



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção Nacional de Saúde Pública



ESTRATÉGIA DE PLANEAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO 2011 – 2015 (2020)

Maputo, Agosto de 2010

| | |
|--|-----------|
| <i>PREFÁCIO</i> | 2 |
| <i>LISTA de ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS</i> | 3 |
| <i>DEFINIÇÕES</i> | 4 |
| 1. <i>INTRODUÇÃO</i> | 5 |
| 2. <i>ANÁLISE DA SITUAÇÃO</i> | 6 |
| 2.1 Dados Demográficos e de Saúde | 6 |
| 2.2 Mitos, Crenças e Práticas | 7 |
| 2.3 Provisão de Serviços | 8 |
| 2.4 Mecanismos de Gestão, Coordenação e Financiamento | 9 |
| 3. <i>POR QUÊ REVITALIZAR O PLANEAMENTO FAMILIAR?</i> | 9 |
| 4. <i>DESAFIOS e OPORTUNIDADES</i> | 11 |
| 4.1 Desafios | 11 |
| 4.2 Oportunidades | 11 |
| 5. <i>ESTRATÉGIA do PF</i> | 11 |
| 5.1 Principios Orientadores | 11 |
| 5.2 Metas A implementação da Estratégia de PF pretende alcançar as seguintes metas: | 12 |
| 5.3 Objectivo Geral | 12 |
| 5.4 Objectivos Específicos | 12 |
| 5.5 Pacotes de Serviços | 12 |
| 5.6 Grupo Alvo | 12 |
| 5.7 Principais Intervenções por Objectivo Específico | 13 |
| 5.8 Papéis e Responsabilidades Específicas | 15 |
| 4. <i>PLANO OPERACIONAL</i> | 18 |
| 4.1 Plano Operacional: Actividades, Responsáveis, Recursos e Cronograma | 18 |
| 3.1 Necessidades em Contraceptivos | 23 |
| 3.2 Estimativa dos custos da Estratégia de Planeamento Familiar | 24 |
| 5. <i>MONITORIA, AVALIAÇÃO e PESQUISAS</i> | 25 |
| a. Grelha de Resultados | 26 |
| b. Matriz de Monitoria e Avaliação | 27 |
| 6. <i>ANEXOS</i> | 30 |
| 7. <i>BIBLIOGRAFIA</i> | 32 |
| <i>FICHA TÉCNICA</i> | 33 |

PREFÁCIO

O Planeamento Familiar constitui uma intervenção chave para a melhoria da Saúde da Mulher e da Criança. Uma implementação efectiva do Planeamento Familiar (fundamentalmente com recurso aos métodos anticonceptivos modernos e de longa duração) tem um impacto directo no espaçamento entre os filhos e leva a um impacto importante na redução da morbimortalidade materna.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, foi alcançado um consenso a favor de uma abordagem de desenvolvimento baseada nos direitos reprodutivos e na equidade de género, orientando para que o Planeamento Familiar seja oferecido como parte integrante de um leque de serviços de assistência à saúde sexual e reprodutiva.

Em Moçambique, o acesso e a utilização dos serviços de Planeamento Familiar continua ainda muito baixo para garantir uma protecção adequada em relação a gravidezes não planificadas, indesejadas e de risco. Até agora as intervenções e esforços realizados nesta área não foram suficientes para aumentar a Taxa de Utilização de Métodos Contraceptivos Modernos. Esforços melhor coordenados e dirigidos são necessários para acelerar o acesso e a utilização destes serviços.

O documento Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção clarifica as diferentes intervenções que se mostram prioritárias na área do planeamento familiar. Sendo Moçambique um dos países com uma das taxas de mortalidade materna mais altas do Mundo, apresenta-se como urgente e fundamental a implementação de intervenções visando a expansão do acesso e utilização dos serviços de Planeamento Familiar.

Está claro para nós, que acções deverão ser coordenadas e orientadas para três vertentes fundamentais nomeadamente 1) Aumento da demanda dos serviços pela população; 2) Melhoria da oferta dos serviços, quer em termos de qualidade quer em termos de disponibilidade e 3) Garantia da disponibilidade de recursos humanos, financeiros, equipamento e consumíveis para a disponibilização dos serviços.

Para o sucesso da implementação desta estratégia é importante a continuação do investimento para a construção de um sistema da saúde forte e sustentável.

Esperamos assim que a presente Estratégia sirva de alavanca para que as famílias e em especial as mulheres Moçambicanas tenham um acesso privilegiado ao Planeamento Familiar e por consequência à melhoria do seu estado de saúde.

Maputo, Agosto de 2010

O Ministro da Saúde



Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

LISTA de ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS

| | |
|-----------------------|--|
| AMODEFA | Associação Moçambicana para a Defesa da Família |
| ANN | Avaliação Nacional das Necessidades |
| APE | Agente Polivalente Elementar |
| B&P | Bens e Produtos |
| CMAM | Central de Medicamentos e Artigos Médicos |
| CIPD | Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento |
| CS | Centro de Saúde |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| DNAM | Direcção Nacional de Assistência Médica |
| DNSP | Direcção Nacional de Saúde Pública |
| DNPC | Direcção Nacional de Planificação e Cooperação |
| DPPS | Direcção de Promoção e Protecção de Saúde |
| DPS | Direcção Provincial de Saúde |
| DNRH | Direcção Nacional de Recursos Humanos |
| DSMC | Departamento de Saúde da Mulher e Criança |
| ESMI | Enfermeira de Saúde Materno-infantil |
| FNUAP | Fundo de Nações Unidas para a População (UNFPA) |
| GT-SWAp-SMNI/N | Grupo de Trabalho do SWAp para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e Nutrição |
| HCM | Hospital Central de Maputo |
| HIV/ SIDA | Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| ICAP | International Center for AIDS Care and Treatment Programs |
| IDS | Inquérito Demográfico e de Saúde |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| ITS | Infecção de Transmissão Sexual |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| ODM | Objectivos de Desenvolvimento do Milénio |
| OMM | Organização da Mulher Moçambicana |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PARPA | Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta |
| PF | Planeamento Familiar |
| PPP | Parceria Público-Privada |
| PSI | Population Services International |
| PTV | Prevenção da Transmissão Vertical |
| SAAJ | Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens |
| SDSMAS | Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social |
| SIS | Sistema de Informação de Saúde |
| SMI | Saúde Materna e Infantil |
| SMNI | Saúde Materna, Neonatal e Infantil |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde. |
| SSR | Saúde Sexual e Reprodutiva |
| SWAp | Abordagem sectorial alargada |
| TARV | Tratamento com Anti-retrovirais |
| TGF | Taxa Global de Fertilidade |
| US | Unidade Sanitária |

DEFINIÇÕES

Planeamento Familiar: Embora o Planeamento Familiar (PF) seja muitas vezes considerado como sinónimo de «contraceção» ou de «anticoncepção» ele ultrapassa esta mera noção, sendo actualmente considerado como uma forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, abrangendo áreas como a infertilidade e a sexualidade. Por “Planeamento Familiar” entende-se um conjunto de acções que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos seus filhos. (*Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2001:25*)

Contraceção: Entende-se por contraceção, a prevenção intencional da gravidez através da utilização de métodos contraceptivos, sendo o Planeamento Familiar um dos serviços habitualmente utilizados por quem quer fazer alguma forma de contraceção (*Nodin, 2002*). Outra definição refere que a contraceção é a prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (esterilização reprodutiva).

Espaçamento das gravidezes: É o período que decorre entre um parto ou aborto e uma nova gravidez. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que respeitar o período de pelo menos 2 a 3 anos entre as gravidezes reduz a mortalidade materna e infantil.¹

Dupla Protecção: Termo usado para um método que pode ser usado com duplo propósito, tanto para a prevenção da gravidez como para a protecção contra doenças sexualmente transmissíveis, sendo o preservativo o único método contraceptivo comprovado que reduz o risco de transmissão de todas as infecções sexuais (ITS), incluindo o HIV.

Métodos contraceptivos/anticonceptivos: São métodos usados por indivíduos e casais sexualmente activos para evitar a gravidez. Podem ser classificados em tradicionais (naturais) de barreira, hormonais, intra-uterinos, permanentes e de emergência. A contraceção envolve o uso de medicamentos, outros agentes químicos, dispositivos, cirurgia ou um comportamento que controle a fecundidade de pessoas heterossexuais sexualmente activas.

