

CHAMADA PARA AÇÃO

Planeamento familiar pós-parto e pós-aborto: Práticas de alto impacto que devem ser expandidas através da Cobertura Universal de Saúde e do sistema de Cuidados de Saúde Primários

Apelamos às partes interessadas na saúde global e no desenvolvimento, incluindo os governos, as instituições multilaterais, os doadores e os parceiros de implementação, para que apoiem a expansão do planeamento familiar pós-parto e pós-aborto (PFPP e PFPA), intervenções cruciais para reduzir a necessidade não satisfeita de contracepção e que têm impactos comprovados na sobrevivência e no bem-estar da mãe, do recém-nascido e da criança.

A Cobertura Universal de Saúde (CUS) e do sistema de Cuidados de Saúde Primários (CSP) oferecem oportunidades únicas de promover o desenvolvimento destas intervenções de saúde e para acelerar o progresso em direcção aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Apoiamos e exortamos todas as partes interessadas a defender cinco acções prioritárias para apoiar a expansão do PFPP e do PFPA nos contextos da CUS e dos CSP:

1. Integrar o PFPP e o PFPA nos seis blocos de construção do sistema de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde, com ênfase nos elementos de gestão, governação e liderança que permitem o financiamento adequado da saúde e a afectação da mão-de-obra.
2. Envolver as comunidades na abordagem do estigma, do preconceito e das normas sociais e de género, e na compreensão da motivação e das necessidades dos utentes no acesso aos serviços de PFPP e PFPA, incluindo através de ferramentas digitais.
3. Envolver e reforçar o sector privado, apoiar a agregação de serviços, expandir o que o sector privado pode fornecer, facilitar as parcerias público-privadas e garantir a qualidade.
4. Reforçar os indicadores de cobertura do sistema de informação sobre a saúde para aconselhamento e medição voluntários da adesão ao PFPP e ao PFPA para obter dados mais fiáveis tanto do sector público como do privado.
5. Reafectar os recursos financeiros para um acesso equitativo, incluindo a transição dos recursos públicos para se concentrarem nas pessoas carenciadas; reforçar os modelos subsidiados e comerciais para os que podem pagar.

PORQUE É QUE O PFPP¹ E O PFPA² SÃO IMPORTANTES?

- Cerca de 287.000 mulheres e raparigas morrem durante a gravidez ou o partoⁱ e há mais de dois milhões de mortes de recém-nascidos por ano.ⁱⁱ
- Existem cerca de 73 milhões de abortos por ano onde perto da metade são abortos inseguros,ⁱⁱⁱ contribuindo com para 5 a 13% das mortes maternas.^{iv}
- Mais de 100.000 mortes de mães por ano poderiam ser evitadas com um maior acesso e utilização do planeamento familiar voluntário (PF), particularmente no contexto dos cuidados de maternidade e dos cuidados pós-aborto (PAC).^v
- Os países estão a assumir o compromisso de expandir o acesso à contraceção voluntária e baseada nos direitos nas suas comunidades, incluindo o PFPP e o PFPA.^{vi}
- O PFPP e o PFPA imediatos proporcionam a oportunidade de iniciar prontamente o PF, uma vez que a pessoa em risco da gravidez indesejada está dentro do sistema de saúde e não enfrenta custos ou encargos adicionais para chegar aos cuidados de saúde.
- Cada vez mais pessoas recorrem a Unidades Sanitárias públicas e privadas, bem como a abordagens de autocuidado para obter serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH), o que proporciona mais oportunidades para prover informação, serviços e materiais para PFPP e PFPA de alta qualidade.
- O acesso ao PFPP e ao PFPA é fundamental para garantir a capacidade das mulheres e raparigas de exercerem a sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) ao longo das suas vidas.

O PFPP e o PFPA partilham muitas semelhanças, mas também têm distinções importantes, incluindo o momento, a localização e o número de pontos de contacto dos serviços; o papel dos cuidados pessoais; os quadros regulamentares e jurídicos que afectam a prestação de serviços; e alguns critérios médicos de elegibilidade.

E AINDA ASSIM

- 218 milhões de mulheres e raparigas têm uma necessidade não satisfeita de contraceção em todo o mundo.^{vii}
- Quase dois terços das mulheres no pós-parto em países de baixo e médio rendimento (PRMI) têm uma necessidade não satisfeita de contraceção.^{viii}
- Em todos os PRMI, apesar de o PF ser um componente da APA, muitas utentes não recebem aconselhamento e serviços de contraceção durante a APA e, em muitos países, saem do centro de saúde sem um método de PF de sua escolha.^{xi}
- Apenas 55% das mulheres em 64 países podem tomar decisões sobre o seu próprio corpo, como escolher quando ter relações sexuais, usar contraceção e aceder a serviços de saúde.^x

QUE OPORTUNIDADES OFERECEM A CUS E OS CSP?

