República de Moçambique

Ministério da Saúde

Estratégia para a Prevenção da Hemorragia Pós-Parto a Nível da Comunidade

2014-2015

FICHA TÉCNICA

Título: ***Estratégia para a Prevenção da Hemorragia no Pós-Parto a Nível da Comunidade.***

Ministério da Saúde - 2013

Av Eduardo Mondlane/Salvador Allende, Maputo

www.misau.gov.mz

Autores: Aida Libombo, Cassimo Bique, Maria da Luz Vaz, Lilia Jamisse, Verónica Reis, Ernestina David, Leonardo Chavane, Alicia Carbonell, Amir Modan e Nazir Amade

Revisão técnica: AMOG

Instituições colaboradoras: USAID, MCHIP-Jhpiego, VSI, OMS e UNFPA

INDÍCE:

LISTA de ACRÓNIMOS 4

PREFÁCIO: 5

Secção 1: Introdução: 6

Secção 2: Contexto em Moçambique: 7

Secção 3: Finalidade, Objectivos, Resultados Esperados e Principais Intervenções: 9

Secção 4: Implementação Operacional da Estratégia: 12

4.1 Plano Geral de Acção: 14

Secção 5: Sustentabilidade da Estratégia: 19

Secção 6: Monitoria e Avaliação: 20

6.1: Grelha de Resultados: 21

6.2: Plano de Monitoria e Avaliação: 22

Secção 7: Custos Estimados para a Implementação da 1ª Fase da Estratégia: 26

ANEXOS: 27

ANEXO 1: LISTA dos DISTRITOS SELECCIONADOS 28

ANEXO 2: POPULAÇÃO e METAS para a CPN e PARTO por DISTRITO SELECCIONADO 29

ANEXO 3: QUANTIDADE NECESSÁRIA ESTIMADA de COMPRIMIDOS de MISOPROSTOL 32

ANEXO 3: RESUMO da ESTIMATIVA do USO de UTEROTÓNICOS no TERCEIRO PERÍODO do TRABALHO de PARTO 34

LISTA de ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMOG	Associação Moçambicana de Ginecologistas&Obstétras
APE's	Agentes Polivalentes Elementares
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
COEB	Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos
COEC	Cuidados Obstétricos de Emergência Completos
DEPROS	Departamento de Promoção para a Saúde
DFC	Departamento de Formação Contínua
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DSMC	Departamento de Saúde da Mulher e Criança
HPP	Hemorragia Pós-Parto
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PTs	Parteiras Tradicionais
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social

PREFÁCIO

Perto de 2015, ano estabelecido para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, ainda existem muitos desafios para o cumprimento das metas que foram estabelecidas. O Objectivo 5, relativo à Saúde Materna, que institui a redução da mortalidade materna em 75% (3/4), está longe de ser alcançado a nível global pois ainda muitas mulheres morrem por complicações durante a gravidez ou parto que podem ser prevenidas. A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é uma destas complicações, contribuindo para 31% das Mortes Maternas a nível global (cerca de 100.000 mortes anuais).

Moçambique não está longe desta realidade. A análise feita na Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em 2008, sobre as mortes maternas ocorridas nas Unidades Sanitárias, mostra que a HPP contribuiu para 30.7% de todas as mortes maternas institucionais no país, não sabemos contudo quantas mais, de entre as mulheres que tiveram o seu parto na comunidade, morrem por esta complicação obstétrica.

Para fazer face a esta problemática, o Ministério da Saúde desenvolveu esta Estratégia para a Prevenção da Hemorragia no Pós-Parto a nível da Comunidade, baseando-se nas recomendações da Organização Mundial da Saúde que preconiza a utilização de uterotónicos durante o terceiro estadio do trabalho de parto para todas as mulheres. Assim, aonde o parto é feito por pessoal não qualificado, como Parteiras Tradicionais e Agentes Comunitários de Saúde, a OMS recomenda a administração de Misoprostol, com o apropriado treino do pessoal que vai administrar esta droga.

Esta Estratégia deve guiar a implementação de intervenções a nível nacional para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP) a nível da comunidade tendo como grupo alvo de provedores de saúde as Parteiras Tradicionais, Agentes Comunitários de Saúde e APE's.

Neste contexto, encorajo todos os intervenientes nesta estratégia a darem a sua contribuição visando o alcance dos resultados preconizados para a redução da incidência da hemorragia pós-parto (HPP) a nível da comunidade.

O Ministro da Saúde

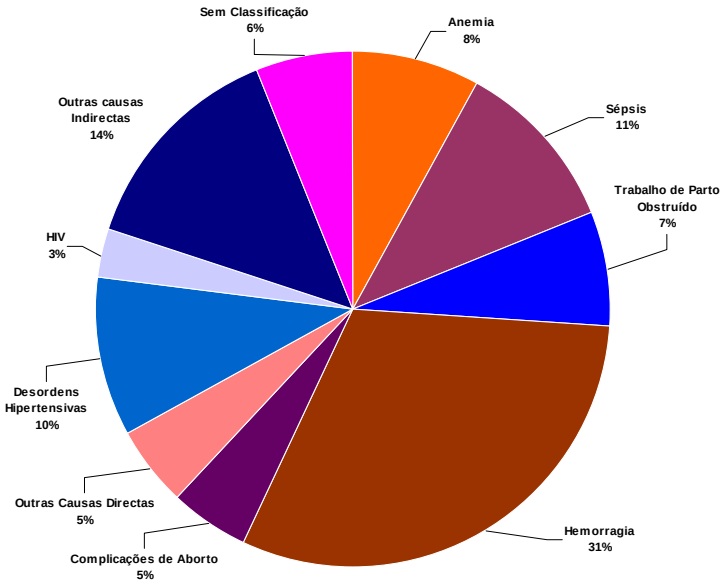
Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguele
(Medico, Especialista em Saúde Publica)

Secção 1: Introdução:

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é definida como uma perda de sangue de cerca de 500 ml ou mais durante as primeiras 24 horas após o parto, e se a perda de sangue for de 1000 ml ou mais durante o mesmo período de tempo, é considerada uma HPP severa. Esta condição pode levar a mulher à morte em menos de 2 horas.

A HPP ocorre em aproximadamente 2% de todas as mulheres que têm parto, sendo uma das principais causas de morte materna no mundo, contribuindo para 31% destas mortes (cerca de 100.000 mortes anuais [(1)]). Nos países em desenvolvimento cerca de 14 milhões de mulheres, ou seja 26 mulheres por minuto, passam por uma hemorragia obstétrica.

Gráfico 1: Causas de Morte Materna



Adaptado da: OMS Análise das Causas de Morte Materna: Uma Revisão Sistemática. The Lancet, vol 367, Abril 1, 2006.

A HPP contribui também significativamente para a morbilidade e incapacidade materna, assim como para outras condições maternas severas associadas com a perda substancial de sangue, incluindo choque e disfunção ou falência orgânica [(2)].

