



Plano de Ação em Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos (Plano de Maputo de Ação)



COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844

CONSELHO EXECUTIVO
Décima Sessão Ordinária
25 – 26 de Janeiro de 2007
Adis Abeba, Etiópia

EX.CL/316 (X)
Anexo II

PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO PARA A PERACIONALIZAÇÃO DO
QUADRO DE POLÍTICA CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS
SEXUAIS E REPRODUTIVOS
2007 - 2010

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P.O. Box 3243 Tel: 251-115 517 700 Fax: 251-11-5 517844

**SESSÃO ESPECIAL DA CONFERÊNCIA
DOS MINISTROS AFRICANOS DA SAÚDE
DA UNIÃO AFRICANA
18 – 22 DE SETEMBRO DE 2006
MAPUTO, MOÇAMBIQUE**

Sp/MIN/CAMH/5(I)

**Acesso Universal a Serviços Estruturados
de Saúde Sexual e Reprodutiva em África**

**PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO
PARA
A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE POLÍTICA
CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E
REPRODUTIVOS
2007 - 2010**

**PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE
POLÍTICA CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS
2007 - 2010**

INTRODUÇÃO

1. Reconhecendo que os países africanos poderão não alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) sem melhoramentos significativos da saúde sexual e reprodutiva dos povos de África, que é crucial na abordagem do primeiro ODM sobre a redução da pobreza, a 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, reunidos em Gaborone, Botswana, em Outubro de 2005, adoptou um Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, que foi endossado pelos Chefes de Estado da UA em Janeiro de 2006.

2. O Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos aborda os desafios relativos à saúde e direitos sexuais reprodutivos que a África enfrenta. Ele requer também um reforço na componente do sector de saúde através do aumento da alocação de recursos para a saúde, a fim de melhorar o acesso aos serviços. Os assuntos da integração do género nos programas de desenvolvimento sócio-económico e a segurança dos produtos de SSR mereceram também uma abordagem. Além disso, os Ministros da Saúde da UA recomendaram que a SSR deve estar entre as primeiras seis prioridades do sector de saúde. Em harmonia com esta recomendação ministerial, o resultado da Cimeira Mundial realizada em Nova Iorque em Setembro de 2005, reiterou a necessidade de se obter o acesso universal aos serviços, incluindo os cuidados da saúde reprodutiva.

3. Os Ministros da Saúde também apelaram para que fosse convocada uma Sessão Especial a fim de discutir questões ligadas ao melhoramento da saúde sexual e reprodutiva e a necessidade de desenvolver um Plano de Acção concreto e de custos conhecidos para a implementação do Quadro. Esta decisão foi aprovada pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo em Cartum, Sudão, em Janeiro de 2006.

4. A Declaração de Gaborone sobre o Roteiro para o Acesso Universal a prevenção, tratamento e cuidados, entre outras questões, sublinha a necessidade de desenvolver um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde com base em pacotes essenciais de saúde e elaboração de um plano para o desenvolvimento da saúde com o respectivo orçamento.

5. O Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos procura levar o continente a avançar em prol do objectivo de acesso universal aos serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva em África até 2015. É um Plano a curto prazo que se estende até 2010, contendo nove áreas de acção: integração dos Serviços Sexuais de Saúde Reprodutiva nos Serviços de Cuidados Primários de Saúde; Reposicionamento do Planeamento Familiar; Serviços Amigos do Jovem; Abordo Inseguro; Maternidade Segura, Mobilização de Recursos; Segurança dos Produtos; e Monitoria e Avaliação. O Plano concentrou-se sobre a saúde sexual e reprodutiva no seu contexto integral, conforme

definido no PdA/CIPD de 1994, tomando em conta a abordagem sobre o ciclo de vida. Estes elementos da SDRS incluem a Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes (SSRA); Maternidade Segura e Cuidados Neo-natais; Atendimento ao Aborto¹; Planeamento Familiar; Prevenção e Gestão de Infecções de Transmissão Sexual, incluindo o ITS/VIH/SIDA; Prevenção e Gestão da Infertilidade; Prevenção e Gestão de Câncer do Sistema Reprodutivo; Abordagem de Preocupações da Meia Idade de rapazes, raparigas, homens e mulheres; Saúde e Desenvolvimento da Mulher, incluindo a Redução da Violência Baseada no Género; Comunicação Inter-pessoal e Aconselhamento; e Educação para a Saúde.

6. O Plano tira lições das melhores práticas e das intervenções sustentáveis e responde à vulnerabilidade em todas as suas formas, da desigualdade do género à vida rural e jovens, para grupos específicos vulneráveis, tais como pessoas deslocadas, imigrantes e refugiados. Conhece a importância da criação de um ambiente favorável, bem como do empoderamento da comunidade e das mulheres e o papel dos homens.

7. Enquanto reconhece a necessidade de dar ênfase sobre a SSR, o Plano reconhece também que isto deve fundamentar-se num sistema de saúde efectivo e suficientes recursos financeiros e humanos. Reconhece também que as intervenções na área de SSR não serão possíveis até que a crise nestes factores seja resolvida. Por isso, é essencial mobilizar recursos internos para apoiar os programas de saúde, incluindo a observância dos Compromissos de Abuja de 2001 de aumentar a dotação de recursos para o sector da saúde para pelo menos 15% do orçamento nacional.

