



ACCELERAR O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

AGENDA PARA A REGIÃO AFRICANA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



“ A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todos os assuntos relacionados com o aparelho reprodutivo e o seu funcionamento e processos”. ICPD 1994

ACCELERAR O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

AGENDA PARA A REGIÃO AFRICANA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
Escritório Regional para a África
Brazzaville • 2013**

© Escritório Regional da OMS para a África, 2013

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; +242 06 5081114 fax: + 47 241 39501; correio electrónico: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso na República do Congo

Índice

	Página
Prefácio.....	iv
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Introdução.....	1
Questões e Desafios.....	2
Áreas e Acções Prioritárias para acelerar o acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva na Região Africana.....	5
Proposta de Acção para a Agenda da Região Africana.....	5
Papéis e responsabilidades.....	11
Monitorização e avaliação.....	12
Apelo à Acção.....	12
Anexos.....	13
Bibliografia.....	21

Prefácio

Os progressos no sentido do acesso universal à Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH) como preconizada no Objectivo de Desenvolvimento (ODM) 5 têm ficado aquém das expectativas na Região Africana. Com apenas dois anos para se alcançar a ano-alvo de 2015 para este ODM, muitos dos países continuam a não estar no bem caminho para a consecução deste e de outros ODM. Inúmeras mulheres e crianças continuam a morrer devido a afecções facilmente evitáveis e tratáveis. Esta deveria ser uma questão premente, em torno da qual deveríamos mobilizar todas as nossas energias e criar um forte movimento de advocacia permanente pelo acesso equitativo das mulheres e crianças a serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva de qualidade.

A adopção por parte dos Estados-Membros da Estratégia Regional para a Saúde Sexual e Reprodutiva, em 1998, constituiu um marco histórico no sentido da consecução da iniciativa Saúde para Todos em África. A Estratégia Regional introduziu um nível de colaboração regional e mundial de alto nível sem precedentes e tornou-se na principal base para diversas iniciativas que incidiram em múltiplas áreas temáticas para a promoção de abordagens abrangentes de saúde reprodutiva, que incluíam a saúde materna e perinatal, saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, gravidez não planeada, prevenção e controlo das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo VIH/SIDA e cancro do colo do útero, redução da mutilação genital feminina e da violência doméstica e sexual.

Desde então, surgiram várias iniciativas, embora a sua intensificação não tenha sido suficientemente abrangente para fazer uma diferença significativa na situação da saúde reprodutiva na Região. Os esforços envidados para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil na Região Africana da OMS são dificultados por: i) acesso inadequado e distribuição injusta de serviços de saúde materno-infantil; ii) recursos financeiros inadequados ; iii) falta de capacidade institucional e de recursos humanos qualificados; iv) fracos sistemas de informação sanitária para acompanhar os progressos realizados; e v) fraco envolvimento e participação das comunidades.

Em colaboração com os parceiros, o Escritório Regional da OMS para África formulou uma agenda sobre “*Acelerar o Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva: Agenda para a Região Africana da OMS*” para incidir em algumas acções prioritárias que dão atenção a novas abordagens para otimizar a concretização de intervenções-chave, de modo a acelerar a consecução do Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva na Região Africana.

Trata-se de uma agenda colectiva para a acção, destinada a acelerar os progressos de África com vista ao acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, sobretudo para se trabalhar no sentido de traçar o caminho a seguir para a consecução do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 5-b.

Espero confiadamente que esta agenda regional possa renovar a urgência em darmos apoio aos países para acelerar os seus progressos no sentido da consecução das metas dos ODM nos próximos anos.

Dr Tigest Mengestu Ketsela,
Directora do Grupo Orgânico de Promoção da Saúde
Escritório Regional da OMS para a África

Agradecimentos

A Organização Mundial da Saúde gostaria de agradecer a todos quantos contribuíram com os seus conhecimentos, experiência e tempo para a elaboração desta agenda. Em particular, a OMS agradece os contributos de todos os indivíduos e instituições que participaram na Consulta Regional sobre a Agenda Regional para o Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva, realizada em Nairobi, no Quénia, nomeadamente:

- **Representantes do Ministério da Saúde (Mds)** de Angola, Botsuana, Etiópia, Gana, Libéria, Madagáscar, Mali, Moçambique, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo e Zimbabwe.
- **Parceiros:** Fundação David e Lucile Packard; Centro Africano de Investigação para a População e Saúde (APHRC); *Africa Family Health*; Comunidade de Saúde da África Central e Austral (ECSA); *Fédération des Associations de Sages-femmes d'Afrique Centrale et de l'Ouest* (FASFACO); *Family Health International*; *Intrahealth*; *Ipas*; *Marie Stopes International*; Associação Internacional de Mulheres Médicas (MWIA); *Pathfinder International*; Conselho para as Populações, Conselho para as Populações (Quénia); Federação Americana de Planeamento Familiar (PPFA); *Société Africaine de Gynécologie Obstétrique* (SAGO); Instituto para a Saúde Reprodutiva, Universidade de Georgetown; Fundo das Nações Unidas para a População; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional.
- **Consultor:** Prof. Joseph Kasonde
 - Este documento foi elaborado sob a égide da equipa *Tornar a Gravidez mais Segura* do Escritório Regional da OMS para a África (OMS/AFRO), com os contributos inestimáveis de outros colegas do grupo orgânico de Promoção da Saúde, da equipa de Saúde Reprodutiva e Investigação, da Sede da OMS (OMS/RHR), das Equipas de Apoio Interpaíses (EAI) da África Ocidental, Central e Oriental e Austral, e ainda das Representações da OMS nos Camarões, Etiópia, Moçambique, Quénia, Senegal, Serra Leoa e Uganda.

A OMS reconhece com gratidão os contributos financeiros feitos pela Fundação David e Lucile Packard em apoio da elaboração deste documento, assim como das actividades no âmbito do Programa de Saúde Familiar e Reprodutiva.

Resumo

A saúde das mulheres e das crianças na Região Africana não obteve progressos significativos ao longo das duas últimas décadas na área da saúde sexual e reprodutiva (SSR). Em 2010, o rácio médio da mortalidade materna na Região Africana foi estimado em 480 por 100 000 nados-vivos, enquanto as taxas correspondentes de todos os países em desenvolvimento foram de 240 por 100 000 nados-vivos no mesmo ano. Para se atingir o Objectivo 5 de Desenvolvimento do Milénio (ODM 5), o rácio da mortalidade materna tem de ser reduzido para uma taxa de 5,5% por ano; mas, na Região Africana, a taxa de redução foi de apenas 2,7%, ao longo de todo o período entre 1990 e 2010, o que não é suficiente. Para além disso, a epidemia do VIH continua a exercer um enorme impacto negativo sobre a saúde materna e infantil, sobretudo nos países mais seriamente afectados da África Subsariana, onde se estimou que o contributo do VIH para as mortes maternas tenha sido de 10% em 2010¹.

A aprovação pelos Estados-Membros da Estratégia Regional da Saúde Sexual e Reprodutiva em 1998 constituiu uma referência para o movimento da saúde para todos em África. Essa estratégia fomentou um elevado nível de colaboração regional e mundial nunca antes atingido, tendo-se tornado o pólo das várias iniciativas de resposta às áreas temáticas ou de promoção de abordagens inovadoras e abrangentes aos cuidados de saúde reprodutiva, que cobrem a saúde materna e perinatal, saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, gravidezes indesejadas, combate às infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA, prevenção do cancro do colo uterino e redução das taxas de mutilação genital feminina e de violência doméstica e sexual.

Desde então, foram postas em prática diversas iniciativas, mas os seus progressos não foram suficientes para alterar a situação da saúde reprodutiva na Região. Os esforços empreendidos para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil na Região Africana da OMS são entravados por: i) acesso inadequado e distribuição desigual dos cuidados de saúde materna e infantil de alta qualidade; ii) recursos financeiros inadequados; iii) insuficiente capacidade em competências humanas e institucionais; iv) frágeis sistemas de informação sanitária para acompanhar os progressos realizados; e v) fraco envolvimento e participação comunitária.

