

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  
Website: [www.au.int](http://www.au.int)

---

**ELABORAÇÃO DE UM  
QUADRO DE PARCERIA SOBRE RESPONSABILIZAÇÃO  
PARA A CAMPANHA CARMMA**

**Índice**

Abreviaturas e Acrónimos .....	ii
Introdução .....	1
Visão geral do documento .....	1
Contexto .....	2
Princípios Orientadores do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA .....	6
Âmbito e propósito do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA.....	8
Objetivos do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA .....	9
Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA .....	11
Introdução .....	11
Potenciais parceiros.....	12
O Mecanismo do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA: Monitorizar, Rever e Agir .....	14
Monitorizar.....	14
Revisão .....	20
Agir .....	22
Plano de Implementação do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA .....	25
Conclusão.....	31
Lista de Referências .....	32
Anexos .....	37
Anexo 1: Lista expandida de potenciais parceiros para o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA.....	37
Anexo 2: O Quadro de Responsabilização Unificado da Estratégia Global Cada Mulher, Cada Criança .....	38
Anexo 3: Tabela Harmonizada e Actualizada de Indicadores da CARMMA.....	39
Anexo 4: Indicadores da <i>African Health Stats</i> .....	47
 Lista de Tabelas	
Tabela 1:Indicadores da CARMMA actualizados .....	16
Tabela 2:O Plano de Implementação do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA.....	26

**Abreviaturas e Acrónimos**

MAAP	-	Mecanismo Africano de Avaliação pelos Pares
UA	-	Africana
CUA	-	Comissão da União Africana
CARMMA	-	Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África
CoIIA	-	Comissão das Nações Unidas sobre Informação e Responsabilização pela Saúde da Mulher e da Criança
DSA	-	Departamento de Assuntos Sociais
IAP	-	Every Woman Every Child's Independent Accountability Panel
TIC	-	Tecnologia da Informação e Comunicação
ODM	-	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
MDSR	-	Vigilância e Resposta à Mortalidade Materna
MoH	-	Ministério da Saúde
MMRs	-	Índices de Mortalidade Materna
MNCAH	-	Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Juvenil
NMR	-	Taxa de Mortalidade Neonatal
CER	-	Comunidades Económicas Regionais
RMNCAH	-	Saúde Reprodutiva Neonatal, Infantil e Juvenil
ODS	-	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
SRHR	-	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
STC-HPDC	-	Comité Técnico Especializado sobre Saúde, População e Controlo de Drogas
TOR	-	Termos de Referência
ONU	-	Nações Unidas
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	-	Organização Mundial da Saúde.

## ***Introdução***

### **Visão Geral do Documento**

Este projecto de documento inclui o Quadro de Parceria de Responsabilização da Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA) [doravante designado por Quadro].

Na sequência de um capítulo que fornece o contexto e os antecedentes do Quadro, o documento descreve os componentes do Quadro de Parceria de Responsabilização e fornece mais pormenores mediante o delineamento do(s) seu(s):

- Objectivos
- Princípios Orientadores,
- Âmbito e Objectivo,
- Potenciais parceiros
- Mecanismo de responsabilização
- Plano de implementação

Vários quadros e figuras fornecem maior profundidade ao longo do documento e dos anexos.

## Contexto

No âmbito da Agenda 2063 da União Africana, o quadro estratégico inspirador e visionário que fornece um projecto de desenvolvimento inclusivo e sustentável no continente, a Aspiração 1 declara que "o povo africano [deveria] ter um elevado nível e qualidade de vida, boa saúde e bem-estar" (AUC, 2015, p. 2) e a Aspiração 6 declara ainda que o desenvolvimento do continente deve ser "orientado para as pessoas, confiando no potencial do povo africano, especialmente das suas mulheres e jovens, e no cuidado da criança" (AUC, 2015, p. 8). Para que a saúde e o bem-estar otimizados da mulher, da criança e do adolescente africanos se concretizem, reconhece-se que a mortalidade materna, infantil e juvenil precisa de ser abordada no continente.

A saúde materna tem efeitos profundos e a longo prazo sobre a saúde futura da criança e, por conseguinte, das futuras gerações africanas. Nos países africanos, a morbidade e a mortalidade materna tem consequências complexas e de grande alcance, afectando tanto o nível individual como familiar, e com o potencial de criar um fardo financeiro para a família em geral. As mulheres precisam de ser saudáveis e seguras para sustentar e nutrir a vida dos seus filhos após o parto (Knight, Yamin, 2015). Tal como afirma a ex-Presidente do Malawi, Joyce Banda, "as mulheres são a espinha dorsal das comunidades africanas - são agricultoras, empresárias, provedoras de cuidados".

Embora se tenha logrado progressos contínuos na redução da mortalidade materna a nível mundial, os rácios de mortalidade materna (MMRs) no continente africano continuam elevados, embora estejam em declínio (OMS, 2018). De acordo com estimativas inter-agências das Nações Unidas (ONU), o MMR global diminuiu 44%, de 385 para 216 mortes por 100.000 nascidos vivos, durante o período de 1990 a 2015 (CUA, CEA, Grupo Banco Africano de Desenvolvimento, PNUD, 2016), com uma taxa anual contínua de redução de 2,3% (Alkema et al., 2016). Actualmente, o MMR de África é de 444 por 100.000 nascidos vivos (ADBG, 2018). Dos 20 países com as mais elevadas taxas de mortalidade materna, dezanove estão situados nas regiões da África Central, Oriental, Ocidental e Austral. Continua a ser evidente a necessidade de melhorias para alcançar o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável (SDG) que consiste em alcançar a meta global de menos de 70 (ONU, 2015b) e nenhum país com mais de 140 mortes maternas por 100.000 nados-vivos até 2030 (Agyepong et al., 2017). Se o ritmo de declínio durante o período do ODS não aumentar, não será até 2084 que a África, como continente, alcançará a meta de 70 mortes maternas por 100 000 nados-vivos (OMS, 2018). O progresso gradual alcançado na sobrevivência materna ajudou no progresso da sobrevivência dos recém-nascidos e, portanto, das crianças (Starrs et al., 2018).

A saúde materna e a do seu recém-nascido estão estreitamente relacionadas. O progresso na sobrevivência materna contribuiu para o progresso do recém-nascido, e portanto, da sobrevivência infantil (Starrs et al., 2018). Embora as taxas de sobrevivência das crianças tenham melhorado drasticamente em África - o continente reduziu para menos de metade a sua taxa de mortalidade de menores de cinco anos desde 1990 (UNICEF, 2017) - as taxas de mortalidade permanecem elevadas, sendo que uma em cada 11 crianças africanas nascidas ainda morre antes do seu quinto aniversário, uma

taxa 14 vezes maior do que a média dos países de rendimento elevado (UNICEF, 2017). O continente é actualmente responsável por mais de metade das mortes de crianças no mundo. Esta proporção continuará a aumentar para cerca de 70% até meados do século, dada a mortalidade actual do continente, a fertilidade e os níveis e tendências demográficas, e os pressupostos de taxas contínuas de progresso noutros locais (UNICEF, 2017).

O facto de um em cada quatro bebés em todo o mundo nascer sem cuidados especializados (Nações Unidas, 2015) torna-os vulneráveis a causas evitáveis, a maior parte das quais continuam por contar pelos sistemas nacionais de informação sanitária (Bryce et al., 2005). Isto revela-se na tendência da taxa de mortalidade neonatal (NMR). Durante o período dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (2000 a 2015), a RMN estava a encaminhar-se para um declínio substancial das mortes, mas o ritmo actual é insuficiente para cumprir o objectivo dos ODM de reduzir a RMN para pelo menos 12 por 1000 nados-vivos e a mortalidade de menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1000 nados-vivos (OMS, 2018).

Quando são feitos investimentos na saúde dos adolescentes, é possível colher um triplo benefício - a sua saúde actual, a sua saúde futura, e a saúde da próxima geração. Embora os adolescentes sejam frequentemente considerados como um grupo saudável, o mesmo não acontece em África (OMS, 2018), o que é excepcionalmente preocupante, uma vez que o total da população adolescente africana está a aumentar. Dado que a gravidez na adolescência contribui grandemente para as taxas de mortalidade materna e infantil africanas e para o aumento do risco de lesões congénitas, é urgente melhorar a prestação de serviços e o controlo eficaz da saúde juvenil (OMS, 2018).

Existem vários documentos e decisões internacionais continentais fundamentais para orientar os decisores políticos africanos a operacionalizar os ganhos necessários a fim de alcançar taxas reduzidas de mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil. Foram publicadas pelo menos 18 iniciativas de alto nível que se esforçam por mobilizar maior financiamento ou melhorar a prestação de cuidados de saúde reprodutiva, materna e neonatal em países de baixo e médio rendimento, incluindo Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), A Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016 - 2030), " Toda a Mulher, Toda a Criança"; As Mulheres Dão à Luz; e Planeamento Familiar 2020.

A nível continental, os decisores políticos africanos têm continuado a tomar decisões, a produzir documentos de política e de apoio que proporcionam um caminho para a operacionalização dos ganhos necessários à redução das taxas de **mortalidade** materna, neonatal, infantil e juvenil.

Derivado de áreas-chave prioritárias consagradas no Quadro de Política Continental da União Africana para a Promoção da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em África 2005 (AUC, 2006) e do Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro de Política Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e

Reprodutivos de 2007-2010 (AUC, 2006a), a Comissão da União Africana lançou a Campanha sobre a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA) em Maio de 2009 (AUC, 2012). A Campanha visa promover e defender a implementação renovada e intensificada do Plano de Acção de Maputo para a redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil na região de África. Através da partilha das melhores práticas, da geração e partilha de dados sobre saúde materna, neonatal, infantil e juvenil, da sensibilização para um maior empenho político e mobilização de recursos internos em apoio à saúde materna, neonatal, infantil e juvenil, bem como da comunicação com o público africano em geral, esta campanha tem como visão desenvolver os esforços existentes no sentido de melhorar a saúde materna, neonatal, infantil e juvenil em toda a África. A CARMMA aposta na responsabilização: cada perda de vida de uma mãe ou de um filho deve ser comunicada.

Em cada um dos Estados-Membros, os principais interessados e personalidades influentes estiveram envolvidos no lançamento da CARMMA a nível nacional, como um esforço para obter um compromisso político muito elevado. Os principais actores da campanha incluíram a CUA; governos nacionais (presidentes, primeiras-damas, ministros, parlamentares); assistentes de parto; trabalhadores comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e parteiras. A Campanha tem uma história de parceria com outras partes interessadas, incluindo várias agências da ONU, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH e SIDA (ONUSIDA), o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher e o Banco Mundial, bem como parceiros bilaterais a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID), organizações da sociedade civil (Federação Internacional de Planeamento Familiar, White Ribbon Alliance), academia, líderes comunitários e religiosos, associações profissionais, artistas, meios de comunicação social, sector privado e sociedade em geral.

Para responder à necessidade de saúde e bem-estar materno-infantil sustentável em África, na sequência da transição dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foi necessária uma reavaliação das práticas, programas e políticas da CARMMA (CUA, 2018). Por conseguinte, o Departamento de Assuntos Sociais da CUA encomendou uma avaliação da Iniciativa CARMMA, que analisa o período de Maio de 2009 a Dezembro de 2017, para determinar a relevância, eficácia, impacto e sustentabilidade da campanha e fazer recomendações que permitissem à campanha contribuir ainda mais para a realização da "Agenda Transformadora 2063" da CUA, bem como da Agenda Sustentável Global 2030 e outros compromissos globais (CUA 2018).

Várias aprendizagens e temas surgiram do relatório de avaliação, incluindo, mas não se limitando a:

- *>Uma forte liderança política e >compromisso são necessários para melhorias tremendamente os indicadores de saúde materna e infantil;*
- *Os **Promotores Nacionais** desempenharam um papel crucial na manutenção do enfoque nacional na saúde materna e infantil;*
- *Falta de um **mecanismo de monitorização** para a Campanha, enquanto o **Mama Afrika award**, e o **Mama Afrika award** e o **Mama Afrika award** e o **Mama Afrika award** continuam a ser relevantes para a Campanha e devem ser feitos esforços para os operacionalizar;*
- *É necessário incentivar o envolvimento das **Comunidades Económicas Regionais (CER)** e do **sector privado**;*
- *É necessária uma **melhor utilização** das **reuniões** e eventos **estatutários**, ou seja, a Conferência Internacional sobre Saúde Materna, Neonatal e Infantil (ICMNCH);*
- *O **ambiente de política e prestação** de serviços foi substancial e positivamente influenciado;*
- *As **estruturas de responsabilização** devem ser reforçadas em todo o continente através dos mecanismos existentes de revisão pelos pares estabelecidos pela UA;*
- *são necessários **recursos humanos e financeiros** para manter a dinâmica da campanha nos países;*
- *A harmonização dos objectivos da CUA e dos parceiros, tanto a nível regional como nacional, são importantes;*
- *As **parcerias com instituições académicas** e outros **actores do desenvolvimento** devem ser expandidas;*
- *O Secretariado da CARMMA deve ser estabelecido com **recursos humanos adequados**;*
- *A campanha de advocacia da iniciativa CARMMA deve centrar-se em:*



- *Saúde dos **adolescentes**;*
- *A ligação entre **planeamento familiar**, o **dividendo demográfico e desenvolvimento**;*
- *A necessidade de **desenvolvimento económico da mulher**.*

De um modo geral, a principal recomendação da avaliação afirmava que a Comissão deveria agir no sentido de implementar um **mecanismo de responsabilização** que monitoriza o progresso da implementação da campanha, com vista a identificar os níveis a que os principais indicadores ou parâmetros quantitativos e qualitativos sejam medidos em relação aos níveis ideais, melhores práticas ou normas internacionais.

A responsabilização é essencial para acelerar o progresso no domínio da saúde das mulheres, crianças e adolescentes. Permite a localização de recursos, resultados e direitos e fornece informações sobre o que funciona, o que precisa de ser melhorado, e o que requer maior atenção. A responsabilização assegura que os decisores, e os parceiros com objectivos mútuos, tenham a informação necessária para satisfazer as necessidades de saúde e realizar os direitos de todas as mulheres, crianças e adolescentes e para os colocar no centro dos esforços relacionados. (EWEC, 2015). Com um quadro de parceria de responsabilização em vigor, os sistemas podem ser operacionalizados para recolher provas para monitorizar o progresso dos compromissos regionais e nacionais da CARMMA, podem ser aplicados mecanismos de revisão independentes e fazer recomendações relevantes para regiões e países, e podem ser accionados mecanismos de aplicação e de recompensa do desempenho.

É neste contexto que deve ser desenvolvido um Quadro de Parceria de Responsabilização da Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA), doravante referido como o Quadro, com a finalidade de reforçar os actuais objectivos da Campanha e de continuar a lutar para que "nenhuma mulher morra enquanto dá à luz".

