



PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO 2016-2030

**A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO  
DE POLÍTICA CONTINENTAL PARA  
A SAÚDE E OS DIREITOS SEXUAIS E  
REPRODUTIVOS**





PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO 2016-2030  
FA OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE  
POLÍTICA CONTINENTAL PARA A SAÚDE E  
OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

# ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS	<b>6</b>
GLOSSÁRIO	<b>8</b>
RECONHECIMENTO	<b>12</b>
INTRODUÇÃO	<b>14</b>
RACIONAL	<b>19</b>
OBJECTIVO PRIMORDIAL	<b>23</b>
ESTRATÉGIAS-CHAVE PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE POLÍTICA CONTINENTAL	<b>23</b>
GRUPOS-ALVO PRIORITÁRIOS	<b>28</b>
RESULTADOS PREVISTOS	<b>28</b>
ESTIMAÇÃO DO PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO	<b>30</b>
O PAPEL DOS ACTORES	<b>44</b>
CONCLUSÃO	<b>45</b>
BIBLIOGRAFIA	<b>46</b>

# LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Foco Estratégico e Intervenções Prioritárias para o PAdM 2016 - 2030

**33**

Tabela 2: Requisitos de recursos para a SRMNIA em África (2016-2030). Cenários da Projecção das Necessidades Totais, com ajustes de Programa e Sistema (Biliões de \$EU)

**42**

Tabela 3: Requisitos de recursos para a SRMNIA em África (2016-2030). Cenários da Projecção das Necessidades Totais, com ajustes de Programa e Sistema (Biliões de \$EU)

**43**

# LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>CAN</b>	Cuidados Ante natais
<b>TAR</b>	Terapia Anti-Retroviral para o VIH/SIDA
<b>TARs</b>	Drogas Anti-Retrovirais
<b>SSRA</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva da Adolescente
<b>UA</b>	União Africana
<b>CUA</b>	Comissão da União Africana
<b>OSC</b>	Organizações da Sociedade Civil
<b>EmONC</b>	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência
<b>C/MGF</b>	Corte/Mutilação Genital Feminina
<b>VBG</b>	Violência Baseada no Género
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Vírus de Papiloma Humana
<b>PTNs</b>	Práticas Tradicionais Nocivas
<b>CIPP</b>	Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento
<b>TIC</b>	Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>ITNs</b>	Redes Mosquiteiras Insecticidas Impregnadas
<b>M &amp; A</b>	Monitoria e Avaliação

<b>MCDSR</b>	Vigilância e Resposta a Mortes Materno-Infantis
<b>ODM</b>	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
<b>PAdM</b>	Plano de Acção de Maputo
<b>PERPs</b>	Planos Estratégicos para a Redução da Pobreza
<b>CERs</b>	Comunidades Económicas Regionais
<b>SRMNI</b>	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente
<b>SD-DP</b>	Desvio Padrão
<b>ODSs</b>	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>SSR&amp;DR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Reprodutivos
<b>SDSR</b>	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
<b>CTE.SPCD</b>	Comité Técnico Especializado para a Saúde, População e o Controlo da Droga
<b>ITS</b>	Infecções de Transmissão Sexual
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>NU</b>	Nações Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
<b>FNUAP</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>UNGS</b>	Estratégia Global das Nações Unidas
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde







## GLOSSÁRIO

1. **Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos:** A Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos integram-se no contexto do Quadro da Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos 2005, endossado pela Assembleia da UA em Janeiro de 2006.
2. **Saúde Reprodutiva:** Tal como definido pelo Quadro de Política Continental sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva e os Direitos Reprodutivos (SSR-DR) e no Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África (Protocolo de Maputo) é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. *A saúde reprodutiva, por conseguinte, implica que as pessoas sejam capazes de gozar de uma vida sexual segura e que tenham a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência o fazer. Implícitos nesta última condição são os direitos de os homens e as mulheres estarem informados e terem acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de planeamento familiar da sua escolha, bem como outros métodos para a regulação de fecundidade que não sejam contra a lei, e o direito do acesso a apropriados serviços dos cuidados de saúde que permitam as mulheres passarem seguramente pela gravidez e o parto e proporcionar aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis”.*

3. **Direitos Reprodutivos:** Tal como definido pelo Quadro de Política Continental sobre a SDRS e pelo Protocolo de Maputo *“abarcam certos direitos humanos que já são reconhecidos em legislações nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e noutros documentos de consenso. Esses direitos residem no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livremente e de forma responsável quanto ao número, o espaçamento e o momento dos seus filhos, e de obter a informação e os meios para o fazerem, bem como o direito de obterem os mais altos níveis de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também os seus direitos de tomarem decisões que se prendem com a reprodução livre de discriminação, coerção e violência, tal como expresso em documentos sobre direitos humanos. No exercício deste direito, devem tomar em consideração as necessidades dos seus filhos em vida e futuros, e suas responsabilidades perante a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos para todas as pessoas deve constituir a base fundamental das políticas e programas governamentais e apoiados pelas comunidades no domínio da saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar. Como parte do seu compromisso, deve prestar-se toda a atenção à promoção de relações genéricas mutuamente respeitadas e equitativas, particularmente na satisfação das necessidades educacionais e de serviços dos adolescentes a fim de lhes permitir abordar a sua sexualidade de forma positiva e responsável”*
4. **Aborto Inseguro:** Tal como especificado quando da 1ª reunião do Comité Técnico Especializado da União para a Saúde, a População e o Controlo da Droga (CTE-SPCD) em 2015, refere-se ao *“aborto inseguro em conformidade em conformidade com as leis e os regulamentos nacionais”*
5. **Grupos/Populações Vulneráveis e Marginalizadas:** Grupos/populações vulneráveis e marginalizadas são tal como definidas dentro dos contextos e das políticas nacionais.
6. **Educação Compreensiva sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva:** *Tal como especificado quando da 1ª reunião do Comité Técnico Especializado para a Saúde, a População e o Controlo da Droga (CTE-SPCD) em 2015, refere-se à “educação na idade apropriada e culturalmente sensível sobre a saúde sexual e reprodutiva para os jovens, envolvendo os pais e as comunidades.*





## RECONHECIMENTO

A Comissão da União Africana gostaria de manifestar o seu apreço aos Estados-membros da União Africana pelo seu compromisso à implementação do *Plano de Acção de Maputo (PAdM)* para a operacionalização do *Quadro de Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR)* e por fazerem parte do processo de revisão do PAdM proporcionando perspectivas e orientações técnicas.

A Comissão gostaria também de manifestar o seu apreço às Comunidades Económicas Regionais (CERs), agências das NU, Organizações Intergovernamentais, Organizações Não-governamentais e Organizações da Sociedade Civil pelas suas contribuições técnicas à revisão do estado de implementação do PAdM e outras actividades relacionadas.

A Comissão agradece particularmente o Fundo das Nações Unidas para Actividades da População (FNUAP) pelo seu apoio técnico e financeiro, bem como o seu papel de assessoria antes e durante o processo de revisão, e ainda na facilitação da implementação do Plano aos níveis nacional e regional.

O apreço da Comissão é ainda extensivo à Federação Internacional do Parentesco Planeado – Escritório Regional Africano (IPPF/AFRO) por facilitar a implementação do Plano de Acção de Maputo aos níveis nacional e regional, e também por ter trazido a voz da OCS à revisão do PAdM.