A atonia uterina é a causa mais comum de HPP, contudo o trauma genital (lacerações vaginais e cervicais), ruptura uterina, retenção de produtos placentares, ou alterações da coagulação podem também causar HPP. Embora a maioria das mulheres que tem uma HPP não apresente factores de risco ou uma causa clínica previamente identificável, as gravidezes múltiplas e a grande multiparidade estão associadas a um risco aumentado desta patologia. A HPP pode ser agravada por uma anemia pré-existente, e nestes casos, a perda de um pequeno volume de sangue pode resultar em complicações clínicas graves.

Para a prevenção da HPP causada por atonia uterina, a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda a utilização de uterotónicos durante o terceiro estadio do parto para todas as mulheres

---

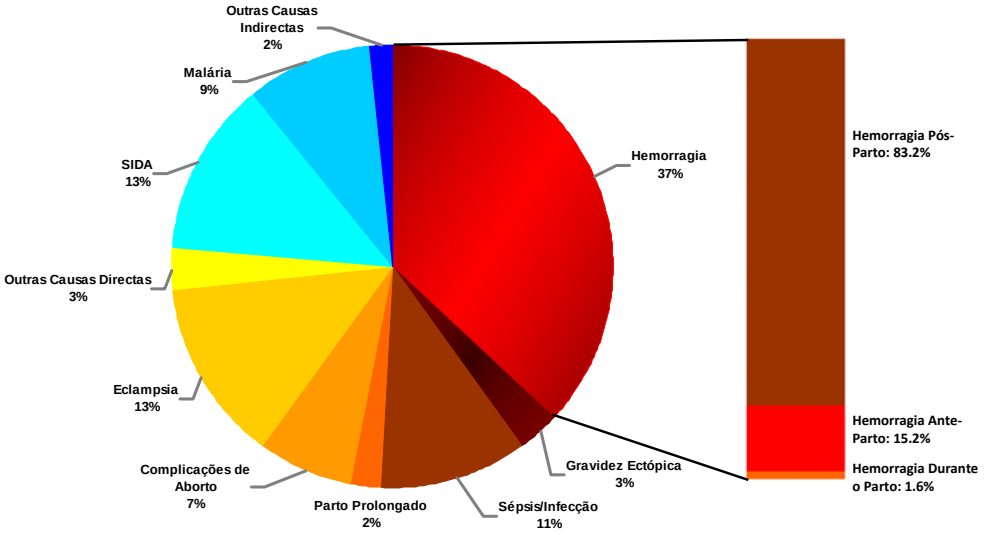
[1] Khan et al. WHO Analysis of causes of maternal death: a systematic review. The Lancet, March 28, 2006.
[2] WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012.

[2]. A droga de eleição deve ser a Oxitocina ou o Misoprostol, contudo em lugares onde a Oxitocina não está disponível pode ser utilizada a Metilergometrina (que deve ser evitada em mulheres com transtornos hipertensivas). Em lugares aonde o atendimento ao parto é feito por pessoal não qualificado, como Parteiras Tradicionais e Agentes Comunitários de Saúde, é recomendada a administração de Misoprostol, com o apropriado treino do pessoal que vai administrar esta droga.

Secção 2: Contexto em Moçambique:

Em Moçambique, de acordo com dados da Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal realizada em 2008, que fez uma análise de todas as mortes maternas ocorridas nas Instituições de Saúde, a HPP contribuiu para 30.7% de todas as mortes maternas, e para 83.2% de todas as causas de hemorragia obstétrica (Gráfico 2). As principais causas da HPP foram a ruptura uterina (55.9%), a atonia uterina (35.7%), a retenção placentar (3.3%) e outras causas (5.2%).

Gráfico 2: Causas de Morte Materna *(Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal, MISAU, 2008)*



Para reduzir o número de casos de HPP e de condições maternas severas decorrentes, o Ministério da Saúde tem vindo a rever e actualizar periodicamente as normas e guiões nacionais de Atenção ao Parto e Complicações Obstétricas, e a implementar intervenções tais como os Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos (COEmB) e Completos (COEmC) desde 1995, assim como, desde 2009, a implementação da Iniciativa Maternidade Modelo que promove a implementação de COEmB e COEmC numa perspectiva de humanização e melhoria da qualidade dos Serviços com base em padrões de desempenho.

As principais acções indicadas para a prevenção e manejo da HPP são:

- A realização do manejo activo do terceiro período do parto para todos os partos institucionais, utilizando a Oxitocina como droga de eleição [3] para a prevenção da atonia uterina;

---

[3] No relatório sobre "Quality and Humanization of Care Assessment – Study of Maternal and Newborn Care in Mozambique's Model Maternities" (Relatório: Janeiro de 2013) a Oxitocina estava disponível em 88.4% das Unidades Sanitárias estudadas.

- O preenchimento completo e a utilização do partograma para monitoria do trabalho de parto e tomada atempada de decisão para reduzir os casos de ruptura uterina;
- A vigilância constante e cuidadosa da mulher especialmente nas duas primeiras horas após o parto;
- O manejo atempado e correcto dos casos de hemorragia obstétrica e das condições maternas severas decorrentes.

No entanto, tendo em consideração que a cobertura de partos institucionais, ou assistidos por pessoal qualificado, é de 54.3% ([4]), significando que cerca de 46% dos partos são assistidos na comunidade, maioritariamente por parteiras tradicionais, a Associação Moçambicana de Obstétras&Ginecologistas (AMOG), junto com a Venture Strategies Innovations (VSI), levaram a cabo, entre 2009-10, um estudo piloto para avaliar a efectividade de distribuição de Misoprostol para a prevenção da HPP a nível comunitário, através de dois métodos de distribuição: na consulta pré-natal, por enfermeiras de saúde materno-infantil (ESMI), e na comunidade, por parteiras tradicionais.

Este estudo decorreu em 4 Distritos e envolveu 11.927 mulheres cujos resultados permitiram concluir que a distribuição através da Consulta Pré-Natal ou através das Parteiras tradicionais tem potencial de aumentar significativamente o número de mulheres que recebem uma droga uterotónica, principalmente das grávidas que tiveram parto fora da Unidade Sanitária já que todas tomaram Misoprostol para prevenção da HPP. Ficou também demonstrado que para os partos domiciliares, o Misoprostol é uma droga segura e efectiva fortemente aceitável pelas mulheres.

Para o Ministério da Saúde (MISAU) a prevenção e manejo da HPP nas unidades sanitárias é uma prioridade, incluindo intervenções que possam prevenir mortes e morbilidade por HPP na comunidade. Desta forma, considerando as recomendações da OMS para a Prevenção e Tratamento da HPP, os resultados e lições aprendidas do estudo realizado no País sobre o Misoprostol, o MISAU decidiu desenvolver uma Estratégia para a Prevenção da HPP a nível da Comunidade, que guiará a implementação de intervenções com esta finalidade.