As acções prioritárias propostas da Agenda Regional reforçam o empenhamento dos Estados-Membros e parceiros na saúde sexual e reprodutiva, de modo a acelerar os progressos para a consecução dos ODM, especialmente dos ODM 4 e 5. Elas centram-se em cinco áreas temáticas prioritárias: saúde materna e neonatal; planeamento familiar; práticas nocivas, incluindo a mutilação genital feminina (MGF); prevenção do aborto de risco, infecções sexualmente transmissíveis (IST), VIH/SIDA e cancro do colo do útero. Como resposta à necessidade de acelerar a implementação de intervenções essenciais de base factual, foram propostas cinco áreas de acção que se centrarão na resposta proposta pelos Estados-Membros: i) governação; ii) prestação de serviços de saúde; iii) recursos humanos iv) recursos financeiros; e v) informação sanitária.

A aprovação pelos Estados-Membros da Agenda Regional e a sua implementação ajudarão a reforçar intervenções essenciais para acelerar os progressos na via da consecução do ODM 5, até 2015. Um forte empenho e uma apropriação política são a base para um rápido reforço da sustentabilidade das intervenções, na via do acesso universal a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. O cumprimento da Agenda Regional exigirá ainda fortes parcerias e o envolvimento dos ministérios das finanças, educação e outros sectores relevantes, bem como de outros actores não governamentais, organizações da sociedade civil, universidades, associações de profissionais, grupos de direitos humanos, associações de mulheres e líderes políticos, religiosos e comunitários.

Introdução

A saúde das mulheres e das crianças na Região Africana não teve progressos significativos ao longo das duas últimas décadas. Devido ao ritmo lento dos progressos, apenas alguns países estão no bom caminho para atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 4 e 5, especialmente na área da saúde sexual e reprodutiva¹. Apesar de terem sido postas em prática várias iniciativas bem-intencionadas, o seu progresso não foi suficiente para melhorar a situação, pois os desafios enfrentados por muitos países para responder ao mau estado de saúde das mulheres e das crianças são muitos e diversos.

A Região Africana continua atrás de outras Regiões do mundo relativamente à saúde sexual e reprodutiva (SSR). Por exemplo, em 2010, o rácio médio da mortalidade materna da Região Africana desceu para 480 por 100 000 nados-vivos, enquanto as taxas correspondentes de todos os países em desenvolvimento foi de 240 por 100 000 nados-vivos em 2010^{1,2}. Para se atingir o ODM 5, o rácio da mortalidade materna tem de descer para uma taxa de 5,5% por ano, mas na Região Africana a taxa de redução foi de apenas 2,7% ao longo de todo o período entre 1990 e 2010. A taxa de prevalência dos contraceptivos em 1990, na Região Africana, foi de 12% e aumentou para 24% em 2010, tendo-se mantido as necessidades não satisfeitas de planeamento familiar paralelamente elevadas nos 26,5%, em 1990, e nos 25%, em 2010. A taxa de gravidez na adolescência manteve-se alta na Região Africana, em 117 por 1000 mulheres com idades compreendidas entre 15–19 anos, em comparação com os 50 por 1000, para a estimativa mundial em 2010². Para além disso, os dados de 22 países da África Subsariana de 1998 a 2009 revelam que as mulheres entre os 15–19 anos de idade, casadas ou em união de facto, tinham níveis muito inferiores de uso de contraceptivos (10%), em comparação com todas as mulheres em idade reprodutiva (20%)³.

A aprovação por unanimidade pelos Estados-Membros da Estratégia Regional da saúde sexual e reprodutiva para 1998-2007, em 1998⁴, constituiu uma referência para o movimento da saúde para todos na Região Africana. Introduziu um elevado nível de colaboração regional e mundial nunca antes atingido e tornou-se o pólo das várias iniciativas de resposta às áreas temáticas ou de promoção de abordagens inovadoras e abrangentes aos cuidados de saúde reprodutiva, que cobrem a saúde materna e perinatal, a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, as gravidezes indesejadas, o combate às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e VIH/SIDA, a prevenção do cancro do colo uterino e a redução das taxas de mutilação genital feminina e de violência doméstica e sexual⁴. Em 2004, surge um maior reconhecimento da importância da saúde sexual e reprodutiva, quando a Estratégia Mundial da OMS para a Saúde Reprodutiva foi aprovada na quinquagésima sétima sessão da Assembleia Mundial da Saúde⁵, quando foi criado o Roteiro para Acelerar a Consecução dos ODM relativos à saúde materna e neonatal, na Região Africana⁶, que foi aprovado pelo Comité Regional para a África em 2004, e quando foi adoptada em 2007 a Estratégia da Região Africana para a Sobrevivência da Criança, ligada à saúde sexual e reprodutiva⁷.

Estas resoluções foram seguidas da aprovação pela Comissão da União Africana ⁸ do Plano de Acção sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos (Plano de Acção de Maputo), da aprovação, em 2008, da Declaração de Argel pela Conferência Ministerial da Investigação em Saúde, a qual apela às nações africanas que elaborem planos abrangentes para a investigação e a informação sanitária⁹, e da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários¹⁰.

Para além disso, em 2009, a União Africana lançou a Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA)¹¹. Todos estes Quadros Internacionais e Regionais apoiam a implementação da saúde sexual e reprodutiva, garantindo a sua inclusão no sistema nacional de planeamento, orçamentação e monitorização, e reforçando a capacidade dos sistemas de saúde para fornecerem intervenções de saúde sexual e reprodutiva, aos diferentes níveis da prestação dos serviços de saúde.

Apesar de todos estes esforços, e de só restarem 3 anos para a meta de 2015, a situação da saúde sexual e reprodutiva está ainda muito atrasada. A Estratégia Mundial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde das Mulheres e das Crianças¹², que os Estados-Membros se comprometeram a implementar, exige uma acção urgente a ser tomada para se atingir o ODM 5.

Neste contexto, o Escritório Regional da OMS para a África, em colaboração com os parceiros, elaborou a Agenda Regional: “Acelerar o Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva: Agenda para a Região Africana da OMS”. Através de um processo consultivo, a OMS e os parceiros acordaram em centrar-se em algumas acções prioritárias, dirigidas a novas abordagens de optimização da prestação de intervenções essenciais, para acelerar a consecução do Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva, na Região Africana. A Agenda Regional centra-se em cinco áreas temáticas: saúde materna e neonatal; planeamento familiar; práticas nocivas, incluindo a mutilação genital feminina (MGF); prevenção do aborto de risco, infecções sexualmente transmissíveis (IST), VIH/SIDA; e cancro do colo uterino. Ela articula acções prioritárias para o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente i) governação; ii) prestação de serviços de saúde; iii) recursos humanos; iv) financiamento da saúde e v) informação sanitária¹³.

O processo de desenvolvimento da Agenda Regional inclui três fases: a fase I inclui a elaboração do projecto de Agenda Regional; a fase II inclui uma consulta com peritos nacionais e parceiros; e a fase III a aprovação pelos Estados-Membros para implementação. A Agenda Regional fornecerá mais orientações aos programas nacionais implementados pelos Estados-Membros e Parceiros para reanalisarem os seus programas, no sentido de reforçarem as intervenções de saúde sexual e reprodutiva.

Questões e desafios

Os esforços desenvolvidos para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil na Região Africana são dificultados pela incoerência entre as políticas e a implementação do programa, o que resulta num fraco desempenho do programa e na ausência de mecanismos de responsabilização. Além disso, há a considerar o inadequado acesso e utilização de serviços de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (MNCH) de qualidade; a insuficiência de recursos financeiros (recursos externos que são imprevisíveis, não sustentáveis e não alinhados com as prioridades do país; a inadequação dos recursos internos, que são ineficazes e não equitativamente utilizados); a insuficiência de recursos humanos competentes e de capacidades institucionais; os frágeis sistemas de informação sanitária para acompanhar os progressos; e ainda o fraco envolvimento das comunidades.

Governança: Uma boa governação da SSR na Região Africana deverá implicar a coerência das políticas (saúde em todas as políticas) que procure responder à saúde sexual e reprodutiva em todos os grupos populacionais¹⁴. São ainda definidas outras vertentes como suporte das acções acordadas, que incluem participação comunitária, boa liderança, parcerias e alianças transectoriais, empenho político, responsabilização, papéis e responsabilidades.

