



CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA

Bom Governo - Transparência - Integridade

JUSTIÇA E ANTICORRUPÇÃO

ANTICORRUPÇÃO



04 de Maio de 2026 | Edição nº 03 | Distribuição Gratuita | www.cipmoz.org

Aborto legal no papel, clandestino na prática: o retrato de um sistema de saúde que falha

- Análise sobre a implementação da Lei 24/2019 em algumas unidades sanitárias da Cidade de Maputo



Por: Zanele Chilundo

Introdução:

Os abortos clandestinos em Moçambique revelam uma realidade silenciosa, profunda e inquietante que deixa marcas irreversíveis. Essas marcas são desde lesões graves e deficiências permanentes até à dolorosa impossibilidade de muitas mulheres voltarem a conceber. Isto acontece à margem do olhar público, entre unidades sanitárias públicas e farmácias privadas, longe de qualquer controlo efectivo. As consequências só se tornam visíveis quando já é tarde demais.

Os dados da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo¹ são claros: entre 2023 e 2024, pelo menos 1.311 mulheres deram entrada nos hospitais após procedimentos malsucedidos de aborto. Muitas chegaram em estado crítico, travando uma luta pela própria vida. Entretanto reina um silêncio sobre estes casos: nenhum desencadeou investigações ou denúncias formais. De acordo com os dados oficiais partilhados, houve um aumento de 5,16% num único ano. Estes números referem-se aos casos registados oficialmente, o que sugere que a dimensão real do problema pode ser significativamente maior.

Os custos? Os custos associados ao aborto são modestos e relativamente acessíveis, oscilando entre 1.500 e 6.500 meticais.

A despenalização do aborto tem sido adoptada globalmente como medida de saúde pública e direitos humanos. Em 77 países, a interrupção voluntária da gravidez é legal mediante solicitação da mulher. Contudo, a existência de enquadramento legal não garante, por si só, o acesso efectivo aos serviços, uma lacuna particularmente evidente em contextos de fragilidade institucional e resistência política.²

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes a 2017, mais de 25 milhões de abortos inseguros são praticados anualmente no mundo. Países da Ásia e de África registam as maiores proporções de casos. Um estudo da mesma organização, publicado em 2022, aponta para consequências graves deste fenómeno: que mais de 39 mil mulheres morrem por ano e milhões são hospitalizadas devido a complicações decorrentes de abortos inseguros.³

Os números revelam que a criminalização ou a restrição do acesso ao aborto seguro não elimina a prática, apenas a torna mais perigosa. O problema não é, portanto, a existência do aborto, mas a ausência de condições legais e sanitárias que protejam quem a ele recorre. Esta realidade coloca o acesso ao aborto seguro como uma questão de saúde pública e de direitos humanos, com impacto desproporcionado sobre mulheres em situação de maior vulnerabilidade social e económica.

¹ Cidade de Maputo, como a região com maior disponibilidade de dados estatísticos.

² CNN Brasil. (2023, data e mês). Aborto é legalizado em 77 países mediante apenas solicitação. Disponível: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/aborto-e-legalizado-em-77-paises-mediante- apenas-solicitacao-confira-quais/> (acessado a 01 de Abril de 2026);

³ ONU News. (2017, data e mês). OMS diz que 25 milhões de abortos inseguros são praticados por ano. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/09/1595981> (acessado a 01 de Abril de 2026).

Um ponto de atenção destacado pela OMS é que a maioria das mortes por complicações decorrentes de abortos ilegais, acontecem em países de renda baixa e em populações vulneráveis. Os dados apontam que 60% estão na África e 30% em países asiáticos ^{4,5}

Gráfico 1: Número de casos de abortos clandestinos registados na Cidade de Maputo



Fonte: Serviço de Saúde da Cidade de Maputo

Objectivo

Este texto visa demonstrar as falhas na implementação da Lei 24/2019 de 24 de Dezembro, relativamente à prática do aborto, com foco na Cidade de Maputo. Pretende alertar as entidades de saúde sobre os esquemas de corrupção na prática de abortos nas unidades sanitárias e apelar para um maior controlo.

Metodologia

Esta investigação, realizada entre Maio e Dezembro de 2025, adoptou uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, combinando técnicas de jornalismo investigativo com análise documental da legislação vigente em Moçambique, a revisão de dados secundários do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo e de literatura especializada, a nível internacional.

No trabalho de campo, pesquisadores do CIP fizeram-se passar por pacientes e infiltraram-se em unidades sanitárias públicas e privadas, seleccionadas com base em testemunhos anteriormente recolhidos. Também recorreram a farmácias privadas. No total foram visitadas 10 unidades de saúde e realizadas 5 simulações de procura de serviços em farmácias.