8. Reconhecendo as circunstâncias específicas de cada país, o Plano é especificamente amplo e flexível de modo a permitir que sejam feitas adaptações de acordo com as necessidades de cada país. Oferece um conjunto-chave de acções, mas nem limita os países, nem requer aqueles que já possuem estratégias para começarem do ponto zero. Antes pelo contrário, encoraja a todos os países para fazerem a revisão dos seus planos cruzando com este Plano de Acção, de modo a identificarem as lacunas e áreas que precisam de melhorias. Ao mesmo tempo, o Plano de Acção, embora se concentre na acção de cada país, faz uma fusão de um leque de papéis nas oito áreas de acção para a União Africana, as Comunidades Económicas Regionais, continente e parceiros internacionais. Reconhece também o papel da sociedade civil e do sector privado no âmbito dos programas nacionais. O Plano estabelece indicadores para a monitoria dos avanços registados nestes diferentes níveis.

9. Além do Quadro Continental de Políticas da Saúde Sexual e Reprodutiva, o Plano reconheceu também e baseou-se na Declaração de Gaborone sobre o Roteiro para o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento e Cuidado, o Compromisso de Brazzaville sobre o Aumento do Acesso Universal e o Apelo de Abuja para Acção Acelerada em prol do Acesso Universal aos Serviços de Tratamento de ITS/VIH/SIDA, Tuberculose e Malária em África.

¹ O aborto, conforme especificado no parágrafo 8.25 do PdA/CIPD, inclui a prevenção do aborto, a gestão das consequências do aborto e o aborto seguro, quando este não conflitua com a lei.

FUNDAMENTO

10. As condições de saúde reprodutiva são devastadoras para o continente africano: 25 milhões de africanos estão infectados com VIH, 12 milhões de crianças que ficaram órfãs devido a mortes relacionados com a SIDA, 2 milhões de mortes provocadas pela SIDA por ano, maior número de mulheres afectadas com a feminização da epidemia; um milhão de mortes maternas e infantis por ano, uma mulher africana num universo de 16 morre durante o parto e elevado número de necessidades não satisfeitas para o planeamento familiar, com rápido crescimento da população e, geralmente a sufocar o crescimento económico e o dos serviços sociais básicos (educação e saúde), contribuindo, deste modo, para o ciclo vicioso da pobreza e de maus cuidados de saúde. A solução dos problemas da pobreza (ODM1) e SDRS reforça mutuamente as duas áreas.

11. De qualquer maneira, hoje menos de um-terço de africanos tem acesso à Saúde Reprodutiva (SR). Com as actuais tendências e os acontecimentos gerais, a África não será capaz de alcançar o acesso universal à SR. O desafio é de aumentar, redobrar esforços e acelerar os programas com vista ao aumento rápido e o acesso à cobertura em prol dos objectivos finais do acesso universal à saúde reprodutiva até 2015.

12. O Compromisso de Brazzaville de 2006 sobre a Intensificação do Acesso Universal, entre outros elementos, reconhece:

- i. A importância da construção de infra-estruturas permanentes, do fortalecimento de sistemas e da criação de capacidades a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde para uma acção excepcional contra ITS/VIH/SIDA;
- ii. Que os medicamentos básicos e outros produtos são um direito humano e deverão estar disponíveis e acessíveis a todos aqueles que deles precisem em África.

13. O Apelo de Abuja para acções aceleradas conducentes a um Acesso Universal a serviços de IST/VIH/SIDA, Tuberculose e Malária em África também lança uma exortação para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção de serviços integrados de ITS/VIH/SIDA nos Cuidados Primários de Saúde. Este apelo foi apoiado na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o ITS/VIH/SIDA, realizada em 2006.

14. Todos os aspectos atrás mencionados estão em harmonia com o consenso alcançado na CIPD há uma década e reafirmam a urgência de redobrar esforços para garantir o alcance de acesso universal.

15. O Projecto de Plano de Acção tem em consideração a crescente carência de pessoal de saúde, que ameaça a produção e a disponibilidade de medicamentos genéricos. Por conseguinte, dedica-se toda uma secção ao fortalecimento de capacidades e uma outra à questão da disponibilidade de produtos.

META TRANSVERSAL

16. O objectivo final deste *Plano de Acção* de Maputo consiste em que os Governos, a sociedade civil, o sector privado e todos os parceiros de desenvolvimento juntem forças e redobrem esforços para que, juntos, possam alcançar a implementação efectiva da política continental, incluindo o acesso universal a saúde sexual e reprodutiva até 2015 em todos os países de África.

17. As estratégias essenciais para a implementação do Quadro de Políticas para a Saúde Sexual e Reprodutiva consistem no seguinte:

- (i) Integração dos programas e serviços de ITS/VIH/SIDA e de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o cancro do aparelho reprodutivo a fim de maximizar a eficácia da utilização de recursos e atingir uma sinergia complementar das duas estratégias;
- (ii) Reposicionamento do planeamento familiar como uma parte essencial da realização dos ODMs no que toca à saúde;
- (iii) Satisfação das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e dos jovens como uma componente importante deste domínio;
- (iv) Resolução do problema dos abortos inseguros;
- (v) Prestação de serviços de qualidade e acessíveis com vista a promover Maternidade Segura, sobrevivência dos recém-nascidos, assim como saúde para as mães, os recém-nascidos e as crianças;
- (vi) Cooperação africana sul-sul para a materialização dos objectivos do CIPD e ODMs em África.

