



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC54/11 Rev.1

18 de Junho de 2004

Quinquagésima-quarta sessão

Brazzaville, Congo, 30 de Agosto - 3 de Setembro de 2004

ORIGINAL : INGLÊS

Ponto 9.1 da ordem do dia provisória

**REPOSICIONAMENTO DO PLANEAMENTO FAMILIAR NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE REPRODUTIVA: QUADRO ESTRATÉGICO PARA UMA ACÇÃO
ACCELERADA EM 2005–2014**

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. O planeamento familiar, identificado como componente essencial dos cuidados primários de saúde na Declaração de Alma-Ata e da saúde reprodutiva na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, tem um importante papel na redução da morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos. Contribui para a prossecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG) e dos objectivos da Política de Saúde para Todos.
2. Em África, a implementação dos serviços de planeamento familiar enfrenta desafios como a pobreza, mau acesso aos serviços e métodos de planeamento familiar, situações de conflito, coordenação inadequada dos programas e redução no financiamento dos doadores. Crenças tradicionais favoráveis a uma elevada fertilidade, barreiras religiosas e falta de adesão da população masculina têm comprometido as intervenções de planeamento familiar. Este tem recebido pouca atenção a nível individual, social e político, devido a outras prioridades com as quais compete. Daí resultaram baixas taxas de utilização de métodos contraceptivos entre as mulheres sexualmente activas, elevadas taxas gerais de fecundidade e grandes necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar.
3. Este quadro estratégico tem como objectivo fornecer orientações sobre o modo de revitalizar a componente de planeamento familiar nos programas nacionais de saúde reprodutiva, por forma a garantir uma abordagem mais abrangente para a melhoria da saúde materna e infantil, no contexto das Metas de Desenvolvimento do Milénio.
4. Nos próximos dez anos, uma das principais intervenções será advogar a favor da integração do planeamento familiar na agenda de todos os sectores e de um melhor acesso aos serviços, em todos os níveis. Entre as outras intervenções, contam-se o reforço da capacidade nacional para formular programas sustentáveis, o reforço da participação comunitária, a satisfação das necessidades das populações vulneráveis em matéria de planeamento familiar e a investigação operacional.

5. Um reposicionamento efectivo do planeamento familiar, através de uma melhor integração nos serviços de saúde reprodutiva, em todos os níveis operacionais, exigirá decisões políticas por parte dos Estados-Membros, bem como esforços concertados de governos, OMS e parceiros.

6. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove este quadro estratégico para acção acelerada em dez anos.

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1–5
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	6–14
DESAFIOS	15–17
OPORTUNIDADES	18–23
OBJECTIVOS	24–25
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	26
PROGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO	27–32
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	33–36
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	37–40
CONCLUSÃO	41–45

INTRODUÇÃO

1. Na África Subsariana, a taxa de utilização de métodos contraceptivos (CPR), situada nos 13%¹, entre as mulheres casadas, é considerada muito baixa, a taxa geral de fecundidade (TFR) é de 5,5 e o risco de morte materna é de 1 por 16; estes factos contrastam desfavoravelmente com os dos países desenvolvidos, onde a taxa de utilização de contraceptivos é elevada, a taxa geral de fecundidade baixou para 1,6 e o risco de morte materna é de 1 por 2.800². As Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG) reclamam a redução de três quartos na mortalidade materna e de dois terços na mortalidade infantil, entre 1990 e 2015. Para que esses objectivos sejam alcançados, são essenciais serviços eficazes de planeamento familiar (PF).

2. Desde os meados da década de 80, muitos países formularam programas nacionais de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar. Apesar disso, os dados disponíveis revelam ainda muitas necessidades insatisfeitas a nível do planeamento familiar. Na África Subsariana, mais de 120 milhões de mulheres ainda não vêem satisfeitas as suas carências em planeamento familiar e 350 milhões não têm acesso a uma gama completa de métodos contraceptivos.³ Trata-se, na sua maioria, de populações pobres e de adolescentes que correm grandes riscos de gravidez indesejada, HIV/IST (infecções sexualmente transmissíveis) e outros problemas de saúde reprodutiva. Um dos maiores desafios que a Região Africana enfrenta consiste em dar resposta a essas carências e lutar contra o elevado fardo das doenças a elas associadas.