⁴ ONU News. (2022, data e mês). OMS divulga directrizes para melhorar segurança em abortos. Disponível em:<https://news.un.org/pt/story/2022/03/1782252#:~:text=Ag%C3%A2ncia%20destaca%20que%20poderiam%20ser,meninas%20em%20tudo%20o%20mundo> (acessado a 01 de Abril de 2026).

⁵ Os dados da OMS 2017 e 2022, representam uma diferença estatística sobre o número de abortos inseguros, não tendo sido possível obter informação uniforme pela limitação de dados.

Durante as investigações, captaram-se imagens, vídeos e áudios, através de câmaras ocultas, permitindo documentar o funcionamento das redes de aborto clandestino. Foi possível recolher testemunhos de 3 mulheres que recorreram a essas redes. Contou-se ainda com depoimentos de líderes religiosos, antropólogos, organizações da sociedade civil, médicos, enfermeiros e juristas refletidos na reportagem.

Do ponto de vista ético, todas as gravações ocultas foram realizadas em espaços públicos ou comerciais. As entrevistas decorreram nas instalações do CIP, com o consentimento informado das participantes. A identidade de todos os envolvidos foi protegida mediante distorção de imagem e voz e uso de nomes fictícios.

1. Aborto como um direito reconhecido por lei à mulher

O acesso ao aborto constitui um direito sexual e reprodutivo reconhecido desde a lei penal de 2014, (Lei n.º 35/2014 de 31 de Dezembro), e actualmente melhorado através de revisões à lei penal de 2019 (Lei n.º 24/2019 de 24 de Dezembro).

Na Lei de 2014, o aborto por iniciativa da mulher era criminalizado em qualquer fase da gestação, sendo enquadrado como crime contra a vida. Com a revisão introduzida pela Lei de 2019 passou a ser reconhecido o direito da mulher interromper a gravidez por sua iniciativa até 12 semanas de gestação, passando o enquadramento jurídico a incidir sobre a tutela da vida intrauterina. Isto é, deixou de tratar o aborto apenas como um crime genérico contra a vida e passou a focar-se especificamente na protecção jurídica da vida em formação no útero.

1.1. Análise comparativa das leis: Lei n.º 35/2014 de 31 de Dezembro e revisão da Lei penal n.º 24/2019 de 24 de dezembro

a) Lei n.º 35/2014, de 31 de Dezembro

A Lei penal de 2014 estabelecia, no artigo 166, que o aborto era considerado crime, mesmo quando realizado por iniciativa da mulher e em qualquer fase da gestação. Nos termos desta lei, o aborto integrava o conjunto de crimes contra a vida, sendo punido com pena de prisão até um ano a quem induzisse a mulher à sua prática, com ou sem o seu consentimento.

A lei previa, contudo, excepções. O aborto não era punido quando realizado por um médico ou por um profissional de saúde habilitado, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde e com o consentimento da gestante, nos casos em que houvesse risco para a saúde da mulher devidamente comprovado.

Segundo a lei penal de 2014, o aborto podia ser realizado (aborto não punível artigo 168): quando se observasse “... segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina...”:

- a) Risco de vida ou saúde grave e irreversível - sem limite de semanas, quando for o único meio de salvar a mulher;
- b) Risco de vida ou saúde grave e duradoura - permitido até às 12 semanas;
- c) Doença grave ou má-formação incurável do feto - permitido até às 24 semanas, comprovado por ecografia ou meio médico adequado;
- d) Feto inviável ou doença crónica degenerativa - recomendável a todo tempo, sem prazo definido explícito;
- e) Gravidez resultante de violação ou incesto- permitido até às 16 semanas.

b) Lei n.º 24/2019, de 26 de Dezembro

A Lei 24/2019 introduziu mudanças paradigmáticas: (1) reconhecimento do direito à mulher de decidir até 12 semanas; (2) alteração da natureza jurídica para crime contra a vida intra-uterina; (3) aumento da penalização para 3 anos em casos fora da lei.

Isto significa que a mulher pode, por sua iniciativa, interromper a gestação até a 12 semana, desde que o procedimento seja realizado junto de um profissional de saúde competente e com a declaração expressa da mulher dirigida à entidade competente.