Métodos tradicionais: O termo «tradicional» refere-se a práticas que permitem controlar a fertilidade através da aplicação de métodos comportamentais associados a ovulação tais como a abstinência, o sexo não-penetrativo, coito interrompido, amenorreia da lactação (prolongamento da amamentação) e o método do ritmo (calendário).

Métodos contraceptivos de longa duração: São métodos de contraceção que não necessitam de uma toma diária. Podem ser administrados por via intramuscular, a cada três meses, como a medroxiprogesterona, com um efeito de cobertura contraceptiva durante este período, outros podem ser inseridos no útero da mulher por um período até 10 anos como o DIU, e ainda outros podem ser inseridos na pele tais como os implantes.

Métodos permanentes: São métodos utilizados pelos indivíduos ou casais que tomaram a decisão de não ter mais filhos. São métodos cirúrgicos e dificilmente reversíveis.

¹ http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.1_eng.pdf

Contraceção de emergência: A contraceção de emergência é um método para prevenir a gravidez em mulheres que tenham tido sexo sem protecção. Pode ser efectuada, na sua forma mais comum, através da ingestão de uma certa quantidade de pílulas contendo hormonas, habitualmente em duas doses, num prazo máximo de 120 horas após o coito.

1. INTRODUÇÃO

Actualmente, nos países em desenvolvimento, cerca de 201 milhões de mulheres não fazem planeamento familiar, 137 milhões de mulheres correm o risco de uma gravidez não desejada por não estarem a utilizar nenhum método de PF e um adicional de 64 milhões de mulheres utilizam métodos de PF tradicionais que são pouco efectivos.

No entanto, desde 1978 que a declaração de Alma-Ata identificou o PF como uma componente essencial dos cuidados de saúde primários, no contexto da *Política de Saúde para Todos*. Por outro lado, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, foi alcançado um consenso a favor de uma abordagem ampla de desenvolvimento baseada nos direitos reprodutivos e na equidade de género, orientando para que o PF fosse oferecido como parte integrante de um leque de serviços de atenção à saúde reprodutiva (UN 1995). Esta orientação foi reiterada cinco anos depois pela Assembleia Geral das Nações Unidas (UN 1999).

Em Setembro de 2000, na Cimeira do Milénio, ao acordarem nos ODM 4 e 5, 181 Países (entre os quais Moçambique) assumiram o compromisso de reduzir em dois terços a mortalidade infantil e em três quartos a mortalidade materna, entre 1990 e 2015. Para que estes objectivos sejam alcançados é essencial garantir a prestação de Serviços de PF de qualidade de modo a assegurar o direito dos indivíduos, casais e famílias de planear quando e o número de filhos que desejam ter, de prevenir gravidezes indesejadas ou de alto risco obstétrico e de espaçar os nascimentos dos seus filhos, reduzindo assim o risco de morbilidade e mortalidade associado a gravidez e parto, tanto para a mulher como para o recém-nascido.

Em Moçambique, o Planeamento Familiar iniciou em 1977 como uma intervenção dentro do Programa de Protecção à Saúde Materna e Infantil, tendo sido apenas em 1980 estabelecido como um programa de âmbito nacional com prestação de serviços aos diferentes níveis da rede de Instituições Públicas de Saúde, com os objectivos de:

"Melhorar as condições de saúde da mulher, especificamente das mulheres com Alto Risco Reprodutivo que contribuem significativamente para as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal";

"Melhorar a saúde das crianças, promovendo um intervalo de pelo menos 2 anos entre um nascimento e o seguinte".

Desde então tem-se verificado um desenvolvimento progressivo no Programa de PF, tanto na prestação de serviços e gestão logística dos métodos contraceptivos, como na área de formação e investigação.

Actualmente os Serviços de PF continuam a ser maioritariamente públicos e oferecidos de forma gratuita, estando sob a responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e encontrando-se integrados no atendimento materno-infantil.

No entanto, apesar do desenvolvimento progressivo deste Programa, dos vários esforços realizados e do aumento na Taxa de Prevalência Geral de Contraceção de 6% em 1997 para 17% em 2003, esta taxa continua ainda muito baixa, havendo necessidade de maiores esforços e melhor coordenação na

promoção da educação e informação a população, na melhoria da qualidade e acesso aos Serviços de PF, na capacitação dos recursos humanos, assim como no fortalecimento da gestão, monitoria e avaliação destes Serviços e das intervenções para a sua divulgação, promoção e aumento da demanda.

Neste contexto, esta Estratégia é desenvolvida como resposta à necessidade de orientações nacionais para a implementação coordenada e sinérgica de intervenções chave com vista a expandir acesso e utilização de serviços de Planeamento Familiar como pilar para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

2.1 Dados Demográficos e de Saúde

Segundo os Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS, 1997 e 2003), a Taxa Global de Fertilidade (TGF) desceu de 6,6 em 1980 para 5,61 em 1997, e 5,5 em 2003. Contudo, houve um aumento na área rural (5,75 em 1997 para 6,2 em 2003) comparada com a área urbana (5,12 em 1997 para 4,4 em 2003).

IDS 2003:

- ◆ Taxa Global de Fertilidade: **5,5**
- ◆ Uso de Contraceptivos Modernos: **14,2%**
- ◆ Necessidades Não Satisfeitas **18.4%**
 - ✓ **18%** Zonas rurais;
 - ✓ **20%** Zonas urbanas

A Taxa de Prevalência de Contraceção para as mulheres casadas/unidas aumentou de 6% em 1997 para 17% em 2003, sendo 12% os métodos modernos. A área rural, aumentou de 3% em 1997 para 12% em 2003, e a área urbana de 18% em 1997 para 28% em 2003, com um aumento significativo em todas as províncias (todos os métodos). A Taxa de Prevalência de Contraceção para as mulheres sexualmente activas não unidas foi de 43.7% para todos os métodos e de 40.6% para os métodos modernos (IDS 2003), este dado pode reflectir o facto de que as mulheres não unidas têm maior poder de decisão em relação ao uso de métodos de contraceção.

A cobertura de novas utentes em PF em 2009, foi de 13,5%² e a procura de serviços de PF não é satisfeita em 18,4%, com 18% na área rural e 20% na urbana.³ O Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008, mostra uma situação preocupante, onde 83,8% das mulheres com idades entre 15 e 49 anos, casadas ou em união marital (ou seus maridos) não usa nenhum método contraceptivo. No entanto, importa destacar que o uso do preservativo nas relações sexuais de alto risco aumentou nas áreas rurais quase três vezes (de 8% para 23%) e nas urbanas em dois terços (de 34% para 58%).

Os dados do INSIDA⁴ revelam que 25.3% das jovens e 24,9% dos jovens tiveram a sua primeira relação sexual antes de completarem os 15 anos, uma estatística relativamente inferior a do IDS de 2003 (28%). Segundo o IDS de 2003, as mulheres que residem em áreas rurais têm o primeiro contacto sexual mais cedo que as mulheres das áreas urbanas (15,8 anos contra 16,6), e as mulheres com ensino secundário têm-no dois anos mais tarde que as mulheres com menor escolaridade (17,8 contra 15,8). A percentagem de jovens entre os 15 e os 19 anos que eram mães ou que estavam grávidas no momento do inquérito é de 41%, apresentando as províncias do norte as percentagens mais altas, por exemplo, Niassa com 59%.

A percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que não faz uso de nenhum método contraceptivo é de 83,9% para as raparigas e 76% para os rapazes, sendo a idade média na altura da primeira união de 17 anos para as mulheres e de 22 para os homens (IDS, 2003). A prevalência do HIV entre os jovens de 15-

² QAD Saúde (Quadro de Avaliação de Desempenho Anual do Sector 2008)

³ IDS 2003

⁴ Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique. 2009

24 anos é de 7,9%, havendo diferenças significativas entre ambos sexos: a prevalência de HIV/SIDA entre as mulheres de 15-24 anos é de 11,1% contra 3,7% nos homens (INSIDA, 2009).

O Rácio de Mortalidade Materna mostra uma redução significativa, embora permaneça elevado, tendo passado de uma estimativa de 690/100.000 nados vivos em 1994-95 (IDS, 1997, dado não publicado) para 408 em 2001-2002 (IDS, 2003). Por outro lado, a Avaliação Nacional das Necessidades (ANN) em Saúde Materna e Neonatal realizado em 2007/2008 refere que 66,5% dos óbitos maternos analisados ocorreram entre adolescentes, jovens e mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 30 anos e 20,2% entre os 10 e 19 anos.