## INTRODUÇÃO

1. Reconhecendo que países africanos fizeram um progresso significativo na realização das metas do ODM da melhoria da saúde materna, neonatal e infantil, e na garantia do acesso universal a serviços da saúde sexual e reprodutiva, embora não as tenham realizado em pleno, o Quadro de Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos adoptado por ocasião da 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde em Gaborone, Botswana, em Outubro de 2005 e endossado pelos Chefes de Estado e de Governo da UA em Janeiro de 2006, permanece relevante para a realização do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, o dividendo demográfico, as aspirações da Agenda 2063 e os objectivos de desenvolvimento tal como definidos nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.
2. Na reunião de Gaborone, os Ministros da Saúde da UA apelaram ainda para o desenvolvimento de um Plano de Acção concreto e com custos estimados para a implementação do Quadro de Política Continental. Esta decisão foi endossada pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo em Cartum, Sudão, em Janeiro de 2006 e resultou no desenvolvimento do Plano de Acção de Maputo (PAdM) 2007 – 2010, cuja implementação foi estendida pela 15ª Sessão Ordinária da Assembleia, para 2015, a fim de coincidir com a linha final dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.
3. O PAdM 2007 - 2015 expirou em 2015, numa altura em que o plano da União Africana para a transformação estrutural de África ao longo dos próximos cinquenta anos, “Agenda 2063: A África que Queremos” e o seu plano de implementação decenal estão em vigor para influenciar e acelerar ainda mais a transformação e o desenvolvimento de África além 2015. Uma revisão exaustiva do PAdM 2007 – 2015 (implementação, realizações, desafios e lacunas) foi feita para informar a orientação de política do Quadro Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR&DR) para o pós-2015. A avaliação do Plano foi feita no contexto das sete aspirações e dos seis pilares estratégicos da Agenda 2063, e da Posição Comum Africana, respectivamente.

4. Por outro lado, o Plano de Acção de Maputo revisto 2016 – 2030 permanece consistente com a Agenda 2063 de África que apela para uma África Próspera ancorada nos ideais do Pan-africanismo; uma África de Boa Governação, de Respeito pelos Direitos Humanos, Justiça e Estado de Direito; uma África Pacífica e Segura; uma África com Identidade, Valores e Éticas Culturais fortes. Uma África com desenvolvimento orientado ao povo, apoiando-se particularmente no potencial oferecido pelas suas mulheres e jovens; e uma África como uma Interveniente e Parceira Forte, Resiliente e Influyente na cena Global.
5. Estas aspirações reflectem uma forte convergência com os seis pilares da Posição Comum Africana sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 e avançarão com as dez intervenções estratégicas do Quadro de Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, como sejam: o incremento de recursos para programas da SDDR, a tradução da Declaração de Adis Abeba sobre População e o Desenvolvimento e os compromissos de Pequim mais 20 nas legislações nacionais, e políticas da SDDR incluindo continuar a reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, a mortalidade infantil e da criança pondo termo a todas as mortes preveníveis das mães, dos recém-nascidos e de crianças, a garantia do combate ao VIH/SIDA, a expansão do uso de anticonceptivos, a redução dos níveis do aborto inseguro<sup>1</sup>, o fim do casamento prematuro e de menores, a erradicação da mutilação genital feminina e a prevenção da violência baseada no género, bem como a garantia do acesso de adolescentes e jovens à SSR.
6. Este Plano de Acção de Maputo 2016 – 2030 revisto, para a operacionalização do Quadro de Política Continental sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, compatível com a Agenda 2063 e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), segue-se à revisão do Plano de Acção de Maputo 2007 – 2015 e procura levar o Continente avante para a meta do acesso universal a serviços de saúde sexuais e reprodutivos compreensivos em África além 2015. É um plano a longo prazo para o período até 2030, consolidado em dez áreas de acção: compromisso político, liderança e governação; legislação sanitária; igualdade no género; empoderamento de raparigas e mulheres e o respeito pelos direitos humanos; comunicação estratégica; investimento nas necessidades da SSR das adolescentes, jovens e outros grupos/populações vulneráveis<sup>2</sup>; Optimizar o funcionamento dos

---

1 Tal como definido no glossário

2 Tal como definido no glossário

sistemas de saúde; o desenvolvimento de recursos humanos; parcerias e colaborações; monitoria, reportagem e a prestação de contas; e o reforço de investimentos na saúde. As premissas do Plano são em volta da SSR no seu contexto mais abrangente tal como definido pelo PoA/CIPD de 1994, a Declaração de Adis Abeba sobre População e Desenvolvimento (2013) e o Artigo 14 do Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (o Protocolo de Maputo) que contempla a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos (SSR&DR) de mulheres e homens como um direito humano, tomando em consideração a abordagem do ciclo de vida. Os elementos da SSR&DR incluem a saúde sexual e reprodutiva da adolescente (SSRA); saúde materna e cuidados do recém-nascido; o planeamento familiar; a prevenção e a gestão de infecções de transmissão sexual incluindo o VIH&SIDA; cuidados do aborto seguro<sup>1</sup>; a prevenção e a gestão da infertilidade; a prevenção e a gestão de cancro do sistema reprodutivo; a abordagem das preocupações da vida intermédia de homens e mulheres; a saúde e o desenvolvimento; a redução da violência baseada no género; a comunicação e o aconselhamento interpessoais; e a educação na saúde.

7. Para além do Quadro de Política Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Plano de Acção de Maputo 2016 – 2030 toma em consideração as constatações da sua revisão, a Agenda 2063 e o seu plano de implementação decenal, os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), Rio+20, CIPD+20 e a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, a Declaração de Gaborone sobre o Roteiro para o Acesso à Prevenção, ao Tratamento e a Cuidados Universais, o Compromisso de Brazzaville sobre a Aceleração ao Acesso Universal e os compromissos de Abuja.
8. Ao mesmo tempo reconhecendo a necessidade para uma ênfase na SSR&DS, o Plano revisto admite que isso deve levar a um efectivo sistema sanitário com suficientes recursos infra-estruturais, financeiros e humanos, e que as intervenções da SSR&DS não sejam interrompidas até que essas crises sejam resolvidas. Por conseguinte, torna-se imperiosa a mobilização de recursos internos para apoiar programas de saúde, incluindo a observação dos compromissos de Abuja.



9. O Plano revisto tira lições das melhores práticas e das intervenções de alto impacto, e responde à vulnerabilidade em todas as suas formas (tal como definidas nos contextos e nas políticas nacionais) desde a desigualdade no género, à vida rural e aos jovens, até a grupos vulneráveis específicos<sup>2</sup> incluindo pessoas deslocadas, migrantes e políticas sobre refugiados para garantir que ninguém seja deixado detrás. Reconhece a importância de se criar um ambiente favorável, bem como do empoderamento das comunidades e das mulheres e o papel dos homens no acesso a serviços da SSR&DR.
10. O Plano revisto é abrangente e flexível para permitir adaptação ao nível de países, reconhecendo as circunstâncias peculiares dos Estados-membros da UA. Proporciona uma série de acções cerne, mas não limita os países, nem exige que os que já possuem estratégias comecem tudo de novo; ao invés, encoraja a todos os países a reverem os seus planos em face deste Plano de Acção a fim de identificarem as lacunas e áreas para melhoria. Ao mesmo tempo, o Plano, embora focalizado na acção de países, comunga as funções das dez áreas de acção para a União Africana, as Comunidades Económicas Regionais e os parceiros continentais e internacionais. Reconhece também o papel da Sociedade Civil e do Sector Privado no contexto de programas nacionais. O Plano estabelece indicadores para monitorar progresso a estes diferentes níveis.