### ***Princípios Orientadores do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA***

Para alcançar a missão da CARMMA de acelerar as acções em toda a África no sentido de reduzir a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil, o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA será norteado por 13 princípios orientadores. Estes princípios servirão de base para o Quadro e fornecerão alicerce para a sua implementação e foram extraídos da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016-2030), da Agenda visionária 2063 da CUA, do Plano de Acção de Maputo (2016-2030), do Quadro Africano de Responsabilização da Saúde e dos próprios valores da CARMMA.

**Responsabilização e Transparência:** O Quadro de Parceria para a Responsabilização sobre a CARMMA deve ser fundado em provas fornecidas através de dados periódicos recolhidos a nível nacional, sub-nacional, regional e continental. Estes dados devem ser utilizados para informar o progresso que está a ser feito no sentido da monitorização do desempenho, revisão e implementação da redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e adolescente.

**Advocacia:** O Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA deve promover um maior empenho político, e mobilizar recursos domésticos em apoio à saúde materna, neonatal, infantil e juvenil. Através de uma maior sensibilização em torno da CARMMA, os seus objectivos e realizações relacionados com a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil, a responsabilização pode ser procurada e os esforços podem ser reforçados e ajudar a aumentar os recursos e a vontade política no sentido de uma maior implementação.

**Alinhamento:** A União Africana, os seus Estados-Membros e os seus parceiros devem falar a uma só voz e defender uma agenda comum para a saúde materna e infantil. Para que a responsabilização ocorra, todas as partes envolvidas na cessação de mortes materno-infantis evitáveis precisam de compreender e concordar sobre a direcção estratégica e as prioridades para esta causa.

**Comunicação:** A informação disponível, fiável e oportuna sobre indicadores, acções e recursos deve ser partilhada rotineiramente de forma acessível, visível e compreensível, a menos que a informação seja considerada confidencial. O Quadro de Parceria para a Responsabilidade no âmbito da CARMMA tem de comunicar com o público africano em geral e inspirar acções.

**Diálogo:** A fim de se obterem progressos significativos destinados a pôr termo às mortes maternas e infantis evitáveis, deve ocorrer um diálogo eficaz e transparente. Na qualidade de uma comunidade unificada de parceiros, será necessário fornecer feedback. É através da revisão contínua, da partilha dos sucessos e desafios dos programas e da realização dos resultados que se aprendem as lições.

**Equidade:** A responsabilização deve basear-se em dados desagregados que tenham em conta as preocupações de equidade. É através da identificação onde a necessidade é maior, que os recursos e esforços podem ser canalizados para a realização de melhorias.

**Harmonização:** O Quadro de Parcerias para a Responsabilidade no âmbito da CARMMA procurará harmonizar e racionalizar as actuais acções em torno da responsabilização e parceria, a fim de alcançar o objectivo de reduzir a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil evitável.

**Inclusão:** Para ser eficaz, o Quadro de Parceria para a Responsabilidade no âmbito da CARMMA deve ser transparente e inclusivo, garantindo a participação significativa de todos os principais interessados, particularmente da sociedade civil.

**Parceria:** O Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA deve basear-se nos esforços existentes destinados a melhorar a saúde materna, neonatal, infantil e juvenil em toda a África, mediante a adopção de ligações comuns, e a criação e partilha de dados e melhores práticas com vista a atingir os objectivos definidos nas metas continentais e globais relevantes para a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil.

**Apropriação:** O Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA deve ser estabelecido com base no princípio da apropriação por parte dos vários parceiros que procuram reduzir a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil. É possível que, através das partes interessadas proprietárias da situação actual, haja responsabilização. Esta apropriação assegurará que as funções e responsabilizações prescritas no âmbito do Quadro sejam implementadas.

**Liderança:** Através de uma boa gestão, vontade institucional e apoio, os Estados Membros da CUA e os parceiros não-governamentais são instados a assumir a liderança na implementação de todas as facetas do Quadro de Parcerias para a Responsabilização no âmbito da CARMMA, de modo a que haja uma verdadeira responsabilização e uma redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil em África.

**Unificação:** O Quadro de Responsabilização da CARMMA deve promover a unificação dos governos africanos, da sociedade civil, do sector privado e de todos os parceiros de desenvolvimento multi-sectoriais. Através da união de forças desses parceiros, pode-se fortalecer o trabalho para acabar com as mortes evitáveis de mães, recém-nascidos e crianças africanas.

### **Âmbito e propósito do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA**

Através da elaboração do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA será estabelecido um mecanismo de responsabilização para monitorizar o progresso da implementação de campanhas e proporcionar uma plataforma, a nível continental, para a partilha de experiências mútuas e para a aprovação de decisões relativas à redução da mortalidade materna em África.

À semelhança da própria campanha CARMMA, o Quadro procurará desenvolver as estruturas, parcerias e eventos existentes de modo a proporcionar esta plataforma e motivar a redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil em África. O objectivo do Quadro de Parceria para a Responsabilização não será o de desenvolver novas estratégias e planos, mas antes o de assegurar a coordenação e implementação eficazes das já existentes.

Embora a responsabilidade e a responsabilização pela implementação e resultados sejam da competência do país, com o envolvimento activo dos governos, comunidades e sociedade civil, o Quadro procura fornecer um roteiro para a forma como um mecanismo pode efectivamente responsabilizar todas as partes envolvidas.

O Quadro será de natureza facilitadora e pretende ser aplicável a todos os Estados-Membros que lançaram a campanha CARMMA, na sequência da ratificação do Quadro.

### **Objectivos do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA**

Com base nos resultados confirmados do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA e a fim de alcançar a sua finalidade, foram estabelecidos os seguintes objectivos a cumprir pelo Quadro:

#### **Objectivo 1:**

- Elaborar um Quadro de Parceria para a Responsabilização que estabeleça objectivos e pormenorize os seguintes aspectos:
  - O reforço e coordenação de potenciais **parcerias**;
  - A melhoria da **monitorização, avaliação contínua e análise de dados** dos indicadores MNCAH;
  - Um **sistema de apresentação de relatórios** que **comunica** as acções e progressos do Quadro, tendo em conta a **tecnologia moderna** e que inclua formatos e os principais destinatários dos relatórios;
  - A **rentabilidade** do Quadro, na medida em que se relaciona com o acompanhamento e a elaboração de relatórios sobre o progresso, os recursos humanos e a manutenção das actividades propostas;
  - **inclusão** de todos os parceiros relevantes relacionados com a MNCAH na concretização do Quadro;
  - A **capacidade** para que os intervenientes e parceiros responsáveis tenham **acesso** à informação necessária que sirva de base para a acção continental, regional e nacional;
  - A **transparência** por parte dos intervenientes e parceiros responsáveis no que diz respeito à informação sobre a acção continental, regional e nacional;

- O Quadro proporá um orçamento e componentes de pessoal que operacionalizariam e sustentariam o quadro de parceria de responsabilização previsto, durante todo o ano, tendo em conta os aspectos acima enumerados.

**Objectivo 2:**

- Validar e harmonizar os **parâmetros ou indicadores identificados** com a campanha CARMMA e os objectivos dos parceiros para promover a redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil evitável;
- **Identificar e seleccionar** os principais **indicadores de** sucesso na implementação da campanha;
- Fornecer dados de base sobre os indicadores da CARMMA; e os seus níveis actuais e ideais.

**Objectivo 3:**

- Fornecer uma avaliação do estado de preparação e da capacidade existente dos Estados-Membros e da Comissão para o acompanhamento e avaliação mediante a determinação de:
  - Requisitos nacionais no que diz respeito à responsabilização;
  - Natureza Participativa do processo de responsabilização.

## Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA

### Introdução

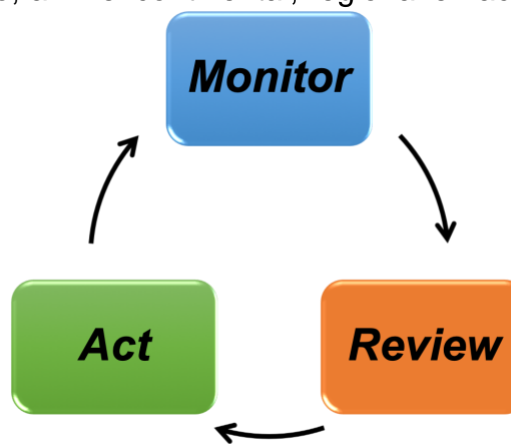
Com vários instrumentos políticos continentais acordados, os legisladores africanos continuam a tomar decisões, a produzir documentos de política e de apoio que proporcionam um caminho para a operacionalização dos ganhos necessários à redução das taxas de mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil.

A iniciativa CARMMA, decorrente da necessidade de desenvolver os esforços existentes para a melhoria da saúde materna, neonatal, infantil e juvenil em toda a África, acredita em assegurar a responsabilização: cada perda de vida de uma mãe ou filho deve ser relatada. A responsabilização começa com a soberania nacional e a responsabilidade de um governo para com o seu povo e para com a comunidade global. No entanto, todos os parceiros são responsáveis pelos compromissos e promessas que fazem e pelas políticas e programas de saúde que concebem e implementam (CoIA, 2011). É mais provável que os mecanismos nacionais de responsabilização sejam eficazes se forem seleccionados por países, em vez de serem dirigidos do exterior, e se ajustarem às suas circunstâncias específicas (CoIA, 2011). O Quadro pressupõe que os mecanismos serão adaptados a nível nacional ou local, apoiados por uma liderança política de alto nível, e serão eficazes, transparentes e inclusivos em termos de política, técnicos, académicos, profissionais e círculos da sociedade civil.

A fim de assegurar a responsabilização, a nível continental, regional e nacional, é necessário um processo cíclico que assegure a aprendizagem, a melhoria contínua e a harmonização dos objectivos. Este processo contínuo e cíclico compreende de **três** processos interligados - monitorizar, rever e agir.

**Monitorizar** significa fornecer informação essencial e relevante sobre o que está a acontecer, onde e quem é afectado (resultados). Os recursos também precisam de ser monitorizados a fim de acompanhar o progresso e, portanto, o monitor deve igualmente verificar quanto é gasto, onde, em quê e em quem.

**Rever** significa examinar os dados para determinar se a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil evitável foi reduzida, e se as garantias, promessas e compromissos foram cumpridos pelos países e seus parceiros. O processo de revisão também exige que as partes interessadas reconheçam e aprendam com os sucessos, mediante a chamada de atenção para as boas práticas, a identificação



dos desafios e, se necessário, a recomendação de como avançar em direcção ao progresso.

**Agir** significa utilizar as informações e provas que emergem do processo de revisão e implementar as recomendações feitas para acelerar o progresso no sentido da redução de mortes maternas, neonatais, infantis e juvenis evitáveis, cumprir compromissos, e reatribuir recursos para o máximo benefício da saúde. Pode incluir o aumento do apoio e a adopção mais ampla de políticas e programas que estão a ter um impacto positivo, e a tomada de medidas para resolver o que não está a funcionar, remediando problemas com dados, práticas fracas e qualquer desajuste entre os recursos reais e as promessas. Inclui igualmente a aprendizagem das melhores práticas e experiências com vista a aumentar a eficácia dos esforços destinados a melhorar a saúde das mulheres e das crianças.

Com o início da elaboração do Quadro, estes três processos-chave serão descritos em mais pormenor no contexto da missão, objectivos e prioridades da CARMMA.

Embora uma estrutura continental forneça orientação e facilite o apoio em matéria de responsabilização, a acção a nível do país constitui o ponto em que a responsabilização por melhores resultados tem de ocorrer (PMNCH, 2012). A natureza dos mecanismos de responsabilização da CARMMA pode variar de um Estado-Membro para o outro, mas devem respeitar os mesmos princípios orientadores e ser transparentes e inclusivos para todos os principais intervenientes. As subsecções "Monitorizar, Rever e Agir" abaixo abordarão as actividades que os países membros podem implementar para ajudar na implementação do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA.

## Potenciais Parceiros

Para alcançar os objectivos ambiciosos, porém exequíveis, estabelecidos nos documentos políticos internacionais e continentais, o Quadro apela a todos os potenciais parceiros a renovarem e revitalizarem os seus esforços no sentido de acelerar a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil evitável.

As potenciais instituições parceiras sugeridas são enumeradas abaixo e pormenorizadas no **Anexo 1**:

- Governos nacionais;
- Profissionais da saúde e respectivas associações profissionais;
- Organizações bilaterais;
- Organizações multi-laterais de saúde e desenvolvimento;
- Organizações da sociedade civil;
- Mundo académico
- Líderes comunitários e religiosos
- O sector privado.

O desenvolvimento dos esforços e parcerias existentes será essencial na implementação do Quadro e, em última análise, na melhoria da saúde materna, neonatal e infantil em toda a África. A responsabilização deve ser um processo construtivo e equilibrado. Contudo, por vezes pode ser visto como um exercício ameaçador, particularmente se houver um historial de medidas punitivas em vez de medidas de apoio se o progresso for fraco (PMNCH, 2012). É necessária confiança entre as partes interessadas e esta é desenvolvida através da visibilidade, diálogo aberto e uma presença contínua em cada fase do processo do Quadro Cíclico de Responsabilização. Os potenciais parceiros são incentivados a identificar os seus papéis e responsabilidades no âmbito da campanha CARMMA e da Estrutura, bem como os resultados que procuram alcançar em conjunto. As verdadeiras parcerias envolvem igualmente o acompanhamento e a avaliação do progresso para alcançar estes objectivos e resultados partilhados sendo incentivada a responsabilidade mútua. Isto inclui parceiros que se responsabilizam a si próprios e uns aos outros pelos progressos (UNAIDS, 2011).

Os parceiros-chave, à medida que a Estrutura é avançada, incluem (mas não se limitam a):

- **As Comunidades Económicas Regionais (CER)**
  - A vantagem comparativa das **CER** da CUA também deve ser aproveitada para promover os objectivos da campanha e abordar questões específicas. A redefinição e reforço dos mecanismos de coordenação entre as CER e a CUA poderia levar à inclusão de monitorização e avaliação conjuntas (sempre que possível), bem como à troca regular de informações, o que poderia ajudar a reforçar as relações de trabalho.
- **O Painel de Responsabilização Independente de Cada Mulher e de Cada Criança (IAP):**
  - Em Setembro de 2015, o Secretário-Geral das Nações Unidas lançou a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente com vista a ajudar a promover os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030. De forma a assegurar uma forte implementação dos ODS, o Secretário-Geral das Nações Unidas designou o Painel de Responsabilização Independente (IAP) Cada Mulher, Cada Criança. O Painel fornece uma avaliação independente dos progressos e desafios para ajudar a reforçar a resposta da comunidade internacional de saúde e dos países (IAP, 2017). O quadro de responsabilização unificado da Estratégia Global *Every Woman Every Child* (UAF) [vide [Anexo 2](#)] serve de base para o processo de revisão do PAI e será alavancado ao longo do ciclo " Monitorizar, Rever, Agir" do Quadro.