18. A estratégia inclui as questões transversais de:

- Aumentar recursos internos para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a resolução da crise dos recursos humanos;
- Incluir os homens como parceiros principais nos programas da SDRS;
- Adoptar uma abordagem multi-sectorial em relação ao SDRS;
- Promover o envolvimento e a participação da comunidade;
- Fortalecer a segurança dos produtos de base para a saúde sexual e reprodutiva, com especial atenção ao planeamento familiar, e cuidados obstétricos de emergência e serviços de referência;

- Criar serviços de investigação que permitam acções fundadas em factos científicos bem como mecanismos de monitorização eficazes para acompanhar os progressos alcançados na implementação do Plano de Acção;
- Integração da nutrição nos cuidados de ITS/VIH/SIDA e da SDS, especialmente para mulheres grávidas e crianças, incorporando a nutrição no currículo escolar e reforço da alimentação de forma institucionalizada;
- Envolvimento de famílias e comunidades;
- Envolvimento do Ministério da Saúde na resolução de conflitos;
- Equidade na prestação de serviços nas áreas urbanas e rurais.

19. As estimativas de custo apresentadas no presente Plano de Acção são necessidades globais para a prestação de serviços acessíveis e de qualidade no que toca à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos durante o período de quatro anos de 2007 a 2010. Este Plano de Acção será financiado principalmente através de recursos domésticos e serão mobilizados outros para cobrir as carências.

GRUPOS ALVO PRIORITÁRIOS

20. A Saúde Reprodutiva engloba toda a vida de um indivíduo, a partir da concepção até à velhice. Como tal, os Serviços de SSR devem ser prestados a todos aqueles que deles necessitam. Será posta ênfase na mulher em idade reprodutiva recém-nascidos, na população jovem rural, populações móveis e transfronteiriças, pessoas deslocadas e outros grupos marginalizados.

RESULTADOS PREVISTOS

21. Este Plano de Acção, proporcionará o Quadro a partir do qual os países poderão se inspirar. Exigirá a elaboração de novas estratégias, porém, incorporando os elementos desta estratégia dentro das que já existem.

FINANCIAMENTO DO PLANO DE ACÇÃO

22. Foram efectuadas estimativas preliminares para os custos de prestação directa dos serviços necessários com o objectivo de realizar avanços progressivos no que toca ao acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2015 (incluindo planeamento familiar, maternidade segura, saúde de recém-nascidos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis). Para esse efeito, serão necessários 3.5 biliões de \$EU para a prestação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para a África em 2007 e um total de 16 biliões de \$EU para todo o período até 2010.

23. Será necessário fazer revisão e actualização do trabalho das estimativas preliminares de custo, incorporando estatísticas nacionais (ver o Anexo). Estes são resultados provisórios, condicionados aos detalhes constantes no apêndice. Os resultados revelam também que as poupanças noutras intervenções na área de saúde materna e infantil são consideravelmente maiores do que o aumento marginal nas despesas para uma maior prevalência do planeamento familiar.

24. Estas estimativas devem ser revistas e actualizadas com base na experiência ganha durante a implementação dos programas. Todavia, o que é mais importante é que os planos nacionais incluam definições detalhadas de intervenções apropriadas para satisfazer as necessidades nacionais para a saúde sexual e reprodutiva e que os investimentos reflectam e melhorem a capacidade nacional de implementação e monitorização.

25. Há necessidade de se aderir aos princípios da presente análise, incluindo: orientação dos planos no sentido de se alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015; maior investimento e acção com vista a melhorar os recursos humanos para a saúde; tais planos e estimativas incluem recursos destinados a reforçar o sistema de saúde, incluindo dotações para monitoria, supervisão, funções básicas da saúde pública, acção comunitária e outras funções de apoio que são necessárias, serão necessários recursos adicionais para fazer face a elementos que não estão explicitamente incluídos (tais como investimentos de capital) e será necessário um investimento suplementar nos sectores que não são da área da saúde e que apoiam e impulsionam o seu avanço, de modo a alcançar os objectivos na área de saúde, incluindo os contidos nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As actuais estimativas são um indicativo do aumento do esforço necessário e deveriam mobilizar a resposta apropriada por parte dos governos, doadores, sociedade civil e sector privado

**PDA para a Implementação do Quadro de Política Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos
2007 – 2010**

Resultados Previstos	Ações Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
1. Serviços do VIH, ITSs, Malária e SSR integrados nos Cuidados de Saúde Primários		
1.1. <i>Advocacia/Política</i>	1.1.1 ^a . Integrar SDSR e ITS/VIH/SIDA e a Malária nos documentos-chave e planos nacionais de saúde.	1.1.1.b. # de países com documentos de política e planos nacionais sobre a SDSR/ITS/VIH/SIDA.
	1.1.2 a. Desenvolver políticas e quadros legais para a prevenção de ITS/VIH/SIDA, apoiar a provisão da prevenção, cuidados e tratamentos adequados e abrangentes de ITS/VIH/SIDA e malária para todos, incluindo mulheres grávidas, mães, infantes, famílias e PVCVS.	1.1.2.b. # de países com políticas e quadros legais para garantir o acesso a opções abrangentes para os cuidados e o tratamento da ITS/VIH/SIDA e a Malária para as mulheres graves, mães e infantes, e famílias e PVCVS.
	1.1.3.a. Desenvolver e/ou implementar estratégias para abordar a Violência Baseada no Gênero (VBG), em colaboração com outros actores relevantes.	1.1.3.bi. Número de países com estratégias que se lidam com VBG desenvolvidas e implementadas.
	1.1.4.a. Investigar e desenvolver e/ou implementar estratégias para abordar casamentos precoces e Práticas Tradicionais Nocivas (PTN) tais como a Mutilação Genital Feminina (MGF).	1.1.3.bii. Estabelecidas legislações sobre a VBG. 1.1.4.b # de países com programas que abordam PTNs
	1.1.5.a. Incorporar a gestão de saúde da VBG nos currículos de formação dos trabalhadores e provedores da saúde e dos serviços jurídicos.	1.1.5.b.i # de países com currículos que incorporam componentes relacionadas com a saúde de VBG.