## RACIONAL

11. Embora a pobreza extrema se tenha declinado significativamente ao longo das últimas duas décadas, o número de pessoas que vivem em pobreza extrema permanece inaceitavelmente alto, não obstante a realização da primeira meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio; reduzir o índice da pobreza em metade, de 1990 até 2015 – cinco anos antes da meta, em 2010. Ao nível global, o número de pessoas vivendo em pobreza extrema declinou em mais de metade, tendo baixado de 1,9 biliões em 1990 para 836 milhões em 2015. Em 1990, quase metade da população no mundo em vias de desenvolvimento vivia com menos de 1,25 \$ por dia; uma proporção que baixou para 14 por cento em 2015. A taxa de pobreza na África a Sul do Saara baixou em cerca de 28%, mas ainda permanece muito alta aos 41%.<sup>3</sup>
12. Prioridades na concorrência por recursos por parte de governos e a incapacidade dos parceiros de desenvolvimento internacionais em cumprirem com os seus compromissos levaram ao financiamento inadequado para melhor acesso a serviços da SRDS<sup>4</sup>. Uma média de 10,5%, em vez dos previstos 15% do compromisso de Abuja dos gastos públicos, é presentemente alocada à saúde no Continente<sup>6</sup>.
13. O rácio da mortalidade materna, as taxas da mortalidade neonatal e dos abaixo dos cinco em África, excluindo a África do Norte, permanecem altos aos 510 em cada 100.000 nados vivos<sup>1</sup>, 28 em cada 1.000 nados vivos<sup>5</sup> e 86 em cada 1.000 nados vivos, respectivamente<sup>1</sup> até 2013. A fistula obstétrica, uma condição devastadora resultante do parto, ainda persiste em África, registando entre 50.000 a 100.000 novos casos nas regiões em vias de desenvolvimento<sup>5</sup>. Alguns indicadores de saúde reprodutiva e

---

3 Relatório do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 2015

4 Projecto dos fluxos de recursos, 2006. Fluxos de recursos financeiros para actividades populacionais em 2004. FNUAP/ONUSIDA/Instituto Demográfico Interdisciplinar da Holanda.

5 Relatório sobre a Revisão do PAdM, 2015

6 Campanha Global do FNUAP para o Fim da Fistula Obstétrica

infantil, embora melhorados, ainda estão aquém das metas previstas. O parto especializado situa-se em mais de 25% abaixo dos previstos 80%, enquanto que a taxa de prevalência do anticonceptivo e da necessidade não realizada no planeamento familiar permanecem aos 28% e 24%, respectivamente<sup>1</sup>. Apenas 12% de mulheres grávidas que necessitam de serviços de cuidados obstétricos e neonatais de emergência beneficiam deles. O índice de imunização situa-se aos 77%, enquanto que o raquitismo permanece alto aos 34%<sup>6</sup>.

14. A Malária, o VIH e a Tuberculose continuam a afectar um número significativo de mulheres e crianças no Continente, apesar de melhorias registadas ao longo dos anos. A África ostentava tanto a maior porção de pessoas vivendo com o VIH, como o maior número de pessoas a receber o TAR. Isso não obstante, a região regista também 78 por cento de pessoas que vivem com o VIH entre as regiões em vias de desenvolvimento que não recebem o TAR. De igual modo, apesar de existir TAR eficaz capaz de reduzir o risco de transmissão da mãe-à-criança para 2%, tais intervenções ainda não são acessíveis a mães em gestação e recém-nascidos em África, ao mesmo tempo que o VIH/SIDA continua a ser a primeira causa da morte em adolescentes de idade compreendida entre 10 e 19 anos em África<sup>7</sup>. Oitenta por cento de mortes por malária ao nível mundial ocorrem em apenas 17 países, principalmente em África, ao mesmo tempo que a falta de estratégias efectivas (por exemplo uma vacina ou um tratamento pós-exposição para infecção da TB latente) para prevenir a recorrência da doença nos mais de 2 biliões de pessoas que se estimam terem sido infectadas pelo *mycobacterium tuberculosis* limita o impacto dos esforços em curso para controlar a incidência da TB<sup>8</sup>. O cancro cérvico, uma questão de saúde emergente em África, constitui uma importante causa de mortes relacionadas ao cancro entre as mulheres em várias nações africanas. Embora exista uma vacina capaz de proteger jovens raparigas contra o cancro cérvico, a vacina HPV ainda está por ser lançada em vários países de baixa renda com alto fardo da doença.
15. As desigualdades no género permanecem profundamente entrenchadas na região. As mulheres são marginalizadas em termos de acesso à educação, ao emprego e à saúde; por exemplo, menos raparigas concluem o ensino secundário em comparação com rapazes. Nove dos 10 países com

7 Estimativas da ONUSIDA em 2015

8 O Relatório dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 2015

a mais alta prevalência de casamento de menores encontram-se em África. As mulheres continuam a confrontar-se com discriminação no acesso ao trabalho, ao capital económico e à participação nos processos de tomada de decisão privados e públicos, e são também mais susceptíveis de viverem na pobreza do que os homens. Cerca de três-quartos de homens em idade laboral participam na força laboral, em comparação com apenas metade de mulheres em idade laboral, ao mesmo tempo que elas ganham 24 por cento menos do que os homens. O fraco estatuto e empoderamento das mulheres no Continente ainda está ligado à sua impossibilidade de terem acesso a, e de usarem serviços de saúde materna. Em África, o planeamento familiar ainda é visto como responsabilidade das mulheres, com programas que visam mulheres negligenciando o papel dos homens.

16. É geralmente reconhecido que a saúde, particularmente a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, é uma pré-condição para, e um indicador de resultados em todos os aspectos do desenvolvimento sustentável e que os objectivos de desenvolvimento sustentável apenas podem ser alcançados na ausência da morbilidade e da mortalidade materna, neonatal, infantil e do adolescente preveníveis. Embora ao longo dos anos a África tenha dado passos significativos no sentido da realização do acesso universal à SSR&DR, o progresso tem sido lento e desequilibrado, deste modo exigindo que mais seja feito, e a SSR&DR permanece trabalho ainda por concluir tal como articulado na Agenda 2063 “A África que Queremos” e nos ODSs.





## OBJECTIVO PRIMORDIAL

17. Este Plano de Acção tem como objectivo final os governos africanos, a sociedade civil, o sector privado e todos os parceiros ao desenvolvimento multissetoriais juntarem as suas forças e redobrem os seus esforços para que juntos possam implementar efectivamente o Quadro de Política Continental sobre a SSR, a Agenda 2063 e os ODSs a finde se pôr termo às mortes maternas, neonatais, infantis e do adolescente preveníveis, através da expansão do uso do anticonceptivo, a redução dos níveis de aborto inseguro<sup>1</sup>, o fim do casamento de menores, a erradicação de práticas tradicionais nocivas incluindo a mutilação genital feminina e a eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra mulheres e raparigas, e garantir o acesso de adolescentes e jovens à SSR até 2030 em todos os países no Continente.

## ESTRATÉGIAS-CHAVE PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DE POLÍTICA CONTINENTAL

18. As dez estratégias-chave para a operacionalização do Quadro de Política Continental incluem o seguinte:
  - i. **Reforço do compromisso político, da liderança e da boa governação** – Isto implicará a adopção e a apropriação do PAdM 2016 – 2030 aos níveis nacional, regional e continental, a priorização da Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA) nos planos de desenvolvimento, orçamentos e Planos Estratégicos da Redução da Pobreza (PERPs) aos níveis continental, regional e nacional, e responsabilizar os líderes políticos pela realização dos marcos estabelecidos nas declarações, nos quadros de política e nas agendas de desenvolvimento globais e regionais visando a SRMNIA.