## O Mecanismo do Quadro de Parceria para a Responsabilização no Âmbito da CARMMA: Monitorizar, Rever e Agir

### **Monitorizar**

O Relatório de Avaliação sobre a CARMMA afirmou que através das fracas ligações entre a CUA e os Estados-Membros na condução da campanha a nível nacional e a ausência de um mecanismo de monitorização da implementação, a CUA perdeu uma oportunidade crítica de responsabilizar os líderes pelos seus compromissos no âmbito da CARMMA.

É através da acção de monitorização que a informação essencial e relevante pode ser rastreada de acordo com a localização, quantidade e quem afecta, sendo, no entanto, necessárias certas condições para que a monitorização seja adequada e eficaz.

O **reforço da recolha de estatísticas vitais** é essencial, já que a responsabilização não pode ocorrer sem informação e dados de saúde atempados, fiáveis e acessíveis (CoIA, 2011). A informação sólida a nível do país é essencial para medir e monitorizar os resultados. Uma forte capacidade nos países de recolher dados sobre a saúde das mulheres, crianças e adolescentes é essencial para determinar onde os investimentos devem ser concentrados e se há progressos. Através da integração da informação de vigilância sanitária dos países a partir de múltiplas fontes populacionais, tais como inquéritos, com dados de instalações e administrativos, e do início da transição para tecnologias modernas de informação e comunicação, podem ser obtidos grandes proveitos no que diz respeito a um controlo eficaz.

Quando os **indicadores recolhidos são desagregados** e a mortalidade materna, neonatal, infantil e adolescente pode ser comunicada de acordo com o quintil, sexo, idade, residência urbana/rural, localização geográfica e etnia; e, quando viável e apropriado, para a educação, estado civil, número de crianças e estado de VIH, as partes interessadas terão uma melhor ideia de onde e como agir, e quem é afectado.

O uso **de tecnologias modernas de informação e comunicação** permitirá aos países submeter e aceder a dados relevantes relacionados com as suas realizações e objectivos no âmbito da CARMMA. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem ajudar na divulgação e partilha de informações sobre resultados e recursos, proporcionando novas possibilidades de captura e processamento de dados, ligando sistemas de informação, aumentando a actualidade da informação produzida, e armazenando dados para a memória institucional (CoIA, 2011). A plataforma de Estatísticas Africanas de Saúde ([www.africanhealthstats.org](http://www.africanhealthstats.org)), o portal da CARMMA ([www.carmma.org](http://www.carmma.org)) e os quadros de resultados da CARMMA constituem instrumentos fundamentais de comunicação e advocacia que fornecem dados e informação aos Estados-Membros da União Africana e devem ser utilizados como tal. As plataformas de comunicação social relacionadas com a CARMMA, embora disponíveis, precisam de ser melhoradas para serem eficazes (AUC, 2018). Devem ser envidados esforços no sentido de renovar as plataformas de redes sociais da CARMMA, uma vez que estas oferecem

novas oportunidades para reforçar os mecanismos de responsabilização, fornecem informação relevante a muitas pessoas, enquanto as tecnologias de banda larga podem acelerar a conectividade entre os níveis comunitário, nacional e continental e o progresso no sentido de gerar, sintetizar e partilhar informações sanitárias abrangentes visando melhorar a saúde das mulheres e das crianças (CoIA, 2011).

Um melhor **acompanhamento dos recursos** para a saúde das mulheres e das crianças é essencial para o processo de responsabilização. O rastreio dos recursos é fundamental para a transparência, credibilidade e garantia de que os fundos muito necessários são utilizados para os fins a que se destinam e chegam àqueles que mais necessitam (CoIA, 2011). O acompanhamento das despesas relativas à saúde materna, infantil e juvenil amplia as capacidades de muitos países, e é aqui que potenciais parceiros podem ajudar (CoIA, 2011). Para permitir aos países alcançar este objectivo, a sua capacidade de rastrear os recursos para a saúde, organizar os dados em quadros contabilísticos estabelecidos, e analisar e utilizar a informação na política nacional e nos processos de responsabilização precisa de ser reforçada. Os estudos da despesa pública e o acompanhamento orçamental pela sociedade civil podem igualmente complementar os esforços governamentais (PMNCH, 2012). A fim de melhorar a transparência em torno da atribuição de recursos e ligá-la aos resultados, o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA irá expandir o seu quadro de resultados de forma a avaliar as despesas em questões relacionadas com a MNCH. O seguimento desta informação ajudará na definição de prioridades e reforçará o foco nas áreas no âmbito da MNCH que requerem atenção. Incentiva-se igualmente que os parceiros de desenvolvimento sejam obrigados a comunicar a sua ajuda ao desenvolvimento a fim de verificar se estão alinhados com as prioridades, estratégias e ciclos de planeamento continentais.

Duas recomendações relevantes para a monitorização foram feitas no âmbito do Relatório de Avaliação da CARMMA. Em primeiro lugar, incentivou-se a racionalização e harmonização dos actuais requisitos de apresentação de relatórios. As partes interessadas são incentivadas a reduzir a carga de informação, alinhando os sistemas que são utilizados para monitorizar e avaliar a sua abordagem nacional destinada a acelerar a redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil evitável. Além disso, as partes interessadas são encorajadas a reforçar e harmonizar os mecanismos internacionais existentes para rever e acompanhar o progresso dos compromissos continentais e globais pós-2015 sobre a MNCH e a saúde dos adolescentes. Durante a 2ª Conferência Internacional sobre Saúde Materna, Neonatal e Infantil (ICMNCH) 2018, foi recomendado que a iniciativa CARMMA fosse reforçada, através da relação da mortes maternas com o desenvolvimento económico social para revigorar o compromisso político. Para que os países possam sobreviver, prosperar e transformar, é importante abordar também os determinantes sociais da saúde e do desenvolvimento.

Reconhecendo estas recomendações, de acordo com o Objectivo 2, o Quadro visa identificar, validar, seleccionar e harmonizar parâmetros ou indicadores com relevância para a campanha CARMMA. Tendo em conta as várias metas e aspirações descritas nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2063, Estratégia de Saúde

Africana (2016 - 2030), tal como recomendado no Relatório de Avaliação CARMMA (AUC, 2018), o Anexo 3 apresenta os indicadores delineados para a actual iniciativa CARMMA, Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro Político Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2016 - 2030), o Quadro de Avaliação da Saúde Materna, Neonatal e Infantil, o portal africano de estatísticas de saúde, a "Contagem decrescente para 2030" e os indicadores no âmbito da CARMMA propostos e actualizados. O Anexo 4 aprofunda os indicadores disponíveis no site de Estatísticas de Saúde Africanas e compara-os com o quadro de pontuação CARMMA actualmente disponível.

Tendo em conta estas fontes, a Tabela 1 propõe os indicadores da CARMMA actualizados que deverão ser monitorizados no quadro de resultados actualizado da CARMMA. Os indicadores marcados a cinzento são propostos para serem adicionados aos indicadores actuais:

**Tabela 1:** Indicadores da CARMMA actualizados

Área	Indicadores
<b>Financiamento da saúde</b>	Despesas públicas de saúde em % das despesas das administrações públicas
	Percentagem do orçamento nacional de saúde atribuído à saúde reprodutiva
<b>Sistemas e políticas de saúde</b>	Proporção de distritos que têm um sistema MDSR estabelecido e funcional
	Mortes maternas revistas
	Pacotes de saúde reprodutiva em vigor (MH, PF, prevenção de PAC e DST, VIH)
	Proporção de estabelecimentos de saúde que oferecem serviços básicos EmOC
	Instalações de saúde que prestam serviços integrados de SRH
<b>Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Juvenil</b>	Taxa de Mortalidade Materna
	Taxa de mortalidade neonatal
	Taxa de mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos
	Percentagem de mulheres grávidas que compareceram a pelo menos quatro visitas de ANC
	Percentagem de mulheres grávidas que compareceram a pelo menos oito visitas de ANC
	Proporção de mulheres em cuidados pré-natais (ANC) que foram examinadas para detecção de sífilis durante a gravidez
	Proporção de abortos inseguros, por 1.000 mulheres de 15-49 anos de idade
	Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados
	Percentagem de mulheres que receberam cuidados pós-parto de especialista em parto no prazo de dois dias após o parto

	<p>Percentagem de recém-nascidos que receberam cuidados pós-parto de uma especialista em parto no prazo de dois dias após o nascimento</p> <p>Cobertura da primeira dose de vacinação contra o sarampo</p> <p>Percentagem de crianças totalmente imunizadas</p> <p>Percentagem de crianças com diarreia que recebem sais de reidratação oral (ORS)</p> <p>Proporção de crianças com suspeita de pneumonia levadas a um profissional de saúde adequado</p> <p>Utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (MTI) em crianças menores de 5 anos (% de crianças)</p> <p>Proporção de recém-nascidos que têm contacto pós-natal com um profissional de saúde no prazo de 2 dias após o parto</p> <p>Percentagem de bebés &lt;6 meses que são exclusivamente alimentados com leite materno</p> <p>Proporção de bebés que foram amamentados na primeira hora após o nascimento</p> <p>Prevalência de atrofia (altura para a idade &lt;-2 desvio da média dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre as crianças com menos de 5 anos de idade</p> <p>Prevalência de desnutrição (peso para altura &gt;+2 ou &lt;-2 desvio normal da média dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (desperdício e excesso de peso)</p> <p>Novas infecções pelo HIV</p> <p>Cobertura da medicina anti-retroviral para mulheres grávidas seropositivas</p> <p>Novas infecções por TB</p> <p>Novas infecções por malária</p> <p>Novas infecções pelo VIH</p>
<b>Saúde Sexual e Reprodutiva</b>	<p>Gravidez muito precoce com menos de 16 anos de idade</p> <p>Taxa de gravidez por adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos</p> <p>Casamento infantil antes dos 18 anos de idade</p> <p>Taxa de prevalência da anticoncepção</p> <p>Procura satisfeita para os contraceptivos modernos</p> <p>Taxa de fertilidade dos adolescentes</p> <p>Taxa de mortalidade dos adolescentes, por sexo</p> <p>Cobertura da vacina contra HPV</p> <p>Proporção da população abaixo do limiar de pobreza internacional, por sexo, idade, estatuto de emprego e localização geográfica</p>
	<p>Proporção de crianças e jovens: a) na 2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> classe; b) no final da primária; e c) no final dos níveis secundários inferiores, atingindo</p>

<b>Desenvolvimento económico e de pesquisa</b>	pelo menos um nível mínimo de proficiência em (i) leitura e (ii) matemática, por sexo
	Despesas de investigação e desenvolvimento como proporção do PIB, desagregadas por saúde/RMNCAH
	Proporção de jovens (15-24 anos de idade) que não estão no sistema educacional, emprego ou formação

**Actividades propostas:**

- De forma colaborativa, os representantes do DSA da AUC, os representantes dos países membros e potenciais parceiros devem **chegar a acordo sobre os indicadores actualizados e validados**, que são necessários para acompanhar a redução sustentável da mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil;
  - Através das suas actividades de monitorização, todos os intervenientes são instados a concentrarem-se na saúde dos adolescentes, na sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos e na necessidade de desenvolvimento económico para as mulheres;
- O DSA da CUA irá **harmonizar, validar e disseminar** (através dos canais de comunicação relevantes) **os indicadores da CARMMA actualizados**, de acordo Tabela 1, para a inclusão na monitorização e revisão dos objectivos e realizações da CARMMA no país;
  - Os potenciais parceiros e Estados-Membros são encorajados a melhorar o seguimento dos recursos para a saúde das mulheres e das crianças através da expansão dos indicadores dos quadros de resultados da CARMMA relacionados com as despesas da MNCH;
- Os Estados-membros serão incentivados a estabelecer fontes de dados fiáveis, reforçar a sua recolha de estatísticas vitais, inquéritos aos agregados familiares e outros inquéritos baseados na população, relatórios e inquéritos às instalações e recenseamentos da população, e posteriormente mapear estes indicadores actualizados e validados em relação a fontes de dados.
  - Embora as actividades de monitorização deste tipo no país possam ser morosas, os Estados-Membros devem assegurar que as auditorias de mortalidade materna sejam realizadas regularmente;
- O DSA da CUA ajudará a **facilitar a colaboração** entre os Estados-Membros e **potenciais parceiros** (tal como constam no Anexo 1) que poderá ajudar a melhorar o acompanhamento de indicadores validados através da facilitação de reuniões entre os Estados-Membros e potenciais representantes dos parceiros.

- Para potenciar os relatórios dos parceiros e as fontes de dados na monitorização das questões da MNCAH no continente, a Estrutura convidará contributos relevantes dos seguintes relatórios e fontes de dados desenvolvidos pelas agências das Nações Unidas:
  - **UNFPA:** Relatórios e informações, incluindo o Relatório sobre a Situação Mundial;
  - **OMS:** Relatórios e informações, incluindo dados do Observatório Mundial da Saúde (GHO);
  - **ONUSIDA:** Relatórios e informações, incluindo o Relatório GAP de Prevenção;
  - **UNICEF:** Relatórios e informações, incluindo o Conhecimento para as crianças em África;
  - **Parcerias para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil:** Relatórios e informações, incluindo o seu Relatório Anual sobre Responsabilização;
  - **Painel de Responsabilização Independente de Cada Mulher Cada Criança Cada Adolescente (IAP):** Relatórios e informações, incluindo o seu Relatório Anual sobre Responsabilização;
- O DSA da CUA assegurará que a página Web sobre **Estatísticas Africanas de Saúde**, a **página Web da CARMMA**, os **Quadros de Resultados da CARMMA** e as **plataformas dos meios de comunicação social** sejam actualizados atempadamente a fim de incentivar a importância da responsabilidade social e do acesso à informação;
- As Comunidades Económicas Regionais (CER) e os países membros são incentivados a **adoptar** os indicadores da CARMMA **actualizados** e **validados** (de acordo com a Tabela 1);
  - Os Estados-Membros são encorajados a **desagregar** estes indicadores em função das preocupações com equidade e a considerar todas as fontes de informação;
- Considerando que os parceiros de desenvolvimento possam trabalhar fora do plano e orçamento nacional dos Estados-Membros e não em paralelo com os sistemas nacionais, os Estados-Membros são incentivados a estabelecer **parcerias** com as CER e os **representantes dos parceiros internacionais de desenvolvimento** nos seus países de forma a harmonizar e racionalizar os seus planos estratégicos que abordam questões relacionadas com a mortalidade materna, neonatal, infantil e juvenil. A utilização dos mesmos

indicadores da CARMMA validados e actualizados poderia ajudar a este respeito;

- As Comunidades Económicas Regionais (CER) e os Estados-Membros são incentivados a implementar e monitorizar os quadros de resultados desagregadas da CARMMA para as suas próprias regiões e distritos subnacionais;
  - Estes recursos devem ser disponibilizados aos seus eleitores num modo **acessível**, quer em instalações de saúde, centros comunitários ou online, uma vez que isto ajudará a encorajar a responsabilidade social e a consciência pública em torno da CARMMA e dos seus objectivos;
- Solicita-se especificamente aos Estados-Membros e às **instituições de investigação parceiras** que promovam o investimento na investigação para uma melhor medição e monitorização.