Até hoje, as iniciativas de SSR eram fragmentadas em termos de planeamento e de implementação. As falhas na implementação são devidas a incoerências das políticas, no que diz respeito aos compromissos nacionais e à real afectação de recursos para implementação das intervenções de SSR, resultando numa inadequada tradução dos compromissos em acção. Se as causas médicas da fraca SSR podem ser tratadas através do sector da saúde, as causas subjacentes, como boas estradas para facilitar as transferências, precisam de uma abordagem multisectorial abrangente. Além da falta de coerência política, há ainda a ausência de diálogo para identificar as prioridades em SSR e estratégias eficazes entre os sectores envolvidos, incluindo o governo, comunidades, sociedade civil e parceiros internacionais.

A fraca motivação pública para os problemas de SSR limita o envolvimento da comunidade e dos líderes locais na criação e implementação de intervenções de SSR. A ausência de um mecanismo que motive os indivíduos, famílias e comunidades em todas as fases dos ciclos programáticos dificulta os progressos para a consecução do acesso universal a intervenções de SSR de qualidade.

Prestação de serviços de saúde: Os esforços para melhorar a saúde sexual e reprodutiva na Região são entravados pelo fraco acesso e pela desigual distribuição de serviços de qualidade de SSR. Por exemplo, a cobertura de partos assistidos por pessoal formado na maioria dos países da Região Africana varia de 3% a 75%, nos residentes rurais, e de 45% a 97%, nos residentes urbanos. O acesso também varia com o nível económico, oscilando entre 1% para o quintil inferior (pobres) e 98% para os quintis mais altos (ricos)².



Os principais desafios ao acesso e à disponibilidade de cuidados de saúde sexual e reprodutiva devem-se sobretudo à falta de recursos humanos competentes, infra-estruturas, equipamento, medicamentos e tecnologias. A estes juntam-se a falta de supervisão e o fraco envolvimento e participação comunitária. Outros desafios ao acesso universal à saúde sexual e reprodutiva incluem um pacote não abrangente de serviços e a falta de serviços integrados, o que conduz à inadequação entre as necessidades das populações em serviços de saúde sexual e reprodutiva e a prestação desses mesmos serviços.

Recursos humanos: Uma das razões subjacentes à fraca qualidade dos serviços de SSR, particularmente de saúde materna e neonatal, é a falta de prestadores de saúde competentes. O Relatório da OMS sobre Recursos Humanos salientou que a escassez de médicos, enfermeiros e parteiras, que constituem a primeira linha de prestadores de saúde para a SSR, era mais elevada na Região Africana, estimando-se em 817 992, o que exige um aumento de 139% para colmatar a escassez dos actuais níveis¹⁵.

A escassez de recursos humanos em toda a Região Africana é devida sobretudo à formação inadequada e às oportunidades limitadas de formação contínua dos prestadores de cuidados de saúde, às diferenças em quantidade e qualidade do pessoal das zonas urbanas/rurais, a políticas e programas inadequados de retenção do pessoal, aos fracos sistemas de informação em recursos humanos, à má avaliação do desempenho e responsabilização, bem como às normas sobre práticas inadequadas.

Financiamento da saúde: O subinvestimento na saúde em geral e na SSR em particular é uma das principais causas do insucesso dos sistemas de sistemas de saúde nos países da Região Africana, em fornecer serviços de SSR acessíveis e de qualidade, para fazer face ao mau desempenho dos indicadores da SSR. Em 2001, os governos aprovaram a Declaração de Abuja, que apelava aos Estados da União Africana para afectarem um mínimo de 15% dos orçamentos nacionais ao sector da saúde. Infelizmente, em 2010, esta meta apenas foi atingida por 5 dos 45 países e 21 dos 45 países afectaram entre 10 e 15%¹⁶. Consequentemente, isso resultou no subfinanciamento de intervenções prioritárias para alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva. Nos últimos anos, o número de iniciativas dedicadas à SSR aumentou significativamente e os governos têm dificuldade em coordenar as diferentes fontes de financiamento, assim como em orientar os fundos disponíveis para a SSR. Também o sistema de saúde tem uma fraca capacidade para absorver os fundos, e tanto os doadores como os governos sofrem de uma inadequada apropriação nacional e de falta de responsabilidade.

O pagamento directo dos cuidados de saúde, a forma mais significativa de financiamento dos sistemas de saúde na Região, conduziu a um declínio global da utilização dos serviços de saúde, sobretudo pelas mulheres, visto que estas dependem muitas vezes dos recursos e decisões dos homens para um acesso atempado aos serviços.

Informação sanitária: A fraca informação sanitária limita a capacidade nacional para monitorizar os progressos das metas estabelecidas para a SSR e para tomar as decisões específicas adequadas à optimização da capacidade do sistema de saúde para reforçar intervenções essenciais de SSR. A falta de dados rigorosos para a informação sanitária compromete a possibilidade de fazer a ligação entre os recursos e os resultados, as realizações e o impacto que eles produzem. Quase todos os países da Região Africana sofrem continuamente problemas de qualidade, rigor, completamento, desagregação e calendarização da notificação dos dados de SSR. Além disso, os dados das comunidades e do sector privado não são recolhidos adequadamente pelo sistema nacional.

Os dados de muitos problemas importantes de SSR, como cancro do colo do útero, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), infertilidade, sífilis congénita, Mutilação Genital Feminina (MGF) e aborto não são habitualmente incluídos como dados de rotina no Sistema de Gestão da Informação Sanitária (SGIS). Na maioria dos casos, a falta de coordenação entre programas, por exemplo, saúde materna, neonatal e infantil e planeamento familiar resulta em sistemas duplos e verticais que dificultam a notificação.

Áreas e Acções Prioritárias para o Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva

Tendo em conta a necessidade de acelerar a implementação de intervenções essenciais de base factual orientadas para o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e para a consecução dos ODM 4 e 5¹⁷, foram propostas cinco áreas prioritárias de acção a serem lideradas pelos Ministérios da Saúde, que deverão reforçar a coordenação dentro e fora do ministério, nomeadamente: i) governação, ii) prestação de serviços de saúde, iii) recursos humanos, iv) financiamento da saúde e v) informação sanitária.



Proposta de Acção para a Agenda da Região Africana

Governação: Criar uma boa governação para a SSR requer não só um forte empenho político, mas também um apelo aos governos e aos diferentes sectores constituintes e outras organizações sociais e cívicas, para se comprometerem na tomada de decisões, no sentido de promover a apropriação e a abordagem multisectorial, para um rápido reforço e sustentabilidade das intervenções, na via do acesso universal à SSR. Deverá envolver os mais altos níveis políticos, como o gabinete do presidente ou do primeiro-ministro, para destacar a importância da SSR no desenvolvimento socioeconómico e promover o apoio a um progresso acelerado. São as seguintes as acções necessárias:

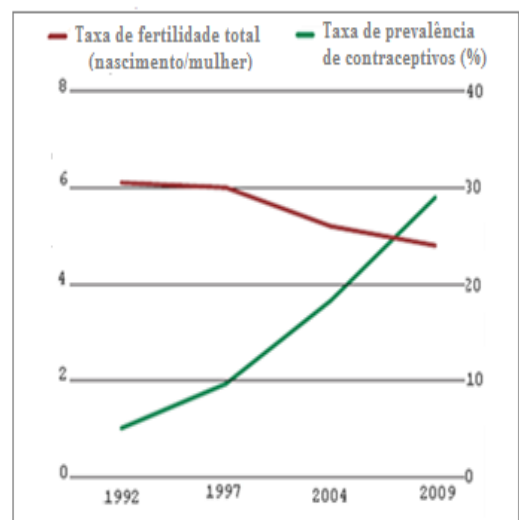
- Reforçar a coordenação multisectorial entre os ministérios e as agências relevantes, como a saúde, finanças, género, assuntos sociais e justiça; e aumentar o financiamento para uma SSR abrangente.
- Criar um plano custeado de SSR, com metas nacionais baseadas nas evidências, com definição de prioridades dentro dos processos de planeamento do sector da saúde e planos nacionais globais de desenvolvimento que sejam coerentes com os quadros políticos e legislativos.
- Elaborar um quadro de responsabilização para monitorizar os progressos, o desempenho e a contabilidade do programa SSR.
- Promover a capacitação das comunidades em actividades de SSR, como parte do reforço da liderança e das capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades, para exigirem serviços de SSR de qualidade.
- Empenhar os sectores governamentais, actores não governamentais, como organismos de profissionais de saúde, juristas, grupos de direitos humanos, associações de mulheres, líderes políticos e partidários, líderes religiosos e comunitários, capazes de promover as questões de SSR.