- ii. **Instituição de legislações e políticas sanitárias para melhorar o acesso a serviços da SRMNIA** – Isto envolverá a remoção de barreiras legais, regulatórias e de política que limitam o acesso de mulheres, homens, jovens e adolescentes às comodidades, programas e serviços da SSR; o enquadramento de quadros legislativos, políticas e estratégias operacionais que regem as parcerias e colaborações no sector da saúde; a promulgação, revisão e imposição de leis que previnam casamentos prematuros e de menores e garantam acesso a abortos seguros<sup>1</sup> em conformidade com as leis e políticas nacionais.
- iii. **Garantia da igualdade no género, o empoderamento de mulheres e raparigas e o respeito pelos direitos humanos através:** da protecção dos direitos de todos os cidadãos (crianças, mulheres, adolescentes, homens) terem o controlo sobre, e decidirem livremente e de forma responsável nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência; a erradicação de práticas tradicionais nocivas tais como o casamento prematuro e o corte/mutilação genital feminina, e a eliminação de todas as formas de discriminação e violência contra mulheres e raparigas; e a promoção de valores sociais de igualdade, não-discriminação e resolução não violenta de conflitos.
- iv. **Melhoria da comunicação estratégica para a SSR&DR através do seguinte:** A instituição de mecanismos efectivos de comunicação e de partilha de informação para a mudança de comportamento que promovam a SRMNIA; alvejar adolescentes e jovens (tanto nas escolas, como fora delas) com educação na idade apropriada e culturalmente sensível sobre a saúde sexual e reprodutiva <sup>9</sup>; a promoção e facilitação de comunicação entre os provedores de cuidados de saúde, incluindo educadores paritários a vários níveis; a disseminação generalizada de informação sobre a SRMNIA incluindo o uso de novas tecnologias de comunicação tais como e-saúde/e-health, tweeter, Instagram, Facebook, entre outros; e a promoção da mobilização comunitária para, e participação na SRMNIA, com um enfoque especial no envolvimento dos homens.

---

9 Tal como definido no glossário



- v. **Investimento nas necessidades da SSR dos adolescentes, jovens e outras populações vulneráveis marginalizadas** (órfãos, velhos, pessoas portadoras de deficiências, populações rurais, deslocados, migrantes)<sup>2</sup> com a melhoria de acesso à informação e a serviços de qualidade sobre a SRMNIA para os jovens, incluindo a vacinação HPV e o planeamento familiar, com a provisão de serviços da SSR integrados de qualidade favoráveis aos adolescentes; proporcionar educação compreensiva apropriada e culturalmente sensível sobre a saúde sexual e reprodutiva<sup>10</sup> e referências a serviços de SSR; investimento na melhoria do estado da SSR&DR dos pobres; e o empoderamento e apoio a esforços orientados pelas comunidades para fazerem face aos desafios da SRMNIA e fazer avançar a inclusão. Para além disso, seria assegurada uma efectiva resposta de emergência em situações humanitárias e frágeis, ao mesmo tempo continuando a prestação de serviços em favor das mulheres, das crianças e dos adolescentes.
- vi. **Optimizar o funcionamento do sistema de saúde para a SRMNIA através do seguinte:** Reforço dos sistemas dos cuidados de saúde primários estabelecendo ligação entre serviços da SRMNIA, VIH/SIDA, Malária/TB compreensivos de qualidade; a garantia da disponibilidade da mais vasta gama de drogas/medicamentos e produtos para a SRMNIA; a expansão do acesso a intervenções sanitárias de alto impacto tais como a imunização; assistência especializada no parto e cuidados de qualidade, incluindo EmONC para mães e neonatais (cuidados neonatais essenciais e Cuidados Maternos Kangaroo) e crianças, acesso a anticonceptivos; a abordagem do fardo crescente dos cancro reprodutivos; melhorar os esforços para se pôr termo à transmissão vertical do VIH; fim à transmissão da malária; e o reforço das capacidades de preparação de emergência a todos os níveis do sistema de saúde em conformidade com os Regulamentos Sanitários Internacionais.
- vii. **Investir nos recursos humanos reforçando o recrutamento e a retenção através:** de uma abordagem mais sustentável que vise produzir uma mão-de-obra da saúde com as competências necessárias e devidamente distribuída por todos os níveis, com particular atenção a zonas rurais e áreas e países de difícil acesso, com vista à realização de excelência no desenvolvimento, na formação, no recrutamento e na retenção da capacidade dos recursos humanos.

- viii. **Melhorar parcerias e colaborações multissectoriais para a SRMNIA:** colaborando com parceiros ao desenvolvimento para cumprirmos com a sua promessa de dedicar 0,7% do seu PIB ao desenvolvimento; trabalhando com parceiros para o desenvolvimento de quadros operacionais e de financiamento que tomem em consideração características e prioridades específicas da SRMNIA do Continente, das sub-regiões e de países; desenvolvendo políticas que promovam o envolvimento da sociedade civil, do sector privado e das comunidades na prestação de serviços da SRMNIA dentro dos programas nacionais; e reforçando parcerias Sul-Sul, Norte-Sul, triangulares e cooperação com a Diáspora na realização dos objectivos da SSR&DS. Para além disso, o sector da saúde deve trabalhar de forma integrada e coordenada.
- ix. **Garantir a prestação de contas e o reforço da monitoria e avaliação, pesquisa e inovação:** estabelecendo quadros nacionais integrados de monitoria e avaliação baseados em evidência fortes; implementando ou reforçando sistemas de Vigilância e Resposta à Morte Materna e Infantil (VRMMI); desenvolvendo uma fundação para dados de linha de base que possam ser usados para rastrear progresso; desenvolvendo/ reforçando sistemas de registo civil e estatísticas vitais; reforçando sistemas de informação nacionais para a colecta e a publicação de dados etários/sexuais-chave da SRMNIA; investindo na pesquisa e inovação para fazer face a prioridades-chave de desenvolvimento sanitário e social, entre outros e reforçando o sistema de monitoria & avaliação do Plano de Acção.
- x. **Incrementar investimentos na saúde:** incrementando a mobilização de recursos internos para a SRMNIA através de mecanismos inovativos de financiamento à saúde e o estabelecimento de mecanismos de protecção social; identificando e instituindo rubricas e dotações orçamentais para intervenções e programas essenciais, económicas e de alto impacto na SRMNIA, e encorajando e apoiando Estados-membros a investirem na infra-estrutura da saúde, na manufactura local de medicamentos e no equipamento e produtos consumíveis de saúde.





## GRUPOS-ALVO PRIORITÁRIOS

19. A saúde reprodutiva compreende todo o ciclo de vida de um indivíduo, desde o nascimento até a velhice, na medida em que tais serviços são proporcionados ao longo do contínuo dos cuidados de todos quanto os necessitem. A ênfase será colocada nos casais, nas mulheres em idade reprodutiva, nas mulheres além da idade reprodutiva, nos recém-nascidos, nas crianças, nos adolescentes e jovens, e nos homens em zonas de difícil alcance, nas populações móveis e transfronteiriças, nos deslocados e outros grupos vulneráveis<sup>2</sup> e políticas.

## RESULTADOS PREVISTOS

20. Este Plano de Acção proporcionará um quadro a partir do qual países podem tirar inspiração. Isto não exigirá a definição de novas estratégias, mas simplesmente a incorporação de elementos desta estratégia nas novas. A implementação deste Plano de Acção trará melhorias no estado de saúde de mulheres, crianças, adolescentes e jovens, deste modo trazendo mais poupanças nas famílias e economias mais fortes em África. As intervenções estratégicas e os indicadores do Plano de Acção detalhados na Tabela 1, não só reflectem as questões peculiares da SRMNIA no Continente, como são também consistentes com o Plano de Implementação Decenal da Agenda 2063, os ODSs e a Estratégia Global das Nações Unidas (EGNU-UNGS) para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030).