### **Revisão**

Dado que o processo de responsabilização pode ser visto como ameaçador e talvez punitivo (PMNCH, 2012), o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA procurará reforçar a confiança, fomentar a inclusão e incentivar o diálogo entre todos os parceiros durante o processo de revisão. São necessárias certas condições para que ocorra um processo de revisão justo, equitativo e produtivo.

Para assegurar a legitimidade do processo de revisão, deve ocorrer a **inclusão significativa de todos os potenciais parceiros relacionados com a RMNCAH**, incluindo outros departamentos governamentais cujas actividades tenham impacto na saúde, parlamentares, organizações profissionais de saúde, organizações da sociedade civil (particularmente grupos de mulheres), o sector privado e o meio académico (**Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil**, 2012). O envolvimento a níveis políticos superiores, tais como um presidente, um primeiro-ministro ou um gabinete de primeira dama, gera um melhor progresso na saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente, e ajuda a reforçar a vontade política crucial. O Quadro procurará promover a renovação da energia relacionada com a iniciativa CARMMA, convidando os parceiros de implementação significativos e os intervenientes políticos, que em tempos estiveram envolvidos no lançamento das suas campanhas, a juntarem-se às reuniões estatutárias onde são partilhadas histórias relacionadas com a RMNCAH, bem como histórias de sucesso celebradas e em que a acção futura está empenhada. O enfoque incidirá igualmente no reforço da inclusão e envolvimento das CER e dos seus representantes relevantes, de acordo com o Relatório de Avaliação da CARMMA.

A reunião do **Grupo de Trabalho para a Saúde Materna e Infantil (MNCH)** dá prioridade às preocupações relativas à MNCH e deve ser utilizada como plataforma para rever os resultados das actividades de monitorização e acções de implementação da CARMMA. Com vista a responsabilizar os países membros da CUA relativamente aos

objectivos da CARMMA, em conformidade com o Relatório de Avaliação da CARMMA (AUC, 2018), sugere-se que esta reunião estatutária ocorra a intervalos de três ou cinco anos, para captar mudanças significativas e assegurar estratégias accionáveis. Para melhorar a inclusão e um maior envolvimento, o Quadro recomenda que a reunião do Grupo de Trabalho da sobre MNCH seja disponibilizada num **formato de webinar digital**. As contribuições disponíveis electronicamente precisam de ser feitas pelos membros presentes à distância.

**Actividades:**

- O DSA da CUA convocará a reunião do **Grupo de Trabalho sobre MNCH** a ser realizada a cada 3 a 5 anos. As actividades incluirão a revisão dos compromissos da CARMMA e os progressos irão figurar entre os pontos da agenda. É proposta a inclusão de intervenientes remotos, acolhidos digitalmente na reunião do Grupo de Trabalho sobre MNCH;
  - Os convites a todos os intervenientes considerados significativos para a realização dos objectivos da CARMMA serão atempadamente enviados ao Grupo de Trabalho sobre a MNCH;
- Os relatórios dos países devem concentrar-se em informar os processos nacionais de revisão. Os Estados-Membros são incentivados a utilizar a **revisão do sector da saúde** para informar os seus progressos na implementação do plano nacional de saúde e permitir uma ligação consistente entre revisões e atribuição de recursos através de quadros de despesas a médio prazo e ciclos anuais de planeamento e processos subnacionais de revisão e acção;
- Os países membros são incentivados a reforçar e defender a continuação do sistema de **Vigilância e Resposta à Mortalidade Materna (MDSR)**. São necessárias informações consistentes sobre a natureza e causa de morte para que os países possam planear os seus sistemas de saúde e distribuir recursos, bem como melhorar a qualidade dos cuidados nos pontos de prestação de serviços (OMS, 2016);
- Duas propostas para o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA poderiam ser contempladas para acções futuras;
  - Criação de uma **Comunidade de Prática da CARMMA (CoP)**:
    - A CoP da CARMMA permitirá que os membros partilhem entre si provas actualizadas, assegurando que as melhores práticas sejam implementadas em todo o continente. Um comité seleccionado de colaboradores de vários parceiros potenciais poderia facilitar o que é partilhado entre os membros, e a comunidade mais vasta dos



Estados-Membros do país através do website da CARMMA e das plataformas dos meios de comunicação social;

- Incorporação de ferramentas de monitorização da CARMMA no âmbito do actual Mecanismo Africano de Avaliação pelos Pares ( MAAP):
  - Ao rever as questões de RMNCAH, propõe-se que o MAAP utilize os quadros de resultados da CARMMA para estabelecer uma compreensão mais holística da agenda transformadora do país e da sua capacidade de sustentar a MNCH e os benefícios do desenvolvimento.

### **Agir**

Na sequência das informações e provas que emergem do processo de revisão do Quadro, podem ser tomadas medidas para identificar o que é necessário para remediar e acelerar o progresso, tendo em vista reduzir o número de mortes maternas, neonatais, infantis e juvenis evitáveis. Acções, tais como o reconhecimento de sucessos e a superação de desafios, terão de ser tomadas para continuar firmemente no caminho rumo à visão da CARMMA para África.

**O Comité Técnico Especializado para a Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCD)** será a **plataforma preferida** para apresentar as provas de acção. Ao mais alto nível, serão apresentadas provas revistas, e serão solicitadas acções ao Conselho Executivo e à Assembleia. Outros fóruns de alto nível da União Africana já estabelecidos, tais como a Conferência Internacional sobre Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África, a Cimeira de Raparigas - Capítulo Africano, a Reunião Anual dos Directores-Gerais de Estatística, o Dia da Criança Africana e o Mecanismo Africano de Avaliação pelos Pares, serão igualmente utilizados para apresentar as provas e incentivar a acção. Fóruns nacionais, regionais e internacionais tais como *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL* sobre SIDA e Infecções Sexualmente Transmissíveis em África (ICASA), Conferência de Planeamento Familiar, *Women Deliver*, Agenda Africana de Saúde. As Conferências Internacionais também serão utilizadas como fóruns para a apresentação de provas relacionadas com a iniciativa CARMMA.

O Quadro reconhece a necessidade de **recompensar o sucesso** como uma parte crítica deste. O prémio Mama Afrika reconhece heróis e heroínas da vida real, incluindo organizações de todo o continente africano, e homenageia aqueles que demonstram dedicação, profissionalismo e compaixão no cuidado das mulheres e bebés africanos durante e após o parto. O Quadro propõe que o prémio Mama Afrika seja reforçado, atribuindo-o bianualmente a um candidato na sequência da revisão da CARMMA que tem lugar na reunião do Grupo de Trabalho da MNCH. Ao promover a atribuição do prémio Mama Afrika em plataformas de comunicação social, o prémio será utilizado para aumentar a responsabilidade social, defesa e sensibilização do público para os efeitos das mortes maternas, neonatais, infantis e juvenis evitáveis e para a necessidade de apoio à campanha CARMMA. O patrocínio e a contribuição do sector privado e dos parceiros de

desenvolvimento devem igualmente ser incentivados aquando da concessão do prémio Mama Afrika.

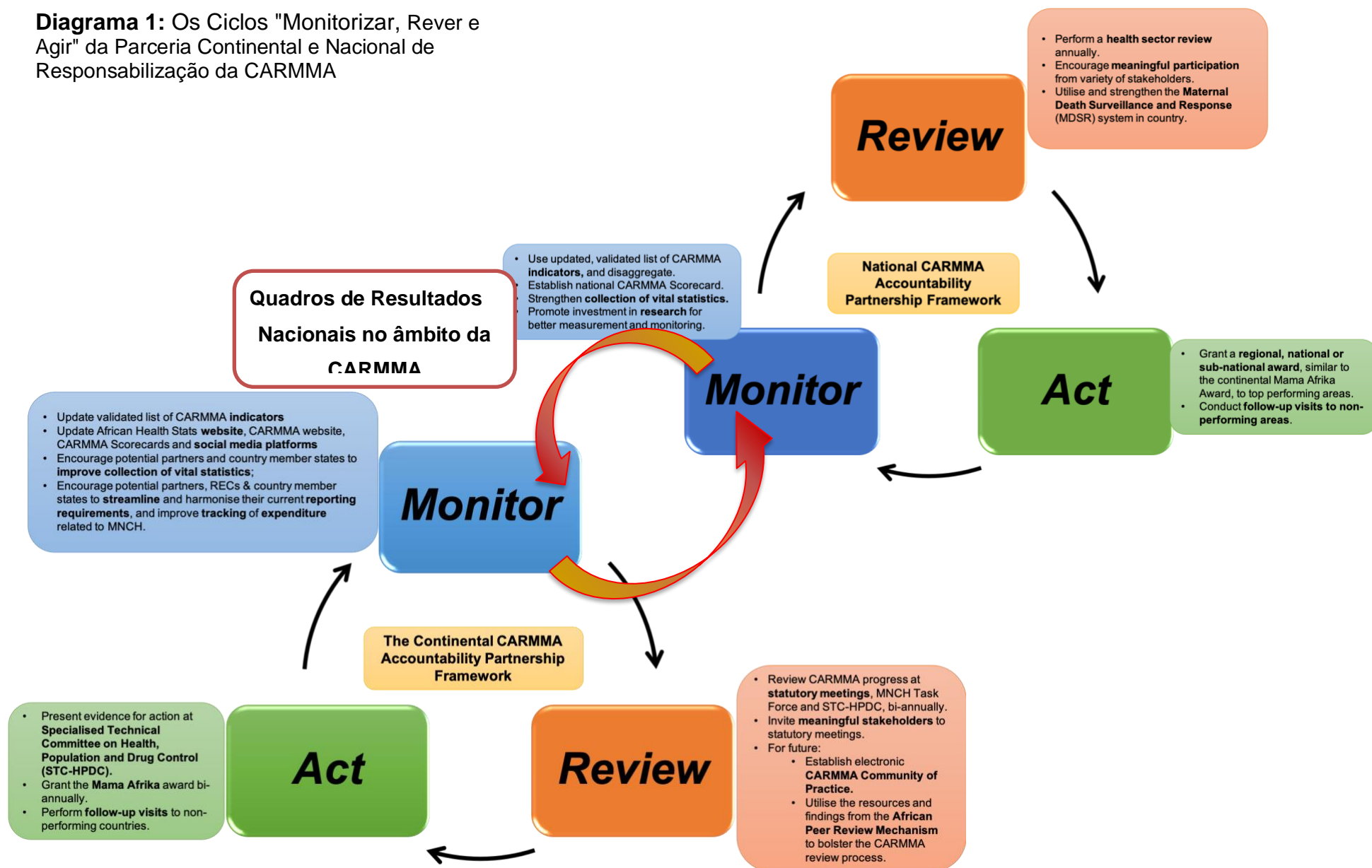
No seguimento dos processos de monitorização e revisão do Quadro, caso se verifique que os indicadores da CARMMA nos Estados-Membros estejam a estagnar ou a deteriorar-se, propõe-se fortemente que se considerem visitas de acompanhamento aos países não cumpridores, a fim de apoiar os seus esforços de implementação. Isto pode exigir a facilitação de parcerias entre a actual liderança política, organizações da sociedade civil e parceiros internacionais de desenvolvimento para identificar uma via a seguir.

### **Actividades**

- O DSA da CUA convoca o **Comité Técnico Especializado para a Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCDHPDC)** e afirma que esta ocasião será a plataforma preferida para apresentar as provas de acção e potencial remediação no seio dos Estados Membros;
- As realizações dos Estados-Membros no âmbito da CARMMA devem ser reconhecidas através da concessão bianual do **prémio Mama Afrika**. O processo de adjudicação deve ser promovido no website da CARMMA e nas plataformas de comunicação social;
  - Os Estados-Membros são incentivados a reconhecer os casos de sucesso através da concessão de um **prémio nacional ou subnacional** relacionado com os seus progressos, no sentido de pôr termo às mortes maternas, neonatais, infantis e juvenis evitáveis;
- Incentivam-se **as visitas de acompanhamento** aos países não cumpridores, a fim de apoiar os seus esforços de implementação para alcançar os objectivos da CARMMA.

No diagrama 1, ilustrado abaixo, são detalhadas as acções continentais e nacionais a serem levadas a cabo na implementação do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA.

**Diagrama 1:** Os Ciclos "Monitorizar, Rever e Agir" da Parceria Continental e Nacional de Responsabilização da CARMMA



***Plano de Implementação do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA***

Para que o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA funcione eficazmente, é necessário um plano de implementação para delinear actividades específicas, fornecer um cronograma claro e atribuir funções e responsabilidades às partes interessadas relevantes. O Quadro de Parceria Continental para a Responsabilização no âmbito da CARMMA é pormenorizado na Tabela 2 abaixo:

**Tabela 2:** O Plano de Implementação do Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA

	Actividade	De quem é esta responsabilidade?	Como será comunicada eficazmente?	Prazo
<b>MONITORIZAR</b>	Actualização da lista validada de <b>indicadores</b> da CARMMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Assuntos Sociais da Comissão da União Africana (DSA-CUA)</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> <li>• Promotores Nacionais da CARMMA</li> <li>• Organizações multilaterais</li> <li>• Parceiros de desenvolvimento</li> <li>• Organizações da Sociedade Civil</li> <li>• Potenciais parceiros convidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A reunião do Grupo de Trabalho da MNCH irá propor que os indicadores da CARMMA sejam actualizados e validados, de acordo com o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA</li> <li>• O Comité Técnico Especializado para a Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCD) irá ratificar o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA actualizado e abordar os indicadores.</li> </ul>	<p>Próxima reunião agendada do Grupo de Trabalho sobre MNCH.</p> <p>Próxima reunião agendada do CTE-SPCD</p>
	Actualização do <b>site</b> de Estatísticas Africanas de Saúde, site da CARMMA, <b>Quadros de Resultados da CARMMA</b> e <b>plataformas de comunicação social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Assuntos Sociais da CUA (DSA-CUA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O DSA-CUA irá anunciar uma actualização de todas as plataformas de TIC relevantes para a iniciativa CARMMA na reunião do Grupo de Trabalho sobre MNCH.</li> <li>• A actualização levará de 6 meses a 1 ano para ser concluída.</li> </ul>	A partir de 2020.
	Garantir que os indicadores e questões relacionadas com a CARMMA sejam incluídas no <b>Relatório de situação da MNCH</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• Autor do Relatório de Situação da MNCH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Relatório de Situação da MNCH é apresentado no Comité Técnico Especializado em Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCD), pelo que, nesta ocasião, serão comunicadas as realizações das iniciativas da CARMMA.</li> </ul>	Bi-anualmente.
	Incentivar potenciais parceiros e Estados-Membros a <b>melhorar a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Organizações multilaterais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As CER facilitarão a prestação de apoio técnico aos Estados-Membros para assegurar uma abordagem</li> </ul>	Em curso