3. A Declaração de Alma-Ata (1978) identificou o planeamento familiar como uma componente essencial dos cuidados primários de saúde (PHC), no contexto da Política de Saúde para Todos. Em 1997, o Comité Regional Africano da OMS aprovou a resolução *Saúde Reprodutiva: Estratégia para a Região Africana* (documento AFR/RC47/8), que reconhece a importância vital do planeamento familiar para a obtenção de um estado óptimo de saúde reprodutiva e para o bem-estar em geral. Em 2003, o Comité Regional aprovou a resolução *Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana* (documento AFR/RC53/11), a qual identifica o planeamento familiar como uma intervenção que melhora a qualidade de vida das mulheres. Os Ministros da Saúde referem que gravidezes precoces, repetidas e frequentes afectam negativamente o estado nutricional das mulheres, contribuindo para exaustão física, susceptibilidade a infecções e envelhecimento precoce. Sublinharam a necessidade de abordar o planeamento familiar, em especial o espaçamento dos partos, como forma de melhorar a qualidade de vida das mulheres africanas.

4. Uma implementação efectiva dos serviços de planeamento familiar e dos programas de saúde reprodutiva representa, na África Subsariana, um formidável desafio, presentemente agravado pela pandemia do HIV/SIDA. A necessidade de dar resposta ao agravamento da situação do HIV/SIDA representa uma oportunidade de reforço dos recursos financeiros, humanos e administrativos para os programas de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar.

¹ UNFPA, State of the world population 2002, New York, United Nations Population Fund, 2002.

² WHO, UNICEF and UNFPA, Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, Geneva, World Health Organization (<http://www.Reliefweb.int>, 20 October 2003, accessed 18 June 2004)

³ UN, 2001 World population prospects: The 2000 revision, New York, United Nation Population Division, 2001.

5. Neste contexto, o Escritório Regional Africano da OMS elaborou este quadro estratégico, para orientar os gestores dos programas no reforço e organização de serviços orientados para o planeamento familiar e na mobilização de recursos que garantam a sua sustentabilidade.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

6. Nos seis anos após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), em 1994, os 1,3 mil milhões de mulheres no mundo em idade fértil tiveram mais de 1,2 mil milhões de gravidezes, 25% das quais não foram intencionais. Destas gravidezes indesejadas resultou a morte de cerca de 700.000 mulheres. A maioria (mais de 400.000) morreram devido a complicações de abortos de risco⁴

7. Na África Subsariana, onde vivem apenas 10% das mulheres do mundo, ocorrem anualmente 12 milhões de gravidezes indesejadas ou não planeadas⁵ e 40% de todos os óbitos relacionados com a gravidez, a nível mundial.⁶ Setenta por cento das complicações devidas ao aborto ocorrem em mulheres com idade inferior a 20 anos, em consequência de gravidezes indesejadas ou não planeadas.⁷

8. A diminuição das gravidezes indesejadas reduz significativamente o número de óbitos maternos. Estudos sobre a mortalidade materna e infantil revelam que intervalos longos entre os partos reduzem a mortalidade materna e melhoram o estado nutricional. Uma criança com idade inferior a cinco anos tem o dobro das probabilidades de sobreviver e de ser mais bem nutrida se o nascimento anterior tiver ocorrido entre dois a cinco anos antes.⁸

9. Nas décadas de 80 e 90, os serviços de planeamento familiar eram sobretudo implementados como projectos verticais orientados pelos doadores, e não como parte integrante de um programa nacional e abrangente de saúde reprodutiva. Os governos raramente intervinham. Reduzido o apoio dos doadores e tendo de competir com muitas outras prioridades, os serviços de planeamento familiar não receberam dotações orçamentais adequadas por parte dos governos. Consequentemente, o abastecimento irregular de contraceptivos modernos comprometeu a segurança contraceptiva, ou seja, o facto de se garantir o abastecimento e opções de escolha de métodos contraceptivos de qualidade, no momento e no local certos.