Dados do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do HCM, de 1990–2000, revelaram que 8 a 11% das mortes maternas ocorridas nesse período foram devido a complicações do aborto inseguro. Também a ANN mostrou que 9.1% das mortes maternas directas foram devido a complicações de aborto (hemorragia e sépsis). No entanto, existe a convicção de que estas percentagens representam somente a ponta do *iceberg*, uma vez que não incluem aquelas mulheres que não tiveram complicações que necessitassem de cuidados hospitalares ou que, por razões várias, não procuraram assistência no hospital, muitas das quais eventualmente morreram.⁵

Em relação às infecções de transmissão sexual, segundo o IDS de 2003, a prevalência de sífilis na gravidez foi de 16%. Por outro lado, a prevalência de HIV é de 11.5% na população adulta⁶, sendo a prevalência de 13.1% nas mulheres e de 9.2% nos homens.

2.2 Mitos, Crenças e Práticas

Mitos e concepções sócio-culturais sobre o uso de métodos de PF contribuem de forma negativa na saúde materna e infantil, assim como para a adesão e utilização dos serviços de saúde. Estas crenças não são somente adoptadas pelas mulheres, mas por todos na comunidade. O limitado envolvimento dos homens, entre outras causas por não estarem adequadamente informados sobre os riscos que as mulheres enfrentam durante sua vida sexual e reproductiva, torna difícil qualquer processo que procure resolver os problemas de saúde das mulheres.

As crenças e práticas culturais sobre a contracepção e PF estão também enraizadas nos trabalhadores de saúde, constituindo uma grande barreira e uma razão para a perda de oportunidades em oferecer aconselhamento e serviços de PF, principalmente os de longa duração.

As seguintes expressões resumem alguns mitos mais comuns em Moçambique:

“ter muitos filhos é sinal de riqueza”;

- “as crianças são uma dádiva de Deus, pelo que não devemos evitar a gravidez”;
- “O PF é para mulheres que tenham muitos filhos” (5 ou mais);
- “Os novos métodos (modernos) contraceptivos provocam infertilidade”;
- “Os métodos tradicionais são os mais eficazes”;
- “O planeamento familiar não é seguro e pode trazer doenças do útero”;
- No geral, os homens consideram que “o PF é só para as mulheres”;
- “As mulheres que estejam a amamentar não precisam de fazer PF”.

Entre as práticas lesivas à contracepção incluem-se as seguintes⁷:

⁵ O Aborto Inseguro em Maputo, Fernanda Machungo. Publicado em “Outras Vozes”, Nº 7, Maio de 2004

⁶ INSIDA 2009.

- A decisão da mulher aderir ao PF é influenciada pela religião, valores culturais da comunidade e da família (sogra, tia, maridos etc.);
- durante o puerpério não é habitual procurar os serviços de PF;
- e mesmo procurando não há informação adequada e conhecimento sobre os métodos que uma mulher no puerpério pode usar;
- regra geral, as mulheres só fazem PF depois da primeira gravidez;
- os benefícios do planeamento familiar são pouco conhecidos; e
- a maioria das mulheres não fala destes assuntos com os seus parceiros (57%)⁸, sendo que estes, na maior parte das vezes, proibem a contraceção.

2.3 Provisão de Serviços

2.3.1 Serviço Nacional de Saúde

Os Serviços de PF são oferecidos principalmente nas consultas de Saúde Materna e Infantil (SMI) e no Atendimento aos Adolescentes e Jovens nos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) nas quais a/o utente recebe informação e aconselhamento acerca dos benefícios do PF e dos vários métodos modernos disponíveis.

Existe uma excelente oportunidade para a integração dos serviços de contraceção/PF em outros serviços relacionados com a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) tais como as consultas de Atenção ao Pós-parto e Pós-aborto, Aconselhamento e Testagem em Saúde, Rastreio do Cancro do Colo Uterino e da Mama, Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), ITS, SAAJ, e atendimento de doenças crónicas, demonstrando o potencial que existe de expandir os Serviços de Contraceção para a população que geralmente não frequenta os serviços específicos de PF, em especial os homens e adolescentes.

A nível comunitário, as Brigadas Móveis, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e activistas comunitários, fazem promoção de PF, aconselhamento e disponibilizam preservativos masculinos e femininos. Em alguns locais, algumas ONGs apoiam na melhoria do acesso aos métodos contraceptivos através da distribuição comunitária da pílula, num regime de reabastecimento.

2.3.2 Envolvimento Comunitário

Apesar dos esforços do governo para aumentar a cobertura da rede sanitária, está ainda é muito baixa pelo que o acesso aos serviços de saúde e dentre deles do planeamento familiar é limitado. Esta situação requer, cada vez mais, a participação e envolvimento das comunidades de modo que a universalidade do acesso, a equidade da provisão de serviços e a integralidade do cuidado sejam garantidos. Neste sentido, o MISAU recentemente aprovou o Programa de revitalização dos APE's destacando-se o seu papel na promoção da saúde e prevenção das doenças. Este novo quadro de trabalhador de saúde comunitário, assim como outros como as parteiras tradicionais poderão mobilizar as comunidades para a utilização de PF, disponibilizar preservativos masculinos e femininos, bem como disponibilizar as pílulas subsequentes.

2.3.3 Sector Privado

⁷ Workshop sobre Espaçamento de Nascimento 2-4 Dezembro 2004

⁸ IDS 2003

Apesar do Sistema de Saúde ser maioritariamente público, é importante reconhecer a participação do sector privado lucrativo e não lucrativo na provisão de anticoncepcionais (fundamentalmente através de farmácias privadas). O sector privado lucrativo, que compreende as farmácias e clínicas privadas, oferece outra fonte para aconselhamento em PF e fornecimento de métodos contraceptivos, proporcionando assim às mulheres e homens mais opções na procura de contraceptivos. No entanto, a cobertura de clínicas e farmácias privadas no país é muito limitada existindo aproximadamente 200 farmácias, dos quais mais da metade encontram-se na Cidade de Maputo.

Com cerca de 69%⁹ das mulheres a recorrer ao sector público como fonte principal de métodos modernos, a pressão financeira e logística sobre o sector público para responder a essas necessidades aumentará substancialmente no decorrer da próxima década, tendo-se em conta o aumento da população e de uma maior procura por métodos contraceptivos.

2.4 Mecanismos de Gestão, Coordenação e Financiamento

A gestão logística dos métodos contraceptivos é realizada a quatro níveis: central, provincial, distrital e US. A nível central, a Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) - Departamento de Saúde da Mulher e da Criança (DSMC) é responsável pela gestão do Programa de PF, enquanto a CMAM é responsável pela logística dos métodos contraceptivos.

O Grupo Técnico de Bens e Produtos para a Saúde Reprodutiva apoia o MISAU na previsão de necessidades de consumíveis e apoia no processo de distribuição para os níveis inferiores.

Desde o início da implementação do Programa de PF, os contraceptivos são fornecidos pelo UNFPA e USAID e entre 2006, 2007 e 2008 quase US\$1 1.500.000 foram disponibilizados para a sua compra. Em 2007, o Governo assumiu o compromisso de alocar US\$500.000 para a compra de contraceptivos com recursos do Fundo Comum de Medicamentos e Artigos Médicos e de um aumento anual de 2% do valor alocado, não tem vindo a sido possível implementar esta decisão.

Para o ano 2010, a compra de contraceptivos incluindo preservativos (masculinos e femininos), estimou-se uma necessidade orçamental de \$7,379.083,00 sendo prevista uma contribuição do MISAU de 392,313 (5%), da USAID \$1,676,219 (23%), e do UNFPA de 5,309,951 (72%). Estes dados revelam a forte dependência do apoio externo e da necessidade do governo de Moçambique de garantir um financiamento sustentável a médio e longo prazo de forma a reduzir tal dependência.

Existe uma grande deficiência na gestão logística dos contraceptivos a todos os níveis (principalmente nas US) devido ao insuficiente número de pessoal de saúde qualificado para a previsão de necessidades, transporte e distribuição. Outro constrangimento relaciona-se ao critério de estimação das necessidades baseadas no consumo do ano anterior. O sistema de recolha de dados de consumo nas salas de stock e a sua posterior agregação em cascata até o nível central para sua utilização no exercício de planificação é ainda deficiente. Estes factores têm contribuído para a ruptura frequente dos *stocks* e consequentemente para a fraca qualidade de prestação de Serviços de PF, afectando obviamente a procura e a continuidade da utilização de contraceptivos.

3. POR QUÊ REVITALIZAR O PLANEAMENTO FAMILIAR?

Na última década, a priorização do PF tem sido preterida devido às mudanças nas prioridades e estratégias globais de saúde. A definição de programas prioritários como o HIV/SIDA, Malária e outras doenças infecciosas detém grande parte dos esforços e orçamentos dos Governos e Parceiros de

⁹ IDS de 2003.