	<p><b>recolha de estatísticas vitais;</b></p>		<p>coerente e coordenada tendo em vista a implementação da harmonização.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As organizações multilaterais irão igualmente prestar apoio técnico aos Estados-Membros.</li> </ul>	
	<p>Incentivar potenciais parceiros e Estados-Membros a <b>Agilizar</b> e harmonizar os seus actuais <b>requisitos para apresentação de relatórios</b>, e melhorar o <b>Rastreamento</b> de <b>Despesas</b> relacionadas com a MNCH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Organizações multilaterais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As CER facilitarão a prestação de apoio técnico aos Estados-Membros para assegurar uma abordagem coerente e coordenada tendo em vista a implementação da harmonização.</li> <li>• As organizações bilaterais e multilaterais irão auxiliar mediante a prestação de apoio técnico aos Estados-Membros.</li> <li>• Os potenciais parceiros são convidados a identificar as suas funções, responsabilidades e resultados no âmbito da iniciativa e estrutura da CARMMA.</li> </ul>	<p>Em andamento, a partir da próxima reunião agendada do CTE-SPCD.</p>
<b>REVER</b>	<p>Rever o progresso da CARMMA nas <b>reuniões estatutárias</b>, MNCH Grupo de Trabalho e CTE-SPCD, bianualmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> <li>• Promotores Nacionais da CARMMA</li> <li>• Organizações multilaterais</li> <li>• Parceiros de desenvolvimento</li> <li>• Organizações da Sociedade Civil</li> <li>• Potenciais parceiros convidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A reunião do Grupo de Trabalho da MCNH será o principal meio de comunicação das realizações e desafios revistos que a iniciativa CARMMA enfrenta.</li> </ul>	<p>Como programado.</p>
	<p>Criar uma <b>Comunidade de Prática</b> electrónica da <b>CARMMA</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um comité de colaboradores seleccionado de entre os seguintes parceiros:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma selecção estabelecida no website da CARMMA ou nas plataformas dos meios de comunicação social.</li> </ul>	<p>Em curso</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ DSA-CUA</li> <li>○ CER</li> <li>○ Estados-Membros</li> <li>○ Promotores Nacionais da CARMMA</li> <li>○ Organizações multilaterais</li> <li>○ Parceiros de desenvolvimento</li> <li>○ Organizações da Sociedade Civil</li> <li>○ Potenciais parceiros convidados</li> </ul>		
	Convidar as <b>partes interessadas significativas</b> às reuniões estatutárias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> <li>• Promotores Nacionais da CARMMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em consulta com as CER, os Estados-Membros nacionais e os promotores nacionais da CARMMA, o DSA-CUA enviará atempadamente convites às partes interessadas relevantes, a fim de assegurar a sua disponibilidade.</li> </ul>	Em curso
	Utilizar os recursos e conclusões do <b>Mecanismo Africano de Avaliação pelos Pares</b> para reforçar o processo de revisão da CARMMA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O DSA-CUA deveria considerar a possibilidade desta parceria na reunião do Grupo de Trabalho da MNCH.</li> <li>• Deverão ocorrer novas discussões e decisões na sequência desta reunião.</li> </ul>	A ser determinado
<b>AGIR</b>	Apresentar provas para a ação ao <b>Comité Técnico Especializado da Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCD)</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> <li>• Promotores Nacionais da CARMMA</li> <li>• Organizações multilaterais</li> <li>• Parceiros de desenvolvimento</li> <li>• Organizações da Sociedade Civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Após a apresentação e revisão das realizações e desafios da iniciativa CARMMA na reunião do Grupo de Trabalho sobre MNCH, as provas e recomendações de acção serão apresentadas e ratificadas no Comité Técnico Especializado em Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCD).</li> </ul>	Bi-anualmente.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciais parceiros convidados</li> </ul>		
	<p>Conceder o prémio <b>Mama Afrika</b> bi-anualmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> <li>• Promotores Nacionais da CARMMA</li> <li>• Organizações multilaterais</li> <li>• Parceiros de desenvolvimento</li> <li>• Organizações da Sociedade Civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma decisão sobre o prémio Mama Afrika será tomada na reunião do Grupo de Trabalho sobre MNCH.</li> <li>• A entrega do prémio terá lugar nas reuniões do Comité Técnico Especializado para a Saúde, População e Controlo de Drogas (CTE-SPCD).</li> </ul>	<p>Na próxima reunião do CTE-SPCD, conforme agendado.</p>
	<p>Efectuar <b>visitas de acompanhamento</b> a países não cumpridores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSA-CUA</li> <li>• CER</li> <li>• Estados-Membros</li> <li>• Promotores Nacionais da CARMMA</li> <li>• Organizações multilaterais</li> <li>• Parceiros de desenvolvimento</li> <li>• Organizações da Sociedade Civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem realizar as visitas de acompanhamento representantes de Estados-Membros seleccionados, CERs e várias organizações parceiras potenciais relevantes.</li> <li>• Devem ser feitas comunicações atempadas e relevantes entre os funcionários governamentais relevantes e a equipa visitante, a fim de</li> <li>• Os comunicados de imprensa e publicações através dos meios de comunicação social da CARMMA podem indicar a visita e a via a seguir.</li> </ul>	<p>Bi-anualmente.</p>



O Relatório de Avaliação da CARMMA concluiu que várias actividades inicialmente propostas, tais como a criação de um secretariado ou de um Grupo de Trabalho operacional da MNCH, não puderam ser implementadas devido à falta de recursos financeiros. Como parte do processo de responsabilização, bem como da sustentabilidade da campanha CARMMA, importa identificar as componentes orçamentais e de pessoal necessárias para a realização do Quadro, e a longo prazo, a realização da visão e dos objectivos da CARMMA.

A curto prazo, a fim de operacionalizar, coordenar e manter o quadro continental previsto, propõe-se que uma posição de pessoal no secretariado do DSA-CUA DSA seja **financiada conjuntamente** pelo DSA-CUA, CER, organizações multilaterais dos Estados-Membros, e parceiros de desenvolvimento e do sector privado identificados. Este pessoal iria realizar as seguintes funções:

- Conduzir a comunicação entre a AUC DSA e os Estados-Membros, e outros parceiros identificados;
- Assegurar a circulação de mecanismos de informação, feedback, etc., actualizados;
- Fornecer funções administrativas para a Comunidade de Prática da CARMMA;
- Funções logísticas que conduzem e preparam as reuniões estatutárias relacionadas com a CARMMA;
- Gerir, criar conteúdos e actualizar as plataformas online da CARMMA, ou seja, o website e os meios de comunicação social;
- Executar os assuntos administrativos do Grupo de Trabalho da MNCH, sob a supervisão do DSA-CUA.

Ainda está por decidir se esta posição terá de ser a tempo inteiro.

Como parte de um plano a longo prazo para o Quadro, poder-se-á explorar o estabelecimento de um **Secretariado da CARMMA**, talvez no seio do DSA-CUA mas com filiações no MAAP.

### **Conclusão**

Para os que estão envolvidos na realização da visão e dos objectivos da CARMMA, Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA fornece um roteiro para a monitorização, revisão e cumprimento das promessas e compromissos assumidos de pôr fim às mortes evitáveis de mães, recém-nascidos e crianças.

O Quadro faz uso de estruturas, tais como o Mecanismo Africano de Avaliação pelos Pares, plataformas de dados, o grupo de trabalho MNCH e o Prémio Mama Afrika, entre outros, e ferramentas actualizadas, tais como cartões de pontuação, para promover a responsabilização.

O Quadro reconhece que este importante trabalho não pode ser implementado sem o apoio essencial, técnico e financeiro, dos potenciais parceiros da CUA e exorta-os a renovar o seu compromisso e a reencetar as suas estratégias em relação à iniciativa CARMMA.

## **Lista de Referências**

Comissão da União Africana (2006) *Quadro Político Continental para a Promoção da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em África*. Comissão da União Africana Adis Abeba Disponível em,: [https://au.int/sites/default/files/documents/30921-doc-srhr\\_english\\_0.pdf](https://au.int/sites/default/files/documents/30921-doc-srhr_english_0.pdf) [Accessed: 1/05/2019]

Comissão da União Africana. (2006a) *Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro Político Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos 2007-2010*. Comissão da União Africana Adis Abeba Disponível em: [https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/iiep\\_maputoplansr\\_hr.pdf](https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/iiep_maputoplansr_hr.pdf)

Comissão da União Africana (2009) *Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil em África (CARMMA)*. Comissão da União Africana Adis Abeba Disponível em: <https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CARMMA.pdf> [Accessed: 26/04/2019]

Comissão da União Africana (2012) *Porquê a CARMMA?* Adis Abeba Comissão da União Africana Disponível em: <http://carmma.org/page/why-carmma>

Comissão da União Africana (2015) *Agenda 2063*. Comissão da União Africana Adis Abeba Disponível em: [https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063\\_popular\\_version\\_en.pdf](https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf) [Accessed: 21/11/2018]

Comissão da União Africana. (2015a) *Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro Político Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos 2016-2030*. CUA: Adis Abeba Disponível em: [https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa\\_5-\\_revised\\_clean.pdf](https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf) [Accessed: 21/11/2019]

Comissão da União Africana (2016) *Estratégia de Saúde para África 2016 - 2030*. Comissão da União Africana Adis Abeba Disponível em: [https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa\\_health\\_strategy.pdf](https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf). [Accessed: 13/02/2019]

Comissão da União Africana (2018) *Avaliação da Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA) 2009 - 2017*. Adis Abeba Comissão da União Africana Ainda em impressão.

Comissão da União Africana, Comissão Económica para África; Grupo Banco Africano de Desenvolvimento e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2016) *Relatório de Transição dos ODM para a Agenda 2063/SDGs 2016*. União Africana: Adis Abeba Disponível em: [https://au.int/sites/default/files/pages/32828-file-mdg-sdg\\_transition\\_report\\_summary\\_en\\_1.pdf](https://au.int/sites/default/files/pages/32828-file-mdg-sdg_transition_report_summary_en_1.pdf) [Accessed: 23/11/2018]

Grupo do Banco africano de Desenvolvimento. (2018) Anuário de Estatísticas Africanas 2018. Tunis: Banco Africano de Desenvolvimento; Disponível em: <https://www.afdb.org/en/documents/document/african-statistical-yearbook-2018-101789/> [Accessed: 10/01/2019]

Agyepong, I.A., Sewankambo, N., Binagwaho, A., Coll-Seck, A.M., Corrah, T., Ezeh, A., Fekadu, A., Kilonzo, N., Lamptey, P., Masiye, F., Mayosi, B., Mboup, S., Muyembe, J-J., Pate, M., Sidibe, M., Simons, B., Tlou, S., Gheorghe, A., Legido-Quigley, H., McManus, J., Ng, E., O'Leary, M., Enoch, J., Kassebaum, N., Piot, P. (2017) The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: the Lancet Commission on the future of health in sub-Saharan Africa. *Lancet* 390(10114):2803-2859. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31509-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31509-X) [Accessed: 20/09/2017]

AIDS Accountability International. (2011) Quadro Internacional de Responsabilização da SIDA. AIDS Accountability International: Cape Town. Disponível em: <http://www.aidsaccountability.org/6212-2/our-approach/> [Accessed: 1/05/2019]

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.B., Gemmill, A., Fat, D.M., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C., Say, L. (2016) Níveis e tendências globais, regionais e nacionais da mortalidade materna entre 1990 e 2015, com projecções baseadas em cenários até 2030: uma análise sistemática pelo Grupo Inter-Agências de Estimativa da Mortalidade Materna da ONU. *Lancet* 387(10017): 462-74. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7. [Acedido: 12/01/2019]

Brizuela, V., Leslie, H.H., Sharma, J., Langer, A., Tunçalp, O. (2019) Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? *Uma revisão dos instrumentos de avaliação das instalações. Lancet Glob Health* 2019; 7: e624–232. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31509-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31509-X) [Accessed: 22/04/2019]

Bryce, J., et al. (2005) Estimativas da OMS sobre as causas de morte infantil. *Lancet*, 365(9465):1147-52. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71877-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71877-8)

Universidade de Columbia. (2015) Aversão à Morte e Deficiência Materna: Kit de ferramentas de avaliação das necessidades da EmOC. Escola de Saúde Pública Mailman da Universidade de Columbia: Nova Iorque. Disponível em: <https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/toolkit> [Accessed: 1/05/2019]

Comissão sobre informação e responsabilização pela Saúde das Mulheres e das Crianças (CoIA). 2011. Cumprir Promessas, Medir Resultados. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em: [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/Commission\\_Report\\_advance\\_copy.pdf](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf)

Cada Mulher, Cada Criança (2015) *Estratégia global para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes (2016-2030)*. Nova Iorque. Cada Mulher, Cada Criança Disponível em: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>

Painel de Responsabilização Independente para Cada Mulher, Cada Criança, Cada Adolescente. (2017) *Relatório de 2017: Responsabilidade transformadora dos adolescentes: responsabilidade pela saúde e direitos humanos das mulheres, crianças e adolescentes na Agenda para 2030*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Available from: [https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/IAP-Annual-Report-2017-online-final-web\\_with-endnotes.pdf](https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/IAP-Annual-Report-2017-online-final-web_with-endnotes.pdf)

Knight, L., Yamin, A.E. (2015) "Without a mother": caregivers and community members' views about the impacts of maternal mortality on families in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reproductive Health* 12(Suppl 1):S5 DOI: [www.reproductive-health-journal.com/content/12/S1/S5](http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/S1/S5) [Accessed: 10/01/2019]

Ocampo, J.A. (2015) *A Post-2015 Monitoring and Accountability Framework*. Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas: Nova Iorque. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/CDP-bp-2015-27.pdf> [Accessed: 1/05/2019]

*Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil. (2012) Mecanismos Nacionais de Responsabilização pela Saúde da Mulher e da Criança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em: [https://www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/national\\_accountability\\_mechanisms.pdf](https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/national_accountability_mechanisms.pdf)

Patton, MQ. 2002. *Métodos de Investigação Qualitativa e Avaliação*. Sage Publications, Thousand Oaks.

Robson, C. (2011). Chapter 6. *Flexible Research. Real World Research*. Melbourne: Chichester: Wiley: 152 – 160.