Apesar dos desafios da governação, existem alguns exemplos de boas práticas que mostram como o empenho se pode traduzir em acções e conduzir a melhorias no programa. Por exemplo, Madagáscar foi capaz de aumentar a taxa de prevalência dos contraceptivos de 5,1% para 29% (Caixa 1).

Caixa 1: Lições aprendidas com o êxito do Planeamento Familiar em Madagáscar

A taxa de prevalência de contraceptivos em Madagáscar aumentou de 5,1%, em 1992, para 29%, em 2009, segundo os Inquéritos Demográficos e Sanitários^{18,19}. Este programa atribui este êxito à forte liderança ao mais alto nível do governo, à inclusão da meta do planeamento familiar nos planos nacionais de desenvolvimento e na distribuição gratuita de contraceptivos em todas as unidades de saúde pública. Para além disso, a eficaz colaboração multisectorial e campanhas de sensibilização, a nível nacional e das comunidades, envolvendo os líderes da comunidade e das mulheres, tiveram um papel facilitador crucial para o sucesso do programa.

Planeamento Familiar em Madagáscar (prevalência de contraceptivos) e Taxa de Fertilidade Total - Dados de 1992-2009



Fonte: madagáscar DHS 1992, 1997, 2004 e 2009

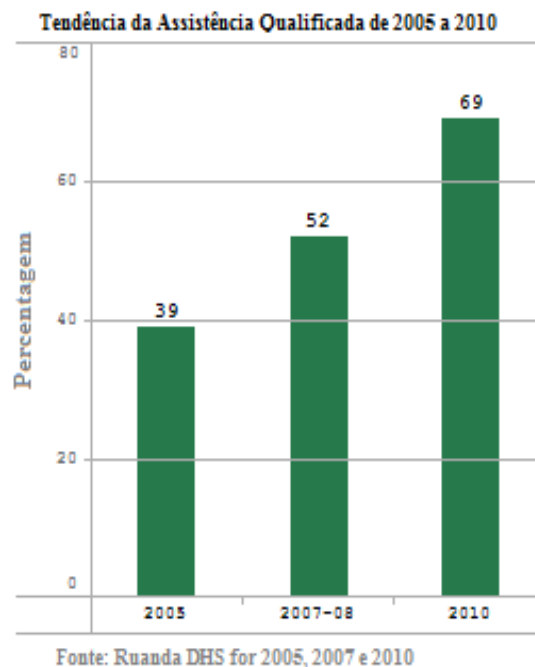
Prestação de serviços de saúde: Deverá ser integrado nas acções um leque de elementos para assegurar o acesso universal à SSR, incluindo: disponibilidade, acessibilidade e serviços essenciais de SSR integrados e de qualidade. São as seguintes as medidas necessárias:

- Implementar e reforçar um pacote de serviços integrados de SSR de qualidade na continuidade dos cuidados, incluindo planeamento familiar, prevenção da violência sexual e tratamento dos sobreviventes de violência, cuidados pós-aborto, rastreio do cancro, prevenção e tratamento das IST/VIH, prevenção da MGF e tratamento das complicações decorrentes da MGF, saúde reprodutiva dos adolescentes e nutrição.
- Criar e implementar estratégias/planos de mobilização comunitária, incluindo intervenções de comunicação para mudanças comportamentais, a fim de aumentar a utilização dos serviços de SSR.
- Reforçar a capacidade de gerir a prestação de serviços e institucionalizar mecanismos de garantia de qualidade, para assegurar a disponibilidade de funcionamento das unidades de saúde e a segurança dos equipamentos de SSR (incluindo a produção local de medicamentos, produtos e materiais médicos para a SSR).
- Criar e implementar planos integrados de monitorização e de supervisão, dirigidos a pacotes de intervenções essenciais de SSR, a todos os níveis, para garantir a qualidade e a prestação eficiente de serviços de SSR.

O Ruanda é um exemplo de um país em que a melhoria da prestação de serviços tem conduzido a um rápido aumento do acesso a partos assistidos por pessoal qualificado, de 39% para 69% (Caixa 2).

Caixa 2: Estratégia do Ruanda de aumento da assistência ao parto por pessoal qualificado

Durante 5 anos, o Ruanda revelou um aumento significativo da percentagem de mulheres assistidas no parto por pessoal qualificado, de 39% em 2005, para 69% em 2010²⁰. Este aumento foi o resultado: do empenho ao mais alto nível governamental na implementação de uma política de isenção; da elaboração de um roteiro para a redução das mortes maternas e dos recém-nascidos; da introdução da política de pagamento por desempenho a todos os níveis, incluindo a nível comunitário; da melhoria da gestão do abastecimento, garantindo que as unidades possuam o equipamento e material essencial, bem como pessoal qualificado; a melhoria da comunicação através das TIC e do sistema de transferência; e a coordenação e gestão a todos os níveis da prestação de serviços. O aumento da percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado contribuiu muito para a redução da mortalidade materna e neonatal no Ruanda.



Recursos humanos: Ao enfrentar os desafios dos recursos humanos, é importante considerar a necessidade de garantir a continuidade dos cuidados individualmente e a prestação de cuidados abrangentes, para colmatar as necessidades da saúde reprodutiva, de forma integrada, a qual depende de um extenso leque de quadros, de médicos e enfermeiros a parteiras e profissionais paramédicos. As ações necessárias são as seguintes:

- Formular e implementar políticas que garantam uma produção adequada e uma distribuição equitativa de prestadores de SSR, bem como a sua retenção (ou seja, abordagens multifacetadas que combinam a formação descentralizada com a gestão dos recursos humanos, assim como normas de rotação do pessoal das zonas urbanas para as zonas rurais e que oferecem incentivos e uma maior motivação).
- Analisar e actualizar currículos de formação inicial e em serviço, para uma abordagem de formação normalizada e baseada na competência, incluindo cuidados obstétricos de emergência e cuidados aos recém-nascidos, bem como de SSR (tecnologia contraceptiva, gestão da cadeia de abastecimento, tratamento das IST/VIH/SIDA, tratamento da MGF, reparação de fístulas, gestão da violência sexual e de género, rastreio de cancro do aparelho reprodutivo e cuidados pós-aborto).
- Reforçar a capacidade das instituições de formação para fornecerem educação e formação de qualidade baseadas na competência, pela criação e aprovação de normas, regras de prática, critérios de acreditação, monitorização e supervisão regulares.

- Aperfeiçoar as competências para uma supervisão integrada de apoio, a todos os níveis e para todas as áreas de actividade.
- Realizar mapeamentos regulares das competências em saúde reprodutiva, com base em sistemas funcionais de informação em recursos humanos, de modo a garantir a harmonização entre o desenvolvimento de competências e as necessidades dos serviços de saúde reprodutiva.

Os esforços envidados para enfrentar os desafios dos recursos humanos têm mostrado progressos em alguns países, no âmbito da melhoria da situação dos recursos humanos. Por exemplo, o Programa de Emergência para os Recursos Humanos no Malawi (Caixa 3).