10. Uma coordenação deficiente dos parceiros para o planeamento familiar estimulou a proliferação de projectos em escala reduzida. Por isso, não se verificou o esperado impacto sobre a saúde e a sobrevivência materna e infantil.

⁴ Daulaire N et al., Promises to keep: The toll of unintended pregnancies in women's lives in the developing world, Washington, DC, Global Health Council, 2002

⁵ AGI, Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide, New York, Alan Guttmacher Institute, 1999, p. 51.

⁶ Lim AT, Satia J, Reproductive health issue in sub-Saharan Africa, *Innovations*, 6:1-25, 1998.

⁷ WHO, Unsafe abortion: Global and regional estimate of incidence of mortality, third ed., Geneva. World Health Organization, WHO/RHT/MSM/97.16.1997

⁸ Setty-Venugopal V, Upadhyay UD, Birth spacing: Three to five saves lives, Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2002.

11. Em muitos países, a qualidade dos cuidados de saúde é inadequada. O sistema de saúde continua débil e incapaz de responder às carências sanitárias devido à falta de prestadores de cuidados de saúde qualificados; à falta de equipamento, medicamentos e consumíveis; e a um sistema de referência ineficaz. O pessoal qualificado, onde se incluem as parteiras, sofre de elevadas taxas de desgaste e existe falta de capacidade institucional e humana para gerir os serviços de planeamento familiar, incluindo a logística dos contraceptivos. Estudos mostram que cuidados de saúde inadequados contribuem para uma descontinuidade na utilização dos métodos contraceptivos.

12. Ao longo dos anos, a diminuição da importância atribuída aos valores tradicionais e culturais, onde se incluem os métodos tradicionais de planeamento familiar, teve como consequência as gravidezes precoces, frequentes e numerosas.

13. Apesar de graves falhas na prestação e na qualidade dos serviços, alguns países elaboraram políticas e programas abrangentes de saúde reprodutiva. Isso veio facilitar a prestação de serviços integrados de saúde reprodutiva, onde se inclui o planeamento familiar. Este constituiu também o ponto de entrada para a integração dos serviços de saúde reprodutiva e de prevenção e controlo do HIV/SIDA/IST.

14. Muitos países adaptaram as abordagens da OMS para o planeamento familiar, bem como as orientações gerais e os módulos de formação para criar ou reforçar programas. A abordagem estratégica da OMS⁹ possibilitou a pelo menos 11 países da Região Africana uma melhoria na qualidade dos seus serviços de planeamento familiar. Consequentemente, alguns países alcançaram uma taxa de utilização de métodos contraceptivos acima dos 50% para as mulheres casadas.

DESAFIOS

15. Os sistemas de saúde colocam um desafio aos programas de planeamento familiar. O acesso aos métodos de planeamento familiar continua a ser fraco. A venda e distribuição de contraceptivos tem-se limitado sobretudo aos profissionais de medicina nas unidades de saúde. Embora sejam muitas vezes disponibilizados por fornecedores privados com fins lucrativos, são demasiado dispendiosos para a maioria dos utilizadores. A falta de serviços amigos do utente, para adolescentes sexualmente activos e casados, tem sido um factor de constrangimento no acesso aos serviços. A crise derivada dos conflitos sociais e armados na Região Africana vêm obrigando muitas pessoas a deslocar-se e a viver em locais onde os serviços sociais são mínimos, foram destruídos ou não existem. É frequente não haver instituições sanitárias nem sistemas de governação em funcionamento, e não haver acesso a serviços de planeamento familiar.

16. As crenças culturais e as barreiras religiosas influenciam os programas de planeamento familiar. Muitas vezes, os homens são esquecidos nas intervenções de planeamento familiar, embora representem cerca de 50% da população mundial.¹⁰ Na sua qualidade de dirigentes comunitários, decisores políticos, peritos técnicos, médicos

⁹ WHO, Making decisions about contraceptive introduction: A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care, Geneva, World Health Organisation, WHO/RHR/02.11, 2002.