Rochlin, S., Zadek, S., Forstater, M. (2008) *Governing Collaboration. Tornar as Parcerias Responsáveis pela Concretização do Desenvolvimento*. London: AccountAbility. Disponível em: [http://www.accountability.org/images/content/4/3/431/Governing%20Collaboration\\_Full%20report.pdf](http://www.accountability.org/images/content/4/3/431/Governing%20Collaboration_Full%20report.pdf). [Acedido: 29/04/2019]

Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, Kochitzky CS, DeGroff AS, Devlin HM, Mercer, SL. 2013. "Em busca das melhores práticas: A Conceptual Framework for Planning and Improving Evidence-Based Practices", *Prev Chronic Dis* vol. 10, no. 130186, pp 1-20. Visto em 13/12/2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130186>.

Starrs, A.M., Ezeh, A.C., Barker, G. Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., Coll-Seck, A.M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., Serour, G.I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., Ashford, L.S. (2018) Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*: 91: 2642–92. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9) [Accessed 17/01/2019]

Nações Unidas 2015 O Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2015. Genebra: Nações Unidas Disponível em: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/).

Nações Unidas (2015) Transformar o Nosso Mundo: A Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030. A/RES/70/1. Nova Iorque. Nações Unidas Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> [Accessed: 17/01/2019]

Fundo das Nações Unidas para a Criança (2017) Generation 2030 Africa 2.0: Dar prioridade aos investimentos em crianças com vista a beneficiar do dividendo demográfico. Nova Iorque. Fundo das Nações Unidas para a Criança Disponível em: [https://www.unicef.org/publications/index\\_101219.html](https://www.unicef.org/publications/index_101219.html) [Accessed: 30/01/2019]

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2014) Educação Sexual Integral e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens na África Oriental e Austral (ESA): Quadro Regional de Responsabilização. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH e SIDA: Paris. Disponível em: <http://www.aidsaccountability.org/wp-content/uploads/2014/04/Regional-Accountability-Framework-140314.pdf>. [Acedido: 1/05/2019]

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (2011). Orientação da ONUSIDA para parcerias com a sociedade civil, incluindo pessoas portadoras do VIH e populações-chave. Genebra: ONUSIDA: Disponível em: [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236\\_guidance\\_partnership\\_civilsociety\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf)

Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. (2012) Avaliação da prestação de serviços. O Programa de Inquéritos Demográficos e Sanitários: Rockville. Disponível em: <https://dhsprogram.com/publications/publication-search.cfm?type=37>[Accessed 1/05/2019]

Organização Mundial da Saúde (2015) Quadro de Responsabilização. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em: [http://www.searo.who.int/entity/emergencies/whoaccountabilityframework\\_2015.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/entity/emergencies/whoaccountabilityframework_2015.pdf?ua=1) [Accessed: 26/04/2019]

OMS: (2016) *Making Every Baby Count: Auditoria e revisão de nados-mortos e mortes neonatais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249523/9789241511223-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde (2016) *Normas para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados Maternais e Neonatais nas Instalações de Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1> [Accessed: 28/04/2019]

Organização Mundial da Saúde (2018) *Atlas das Estatísticas Africanas de Saúde de 2018: A cobertura universal da saúde e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável na Região Africana da OMS*. Brazzaville: Gabinete Regional para África da Organização Mundial de Saúde. Disponível em: [http://www.who.afro.int/sites/default/files/Atlas%202018-eng\\_1.pdf](http://www.who.afro.int/sites/default/files/Atlas%202018-eng_1.pdf) [Accessed: 25/11/2018]

Organização Mundial de Saúde. (2018a). *Sobreviver, Prosperar, Transformar: Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030) Relatório de monitorização de 2018: situação actual e prioridades estratégicas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/EWECGSMonitoringReport2018\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/EWECGSMonitoringReport2018_en.pdf) [Accessed: 06/02/2019]

Grupo Consultivo para a Juventude. (2017) *Quadro de Responsabilização dos Jovens para o Planeamento Familiar 2020*. Grupo Consultivo para a Juventude. Londres: Disponível em: [http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/12/Youth-Advisory-Group\\_Accountability-Framework\\_11.21.17.pdf](http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/12/Youth-Advisory-Group_Accountability-Framework_11.21.17.pdf) [Acedido em: 1/05/2019]

## Anexos

### Anexo 1: Lista expandida de potenciais parceiros para o Quadro de Parceria para a Responsabilização no âmbito da CARMMA

- Governos nacionais como:
  - Presidentes
  - Primeiras-damas
  - Ministros
  - Parlamentares
- Os seguintes profissionais de saúde e as associações profissionais correspondentes:
  - Assistentes de parto
  - Profissionais de saúde comunitários
  - Médicos
  - Enfermeiros
  - Parteiras
- Parceiros bilaterais como:
  - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)
  - Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID)
- Organizações e iniciativas multilaterais de desenvolvimento como, por exemplo:
  - Organização Mundial da Saúde (OMS)
  - O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)
  - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
  - O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)
  - O Banco Mundial;
  - A Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil,
  - Cada Mulher, Cada Criança
  - A Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Género e o Empoderamento da Mulher ( ONU Mulher);
- Organizações da sociedade civil, tais como:
  - Federação Internacional de Planeamento Familiar
  - *White Ribbon Alliance*)
  - *Women Deliver*
  - MSD para Mães



- Mundo académico, incluindo, mas não se limitando a:
  - Universidades nos Estados-Membros do país
  - Unidades de investigação regionais e nacionais que se concentram em questões de saúde materna, neonatal, infantil e juvenil;
- Líderes comunitários e religiosos;
- Actores do sector privado, como:
  - MERCK
  - Johnson & Johnson
  - Safaricom Limited

## Anexo 2: O Quadro de Responsabilização Unificado da Estratégia Global Cada Mulher, Cada Criança



**Anexo 3: Tabela Harmonizada e Atualizada de Indicadores da CARMMA**

Indicadores	MPoA 2016 - 2030	CARMMA 2013	Quadro de Resultados sobre a MNCH	Website sobre estatísticas africanas de saúde	Contagem regressiva para 2030	Proposto CARMMA 2020
<b>Governança</b>						
Existência de uma política nacional de saúde que integre os serviços de SDR, VIH/SIDA/DST e malária						
Existência de leis relativas à violência sexual e baseada no género						
Presença de um roteiro de custos para a redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal						
Percentagem da atribuição de recursos despendidos em RMNCH						
Despesas das administrações públicas em saúde como percentagem das despesas totais do governo						
Fundos públicos per capita para a saúde						
Despesas públicas de saúde como % das despesas correntes de saúde						
Despesas governamentais com a saúde como % do PIB						

Despesas externas de saúde como % das despesas correntes de saúde						
Despesa extra-orçamental na saúde como um por cento da despesa total para a saúde						
Percentagem da população coberta por um regime do lado da procura; por exemplo, seguro social de saúde, seguro baseado na comunidade						
Densidade dos profissionais de saúde - médicos						
Densidade dos trabalhadores da saúde - enfermeiros e parteiras						
Obstetras qualificados						
Registro de nascimento						
<b>Nutrição</b>						
Proporção de crianças com menos de cinco anos						
Desperdício - baixo peso para altura inferior a 5 anos						
Sobrepeso - pesado para altura inferior a 5						
Início precoce da amamentação						
Amamentação exclusiva						
Amamentação continuada (ano 1)						

Diversidade dietética mínima						
Suplemento de vitamina A, cobertura total						
<b>Saúde Reprodutiva</b>						
Casamento infantil antes dos 15 anos de idade						
Casamento infantil antes dos 18 anos de idade						
Taxa de prevalência da anticoncepção						
Necessidade não satisfeita de planejamento familiar						
Necessidade insatisfeita de anticoncepção moderna						
Proporção de abortos inseguros, por 1.000 mulheres de 15-49 anos de idade						
Pacotes de RH em vigor (MH, PF, PAC e prevenção de DST, VIH)						
Violência sexual aos 18 anos - sexo feminino						
Gravidez muito precoce com menos de 16 anos de idade						
Mutilação Genital Feminina						
<b>Saúde Materna e Neonatal</b>						
Expectativa de vida à nascença						
Taxa de Mortalidade Materna						

Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados						
Cuidados pós-natais para mães e bebês						
Taxa de nados-mortos						
Taxa de mortalidade infantil						
Percentagem de mulheres grávidas que compareceram a pelo menos quatro visitas de ANC						
Percentagem de mulheres grávidas que compareceram a pelo menos oito visitas de ANC						
Proporção de estabelecimentos de saúde que oferecem serviços básicos EmOC						
Percentagem de recém-nascidos que receberam cuidados pós-parto de uma especialista em parto no prazo de dois dias após o nascimento						
Percentagem de mulheres que receberam cuidados pós-parto de especialista em parto no prazo de dois dias após o parto						
Proporção de distritos que têm um sistema MDSR						

estabelecido e funcional						
Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que receberam medicamentos anti-retrovirais						
Prevalência do VIH entre a população com idades compreendidas entre os 15-24 anos						
Percentagem de mulheres grávidas que frequentam exames de ANC e têm conhecimento dos seus resultados						
Percentagem de bebés nascidos de mães infectadas com o VIH						
Proporção de mulheres grávidas que receberam duas doses de tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a sua última gravidez						
<b>Saúde Infantil</b>						
Taxa de mortalidade neonatal						
Proporção de bebés com 12-23 meses de idade imunizados contra DPT3						
Cobertura da primeira dose de vacina contra o sarampo						

Imunização total de crianças menores de 5 anos						
Taxa de mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos						
Procura de cuidados adequados para diarreia, suspeita de pneumonia, ou febre						
Tratamento adequado para o paludismo						
Proporção de crianças com menos de cinco anos que passaram por um ITN na noite anterior						
Proporção de lares com pelo menos um ITN e/ou pulverizados pelo IRS nos últimos 12 meses						
Percentagem de crianças <5 anos com febre nas últimas duas semanas que foram rastreadas para a malária						
Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que receberam tratamento antipalúdico de acordo com a política nacional dentro de 24 horas após o início da febre						

Tratamento contra a diarreia: ORS						
Tratamento contra a diarreia: ORS + Zinc						
<b>Saúde Juvenil</b>						
Taxa de fertilidade dos adolescentes						
A procura de planeamento familiar satisfeita com os métodos modernos entre as mulheres adolescentes						
Testes de VIH para adolescentes						
Cobertura vacinal do vírus do papiloma humano (HPV) entre adolescentes						
ANC4+ entre adolescentes						
Assistente qualificado aquando dos partos entre adolescentes						
Cuidados pós-natais para mães adolescentes						
<b>Intervenções Ambientais</b>						
População que utiliza serviços básicos de água potável				*		
População que utiliza serviços de saneamento básico				#		
População com instalações de lavagem de mãos com água e sabão em casa						

\*O website *African Health Stats* regista que "Pelo menos água potável básica" reflecte a proporção da população que utiliza um "serviço básico de água potável" (fonte



melhorada, desde que o tempo de recolha não seja superior a 30 minutos para uma viagem de ida e volta, incluindo fila de espera) ou um "serviço de água potável gerido com segurança" (fonte de água melhorada localizada nas instalações, disponível quando necessário e livre de contaminação fecal e química prioritária).

# O website *African Health Stats* regista "Pelo menos serviços de saneamento básico" como a proporção de uma população que utiliza "um serviço de saneamento básico" (instalações melhoradas não partilhadas com outros agregados familiares) ou um "serviço de saneamento gerido com segurança" (serviço de saneamento melhorado não partilhado com outros agregados familiares e onde os excrementos são eliminados com segurança in situ ou tratados fora do local).

Anexo 4: Indicadores da *African Health Stats*

## Lista de indicadores



## SAÚDE MATERNA, NEONATAL, INFANTIL E JUVENIL

INDICADOR	Indicador do Quadro de Resultados da CARMMA	Título longo e o que significa
EXPECTATIVA DE VIDA À NASCENÇA	Não	<b>A esperança de vida à nascença</b> representa o número de anos em média que um recém-nascido poderia esperar viver se passasse pela vida exposto às taxas de mortalidade por sexo e idade que prevalecem no momento do seu nascimento. Isto diz respeito a um ano específico e num país, território ou área geográfica específica.
TAXA DE MORTALIDADE MATERNA	Sim	A <b>Taxa de Mortalidade Materna (MMR)</b> é o índice a que as mulheres morrem de causas maternas (qualquer causa relacionada com a gravidez, durante o parto, gravidez ou no prazo de 42 dias após o parto). É medida como o número de mortes maternas por cada 100.000 nados-vivos. Um nado-vivo refere-se a qualquer bebé que nasce e mostra sinais de vida fora do útero. A morte materna refere-se à morte da mulher durante a gravidez ou nos 42 dias seguintes ao parto, por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou pela sua gestão. As mortes maternas excluem causas acidentais ou outras causas de morte não relacionadas.
TAXA DE NADOS-MORTOS	Não	A taxa de <b>nados-mortos</b> é o número de nados-mortos por 1.000 nascimentos totais, que inclui nados-vivos e nados-mortos. Um nado-vivo refere-se a qualquer bebé que nasce e mostra sinais de vida fora do útero. Os nados-mortos podem ocorrer antes (antepartum), ou durante o parto ou nascimento (intrapartum). Os nados-mortos, em muitos casos, reflectem insuficiências na cobertura dos cuidados pré-natais ou nos cuidados intra-parto. Para efeitos de

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL	Sim	<p>comparação internacional, os nados-mortos são definidos como mortes fetais do terceiro trimestre (mais ou igual a 1000g, ou mais ou igual a 28 semanas).</p> <p>A taxa de mortalidade neonatal refere-se ao número de mortes de neonatos (recém-nascidos) que ocorrem entre o nascimento e os primeiros 28 dias de vida completos. É medido como o número de mortes nos primeiros 28 dias de vida por cada 1.000 nascimentos vivos num determinado ano ou período. Um nado-vivo refere-se a qualquer bebé que nasce e que mostra sinais de vida à nascença.</p>
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	Não	<p>A <b>taxa de mortalidade infantil</b> é a probabilidade de uma criança morrer entre o momento do nascimento e exactamente um ano de idade em determinado ano ou período; é expressa por cada 1.000 nados-vivos nesse mesmo ano ou período. Um nado-vivo refere-se a qualquer bebé que mostre sinais de vida à nascença.</p>
TAXA DE MORTALIDADE DE CRIANÇAS ABAIXO DOS CINCO ANOS	Sim	<p>A taxa de mortalidade de menores de cinco anos é a probabilidade de uma criança morrer antes de atingir a idade de cinco anos; é expressa por 1.000 nados-vivos e está sujeita às actuais taxas de mortalidade por idade específica. Um nado-vivo refere-se a qualquer bebé que mostre sinais de vida à nascença.</p>
COBERTURA DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS: 4+ VISITAS	Sim	<p><b>Percentagem de mulheres grávidas que tiveram pelo menos 4 visitas de cuidados pré-natais (ANC):</b></p> <p>A cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos quatro visitas) é a percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos com um nascimento vivo num determinado período de tempo que receberam cuidados pré-natais quatro ou mais vezes. Os dados de inquérito disponíveis sobre este indicador geralmente não especificam o tipo de prestador; por conseguinte, em geral, a recepção de cuidados por qualquer prestador é medida.</p>
COBERTURA DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS: 4+ VISITAS	Sim	<p><b>Percentagem de mulheres grávidas que tiveram pelo menos 8 visitas de cuidados pré-natais (ANC):</b></p>