Segundo a Lei 24/2019, de 24 de Dezembro, é considerado aborto legal quando (artigo 168):

Requisito	Descrição	Prazo
Consentimento	Declaração escrita da mulher	Mínimo 3 dias antes
Representação	Representante legal (menores/incapazes)	Idem
Autorização médica	Parecer de médico (casos específicos)	Sem prazo fixo
Atestado	Certificado médico	Sem prazo fixo

Estes requisitos aplicam-se nas situações em que a intenção é por iniciativa da mulher gestante até 12 semanas, segundo a alínea e) do artigo 168 do C.P. Mas também /ou quando tenha como fundamento as circunstâncias do artigo 168 do Código Penal, designadamente, a inviabilidade do feto a qualquer momento da gestação, quando haja risco de nascimento com má formação congénita ou doença grave (dentro das 24 semanas), perigo de morte para a mulher grávida e gravidez resultante de violação sexual ou relações de incesto (até 16 semanas).

Todavia, o problema central persiste. Apesar do direito estar legalmente consagrado, as redes de aborto clandestino continuam a operar, em grande medida devido à insuficiente clareza das formalidades e procedimentos a observar, bem como à presença de práticas corruptas que fragilizam o funcionamento do sistema de saúde.

2. Vozes do Silêncio: histórias marcantes de mulheres que se arrependeram de entrar nas redes clandestinas ⁶

Uma investigação do CIP revela um retrato inquietante que persiste em Moçambique: mulheres em idade reprodutiva continuam a recorrer a redes clandestinas onde, mediante pagamentos entre 1.500 e 6.500 meticais, obtêm, não apenas medicamentos abortivos sem prescrição médica, como também acesso a procedimentos cirúrgicos por aspiração, frequentemente realizados em condições de elevado risco.

A investigação dá voz a mulheres de diferentes idades, na Cidade de Maputo, que levadas por circunstâncias adversas mergulharam nesses circuitos ocultos e enfrentaram, na própria pele, as consequências de um sistema de fiscalização que falha em protegê-las.

As fontes indicam que a procura por estes circuitos paralelos decorre, sobretudo, da celeridade do processo e da evasão das exigências burocráticas impostas pelas instituições públicas, não obstante o facto de o procedimento ser, em princípio, gratuito. Ora vejamos:

História 1.

Joana rompeu trompa durante aborto

— **Joana** (Nome fictício) cidadã moçambicana, estudante, de 26 anos de idade e residente na Cidade de Maputo, partilha a sua história com coragem. Em 2023, engravidou e decidiu interromper a sua gravidez por ausência de apoio emocional e afectivo do seu parceiro. Ela temia profundamente o abandono e o julgamento da sua família.

⁶ Como forma de proteger as fontes, foram usados nomes fictícios para garantir o anonimato das vítimas.

Conta que tentou seguir o caminho legal para interromper a gravidez no Centro de Saúde 1º de Maio, na Cidade de Maputo. No entanto, segundo relata, os profissionais explicaram-lhe que precisaria de apresentar uma carta formal declarando a sua intenção, submeter-se a exames médicos e aguardar pelo parecer do hospital. Diante do procedimento, Joana decidiu não prosseguir. Ela explica que considerou o processo demasiado longo e temia ultrapassar o limite legal de 12 semanas de gestação, prazo estabelecido pela legislação moçambicana.

Numa via mais curta, procurou pelo apoio de uma amiga que lhe apresentou a uma enfermeira disposta a fazer o aborto, de forma clandestina, pelo preço de 3 mil meticais. O preço era acessível para ela. Imediatamente aceitou pagar e submeter-se ao processo.

Joana recorreu ao aborto medicinal através de redes clandestinas, mas o procedimento resultou em complicações graves. Forçada a procurar ajuda médica, recebeu assistência que revelou a gravidade da situação: o aborto mal realizado comprometeu significativamente a sua fertilidade, reduzindo em 50% as suas chances de engravidar. Hoje, Joana, já casada, admite que se arrepende de ter recorrido a essas redes clandestinas. O trauma não se limitou ao físico; foi também uma batalha emocional intensa. Determinada a recuperar a esperança, viajou para a África do Sul onde passou por uma cirurgia de reparação das trompas, um procedimento que representa, não apenas a reconstrução de seu corpo, mas também a reconquista da sua dignidade e do sonho de maternidade.

A história de Joana é um relato de dor, arrependimento, coragem e resiliência. A luta de uma mulher que enfrentou escolhas impossíveis, sofreu as consequências, mas não deixou que a adversidade apagasse a sua esperança.

História 2.