Cooperação, levando a que Programas e Serviços como os de PF, não tenham recebido a devida atenção e por conseguinte um financiamento adequado. Existe assim uma necessidade urgente de voltar novamente as atenções ao PF, um foco que tem sido descrito como “reposicionamento do PF”.

“Revitalizar o Planeamento Familiar” não significa que estes serviços não existam, mas sim que devem ser novamente colocados como uma prioridade de saúde, já que as evidências mostram que o acesso a estes Serviços é uma das intervenções chave de reconhecido impacto.

Os **benefícios do PF** incluem a:

- **Redução da mortalidade materna:** O PF pode reduzir a mortalidade associada à gravidez, parto e pós-parto. A utilização eficaz da contraceção pode reduzir a mortalidade materna por complicações pois dá oportunidade às mulheres a adiarem a gravidez, a espaçarem os nascimentos e a reduzirem o número de gravidezes não desejadas que podem terminar num aborto inseguro na maioria das vezes.
- **Melhoria da saúde infantil:** Uma fecundidade mais baixa está também na origem de crianças mais saudáveis. As gravidezes pouco espaçadas (intervalo menor que 2 anos) têm mais probabilidade de resultar em bebés com baixo peso à nascença e de interferir na amamentação, que tem um papel vital na nutrição das crianças e no desenvolvimento de defesas contra doenças infecciosas.
- **Melhoria das condições e opções de vida nas mulheres:** Adiar a maternidade traz inúmeros benefícios para as mulheres jovens, pois garante-lhes mais tempo para sua educação e desenvolvimento de aptidões que lhes permitam concorrer ao mercado de trabalho e contribuir para os cuidados e orçamento familiar. Um maior controlo da sua fecundidade permite-lhes ter mais possibilidade de melhorar a sua situação de saúde e de fazer suas escolhas, desde que existam oportunidades educativas e económicas a nível local.
- **A prevenção da prática do aborto não terapêutico:** A ausência de um programa de PF efectivo leva muitas vezes a uma gravidez indesejada ou não programada e em muitos casos à prática do aborto inseguro.
- **A contraceção no contexto de HIV/SIDA:** A utilização de contraceptivos pode reduzir a ocorrência duma gravidez, permitindo à mulher manter o sistema imunológico forte e ao casal ter uma vida mais saudável, reduzir o número de crianças infectadas pelo HIV através da transmissão vertical, e reduzir o número de crianças órfãs. A utilização de métodos de barreira também têm grande impacto na prevenção da transmissão do HIV/SIDA na população.

Por outro lado, não existem dúvidas dos potenciais benefícios dos serviços integrados na saúde global e em particular da mulher e criança, pelo que, através dos Serviços de PF podem ser incorporados outros serviços tais como o despiste de cancro de colo, mama e infertilidade.

O reposicionamento do PF é uma das estratégias definidas no Plano de Acção de Maputo, como componente essencial para o cumprimento dos ODM relacionados com a saúde.¹⁰

¹⁰ Plano de Acção de MAPUTO para a Operacionalização do Quadro da POLÍTICA CONTINENTAL PARA A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS 2007 – 2010.

4. DESAFIOS e OPORTUNIDADES

4.1 Desafios

- Elevada taxa de analfabetismo influenciando no nível de conhecimento das comunidades.
- Limitado acesso à informação sobre Planeamento Familiar
- Limitado acesso aos métodos contraceptivos modernos (escolha, quantidade, locais com disponibilidade e continuidade) e cuidados de saúde reprodutiva relacionados.
- Deficiência na capacitação dos profissionais e organização dos serviços para PF.
- Barreiras culturais relacionadas com tabus e crenças.
- Baixo conhecimento da população principalmente nas camadas mais jovens, associada à alta taxa de analfabetismo principalmente nas zonas rurais do País.

4.2 Oportunidades

- Existência de iniciativas globais que focalizam os ODM 4 e 5 e promovem a integração do PF na prevenção do HIV.
- Iniciativa Presidencial e a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.
- Movimento global para revitalização do Planeamento Familiar como intervenção para a redução da Mortalidade Materna.
- Expansão das actividades ao nível comunitário, revitalização dos APE's.
- Inclusão do rastreio e tratamento do cancro do colo uterino e da mama nos Serviços de SSR.

5. ESTRATÉGIA do PF

Para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, conforme as metas e objectivos definidos no Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio, pretende-se implementar esta estratégia no País de 2010-2015.

5.1 Principios Orientadores

Esta estratégia para a revitalização dos serviços de planeamento familiar baseia-se nos princípios seguintes:

- **Abordagem baseada em Direitos Humanos:** É fundamental que todos os implementadores e parceiros reconheçam e respeitem os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos.
- **Abordagem baseada em Evidências:** O sucesso da prática adequada de serviços e actividades de PF resulta da análise e solução de problemas, tendo como base as actuais evidências científicas disponíveis.

- **Equidade de Género:** Envolver todos os grupos alvo do PF assegurando que tanto homens como mulheres tenham pleno acesso a serviços de PF de qualidade e a oferta de todos os métodos contraceptivos em uso no SNS.
- **Sustentabilidade:** Garantir a alocação de recursos do MISAU e reforçar a capacidade de gestão, como requisitos essenciais para a segurança de bens e produtos contraceptivos.

5.2 Metas

A implementação da Estratégia de PF pretende alcançar as seguintes metas:

- Aumentar a Taxa de Prevalência de Uso de Métodos Modernos de Contraceção de 14% em 2003, para 25% em 2014.
- Aumentar a cobertura de Novas Utentes de Métodos Modernos de Planeamento Familiar de 12.5% em 2008 para 19% em 2014.

5.3 Objectivo Geral

Aumentar a utilização dos Serviços de Planeamento Familiar e Contraceção pela população Moçambicana.

5.4 Objectivos Específicos

1. Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PFe Contraceção.
2. Incrementar a procura dos Serviços de PF e Contraceção.
3. Reforçar o sistema de gestão, logística, monitoria e avaliação dos Serviços de PF e Contraceção.
4. Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação.

5.5 Pacotes de Serviços

Os pacotes de serviços definem as intervenções prioritárias para uma atenção de qualidade a ser prestada às mulheres e homens em relação à disponibilidade e utilização dos serviços e métodos de PF. Estes pacotes de serviços (Anexo 1) foram definidos segundo o tipo de US e qualificação do pessoal e estão integrados nos pacotes de serviços definidos para a saúde reprodutiva/materna.

5.6 Grupo Alvo

Embora o grupo alvo primário desta estratégia seja **todos os homens e mulheres em idade reprodutiva**, existem grupos que pelas suas particularidades necessitam de uma atenção direccionada, nomeadamente para:

- **Os Adolescentes e Jovens:** Além da vulnerabilidade particular deste grupo (os riscos de uma gravidez precoce e as consequências socioeconómicas de um filho), as(os) adolescentes e jovens também têm uma situação psicológica e socioeconómica diferente. Existem evidências de que as(os) adolescentes e jovens não se sentem confortáveis em utilizar as fontes tradicionais para receberem Serviços de PF e Contraceção, para além das diversas barreiras como aspectos legais relacionados com a idade, o medo de não terem garantia de confidencialidade, ou de não serem bem tratadas(os), levando à necessidade de uma abordagem que responda a estas constatações.

- **Os Homens:** O envolvimento dos homens no PF é muito importante para se atingir uma maior utilização dos Serviços de PF e Contraceção por parte das mulheres e por eles próprios. Entretanto, existem muitas barreiras socioculturais que impedem que os homens sejam envolvidos nas decisões de PF e por outro lado, o SNS não está estruturado para prover serviços de PF aos homens.
- **As Pessoas Vivendo com HIV/SIDA:** O aconselhamento em PF deve responder às necessidades médicas das pessoas que vivem com HIV/SIDA, visando reduzir a transmissão do HIV, favorecendo a dupla protecção, como meio para reduzir a infecção ou re-infecção. Para as mulheres HIV positivas ou casais discordantes que querem engravidar, atenção especial deve ser prestada, olhando-se a este desejo como um Direito e promovendo abordagens que respondam às necessidades do casal.

5.7 Principais Intervenções por Objectivo Específico

Para cada Objectivo Específico foram definidas intervenções e actividades chave.

Objectivo 1: Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e Contraceção.