¹⁰ Planned Parenthood Association of Sierra Leone, Male involvement in sexual and reproductive health and family planning, Innovations, 6: 83–96, 1998.

e maridos, são essenciais para a tomada de decisões quanto ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva e aos métodos de planeamento familiar. No continente africano, as barreiras religiosas e as crenças culturais favorecem muitas vezes uma fertilidade elevada, originando conceitos errados que impedem homens e mulheres de utilizarem métodos específicos e impedem os prestadores de cuidados de sugerirem a escolha de determinados métodos.

17. A coordenação inadequada, entre muitos programas de saúde a nível dos países, resulta em duplicações, uso deficiente dos recursos e oportunidades perdidas. Não há colaboração nos processos de aquisição e distribuição de artigos destinados aos programas de planeamento familiar e aos de HIV/SIDA e IST, como é o caso dos preservativos.

OPORTUNIDADES

18. As políticas e programas nacionais de saúde reprodutiva existentes e apoiados por parcerias a nível internacional e regional, propiciam um contexto favorável para a implementação das actividades de planeamento familiar. Por forma a reforçar as capacidades, estão também disponíveis materiais de formação e documentos de referência sobre os benefícios do espaçamento dos partos e dos métodos contraceptivos. Em muitos países, as reformas em curso no sector da saúde, incluindo as abordagens de âmbito sectorial, possibilitam a integração do planeamento familiar nos planos nacionais para o desenvolvimento, enquanto componente dos programas de saúde reprodutiva, no contexto de uma abordagem multisectorial.

19. Há que tirar os máximos benefícios do renovado interesse que os parceiros internacionais para o desenvolvimento e os doadores estão a manifestar pelo planeamento familiar, enquanto meio para melhorar a saúde e a sobrevivência materna e infantil e para concretizar as metas de desenvolvimento do milénio.

20. Os serviços de aconselhamento e testes voluntários (VCT) para o HIV/SIDA podem facilitar o acesso ao planeamento familiar, já que são complementares. O planeamento familiar propicia uma oportunidade de reforço do aconselhamento e testes voluntários e estes, por sua vez, conduzem ao planeamento familiar, ao sublinharem o duplo papel protector dos preservativos, que evitam tanto a gravidez como a infecção por HIV.

21. O programa de saúde materna e dos recém-nascidos da OMS, cujo objectivo é de reforçar os sistemas de saúde, para a melhoria dos serviços prestados às mães e aos recém-nascidos, constitui uma grande oportunidade para intensificar os serviços de planeamento familiar, sobretudo nas clínicas pré e pós-natais.

22. O local de trabalho é ideal para oferecer serviços de planeamento familiar tanto a homens como a mulheres, mas não tem sido plenamente aproveitado.

23. A promoção do aleitamento materno exclusivo, como estratégia para a sobrevivência da criança, constitui uma porta de entrada para a promoção dos métodos tradicionais de planeamento familiar e de espaçamento dos partos.

OBJECTIVOS

24. O objectivo deste quadro estratégico é fornecer orientações aos Estados-Membros sobre o modo como revitalizar a componente de planeamento familiar nos programas nacionais de saúde reprodutiva, por forma a assegurar uma abordagem mais abrangente para a melhoria da saúde materna e infantil, no contexto das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

25. Para os Estados-Membros, os objectivos específicos são os seguintes:

- a) Advogar a favor de serviços de planeamento familiar com qualidade, junto de todas as camadas da população.
- b) Reforçar as capacidades com vista a melhores serviços de planeamento familiar.
- c) Melhorar o acesso e a utilização dos serviços de planeamento familiar de qualidade, a todos os níveis.
- d) Mobilizar recursos para os serviços de planeamento familiar.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

26. A implementação acelerada nos países de serviços eficientes e eficazes de planeamento familiar, no âmbito da saúde reprodutiva, obedecerá aos seguintes princípios:

- a) *Disponibilidade, acessibilidade e preço comportável* dos serviços de planeamento familiar, com qualidade: em conformidade com as prioridades nacionais e capazes de dar resposta às necessidades específicas, mesmo em locais com insuficiência de recursos.
- b) *Equidade entre os géneros*: melhorar o acesso a serviços de qualidade e intensificar a responsabilização em todos os níveis; envolver todos os grupos populacionais relevantes no planeamento e implementação das intervenções de planeamento familiar; oferecer métodos contraceptivos para homens e para mulheres.
- c) *Administração-geral*: garantir que os países assumam e se responsabilizem pela oferta de serviços, apesar das mutações na situação epidemiológica e económica.
- d) *Sustentabilidade*: garantir uma dotação de recursos otimizada e reforçar a capacidade de gestão, como pré-requisitos essenciais à segurança contraceptiva.
- e) *Abordagens multissetoriais*: reforço das relações entre a saúde e os outros sectores e aproveitamento das vantagens comparativas dos intervenientes na prestação de serviços de planeamento familiar, de modo a utilizar todas as vias e oportunidades para responder às necessidades existentes.
- f) *Parcerias*: garantir a coordenação e colaboração em todos os níveis, dentro e fora do sector da saúde, para evitar duplicações e maximizar os recursos.

- g) *Participação da população masculina*: consciencializar rapazes, jovens e adultos nos lares, comunidades, locais de trabalho e centros recreativos, através de informação sobre questões de saúde reprodutiva.

PROGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO

27. *A Advocacia* deverá ser promovida a nível individual, familiar, comunitário e junto dos decisores políticos, com base em evidências sobre a boa relação custo-eficácia do planeamento familiar, e os benefícios deste para a saúde materna e infantil e para o desenvolvimento nacional. Os ministérios da saúde deverão recorrer a instrumentos apropriados para advogar a favor do planeamento familiar junto do governo e dos ministérios relevantes para preparar mensagens que respondam às necessidades das populações, incluindo a garantia da sua fertilidade no futuro. A este respeito, a educação das meninas é fundamental para o desenvolvimento e a diminuição da pobreza, e constituem factores importantes para a utilização dos serviços de saúde, incluindo o planeamento familiar e o espaçamento dos partos. O planeamento familiar deve estar incluído na política nacional de saúde reprodutiva, devendo ser discutido no contexto do Quadro das Nações Unidas de Apoio ao Desenvolvimento (UNDAF), dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP), dos planos de investimento da Comissão de Macroeconomia e Saúde e das abordagens de âmbito sectorial (SWAP). Além disso, deve ser abordado a nível de recursos, em colaboração com o Banco Mundial, a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) e outros parceiros para o desenvolvimento. Tanto o governo como os parceiros deverão destinar dotações específicas aos serviços e métodos de planeamento familiar. Há que explorar e implementar modos inovadores de mobilização e desembolso dos recursos financeiros, especialmente nos níveis operacionais.

28. *Melhorar o acesso* a serviços de planeamento familiar com qualidade e a vários métodos contraceptivos modernos regularmente disponíveis, exige o alargamento dos locais de fornecimento de tais serviços e métodos às unidades de cuidados pré e pós-natais, centros de aconselhamento e testes voluntários, postos de vacinação, centros de saúde infantil, farmácias, laboratórios, mercados, locais de trabalho e outros locais de natureza comunitária. Devem-se explorar estratégias de promoção social e a sub-contratação de serviços ao sector privado. É importante uma logística eficaz dos métodos contraceptivos, com sistemas de aquisição, fabrico local, armazenagem e distribuição. Sob o patrocínio da NEPAD, podem-se explorar parcerias regionais para o fabrico de preservativos e a aquisição de contraceptivos ao melhor preço. Gestores competentes, uma infra-estrutura fiável e mecanismos eficazes de monitorização, são os factores-chave para garantir a acessibilidade.