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	1.1.6.a. Desenvolver políticas para garantir o acesso a preservativos, especialmente entre as pessoas que vivem com o VIH/SIDA.	1.1.6.b. # de países com políticas que garantem acesso a preservativos especialmente para os PVCVS
	1.1.7.a. Desenvolver políticas que promovem o envolvimento da sociedade civil e do sector privado na prestação de serviços da SDR nos programas nacionais.	1.1.7.bi # de países com políticas sobre parceria privada em relação aos programas de SDR desenvolvidos e implementados.
	1.1.8.a Advogar por esforços multi-sectoriais a fim de criar um ambiente de apoio para a promoção das políticas e programas nacionais da SDR.	1.1.8.bii # de países com planos multi-sectoriais de apoio à SDR.
	1.1.9.a. Desenvolver e implementar estratégias para reduzir as Práticas Tradicionais Nocivas.	1.1.9.b. # de países com programas e políticas que abordam as Práticas Tradicionais Nocivas.
		1.1.6.bi. # de países que desenvolvem e implementam políticas capazes de encorajar o envolvimento do sector não-estatal.
		1.1.7.bii. # de países com planos multisectoriais que apoiam SDR.
1.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	1.2.1.a. Avaliações compreensivas dos sistemas de prestação de cuidados de saúde em torno da gestão, da infraestrutura e das necessidades de recurso para a integração efectiva do VIH e SIDA nos serviços da SDR.	1.2.1.b # de SDPs que proporcionam serviços do VIH e SIDA e SDR
	1.2.2.a. Reforçar as capacidades e autonomizar as comunidades para estabelecerem parcerias efectivas com a SDR/VIH e SIDA/SDPs para melhores respostas baseadas na comunidade.	1.2.2.b. # de SDPs com parcerias comunitárias.
	1.2.3.a. Rever os currículos de formação dos provedores de serviço no sentido de	1.2.3.b. # de instituições de formação que incluem nos seus currículos matéria relativa ao

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	incorporarem a integração da SSR nos serviços do VIH e SIDA	VIH e SIDA e SDSR.
	1.2.4.a. Dar formação pré e no serviço para os provedores de saúde na prestação de serviços integrados da SSR e do VIH e SIDA.	1.2.4.b. # de provedores formados em SDSR integrando matéria relativa a VIH e SIDA.
	1.2.5.a. Reconstituir a estrutura e reorganizar a provisão de serviços, a fim de garantir a efectiva prestação destes últimos.	1.2.5.b. # de SDPs com a prestação de serviços reorganizada .
	1.2.6.a. Desenvolver um plano de formação de quadros para utilização local: distribuição, utilização e retenção de trabalhadores de saúde a todos os níveis.	1.2.6.b. Proporção de trabalhadores de saúde por população, nível de pessoal qualificado nas facilidades rural/urbanas.
1.3. <i>Serviços</i>	1.3.1.a. Garantir acesso ao aconselhamento rotineiro em VIH e testagem de ITSs, no planeamento familiar, nos serviços de cuidados materno-infantis e cancro de sistema reprodutivo.	1.3.1.b. % dos Pontos de Prestação de Serviços (PPSs). Oferecer aconselhamento e despistagem do VIH rotineiros nas ITSs, no planeamento familiar e nos serviços dos cuidados neo-natais.
	1.3.2.a. Integrar a prevenção, a gestão e o tratamento compreensivos do VIH/SIDA e ITSs na SDSR, incluindo a dupla protecção.	1.3.2.b. % de PPSs que oferecem serviços integrados e compreensivos da prevenção, da gestão e do tratamento do VIH.
	1.3.3.a. Garantir acesso a serviços que abordam a violência baseada no género, incluindo a gestão do abuso sexual, a anti-concepção de emergência e a profilaxia do VIH e SIDA pós-exposição e tratamento de ITSs.	1.3.3.b. % de PPSs que oferecem serviços de PEP e EC.
	1.3.4.a. Garantir a integração de serviços para a prevenção e a gestão da infertilidade	1.3.4.b. Prevalência da inexistência de crianças.
	1.3.5.a. Proporcionar informação apropriada sobre a provisão de serviços integrados do VIH e SIDA e da SDSR.	1.3.5.b. Ampla disponibilidade de informação apropriada s/ provisão de serviços integrados do VIH e SIDA e SDSR.
	1.3.6.a. Proporcionar serviços para as necessidades da	1.3.6.b. Cobertura dos serviços de SSR por