1.1 Aquisição e distribuição de métodos contraceptivos e outros bens e produtos para os serviços de PF.

Actividades chave:

- Adquirir e disponibilizar os contraceptivos em todas as unidades sanitárias de acordo com as necessidades.
- Realizar formações integradas sobre a gestão dos serviços de Saúde da Mulher e da Criança.

1.2 Formação/actualização de profissionais de saúde em práticas de PF de acordo com as normas e protocolos clínicos nacionais.

Actividades chave:

- Treinar equipas de formadores (incluindo Padrinhos, Monitores e Professores dos Institutos e Centros de Formação) em gestão e práticas de PF.
- Realizar formações aos provedores de saúde e activistas de Geração Biz em PF.
- Actualizar aos activistas da Geração Biz em preservativo feminino durante os encontros técnicos regulares da GBiz.
- Apetrechar todas as instituições de formação e Direcções Provinciais com modelos anatómicos e outros materiais para formação inicial e contínua.

1.3 Actualização e divulgação das normas, protocolos clínicos e curricula de formação em PF com base nas actuais evidências científicas.

Actividades chave:

- Rever o pacote de formação inicial para a integração da gestão e logística do PF.
- Actualizar o pacote de formação contínua para a integração da gestão e logística do PF.

1.4 Aumentar o acesso aos serviços de PF ao nível comunitário.

- Desenvolver e divulgar pacotes de orientação e de treino para serviços de PF na comunidade, incluindo a distribuição dos anticonceptivos não invasivos em reposição.
- Rever o pacote de formação de ATS para garantir a inclusão do PF.

1.5 Introdução de novos métodos de Planeamento familiar

- Realizar um estudo para avaliar a viabilidade e aceitabilidade do uso do implante hormonal e outros métodos e recomendar em relação a sua introdução na consulta de PF.

Objectivo 2: Incrementar a procura dos Serviços de PF e Contraceção.

2.1 Mobilização social para a utilização dos Serviços de PF/SSR e Contraceção com ênfase na dupla protecção e métodos de longa duração.

Actividades chave:

- Integrar o PF (serviços e informação) nas Semanas Nacionais de Saúde.
- Elaborar um documento orientador para as actividades de comunicação/mobilização social.
- Divulgar mensagens chave de PF através dos órgãos de comunicação social incluindo campanhas dedicadas nas rádios comunitárias, TV e outros meios de comunicação.
- Actualizar e produzir os materiais de IEC de PF, incluindo materiais sobre a dupla protecção, métodos de longa duração, e envolvimento do homem.
- Actualizar e produzir um pacote de materiais de IEC de PF com foco nos jovens.
- Implementar eventos de sensibilização com líderes comunitários ao nível distrital.

2.2 Promoção do envolvimento do homem em questões de SSR/ PF e contraceção.

Actividades chave:

- Realizar um estudo de viabilidade de como orientar os serviços aos casais e não apenas as mulheres.
- Elaborar e implementar um plano de acção para o envolvimento do homem no SSR-PF com base nos resultados de estudos feitos.
- Divulgar mensagens chave através dos órgãos de comunicação social nos rádios e rádios comunitários

Objectivo 3: Reforçar o sistema de gestão, monitoria e avaliação dos Serviços de PF e Contraceção.

3.1 Implementação de mecanismos para a melhoria da gestão e da qualidade do Programa e Serviços de PF e contraceção a todos os níveis.

Actividades chave:

- Realizar supervisões formativas e integradas na área de PF, incluindo seguimento pós treino de acordo com o guião de supervisão actualizado.
- Realizar um inquérito de âmbito nacional sobre a disponibilidade de contraceptivos modernos nas US (2010/2011, 2013 e 2015).
- Realizar inquéritos de levantamento de necessidades e sobre a satisfação das(os) utentes em relação aos serviços de PF e contraceção.
- Realizar uma avaliação intermédia (interna) em 2013 e, uma avaliação final (externa) em 2015 da implementação da Estratégia, incluindo aspectos de gestão programática, gestão logística de contraceptivos e satisfação de utentes.

Objectivo 4: Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação.

4.1 Fortalecimento do mecanismo de coordenação e da colaboração intra e intersectorial, para fortalecer o compromisso e integrar o componente de PF nas acções dos vários intervenientes.

Actividades chave:

- Realizar encontros de advocacia com os principais intervenientes para apresentação e divulgação da Estratégia do Planeamento Familiar.

4.2 Disponibilidade de um “envelope plurianual de recursos” para a implementação da Estratégia de PF.

Actividades chave:

- Assegurar a alocação de recursos financeiros através do Orçamento do Estado bem como de outras fontes de financiamento para a Estratégia de PF.
- Alocar fundos do Orçamento do Estado/PROSAÚDE II para aquisição de anticonceptivos.

5.8 Papéis e Responsabilidades Específicas

A definição de responsabilidades foi adaptada do Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Moçambique, agora parte integrante do Plano Integrado para o Alcance dos ODM 4 e 5, sendo a implementação da presente Estratégia assim alinhada com estes documentos.

1. SECTOR DA SAÚDE

A. Nível Central:

Tem a responsabilidade de definir e elaborar políticas, estratégias, normas e guiões; mobilizar e alocar recursos; e definir indicadores para monitoria e avaliação.

Direcção Nacional de Saúde Pública (através do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança):

- Planificar, supervisionar, coordenar e monitorar todas as actividades para a execução desta estratégia;
- Facilitar o desenvolvimento de capacidades, a todos os níveis, através da elaboração de políticas, estratégias, normas, guiões, protocolos e manuais de formação para a SR (*incluindo o PF*) e saúde neonatal;
- Coordenar a elaboração de fluxogramas para garantir a integração efectiva do pacote mínimo de PF nos serviços de doenças crónicas, TARV, ATS e outros; e produção de materiais de IEC e inclusão dos mesmos.
- Assegurar uma coordenação efectiva com a DPC; DRH, DNAM, Departamento Farmacêutico e Direcção de Administração e Finanças para a implementação de Sistemas de Apoio como: Sistema de Informação, Sistema de Segurança da Qualidade e Sistema de Segurança de B&P para a SR (material, equipamento médico, medicamentos e contraceptivos) e garantir a formação de recursos humanos qualificados para prestar serviços em PF.

B. Nível Provincial:

- Assegurar a divulgação e implementação da estratégia de PF e do seu plano operacional a nível provincial (incluindo outras Direcções Provinciais além da DPS) e distrital, nos locais de prestação de serviços e na comunidade;
- Garantir a inclusão das actividades do PF nos Planos Económicos e Sociais e Orçamento da província;
- Assegurar o desenvolvimento de capacidades aos níveis provincial, distrital e dos locais de prestação de serviços (apoio técnico à formação contínua, alocação de recursos financeiros, materiais, equipamentos e outros) para a implementação do plano provincial; e
- Assegurar um sistema de supervisão contínua e monitoria da implementação do PES, que inclua as actividades de PF.

C. Nível Distrital

- Assegurar a divulgação e implementação da estratégia de PF e do seu plano operacional a todas

as US e parceiros locais;

- Garantir a inclusão das intervenções da Estratégia de PF no Plano Económico Social e Orçamento do distrito;
- Supervisar a implementação e monitoria das intervenções de PF incluídas no plano distrital (incluindo as actividades desenvolvidas pelos diferentes parceiros e pela comunidade a este nível);
- Garantir o desenvolvimento de actividades de empoderamento da comunidade para a promoção do PF;
- Realizar formações de APE's, líderes, agentes/activistas comunitários, conselheiros leigos do ATSC e parteiras tradicionais para implementarem o pacote de FP/IEC comunitário; e
- Realizar sessões de sensibilização para os líderes comunitários e políticos sobre a importância da divulgação do PF e contraceção, através dos conselhos comunitários de saúde.

D. Unidades Sanitárias

- Oferecer Serviços de SSR de qualidade, integrando serviços de PF em todos os Serviços/Consultas de SMI, Doenças Crónicas, TARV e ATS de acordo com as normas;
- Prestar apoio e realizar supervisões formativas à comunidade para a implementação de intervenções na comunidade; e
- Incluir nos encontros com os CLCs assuntos relacionados com o PF sensibilizando, informando e analisando dados da comunidade.

E. Comunidade

- Com o apoio do distrito/US, o Comité da Localidade deverá definir e implementar intervenções de promoção do PF a este nível. Outras responsabilidades incluem;
- Estabelecer e apoiar os Comités de Saúde da Aldeia com o apoio das US de ligação;
- Sensibilizar, mobilizar e implementar pacote de PF nas comunidades, seguindo as orientações do MISAU; e
- Realizar campanhas porta-a-porta, participar das brigadas móveis e outros eventos que promovam o PF e os métodos de contraceção.