## ESTIMAÇÃO DO PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO

21. O investimento na SRMNIA permite pessoas individuais e casais terem vidas sexuais saudáveis, livres do VIH e de outras infecções de transmissão sexual; terem o número de filhos que quiserem e quando os quiserem, partos seguros e terem nados saudáveis. Embora tenha sido feito um progresso significativo durante a última década, a África ainda está muito longe em relação às outras regiões do mundo no que toca as medidas da saúde sexual e reprodutiva.
22. Cerca de 58% de mulheres que querem evitar a gravidez não usam métodos efectivos de anticoncepção e respondem por uma percentagem desproporcionada de 93% de gravidezes indesejadas<sup>10</sup>. Setenta e seis por cento dos africanos mais pobres não têm acesso a infra-estruturas de saúde para cuidados ante natais (4+) e parto, enquanto que 78% de mulheres e recém-nascidos que carecem de cuidados por complicações médicas de gravidez e parto durante e imediatamente depois do parto, não os obtêm. Também, 73% de mulheres grávidas que vivem com o VIH não recebem medicamentos anti-retrovirais que possam proteger a sua saúde e prevenir a transmissão do VIH da mãe à criança<sup>11</sup>. Estas necessidades não-satisfeitas constituiriam a base para a computação do cenário da necessidade não satisfeita (vide Tabela 3).
23. Estimava-se, nos finais de 2014, que o custo total dos cuidados da saúde reprodutiva em África seria na ordem dos 17.2 biliões de \$EU por ano. Isso consistia de 3.2 biliões de \$ se todas as necessidades anticonceptivas das

---

10 Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. The Costs and benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health. December 2014

11 Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Investing in Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. December 2014

mulheres fossem satisfeitas, 11.2 biliões de \$ para cuidados relacionados a gravidezes, 3,1 biliões para cuidados do VIH para mães e recém-nascidos até aos seis meses pós-parto para as que vivem com o VIH e 0.7 biliões \$ para cuidados da ITS cobrindo quatro principais ITSs curáveis (Clamídia, gonorreia, sífilis, tricomoníase)<sup>6</sup>.

24. O custo total da SRMNIA em África é constituído por intervenções directas e indirectas. O custo directo consiste de custos de drogas/ aprovisionamentos e pessoal, ou custos de trabalhadores de saúde. Os custos indirectos incluem vários tipos de apoio ao programa, tais como o supervisionamento do pessoal e a formação, informação e educação no planeamento familiar, a construção e manutenção de infra-estruturas, o desenvolvimento e a manutenção de sistemas de aprovisionamento de bens e outras funções programáticas e de gestão<sup>6</sup>. Os custos directos e indirectos do proporcionamento dos actuais níveis de cuidados, cuidados melhorados dos utilizadores e 100% das necessidades da SRMNIA foram computados e balanceados. O custo directo constituiu aproximadamente 40%, enquanto que o indirecto representou perto de 60%. Para o planeamento familiar, os custos do pessoal constituirão 36% de custos directos, enquanto que para os outros cuidados da SRMNIA e despesas com o pessoal, constituirão 64% dos custos directos<sup>6</sup>.
25. O ano base para a estimação deste PAdM é 2015. O custo total da SRMNIA para 2015 foi extrapolado do do Dezembro de 2014<sup>6</sup>, ajustado pela inflação (0.1%) em 2015<sup>8</sup>. Deste modo, o custo total do proporcionamento dos 100% da SRMNIA em África foi de 17.67 biliões de \$EU em 2015 (Tabela 2). A estimativa de custos para o PAdM de 2016 a 2030 foi computada ajustando o custo do ano base à inflação anual (1,49% em 2016, 2,37% em 2017, 2,54 em 2018, 2,33% em 2019, 2,31% em 2020, 2,00% em 2021-2025 e 2,25% em 2026-2030)<sup>12,13</sup> e mutações na fecundidade e população (com base nas projecções variantes intermédias realizadas em 2105)<sup>14</sup>. Segundo as projecções, a população de África aumentará em 493 milhões de pessoas em 2030, dos 1.186 biliões em 2015, com base nas prevalecentes mudanças

---

12 <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>

13 <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>

14 Nações Unidas, Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015). Perspectivas Populacionais Mundiais: A Revisão de 2015, condições-chave e Tabelas de Avanço. Documento de Trabalho No. ESA/P/WP.241.

na fecundidade entre o período 2015 – 2030. Isso indica que haverá uma média anual de aumento de 33 mil pessoas. Estima-se, porém, que para proporcionar a todas as mulheres na região um pacote completo de cuidados que inclua serviços modernos de planeamento familiar; cuidados maternos e neonatais; e cuidados do VIH/ITS, serão necessários 18\$ por pessoa<sup>6</sup>. Isso implica que um ajuste para esses aumentos populacionais com base nas variantes médias das NU será de 0,5 biliões de \$ por ano.

26. As estimativas de custo para este PAdM reflectem os requisitos para os cuidados da SRMNIA em dois cenários: (1) O custo quando todas as necessidades dos cuidados da SRMNIA das mulheres forem proporcionados; (2) O custo necessário para proporcionar as necessidades não satisfeitas dos cuidados da SRMNIA das mulheres no Continente. Depois de todos os ajustes serem feitos seria necessário um total de 318 biliões de \$EU entre 2016 e 2030 para responder às necessidades da SRMNIA no Continente (Tabela 2), ao mesmo tempo que serão necessários 182 biliões de \$EU para cobrir as necessidades não satisfeitas. Estas estimativas devem ser revistas e actualizadas ainda mais com base na experiência ganha na implementação dos programas e novas evidências. Todavia, o que é mais importante é que os planos nacionais incluam definições detalhadas de intervenções apropriadas para responder às necessidades na saúde sexual e reprodutiva, e que os investimentos reflectam e reforcem a capacidade nacional para a sua implementação e monitoria.
27. Todavia, os princípios da actual análise devem ser observados, incluindo: que os planos devem ser orientados à realização do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2030, que haja mais investimento e acção para reforçar os recursos humanos para a saúde; esses planos e estimativas incluem recursos para reforçar os sistemas de saúde incluindo afectações para a monitoria, o supervisionamento, funções básicas da saúde pública, acção comunitária e outras funções de apoio necessárias, que recursos adicionais sejam disponíveis para fazer face a elementos explicitamente não incluídos (tais como investimento de capital) e que mais investimento se faça em sectores que não da saúde e que apoiem e avancem o progresso no sentido dos objectivos relacionados à saúde, nomeadamente os contidos nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. As estimativas correntes indicam a escala do esforço necessário e devem mobilizar uma resposta apropriada dos governos, dos doadores, da sociedade civil e do sector privado.



**Tabela 1: Foco Estratégico e Intervenções Prioritárias para o PAdM 2016 - 2030**

Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
<p>1. Maior Compromisso Político, Liderança e Governança para a SRM/NIA</p>	<p>1.1. Popularizar o PAdM 2016-2030 aos níveis continental, regional e nacional</p>	<p>Presença de um roteiro de país custeado para pôr fim a mortes maternas, neonatais, infantis e das adolescentes até 2030.</p>
	<p>1.2. Integrar a saúde materna, neonatal, infantil e da adolescente noutros serviços de saúde</p>	<p>Existência de quadros de política e planos de saúde nacionais que integrem serviços da SRM/NIA, VIH&amp;SIDA/ITS e Malárias.</p>
	<p>1.3. Desenvolver uma Estratégia de Comunicação e um Plano de Implementação para o PAdM 2016-2030</p>	<p>Estabelecimento de uma estratégia de comunicação e de um plano de implementação para o PAdM</p>
	<p>1.4. Alto compromisso político e liderança para a SRM/NIA</p>	<p># de países que respondem aos compromissos continentais/globais na SRM/NIA                      Proporção do orçamento de saúde do país afecto à SRM/NIA                      Proporção de países cujas contas nacionais da saúde rastreiam as afectações e despesas da SRM/NIA</p>

Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
2. Instituir legislações de saúde em favor da SRM/NIA	2.1. Remover barreiras legais, regulatórias e de política que limitam o acesso a produtos, programas e serviços da SSR  2.2. Desenvolver e implementar quadros legais e de política prevenindo o casamento de menores	Número de países com leis e regulamentos que garantem que todas as mulheres com idades compreendidas entre os 15 – 49 anos tenham acesso a serviços, informação e educação sobre cuidados de saúde sexual e reprodutiva 8  Existência de quadros de política, regulatórios ou legais para apoiar serviços da SRM/NIA para os jovens.
	2.3. Implementar políticas, estratégias e planos de acção para pôr termo a gravidezes indesejadas e abortos inseguros <sup>1</sup>	% de Estados-membros que possuem estratégias e planos de acção nacionais para pôr fim ao casamento de menores  Porcentagem de mulheres entre os 20 – 24 anos que se casaram ou se uniram antes dos 18 anos, ou a prevalência do casamento de menores
	2.4. Desenvolver quadros legais, estratégias e programas que façam face à VBG	Redução percentual de casos de abortos inseguros <sup>1</sup> Redução percentual de gravidezes indesejadas  Prevalência da VBG Proporção de casos da VBG processados # de países com programas que tratam da VBG
3. Garantir a igualdade, o empoderamento e direitos humanos no género	3.1. Proteger os direitos de mulheres, jovens e adolescentes, e fazer face à violência sexual e baseada no género	Proporção de mulheres e raparigas (15 – 49 anos) cooptadas sujeitas à violência sexual e/ou física por um parceiro íntimo actual ou antigo, durante os últimos 12 meses Proporção de mulheres e raparigas (15 – 49 anos) sujeitas à violência sexual por pessoas que não um parceiro íntimo, deste os 15 anos
	3.2. Erradicar a mutilação/corte genital feminino e outras práticas tradicionais nocivas	Porcentagem de raparigas e mulheres entre os 15 – 49 anos que passaram por MGF/C, por grupo etário

<b>Foco estratégico</b>	<b>Intervenções prioritárias</b>	<b>Indicadores para a monitoria do progresso</b>
<p>4. Melhorar a comunicação estratégica para a SSR&amp;DR</p>	<p>4.1. Visar crianças, adolescentes e jovens, tanto em escolas como fora delas, com educação sobre saúde sexual e reprodutiva adequada à idade e culturalmente sensível<sup>10</sup> que envolva pais e comunidades</p> <p>4.2. Instaurar mecanismos efectivos de comunicação para a mudança de comportamento e partilha de informação para promover os serviços da SSR&amp;DR, incluindo iniciativas para reduzir a desigualdade no género</p> <p>4.3. Promover o envolvimento e a participação das comunidades na SRMNIA, com um enfoque especial no envolvimento dos homens</p>	<p>Percentagem de crianças, adolescentes e jovens, tanto em escolas como fora delas, alcançadas por educação compreensiva sobre a saúde sexual e reprodutiva adequada à idade e culturalmente sensível<sup>10</sup></p> <p># de países que implementam uma Estratégia Compreensiva para a SRMNIA que integrem iniciativas para reduzir a desigualdade no género e a VBG</p> <p># de países que implementam uma Estratégia Compreensiva da Comunicação para a SRMNIA usando a TIC Percentagem de mulheres entre 15 – 49 anos que tomam decisões informadas sobre relações sexuais, o uso de anticonceptivos e cuidados de saúde reprodutiva</p> <p>Percentagem de homens que acompanham as esposas para serviços da SRMNIA</p>

Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
5. Investir nos adolescentes, nos jovens e noutras populações vulneráveis e marginalizadas <sup>2</sup>	<p>5.1. Melhorar o acesso e a frequência a serviços da SSR de qualidade para jovens e adolescentes, incluindo a vacinação HPV</p> <p>5.2. Garantir que todas as raparigas e rapazes concluíam o ensino primário e secundário gratuito, equitativo e de boa qualidade</p> <p>5.3. Investir nos pobres e marginalizados<sup>2</sup>, empoderá-los e responder aos seus desafios na SRMNIA</p>	<p>Proporção de jovens com acesso a serviços da SSR</p> <p>Taxa de nascimento nas adolescentes (10-14 anos e 15-19 anos) Prevalência do VIH entre jovens com idades compreendidas entre os 15 – 24 anos</p> <p>Proporção de raparigas vacinadas com 2 doses da vacina HPV até a idade dos 15 anos Taxa de prevalência de anticonceptivos entre as adolescentes</p> <p>Percentagem de crianças/jovens no fim de cada nível de ensino com pelo menos um mínimo de nível de proficiência (a) na leitura e (b) na matemática</p> <p>Percentagem de populações em maior risco (incluindo refugiados e outras pessoas deslocadas) alcançadas pelos serviços da SRMNIA e do VIH</p>

<b>Foco estratégico</b>	<b>Intervenções prioritárias</b>	<b>Indicadores para a monitoria do progresso</b>
<p>6. Optimizar o funcionamento do sistema de saúde e reforçar os recursos humanos para a SRM/NIA</p>	<p>6.1. Reforçar os sistemas dos cuidados de saúde primários ligando os serviços da SRM/NIA, do VIH &amp; SIDA, da Malária/TB compreensivos e de qualidade, particularmente a todos os níveis do sistema de saúde</p> <p>6.2. Reforçar sistemas de referência para serviços da SRM/NIA</p> <p>6.3. Garantir a disponibilidade da mais vasta gama de drogas/medicamentos e produtos para a SRM/NIA</p> <p>6.4. Expandir o acesso a intervenções de saúde de alto impacto tais como a imunização; assistência especializada no parto e cuidados de qualidade incluído EmoOnc para mães e neonatais e crianças; e acesso a anticonceptivos</p>	<p>Existência de quadros de política e planos de saúde nacionais que liguem serviços da SRM/NIA, do VIH&amp;SI-DAVITS e da Malária/TB</p> <p># de países com serviços de referência dedicados para serviços da SRM/NIA</p> <p>Cobertura de intervenções de rastreamento (imunização infantil completa, terapia ARV, tratamento da TB, assistência especializada no parto)</p> <p>Rácio da mortalidade materna por 100.000 nados vivos</p> <p>Taxa de mortalidade neonatal em cada 1.000 nados vivos</p> <p>Taxa de nados mortos (e taxas de nados mortos intra-partos)</p> <p>Taxas de mortalidade dos abaixo dos cinco em cada 1.000 nados vivos</p> <p>Necessidades satisfeitas no planeamento familiar</p> <p>Porcentagem de crianças que recebem imunização completa (tal como recomendado pelos programas nacionais de imunização)</p> <p>Alta para a idade de &lt;-2 SD) entre crianças com menos de cinco anos de idade</p> <p>Prevalência do desperdício dos abaixo dos cinco anos</p> <p>Porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde especializado</p> <p>Proporção de mulheres entre os 15-49 anos e recém-nascidos que tiveram verificação de saúde dois dias depois do parto</p> <p>Número de infra-estruturas em cada 500.000 proporcionando cuidados obstétricos e neonatais de emergência básicos e compreensivos (básicos e compreensivos)</p> <p>Prevalência da fistula obstétrica</p>

Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
	<p>6.5.Fazer face ao fardo crescente dos cancro do sistema reprodutivo, incluindo o da mama, cérvico e da próstata, investindo em estratégias de prevenção incluindo a vacina HPV e despiagem de rotina, o tratamento precoce nos cuidados primários e referências fiáveis a cuidados de saúde superiores</p>	<p>Proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 30 – 49 anos que reportam terem sido examinadas por cancro cérvico Existência de políticas nacionais do cancro no sistema reprodutivo Proporção de raparigas vacinadas com 2 doses da vacina HPV até aos 15 anos de idade</p>
	<p>6.6.Redobrar esforços para eliminar a transmissão do VIH da mãe-à-criança</p>	<p>Porcentagem de mulheres grávidas que ocorrem a CAN que foram testadas por VIH e que têm conhecimento dos seus resultados (dados disponíveis para “mulheres grávidas testadas para o VIH” Porcentagem de infantes nascidos de mães infectadas pelo VIH e que estão infectados Porcentagem de mulheres grávidas seropositivas que recebem drogas anti-retrovirais para reduzir o risco da transmissão do VIH da mãe à criança</p>
	<p>6.7.Renovar e reforçar a luta contra a malária</p>	<p>Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade que dormiram sob RIT a noite anterior Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade com febre durante as últimas duas semanas que tiveram inchaço no dedo ou no calcanhar Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade com febre durante as últimas duas semanas que receberam tratamento antipalúdico de acordo com a política nacional dentro de 24 horas a contar do começo da febre Proporção de mulheres que receberam três ou mais doses de Tratamento Preventivo Intermitente durante visitas de CAN ao longo da sua última gravidez</p>

Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
<p>7. Investir nos recursos humanos para a SRMNIA</p> <p>8. Melhorar parcerias e colaborações com o sector privado, as comunidades, outros sectores extra-sani-tários, OSCs, e outros parceiros</p>	<p>7.1. Melhorar o recrutamento, o desenvolvimento e a formação, a motivação e retenção da mão-de-obra da saúde</p> <p>8.1. Incrementar e alinhar recursos financeiros externos tendo em conta compromissos globais</p> <p>8.2. Desenvolver políticas que promovam o envolvimento da sociedade civil, do sector privado e das comunidades na prestação dos serviços da SRMNIA nos programas nacionais</p> <p>8.3. Reforçar a cooperação Sul-Sul, Norte-Sul, parcerias triangulares e com a Diáspora na realização dos objectivos da SSR&amp;DR (incluindo a institucionalização do intercâmbio técnico e a partilha das melhores práticas)</p>	<p>Número de trabalhadores de saúde em cada 100.000 pessoas (Desagregados por quadros e região geográfica)</p> <p>% do orçamento total da SRMNIA mobilizado dos doadores/parceiros ao desenvolvimento</p> <p>Número/percentagem de parceiros ao desenvolvimento com quadros operacionais e de financiamento alinhados às prioridades continentais, sub-regionais e nacionais da SRMNIA</p> <p>Proporção de países implementando políticas sobre a parceria público-privada na SSR&amp;DR</p> <p># de instituições em parcerias estratégicas formais para o intercâmbio técnico Criação de fóruns para a partilha das melhores práticas</p>

Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
<p>9. Garantir a prestação de contas e reforçar a monitoria e avaliação, pesquisa e inovação</p>	<p>9.1. Estabelecer fortes sistemas nacionais de pesquisa e inovação e monitoria e avaliação baseados na evidência integrados, que incorporem levantamentos baseados na população</p> <p>9.2. Implementar ou reforçar os sistemas de MCDSR que monitorem, avaliem e respondam a todos os factores que contribuem aos fracos resultados maternos, incluindo os relacionados à prestação de serviços, ao acesso e a barreiras culturais/desigualdade no género</p> <p>9.3. Desenvolver/reforçar os sistemas de registo civil e estatísticas vitais</p> <p>9.4. Reforçar a pesquisa e inovação</p> <p>9.5. Reforçar a monitoria, a reportagem e a prestação de contas para o PADM</p>	<p># de países com sistemas nacionais integrados de pesquisa e inovação, e M&amp;A</p> <p># de países com sistemas nacionais integrados de M&amp;A que captam as tendências de equidade</p> <p># de países com sistemas nacionais integrados de pesquisa, inovação e M&amp;A que incorporem mecanismos para o rastreamento de recursos financeiros para a SRM/NIA. Levantamentos familiares e avaliações da provisão de serviços conduzidos regularmente</p> <p># de países que institucionalizaram os sistemas de MCDSR</p> <p>Porcentagem de crianças com menos de 5 anos de idade que foram registadas junto de autoridades do registo civil. Registo de nascimento (de óbito)</p> <p>% do orçamento nacional afecto à saúde e inovação</p> <p>Griado mecanismo continental de prestação de contas para o PADM</p>



Foco estratégico	Intervenções prioritárias	Indicadores para a monitoria do progresso
<p>10. Incremento do financiamento e de investimentos na saúde</p>	<p>10.1. Incrementar recursos internos para a saúde garantindo o aprofundamento e a inclusão financeira</p> <p>10.2. Identificar e instituir rubricas e dotações orçamentais para intervenções e programas essenciais e custo-eficazes na SSR&amp;DR</p> <p>10.3. Remover cobranças do utente para serviços da SSR&amp;DR/SRMNIA e a instituição de regimes de protecção social</p> <p>10.4. Encorajar e apoiar Estados-membros a investirem na infra-estrutura médica, e na manufactura local de equipamento, medicamentos e produtos consumíveis</p>	<p>Gastos gerais do governo na saúde, como percentagem dos gastos governamentais totais</p> <p>Gastos governamentais per capita, na saúde % das necessidades financeiras totais para a SRMNIA mobilizadas de fontes internas</p> <p>Existência de rubricas orçamentais para intervenções essenciais/custo-eficazes dentro dos orçamentos da SSR&amp;DR/SRMNIA</p> <p>Despesas do bolso dos pacientes/familias para acesso ou obtenção de serviços (colectadas intermitentemente) Fracção da população protegida contra catastróficas/empreendedoras despesas do bolso para a saúde % da população coberta por regimes de protecção social, incluindo o seguro de saúde</p> <p>Estabelecidos quadros legais e de politica para a produção local de equipamento de saúde, medicamentos e produtos consumíveis Existência de sistemas para a produção e o fornecimento locais de equipamento de saúde, medicamentos e produtos consumíveis</p>

**Tabela 2: Requisitos de recursos para a SRM/IIA em África (2016-2030). Cenários da Projeção das Necessidades Totais, com ajustes de Programa e Sistema (Bilhões de \$EU)**

Todas as necessidades satisfeitas

Descrição	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021-2025	2026-2030	2016-2030
Despesas com o Pessoal									
Planeamento familiar	0.46	1.06	1.67	2.29	2.93	3.6	21.31	22.39	55.25
Cuidados de gravidez & neonatais	2.81	2.85	2.92	2.99	3.66	4.34	25.09	26.25	68.1
Cuidados do VIH	0.44	0.45	0.46	0.47	1.08	1.7	11.62	12.48	28.26
Cuidados da ITS	0.1	0.1	0.1	0.11	0.7	1.31	9.67	10.48	22.48
Total do Pessoal (A)	3.81	3.87	3.96	4.06	4.75	5.45	30.79	32.08	84.96
Drogas e Aprovisionamentos									
Planeamento familiar	0.86	0.87	0.89	0.91	1.53	2.16	13.96	14.87	35.19
Cuidados de gravidez & neonatais	1.66	1.68	1.72	1.76	2.4	3.05	18.52	19.53	48.65
Cuidados do VIH	0.83	0.84	0.86	0.88	1.5	2.13	13.81	14.72	34.74
Cuidados da ITS	0.19	0.19	0.19	0.2	0.8	1.41	10.16	10.99	23.94
Total de drogas/aprovisionamentos (B)	3.53	3.58	3.66	3.76	4.44	5.13	29.16	30.41	80.14
Programa e Sistemas (C)	10.33	10.48	10.73	11.01	11.86	12.72	67.86	69.98	194.6
Total Geral (A+B+C)	17.67	17.93	18.36	18.82	19.86	20.91	109.6	112.7	318.2

**Tabela 3: Requisitos de recursos para a SRMNIA em África (‘016-2030). Cenários da Projeção das Necessidades Totais, com ajustes de Programa e Sistema (Bilhões de \$EU)**