Maria lutou pela vida após aborto malfeito

Maria Cossa (nome fictício), uma jovem de 25 anos, reside na província de Maputo. Maria engravidou em Dezembro de 2024, mas não queria manter a gravidez. Ela só descobriu a gravidez com quase 2 meses, tendo buscado informações sobre como fazer um aborto legal e seguro. Mas, ao longo das suas consultas descobriu que o processo era acompanhado por burocracia excessiva e lentidão.

Procurou pelos serviços clandestinos dentro do Hospital 1º de Maio onde pagou a quantia de 3500 meticais por um aborto medicinal e sem qualquer exame.

Dias após o procedimento, Maria começou a expelir grandes coágulos de sangue, acompanhados de hemorragias intensas. Percebendo o risco à sua vida, tentou contactar a enfermeira que havia realizado o aborto, mas não obteve resposta. Sozinha em casa, ela acabou por desmaiar e só recebeu socorro horas

depois. Foi levada às pressas ao Banco de Socorros do Hospital Geral de Mavalane, onde recebeu atendimento de emergência e permaneceu internada por vários dias.

Os médicos alertaram que se tivesse permanecido mais tempo sem assistência, poderia ter morrido devido à gravidade da hemorragia. Durante o tratamento, Maria descobriu feridas no útero, consequência directa do procedimento mal realizado, e enfrentou ainda a necessidade de pagar subornos a alguns técnicos de saúde para garantir a continuidade do cuidado médico.

O caso de Maria evidencia, não apenas os riscos físicos de procedimentos realizados fora do sistema legal, mas também a vulnerabilidade e exploração enfrentadas por mulheres que buscam interrupções de gravidez sem acesso seguro. Alguns técnicos de saúde descrevem o processo legal como complexo, excessivamente burocrático e demorado como forma de pressionar as mulheres a recorrerem a abortos clandestinos. Na realidade, embora o processo legal seja burocrático, ele pode ser concluído em poucos dias.

História 3.

O dia em que o feto foi expelido no balde

Carla António, nome fictício, de 33 anos, também vive em Maputo. Em 2024, decidiu recorrer ao aborto por não se sentir pronta para ter mais um filho. Carla também recorreu à rede clandestina, no Centro de Saúde de Xipamanine (Hospital da CETA). Pagou 3.500 meticaís por comprimidos abortivos a uma enfermeira.

Carla relata que apesar de apresentar sangramentos, os sintomas da gravidez continuaram. A enfermeira que a acompanhava aconselhou-a a realizar uma “raspagem”, mas que para tal seria necessário um pagamento adicional de 5.000 meticaís, valor que seria repartido entre os outros técnicos envolvidos no procedimento.

Carla conseguiu reunir o valor, conforme combinado, e dirigiu-se ao hospital. Teve de aguardar até que uma equipa da Inspeção deixasse as instalações para ter acesso à sala de parto onde o procedimento iniciou, sem qualquer exame prévio, expondo-a a riscos graves. Carla conta que depois de tomar os comprimidos, a enfermeira iniciou a intervenção. Entretanto Carla teve dificuldades no processo o que levou a que só fosse concluído na sua residência.

“Meteu o bico de pato e ela disse ‘umnh’, eu perguntei o que foi, ela disse nada. Não conseguiu. Tirou e meteu outro. Saiu pouco. Depois disse, não está a sair. Eu disse uma vez que já começaste tens de continuar, alguma coisa deve acontecer. Aquilo dói muito mais que um parto.”, revelou Carla.

Na sua residência, o processo foi concluído com mais uma dose de comprimidos abortivos administrados pela enfermeira no hospital.

E revela: “Num dos dias seguintes, depois de jantarmos, já nem conseguia levantar, eu só chorava de tanta dor que sentia, pedi que me levasse ao quarto e deixasse-me sozinha. A enfermeira só dizia para manter a calma e continuar a tomar comprimidos. Eu duvidava que chegaria viva no dia seguinte.... Tentei apanhar sono, mas quando aquela dor chegava, aquilo não vinha para brincar. Sentei no balde e só assustei com o barulho de um grande coágulo que caiu no balde, que saiu acompanhado de muito sangue. Fiquei muito assustada...mas eu não parava de olhar de tanto não acreditar que pudesse ver algo tão grande quanto o que vi no balde - o feto foi expelido”.

O relato de Carla demonstra a gravidade e os riscos de procedimentos clandestinos, revelando como a desinformação, a pressão financeira e a falta de supervisão médica podem transformar um processo já delicado em uma experiência dolorosa e perigosa, com consequências emocionais profundas. Casos como o de Carla reforçam a necessidade urgente de acesso a serviços de saúde seguros e regulamentados, capazes de proteger a vida e a dignidade das mulheres.