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	SSR de todas as pessoas, incluindo os grupos vulneráveis e populações móveis especialmente mulheres migrantes, bem como as PDIs e em situação de conflito.	Grupos Alvo.
	1.3.7.a. Proporcionar serviços de diagnóstico para cancro dos canais reprodutivos.	1.3.7.b. # de mulheres e de homens escrutinados em relação ao cancro dos canais reprodutivos (HPV) e Câncer da próstata.
2. Planeamento Familiar Reposicionado como uma estratégia Chave para a Realização dos ODMs		
2.1. <i>Advocacia/Política</i>	2.1.1.a. Mobilizar a vontade e a liderança políticas para a provisão de serviços de planeamento familiar de qualidade a todos os níveis da população	2.1.1.b. Orçamento para SSR afecto ao planeamento familiar.
	2.1.2.a. Desenvolver e/ou implementar políticas/legislações sensíveis ao género e à cultura para garantir o acesso universal a serviços de PF de qualidade	2.1.2.b. # de países que removeram as barreiras reguladoras do PF.
2.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	2.2.1.a. Desenvolver ou implementar estruturas e sistemas para incrementar o acesso ao PF.	2.2.1.b. # de países com estruturas funcionais para a prestação de serviços no PF.
	2.2.2.a. Formar provedores dos cuidados de saúde para a prestação de yuma gama compreensiva de serviços de PF.	
2.3. <i>Prestação de Serviços</i>	2.3.1.a. Desenvolver informação e mecanismos apropriados sobre o género e a cultura para alcançar populações, IEC.	2.3.1.b. Legislação de apoio, protocolos e directrizes para o planeamento familiar.
	2.3.2.a. Desenvolver sistemas para incrementar a cobertura dos serviços do PF, incluindo a distribuição baseada na comunidade e métodos alternativos de prestação de serviços.	2.3.2.b. CPR. 2.3.2.b. CYP

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	2.3.3.a. Integrar e fornecer o PF como uma componente do pacote de serviços MNHCH.	2.3.3.b. Necessidades não satisfeitas no PF. 2.3.3.b. % de clientes com acesso ao PF através de mecanismos baseados na comunidade e modelos alternativos.
3. Serviços da SDR favoráveis aos jovens posicionados como estratégia chave para a autonomização, o desenvolvimento e o bem-estar dos jovens.		
<i>3.1. Advocacia/Política</i>	3.1.1.a. Reforçar a implementação e/ou a advocacia por políticas que apoiam a provisão de serviços da SDR que abordam as necessidades dos jovens. 3.1.2.a. Criar um Dia da Juventude Africana alusivo à SSR	3.1.1.b. # de países que desenvolveram políticas em apoio dos serviços da SSR para os jovens 3.1.2.b. # de países que comemoram o Dia da SSR.
<i>3.2. Reforço de Capacidades</i>	3.2.1.a. Desenvolver e implementar estratégias de informação e comunicação que apoiam tanto a abstinência como o uso de preservativos, como estratégias efectivas para prevenir o VIH e SIDA/ITS e gravidezes não planificadas e kigar a informação à prestação de serviços.	3.2.1.b. # de países com estratégias da IEC/BCC que promovem a abstinência e o uso de preservativos.
	3.3.2.a. Reforçar as capacidades dos PPSs e a todos os níveis dos provedores de serviços, a fim de proporcionar um pacote compreensivo e sensível ao género dos cuidados para com os jovens.	3.3.2.b. # de países com serviços de saúde favoráveis aos jovens incluídos nos seus currículos de formação.
<i>3.3. Prestação de Serviços</i>	3.3.1.a. Avaliar e estabelecer/reforçar serviços favoráveis aos jovens nos PPSs.	3.3.1.b. # de PPSs favoráveis a jovens por população,

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
		3.3.1.b. % de jovens com conhecimento sobre a abstenência e o uso de preservativos.
	3.3.2.a. Integrar a provisão de serviços favoráveis aos jovens, incluindo a promoção de métodos duplos nos serviços existentes.	3.3.2.bi. % do uso de preservativos entre os jovens. 3.3.2.bii. Nível de gravidezes entre as adolescentes.
	3.3.3.a. Desenvolver mecanismos alternativos de prestação de serviços para alcançar jovens incluindo campanhas de educação de pares, CBD e marketing social.	3.3.3.b. Fertilidade dos adloescentes como proporção a fertilidade total.
	3.3.4.a. Proporcionar educação na sexualidade para jovens nas escolas e fora destas.	3.3.4.b. Idade do início da actividade sexual.
	3.3.5.a. Apoiar a participação significativa de jovens, incluindo PVCVS e comunidades no posicionamento e na prestação de serviços favoráveis de jovens.	3.3.5.b. Nível de envolvimento dos jovens incluindo PVCVS e comunidades no posicionamento e na prestação de serviços favoráveis aos jovens.
4. Incidência do Aborto Inseguro Reduzida.		
4.1. <i>Advocacia/Políticas</i>	4.1.1.a. Compilar e disseminar dados sobre a magnitude e as consequências do aborto inseguro.	4.1.1.b. # de países com relatórios dessiminados sobre a situação do aborto.
	4.1.2.a. Promulgar políticas e quadros legais para reduzir a incidência do aborto inseguro.	4.1.2.b. # de países com clima sem restrição de prestação de Serviços da SSR.
	4.1.3.a. Preparar e implementar Planos de Acção nacionais para reduzir a incidência de gravidezes indesejadas e aborto inseguro.	4.1.3.b. # de países com planos de acção para reduzir o aborto inseguro.
4.2. <i>Reforço de Capacidades</i>	4.2.1.a. Formar provedores de serviços abrangentes de cuidados pós-aborto de acordo com a lei vigente.	4.2.1.b. # de serviços formados.