29. *Reforçar as capacidades* para um melhor serviço de planeamento familiar exige o reforço da capacidade institucional, incluindo a manutenção e reabilitação de infra-estruturas e equipamento, e também a formação inicial e em serviço dos prestadores de cuidados. Isso implica a actualização dos *curricula*, para que integrem a saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, HIV/SIDA e IST. Cada país deverá criar os seus mecanismos apropriados de retenção e motivação, sobretudo dos prestadores de base comunitária.

30. *O reforço da participação comunitária*, envolvendo importantes dirigentes comunitários e religiosos e a população masculina, nas estratégias de educação e de

comunicação para o planeamento familiar, aumentará a procura de serviços. Devem-se combater as falsas ideias culturais e religiosas, através da divulgação dos benefícios do planeamento familiar junto de indivíduos e comunidades. Os recursos humanos da comunidade, incluindo as parteiras tradicionais, podem desempenhar um papel importante, divulgando informações, advogando a favor de métodos e distribuindo anticoncepcionais seleccionados. O fornecimento de métodos contraceptivos masculinos e o reforço do papel dos homens na tomada de decisões relativas à contracepção, é fundamental. Deve-se reforçar uma maior utilização de preservativos pelos homens. A informação veiculada nos programas direccionados para os jovens, a educação sobre a vida familiar, o aconselhamento efectuado pelos seus pares e nas clínicas, pode esclarecer os rapazes, jovens e adultos quanto à saúde reprodutiva. A participação dos homens nos programas de luta contra o HIV/SIDA constitui uma oportunidade para envolvê-los na discussão sobre os benefícios do planeamento familiar. Considerando o papel central dos homens para a tomada de decisão nas famílias, deve-se dar maior ênfase ao seu envolvimento e à sua participação no planeamento familiar.

31. *A resposta às necessidades das populações vulneráveis em matéria de planeamento familiar* exige que os países promovam iniciativas humanitárias junto dos jovens, dos deslocados, dos refugiados e outros. Os métodos de planeamento familiar devem ser incluídos na lista de medicamentos essenciais em situações de guerra e de conflito.

32. *A investigação operacional* sobre os obstáculos à prestação de serviços, segurança, acessibilidade e adequabilidade dos métodos contraceptivos e outras questões de implementação, constitui uma parte importante do programa de planeamento familiar. Outras áreas de investigação incluem o financiamento sustentável, a participação dos homens e os métodos tradicionais de planeamento familiar. Os dados provenientes da investigação devem ser usados para orientar as intervenções e melhorar os serviços.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

33. O objectivo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento é apoiar os casais e indivíduos a alcançarem os seus objectivos quanto à reprodução e dar-lhes a oportunidade de exercer o direito de terem filhos por livre opção. A sua meta geral é o acesso universal a uma gama completa de métodos seguros e eficazes de planeamento familiar, no âmbito de cuidados abrangentes de saúde reprodutiva. Até 2005, 60% das unidades de cuidados primários de saúde devem oferecer a mais vasta gama possível de métodos seguros e eficazes de planeamento familiar; esta meta será alargada para 80% até 2010 e para 100% até 2015.

34. Os países deverão ser apoiados na monitorização dos progressos de implementação, recorrendo a indicadores definidos. Deverão também definir metas específicas, tendo em conta a actual taxa geral de fecundidade, a taxa de utilização de métodos contraceptivos, a taxa de crescimento populacional e o número de gravidezes indesejadas. Os sistemas nacionais de informação sanitária e os estudos sobre saúde populacional, são possíveis fontes de dados para monitorizar os progressos realizados.

35. A logística dos métodos contraceptivos deverá merecer mais atenção, através do reforço dos registos a todos os níveis e da garantia de segurança no fornecimento dos contraceptivos nos pontos de distribuição. A auto-avaliação dos prestadores de serviços de

planeamento familiar, usando métodos orientados para o cliente e para a eficácia do prestador, resultarão em melhor qualidade dos serviços prestados ao nível operacional.