Numa primeira fase de 2 anos (2013-2015) esta estratégia será implementada em 35 distritos (Lista em Anexo 1) que foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

- Alta percentagem de partos a nível da comunidade;
- Acesso razoável às Unidades Sanitárias no caso das mulheres que tenham complicações durante obstétricas durante o parto;
- Existência de Casas de Espera nas Unidades Sanitárias;
- População ou densidade populacional do distrito;
- Existência de Parteiras Tradicionais que trabalham com a Saúde, e de APEs.

[4] Mozambique, IDS 2011.

Secção 3: Finalidade, Objectivos, Resultados Esperados e Principais Intervenções:

Esta Estratégia tem como finalidade:

Reduzir a incidência da hemorragia pós-parto (HPP) a nível da comunidade através da utilização do Misoprostol para a sua prevenção.

Os objectivos, resultados esperados e principais intervenções a serem implementadas são:

Objectivo 1: Promover a utilização do Misoprostol para a prevenção da HPP nas mulheres que têm parto na comunidade em 35 Distritos do País, numa primeira fase de 2 anos.

Resultados Esperados:

1.1 APE's e Parteiras Tradicionais treinados para realizar a prevenção da HPP através da correcta utilização do Misoprostol;

1.2 Assegurada a distribuição de Misoprostol na Consultas Pré-Natais e pelas PTs/APEs nos distritos seleccionados, assim como a educação e aconselhamento sobre a utilização correcta desta droga;

1.3 Monitorada a distribuição do Misoprostol tanto a nível da Consulta Pré-Natal como da Comunidade (APEs e PTs);

Principais intervenções/Actividades:

- Elaborar um pacote de formação para as PTs, APEs e Agentes Comunitários de Saúde sobre a hemorragia pós-parto e a sua prevenção através da correcta utilização do Misoprostol;
- Desenvolver materiais de IEC nas principais linguas locais para distribuição às mulheres, sobre o uso correcto do Misoprostol no terceiro período do trabalho de parto, onde quer que este ocorra, para a prevenção da hemorragia pós-parto.
- Realizar o levantamento das comunidades, APEs e PTs que operam a nível das comunidades/aldeias seleccionadas dos distritos definidos;
- Elaborar um plano provincial/distrital para a formação dos APEs e PTs identificados sobre a prevenção da HPP e utilização correcta do Misoprostol;
- Incluir a distribuição do Misoprostol nos Livros e Fichas de Registo da Consulta Pré-Natal;
- Assegurar que a mulher grávida que recebe Misoprostol nas US seja identificada, através do registo da distribuição desta droga na Ficha Pré-Natal ou na Caderneta de Saúde da Mulher;
- Rever a ficha de recolha e reporte de dados da PT e do APE para incluir o registo da utilização do Misoprostol a nível da comunidade;

Objectivo 2: Promover a utilização da Consulta Pré-Natal e o Parto Institucional nos 35 distritos, assim como melhorar as condições de referência entre a Comunidade e as Instituições de Saúde, nas comunidades com maior número de população dentro dos 35 Distritos seleccionados.

Resultados Esperados:

2.1 Aumentada a sensibilização da comunidade para a promoção da realização da 1ª CPN antes das 16 semanas de gestação e para o cumprimento do calendário de pelo menos 4 CPN por gravidez, assim como para o aconselhamento e mobilização das mulheres grávidas para o parto institucional;

2.2 APE's e Parteiras Tradicionais treinados para a identificação e referência atempada de casos de complicações durante o parto a nível da comunidade (principalmente na presença de factores que possam conduzir a uma HPP);

2.3 Implementadas acções a nível das comunidades com maior número de população, envolvendo Lideres Comunitários e Comités de Saúde da Aldeia, para o estabelecimento de sistemas de transporte comunitário para as grávidas e parturientes com complicações obstétricas;

2.4 Monitorada a referência de casos de complicações obstétricas da Comunidade para as Instituições de Saúde;

Principais intervenções/Actividades:

- Incluir a identificação e referência atempada de casos de complicações durante o parto a nível da comunidade (principalmente na presença de factores que possam conduzir a uma HPP) no pacote de formação para as PTs, APEs e Agentes Comunitários de Saúde;
- Incluir nos materiais de IEC a serem distribuídos às mulheres, mensagens de sensibilização para promover o atendimento e cumprimento do calendário das Consultas Pré-Natais, assim como para a sensibilização e promoção do parto institucional. Estes materiais e mensagens serão divulgados pelos APEs, PTs, outros agentes comunitários de saúde e pelas Brigadas Móveis de Saúde;
- Incluir, na ficha de recolha e reporte de dados da PT e do APE, a referência de grávidas para o parto institucional, assim como a referência de complicações obstétricas;
- Realizar o levantamento das experiências bem-sucedidas sobre o envolvimento da Comunidade e dos Comités de Saúde da Aldeia na implementação de sistemas de transporte comunitário. Estas experiências serão discutidas com a Comunidade e os Comités de Saúde de Aldeias seleccionadas dentro dos distritos definidos;
- Explorar a possibilidade de aquisição do dispositivo pneumático anti-shock para utilização a nível da comunidade, utilizando a experiência levada a cabo pela Pathfinder em alguns distritos e US do país.

Objectivo 3: Assegurar a disponibilidade de Misoprostol, nas quantidades necessárias para a prevenção e tratamento da HPP, evitando a ruptura de stock desta droga nas US e Comunidades seleccionadas dos distritos definidos.

Resultados Esperados:

3.1 Assegurada a previsão adequada das necessidades e a aquisição de Misoprostol para a prevenção e tratamento da HPP a nível da comunidade, tanto para a distribuição nas Consultas Pré-Natais como pelas PTs/Agentes Comunitários de Saúde/APEs;

3.2 Assegurada a gestão e controle logístico do Misoprostol, assim como a sua distribuição regular para as US e Comunidade.

Principais Intervenções/Actividades:

- O "Task-Force" de Bens e Produtos para a Saúde Reprodutiva fará a estimativa da previsão de necessidades em Misoprostol para a implementação desta Estratégia, considerando a população do distrito, o número de grávidas e de partos previstos, assim como as coberturas da CPN e do Parto Institucional em 2011 e o seu crescimento até 2015.

- Desenvolver actividades de advocacia junto aos principais parceiros de cooperação para assegurar a aquisição da quantidade necessária de Misoprostol como uma droga cuja utilização será expandida.

- A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), como elemento da Task-Force de B&P para a SR, irá desenvolver e implementar um plano para assegurar a gestão, controle logístico e distribuição do Misoprostol.

Objectivo 4: Assegurar o estabelecimento de uma gestão efectiva (incluindo a monitoria e avaliação) e o financiamento necessário para a implementação desta Estratégia aos vários níveis.