2. INSTITUIÇÕES de ENSINO e INVESTIGAÇÃO

- Rever e actualizar os curricula para garantir que aspectos chave do PF estejam integrados nas diversas formações;
- Realizar pesquisas relevantes sobre PF para providenciar evidências para o desenvolvimento ou revisão de políticas, estratégias e directivas de implementação.

3. PARCEIROS de DESENVOLVIMENTO

- Garantir o apoio técnico e financeiro necessário para a planificação, implementação, monitoria e avaliação da Estratégia de PF; e
- Advogar para uma maior alocação de recursos (Orçamento do Estado e Fundos Comuns) do Plano Económico e Social para intervenções relacionados com o PF e contraceção.

4. SECTOR PRIVADO

- Providenciar serviços e contraceptivos de qualidade, como fonte alternativa ao Sistema Nacional de Saúde; e
- Papel das ONGs e Organizações de Base Comunitária na implementação acções de promoção dos serviços de Planeamento Familiar e contracepção.

4. PLANO OPERACIONAL

4.1 Plano Operacional: *Actividades, Responsáveis, Recursos e Cronograma*

| Resultados Esperados | Actividades | Responsável | Parceiros* ¹¹ | Orçamento 2010-2011 | Orçamento Total | Cronograma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|---------------------|------------------|------------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|---|---|
| | | | | | | 2010 | 2011 | | | | 2012 | | | | 2013 | | | | 2014 | | | | 2015 | | | | | |
| | | | | USD | USD | T4 | T 1 | T 2 | T 3 | T 4 | T 1 | T 2 | T 3 | T 4 | T 1 | T 2 | T 3 | T 4 | T 1 | T 2 | T 3 | T 4 | T 1 | T 2 | T 3 | T 4 | | |
| Objectivo 1: Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e Contracepção. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Aquiridos e distribuídos os métodos contraceptivos e outros bens e produtos para os serviços de PF. | 1.1.1 Adquirir e disponibilizar anticoncepcionais (incluindo preservativos) em todas unidades sanitárias de acordo com as necessidades | DSMC, CMAM, SDSMAS-US | UNFPA, USAID/ DELIVER, Banco Mundial | \$19,921,573 | \$64,451,151 | X | X | | | | X | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| | 1.1.2 Distribuição de contraceptivos desde CMAM até Depósitos Distritais | CMAM, DPS, Depósitos Provinciais | UNFPA, USAID/ Deliver | \$800,000 | \$2,000,000 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 1.1.2 Realizar 2 treinos de formadores nas 3 regiões em aspectos técnicos e gestão do PF (20 participantes/corso durante 7 dias) | DSMC, DNAM | OMS, UNFPA | \$120,000 | \$240,000 | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.1.3 Reforçar o componente do cálculo e logística de contraceptivos no currículo de formações integradas na área de logística | DSCM, CMAM | USAID/ DELIVER, UNFPA | trabalho técnico | trabalho técnico | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 Formados/ actualizados os profissionais de saúde em práticas de PF de acordo com as normas e evidências para os gestores do | 1.2.1 Realizar 14 formações por ano (2 formações em Nampula, Zambézia, Sofala e 1 nas outras províncias) sobre gestão dos contraceptivos e práticas de PF de acordo com as actuais evidências para os gestores do | DSMC, DPS- | UNFPA, USAID/ DELIVER, | \$210,000 | \$1,470,000 | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |

¹¹ Os parceiros indicados em bold têm garantido financiamento

| Resultados Esperados | Actividades | Responsável | Parceiros* ¹¹ | Orçamento 2010-2011 | Orçamento Total | Cronograma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------|------------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | | 2010 | | | | 2011 | | | | 2012 | | | | 2013 | | | | 2014 | | | | 2015 | | | | | | | | |
| | | | | | | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | | | | | |
| | | | | USD | USD | T4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| qualidade do Programa e Serviços de PF em todos os níveis | 3.1.2 Realizar um inquérito de âmbito nacional sobre a disponibilidade de contraceptivos modernos nas US (2010/2011, 2013 e 2015). | DSMC | UNFPA | \$150,000 | \$450,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.1.3 Realizar uma avaliação intermédia (interna) em 2013 e, uma avaliação final (externa) em 2015 da implementação da Estratégia, incluindo aspectos de gestão programática, gestão logística de contraceptivos e satisfação de utentes. | DSMC e consultoria externa | OMS, PSI, UNFPA USAID/DEL IVER, | \$ 30,000 | \$30,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.1.4 Realizar inquéritos de levantamento de necessidades e satisfação das(os) utentes em relação aos serviços de PF e contracepção. (em 2011 e 2015) | DSMC e INS | OMS, PSI, UNFPA USAID/DEL IVER, | \$ 330,000 | \$ 660,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Subtotal: | \$ 448,000 | \$1,130,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectivo 4: Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 Fortalecido o compromisso de integração intersectorial e integrado o componente de PF nas acções dos vários intervenientes. | 4.1.1 Realizar encontros de advocacia com os principais intervenientes (outros Ministérios, doadores, organizações da sociedade civil e lideranças comunitarias) para apresentação e divulgação da Estratégia do Planeamento Familiar. | DSMC, DPC | OMS, PSI, UNFPA USAID/DEL IVER, | \$ 500 | \$ 5,500 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 Disponibilizado o “envelope plurianual de recursos” para a | 4.2.1 Assegurar a alocação de recursos financeiros através do Orçamento do Estado bem como de outras fontes de financiamento para a Estratégia de PF | DSMC | OMS, PSI, UNFPA USAID/DEL IVER, | trabalho técnico | trabalho técnico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.2 Estimativa dos custos da Estratégia de Planeamento Familiar

A estimativa de custos das diferentes actividades descritas nesta Estratégia é fundamental para determinar a sua viabilidade e a necessidade de mobilização de recursos. A estimativa de custos apresentada principalmente reflecte as actividades para a capacitação do pessoal sanitário e de activistas (currículos, formações, modelos anatómicos, etc); bens e produtos para o Planeamento Familiar; actividades de mobilização social (divulgação de mensagens, material IEC, encontros com parceiros e lideranças comunitárias etc); e actividades de monitoria e avaliação.

O custo total da Estratégia é de **\$71,949,511**

| Objectivo estratégico | Orçamento (USD) | Orçamento (MT) |
|---|------------------------|-----------------------|
| Objectivo 1: Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e Contracepção. | \$66,863,033 | 2,340,206,155 |
| Objectivo 2: Incrementar a procura dos Serviços de PF e Contracepção. | \$2,710,860 | 94,880,100 |
| Objectivo 3: Reforçar o sistema de gestão, monitoria e avaliação dos Serviços de PF e Contracepção. | \$1,580,000 | 55,300,000 |
| Objectivo 4: Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação. | \$ 5,500 | 192,500 |
| Total | \$71,949,511 | 2,490,578,755 |
| Financiamento garantido | \$35,238,364 | 1,233,342,757 |
| Lacuna de financiamento | \$35,921,029 | 1,257,235,998 |

Taxa de cambio usado: 35 MT/USD

Como foi referido, o custo total da Estratégia é estimado em \$71,949,511, contudo, foi garantido pelo MISAU ou pelos Parceiros de Cooperação que trabalham nesta área, um valor de \$35,238,364 até 2015 (49.5%), o que significa que existe uma lacuna de financiamento de \$35,921,029. É fundamental a mobilização de recursos para garantir a implementação das diferentes actividades definidas nesta Estratégia para assim garantir a consecução dos resultados esperados até 2015.

5. MONITORIA, AVALIAÇÃO e PESQUISAS

A monitoria visa apoiar os processos de planificação e de tomada de decisões, desde a identificação, alocação e distribuição de recursos até à implementação das actividades para o alcance dos objectivos da Estratégia de PF. Para o efeito já foram definidos indicadores e revistos os instrumentos de registo e notificação (Anexo 2). Os dados relativos às actividades realizadas nos Serviços de PF são recolhidos diariamente pelas US, resumidos mensalmente e trimestralmente e enviados aos SDSMAS, que por sua vez compilam os dados de todas as US do Distrito numa base mensal e trimestral e enviam às DPS, que por seu turno e numa periodicidade igual, envia os dados da província para a Direcção Nacional de Planificação e Cooperação – Departamento de Informação para a Saúde.