2.1. Contornos das negociações

Para além de relatos de algumas mulheres vítimas do sistema, o CIP realizou uma investigação no campo para compreender de perto como funcionam os esquemas do aborto ilegal. A investigação foi feita junto de farmácias privadas, que vendem os fármacos abortivos sem qualquer prescrição médica e com técnicos de saúde dispostos a realizar o procedimento sem qualquer avaliação médica, sem observação do tempo de gestação mediante o pagamento de valores a partir de 1500 meticais por mês de gestação.

Com notável facilidade, tratando a interrupção da gravidez como uma transação comercial, disse:

Gravação 1:

“...por mês são 1500...um mês só são 1500 meticais...”- afirmou Médica disposta a realizar o procedimento sem qualquer observação, calculado o valor por cada mês de gestação.

Gravação 2:

O outro caso foi de um médico que negociou a realização do procedimento por telefone, cobrou o valor de 2000 meticais para induzir ao aborto.

“... Procura 2000, pode vir amanhã... no centro de Mavalane...”⁷

Casos como estes evidenciam a facilidade com que mulheres e raparigas recorrem a serviços ilegais, expondo a fragilidade do sistema de saúde e a ausência de fiscalização. O cenário revela um quadro

⁷ Gravações ocultas feitas pelo CIP durante as investigações.

alarmante, em que práticas ilícitas prosperam à mercê de quem quiser agir sem controle, colocando vidas em risco e destacando a vulnerabilidade de quem busca cuidados médicos seguros.

2.2. Medicamentos abortivos acessíveis sem receita: “a cumplicidade das farmácias privadas”

Os esquemas vão para além das unidades sanitárias. Envolvem, também, farmácias que aceitam vender medicamentos abortivos sem qualquer prescrição médica, contrariando a lei penal.

A venda de medicamentos sujeitos a prescrição médica em Moçambique é estritamente regulada pela lei 12/2017, de 8 de Setembro⁸, exigindo receita emitida por profissional de saúde licenciado. A comercialização é restrita a farmácias autorizadas, com proibição de venda em mercados informais ou consultórios.

Segundo o artigo 34 da lei 12/2017, são sujeitos a prescrição médica, medicamentos, vacinas, produtos biológicos e de saúde constantes da lista disponibilizada pela ANARME (Autoridade Nacional Reguladora de Medicamentos). E, o *Misoprostol*, medicamento usado para interrupção da gravidez ou para a indução do parto, é uma das medicações sujeitas a esta obrigação, a prescrição médica.

O CIP visitou algumas farmácias na cidade de Maputo onde adquiriu os fármacos abortivos sem qualquer dificuldade ou exigência de receita médica. O que era exigido era o dinheiro, apenas o dinheiro para ter acesso ao *kit* abortivo.

Simuladora: “É que nos falaram de 1500 meticais, nós não temos dinheiro...”

Farmacêutica: “... não vendemos sempre, porque só vendemos sob receita médica, eu devia-vos mandar ao hospital...”



Fonte: imagem capturada durante uma gravação oculta feita na farmácia

⁸ Lei de medicamento, vacinas e outros produtos biológicos para o uso humano e revoga a Lei n.º 4/98, de 14 de Janeiro).

3. Autoridades negam o de desvio de kits abortivos - medicamentos desaparecem sem deixar rastros

Os Serviços de Saúde da Cidade de Maputo e a Autoridade Reguladora de Medicamentos – ANARME, responsável por licenciar, inspeccionar e punir qualquer irregularidade no fabrico, importação, distribuição e venda de medicamentos no sector privado no país, afirmam que medidas têm sido tomadas para garantir que medicamentos sujeitos à receita médica não sejam vendidos sem prescrição.

O Serviço de Saúde afirma ainda que não existem casos de desvio de medicamentos abortivos ou de queixas relacionadas ao desvio de qualquer medicamento sujeito à prescrição médica. No entanto não foi o que o CIP pôde verificar no local.

... *“O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo garante que até hoje nunca deu falta de sequer um kit abortivo dos que já alocou às unidades sanitárias que oferecem estes serviços.”* Mas, contradizendo estas afirmações, a investigação documentou a aquisição de kits abortivos em unidades sanitárias públicas e farmácias privadas, como é o caso de Joana, Maria e as observações de campo realizadas pelo CIP.

O posicionamento da ANARME é semelhante ao da Associação das Farmácias Privadas. Afirmam nunca ter registado nenhum caso ou uma denúncia sequer de dispensa de pílulas abortivas sem prescrição médica.