Resultados Esperados:

4.1 Assegurada a incorporação desta Estratégia como uma das intervenções prioritárias dentro das políticas, planos e estratégias nacionais do MISAU na área da Saúde Materna, Neonatal e Infantil;

4.2 Garantida a integração efectiva da implementação desta Estratégia dentro dos processos regulares de gestão de programas a todos os níveis do MISAU;

4.3 Assegurado o envelope de recursos financeiros necessários para a implementação da primeira fase da Estratégia;

4.4 Assegurada a Monitoria e Avaliação da implementação da primeira fase da Estratégia.

Principais Intervenções/Actividades:

- Aquando da revisão do Plano Nacional Integrado para a Alcance dos ODMs Nº 4 e 5, e da Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, esta Estratégia será incluida como uma das suas intervenções prioritárias;

- Fazer a divulgação desta Estratégia a todas as Províncias, assim como prestar apoio às DPS para garantir a integração efectiva da sua implementação dentro dos seus processos regulares de gestão de programas, que incluirá:

  - ✓ O levantamento das ONGs e Parceiros que operam a nível da comunidade nos distritos/localidades seleccionadas, para assegurar uma gestão e coordenação efectiva com estes parceiros;

  - ✓ A elaboração de um Plano de Actividades por Província e respectivo Orçamento, considerando os levantamentos realizados em cada distrito seleccionado (após a identificação especifica das US, Comunidades, PTs e APEs);

  - ✓ A identificação de profissionais a nível de cada Província e dos parceiros locais que trabalham a nível dos Distritos seleccionados, para a sua formação como formadores para fazerem a capacitação das PTs/APEs/ACSs;

- Realizar um encontro com os principais parceiros de cooperação, quer a nível central quer a nível provincial/distrital, coordenado pelo MISAU, para discutir as necessidades, custos e apoio de cada parceiro, a fim de assegurar o envelope de recursos necessários para a implementação do Plano de Implementação da Estratégia na província;

- Realizar encontros periódicos, aos vários níveis, para monitoria e avaliação da implementação da Estratégia;

Secção 4: Implementação Operacional da Estratégia:

Por consenso foi seleccionada a Associação Moçambicana de Ginecologistas & Obstétras (AMOG) como Parceiro Nacional Ponto Focal que irá apoiar o Departamento de Saúde da Mulher e Criança (DSMC) na gestão e implementação da Estratégia. É papel principal deste parceiro, em conjunto com o DSMC e com o apoio de parceiros como a USAID, MCHIP, UNFPA, OMS e VSI:

1. Elaborar o pacote de materiais para o treino das PTs/APEs/ACSs, e de materiais de IEC para divulgação de mensagens a nível das Consultas Pré-Natais e Comunidade;

2. Rever e actualizar a ficha de recolha de dados para a PT/APE/ACS para incluir dados sobre a oferta de Misoprostol e referência de complicações obstétricas (principalmente casos de HPP);

3. Apoiar as províncias na elaboração dos planos de acção, orçamento e previsão de

necessidades, assim como na inclusão deste plano de acção nos Planos de Acção Provinciais para 2014 e 2015;

4. Fazer a formação dos Formadores para a capacitação das PTs/APEs/ACSs;

5. Realizar visitas de supervisão e apoio técnico às províncias e distritos (e quando necessário a algumas comunidades);

6. Assegurar o cumprimento do plano de monitoria a avaliação (Secção 6).

Com já referido, para assegurar uma coordenação e implementação operacional efectivas, será discutida e analisada com as Direcções Provinciais de Saúde e Serviços Distritais da Saúde, Mulher e Acção Social, a selecção e o envolvimento de ONGs Nacionais ou Internacionais que trabalham com as comunidades dos Distritos seleccionados principalmente para a implementação de actividades como a formação e supervisão regular de PTs e APEs, assim como para assegurar a distribuição e controle do Misoprostol a ser distribuído a estes Agentes Comunitários de Saúde.

Neste documento é apresentado um Plano Geral de Actividades da Estratégia com a finalidade de fornecer orientações para o processo de elaboração do Plano de Acção Detalhado a nível de cada Província.

4.1 Plano Geral de Acção:

Objectivos/Principais Actividades	Responsabilidade	Cronograma																							
		2014												2015											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec
OBJECTIVO 1: Promover a utilização do Misoprostol para a prevenção da HPP nas mulheres que têm parto na comunidade em 35 Distritos do País, numa primeira fase de 2 anos.																									
Actividade 1.1: Definir critérios de selecção e seleccionar as Comunidades em cada Distrito *(inclui a elaboração de um Guião para o mapeamento e selecção).*	- DSMC e AMOG - DPS - SDSMAS																								
Actividade 1.2: Fazer o mapeamento das comunidades/aldeias com maior número de população em cada Distrito	- DPS - SDSMAS																								
Actividade 1.3: Fazer um mapeamento das PTs, APEs e de outros agentes comunitários de saúde que operem a nível das comunidades/aldeias seleccionadas.	- DPS - SDSMAS																								
Actividade 1.4: Desenvolver/rever materiais de IEC para a utilização correcta do Misoprostol.	- AMOG - DSMC - Parceiros																								
Actividade 1.5: Reproduzir os materiais de IEC.	Idem																								
Actividade 1.6: Assegurar a distribuição dos materiais de IEC a cada Parteira Tradicional e APE que operam nas comunidades/aldeias seleccionadas.	Idem - SDSMAS e Resp das US																								
Actividade 1.7: Rever os materiais do Pacote Integrado de Formação Nº 1 (Intervenções a nível da Comunidade) para incluir um Módulo sobre a HPP, prevenção e utilização correcta do Misoprostol.	- AMOG - Grupo de Trabalho do Pacote 1 - DSMC																								
Actividade 1.8: Fazer a formação (2 dias) das PTs e APEs seleccionados, sobre a HPP, prevenção e utilização correcta do Misoprostol.	- SDSMAS - ESMI Resp das US de Referência para as Comunidades Seleccionadas - Formadores Provinciais - AMOG e DSMC																								
Actividade 1.9: Fazer visitas/encontros regulares com as PTs e APEs (1 vez por trimestre) para discussão dos sucessos atingidos, constrangimentos, discussão de casos de morte e de referências, solução de problemas e reabastecimento de Misoprostol.	- SDSMAS - ESMI Resp das US de Referência para as Comunidades Seleccionadas																								