	<p>A cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos 8 contactos) é a percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos com um nascimento vivo num determinado período de tempo que receberam cuidados pré-natais oito ou mais vezes. Os dados de inquérito disponíveis sobre este indicador geralmente não especificam o tipo de prestador; por conseguinte, em geral, a recepção de cuidados por qualquer prestador é medida.</p> <p>Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou um novo modelo de 8 contactos ANC (anteriormente 4 visitas ANC) durante a gravidez de uma mulher para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência da mulher em matéria de cuidados.</p>
<p><b>NASCIMENTOS ASSISTIDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUALIFICADO</b></p>	<p><b>Sim</b></p> <p><b>Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados</b> Este indicador mostra a percentagem de nascimentos que têm lugar na presença de um profissional de saúde qualificado e qualificado para assistir aos nascimentos. A definição de assistente de parto qualificado corresponde a um profissional de saúde acreditado, tal como uma parteira, enfermeira ou médico que possui as competências necessárias para gerir uma gravidez, parto e período pós-parto normais, e que é capaz de identificar, gerir e encaminhar mulheres e recém-nascidos no caso de ocorrência de complicações. Os assistentes de parto tradicionais não estão incluídos.</p>
<p><b>COBERTURA DE CUIDADOS PÓS-PARTO PARA MÃES</b></p>	<p><b>Sim</b></p> <p><b>Percentagem de mulheres entre os 15-49 anos de idade que receberam um exame de saúde no prazo de 2 dias após o parto do seu mais recente nado-vivo nos últimos 2 anos:</b> O pós-parto ou período pós-natal é o período imediatamente após o nascimento até seis semanas após o nascimento. Este indicador refere-se ao número de mulheres no período pós-natal precoce (as primeiras 48 horas após o nascimento) que foram submetidas a um exame de controlo. É medida como a proporção do número total de mulheres entre os 15-49 anos de idade que tiveram um nascimento vivo nos últimos 3-5 anos antes do inquérito, independentemente do local de parto. O número de nascimentos vivos refere-se a qualquer bebé que nasça e mostre sinais de vida fora do útero.</p>

<b>COBERTURA PÓS-NATAL PARA RECÉM-NASCIDOS</b>	Não	<b>Percentagem de recém-nascidos que recebem um exame de saúde no prazo de dois dias após o parto:</b> A cobertura de cuidados pós-natais de recém-nascidos é a percentagem de recém-nascidos (últimos nados-vivos) nos dois anos anteriores que receberam um exame de saúde de um profissional médico no prazo de dois dias após o parto. Um nado-vivo refere-se a qualquer bebé que nasce e mostra sinais de vida fora do útero.
<b>AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA PARA BEBÉS COM MENOS DE 6 MESES</b>	Não	<b>Percentagem de bebés 0–5 meses de idade que receberam apenas leite materno durante o dia anterior:</b> Trata-se da proporção de bebés de 0-5 meses de idade (do nascimento até menos de 6 meses) que são alimentados exclusivamente com leite materno. O indicador inclui bebés de 0-5 meses de idade que receberam gotas de ORS, e minerais, vitaminas e medicamentos em xarope, mas nenhum outro alimento ou água.
<b>COBERTURA DA PRIMEIRA DOSE DE VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO</b>	Sim	<b>Cobertura da primeira dose de vacina contra o sarampo (MCV1):</b> Este é o número de bebés sobreviventes que receberam uma dose de vacina contra o sarampo. A vacina é geralmente administrada em combinação com rubéola (MR) ou com papeira e rubéola (MMR). Na maioria dos horários de imunização, esta é dada a crianças com menos de 1 ano, mas alguns países dão-na a crianças mais velhas. Este indicador é expresso como uma percentagem da população correspondente a meio do ano, num ano específico e num determinado país.
<b>CRESCIMENTO RETARDADO - ALTURA CURTA PARA IDADE INFERIOR A <u>5 ANOS</u></b>	Sim	<b>Proporção de menores de cinco anos que se enquadram a 2 desvios-padrão (moderados e severos) e menos 3 desvios-padrão (severos) em relação à altura média por idade da população de referência:</b> Esta é a percentagem de crianças com menos de cinco anos cujo crescimento em altura é restringido pela falta de nutrição adequada. As crianças menores de cinco anos que são " raquíticas" são as que não atingem a altura mínima na gama saudável para a sua idade e sexo. Inclui a proporção de menores de cinco anos que se enquadram abaixo de 2 desvios-padrão (moderados e severos) e menos 3 desvios-padrão (severos) em relação à altura média por idade dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre as crianças

		com menos de 5 anos de idade. O crescimento retardado pode ser causado por desnutrição crônica ou más condições de saúde a longo prazo.
<b>DESPERDÍCIO - BAIXO PESO PARA ALTURA INFERIOR A 5</b>	Não	Prevalência de desperdício (peso para altura inferior a dois desvios padrão da média dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre as crianças com menos de cinco anos de idade: Esta é a prevalência de desperdício (peso para altura inferior a dois desvios padrão da média dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS)) para crianças com menos de cinco anos de idade. Inclui a proporção de menores de cinco anos que se enquadram abaixo de 2 desvios-padrão (moderados e severos) e menos 3 desvios-padrão (severos) em relação à altura média por idade dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre as crianças com menos de 5 anos de idade.
<b>EXCESSO DE PESO - PESADO PARA ALTURA INFERIOR A 5</b>	Não	<b>Prevalência de excesso de peso (peso para altura superior a dois desvios padrão da média das Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS)) para crianças com menos de cinco anos de idade:</b> Trata-se da prevalência de excesso de peso (peso para altura superior a dois desvios padrão da média das Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS)) para crianças com menos de cinco anos de idade: O excesso de peso infantil refere-se a uma criança que é demasiadamente pesada para a sua altura, resultante da ingestão de energia de alimentos e bebidas que excedem as necessidades energéticas das crianças.
<b>SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>		
<b>CASAMENTO INFANTIL ANTES DOS 15 ANOS DE IDADE</b>	Não	<b>Proporção de mulheres de 20-24 anos de idade que foram casadas ou que estiveram numa união antes dos 15 anos de idade:</b> Este indicador representa a proporção de mulheres com idades entre os 20 e os 24 anos que foram casadas ou que estiveram numa união antes dos 15 anos de idade. Isto inclui tanto uniões informais como formais - ou seja, casamentos. As uniões informais são aquelas em que um casal vive junto há algum tempo, pretende ter uma



		relação duradoura, mas não teve qualquer cerimônia civil ou religiosa formal, também conhecida como coabitação.
<b>CASAMENTO INFANTIL ANTES DOS 18 ANOS DE IDADE</b>	Sim	<b>Proporção de mulheres de 20-24 anos de idade que foram casadas ou que estiveram numa união antes dos 18 anos de idade:</b> Este indicador representa a proporção de mulheres com idades entre os 20 e os 24 anos que foram casadas ou que estiveram numa união antes dos 18 anos de idade. Isto inclui tanto uniões informais como formais - ou seja, casamentos. As uniões informais são aquelas em que um casal vive junto há algum tempo, pretende ter uma relação duradoura, mas não teve qualquer cerimônia civil ou religiosa formal, também conhecida como coabitação.
<b>MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA</b>	Não	<b>Proporção de raparigas e mulheres entre os 15-49 anos de idade que sofreram mutilação genital feminina:</b> A mutilação genital feminina (MGF) é definida pela OMS como "todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou outras lesões aos órgãos genitais femininos por razões não médicas".
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL AOS 18 ANOS - SEXO FEMININO</b>	Não	Proporção de mulheres jovens com idades entre os 18-29 anos que sofreram violência sexual aos 18 anos de idade: Trata-se da percentagem de mulheres jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos que sofreram violência sexual até aos 18 anos de idade.
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL AOS 18 ANOS - <u>SEXO MASCULINO</u></b>	Não	<b>Proporção de jovens do sexo masculino com idades entre os 18-29 anos que sofreram violência sexual aos 18 anos de idade:</b> Trata-se da percentagem de jovens do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos que sofreram violência sexual até aos 18 anos de idade.
<b>GRAVIDEZ MUITO PRECOCE COM MENOS DE 16 ANOS DE IDADE</b>	Sim	Trata-se da percentagem de mulheres de 20 a 24 anos de idade que deram à luz antes dos 16 anos de idade.
<b>TAXA DE GRAVIDEZ POR</b>	Sim	Este indicador representa o número de bebés nascidos por ano de raparigas e mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos. Este é o número

<b>ADOLESCENTES COM IDADES COMPREENDIDAS ENTRE 15 E 19 ANOS</b>		<p>esperado de raparigas e mulheres que ficarão grávidas entre os 15 e 19 anos de idade todos os anos em cada 1.000 mulheres e raparigas dessa faixa etária. Este indicador é igualmente referido como a taxa de fertilidade específica da idade.</p>
<b>COBERTURA DA VACINA CONTRA HPV</b>	<p>Para consideração</p>	<p><b>Proporção de raparigas vacinadas com 2 doses de vacina contra o HPV até aos 15 anos de idade</b> A cobertura da vacina HPV é a proporção de raparigas vacinadas com 2 doses de vacina HPV até aos 15 anos de idade (os meta-dados actualmente em desenvolvimento estarão disponíveis no início de 2020).</p> <p><i>[UNICEF espera ter estimativas HPV produzidas antes do final de 2019. (M.S. Diallo, UNICEF), para alinhar especificamente com MPoA: Proporção de raparigas vacinadas com 2 doses de vacina contra o HPV até aos 15 anos de idade.</i></p>
<b>TAXA DE PREVALÊNCIA DE CONTRACEPTIVOS, MÉTODOS MODERNOS</b>	<p>Não</p>	<p><b>Taxa de prevalência da contracepção, métodos modernos (% de mulheres com idades compreendidas entre 15-49 anos)</b> A prevalência da contracepção é a percentagem de mulheres que actualmente utilizam, ou cujo parceiro sexual está actualmente a utilizar, pelo menos um método de contracepção, independentemente do método utilizado. É geralmente notificada para mulheres casadas ou em união de facto com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos.</p>
<b>PROCURA SATISFEITA PARA OS CONTRACEPTIVOS MODERNOS</b>	<p>Sim</p>	<p>A procura satisfeita de contraceptivos modernos é a proporção de raparigas casadas ou numa união (sexualmente activas) e mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos que têm a sua necessidade de planeamento familiar satisfeita com métodos modernos. A procura total de planeamento familiar é a soma do número de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos que são casadas ou estão numa união de facto e que actualmente utilizam, ou cujo parceiro sexual está actualmente a utilizar, pelo menos um método de contracepção, e a necessidade não satisfeita de planeamento familiar</p>



<b>TAXA DE GRAVIDEZ INVOLUNTÁRIA</b>	Para consideração	<b>Taxas de gravidez involuntária por 1.000 mulheres entre os 15-44 anos</b> <i>[OMS e Guttmacher desenvolveram um protocolo para o estimar e testaram-no em todos os dados para o período 1990-2014. O próximo passo é gerar dados nacionais. É isto que está a ser realizado e antecipam a produção de dados no "início de 2020". Este indicador será adicionado quando os dados estiverem disponíveis.]</i>
<b>ACESSO A CUIDADOS, INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM MATÉRIA DE SSR</b>	Não	Acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação Na pendência de discussões e identificação da definição de indicadores e fonte - re SDG 3.6.2: leis e regulamentos em vigor que garantem às mulheres entre 15-49 anos de idade o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva
<b>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO SEXUAL PARA OS JOVENS OU PERCENTAGEM (%) DE ESCOLAS PÚBLICAS QUE OFERECEM EDUCAÇÃO SEXUAL</b>	Não	Existência de uma política, programa ou estratégia nacional de educação sexual para os jovens.  A Mesa do 2 <sup>nd</sup> CTE para a Saúde, População e Controlo de Drogas solicitou a inclusão de um indicador alinhado com o objectivo do MPoA de "melhorar a informação, educação e comunicação sobre SRH" entre os jovens. A Mesa continua a trabalhar com a Comissão da UA para identificar um indicador apropriado.
<b>RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO</b>	Para consideração	<b>Proporção de mulheres de 30-49 anos de idade que relatam ter sido examinadas relativamente ao cancro do colo do útero</b>
<b>CANCROS DO TRACTO REPRODUTIVO</b>	Para consideração	<b>Indicador para rastrear os cancros do tracto reprodutivo a identificar:</b> <i>Actualmente estes dados não são acompanhados - para apreciação pelo CTE e para que o GTT leve diante. [GTT sobre Estatísticas Africanas de Saúde a fim de debater e analisar a criação de um pequeno grupo de trabalho a considerar e desenvolver]</i>



## SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE

<b>CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM DIARREIA QUE RECEBEM ORS</b>	Não	<p><b>Percentagem de crianças com menos de cinco anos com diarreia que receberam sais de reidratação oral (ORS) nas últimas 2 semanas</b></p> <p>Trata-se da percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade (0-59 meses) com diarreia nas últimas duas semanas e que estão a receber sais de reidratação oral (ORS), os quais são fluidos feitos a partir de pacotes de ORS ou fluidos de ORS pré-embalados.</p>
<b>CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM ARI LEVADAS A UM PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>	Não	<p><b>Percentagem de crianças nascidas nos cinco anos anteriores ao inquérito com infecção respiratória aguda levadas para um estabelecimento de saúde</b></p> <p>A procura de pneumonia para crianças menores de 5 anos é a percentagem de crianças nascidas nos cinco anos anteriores ao inquérito com infecção respiratória aguda levadas para um estabelecimento de saúde.</p>
<b>NOVAS INFECÇÕES PELO HIV</b>	Não	<p><b>Incidência do VIH por 1000 habitantes (adultos 15-49 anos)</b></p> <p>Este indicador é definido como o número de novas infecções pelo VIH por 1.000 pessoas entre a população não infectada, entre os 15-49 anos de idade. Este é o número de novos casos por população em risco num determinado período, referido como a taxa de incidência. A população não infectada é a população total menos as pessoas que vivem com VIH.</p>
<b>COBERTURA DO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL</b>	Não	<p><b>Proporção de adultos e crianças que vivem com o VIH a receber tratamento anti-retroviral</b></p> <p>Este indicador refere-se à percentagem de crianças e adultos que recebem actualmente terapia anti-retroviral (TARV) no final do período de referência entre o número de pessoas que vivem com VIH no mesmo período. A Organização Mundial de Saúde recomenda que todas as pessoas que vivem com o VIH recebam tratamento.</p>

