informantes-chave também estavam divididos sobre o quão suficiente tem sido a formação dos provedores de saúde ao longo do conflito. Alguns especialistas em SSR explicaram que existem enfermeiros que receberam formação específica para emergências, bem como técnicos e outros membros da equipa que receberam formação sobre como trabalhar especificamente com pessoas deslocadas internamente (IDPs). As áreas de formação consideradas insuficientes incluem o apoio psicossocial para ajudar os utilizadores a lidar com os efeitos do conflito, a gestão integrada de casos face aos relatos de aumento de agressões sexuais e a forma de trabalhar com jovens durante o conflito.

No que diz respeito à gestão da informação em saúde, os informantes-chave acreditam, em geral, que o registo de indicadores está a ser realizada de forma adequada; no entanto, existem algumas preocupações quanto à forma como os dados são recolhidos e como captam as experiências das pessoas deslocadas internamente. Os principais desafios para a gestão de stocks de SSR foram identificados como (1) financiamento suficiente (e nacional) para insumos essenciais e (2) capacidade de rastrear ou registar correctamente o movimento de insumos.

Os especialistas em SSR descreveram com entusiasmo estratégias eficazes de envolvimento comunitário actualmente utilizadas para apresentar temas de SSR, incluindo palestras comunitárias, mobilização de activistas treinados, radionovelas pré-gravadas, envolvimento com líderes religiosos, clínicas móveis, espaços seguros e comités de saúde. As limitações dessas estratégias de envolvimento comunitário foram definidas como lacunas na coordenação entre vários parceiros (incluindo parceiros locais, como líderes comunitários, comités de saúde e parteiras tradicionais) e a apropriação ou sustentabilidade dos esforços baseados na comunidade.

Quando questionados sobre as suas "listas de desejos" para as suas unidades, os Directores partilharam uma combinação de **necessidades de infraestrutura** (como áreas dedicadas a serviços para jovens, fontes de água melhoradas ou presentes no local, áreas para cuidados neonatais, novas casas de banho para visitantes e provedores e fontes de eletricidade melhoradas), **insumos e equipamentos** que facilitem os serviços (como macas e camas ou colchões e lençóis para a maternidade, produtos de higiene menstrual para adolescentes, kits adicionais de parto seguro, insumos médico-cirúrgicos adicionais, divisórias para garantir privacidade na sala de partos, redes mosquiteiras para as janelas, novos armários, mais **insumos farmacêuticos e médicos** voltados para os pacientes (como compressas), e uma solução de longo prazo para o **acesso ininterrupto à contracepção** (especialmente maior acesso ao implante).

No avanço da integração do HIV nos cuidados primários integrados, é claro que, devido à escala do HIV em Moçambique, o Objectivo 6 já está relativamente no caminho certo. Para sustentar este progresso, financiamento protegido, melhor distribuição de preservativos, planeamento para a protecção de dados em caso de destruição de unidades sanitárias e um envolvimento comunitário consistente foram identificados pelos informantes-chave como prioridades.

Para integrar os serviços de VBG nos cuidados primários integrados, o envolvimento comunitário consistente, a recolha e gestão precisas de dados e a formação ampla da linha da frente foram identificados como prioridades. Além disso, Códigos de Conduta tanto ao nível humanitário como ao nível dos líderes comunitários foram consideradas componentes essenciais para capacitar os membros da comunidade (o que, por sua vez, permitirá o acesso a serviços de VBG de qualidade a longo prazo). Por fim, para que os serviços de VBG sejam eficazes a longo prazo, a gestão de casos que inclua um acompanhamento persistente e coordenação entre sectores deve ser priorizada.

Finalmente, **acredita-se amplamente que a SSR já está integrada nos serviços tradicionais de cuidados primários.** Os informantes-chave relataram geralmente que as leis e políticas de Moçambique são favoráveis aos resultados de SSR, o que facilita os objectivos do MISP. No entanto, os informantes-chave foram claros ao afirmar que uma ampla gama de eventos nacionais e internacionais tem a capacidade de influenciar o progresso da SSR. Por exemplo, cortes de financiamento pendentes por parte do Governo dos Estados Unidos foram frequentemente citados como um desafio que afectaria o transporte de materiais essenciais, a disponibilidade

de insumos e os recursos humanos.<sup>4</sup> Vários parceiros sugeriram esforços adicionais de sensibilização sobre o MISP como uma forma de manter o progresso apesar destes desafios e da variedade de emergências que Moçambique enfrentou (e continuará a enfrentar). Como explicaram alguns dos participantes:

“ Não sei até que ponto todas estas organizações que implementam acções de SSR e de saúde materno-infantil beneficiaram de formação [sobre o MISP]. É necessário garantir que todas estas organizações recebam formação sobre o MISP.”