Necessidades não satisfeitas											
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021-2025	2026-2030	2016-2030		
Despesas com o Pessoal											
Planeamento familiar	0.27	0.86	1.47	2.09	2.73	3.39	20.24	21.29	52.06		
Cuidados de gravidez & neonatais	2.14	2.17	2.22	2.28	2.92	3.58	21.25	22.32	56.75		
Cuidados do VIH	0.34	0.34	0.35	0.36	0.96	1.58	11.02	11.86	26.47		
Cuidados da ITS	0.08	0.08	0.08	0.08	0.68	1.29	9.53	10.34	22.07		
Total do Pessoal (A)	2.82	2.86	2.93	3.00	3.66	4.34	25.11	26.27	68.17		
Drogas e Aprovisionamentos											
Planeamento familiar	0.50	0.50	0.52	0.53	1.13	1.75	11.92	12.78	29.14		
Cuidados de gravidez & neonatais	1.26	1.28	1.31	1.34	1.97	2.61	16.26	17.22	41.97		
Cuidados do VIH	0.63	0.64	0.65	0.67	1.28	1.90	12.68	13.56	31.39		
Cuidados da ITS	0.14	0.14	0.15	0.15	0.75	1.36	9.91	10.72	23.18		
Total de drogas/aprovisionamentos (B)	2.53	2.56	2.62	2.69	3.35	4.02	23.47	24.59	63.30		
Programa e Sistemas (C)	4.24	4.30	4.40	4.51	5.21	5.93	33.19	34.53	92.07		
Total Geral (A+B+C)	9.58	9.72	9.95	10.20	11.03	11.88	63.58	65.60	181.97		



## O PAPEL DOS ACTORES

### **Comissão da União Africana**

28. A Comissão da União Africana (CUA) levará a cabo advocacia de alto nível para assegurar compromisso político e liderança do plano, advocacia por mais recursos para a SRMNIA, identificar e partilhar melhores práticas. Além disso, a Comissão irá garantir que políticas e programas no seio de Estados-membros sejam harmonizados com instrumentos continentais e globais e estabelecer um mecanismo de monitoria, reportagem e prestação de contas para o Plano, sob o qual serão garantidas avaliações quinquenais, decenais e finais do progresso realizado na sua implementação. Uma plataforma de dados e das melhores práticas funcionará na CUA para apoiar o mecanismo da monitoria, reportagem e prestação de contas.

### **Comunidades Económicas Regionais**

29. As Comunidades Económicas Regionais (CERs) farão, entre outros, uma advocacia de alto nível, proporcionarão apoio técnico a Estados-membros incluindo formação na área da saúde sexual e reprodutiva, advocacia por mais recursos para a saúde sexual e reprodutiva, harmonizarão a implementação de planos de acção nacionais, irão monitorar o progresso anualmente e identificar e partilhar as melhores práticas.

### **Estados-membros**

30. Os Estados-membros deverão domesticar e implementar o Plano para a Operacionalização do Quadro de Política Continental sobre a SDSR. Deverão garantir a provisão de advocacia, a mobilização de recursos e orçamento como uma demonstração de apropriação e monitorar a implementação do Plano numa base anual. Deverão também mobilizar a sociedade civil, o sector privado e outros sectores que não da saúde (educação, água e saneamento, meio ambiente, trabalho e emprego, etc.), bem como instituições religiosas e tradicionais para participarem nos programas nacionais e responder aos determinantes de saúde com impacto nos resultados da SSR&DR.

## Parceiros

31. Em linha com o Princípio de Paris, organizações multilaterais e bilaterais, organizações internacionais e nacionais da sociedade civil e outros parceiros ao desenvolvimento deverão alinhar os seus planos de assistência e cooperação técnica e financeira às necessidades e prioridades nacionais e regionais do Plano de Acção.

## CONCLUSÃO

32. Os líderes africanos têm a obrigação cívica de responderem às necessidades da Saúde Sexual e Reprodutiva e aos Direitos Reprodutivos das suas populações. Este Plano de Acção é uma demonstração clara do seu compromisso em fazer avançar a Saúde Sexual e Reprodutiva e os Direitos Reprodutivos em África.

## BIBLIOGRAFIA

1. Grupo Banco Mundial, 2016. Panorâmica da Pobreza, 7 de Outubro de 2015. <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
2. Projecto do Fluxo de Recursos, 2006. Um fluxo de recursos financeiros para actividades populacionais em 2004. *UNFPA/UNAIDS/Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*.
3. Relatório de Revisão do Plano de Acção de Maputo da União Africana (PAAdM), 2015
4. Nações Unidas, Nova Iorque 2015: Relatório dos Objectivos d Desenvolvimento do Milénio, 2015. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG 2015](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%2015)
5. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Os custos e benefícios do investimento na Saúde Sexual e Reprodutiva. Dezembro de 2014
6. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Investimento na Saúde Sexual e Reprodutiva na África Sub-saariana, Dezembro de 2014
7. Statista. Projectada taxa de Inflação Annual dos Estados Unidos entre 2008 e 2020. <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>
8. Trading Economics. Taxas de Inflação dos Estados Unidos entre 1914 e 2016. <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>
9. Nações Unidas, Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241.
10. Indicadores e um Quadro de Monitoria para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. Lançar uma revolução de dados para os ODS:: *Um relatório ao Secretário-geral das Nações Unidas pelo Conselho de Liderança da Rede de Soluções do Desenvolvimento Sustentável*, Maio de 2015
11. Guia de Referência do Indicador de Monitoria & Avaliação. Departamento dos Assuntos Sociais, Comissão da União Africana, Julho de 2011, July 2011

12. Bertrand J.T and Escudero G, 2002. *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programmes*, August 2002. Measure Evaluation Manual Series, No. 6, Volumes 1 & 2.
13. FNUAP e o Centro dos Direitos Reprodutivos. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)
14. Grittner A.B, 2013. *Results based Financing: Evidence from performance-based financing in the health sector*. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik gGmbH
15. Ashraf A, Kane TT, Shahriar A, Khuda-e -B, 1999. *Male involvement in Reproductive Health Services in Bangladesh: A Review*. ICDDR, B: Centre for Health and Population Research. Mohakhali Dhaka 1212 Bangladesh. ICDDR, B 199, Special Publication No.94
16. Organização Mundial da Saúde, 2008. *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Financing*
17. Organização Mundial da Saúde, 2008. *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Governance*
18. Sara Pacqué-Margolis, Crystal Ng, and Sylvia Kauffman, Intra-Health International, 2011. *Human Resource for health indicator Compendium*. USAID, Capacity Plus.
19. Organização Mundial da Saúde, 2010. *Report of the meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring* 16-17 de Novembro de 2009, Genebra, Suíça
20. Williams K, Warren C, and Askew I, 2010. *Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services: Guidance for Integrating Family Planning and STI/RTI with other Reproductive Health and Primary Health Services*
21. Resultados da lista de indicadores revistos durante a segunda reunião da IAEG-ODS, 2 de Novembro de 2015
22. Quadro de Política Continental da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Comissão da União Africana, 2006.
23. Documento de posição da OMS sobre as vacinas HPV, 2014. Extraído de: <http://www.who.int/entity/wer/2014/wer8943.pdf?ua=1>

24. Gill, R, Stewart DE. 2011. Relevance of gender-sensitive policies and general health indicators to compare the status of South Asian women's health. *Women's Health Issues* 1(1):12-18
25. Schuler S, Rottach E and Mukiri P. 2011. Normas do género e tomada de decisões no planeamento familiar na Tanzânia: um estudo qualitativo, *Journal of Public Health in Africa* 2(2)







**African Union Commission**  
Department of Social Affairs

**Department of Social Affairs**  
**African Union Commission**  
**P.O.Box. 3243 Addis Ababa, Ethiopia**  
**Tel: +251 115 504988**  
**Fax: +251 115 504985**  
**E-mail [dsocial@africa-union.org](mailto:dsocial@africa-union.org)**  
**website: [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)**