<p><b>COBERTURA DA MEDICINA ANTI-RETROVIRAL PARA MULHERES GRÁVIDAS SEROPOSITIVAS</b></p>	<p>Não</p>	<p><b>Percentagem de mulheres grávidas que vivem com VIH e que receberam medicamentos anti-retrovirais para reduzir o risco de transmissão do VIH de mãe para filho</b>          O indicador mede a percentagem de mulheres grávidas vivendo com VIH que receberam medicamentos anti-retrovirais entre o número estimado de mulheres grávidas que vivem com VIH, para reduzir o risco de transmissão do vírus de mãe para filho (PMTCT).</p>
<p><b>UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO</b></p>	<p>Não</p>	<p><b>Proporção de adultos (15-49y) que relatam o uso de preservativos no último sexo de maior risco (com um parceiro não matrimonial, não coabitante)</b>          Este indicador mede a percentagem de pessoas que tiveram relações sexuais com um parceiro com o qual não foram casadas nem conviveram nos últimos 12 meses e que utilizaram um preservativo no seu último encontro em comparação com o número de inquiridos que tiveram um parceiro sexual com o qual não foram casadas nem conviveram nos últimos 12 meses. Este indicador mede o progresso na prevenção da exposição ao VIH através de relações sexuais desprotegidas entre parceiros que não são casados um com o outro ou vivem juntos.</p>
<p><b>NOVAS INFECÇÕES POR TB</b></p>	<p>Não</p>	<p><b>Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes</b>          A incidência da tuberculose (TB) é o número estimado de casos novos e recaídas de TB - especificamente todas as formas de TB, incluindo casos em pessoas que vivem com infecção pelo VIH - que surgem num ano específico, expresso como uma taxa por 100.000 habitantes.</p>
<p><b>NOVAS INFECÇÕES POR MALÁRIA</b></p>	<p>Não</p>	<p><b>Casos de incidentes de paludismo por 1.000 pessoas por ano</b>          Este é o número de novos casos confirmados de malária e notificados todos os anos por cada 1.000 pessoas.</p>

<b>CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS QUE DORMIRAM EM CAMAS COM MOSQUITEIROS</b>	Não	<p><b>Percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade que dormiram em camas com mosquiteiros tratados com insecticida na noite anterior</b></p> <p>Trata-se da percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade (0-59 meses) com diarreia nas últimas duas semanas e que estão a receber sais de reidratação oral (ORS), os quais são fluidos feitos a partir de pacotes de ORS ou fluidos de ORS pré-embalados.</p>
--	-----	---

## DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS



<b>MORTALIDADE POR DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</b>	Não	<p><b>Probabilidade de morrer de qualquer doença cardiovascular, cancro, diabetes ou doença respiratória crónica entre os 30 anos de idade e a idade exacta dos 70 anos (%)</b></p> <p>A taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, cancro, diabetes ou doenças respiratórias crónicas é a probabilidade de morrer entre os 30 e 70 anos de idade de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes ou doenças respiratórias crónicas. É definida como a percentagem de pessoas com 30 anos de idade que morreriam antes do seu 70º aniversário por doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, ou doenças respiratórias crónicas, partindo do princípio de que experimentaríamos taxas de mortalidade actuais em cada idade e não morreriam de qualquer outra causa de morte, tais como lesões ou VIH/SIDA. De probabilidade de morrer considera-se a possibilidade de um indivíduo morrer entre as duas idades, dadas as taxas de mortalidade actuais em cada uma delas.</p>
<b>TAXA DE MORTALIDADE DE SUICÍDIOS</b>	Não	<p><b>Taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes)</b></p> <p>A taxa de mortalidade por suicídio é definida como o número de mortes suicidas num ano, dividido pela população e multiplicado por 100.000.</p>
<b>CONSUMO ACTUAL DE TABACO ENTRE PESSOAS DO SEXO FEMININO COM OU</b>	Não	<p><b>Prevalência normalizada do consumo actual de tabaco entre as pessoas do sexo feminino com ou acima dos 15 anos de idade</b></p> <p>A prevalência padronizada por idades do actual consumo de tabaco entre pessoas do sexo feminino com 15 anos ou mais é definida como a percentagem</p>


<b>ACIMA DOS 15 ANOS DE IDADE</b>		da população feminina com 15 anos ou mais que utiliza actualmente qualquer produto do tabaco, quer fume ou não, numa base diária ou ocasional. O "Tabagismo" inclui cigarros, charutos, cachimbos ou quaisquer outros produtos do tabaco fumado.
<b>CONSUMO ACTUAL DE TABACO ENTRE PESSOAS DO SEXO MASCULINO COM OU ACIMA DOS 15 ANOS DE IDADE</b>	Não	Conforme acima indicado para pessoas do sexo masculino
<b>USO NOCIVO DE ÁLCOOL PARA PESSOAS COM E ACIMA DOS 15 ANOS DE IDADE</b>	Não	<b>Consumo nocivo de álcool, definido de acordo com o contexto nacional como o consumo per capita de álcool (para pessoas com 15 anos ou mais) dentro de um ano civil, em litros de álcool puro</b> O consumo total de álcool per capita (APC) é definido como a quantidade total (soma da média registada do APC trienal e da quantidade não registada do APC) de álcool consumido por adulto (15 anos ou mais) durante um ano civil, em litros de álcool puro.

## FINANCIAMENTO DA SAÚDE



<b>DESPEAS EXTERNAS DE SAÚDE COMO % DAS DESPEAS CORRENTES DE SAÚDE</b>	Não	<b>Despesas de saúde externa (EXT) como % das despesas de saúde correntes (CHE)</b> Esta é a parte da despesa global corrente com a saúde que é financiada através de subsídios externos que passam pelos serviços governamentais ou não governamentais.
<b>DESPEAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO % DAS DESPEAS CORRENTES DE SAÚDE</b>	Não	<b>Despesas de Saúde Pública Geral Interna (GGHE-D) como % das Despesas Correntes de Saúde (CHE)</b> Esta é a parte da despesa global corrente em saúde que é gasta pelo governo, excluindo os serviços que são financiados por subsídios externos, mesmo quando são canalizados através do governo.

<b>DESPESAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO % DESPESAS GERAIS DO GOVERNO</b>	Sim	<b>Despesas Domésticas Gerais do Governo para a Saúde (GGHE-D) como % das Despesas Gerais do Estado (GGE)</b> Isto indica a parte do orçamento total do governo que é atribuída ao sector da saúde, excluindo despesas de capital e serviços que são financiados por subsídios externos, mesmo quando são canalizados através do governo.
<b>DESPESAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE COMO % DO PIB</b>	Não	<b>Despesas de Saúde Pública Geral Doméstica (GGHE-D) como % do Produto Interno Bruto (PIB)</b> Isto descreve as despesas públicas com a saúde como uma percentagem da economia medida pelo PIB (excluindo subsídios externos e despesas de capital).
<b>DESPESA ACTUAL DO GOVERNO NACIONAL PER CAPITA</b>	Não	<b>Despesa de saúde pública doméstica (GGHE-D) per capita em paridade de poder de compra em dólares internacionais</b> Isto indica o quanto é gasto pelo governo em saúde por pessoa num país (excluindo subsídios externos e despesas de capital). Para permitir uma comparação justa entre países, os montantes são padronizados e convertidos numa moeda nacional, o dólar internacional, para ter em conta os diferentes custos dos serviços nos diferentes países.
<b>DESPESA DE SAÚDE EXTRA-ORÇAMENTAL COMO % DESPESA DE SAÚDE CORRENTE</b>	Não	<b>Despesa extra-orçamental para a saúde como percentagem da despesa corrente com a saúde (OOP % CHE)</b> Este indicador estima quanto as famílias gastam em taxas formais ou informais na altura da utilização dos serviços de saúde, ou como co-pagamentos, quando o seu seguro de saúde ou financiamento governamental não cobre os custos totais dos cuidados. Trata-se de um outro indicador de protecção financeira, que fornece alguma indicação sobre se as famílias têm de adquirir serviços adicionais.
<b>PERCENTAGEM DO ORÇAMENTO NACIONAL DE SAÚDE ATRIBUÍDO À</b>	A ser adicionado futuramente	<b>Percentagem (%) do orçamento nacional de saúde atribuído à saúde reprodutiva [preliminar]</b> Esta é a percentagem das despesas governamentais em saúde dedicada à saúde reprodutiva (abrangendo condições maternas, condições perinatais, gestão contraceptiva - planeamento familiar - e condições de saúde reprodutiva

<b>SAÚDE REPRODUTIVA</b>			não especificadas). Exclui os serviços de saúde reprodutiva que são financiados por parceiros de desenvolvimento, mesmo quando canalizados através do governo.
<b>DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS</b>			
<b>DENSIDADE MÉDICOS</b>	<b>DE</b>	Sim	<b>Densidade de médicos por 10.000 habitantes</b> Este é o número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes de uma determinada área nacional. A densidade de médicos é definida como o número de médicos incluindo generalistas e médicos especialistas por cada 10.000 habitantes de uma determinada área nacional.
<b>DENSIDADE ENFERMEIRAS PARTEIRAS</b>	<b>DE E</b>	Sim	<b>Densidade de enfermeiras e parteiras por 10.000 habitantes</b> Trata-se do número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes de uma determinada área nacional. A densidade de pessoal de enfermagem e parteira é definida como o número de pessoal de enfermagem e parteira por cada 10.000 habitantes na área nacional em questão.
<b>DENSIDADE PESSOAL FARMACÊUTICO</b>	<b>DO</b>	Sim	<b>Densidade de pessoal farmacêutico por 10.000 habitantes</b> Trata-se do número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes de uma determinada área nacional. A densidade de pessoal farmacêutico é definida como o número de farmacologistas, técnicos/assistentes farmacêuticos e pessoal de ocupação relacionado, por 10.000 habitantes, na área nacional em questão.
<b>OBSTÉTRAS QUALIFICADOS NÚMERO TOTAL</b>	<b>-</b>	Sim	<b>Número de obstetras qualificados e licenciados que trabalham activamente</b> Trata-se de uma contagem do número total de médicos obstetras licenciados e qualificados.
<b>REGISTRO NASCIMENTO</b>	<b>DE</b>	Sim	<b>Proporção de crianças com menos de cinco anos de idade cujos nascimentos foram registados numa autoridade civil</b> Isto corresponde à proporção de crianças com menos de cinco anos de idade cujos nascimentos foram registados junto de uma autoridade civil.

**REGISTO DE DADOS****Dados de registo de falecimento que estejam pelo menos 75% completos**

O registo das mortes no sistema de registo civil que ocorreu aos membros da população de um determinado país em que 75% das mortes dispõe um registo vital.

**UM MÍNIMO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE ÁGUA POTÁVEL****Proporção da população que utiliza serviços de água potável básicos ou geridos com segurança**

Os serviços de água potável referem-se à acessibilidade, disponibilidade e qualidade da principal fonte utilizada pelas famílias para beber, cozinhar, para a higiene pessoal e outros usos domésticos. O mínimo de "água potável básica" é a proporção de uma população que utiliza um "serviço básico de água potável" (fonte melhorada, desde que o tempo de recolha não seja superior a 30 minutos para uma viagem de ida e volta incluindo fila de espera) ou um "serviço de água potável gerido com segurança" (fonte de água melhorada localizada nas instalações, disponível quando necessário e livre de contaminação fecal e química prioritária). As instalações melhoradas incluem água canalizada, furos ou poços tubulares, poços cavados protegidos, nascentes protegidas, água da chuva e água engarrafada ou fornecida.

**UM MÍNIMO DE SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO****Proporção da população que utiliza serviços de saneamento geridos com segurança, incluindo uma instalação de lavagem das mãos com água e sabão**

Os serviços de saneamento referem-se aos sistemas utilizados para separar os excrementos humanos do contacto humano em todas as etapas da cadeia de serviços, desde a captação e contenção dos sanitários até ao esvaziamento, transporte, tratamento (in-situ ou fora do local) e eliminação final ou utilização final. Pelo menos "serviços de saneamento básico" é a proporção de uma população que utiliza um "serviço de saneamento básico" (instalações melhoradas não partilhadas com outros agregados familiares) ou um "serviço de saneamento gerido com segurança" (instalações melhoradas não partilhadas com outros agregados familiares e onde os excrementos são eliminados com segurança in situ ou tratados fora do local). As instalações 'melhoradas' incluem descarga ou despejo para sistemas de esgotos canalizados, fossas sépticas ou



		latrinas de fossa; latrinas de fossa ventiladas melhoradas, sanitários de compostagem ou latrinas de fossa com lajes.
<b>DEFECAÇÃO A CÉU ABERTO</b>		<b>Proporção da população que pratica a defecação a céu aberto</b> Esta é a proporção da população que pratica a defecação a céu aberto. A defecação a céu aberto é definida como a eliminação de fezes humanas em campos, florestas, arbustos, corpos abertos de água, praias ou outros espaços abertos, ou com resíduos sólidos.
<b>INSTALAÇÕES DE SAÚDE QUE PRESTAM SERVIÇOS INTEGRADOS DE SRH</b>	Sim	<b>Proporção de estabelecimentos de saúde que prestam serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva</b> Os serviços integrados medem a proporção de instalações de saúde que fornecem serviços pós-parto, pós-aborto e/ou HIV que também fornecem aos clientes que utilizam esses serviços informações e cuidados contraceptivos. Fonte: A confirmar. Actualmente, o indicador baseia-se num indicador aspiracional definido pelo The Guttmacher Institute: <a href="https://www.guttmacher.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-indicators-sdgs">https://www.guttmacher.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-indicators-sdgs</a>
<b>MORTES MATERNAS REVISTAS</b>	A ser considerado	<b>A proporção de mortes maternas revistas no país no último ano</b> Isto indica o número de mortes maternas analisadas no país no último ano como uma proporção do número total das mortes maternas estimadas no mesmo. Isto dá uma indicação sobre o estado de implementação dos sistemas de Vigilância e Resposta à Morte Materna. (fonte de dados: <i>Estimativas MMEIG de mortes maternas, novas estimativas a serem publicadas em Julho de 2019</i> )
<b>EXISTÊNCIA DE UMA POLÍTICA NACIONAL EM MATÉRIA DE CANCRO REPRODUTIVO</b>	Não	A existência de uma política nacional em matéria de cancro reprodutivo <i>Solicitado pela Mesa; Indicador a ser debatido, definido e fonte de dados identificada pelo GTT</i>

<b>IMPLEMENTAÇÃO DO QUADRO DE AMRH</b>	<b>Implementação da Iniciativa Africana de Harmonização Regulamentar dos Medicamentos (AMRH)</b> Através da Harmonização da Regulamentação de Medicamentos em África (AMRH), as comunidades e organizações económicas regionais são apoiadas para desenvolver e implementar projectos de Harmonização da Regulamentação de Medicamentos (MRH) que permitem aos Estados-Membros harmonizar requisitos e normas técnicas, avaliar conjuntamente aplicações e inspeccionar locais de fabrico, e racionalizar os processos de tomada de decisão.
--	---