Caixa 3: Lições aprendidas com a experiência do Malawi no Programa de Emergência para os Recursos Humanos (EHRP)²¹

Em Abril de 2004, o Ministério da Saúde do Malawi descreveu a situação dos recursos humanos no seu país como "à beira do colapso", de tal modo que o pessoal de saúde existente estava excessivamente sobrecarregado com a procura dos serviços, resultante do crescimento demográfico e dos elevados níveis de VIH/SIDA, simultaneamente com a emigração dos enfermeiros e médicos para o estrangeiro²². O Ministério da Saúde, em colaboração com parceiros da Abordagem Transectorial Alargada (SWAP), criou um Programa de Emergência em Recursos Humanos (EHRP), de 2004 a 2009. As componentes do programa incluem:

- *Aperfeiçoar os incentivos para recrutamento e retenção do pessoal dos hospitais públicos e religiosos, através de um complemento de 52% do vencimento tributado.*
- *Alargar em mais de 50% a capacidade de formação, incluindo duplicar o número de enfermeiros e triplicar o número de médicos e pessoal clínico a funcionar em instituições de formação.*
- *Usar médicos internacionais voluntários e enfermeiros-formadores, como medida para colmatar as faltas e preencher postos fundamentais.*
- *Prestar assistência técnica internacional para reforçar capacidades e formar competências dentro do Ministério da Saúde.*
- *Criar melhores capacidades de monitorização e avaliação de recursos humanos.*

Em 2009, o Ministério da Saúde efectuou uma avaliação do programa que indicava que o EHRP contribuiu para o aumento do número de pessoal profissional de saúde em todos os 11 quadros prioritários, tendo o número total de trabalhadores profissionais de saúde aumentado 53%: de 5 453 em 2004, para 8 369 em 2009. Os médicos aumentaram de 43 em 2004, para 241 (460%) em 2009, e os enfermeiros aumentaram 36%. Isto contribuiu para uma maior utilização dos serviços prioritários, como os aumentos de 49% nos serviços OPD, de 15% nos partos assistidos, de 7% nos ANC, 10% na vacinação e 18% na PMTCT.

Foram as seguintes as lições aprendidas com a implementação do programa:

- *É fundamental o compromisso do governo em tomar a liderança e a apropriação do programa.*
- *A implementação de um plano abrangente de recursos humanos precisa da colaboração e do empenho de intervenientes multisectoriais.*
- *A implementação de intervenções de emergência a curto prazo e a prazo mais alargado deverão ser combinadas para se obterem resultados.*
- *A sustentabilidade do planeamento deverá ser considerada desde o início do programa.*
- *O fundamento para a implementação da estratégia dos recursos humanos é um sistema integrado e funcional de Gestão de Recursos Humanos (recrutamento, colocações, transferência, promoção, gestão do desempenho).*

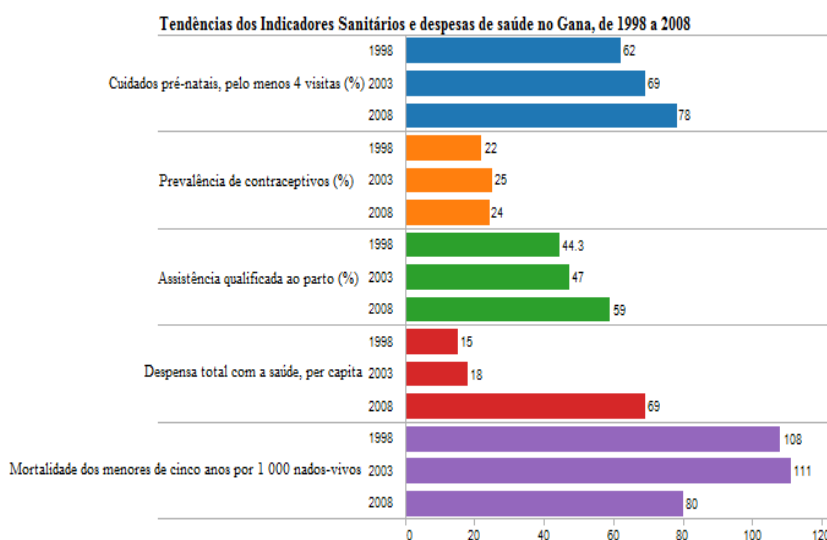
Financiamento da saúde: De forma a prestar serviços de alta qualidade e sustentáveis, deverão ser asseguradas verbas para melhorar as infra-estruturas, a disponibilidade de equipamentos e produtos, formação, supervisão e tutoria. Para aumentar o financiamento da SSR serão necessárias as seguintes acções:

- aumentar o financiamento nacional para a saúde, tendo em mente a meta de Abuja (canalizar para o sector da saúde, pelo menos, 15% do orçamento nacional), a fim de garantir um adequado financiamento do plano orçamentado da SSR;
- institucionalizar as contas nacionais e distritais de saúde, incluindo as subcontas da SSR, para permitir o acompanhamento e a monitorização das verbas afectadas à SSR, de modo a facilitar a responsabilidade do governo e agências parceiras, a harmonização, o alinhamento e a advocacia destinados ao aumento dos recursos, em sintonia com a Declaração de Paris sobre eficácia da ajuda;
- criar mecanismos de protecção social para ajudar as famílias nas despesas directas com os serviços de saúde (como seguros de saúde comunitários);
- e estabilizar e integrar no orçamento nacional o financiamento dos materiais, tecnologias e sistemas de informação sanitária da SSR;

A institucionalização de regimes de pré-pagamento em alguns melhorou o acesso a serviços de saúde, particularmente de saúde materna e infantil, nomeadamente os regimes de pré-pagamento do Gana (Caixa 4).

Caixa 4: Experiência do Gana na organização de regimes de pré-pagamento para melhorar o acesso a serviços de saúde

O Gana é um país da Região Africana empenhado em atingir o compromisso da meta de Abuja, que afecta actualmente 12% do seu orçamento à saúde e que tem uma despesa total de saúde de mais de 44 dólares EUA per capita. O Gana empenhou-se num processo de reforma do financiamento da saúde, em finais da década de 90, o qual levou à criação do Regime Nacional de Seguros de Saúde (NHIS). O processo de implementação assenta em mútuas de seguros de saúde já existentes, que foram criadas nos anos 90 e alargadas aos esquemas distritais de seguros de saúde. Esses esquemas foram formalizados em 2003, pela Legislação Nacional de Seguros de Saúde, que transformou completamente o sistema. A contribuição do NHIS é proveniente do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), do qual 2,5% se destina ao NHIS, 2,5% à folha de pagamentos do regime de pensões dos trabalhadores do sector formal e um contributo mínimo aos membros. A actual cobertura do NHIS é de 34,7%. Além disso, o esquema de seguros paga as isenções de serviços para crianças com menos de cinco anos e os serviços de saúde materna, incluindo a vacinação, tratamento do paludismo e cuidados às mulheres grávidas. Isto tem contribuído para melhorar os indicadores relativos à saúde materna e infantil, especialmente o acesso a cuidados pré-natais, durante o parto e ao tratamento de crianças doentes, garantindo a disponibilidade de equipamentos e produtos essenciais¹⁴.



Fonte: Gana: Inquérito Demográfico e Sanitário, 1998, 2002 e 2008 e Relatório do Financiamento da Saúde em África para a Consulta Interministerial, Julho de 2012

Informação sanitária: Foi reconhecida a necessidade de uma melhor informação para se obterem melhores resultados aos níveis mundial e regional, nomeadamente na redacção do Relatório do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre a Comissão de Informação e Responsabilização²³. A estrutura de prestação de contas²⁴, publicada pela Comissão de Informação e Responsabilização, salienta os três processos interdependentes de *monitorizar, analisar e agir*, que assentam na aprendizagem e na melhoria contínua. Para reforçar o sistema de informação no acompanhamento dos resultados da SSR, são necessárias as seguintes acções:

- Reforçar as capacidades de recolha e análise de dados sobre a situação da saúde, os determinantes que lhe estão subjacentes e o funcionamento dos serviços de saúde, aos níveis local, distrital e nacional, com os recursos humanos apropriados e qualificados e o equipamento necessário.
- Reforçar a integração de dados de planeamento familiar, IST e VIH/SIDA, cancro uterino, infertilidade e práticas nocivas nos HMIS existentes, dados das comunidades e do sector privado.