A CUS tem como objectivo disponibilizar serviços de saúde essenciais ao maior número possível de pessoas, sem colocar dificuldades financeiras. O alinhamento entre o PFPP e o PFPA e a CUS ocorre ao longo das três dimensões da CUS: cobertura da população, pacotes de serviços e protecção financeira.

- O PF, e em particular o PFPP e o PFPA, são elementos essenciais da continuidade dos cuidados, incluindo os cuidados pré-gravidez, o parto, ou PAC, e os períodos alargados pós-parto ou pós-aborto.

¹ O **planeamento familiar pós-parto (PFPP)** é a prevenção da gravidez indesejada e de gravidezes pouco espaçadas durante os primeiros 12 meses após o parto. (World Health Organization. 2013. *Programming strategies for postpartum family planning*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93680/9789241506496_eng.pdf)

² O **planeamento familiar pós-aborto (PFPA)** é o início e a utilização de métodos contraceptivos modernos no momento da gestão do aborto ou antes do regresso da fertilidade após o aborto. (Ver: High Impact Practices in Family Planning, 2019. *Postabortion family planning: A critical component of postabortion care*. Washington, DC: USAID. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/postabortion-family-planning/>)

- A cobertura continuará a ser incompleta enquanto uma proporção considerável de raparigas e mulheres jovens, residentes em zonas rurais e outras populações marginalizadas continuarem a ter necessidades não satisfeitas de PF nos períodos pós-parto e pós-aborto.
- As barreiras financeiras ao PFPP e ao PFPA afectam desproporcionadamente os pobres. A ênfase no acesso equitativo ao PF alinha-se com o objectivo da CUS de não deixar ninguém para trás.

Ao evitar gravidezes indesejadas, o acesso alargado ao PFPP e ao PFPA através da CUS pode diminuir as despesas de saúde e reduzir a carga sobre os sistemas de saúde, incluindo a mão-de-obra no sector da saúde. Alcançar a CUS implica tomar decisões sobre que serviços serão prestados a quem e a que custo, e garantir a protecção das populações vulneráveis e marginalizadas, incluindo os adolescentes. O PFPP e o PFPA, incluindo o aconselhamento de qualidade, devem ser incluídos nos pacotes de benefícios de saúde para concretizar o potencial da CUS à escala.

Tanto dentro como fora dos diálogos e compromissos relacionados com a CUS, uma atenção renovada ao reforço dos CSP para alcançar os ODS entre os doadores e os líderes dos países oferece uma oportunidade para assegurar o acesso e a cobertura dos serviços de PFPP e PFPA.^{xi} Os CSP têm como objectivo alcançar o nível mais elevado possível de saúde e bem-estar da população, respondendo às necessidades das pessoas o mais cedo possível ao longo do processo contínuo de promoção da saúde, tratamento e cuidados, e o mais “próximo possível do ambiente quotidiano das pessoas.”^{xii} Os serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) são componentes críticos dos CSP, e 90% dos serviços essenciais de CUS podem ser prestados através dos CSP.

COMO SE PODE CONCRETIZAR ESTA AGENDA DE ACÇÃO?

Uma chamada de 2023 reuniu instituições multilaterais, doadores, investigadores e implementadores para discutir a expansão do PFPP e do PFPA no contexto da CUS e dos CSP.^{xiii} Este grupo de peritos identificou as cinco acções prioritárias apresentadas acima, que foram aperfeiçoadas pelos co-aprovadores do presente apelo à acção. O grupo reconheceu três dimensões que criam um ambiente propício à expansão do PFPP e do PFPA (financiamento, dados e valores e normas) e identificou numerosos factores que podem actuar como facilitadores ou barreiras à expansão, alcance, qualidade e cobertura do PFPP e do PFPA. (Ver caixa de texto)

A consulta global e os encontros sobre estas questões em fóruns técnicos globais ao longo de 2023, lideradas pela FP2030 e outros parceiros,^{xiv} identificaram vários passos catalisadores para fazer avançar esta agenda de acção:

- Dadas as muitas oportunidades de integração de serviços, a liderança da comunidade de saúde materna e neonatal (SMN) é essencial para alcançar progressos na expansão do PFPP e do PFPA. As comunidades de SMN e PF devem trabalhar em conjunto para garantir que o PFPP e o PFPA sejam priorizados nas abordagens do Plano de acção para Acabar com a Mortalidade Materna Evitável e Todos os Recém-Nascidos em todo o ciclo de cuidados, desde a gravidez até ao parto, pós-natal e cuidados infantis, incluindo durante as visitas de imunização.^{xv, xvi}

Factores que afectam o ambiente propício ao PFPP e ao PFPA

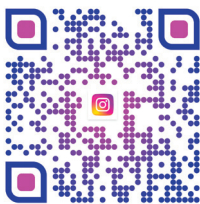
- Normas de género e respeito pela SDR
- Integração dos serviços de PF e SMN nos orçamentos, políticas e organização da prestação de serviços
- Lacunas na mão-de-obra no sector da saúde e apoio à partilha de tarefas, formação prévia e em serviço
- Plataformas, ferramentas e acesso digitais
- Papel do sector privado e abordagens de mercado total
- Aquisição de produtos e gestão da cadeia de abastecimento
- Serviços baseados na comunidade e abordagens de auto-cuidado
- Seguro social e modelos de pagamento
- Inclusão de serviços de SSR/PF nos pacotes de benefícios da CUS