Resultados Previstos	Ações Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	4.2.2.a. Reconstituir e equipar facilidades para a previsão de serviços compreensivos dos cuidados do aborto.	
4.3. <i>Prestação de Serviços</i>	4.3.1.a. Proporcionar serviços de aborto seguro tanto quanto a lei o permita.	4.3.1.b. # de facilidades que oferecem cuidados de aborto compreensivos. 4.3.1.b. MMR relacionado ao aborto.
	4.3.2.a. Educar comunidades sobre serviços de aborto seguro disponíveis, tanto quanto permitido pelas legislações nacionais	4.3.2.b. # de países com programas de consciencialização estabelecidos.
	4.3.3.a. Formar provedores de saúde na prevenção e na gestão do aborto inseguro.	4.4.3.b. # de países com uma massa crítica de provedores formados.
5. Aumento do acesso aos Serviços Qualificados de Maternidade Segura e Sobrevivência da Criança		
5.1. Advocacia	5.1.1a Desenvolver e/ou implementar um Plano de Actividades para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis.	5.1.1b Número de países que desenvolveram roteiros para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis.
5.2 Reforço da Capacidade Institucional	5.2.1a Desenvolver e implementar estratégias nacionais para uma rápida produção e retenção de parteiras, incluindo a harmonização curricular ao nível regional. 5.2.2a Integrar Serviços de Emergência, Cuidados Obstétricos Essenciais na formação de pré-serviços dos provedores dos cuidados de saúde. 5.2.3.a. Transferência com urgência de pacientes em casos de Cesariana.	5.2.1bi Número de parteiras por população. 5.2.1bii Cobertura para atendimento qualificado de partos.
5.3 Serviços	5.3.1a Aumentar os serviços de maternidade segura, através da implementação do roteiro para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis.	5.3.1bi MMR 5.3.1bii Taxa de mortalidade neo-natal

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
		5.3.1biii Número de unidades sanitárias por população de 500.000 que prestam serviços básicos e abrangentes de Cuidados Obstétricos de Emergência.
Indicadores de Revisão e resultados	5.3.2a Aumentar os serviços de cuidado neo-natal, incluindo a criação de serviços de reanimação neo-natais nas maternidades.	5.3.2bi Taxas de cobertura de vacinação com idade de 1 ano. 5.3.2bii Taxa de mortalidade peri-natal.
	5.3.3a Aumento de Cobertura dos serviços de sobrevivência da criança (programa alargado de vacinação (PAV), sais/soluções e reidratação oral (SRO), amamentação prematura, nutrição, consultas na 1ª semana de vida .	5.3.3.bi Cobertura de serviços de imunização no 1º ano de vida. 5.3.3bii Prevalência de crianças com baixo peso.
	5.3.4a Adotar a gestão integrada de doenças infantis (IMCI).	5.3.4bi Disponibilidade protocolos de IMCI. 5.3.4bii IMR 5.3.4biii Mortalidade de crianças abaixo de 5 anos de idade.
	5.3.5a Integrar os serviços de VIH nos cuidados obstétricos.	5.3.5b Prevalência de infecções de VIH em recém-nascidos.
6. Reforços dos Serviços baseados na comunidade de VIH/SIDA/IDS e SDR	6.1.1a Reforçar a capacidade das estruturas da comunidade e redes de referência para prestar uma continuidade dos serviços de VIH e SIDA nos Locais de Prestação de Serviços e de SDR. 6.1.2a Reforço de capacidade de todas as categorias dos provedores de serviços de SDR (incluindo enfermeiros, parteiras tradicionais (TBAs), distribuidores comunitários (CBDs) e outros, com vista a facilitar a integração efectiva de serviços de VIH e SIDA nos serviços de SDR.	6.1b Estatísticas de cobertura da SR.

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
7. Aumento de Recursos para SDSR		
7.1 Aumento da dotação orçamental para a saúde em geral e para SDSR, em particular	7.1.1a Implementar a Declaração de Abuja dos Chefes de Estado sobre a dotação orçamental nacional à saúde em geral de pelo menos 15% do total do orçamento nacional, uma proporção apropriada do mesmo em relação a SDSR.	7.1.1b Número de países com 15% do orçamento alocado à saúde.
	7.1.2a. Institucionalizar as Contas Nacionais da Saúde 7.1.2a Advogar a priorização da SDSR nos documentos da estratégia nacional de redução da pobreza (PRSPs).	7.1.2b. # de países que actualizaram as CNSs 7.1.2b Percentagem do orçamento nacional da saúde alocada a SDSR.
	7.1.3a Considerar/Introduzir partilha de custos nos serviços de saúde em casos aplicados.	7.1.3b Percentagem da contribuição para a despesa da saúde da comparticipação de custos.
	7.1.4a Desenvolver e implementar uma estratégia de recursos humanos para aumentar, formar e colocar e reter os trabalhadores do sistema de saúde.	7.1.4b Quadro do pessoal por população de 100.000
7.2 Parcerias para a Mobilização de Recursos a todos os níveis	7.2.1a Desenvolver parcerias com empresários locais e internacionais com o sector privado, organizações não-governamentais (ONGs) e a comunidade internacional.	7.2.1b Número de parcerias formadas
	7.2.2a Advogar o aumento do apoio aos programas da SDSR dos doadores e parceiros de desenvolvimento.	7.2.2b Total dos recursos mobilizados.
8. Estratégias de Segurança dos produtos da SDSR para todos os componentes da SSR		
8.1 Advocacia	8.1.1a Desenvolver estratégias e planos de acção nacionais/regionais e planos para a previsão e distribuição de produtos da SR.	8.1.1b # de países com planos da SDSR.
	8.1.2a Desenvolver uma estratégia e plano de acção nacional/regional da SDSR	8.1.2b Criado o sistema regional de produtos da SR.