**ESPECIALISTA EM SSR**

“ A VBG [por exemplo]: a violência não ocorre apenas em situações de conflito. Ela é exacerbada no conflito. Por isso, acho que já poderíamos ter os [kits] regularmente, realizar estas formações, estas reuniões... e tudo o mais para continuar a capacitar as comunidades e até ter [uma boa resposta] numa unidade sanitária ‘normal’..”

**ESPECIALISTA EM SSR**

No geral, devido às características da prestação de serviços de SSR, VBG e HIV, o Objectivo 6 já está em andamento em Cabo Delgado. No entanto, o estado inicial do sistema de cuidados primários em Moçambique apresenta desafios inerentes que devem ser abordados através de um investimento adicional na infraestrutura do sistema de saúde.



# Conclusão

---

Dado que o sistema de saúde moçambicano enfrenta frequentemente emergências causadas tanto por acções humanas como por factores climáticos, agravadas pelo estado precário do financiamento do sector da saúde, pelos seus historicamente desafiantes indicadores sociais e de saúde específicos e pelo seu estatuto geral como sistema de saúde em desenvolvimento, o MISP mantém a sua relevância. No entanto, esta realidade também torna difícil o estabelecimento de planos de transição (especialmente porque outra emergência pode surgir a qualquer momento). Além disso, o MISP está a ser utilizado como uma ferramenta de desenvolvimento em vez de uma ferramenta de resposta a emergências no contexto moçambicano. Consequentemente, é difícil para os informantes-chave distinguir a abordagem do MISP como uma ferramenta de resposta aguda quando os objectivos que aborda exigem essencialmente sempre financiamento, formação e apoio técnico adicionais.

A coordenação é amplamente considerada eficaz durante o conflito, o que é encorajador. Este resultado indica que o Objectivo 1 foi amplamente alcançado. Os Objectivos 2 e 5 parecem ter necessidades agudas contínuas (particularmente no que diz respeito ao rastreamento de stocks e outras questões de manutenção). Em contraste, partes dos Objectivos 3 e 4 são consideradas cumpridas pelos membros da comunidade (mas não necessariamente pelos provedores de saúde). Importa salientar que existe claramente uma narrativa dupla em relação ao custo dos serviços: os membros da comunidade (especialmente os homens) relatam frequentemente a necessidade de pagar (ainda que de forma não oficial) por insumos essenciais relacionados com planeamento familiar, aborto seguro e tratamento de ISTs. Ao mesmo tempo, os representantes do sector da saúde descrevem estes serviços como sendo gratuitos. Por fim, o planeamento eficaz e as estruturas existentes

associadas ao Objectivo 6 estão bem encaminhados, mas os esforços de “transição” são consistentemente dificultados pelo volume de desafios que o sistema de saúde local enfrenta (tanto em períodos sem emergência, como após cada emergência causada por factores climáticos ou por acções humanas que Cabo Delgado tem recentemente experienciado).

A consciencialização sobre o MISP é amplamente teórica entre as partes interessadas e, por conseguinte, muitas vezes é confundida com os objectivos que pretende alcançar. Assim, é difícil atribuir ganhos importantes relacionados com estes objectivos a intervenções específicas do MISP. Descrições detalhadas sobre o conteúdo dos kits e/ou sobre a formação em MISP não foram comuns, nem detalhes sobre planos de transição. Por fim, os kits de saúde reprodutiva foram descritos como geralmente úteis, mas também demasiado caros e demasiado padronizados para as necessidades específicas de cada unidade sanitária (e para as necessidades mais amplas do sistema de saúde).

Embora o MISP permaneça relevante na província de Cabo Delgado afectada pela crise em Moçambique, a sua implementação é limitada por emergências persistentes, subfinanciamento crónico e desafios sistémicos dentro do sistema de saúde. O pacote tem servido como uma ferramenta que possibilita uma forte coordenação entre os diferentes actores do sistema e mantém serviços essenciais de SSR, HIV e VBG. Ainda assim, lacunas em recursos, infraestrutura e integração reduzem o seu impacto. Para maximizar o seu valor, o MISP deve evoluir de uma ferramenta orientada para o desenvolvimento para um mecanismo de resposta a emergências mais prático e bem financiado, implementado para responder às necessidades complexas das populações vulneráveis.

# Recomendações

Os participantes dos grupos focais solicitaram, de forma geral, a **melhoria da qualidade dos serviços nas unidades sanitárias** (incluindo mais privacidade e melhor prestação de serviços para jovens), **maior disponibilidade de métodos de planeamento familiar** (incluindo menos ruturas de stock e serviços que sejam realmente gratuitos) e **serviços adicionais de SSR baseados na comunidade** (incluindo serviços dentro dos campos de deslocados internos e maior acesso à contracepção de emergência). As citações seguintes destacam estas recomendações:

“Gostaria de pedir um centro de saúde aqui nesta comunidade e mais projectos para nos apoiar financeiramente, para que possamos comprar os medicamentos que são vendidos nos centros de saúde.”