No âmbito do PF, o SIS recolhe dados relativos à distribuição de todos métodos contraceptivos definidos pelo programa (distribuição directa às clientes), para além de dados sobre o número de mulheres que são novas clientes de qualquer dos métodos e o número de mulheres em consultas seguintes por método.

As actividades de supervisão são realizadas, de forma integrada, para prestar apoio técnico, discutir os avanços e constrangimentos, discutir as necessidades, encontrar soluções consensuais e controlar a qualidade da informação prestada através dos relatórios de actividades.

O impacto das actividades de PF tem sido avaliado através de inquéritos e estudos de comunidade como o Inquérito Demográfico de Saúde (realizado a cada 5 anos em coordenação com o INE), e outros como o Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS).

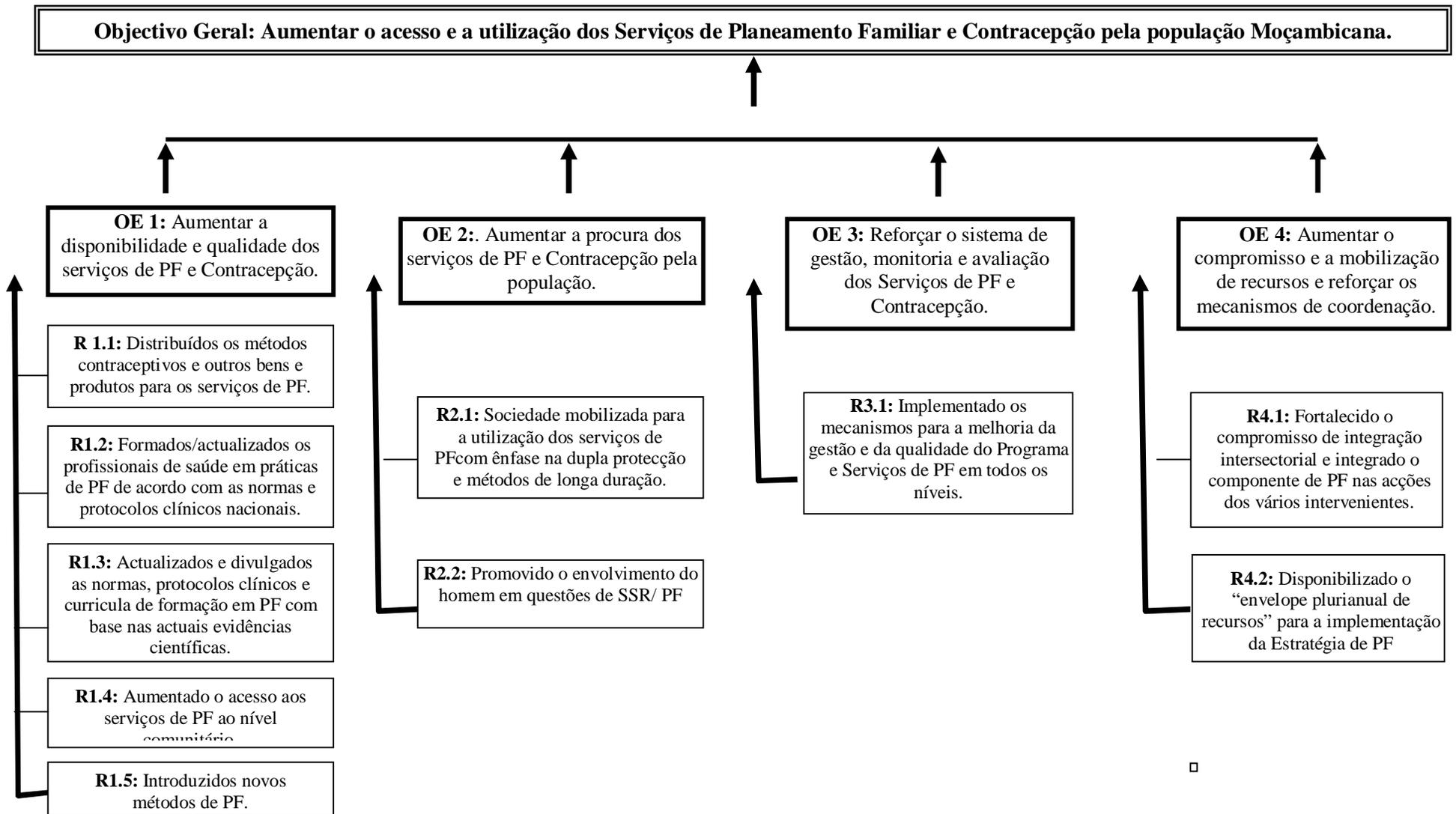
Os indicadores apresentados na Matriz de Monitoria e Avaliação irão fornecer informação para verificar em que medida a Estratégia de PF e Contracepção está a ser implementada, considerando os objectivos, resultados e metas definidos.

Ao longo do processo de implementação serão também realizadas actividades de monitoria da qualidade da atenção que compreenderão o acompanhamento, pelas US e por pessoal externo às US, do cumprimento dos Padrões de Desempenho, e a realização de pesquisas operacionais como inquéritos de satisfação dos clientes à saída dos Serviços de Planeamento Familiar e Contracepção, assim como de outros serviços relacionados (alta após o parto, consulta pós-parto, cuidados pós-aborto, PTV, consultas de ITS e ATS).

Estudos e pesquisas deverão ser desenvolvidos para testar a viabilidade de incorporação de métodos contraceptivos de longa duração, como a Medroxi Progesterona ou outros, na oferta de serviços a nível comunitário; para estudar cómo orientar os serviços aos casais e não apenas as mulheres; e inquéritos sobre a disponibilidade de contraceptivos nas US.

Em Outubro e Novembro de 2015 será realizada uma avaliação geral da implementação da Estratégia que compreenderá a avaliação do processo de gestão programática, gestão logística de contraceptivos e qualidade dos serviços.

a. **Grelha de Resultados**¹²



¹² OE – Objectivo Estratégico; R – Resultado

b. Matriz de Monitoria e Avaliação

Indicadores de Impacto

| INDICADOR | Fonte/ Meio de Verificação | Linha de Base | Meta 2011 | Meta 2012 | Meta 2013 | Meta 2014 | Meta 2015 |
|---|----------------------------------|--|--|-----------|-----------|-----------|---|
| OE: Aumentada a utilização dos Serviços de Planeamento Familiar e Contraceção pela população Moçambicana. | | | | | | | |
| Taxa de Prevalência de Utilização de Métodos Contraceptivos Modernos (mulheres casadas/unidas) | IDS | IDS 2003: 14% | 26% | | | | 34% |
| Necessidades Satisfeitas na Procura de Serviços de PF | IDS | IDS 2003: 47% Rural – 40%; Urbano – 59% | | | | | 75% |
| Percentagem de Mulheres e Homens que conhece algum método de PF (por área de residência) | IDS | Mulheres: IDS 2003: 92.4%; Rural – 90.2%, Urbano – 97.7% Homens: IDS 2003: 96.1%; Rural – 93.3%, Urbano – 99.7% | Mulheres R: 95% U: 99% Homens: R: 96% U: 100% | | | | Mulheres R: 99% U: 100% Homens: R: 99% U: 100% |
| A percentagem de jovens entre os 15 e os 19 anos que já estiveram alguma vez grávidas | IDS | IDS 2003: 41% Rural – 49%; Urbano – 32% | R: 44% U: 28% | | | | R: 35% U: 20% |
| Percentagem de Adolescentes e Jovens entre os 15-24 anos que usaram preservativo na última relação sexual com parceiro não conjugal ou não co-habitando | IDS MICS INSIDA | MICS 2008: 44.4% Rural – 23%, Urbano – 58.4% Homens: 37.3% e mulheres: 32.4% (INSIDA) | R: 28% U: 62% | | | | R: 38% U: 69% |
| % de Novas Utentes em métodos modernos de planeamento familiar | SIS Modulo Básico | 13.9% (2009) | 16% | 17% | 18% | 19% | Por definir |