Objectivos/Principais Actividades	Responsabilidade	Cronograma																							
		2014												2015											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec
Actividade 1.10: Incluir a distribuição de Misoprostol no Livro de Registo da Consulta Pré-Natal e Ficha Mensal de Reporte de dados do SIS.	- DSMC - AMOG - Parceiros do Grupo de Trabalho dos Livros de Registo	Nov 2013																							
Actividade 1.11: Distribuir Misoprostol a nível da CPN nas US seleccionadas.	- ESMI Resp das US de Referência para as Comunidades Seleccionadas																								
Actividade 1.12: Rever e actualizar a ficha de recolha e reporte de dados das PTs e APEs para incluir a utilização do Misoprostol.	- AMOG - DSMC - Parceiros																								
Actividade 1.13: Discutir, definir e implementar uma metodologia de registo para a identificação pessoal da mulher que receber Misoprostol, quer a nível da CPN, quer a nível da comunidade.	- AMOG - DSMC - Parceiros																								
OBJECTIVO 2: Promover a utilização da Consulta Pré-Natal e o Parto Institucional nos 35 distritos, assim como melhorar as condições de referência entre a Comunidade e as Instituições de Saúde, nas comunidades com maior número de população dentro dos 35 Distritos seleccionados.																									
Actividade 2.1: Incluir no Pacote de Formação para os APEs, PTs e ACSs aspectos para a identificação e referência atempada de casos de complicações obstétricas durante o parto a nível da comunidade.	- AMOG - Grupo de Trabalho do Pacote 1 - DSMC																								
Actividade 2.2: Incluir no pacote de materiais de IEC, mensagens de sensibilização para promover o atendimento e cumprimento do calendário das Consultas Pré-Natais, assim como para a sensibilização e promoção do parto institucional.	- AMOG - Grupo de Trabalho do Pacote 1 - DSMC																								
Actividade 2.3: Incluir na ficha de recolha e reporte de dados da PT e do APE, a referência de grávidas para o parto institucional, assim como a referência de complicações obstétricas.	- AMOG - DSMC - Parceiros																								

Objectivos/Principais Actividades	Responsabilidade	Cronograma																							
		2014												2015											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec
Actividade 2.4: Fazer o levantamento das experiências bem-sucedidas sobre o envolvimento da Comunidade e dos Comités de Saúde da Aldeia na implementação de sistemas de transporte comunitário a nível do País.	- SDSMAS - ESMI Resp das US de Referência para as Comunidades Seleccionadas - Parceiros Locais																								
Actividade 2.5: Realizar encontros com os Lideres Comunitários e Comités de Saúde da Aldeia para discutir e acordar sobre o modelo de transporte comunitário a ser adoptado.	Idem																								
Actividade 2.6: Realizar encontros com as ONGs e Parceiros identificados a nível provincial/distrital para discussão e envolvimento/apoio ao modelo de transporte comunitário acordado com os Lideres Comunitários e Comités de Saúde da Aldeia.	- DPS - SDSMAS																								
OBJECTIVO 3: Assegurar a disponibilidade de Misoprostol, nas quantidades necessárias para a prevenção e tratamento da HPP, evitando a ruptura de stock desta droga nas US e Comunidades seleccionadas dos distritos definidos.																									
Actividade 3.1: Realizar um encontro da Task-Force de Bens e Produtos para a Saúde Reprodutiva para discutir e acordar sobre a previsão e quantificação de necessidades de Misoprostol (quer para distribuição a nível da CPN como da Comunidade).	- DSMC - AMOG - Task-Force de Bens e Produtos para a SR - CMAM	Dez 2013																							
Actividade 3.2: Realizar actividades de advocacia junto aos Parceiros de Cooperação (UNFPA, VSI, Banco Mundial e outros) para assegurar um compromisso financeiro para a aquisição de Misoprostol.	- DSMC - AMOG	Dez 2013																							
Actividade 3.3: Discutir e acordar sobre um sistema efectivo para a distribuição de Misoprostol às PTs e APEs seleccionados.	- CMAM - AMOG - DSMC	Dez 2013																							
Actividade 3.4: Assegurar a distribuição do Misoprostol para os Distritos e US seleccionadas, utilizando o mesmo canal logístico de distribuição da Oxitocina.	- CMAM - AMOG - DSMC																								

Objectivos/Principais Actividades	Responsabilidade	Cronograma																							
		2014												2015											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec
OBJECTIVO 4: Assegurar o estabelecimento de uma gestão efectiva (incluindo a monitoria e avaliação) e o financiamento necessário para a implementação desta Estratégia aos vários níveis.																									
Actividade 4.1: Assegurar a inclusão desta Estratégia como uma intervenção prioritária dentro do Plano Nacional Integrado para a Alcance dos ODMs Nº 4 e 5, e da Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.	- DSMC - AMOG	Dez 2013																							
Actividade 4.2: Fazer a divulgação da Estratégia a nível de todoas as Provincias.	- DSMC - AMOG - Parceiros de Cooperacão de Nível Central	Dez 2013																							
Actividade 4.3: Elaborar o plano de actividades e orçamento detalhado em cada Província.	- DPS - AMOG - Parceiros																								
Actividade 4.4: Realizar um encontro com os parceiros de cooperação a nível central, e um encontro em cada província com os parceiros que operam a nível provincial e distrital para discutir o seu apoio às necessidades identificadas.	**A Nivel Central** - DSMC - AMOG **A Nivel Provincial/Distrital** - DPS - SDMAS - AMOG																								
Actividade 4.5: Definir com os parceiros de cooperação e ONGs (tanto com os de nível central como os de nível provincial/distrital) os mecanismos para o desembolso e justificação dos fundos.	Idem																								
Actividade 4.6: Identificar os formadores/supervisores provinciais (profissionais do SNS e os parceiros locais).	- AMOG - DPS - SDMAS	Dez 2013																							

Objectivos/Principais Actividades	Responsabilidade	Cronograma																							
		2014												2015											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec
Actividade 4.7: Fazer a formação dos Formadores/Supervisores Provinciais para assegurar a formação e apoio/supervisão das PTs/APEs/ACSs.	- AMOG - DEPROS/RESP																								
Actividade 4.8: Realizar visitas de supervisão e apoio técnico para assegurar uma boa gestão da implementação da Estratégia (nível central: pelo menos 1 vez por semestre a cada província; nível provincial: pelo menos 1 vez por trimestre a cada distrito)**.**	**A Nivel Central** - AMOG **A Nivel Provincial/Distrital** - DPS - Grupo de Formadores/Supervisores Provinciais - SDMAS																								
Actividade 4.9: Implementar o Plano de Monitoria e Avaliação definido.	**A Nivel Central** - AMOG **A Nivel Provincial/Distrital** - DPS																								

Secção 5: Sustentabilidade da Estratégia.

A sustentabilidade de muitas estratégias e programas tem constituído um grande problema para a saúde pública devido ao risco de descontinuidade das intervenções, principalmente porque, por um lado, as intervenções e actividades são implementadas de forma vertical sem estarem incorporadas em mecanismos de gestão e de prestação de serviços já estabelecidos, e por outro lado, principalmente nos países em desenvolvimento, os recursos financeiros existentes a nível dos orçamentos de estado para a saúde não são suficientes para responder às necessidades de uma vasta gama de programas, levando à dependência financeira de doadores e parceiros, que por sua vez também dependem dos orçamentos dos seus governos ou organizações para apoio a programas de saúde a nível externo.

No entanto, factores tais como a relevância, legitimidade e correcta inserção do programa ou estratégia em mecanismos já estabelecidos, assim como a garantia de uma gestão eficaz e a capacidade de adaptação às mudanças considerando o contexto político-institucional, podem influenciar de forma positiva a continuidade das intervenções, criando fundamentos mais robustos para garantir uma sustentabilidade, mesmo que durante um determinado período a sua implementação dependa de fundos externos.