**PARTICIPANTE MASCULINO**

“Gostaria de pedir uma sala de consulta mais isolada e com privacidade, onde possam atender pessoas que queiram aceder ao planeamento familiar, denunciar casos de violência e tratar ISTs.”

**PARTICIPANTE MASCULINO**

“Gostaria que trouxessem aquelas pílulas [de que falámos]... para não engravidar depois de uma relação sexual sem protecção.”

**PARTICIPANTE FEMININA**

“Como disse a minha colega aqui, [eu diria] que, no hospital, quando formos, nos tratem bem. Quando lá chegamos... ficam zangados connosco, como se fôssemos crianças.”

**PARTICIPANTE FEMININA**

Embora existam evidências, com base na análise documental, de que o Governo adaptou alguns dos seus planos e esforços de coordenação para incluir elementos do MISP, a evidência deste envolvimento não é generalizada.<sup>5</sup> Para resultados futuros, o MISP precisa de estar melhor integrado no planeamento de desastres através do envolvimento com as autoridades nacionais do sector de Preparação para Desastres (INGD). Estes esforços de integração devem incluir a incorporação do MISP no orçamento de emergência e no planeamento anual do sector da saúde.

Além disso, as principais partes interessadas precisam de estar melhor informadas sobre as intervenções concretas que o MISP trouxe ao sector da saúde moçambicano. Esta consciencialização deve ser prioritária entre os decisores governamentais, tendo em conta as normas e tendências estabelecidas do contexto moçambicano. Com essa consciencialização, os actores da SSR podem ser defensores mais fortes do MISP se a sua implementação continuar em Moçambique. Além disso, este tipo de advocacia pode incorporar os objectivos do MISP no planeamento estratégico, o que pode devolver-lhe a função de ferramenta de resposta a emergências (em vez de ferramenta de desenvolvimento). Uma das melhores soluções para alcançar isto inclui a formação dos provedores no terreno, dos pontos focais e das autoridades governamentais sobre o MISP.

Um padrão de utilização paralelo emergiu entre os participantes masculinos e femininos dos grupos focais, em que os homens parecem estar menos envolvidos pelos centros de saúde no que diz respeito aos serviços de SSR; estes também são mais propensos do que as mulheres a relatar barreiras no acesso a tratamento ou serviços. Estas tendências manifestam-se não apenas em taxas de utilização mais baixas, mas também em percepções mais negativas sobre a acessibilidade dos serviços de SSR (e HIV), e, por isso, devem ser revertidas. Embora as taxas de utilização de SSR entre mulheres sejam encorajadoras,

os desafios relacionados com a manutenção do stock de planeamento familiar são evidentes; a manipulação de stocks e a distribuição inadequada devem ser combatidas para proteger as atitudes e crenças positivas que as mulheres da comunidade têm em relação aos serviços de SSR. Assim, os planos de gestão de stocks, juntamente com a formação e supervisão associadas, continuam a ser necessários.

Segundo os informantes-chave, a coordenação é considerada forte. No entanto, alguns acreditam que os esforços de coordenação diminuíram à medida que o conflito se prolonga. Além disso, a coordenação dentro das especialidades (ou seja, nos grupos de SSR) é mais frequente e geralmente mais forte do que entre especialidades (ou seja, entre os grupos de SSR e VBG). Estes esforços devem ser constantemente reforçados, especialmente tendo em conta a situação financeira precária do sector da saúde.