Indicadores de Processo

| Resultados Esperados | Indicador | Meta 2015 | Meio de verificação (MdV) | Responsável pelo MdV |
|--|---|------------------|---------------------------|----------------------|
| Objectivo 1: Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e Contraceção. | | | | |
| 1.1 Adquiridos e distribuídos os métodos contraceptivos e outros bens e produtos para os serviços de PF. | % de contraceptivos adquiridos de acordo com plano de procura | 100% (2011-2015) | Relatório CMAM | DSMC, CMAM, |

| | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--|
| 1.2 Formados/actualizados os profissionais de saúde em práticas de PF de acordo com as normas e protocolos clínicos nacionais. | Nr. de profissionais formados em logística e gestão dos bens e produtos e praticas em PF/ano | 350 Profissionais formados em 2011, 700 por ano em 2012, 2013, e 2014 | Relatórios das formações | DSMC, DPS- |
| | Nr. De modelos anatómicos adquiridos | 1650 Modelos pélvicos (para DIU) e 1050 modelos anatómicos para preservativo (750 masculinos, 300 femininos) adquiridos (2010 e 2011) | Relatório SMC | DSMC, DNAM |
| 1.3 Actualizadas e divulgadas as normas, protocolos clínicos e curricula de formação em PF com base nas actuais evidências científicas. | Curricula de formação inicial que integra a gestão e logística de PF revisto | Curricula de formação que integra gestão e logística de PF (2011) | Documento Curricula | DSMC, Depto de Formação |
| | Pacote de formação contínua que integra gestão e logística de PF | Pacote de formação contínua que integra gestão e logística de PF (2011) | Documento do pacote | DSMC e DPS |
| 1.4 Aumentado o acesso aos serviços de PF ao nível comunitário. | Pacote de formação em ATS revisto e actualizado | Pacote de formação em ATS actualizado em 2011 | Pacote de formação | DNAM, DSMC |
| 1.5 Introduzidos novos métodos de PF. | Estudo realizado sobre a introdução do implante no país | Estudo divulgado em 2012 | Documento publicado | DSMC, DNAM, SDSMAS-US |
| Objectivo 2: Incrementar a procura dos Serviços de PF e Contraceção. | | | | |
| 2.1 Sociedade mobilizada para a utilização dos serviços de PF com ênfase na dupla protecção e métodos de longa duração. | PF incluído no Guião de Orientação e serviços oferecidos durante as semanas nacionais de saúde | Serviços e informações de PF disponíveis em todas as semanas nacionais de saúde (2010-2015) | Relatório Semanas Nacionais | DSMC, CMAM, Centro de Abastecimento, DEPROS, |
| | Levantamento do material IEC relacionado com PF realizado | Levantamento realizado em 2010 | Documento do levantamento | DSMC, DEPROS |
| | Pacote de materiais de IEC para o PF incluindo a dupla protecção e o envolvimento dos homens reproduzido | Pacote de materiais de IEC para o PF incluindo a dupla protecção reproduzidos em 2011, 2013 e 2015 | Materiais reproduzidos | DSMC, DEPROS |
| 2.2 Promovido o envolvimento do homem em questões de SSR/ PF | Estudo sobre a viabilidade de orientar os serviços aos casais realizado | Estudo divulgado | Documento publicado | DSMC e Unidade de Género |
| | Plano de acção elaborado | Plano de acção elaborado em 2012 | Documento | DSMC e Unidade de Género |

| Objectivo 3: Reforçar o sistema de gestão, monitoria e avaliação dos Serviços de PF e Contraceção. | | | | |
|---|---|---|---------------------------|----------------------------|
| 3.1 Implementados os mecanismos para a melhoria da gestão e da qualidade do Programa e Serviços de PF em todos os níveis | Nr. de avaliações realizadas da implementação da Estratégia | Divulgados os resultados da avaliação intermédia (intermédia) e avaliação final (externa) da Estratégia | Documentos de divulgação | DSMC e consultoria externa |
| | Nr. de inquéritos de levantamento de necessidades e satisfação das(os) utentes em relação aos serviços de PF e contraceção. (em 2011 e 2015) realizados | Inquéritos realizados sobre satisfação das(os) utentes; em 11 províncias (2011 e 2015) | Relatórios dos inquéritos | DSMC e INS |
| Objectivo 4: Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação. | | | | |
| 4.1 Fortalecido o compromisso de integração intersectorial e integrado o componente de PF nas acções dos vários intervenientes. | Nr. de eventos/encontros de advocacia / sobre a implementação da Estratégia de PF/ano | 1 evento de divulgação da Estratégia de PF; 2 eventos/encontros de advocacia por ano | Relatórios dos eventos | DSMC, DPC |
| 4.2 Disponibilizado o “envelope plurianual de recursos” para a implementação da Estratégia de PF | % do plano de necessidades de contraceptivos financiado pelo Orçamento do Estado /PROSAUDE II | 5% do OE/PROSAUDE II para 2011 e (10% ate 2015) | Relatório da CMAM | DSMC, DNAM/CMAM |

6. ANEXOS

Anexo 1: Pacotes de Cuidados Integrados Oferecidos por Nível de Atendimento

| | Pacote Comunitário | Pacote Mínimo | Pacote Alargado | Pacote Especializado | Categoria de pessoal |
|--|--|--|---|-----------------------------|---|
| Comunidades | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização do preservativo feminino e masculino • Disponibilização de contraceptivos orais na reposição • Palestras, debates, discussão e clarificação dos mitos sobre contracepção • Referência às US aumentando a demanda por consultas de PF | | | | Brigadas Móveis, APes, parteiras tradicionais, activistas comunitários, extensionistas rurais, OBC |
| Posto de Saúde (CS Tipo III) e CS Tipo II | | <ul style="list-style-type: none"> • IEC, incluindo a promoção do aleitamento materno; • Promoção do envolvimento do homem nos cuidados SSR-PF; • Promoção e Aconselhamento em contracepção/PF em todos os contactos; • Aconselhamento, diagnóstico e tratamento das ITS; • Aconselhamento para o despiste do cancro do colo do útero e da mama, incluindo capacitação das mulheres | | | Parteira Elementar |
| Centros de Saúde Tipo I | | | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Pós-Parto e Pós-Natal (cuidados ao recém-nascido); • Rastreio e tratamento de ITS; • Profilaxia pós-violação; • Consulta de infertilidade; • Oferta da gama completa de métodos, incluindo os de longa duração, Injectáveis, DIU, Implante e contraceptivos orais; | | <ul style="list-style-type: none"> • Parteira Elementar • ESMI Nível Básico e Médio |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Hospitais Rurais (HR), Distritais (HD) e Gerais (HG) | | em auto exame das mamas e sinais de suspeita de cancro do colo uterino; <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento e testagem para HIV/SIDA; • Referência dos casos suspeitos de ITS/HIV/SIDA, cancro do colo do útero e da mama (com base nos factores de risco) e de outras condições; • Consulta de PF e oferta de Métodos (preservativos Masculino e Feminino, Contraceptivos Orais e Injectáveis); • Contraceção de emergência | <ul style="list-style-type: none"> • Manejo dos mitos e concepções relacionadas aos métodos | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoce e tratamento de lesões pré- cancerosas do colo uterino; • Diagnóstico precoce do cancro da mama e referência; • Laqueação das trompas; • Esterilização masculina; | <ul style="list-style-type: none"> • ESMI Nível Básico e Médio • Enfermeira de SMI nível superior (obstétrica). • Técnico de Cirurgia • Medico |
| Hospitais Provinciais (HP) e Centrais (HC) | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • ESMI Nível Médio. • Enfermeira de SMI nível superior (obstétrica). • Técnico de Cirurgia • Medico |

Considerações Gerais em Relação aos Pacotes de Serviços a Serem Prestados

A institucionalização do aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos, a discussão e clarificação sobre mitos relacionados com o PF, a promoção da continuidade da utilização, bem como a referência de casos de complicações, é obrigatória e tem que ser praticada em todas as oportunidades de contacto com indivíduos em idade reprodutiva.

7. BIBLIOGRAFIA

Conselho Nacional para Combate a HIV SIDA (CNCS). Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA). Maputo: 2009

Escritório Regional Africano. Reposicionamento do Planeamento Familiar nos serviços de Saúde Reprodutiva, Quadro Estratégico para uma Acção Acelerada 2005-2014. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde. 2005.

Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquéritos Demográficos de Saúde, 1997 e 2003. Maputo: INE. 1997 e 2003.

Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito de Indicadores Múltiplos. Maputo: INE. 2008.

Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU). Sínteses da Conferência dos Ministros de Saúde da União Africana. Acesso Universal a Serviços Completos de Saúde Sexual e Reprodutiva em África. Maputo: MISAU. 2006-02-10

Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU). Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal. Maputo: MISAU. 2007

FICHA TÉCNICA

Título: Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011 - 2015

Ministério da Saúde, 2010

Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende, Maputo

www.misau.gov.mz

A elaboração deste plano contou com o apoio da PSI, UNFPA, OMS, JHPIEGO, Pathfinder International e USAID.

Desenho da capa: Leilo Albano, PSI