Resultados Previstos	Acções Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
	<p>8.1.3a.i Rever as listas dos medicamentos essenciais de modo a incluir os produtos de saúde reprodutiva.</p> <p>8.1.3.a.ii. Criar uma linha de orçamento para produtos básicos de SSR.</p>	<p>8.1.3bi # de países que possuem lista de medicamentos essenciais para SR.</p> <p>8.1.3bii Percentagem do orçamento da saúde alocado aos produtos da SR.</p> <p>8.1.3.biii # de países com uma linha orçamental nacional para garantia de produtos básicos de SSR.</p>
8.2 Reforço da Capacidade	<p>8.2.1a Desenvolver e implementar LMS para SDSR.</p> <p>8.2.2a Formar o pessoal relevante em LMS para SDSR.</p>	8.2.1b # de países que têm problemas de stocks.
	8.2.3a Criar um sistema efectivo de gestão para todos os produtos básicos.	8.2.3b # de países com sistemas de gestão de produtos.
	8.2.4a Desenvolver a capacidade para compra de grandes volumes utilizando encomendas em grupo a nível nacional e regional.	8.2.4b # de países com sistemas integrados de compra e distribuição.
	8.2.5a Formação em matéria de gestão de produtos.	8.2.5b # de pessoas formadas em sistemas de gestão logística.
9. Instrumentos e Mecanismos de Monitorização e Avaliação para o Plano de Acção da SDSR		
9.1 Advocacia	9.1.1a Fazer advocacia para a atribuição de recursos nacionais para recenseamentos regulares, DHS e revisões anuais da mortalidade materna.	9.1.1b Recenseamento regular, DHS e revisões de mortes maternas.
9.2 Reforço de Capacidades	9.2.1a Estabelecer um sistema continental de monitorização, acompanhamento para os agregados, análise e disseminação dos dados recebidos do nível nacional.	9.2.1b Unidade/Sistema continental criado

Resultados Previstos	Ações Estratégicas	Indicadores para Monitoria do Progresso
9.3 Recolha e Utilização de Dados	9.3.1a Institucionalizar a monitorização e avaliação ao nível da administração pública e das ONGs e alocar recursos humanos e financeiros adequados .	9.3.1b Número de países com mecanismos M&A criados
	9.3.2a Recolher, analisar e disseminar ao nível mais baixo a informação necessária para uma base de dados de âmbito continental.	9.3.2b Número de países que mantêm intercâmbio de informação à base de dados continental.
	9.3.3a Apoiar a pesquisa operacional para acção baseada em provas.	9.3.3b Resultados da pesquisa operacional.
	9.3.4a Colaborar com as agências das NU e doadores na harmonização dos sistemas de recolha de dados, a fim de garantir consistência.	9.3.4b Criado sistema harmonizado de recolha de dados.
	9.3.5a Criar mecanismos de coordenação para monitorar e avaliar a alocação eficiente de recursos e implementação de leis.	9.3.5b # de países capazes de monitorar e avaliar a alocação de recursos e a implementação de leis.
	9.3.6a Documentar e partilhar melhores práticas, incluindo intercâmbios técnicos sul-sul.	9.3.6bi Número de relatórios publicados. 9.3.6bii Periodicidade dos relatórios.

PAPEL DOS PARCEIROS

(a) União Africana

26. A União Africana irá, dentre outros aspectos, desempenhar o papel de advocacia e mobilização de recursos, monitorização e avaliação e disseminação das melhores práticas e harmonização de políticas e estratégias.

(b) Comunidades Económicas Regionais

27. As Comunidades Económicas Regionais irão, dentre outras tarefas, prestar apoio técnico aos Estados membros, incluindo formação na área da saúde reprodutiva, fazer advocacia para o aumento de recursos para a saúde sexual e reprodutiva, harmonizar a implementação dos Planos de Acção Nacionais, monitorar a implementação, identificar e trocar experiências sobre as melhores práticas.

(c) Estados Membros

28. Os Estados membros irão adaptar e implementar o Plano de Acção para a operacionalização do Quadro Continental de Políticas de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Eles irão também criar uma disposição de advocacia, mobilização de recursos, orçamentação, monitoria e avaliação como manifestação do sentido de propriedade. Eles irão também convidar a sociedade civil e o sector privado a participar nos programas nacionais.

(d) Parceiros

29. Os parceiros de desenvolvimento, internacionais e locais, irão harmonizar os seus programas às necessidades nacionais, bem como providenciar apoio financeiro e técnico para a implementação do Plano de Acção. Todavia, cabe ao governo a responsabilidade de coordenar os parceiros.

CONCLUSÃO

30. Os líderes africanos têm a obrigação cívica de responder as necessidades de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos do seu povo. O presente Plano de Acção é uma demonstração clara do seu cometimento em relação a melhoria da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em África.

ANEXO

Metodologia e Resultados de Financiamento dos Serviços de SDR

1. Foram feitas estimativas, utilizando a informação disponível, sobre o nível nacional e agregando-as aos totais regionais. Estes custos reflectem as necessidades de prestação directa de serviços para a cobertura das metas fixadas para os objectivos da CIPD (correspondente a ODMs). Além disso, foram feitos ajustamentos aos custos directos daí resultantes.