A redução da mortalidade materna em Moçambique é um "assunto" que está na Agenda do Governo ao mais alto nível. Sendo a HPP uma das principais causas de morte materna, as intervenções para a sua prevenção fazem parte do Plano mais amplo do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade materna envolvendo várias Direcções Nacionais, Departamentos e Parceiros. Assim, durante a implementação da primeira fase desta estratégia serão desenvolvidos todos os esforços para que as intervenções e respectivas necessidades em recursos sejam inseridas nos mecanismos de gestão, financiamento, coordenação e de prestação de serviços já existentes.

Para tal, será assegurado desde o início:

- O envolvimento, coordenação e integração de várias Direcções Nacionais (principalmente a Direcção Nacional de Saúde Pública e a Direcção Nacional de Assistência Médica), assim como de outros Sectores/Departamentos do MISAU, tais como:
  - ✓ O Departamento de Formação Contínua (DFC) – para a gestão da formação de recursos humanos;
  - ✓ O Departamento de Promoção para a Saúde (DEPROS) - para a gestão de aspectos de promoção de saúde, envolvimento comunitário (como os Comités de Saúde), e de formação de APE's, PTs e ACSs para garantir que a prevenção da HPP faça parte dos TdR destes agentes comunitários de saúde;
  - ✓ A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) – para a previsão de necessidades e a gestão da cadeia logística para a aquisição e distribuição de Misoprostol e de outros bens e produtos que sejam necessários;
- Integração das actividades comunitárias definidas na estratégia em iniciativas de provisão de serviços de base comunitária já existentes a nível de cada província/distrito;

- Planificação de recursos financeiros para a continuidade das intervenções, após o término da 1a fase que terá financiamento externo, como por exemplo, a aquisição e distribuição do Misoprostol;
- Revisão e integração dos aspectos de M&A e da informação necessária nos instrumentos de recolha, análise e reporte de dados já existentes.

Secção 6: Monitoria e Avaliação

A monitoria da implementação do Plano de Acção estará sobre a responsabilidade do MISAU, através do Departamento de Saúde da Mulher e Criança (DSMC), com apoio do Parceiro Nacional identificado como Ponto Focal. A monitoria basear-se-á nos sistemas existentes, como a análise mensal/trimestral dos dados colhidos através do SIS (Componente Materna: Livros e Fichas de Resumo Mensal das Consultas Pré-Natal e da Maternidade), análise dos dados reportados pelas PTs e APEs (e compilados nos relatórios distritais), relatórios das supervisões, relatórios das Províncias e Distritos seleccionados, relatórios ou actas de encontros, de reuniões de coordenação, relatórios trimestrais sobre o progresso na implementação da estratégia, relatórios das formações e outros.

O Plano de M&A foi definido a partir da grelha de resultados que vincula a Finalidade da Estratégia aos Objectivos e Resultados Esperados. Em função dos níveis, foram definidos para medição, indicadores de resultado, produto, processo e insumos. No processo de selecção foram tomados em conta indicadores que podem ser colhidos através dos meios já referidos. No entanto, o Plano de M&A apresentado neste documento terá que ser revisto e completado, após a elaboração e compilação dos Planos Provinciais que fornecerão detalhes importantes para rever algumas metas (conforme referido no Plano de M&A nas páginas 22 a 25).

Os relatórios dos encontros, reuniões de coordenação, visitas de supervisão e de formações permitirão ter informações adicionais sobre os progressos na implementação do plano e das actividades definidas.

Como linhas de base de dados e informação, serão utilizadas as projecções (a partir do censo 2007) da população nos distritos seleccionados para o cálculo das gravidezes e partos previstos, assim como dos dados do SIS sobre coberturas atingidas para a Consulta Pré-Natal e Partos Institucionais, o que permitirá propor metas a serem atingidas até Dezembro de 2015.

No final da primeira fase desta estratégia (Dezembro de 2015) será elaborado um relatório final sobre os sucessos e progressos alcançados, constrangimentos, boas práticas e lições aprendidas. Este relatório irá servir como base para a revisão da estratégia e definição da segunda fase de expansão.

A página a seguir apresenta a Grelha de Resultados. O Plano de Monitoria e Avaliação contendo os indicadores a serem medidos é apresentado nas páginas 22 a 25.

6.1: Grelha de Resultados

FINALIDADE

Reduzir a inicidência da hemorragia pós-parto (HPP) a nível da comunidade através da utilização do Misoprostol para a sua prevenção.

Objectivo 1:

Promover a utilização do Misoprostol para a prevenção da HPP nas mulheres que têm parto a nível da comunidade em 35 distritos do País, numa primeira fase de 2 anos.

- **RE1.1:** APE's e Parteiras Tradicionais treinados para realizar a prevenção da HPP através da correcta utilização do Misoprostol.
- **RE1.2:** Assegurada a distribuição de Misoprostol a nível das Consultas Pré-Natais e das PTs/APEs nos distritos seleccionados, assim como a educação e aconselhamento sobre a utilização correcta desta droga.
- **RE1.3:** Monitorada a distribuição do Misoprostol tanto a nível da Consulta Pré-Natal como da Comunidade (APEs e PTs).

Objectivo 2:

Promover a utilização da Consulta Pré-Natal e o Parto Institucional, assim como melhorar as condições de referência entre a Comunidade e as Instituições de Saúde, nas comunidades com maior número de população dentro dos 35 Distritos seleccionados.

- **RE2.1:** Aumentada a sensibilização da comunidade para a promoção da realização da 1ª CPN antes das 16 semanas de gestação e para o cumprimento do calendário de pelo menos 4 CPN por gravidez, assim como para o aconselhamento e mobilização das mulheres grávidas para o parto institucional.
- **RE2.2:** APE's e Parteiras Tradicionais treinados para a identificação e referência atempada de casos de complicações durante o parto a nível da comunidade (principalmente na presença de factores que possam conduzir a uma HPP).
- **RE2.3:** Implementadas acções a nível das comunidades, com maior número de população, envolvendo Lideres Comunitários e Comités de Saúde da Aldeia, para o estabelecimento de sistemas de transporte comunitário para as grávidas e parturientes com complicações obstétricas .
- **RE2.4:** Monitorada a referência de casos de complicações obstétricas da Comunidade para as Instituições de saúde.

Objectivo 3:

Assegurar a disponibilidade de Misoprostol, nas quantidades necessárias para a prevenção e tratamento da HPP, evitando a ruptura de stock desta droga nas US e Comunidades seleccionadas dos distritos definidos.

- **RE3.1:** Assegurada a previsão adequada das necessidades e a aquisição de Misoprostol para a prevenção e tratamento da HPP a nível da comunidade, tanto para a distribuição nas Consultas Pré-Natais como pelas PTs/APEs.
- **RE3.2:** Assegurada a gestão e controle logistico do Misoprostol, assim como a sua distribuição regular para as US e Comunidade.