36. Os dados de nível comunitário são fundamentais para uma eficaz monitorização do impacto. O desempenho dos prestadores de base comunitária será monitorizado tanto pela comunidade como pelo sistema formal de saúde. Isso é essencial para o controlo da qualidade, da disponibilidade e da acessibilidade dos métodos de planeamento familiar.

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

37. Para que o impacto seja conseguido, é necessária uma política no que respeita ao número de filhos e ao espaçamento dos partos. No âmbito do seu papel de liderança e administração-geral, os países devem rever as suas políticas de saúde reprodutiva, de modo a criarem um contexto favorável à promoção de um programa de saúde reprodutiva integrado e abrangente, no qual o planeamento familiar seja um elemento crucial. Os ministérios da saúde devem assumir um papel de liderança, usando os potenciais benefícios de uma abordagem multisectorial, a todos os níveis da prestação de serviços. Uma clarificação dos papéis de cada sector, com base nas vantagens comparativas nos diferentes níveis, melhorará a coordenação e assegurará sinergias.

38. Os governos são também responsáveis pela celebração de parcerias, coordenação dos intervenientes, mobilização dos recursos, garantia da qualidade, assim como pela monitorização e avaliação. Entre os intervenientes-chave a nível do país, incluem-se: o sector privado; ONG; agências bilaterais; associações profissionais; grupos de mulheres, homens e jovens; organizações de natureza confessional; redes de base comunitária; indivíduos e famílias. O programa de planeamento familiar deve ser incluído nos planos sub-nacionais e nacionais e sub-nacionais de desenvolvimento e nos planos de colaboração com o Banco Mundial, a NEPAD e os blocos económicos regionais.

39. A produção local de preservativos, em associação com a respectiva garantia da qualidade, deve ser explorada e estimulada. Os técnicos de logística do planeamento familiar devem melhorar a gestão dos contraceptivos. Onde possível, deverá haver um coordenador nacional para o planeamento familiar, na Unidade de Saúde Reprodutiva do Ministério da Saúde. Quando não for possível, o pessoal existente na unidade de saúde reprodutiva deverá ter responsabilidades específicas relativamente ao planeamento familiar.

40. A OMS e os parceiros recolherão dados sobre a satisfação dos utentes, o custo, a relação custo-eficácia e os benefícios sócio-económicos do planeamento familiar. Os países receberão apoio para adaptarem e implementarem as orientações e instrumentos existentes, com vista à melhoria das capacidades. Serão desenvolvidas actividades de advocacia e de mobilização de recursos, no contexto da melhoria da saúde materna e dos recém-nascidos. O apoio à melhoria das capacidades no domínio da logística e outras áreas vitais, resultará numa melhor prestação dos serviços.

CONCLUSÃO

41. O planejamento familiar é um dos quatro pilares da maternidade segura. O acesso a serviços de planejamento familiar a preço acessível e de elevada qualidade é uma das mais importantes intervenções para reduzir a morbidade e mortalidade materna, reduzir a pobreza e promover um desenvolvimento sustentável.

42. Caso a Região Africana queira reduzir significativamente a mortalidade materna, os serviços de planejamento familiar, incluindo os métodos contraceptivos e a respectiva logística, o aconselhamento e o financiamento devem ser reposicionados, no âmbito dos programas de saúde reprodutiva dos Estados-Membros.

43. Considerando o papel fundamental desempenhado pelos homens na tomada de decisão das famílias e o impacto que essas decisões têm sobre a saúde das mulheres e das crianças, o seu envolvimento e participação no planejamento familiar é decisivo, devendo por isso ser assegurado.

44. Um intervalo de mais de dois anos entre partos promove a saúde e a sobrevivência da mãe e do filho, constituindo uma das grandes metas de desenvolvimento do milénio e da Política de Saúde para Todos. “Mais de dois anos de espaçamento entre os partos, salva vidas” é uma mensagem clara para o reposicionamento do planejamento familiar.

45. Convida-se o Comité Regional Africano da OMS a analisar e aprovar este quadro estratégico para dez anos.