- Criar e reforçar o sistema de registo de nascimentos, óbitos e causas de morte, institucionalizar os registos nacionais de mortalidade materna e casos extremos e tornar notificável a mortalidade materna e perinatal.
- Desagregar indicadores essenciais de saúde reprodutiva, materna e infantil, por género, quintil inferior de rendimentos, idade, residência urbana/rural, localização geográfica, etnia e educação, bem como outras considerações de equidade.
- Tornar a investigação em saúde uma prioridade nacional e usar os resultados da investigação na formulação de políticas e programas de SSR.
- Monitorizar e notificar anualmente os indicadores essenciais, para melhor medir os progressos referentes aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 1c, 4, 5 e 6.

Papéis e responsabilidades

A necessidade de melhor planear, organizar, gerir, monitorizar e aumentar o investimento nos programas de SSR para uma eficaz implementação de intervenções essenciais, exige uma abordagem concertada da parte dos governos, parceiros e comunidade em geral, com uma clara definição de papéis e responsabilidades.

Estados-Membros

Os governos que tomem a liderança garantirão acções harmonizadas e coordenadas para acelerar o acesso universal à SSR e aumentarão a responsabilidade para:

- Elaborar e implementar um plano nacional de aceleração da SSR, priorizado e custeado.
- Facilitar a coordenação, colaboração e parcerias entre todos os interessados, incluindo universidades, organizações de cuidados de saúde, sector privado, sociedade civil, pessoal de cuidados de saúde e doadores, famílias e comunidades, aos níveis local e nacional.
- Criar um mecanismo de mobilização dos recursos adequados, para garantir um uso eficaz desses recursos.
- Publicar ou reformular a legislação e as políticas, em harmonia com os princípios dos direitos de saúde sexual e reprodutiva, para optimizar o acesso e a utilização dos serviços de SSR.
- Realizar investigação e usar os resultados para analisar e actualizar as políticas e programas de SSR.
- Promover acções multisectoriais que envolvam os sectores da saúde e alheios à saúde (educação, transportes, etc.).

Parceiros

A OMS e os parceiros contribuirão para reforçar programas nacionais de SSR abrangentes e integrados, prestando auxílio a todos os Estados-Membros a:

- implementar e reforçar pacotes integrados de serviços de SSR;
- reforçar as capacidades institucionais e empresariais;
- promover a capacidade para mobilizar recursos;

- reforçar mecanismos de monitorização e avaliação dos sistemas de gestão da informação sanitária;
- gerar informação e evidências para informar o desenvolvimento, planeamento, implementação e acompanhamento dos progressos do programa;
- facilitar o trabalho em rede, documentação, partilha de experiências e análises conjuntas;

Monitorização e avaliação

Os países deverão reforçar os seus processos de monitorização e avaliação para obterem dados oportunos, rigorosos e de boa qualidade, de forma a garantir uma medição regular dos seus progressos e preparar relatórios anuais, a usar aos níveis nacional e regional. Será usada uma série de indicadores-chave normalizados^{25,26}(ver anexos), para monitorizar e avaliar a Agenda Regional.

Serão efectuadas operações de investigação para se compreenderem os factores inibidores e para desenvolver novas abordagens de melhoramento da prestação dos serviços de SSR.

A Região Africana beneficiará de outras iniciativas em curso na monitorização dos progressos da SSR, como a análise dos Roteiros Nacionais, os Observatórios Regional e Nacionais da Saúde, a Contagem Decrescente para 2015, a Estratégia Mundial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde das Mulheres e das Crianças¹² e ainda do Quadro da Comissão sobre Informação e Responsabilização. Estes progressos serão acompanhados numa base anual, em colaboração com todos os parceiros. Em cada Comité Regional será apresentado um relatório dos progressos.

Apelo à acção

A aprovação pelos países africanos da acção prioritária proposta para esta Agenda Regional e sua implementação e reforço irão constituir um impulso para a consecução do ODM 5, até 2015. A Agenda Regional apela aos Estados-Membros e aos parceiros para apoiarem a implementação das acções propostas, de modo a garantir o Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva.

Tal requer um forte compromisso político, a apropriação e a sustentabilidade das intervenções na via do acesso universal à SSR. Requer ainda a promoção de um ambiente dinâmico para um forte apoio às iniciativas baseadas nos direitos à saúde sexual e reprodutiva, bem como o envolvimento não só dos ministérios da saúde, mas também dos ministérios das finanças, educação e outros, assim como dos intervenientes não governamentais, organizações da sociedade civil, grupos de direitos humanos, associações de mulheres, líderes políticos, religiosos e comunitários.

Anexos

Anexo I: Quadro proposto para a monitorização da saúde sexual e reprodutiva através de indicadores seleccionados

N	Indicador	Valor 2010	Categoria	Definição	Medição		Fonte dos dados
					Numerador	Denominador	
1	Rácio de mortalidade infantil (MMR)	480 por 100 000	Resultado/ Impacto	Número de óbitos maternos por 100 000 nados-vivos	Todos os óbitos maternos que ocorrem num período (normalmente um ano)	Número total de nados-vivos que ocorrem no mesmo período	a) Registos vitais; b) dados das unidades de saúde; c) inquéritos às populações ou vigilância; d) Censos
2	Mortalidade de menores de cinco anos	119 por 1000 nados-vivos	Resultado/ Impacto	Probabilidade de morrer entre o nascimento e o quinto ano de vida	Não aplicável ⁵	Não aplicável ⁵	a) Registos vitais; b) dados dos censos demográficos; c) inquéritos às populações.
3	Taxa de mortalidade infantil	75 por 1000 nados-vivos	Resultado/ Impacto	Probabilidade de morrer antes do primeiro ano de vida	Não aplicável ⁵	Não aplicável ⁵	a) Registos vitais; b) dados dos censos demográficos; c) inquéritos às populações.
4	Taxa de mortalidade neonatal⁵	34 por 1000 nados-vivos	Resultado/ Impacto	Número de óbitos infantis até 28 dias após o parto por 1000 nados-vivos	Número total de óbitos infantis ocorridos até 28 dias após o parto x 1,000	Número total de nascimentos	a) Registos vitais; b) inquéritos às populações ou vigilância.
5	Taxa de mortalidade perinatal⁴	59 por 1000 óbitos	Resultado/ Impacto	Número de óbitos perinatais por 1000 nascimentos totais	Número total de óbitos perinatais x 1000	Número total de nascimentos	a) Registos vitais; b) inquéritos às populações ou vigilância.

⁴ O período perinatal começa às 22 semanas completas (154 dias) de gestação e termina sete dias completos após o parto

6	Taxa de prevalência de contraceptivos	24%	Resultado/ Impacto	Percentagem de mulheres em idade fértil (15-49 anos) que usam (ou cujo parceiro usa) um método contraceptivo em determinado momento da vida	Número de mulheres em idade fértil (15-49 anos) que usam (ou cujo parceiro usa) um método contraceptivo em determinado momento da vida	Número total de mulheres em idade fértil (15-49 anos) no mesmo momento da vida	Dados dos inquéritos às populações
7	Taxa de partos em adolescentes	117 por 1000	Resultado/ Impacto	Número de nados-vivos por 1000 mulheres com 15-19 anos de idade	Número total de nados-vivos de mulheres com 15-19 anos num período específico (normalmente um ano) x 1000	Número total de mulheres com 15-19 anos no mesmo período	a) Registos vitais; b) dados das unidades de saúde; c) inquéritos às populações ou vigilância; d) Censos
8	Taxa de fertilidade total	4.8	Resultado/ Impacto	Número de nascimentos que uma mulher teria no final da sua vida reprodutiva, de acordo com as taxas de fertilidade específicas da idade actualmente prevalentes (ASFR) ^v entre os 15 e os 49 anos.	Soma das sete ASFR (para grupos etários de 5 anos: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-45; 45-49) x 5	1000	a) Registos vitais; b) dados dos censos demográficos; c) inquéritos às populações.
9	% de mulheres que informaram ter sofrido mutilação genital feminina (MGF), desagregadas por grupo etário	41%	Resultado	Percentagem de mulheres em idade fértil, com 15-49 anos, que informam ter sofrido mutilação genital feminina, desagregadas por grupos etários de 5 anos, num período específico	Número de mulheres em idade fértil, com 15-49 anos, que informam ter sofrido mutilação genital feminina, desagregadas por grupos etários de 5 anos, num período específico x 100	Número total de mulheres em idade fértil, com 15-49 anos, desagregadas por grupos etários de 5 anos, no mesmo período	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações

^v ASFR = Nascimentos, num ano, em mulheres com X anos / N.º de mulheres com X anos a meio do ano

10	Necessidade não satisfeita de planeamento familiar	25%	Acesso/ Procura	Percentagem de todas as mulheres em idade fértil que querem espaçar ou limitar as suas gravidezes e que não estão a usar nenhum método contraceptivo	<i>Não aplicável^{vi}</i>	<i>Não aplicável</i>	Inquéritos às populações
11	% de partos assistidos por pessoal qualificado^{vii}	48%	Uso dos serviços	Percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado	Número de nados-vivos de mulheres com 15-49 anos, no período especificado, que foram assistidas no parto por pessoal qualificado (médico, enfermeira, parteira ou parteira auxiliar) durante um período especificado x 100	Número total de nados-vivos durante o mesmo período	a) HIS; b) dados dos inquéritos às populações.
12	% de mulheres grávidas atendidas por pessoal qualificado em, pelo menos, quatro consultas pré-natais	44%	Uso dos serviços	Percentagem de mulheres grávidas atendidas por pessoal qualificado em, pelo menos, 4 consultas pré-natais relacionadas com a gravidez	Percentagem de mulheres grávidas atendidas por pessoal qualificado em, pelo menos, 4 consultas pré-natais durante a gravidez, durante um período específico x 100	Número total de nados-vivos durante o mesmo período	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações.
13	% de partos em unidades de saúde	48%	Uso dos serviços	Percentagem de partos feitos nas unidades de saúde	Número de partos feitos na unidade de saúde, num período específico x 100	Número total de partos feitos num mesmo período	a) Registos vitais; b) inquéritos às populações ou vigilância.

^{vi} A fórmula para calcular necessidades não satisfeitas de contraceção é especificamente definida numa determinada metodologia de inquérito.

^{vii} **Pessoal qualificado** – “um profissional de saúde acreditado - como, por exemplo, uma parteira, médico ou enfermeira - que tenha estudado e recebido formação ao nível da proficiência nas competências necessárias para tratar de gravidezes normais (sem complicações), partos e período pós-natal imediato, e fazer a identificação, gestão e transferência das mulheres e recém-nascidos com complicações”. Tornar a gravidez mais segura: papel fundamental do profissional qualificado. Declaração conjunta da OMS, ICM e FIGO. MPS/RHR/WHO Genebra, 2004

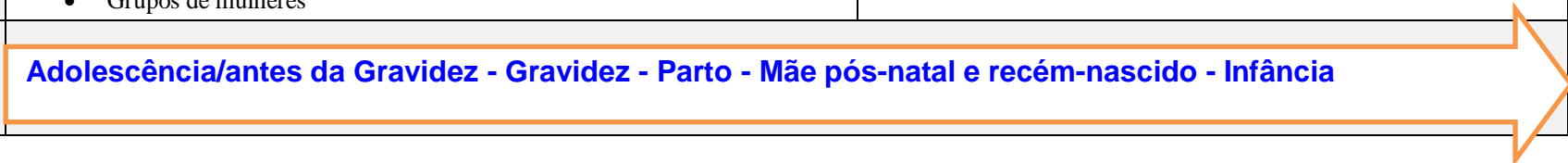
14	% de cesarianas	4%	Uso dos serviços	Partos por cesariana como percentagem de todos os partos	Número total de cesarianas num período específico x100	Número total de partos no mesmo período	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações.
15	% de mulheres grávidas que fizeram teste da sífilis em clínicas de cuidados pré-natais	59%	Uso dos serviços	Percentagem de mulheres grávidas com 15-24 anos que fizeram o teste da sífilis em clínicas de cuidados pré-natais	Número de mulheres grávidas com 15-24 anos que fizeram o teste da sífilis em clínicas de cuidados pré-natais durante um período específico x 100	Número total de mulheres grávidas com 15-24 anos atendidas em clínicas de cuidados pré-natais durante o mesmo período	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações.
16	% de mulheres grávidas que receberam 2 ou mais doses de vacina antitetânica	80%	Uso dos serviços	Percentagem de mulheres grávidas que receberam vacina antitetânica	Número de mulheres grávidas que receberam vacina antitetânica num período específico x 100	Número total de mulheres grávidas no mesmo período	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações.
17	Início imediato da amamentação	46%	Uso dos serviços	Percentagem de recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida	Número de mulheres com nados-vivos nos X anos antes do inquérito que amamentam o recém-nascido na primeira hora de vida	Número total de mulheres com nados-vivos nos X anos antes do inquérito	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações
118	Taxa de amamentação exclusiva durante 6 meses	33%	Uso dos serviços	Percentagem de bebés com 0-5 meses que são alimentados exclusivamente ao peito	Número de bebés com 0-5 meses que foram alimentados exclusivamente ao peito durante o dia anterior	Número total de bebés com 0-5 meses que foram objecto do inquérito	a) SIS; b) dados dos inquéritos às populações
19	Percentagem de mulheres grávidas que fizeram o teste do VIH	42%	Uso dos serviços	Percentagem de mulheres grávidas que fizeram o teste do VIH	Número de mulheres grávidas que fizeram o teste do VIH durante um período específico x 100	Número total de mulheres grávidas que recorreram aos cuidados pré-natais durante o mesmo período	a) HIS; b) dados dos inquéritos às populações
20	Mulheres grávidas seropositivas que receberam anti-retrovirais (ARV), para a prevenção da	50%	Uso dos serviços	Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que receberam anti-retrovirais (ARV), para reduzir o risco	Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que receberam anti-retrovirais nos últimos 12 meses, para reduzir a transmissão vertical do VIH durante	Número estimado não arredondado de mulheres grávidas seropositivas	a) HIS; b) dados dos inquéritos às populações

	transmissão vertical do VIH (PTV)			da transmissão vertical do VIH	um período específico x 100		
21	Bebés de mães seropositivas que receberam ARV – para a prevenção da transmissão vertical do VIH – à nascença	42%	uso dos serviços	Percentagem de bebés expostos ao VIH que receberam ARV para reduzir o risco da transmissão vertical	Número de crianças expostas ao VIH que iniciaram ARV durante o período específico	Número de crianças expostas ao VIH nascidas de mulheres seropositivas durante o período específico	Dados do SIS (<i>para o numerador</i>); e dados do recenseamento (<i>para o denominador</i>);
22	Notificação obrigatória de óbitos maternos	Sem dados	Contributos	A notificação dos óbitos maternos é obrigatória (Sim/Não)	Não aplicável	Não aplicável	Documentos da política;
Sistema de saúde e indicadores da política							
23	Política nacional de saúde sexual e reprodutiva /MNCH (ou estratégia)	46 (Sim)	Contributos	Existência de uma política/estratégia de RH/MNCH (Sim/Não)	Não aplicável	Não aplicável	Revisão da política
24	Existência de uma política de rastreio do cancro do colo do útero	Sem dados	Contributos	Existência de uma política de rastreio do cancro do colo do útero (Sim/Não)	Não aplicável	Não aplicável	Documentos da política;
25	Orçamento do Estado para a saúde	46 (sim)	Resultado/ Impacto	Percentagem do orçamento de estado atribuído à saúde	Montante das verbas afectadas à saúde durante um período específico	Orçamento total do Estado no período específico	Registos administrativos, NHA, PER
26	% do orçamento de estado destinado à saúde reprodutiva	Sem dados	Resultado	Percentagem da despesa pública com a saúde reprodutiva	Montante da despesa pública dispensado à saúde reprodutiva num período específico X 100	Montante da despesa total do Estado com a saúde durante o mesmo período	Registos administrativos.
27	Verbas orçamentais destinadas a produtos para a saúde sexual e reprodutiva incluídas no orçamento de Estado ou noutras fontes nacionalmente controladas	Sem dados	Contributos	Existência de verbas destinadas a produtos de SSR (Sim/Não)	Não aplicável	Não aplicável	Registos administrativos, NHA, PER

Anexo II: Intervenções essenciais e baseadas em evidências, para reduzir a mortalidade reprodutiva, materna, neonatal e infantil e promover a saúde reprodutiva