Objectivo 4:

Assegurar o estabelecimento de uma gestão efectiva (incluindo a monitoria e avaliação) e o financiamento necessário para a implementação desta Estratégia aos vários níveis..

- **RE4.1:** Assegurada a incorporação desta Estratégia como uma das intervenções prioritárias dentro das politicas, planos e estratégias nacionais do MISAU na área da Saúde Materna, Neonatal e Inafntil.
- **RE4.2:** Garantida a integração efectiva da implementação desta Estartégia dentro dos processos regulares de gestão de programas a todos os níveis do MSAU.
- **RE4.3:** Assegurado o Envelope de Recursos Financeiros necessários para a implementação da Estratégia.
- **RE4.4:** Assegurada a monitoria e avaliação da primeira fase da Estratégia.

6.2: Plano de Monitoria e Avaliação:

Nº	Indicador	Tipo de Indicador	Meios de Verificação	Linha de base	Janeiro a Dezembro de 2014	Janeiro a Dezembro de 2015
Objectivo 1: Promover a utilização do Misoprostol para a prevenção da HPP nas mulheres que têm parto a nível da comunidade em 35 distritos do País, numa primeira fase de 2 anos.						
Resultado Esperado 1.1: *APE's e Parteiras Tradicionais treinados para realizar a prevenção da HPP através da correcta utilização do Misoprostol.*						
1	Realizado o mapeamento completo e seleção das Comunidades, Aldeias, PTs e APEs	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	-	Completo em todos os Distritos até Junho de 2014	
2	% de PTs e APEs que receberam materiais de IEC	Insumo	Idem	-	100%	100%
3	Materiais do Pacote 1 Comunitário – Secção Saúde Materna – revistos de acordo com as linhas de orientação da estratégia	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	-	Completo até Fevereiro de 2014	
4	Número e % de PTs e APEs capacitados sobre o tema HPP e distribuição correcta de Misoprostol	Processo	Relatórios de Supervisão, Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS	0%	Número a ser definido após a compilação dos Planos de Acção Provinciais 100% até ao 3º Trimestre de 2014	
5	Número e % de PTs e APEs que receberam pelo menos uma visita de apoio por trimestre (ou que participaram em encontros trimestrais) de discussão dos progressos, mortes maternas e para resolução dos constrangimentos/problemas	Processo	Idem	0%	100%	100%
6	Ficha de recolha e reporte de dados das PTs e APEs revista com a inclusão da utilização do Misoprostol, referência de casos de HPP e mortes maternas (qualquer complicação)	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	-	Completo até Fevereiro de 2014	
7	% de PTs e APEs que reportam dados	Processo	Relatórios de Supervisão, Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS	-	100%	100%
8	Número de Mulheres que tiveram parto na comunidade que receberam Misoprostol através da PTs/APE/outro ACS	Resultado	Idem	0	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
Resultado Esperado 1.2: *Assegurada a distribuição de Misoprostol a nível das Consultas Pré-Natais e das PTs/APEs nos distritos seleccionados, assim como a educação e aconselhamento sobre a utilização correcta desta droga.*						
9	Número e % de Mulheres Grávidas que receberam Misoprostol na CPN	Resultado	SIS (Ficha Mensal de Recolha de dados da CPN) Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS	0	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
	Mais Indicador Nº 8					

Nº	Indicador	Tipo de Indicador	Meios de Verificação	Linha de base	Janeiro a Dezembro de 2014	Janeiro a Dezembro de 2015
Resultado Esperado 1.3: *Monitorada a distribuição do Misoprostol tanto a nível da Consulta Pré-Natal como da Comunidade (APEs e PTs).*						
10	Incluída a distribuição de Misoprostol no Livro de Registo e nas Fichas de Reporte Mensal dos Dados da Consulta Pré-Natal	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	Já incluída		
	Mais os Indicadores Nº: 6, 8 e 9					
Objectivo 2: Promover a utilização da Consulta Pré-Natal e o Parto Institucional nos 35 distritos, assim como melhorar as condições de referência entre a Comunidade e as Instituições de Saúde, nas comunidades com maior número de população dentro dos 35 Distritos seleccionados.						
Resultado Esperado 2.1: *Aumentada a sensibilização da comunidade para a promoção da realização da 1ª CPN antes das 16 semanas de gestação e para o cumprimento do calendário de pelo menos 4 CPN por gravidez, assim como para o aconselhamento e mobilização das mulheres grávidas para o parto institucional;*						
11	Número e % de Mulheres que fizeram a 1ª CPN antes das 16 S	Resultado	SIS (Ficha Mensal de Recolha de dados da CPN)	S/I	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
12	Número e % (Cobertura) de Mulheres que fizeram a 4ª CPN	Resultado	SIS (Ficha Mensal de Recolha de dados da CPN)	S/I	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
13	Número e % (Cobertura) de Partos Institucionais	Resultado	SIS (Ficha Mensal de Recolha de dados da Maternidade)	Ver dados do SIS 2011 (Anexo 2), para cada Distrito seleccionado	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
14	Número de mulheres referidas pelas PTs e APEs para a Consulta Pré-Natal	Resultado	Relatórios de Supervisão, Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS	S/I	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
15	Número de mulheres referidas pelas PTs e APEs para o parto institucional	Resultado	Idem	S/I	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
Resultado Esperado 2.2: *APE's e Parteiras Tradicionais treinados para a identificação e referência atempada de casos de complicações durante o parto a nível da comunidade (principalmente na presença de factores que possam conduzir a uma HPP);*						
16	Número de Mulheres que tiveram parto na comunidade que foram referidas para uma US por HPP ou situações decorrentes	Resultado	Relatórios de Supervisão, Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS			
17	Número de Mortes Maternas na comunidade	Resultado	Idem			
18	% de Mortes Maternas por HPP ou por situações decorrentes a nível da comunidade	Resultado	Idem			