- Os serviços de PFPP e PFPA devem ser incluídos nos pacotes de benefícios de saúde da CUS e priorizados nos planos de financiamento dos doadores para promover a CUS. Do mesmo modo, as intervenções de PFPP e PFPA devem ser reconhecidas como serviços integrados no âmbito dos CSP, mesmo que certos factores (por exemplo, PF durante e após o parto por cesariana) possam ser prestados em unidades sanitárias nível secundários ou outros não-primários, ou na comunidade como parte do auto cuidado.
- O PFPP e o PFPA devem ser incluídos na formação pré-serviço e em serviço dos profissionais de saúde, incluindo as parteiras, para garantir que os profissionais de saúde estão preparados para prestar estes serviços.
- As políticas devem ser revistas para garantir que não criam barreiras ao acesso aos serviços de PFPP e PFPA, por exemplo, exigindo o consentimento do parceiro. Em particular, as políticas restritivas que inibem o acesso de adolescentes e jovens ao PFPP e ao PFPA devem ser eliminadas, reconhecendo que quase metade das gravidezes entre adolescentes em PRMI são involuntárias.^{xvii}
- Finalmente, é necessário um maior financiamento, tanto da mobilização de recursos internos como dos parceiros de desenvolvimento, para apoiar os serviços da RMNCH, incluindo os produtos básicos e para expandir a mão-de-obra dos cuidados de saúde.

JUNTE-SE A NÓS NA ACÇÃO

Apelamos a todos os intervenientes para que contribuam para este esforço, incorporando e defendendo os princípios e prioridades deste Apelo à acção no seu trabalho.

Siga o código QR para saber mais



12 de Dezembro de 2023

Este Apelo à acção foi desenvolvido pelo projecto MOMENTUM Safe Surgery in Family Planning and Obstetrics, FP2030, e FIGO, com o apoio da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional e da Fundação Bill & Melinda Gates.

References

- ⁱ World Health Organization (WHO). 2023. *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ⁱⁱ United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). 2023. *Levels & trends in child mortality: Report 2022 - Estimates developed by the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation*. United Nations Children's Fund. <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2023/01/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2022.pdf>
- ⁱⁱⁱ The WHO defines unsafe abortion as "a procedure for termination of a pregnancy done by an individual who does not have the necessary training or in an environment not conforming to minimal medical standards." Maternal Health and Safe Motherhood Programme. 1993. *The prevention and management of unsafe abortion: Report of a technical working group (WHO/MSM/92.5)*. <https://iris.who.int/handle/10665/59705>
- ^{iv} WHO. 2021. *Abortion*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- ^v Ahmed, S. et al. 2012. "Maternal deaths averted by contraceptive use: An analysis of 172 countries." *The Lancet* 380 (9837): 111–25. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60478-4
- ^{vi} FP2030. 2022. *2022 Measurement report: Brief*. https://progress.fp2030.org/wp-content/uploads/2023/01/FP2030_ProgressReport2022_Brief_Final_web-2.pdf
- ^{vii} Sully, E.A. et al. 2020. *Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019*. New York: Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- ^{viii} High Impact Practices in Family Planning. 2022. *Immediate postpartum family planning: A key component of childbirth care*. Washington, DC: HIP Partnership. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
- ^{ix} High Impact Practices in Family Planning. 2019. *Postabortion family planning: A critical component of postabortion care*. Washington, DC: USAID. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/postabortion-family-planning/>
- ^x UNFPA. 2021. *State of World Population 2021. My body is my own – Claiming the right to autonomy and self-determination*. <https://www.unfpa.org/sowp-2021>
- ^{xi} See: USAID. n.d. *Preventing child and maternal deaths, A framework for action in a changing world, 2022 – 2030*. <https://www.usaid.gov/preventing-child-and-maternal-deaths>; The Primary Health Care Performance Initiative, n.d. <https://www.improvingphc.org/about-phcpi>; WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- ^{xii} WHO and UNICEF. 2018. *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
- ^{xiii} Mugenyi, C., Tripathi, V., RamaRao, S. 2023. *Revitalizing and scaling up postpartum and postabortion family planning within Universal Health Coverage: Global convening report*. <https://usaidmomentum.org/resource/ppfp-pafp-uhc-convening-report/>
- ^{xiv} FP2030. 2023. *FP2030 May newsletter*. <https://fp2030.org/news/fp2030-may-newsletter>
- ^{xv} WHO. 2014. *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241508483>
- ^{xvi} WHO and UNICEF. 2014. *Every Newborn Action Plan (ENAP)*. <https://www.who.int/initiatives/every-newborn-action-plan>
- ^{xvii} Sully, E.A. et al. 2020.