2. Estes ajustamentos incluem a duplicação de salários médicos e para-médicos necessários para aumentar o cometimento, a retenção do pessoal, quando suplementado com outros incentivos não monetários, motivação e qualidade dos serviços; assuntos reconhecidos, antes da actual União Africana e hoje, bem como outras deliberações. Os ajustamentos incluem 37% que consistem dos seguintes elementos acrescentados aos custos directos totais, incluindo salários, sistemas de gestão de reforços (incluindo gestão financeira) ao valor de 20%; melhoramento, monitoria, avaliação e garantia de qualidade em 15%; e, reforço de capacidades para uma pesquisa básica e desenvolvimento a 2%. Para além disso, será necessário um incremento de 67% para despesas gerais (pessoal de apoio, electricidade, manutenção e outros), funções da saúde pública (incluindo a geração da demanda da comunidade) e requisitos regulamentados. Em resumo, estes suplementos reflectem o esforço necessário para a prestação directa de serviços, desenvolvimento do sistema de saúde e várias actividades essenciais de apoio.

3. As intervenções de prevenção no âmbito da SSR foram estimadas através da especificação da contribuição da ONUSIDA – actividades de prevenção identificadas que estão relacionadas a SDR. Por exemplo, toda a distribuição de preservativos e gestão das ITS, partilhas substanciais das intervenções na área dos jovens e da população especial, bem como pequenas trocas de experiências sobre intervenções fracassadas (no último caso, com base numa estimativa da proporção e transfusões de sangue necessárias para hemorragias maternas). Serão necessários recursos adicionais para a parte que resta da prevenção, tratamento, cuidado e serviços de apoio.

4. A Tabela 1 Anexa reflecte a estimativa de necessidades para a prestação de serviços no que toca a serviços de saúde sexual e reprodutiva, agrupados com base em análises de nível nacional, no âmbito de dois cenários: (1) A projecção da variante média da Divisão da População das Nações Unidas sobre o declínio da fertilidade durante o período 1997-2010 e (2) níveis de prevalência da fertilidade e da contracepção, associados à eliminação progressiva das actuais necessidades não satisfeitas no domínio do planeamento familiar antes de 2015. Os resultados apresentados para este cenário incluem este processo logo no início, na sequência dos progressos.

Tabela 1 Anexa: Necessidades em Recursos para a Prestação de Serviços Directos de Saúde Reprodutiva, Materna e de Recém-Nascidos em África (2007-2010)
Projectão de Cenários de Variante Média e Necessidades Não Satisfeitas, com ou sem Sistema de Ajustamentos
(milhões de \$US)

	2007	2008	2009	2010	2007-2010
VARIANTE MÉDIA					
Custos de pessoal					
Planeamento familiar	29,2	31,5	33,8	36,2	130,6
Cuidados pré-natais e parto normal	281,5	308,2	335,1	362,0	1,286,7
Suplemento (mães/recém-nascidos) *	156,0	178,1	198,5	217,8	750,5
DSTs	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
Total de Pessoal	522,2	579,7	635,9	691,2	2,429,0
Custos de medicamentos/meios					
Planeamento familiar	85,5	92,3	99,3	106,5	383,6
Cuidados pré-natais e parto normal	360,6	381,3	402,0	422,5	1.566,4
Suplemento (mães/recém-nascidos)*	216,7	252,3	286,2	319,2	1.074,4
DSTs	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
Total de Medicamentos/meios	686,3	752,2	816,6	880,2	3.135,4
Total geral (sem ajust. salarial)	1.730,7	1.911,5	2.088,4	2.262,7	7.993,3
TOTAL GERAL (com custos de sistemas)	3.530,5	3.899,5	4.260,3	4.616,0	16.306,4
NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS					
Custo de pessoal					
Planeamento familiar	30,4	33,3	36,3	39,5	139,5
Cuidados pré-natais e parto normal	279,4	303,5	327,4	350,9	1.261,3
Suplemento (mães/recém-nascidos)*	155,0	175,8	194,7	212,2	737,7
DSTs	55,4	61,9	68,5	75,2	261,1
Total de Pessoal	520,2	574,6	627	677,8	2.399,6
Custos de Medicamentos/meios					
Planeamento familiar	88,3	97,2	106,4	116,0	407,9
Cuidados pré-natais e parto normal	358,0	375,8	393,1	410,0	1.536,9
Suplemento (mães/recém-nascidos)*	215,3	248,9	280,6	310,8	1.055,6
DSTs	23,6	26,3	29,1	32,0	111,0
Total de Medicamentos/Meios	685,1	748,2	809,2	868,8	3.111,4
Total geral (com ajust. salarial)	1.725,6	1.897,4	2.063,2	2.224,4	7.910,7
TOTAL GERAL (sem custos de sistemas)	3.520,2	3.870,8	4.208,9	4.537,8	16.137,7

* As intervenções materno-infantis adicionadas incluem cuidados obstétricos de emergência, saúde dos recém-nascidos e outras situações maternas.

** Não estão incluídos os custos adicionais de preservativos para VIH e SIDA.

4. Os totais resultantes das actividades de prevenção da SSR e VIH e SIDA correspondem ao aumento das despesas per capita de 6,03 a 8,14 dólares (dos 34 dólares per capita reconhecidos pela UA como sendo necessários para a saúde) durante este período. Comparando, nas despesas de 2005 para a SSR, calculou-se as despesas em aproximadamente 2 dólares per capita. Estas estimativas de custo foram preparadas por peritos com base nos pressupostos a que nos referimos atrás.