## Recomendações específicas adicionais fornecidas pelos participantes, por objectivo:

	Implementadores	Cluster de Saúde/Grupo de Trabalho de SSR	Doadores	Ministério da Saúde & Governo
<b>Objectivo 1</b>				
Envolver os jovens e as pessoas deslocadas internamente (IDPs) de forma mais eficaz na prestação de serviços de SSR.	●	●		
Alocar financiamento adicional para a prestação de serviços de SSR, VBG e HIV.			●	●
Promover uma coordenação estratégica (em vez de apenas baseada em necessidades) e garantir o seguimento (especialmente ao nível das unidades sanitárias).		●		
<b>Objectivo 2</b>				
Promover formação entre provedores sobre resposta a agressões sexuais e garantir que essa formação resulte em atitudes mais inclusivas em relação a pessoas casadas e não casadas.	●	●		
Continuar a divulgar mensagens sobre agressão sexual aos membros das comunidades para reduzir o estigma.	●			
Promover a sensibilização sobre as leis relacionadas com a violência sexual.	●	●		●
Promover actividades de empoderamento que abordem a dependência das mulheres em relação aos seus agressores.	●	●		
Integrar mais os serviços de VBG para facilitar a gestão de casos para as sobreviventes.	●	●		●
Continuar a envolver os homens para melhorar os resultados em VBG, HIV e SSR.	●	●		
<b>Objectivo 3</b>				
Actualizar a formação dos provedores em PMTCT.		●		●
Garantir que os preservativos estejam sempre disponíveis nas unidades sanitárias.	●	●		●
Assegurar o acesso a tratamento gratuito e não discriminatório para ISTs.	●	●		●
Desenvolver sistemas de seguimento mais eficazes para pacientes com HIV.	●	●		●
<b>Objectivo 4</b>				
Oferecer subsídios de transporte a mulheres grávidas e a outros utilizadores que vivem longe das unidades sanitárias.	●			●
Concentrar esforços na redução da mortalidade neonatal.	●	●		●
Actualizar a formação dos provedores sobre práticas essenciais de parto seguro e saúde infantil.	●			●
Melhorar o acesso ao apoio fora do horário normal de funcionamento.	●			●
Combater as tendências actuais de amamentação (em que as mães amamentam por períodos mais curtos).	●	●		●
Melhorar o acesso a cuidados especializados de saúde materno-infantil, bem como ao aborto seguro.	●	●		●

Objectivo 5				
Melhorar a distribuição de contracepção de emergência e a sensibilização sobre a mesma.	●	●		●
Melhorar a sensibilização e a experiência com DIUs.	●	●		
Formar mais provedores sobre a inserção e remoção de implantes.	●	●		●
Objectivo 6				
Incentivar o desenvolvimento de sinalização sobre SSR nas línguas locais.		●		●
Melhorar o acesso à eletricidade, água e casas de banho (com estações de lavagem das mãos) nas unidades sanitárias.				●
Padronizar a utilização de registos médicos eletrónicos.	●			●
Incentivar o uso de procedimentos de queixa, especialmente nas unidades sanitárias e através dos comités de saúde.		●		
Reforçar a cadeia de abastecimento de SSR, especialmente através do estabelecimento de financiamento para a movimentação de produtos e da padronização dos processos de encomenda e rastreamento.		●		●
Estabelecer mecanismos de financiamento mais fiáveis e diversificados para a compra e distribuição de stocks (especialmente na ausência de financiamento do Governo dos EUA).			●	●
Eliminar o consentimento parental como requisito para o acesso a serviços de SSR, VBG e HIV.	●			●
Continuar a utilizar de forma eficaz as clínicas móveis.	●			
Utilizar plataformas digitais de forma mais eficaz, especialmente as redes sociais para os jovens e mensagens transmitidas por rádio com líderes religiosos para os adultos.	●			
Capturar a experiência das pessoas deslocadas internamente na recolha de dados.	●	●		
Incentivar os provedores a manter mais a confidencialidade dos pacientes.	●	●		
Garantir que os provedores estejam cientes do âmbito de actuação dos agentes polivalentes elementares (APEs).	●	●		
Melhorar o acesso a sistemas de comunicação para os provedores.	●	●		●

Em conclusão, a compreensão clara do trabalho que está a ser realizado em temas relacionados com o MISP, e do próprio MISP, está abaixo do ideal, o que está provavelmente associado à natureza prolongada do conflito em Cabo Delgado e ao volume de necessidades

que o sistema de saúde enfrenta de forma geral. Embora o MISP seja uma ferramenta de resposta a emergências, em Moçambique, é uma entre muitas intervenções necessárias para responder às vastas necessidades das populações locais.



# Notas finais

---

1. Das 10 organizações representadas nas entrevistas com informantes-chave, 7 (70%) tinham pelo menos um colega que alguma vez tinha recebido formação sobre o MISP.
2. Houve também 1 unidade sanitária que relatou conhecimento da ocorrência de mortes maternas (mas não registadas) fora das suas instalações (mas dentro da sua área de cobertura) no mesmo período.
3. Ver nota de rodapé anterior.
4. As distâncias podem ultrapassar 80 km (em média) em estradas não pavimentadas.
5. As razões para isso foram (1) falta de demanda e (2) vergonha devido à forma como o método é inserido.
6. Além disso, a pandemia de COVID-19 foi citada como um grande evento que poderia ter impactado negativamente os principais resultados, mas, em vez disso, acredita-se de forma geral que tenha moldado positivamente o sistema de saúde devido às várias lições que trouxe para o funcionamento dos centros de saúde.
7. A análise documental destacou como o Governo adaptou o seu Pacote do Plano Nacional de VBG em Situações de Emergência para incluir referências ao MISP, realizou uma Avaliação de Prontidão para o MISP, melhorou e participou em formações e preparações logísticas, desenvolveu uma parceria entre o UNFPA e o Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres (INGD), e integrou as características do MISP nos Planos Nacionais de Contingência.