Cuidados continuados	Adolescência e pré-gravidez	Gravidez (pré-natal)	Parto	Pós-natal (mãe)	Pós-natal (recém-nascido)	Infância
<p>Todos os níveis:</p> <p>Transferência comunitária primária</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planeamento familiar (aconselhamento, métodos hormonais e de barreira) Prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, VIH. Fortificação/suplementação com ácido fólico, para prevenir deficiências do tubo neural 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementação com ferro e ácido fólico Vacinação antitetânica Prevenção e tratamento do paludismo com redes impregnadas de insecticida e medicamentos antipalúdicos Prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e do VIH, incluindo com medicamentos anti-retrovirais Suplementação com cálcio, para prevenir a hipertensão (tensão arterial elevada) Intervenções para cessação do uso do tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> Tónicos uterinos profiláticos para prevenir hemorragias pós-parto, sangramento excessivo após o parto) Tratar as hemorragias pós-parto usando massagem uterina e tónicos uterinos Apoio social durante o parto 	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento sobre planeamento familiar e contraceptivos Aconselhamento sobre nutrição 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados termais imediatos (para manter o bebé quente) Iniciação imediata da amamentação (na primeira hora) Cuidados de higiene ao cordão umbilical e à pele 	<ul style="list-style-type: none"> Amamentação exclusiva durante 6 meses. Amamentação continuada e alimentação suplementar a partir dos 6 meses Prevenção e tratamento dos casos de paludismo infantil. Suplementos de vitamina A partir dos 6 meses Vacinação de rotina e vacinas contra a <i>H. influenzae</i>, meningocócica, pneumocócica e rotavírus Tratamento da má-nutrição aguda grave Tratamento dos casos de pneumonia infantil Tratamento dos casos de diarreia

Primária e transferência	<ul style="list-style-type: none"> Planeamento familiar (métodos hormonais, de barreira e cirúrgicos seleccionados) 	<ul style="list-style-type: none"> Rastreio e tratamento da sífilis Aspirina de baixa dosagem para prevenir a pré-eclâmpsia Anti-hipertensivos (para tratar a tensão arterial elevada) Sulfato de magnésio para a eclâmpsia Antibióticos para a ruptura de membranas pré-parto prematuro Corticosteróides para prevenir a síndrome de dificuldade respiratória em bebés prematuros Aborto seguro Cuidados pós-aborto 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento activo da terceira fase do parto (expulsão da placenta) para evitar hemorragia pós-parto (<i>como acima mais tracção controlada do cordão</i>) <p>Tratamento da hemorragia pós-parto (<i>como acima mais remoção manual da placenta</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Teste e tratamento do VIH (se ainda não tiver sido testado) 	<ul style="list-style-type: none"> Teste e início ou continuação da terapia anti-retroviral do VIH Tratamento da anemia materna 	<ul style="list-style-type: none"> Ressuscitação neonatal por máscara e bolsa (de bebés que não respiram à nascença feita por profissionais de saúde) Método mãe-canguru, para bebés prematuros ou que pesam menos de 2000g Suporte extra para alimentar bebés pequenos ou prematuros Tratamento de recém-nascidos com icterícia Iniciar terapia anti-retroviral profiláctica nos bebés expostos ao VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados abrangentes de crianças infectadas ou expostas ao VIH
Transferência*	<ul style="list-style-type: none"> Planeamento familiar (métodos cirúrgicos) 	<ul style="list-style-type: none"> Redução da má apresentação a termo através de Versão Cefálica Externa Indução do trabalho de parto para tratar a ruptura pré-parto de membranas a termo (iniciar trabalho) 	<ul style="list-style-type: none"> Cesariana por indicação materna /fetal (para salvar a vida mãe/bebé) Antibiótico profiláctico para cesariana 	<ul style="list-style-type: none"> Detecção e tratamento de sépsias pós-parto (infecção grave após o nascimento) 	<ul style="list-style-type: none"> Eventual terapia antibiótica para recém-nascidos em risco de infecção bacteriana Uso de agente tensioactivo 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento de casos de meningite

			<ul style="list-style-type: none"> • Indução do trabalho de parto em caso de gravidez prolongada (iniciar trabalho) • Tratamento de hemorragia pós-parto <i>(como acima, mais procedimentos cirúrgicos)</i> 		<p>(medicação respiratória) para evitar a síndrome de dificuldade respiratória em bebês prematuros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pressão positiva contínua das vias respiratórias (CPAP) para tratar bebês com síndrome de dificuldade respiratória • Tratamento de casos de sépsias, meningite e pneumonia neonatal 	
Estratégias Comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas ao domicílio para mulheres e crianças durante os cuidados continuados • Grupos de mulheres 					* Intervenções de planeamento familiar a nível de transferências incluem as fornecidas ao nível primário
Adolescência/antes da Gravidez - Gravidez - Parto - Mãe pós-natal e recém-nascido - Infância 						

Bibliografia

- ¹ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*, Geneva, World Health Organization, 2012
- ² *World Health Statistics Report 2012*, Geneva, World Health Organization, 2012
- ³ *United Nations MDG Report for 2011*
- ⁴ World Health Organization, Regional Office for Africa. *Reproductive Health Strategy for the African Region, 1998 to 2007*, Harare, 1998
- ⁵ *Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*, World health Organization, 2004.
- ⁶ *Road Map for Accelerating the Attainment of Millennium Development Goals related to Maternal and Newborn health in the African region*, AFR/RC54/INF/DOC.6, Brazzaville, 2004
- ⁷ *Child Survival : A Strategy for the African Region*, WHO Regional Office for Africa, 2007, AFR/RC56/R2, Addis Ababa, 2006
- ⁸ African Union. *Maputo Plan of Action for operationalization of the continental policy framework for sexual and reproductive health and rights 2007 – 2010*. Addis Ababa, Ethiopia, 2006
- ⁹ *Algiers Declaration Ministerial Conference on Health Research in African Region: Narrowing the gap to improve Africa's health*, 2008
- ¹⁰ *Ouagadougou Declaration on Primary Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health for Africa in the New Millennium*. Burkina Faso, 2008
- ¹¹ African Union. *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa (CARMMA)*, 2009
- ¹² United Nations Secretary General Ban Ki-moon. *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York, United Nations, 2010
- ¹³ World Health Organization, *Universal Access to reproductive Health: Accelerated Actions to enhance progress on Millennium Development Goal 5 through advancing Target 5B*, World Health Organization, 2011
- ¹⁴ Graham, J, Amos B, Plumptre T. *Principles for good governance in the 21st century*. Policy brief no. 15. New York, UNDP, 2003
- ¹⁵ *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, World Health Organization, 2006
- ¹⁶ *State of Health Financing in the African Region, Discussion paper for the Interministerial conference: Alcançar Resultados na Saúde com Boa Relação Qualidade/Preço, 4-5 de Julho de 2012, Tunis, Tunísia, Escritório Regional da OMS para a África*
- ¹⁷ World Health Organisation, *reproductive Health Strategy: To accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. WHO Geneva, 2010
- ¹⁸ *Madagascar Demographic and Health Surveys*, 1992, 1997, 2004 and 2009

-
- ¹⁹ *Countdown to 2015 Decade Report (2000- 2010): Taking stock of maternal, newborn and child health. 2010 Report*
- ²⁰ *Rwanda Demographic and Health Surveys, 2005,2007-08 and ,2010*
- ²¹ *Ministry of Health, Malawi and Management Sciences for Health: Final report of the Evaluation of Emergency Human resources Programme, July 2012*
- ²² *Ministry of Health, Republic of Malawi: Human Resources in the Health Sector: Towards a Solution. Blantyre 2004*
- ²³ *Commission on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health, Keeping Promises, measuring results, Report, The World Health Organization 2011*
- ²⁴ *Country Accountability for Women and Children Framework: A guide for using the self-assessment tool, WHO Geneva, 2012*
- ²⁵ *Reproductive health indicators : guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring, World Health Organization, 2006*
- ²⁶ *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health : conceptual and practical considerations and related indicators -- report of a WHO/UNFPA Technical Consultation, 13–15 March 2007, Geneva*