Num contexto em que o Ministério da Saúde reporta carências recorrentes de medicamentos básicos nas unidades sanitárias⁹, a posição da ANARME suscita grandes reservas. O facto de a instituição afirmar nunca ter registado ou detectado a retirada ilegal de medicamentos do sistema público para abastecer redes clandestinas evidencia fragilidades estruturais nos mecanismos de controlo e rastreabilidade de medicamentos.

A ausência de denúncias pode significar medo de denunciar por parte das mulheres, normalização da prática clandestina pela discriminação e falta de acesso a informação e/ou falta de acesso aos canais efectivos de denúncia.

A grande questão que se levanta é: de onde vieram esses kits? Como foram justificados nos relatórios oficiais os materiais usados de forma clandestina? Não se pode esquecer de alertar que estes são apenas alguns dos muitos casos que ocorrem nas nossas unidades de saúde, o que significa que a fiscalização é fraca ou é quase inexistente.

⁹ DW. (2026). Moçambique: Governo admite falta de medicamentos e material. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/governo-mo%C3%A7ambique-admite-falta-de-alguns-medicamentos-e-material-m%C3%A9dico/a-76151787> (acessado a 01 de Abril de 2026).

4. Quem Fica de Fora: A exclusão dos grupos mais vulneráveis

4.1. Serviço discrimina mulheres e raparigas vivendo com deficiência

Para além do excesso de poder escondido por de trás da falta de clareza dos procedimentos, a insuficiência de informações sobre como e onde ter acesso ao serviço, identificámos um terceiro eixo de barreiras. Prende-se com a exclusão de grupos marginalizados: a falta de inclusão da mulheres e raparigas vivendo com deficiência. Nas unidades sanitárias visitadas, incluindo o Hospital Central de Maputo, não existem meios de divulgação destinados a mulheres com deficiência, como por exemplo a tradução em língua de sinais ou outra forma de divulgação aos grupos mais vulneráveis.

Segundo a Fórum das Associações Moçambicanas de Pessoas com Deficiência (**FAMOD**), nunca obteve registo de mulheres com deficiência que tenham tido acesso aos serviços de interrupção da gravidez. A organização aponta a falta de informação adequada aos grupos como um dos principais desafios de acesso ao serviço.

4.2. Sem informação sem alternativa segura - Fraca divulgação do serviço discrimina mulheres e raparigas em zonas rurais

O **Observatório do Cidadão para Saúde** aponta a falta de informação e a corrupção como uma das principais barreiras para o acesso a um serviço de aborto seguro. Referiu que em cada 10 pacientes, 4 são obrigadas a efectuar pagamentos ilícitos para ter acesso a serviços básicos de saúde. A falta de informação de que o aborto é gratuito e que pode ser realizado em qualquer unidade sanitária leva mulheres e raparigas a aderirem aos serviços clandestinos.

O acesso ao aborto seguro em zonas rurais é severamente limitado pela falta de infraestrutura de saúde, escassez de profissionais treinados e barreiras geográficas/económicas, razão que leva, frequentemente, as mulheres a métodos inseguros. A baixa divulgação da legislação e crenças culturais aumentam o estigma e a demora na busca por assistência, resultando em altas taxas de mortalidade materna.¹⁰

¹⁰ WLSA. (2025). Nas zonas rurais: Divulgação da Lei do aborto seguro continua fraca. Disponível em: <https://www.wlsa.org.mz/revista/nas-zonas-rurais-divulgacao-da-lei-do-aborto-seguro-continua-fraca/#:~:text=Nas%20zonas%20rurais:%20Divulga%C3%A7%C3%A3o%20da,seguro%20continua%20fraca%20%7C%20WLSA%20Mo%C3%A7ambique> (acessado a 01 de Abril de 2026).

5. Considerações finais

Esta investigação demonstra, com evidências concretas, que o direito ao aborto seguro em Moçambique existe no papel, mas permanece inacessível para a maioria das mulheres e raparigas na prática. A Lei 24/2019 representou um avanço histórico ao reconhecer o direito da mulher interromper a gravidez por sua iniciativa até às 12 semanas. Contudo, a existência da lei não se traduziu em acesso efectivo ao serviço, e é nessa distância entre a lei e a realidade vivida que prosperam as redes clandestinas.

As vítimas e o custo humano do sistema

Os testemunhos de Joana, Maria e Carla não são casos isolados. São o rosto humano de um sistema que falha sistematicamente. Joana viu a sua fertilidade comprometida em 50% e teve de viajar à África do Sul para tentar reparar os danos. Maria chegou a desmaiar em casa e esteve à beira da morte por hemorragia. Carla expeliu o feto num balde, sozinha, depois de horas de dor insuportável.

Em todos os casos, o ponto de partida foi o mesmo: a percepção alimentada por informação deficiente, burocracia excessiva e práticas corruptas de que o caminho legal era demasiado lento, exigente ou caro. Os dados da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo confirmam que estas histórias se repetem: ao afirmar que em apenas um ano pelo menos 1.311 mulheres foram hospitalizadas após procedimentos malsucedidos e nenhum destes casos desencadeou investigações ou denúncias formais.

O controlo de medicamentos e a cumplicidade do silêncio

A investigação documentou, com gravações e observações de campo, a aquisição de kits abortivos em unidades sanitárias públicas e farmácias privadas sem qualquer prescrição médica, em clara violação da lei de medicamentos (Lei 12/2017). Perante estes factos, as autoridades respondem com silêncio institucional: a ANARME e o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo afirmam nunca ter registado desvios de medicamentos nem denúncias de dispensa ilegal. Esta posição é insustentável.

Num contexto em que o próprio Ministério da Saúde reconhece carências recorrentes de medicamentos básicos nas unidades sanitárias, a ausência de registos não significa ausência do problema, significa ausência de fiscalização. A questão permanece sem resposta: de onde vêm os kits que chegam às redes clandestinas? Como são justificados nos relatórios oficiais? O silêncio das instituições é, ele próprio, uma forma de cumplicidade.

As falhas legais que alimentam o problema

A principal fragilidade do quadro legal reside não na lei em si, mas na ausência de regulamentação clara sobre a sua aplicação. A lei exige que o pedido de aborto seja apresentado com três dias de antecedência,

mas não estabelece qualquer prazo de resposta por parte das instituições. Esta omissão cria espaço para atrasos que empurram as mulheres para as redes clandestinas, não por escolha, mas por necessidade. O regulamento sobre normas clínicas do aborto, aprovado em 2017, precisa de ser urgentemente actualizado para incorporar prazos de resposta, definição dos locais de realização e mecanismos de responsabilização. Sem isso, a burocracia continuará a ser instrumentalizada como ferramenta de exclusão e pressão sobre as mulheres.

Os grupos que o sistema não alcança

A exclusão é mais profunda para quem já parte em desvantagem. Mulheres e raparigas com deficiência são invisíveis para o sistema: nenhuma das unidades visitadas dispõe de meios de comunicação adaptados, como língua de sinais, conforme afirmou a FAMOD.

Nas zonas rurais, a situação é igualmente grave: a falta de infraestrutura, a escassez de profissionais treinados, o estigma cultural e a ausência de divulgação da lei combinam-se para tornar o acesso ao aborto seguro uma realidade geograficamente condicionada. Os dados estatísticos sobre a corrupção nas unidades sanitárias revelam que a corrupção não é uma excepção, mas uma característica estrutural do sistema.

Face ao exposto, esta investigação aponta para a necessidade urgente de intervenção em várias frentes. No plano legal, é indispensável actualizar o regulamento de normas clínicas do aborto, estabelecendo prazos claros de resposta, definindo os locais de realização e simplificando os procedimentos de acesso sem comprometer as salvaguardas necessárias.

No plano institucional, a ANARME e os Serviços de Saúde devem reforçar os mecanismos de rastreabilidade e controlo de medicamentos sujeitos a prescrição, com responsabilização efectiva dos infractores.

No plano da informação, são urgentes campanhas de divulgação ampla, acessível e inclusiva sobre o direito ao aborto seguro e gratuito, que chegue às zonas rurais, às mulheres com deficiência e a todos os grupos historicamente excluídos.

No plano da fiscalização, as autoridades devem criar canais de denúncia efectivos, seguros e acessíveis, que protejam quem denuncia e garantam investigação e sanção dos casos reportados.

O aborto clandestino em Moçambique não é um fenómeno marginal. É um problema de saúde pública com vítimas identificáveis, perpetuado por um sistema que falha em cumprir a própria lei. Enquanto a distância entre o direito consagrado e o acesso real não for eliminada, as mulheres continuarão a pagar esse preço com o corpo, com a saúde e, em alguns casos, com a vida.

6. Recomendações:

ANARME:

- Reforço dos mecanismos de controlo e rastreabilidade na dispensa de medicamentos;
- Promoção de investigações internas sistemáticas face a indícios de irregularidades nas unidades sanitárias, assegurando a responsabilização efectiva dos envolvidos.

Ministério da Saúde:

- Garantia e expansão de serviços de apoio psicológico dirigidos a mulheres e raparigas vítimas de aborto inseguro;
- Adopção de medidas concretas para assegurar o acesso efectivo aos serviços de interrupção voluntária da gravidez para todas as mulheres, incluindo grupos vulneráveis;
- Reforço da divulgação dos serviços, incluindo a sua gratuitidade, em línguas locais e em língua de sinais, ampliando a inclusão e o alcance da informação;
- Intensificação de acções de fiscalização periódica às unidades sanitárias, com enfoque na qualidade e conformidade da prestação de serviços;
- Institucionalização de inquéritos regulares de satisfação dos utentes como instrumento de monitoria e melhoria contínua;
- Aplicação de medidas disciplinares exemplares a funcionários em situação de infracção, reforçando a integridade e a ética no sector;
- Divulgação dos casos e dos infractores como forma de dissuasão da prática.

Ao Governo:

- Aprovação de um regulamento claro, coerente e operacional sobre normas e procedimentos relativos ao aborto, alinhado com a revisão da lei penal e com as dinâmicas actuais do sistema de saúde.

Organizações da Sociedade Civil e Órgãos de Comunicação Social:

- Apoio ao Ministério da Saúde na disseminação de informação rigorosa e acessível sobre os serviços de aborto seguro e gratuito;
- Promoção activa de mecanismos de denúncia de irregularidades, contribuindo para o reforço da transparência e da responsabilização no sistema.

7. Referências

- CNN Brasil. (2023, data e mês). Aborto é legalizado em 77 países mediante apenas solicitação. Disponível: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/aborto-e-legalizado-em-77-paises-mediante- apenas-solicitacao-confira-quais/> (acessado a 01 de Abril de 2026);
- ONU News. (2017, data e mês). OMS diz que 25 milhões de abortos inseguros são praticados por ano. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/09/1595981> (acessado a 01 de Abril de 2026).
- ONU News. (2022, data e mês). OMS divulga directrizes para melhorar segurança em abortos. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1782252#:~:text=Ag%C3%AAncia%20destaca%20que%20poderiam%20ser,meninas%20em%20todo%20o%20mundo> (acessado a 01 de Abril de 2026).
- Os dados da OMS 2017 e 2022, representam uma diferença estatística sobre o número de abortos inseguros, não tendo sido possível obter informação uniforme pela limitação de dados.
- DW. (2026). Moçambique: Governo admite falta de medicamentos e material. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/governo-mo%C3%A7ambique-admite-falta-de-alguns-medicamentos-e-material-m%C3%A9dico/a-76151787> (acessado a 01 de Abril de 2026).
- WLSA. (2025). Nas zonas rurais: Divulgação da Lei do aborto seguro continua fraca. Disponível em: <https://www.wlsa.org.mz/revista/nas-zonas-rurais-divulgacao-da-lei-do-aborto-seguro-continua-fraca/#:~:text=Nas%20zonas%20rurais:%20Divulga%C3%A7%C3%A3o%20da,seguro%20continua%20fraca%20%7C%20WLSA%20Mo%C3%A7ambique> (acessado a 01 de Abril de 2026).

Legislação

- Lei de medicamento, vacinas e outros produtos biológicos para o uso humano e revoga a Lei n.º 4/98, de 14 de Janeiro).
- **Lei n.º 35/2014 de 31 de Dezembro:** Lei da revisão do Código Penal.
- Lei penal n.º 24/2019 de 24 de dezembro: Lei de revisão do código penal.
- Diploma Ministerial n.º 60/2017 de 20 de Setembro: Aprova as Normas Clínicas sobre o aborto seguro, cuidados pos aborto e define as condições em que a interrupção voluntária da gravidez deve ser efectuada nas unidades sanitárias do serviço nacional.



CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA
Boa Governação - Transparência - Integridade



INFORMAÇÃO EDITORIAL

Rua Director: Edson Cortez

Autor: Zanele Chilundo

Revisão de pares: Baltazar Fael, Gift Essinalo, Lázaro Mabunda, Milagrosa Calangue, Rui Mate e Temóteo Cumbe

Revisão Linguística: Samuel Monjane

Propriedade: Centro de Integridade Pública

Endereço

Rua Fernão Melo e Castro
nº 124 - Bairro Sommerchild

Contactos

Tel: (+258) 21 499916
Fax: (+258) 21 499917
Cel: (+258) 84 3890 584

Redes sociais



Localização

Maputo - Moçambique

Website

www.cipmoz.org