Nº	Indicador	Tipo de Indicador	Meios de Verificação	Linha de base	Janeiro a Dezembro de 2014	Janeiro a Dezembro de 2015
Resultado Esperado 2.3: *Implementadas acções a nível das comunidades, envolvendo Lideres Comunitários e Comités de Saúde da Aldeia, dos distritos seleccionados, com maior número de população, para o estabelecimento de sistemas de transporte comunitário para as grávidas e parturientes com complicações obstétricas.*						
19	% de Comunidades que possuem sistema de transporte comunitário	Resultado	Relatórios de Supervisão, Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS	S/I	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais	A ser determinado após a compilação dos Planos de Acção Provinciais
20	Número de Mulheres que apresentam complicações obstétricas referidas para uma US	Resultado	Idem			
	Mais o Indicador Nº 16					
Resultado Esperado 2.4: *Monitorada a referência de casos de complicações obstétricas da Comunidade para as Instituições de Saúde;*						
	Indicadores Nº 16 e Nº 20					
Objectivo 3: Assegurar a disponibilidade de Misoprostol, nas quantidades necessárias para a prevenção e tratamento da HPP, evitando a ruptura de stock desta droga nas US e Comunidades seleccionadas dos distritos definidos.						
Resultado Esperado 3.1: *Assegurada a previsão adequada das necessidades e a aquisição de Misoprostol para a prevenção e tratamento da HPP a nível da comunidade, tanto para a distribuição nas Consultas Pré-Natais como pelas PTs/APEs.*						
21	Completadas as necessidades e custos estimados para a aquisição de Misoprostol	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia	-	Completo até Novembro de 2013	
22	% dos custos estimados para a aquisição de Misoprostol que foi satisfeita	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia	0%	100%	100%
23	% das Necessidades em Misoprostol que foi adquirida	Processo	Idem	0%	100% das Necessidades	100% das Necessidades
Resultado Esperado 3.2: *Assegurada a gestão e controle logístico do Misoprostol, assim como a sua distribuição regular para as US e Comunidade.*						
24	% de US seleccionadas sem ruptura de stock de Misoprostol	Insumo	Relatórios de Supervisão, Relatórios Trimestrais do Progresso da Estratégia e Relatórios Trimestrais de Balanço dos SDMAS	-	100%	100%
25	% de PTs e APEs seleccionados sem ruptura de stock de Misoprostol	Insumo	Idem	-	100%	100%

Nº	Indicador	Tipo de Indicador	Meios de Verificação	Linha de base	Janeiro a Dezembro de 2014	Janeiro a Dezembro de 2015
Objectivo 4: Assegurar o estabelecimento de uma gestão efectiva (incluindo a monitoria e avaliação) e o financiamento necessário para a implementação desta Estratégia aos vários níveis.						
Resultado Esperado 4.1: *Assegurada a incorporação desta estratégia como uma das intervenções prioritárias dentro das politicas, planos e estratégias nacionais do MISAU na área da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.*						
26	Estratégia incorporada no Plano Integrado Nacional Integrado para o Alcance dos ODMs Nº 4 e 5, e na Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Processo		-	Completa Janeiro de 2014	
Resultado Esperado 4.2: *Garantida a integração efectiva da implementação desta Estratégia dentro dos processos regulares de gestão de programas a todos os níveis do MISAU.*						
27	Elaborado o Plano de Acção e Orçamento detalhados por Provincia.	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	-	Completa até Março de 2014	
Resultado Esperado 4.3: *Assegurado o envelope de recursos financeiros necessários para a implementação da primeira fase da Estratégia;*						
28	% dos custos estimados para a implementação da Primeira Fase da Estratégia que foi satisfeita	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	0%	100%	100%
Resultado Esperado 4.4: *Assegurada a Monitoria e Avaliação da primeira fase da Estratégia.*						
29	% de Relatórios Trimestrais de Progresso da Implementação da Estratégia que foi enviada ao DSMC e Parceiros	Processo	Relatórios Trimestrais do Progresso da Implementação da Estratégia	-	100%	100%
30	Elaborado o Relatório Final da Primeira Fase da Implementação da Estratégia	Resultado	Relatório Final			Até Dezembro de 2015
31	% de Parceiros afins que receberam o relatório final	Resultado	Notas de entrega			100%

Secção 7: Custos Estimados para a Implementação da 1ª Fase da Estratégia

	Linha Orçamental	Estimativa de Orçamento			
		2014	2015	Total Orçamento por Linha Orçamental	
		Meticais	Meticais	Meticais	USD (1USD=29.85 MZN)
1	**Levantamento e selecção das Comunidades e ACS (PT's, APEs e Outros ACS)**	1.925.000,00 MZM	0,00 MZM	**1.925.000,00 MZM**	**64.489,11 USD**
2	**Elaboração e Reprodução de Materiais:**				
	Elaboração de: 1) Critérios e Guião para o levantamento e Selecção das Comunidades, PTs/APEs/ACSs; 2) Materiais de IEC (2 Folhetos): 3) Pacote de Formação para PTs/APEs/ACSs.	126.000,00 MZM	0,00 MZM	**126.000,00 MZM**	**4.221,11 USD**
	Reprodução dos Materiais	7.560.000,00 MZM	7.560.000,00 MZM	**15.120.000,00 MZM**	**506.532,66 USD**
3	**Formações:**				
	Formação de Formadores Provinciais	1.017.000,00 MZM	0,00 MZM	**1.017.000,00 MZM**	**34.070,35 USD**
	Formação dos Agentes Comunitários de Saúde (PTs, APEs e outros ACSs)	7.770.000,00 MZM	0,00 MZM	**7.770.000,00 MZM**	**260.301,51 USD**
4	**Supervisões:**				
	Supervisão aos ACSs (PTs, APEs e outros ACSs)	3.850.000,00 MZM	3.850.000,00 MZM	**7.700.000,00 MZM**	**257.956,45 USD**
	Supervisão Nível Central para Provincial	430.000,00 MZM	430.000,00 MZM	**860.000,00 MZM**	**28.810,72 USD**
	Supervisão Nível Provincial para Distrito	2.380.000,00 MZM	2.380.000,00 MZM	**4.760.000,00 MZM**	**159.463,99 USD**
5	**Misoprostol**	28.560.000,00 MZM	7.140.000,00 MZM	**35.700.000,00 MZM**	**1.195.979,90 USD**
6	**Apoio da AMOG**				
	Apoio Técnico	1.074.600,00 MZM	1.074.600,00 MZM	**2.149.200,00 MZM**	**72.000,00 USD**
	Assistente de Programas	447.750,00 MZM	447.750,00 MZM	**895.500,00 MZM**	**30.000,00 USD**
	Material de Escritório e Consumiveis para a AMOG Central e para cada Provincia	12.000,00 MZM	12.000,00 MZM	**24.000,00 MZM**	**804,02 USD**
	Computador, Impressora e máquina fotográfica	48.000,00 MZM	0,00 MZM	**48.000,00 MZM**	**1.608,04 USD**
	GRANDE TOTAL MZN	55.200.350,00 MZM	22.894.350,00 MZM	**78.094.700,00 MZM**	**2.616.237,86 USD**
	GRANDE TOTAL USD	**1.849.257,96 USD**	**766.979,90 USD**	**2.616.237,86 USD**	

ANEXOS

ANEXO 1: LISTA dos DISTRITOS SELECCIONADOS

Província	Distrito
MAPUTO PROVINCIA	MAGUDE
	MATUTUINE
	MOAMBA
GAZA	MANJACAZE
	CHIBUTO
	BILENE
	CHOKWE
INHAMBANE	ZAVALA
	MASSINGA
	HOMOINE
SOFALA	GORONGOSA
	CAIA
	NHAMATANDA
MANICA	SUSUNDENGA
	MANICA
	HR de CATANDICA
TETE	ANGONIA
	ZUMBO
	MUTARARA
ZAMBEZIA	MAGANJA DA COSTA
	MILANGE
	ALTO MOLOQUE
	NAMACURRA
NAMPULA	MONAPO
	MEMBA
	NAMAPA
	NACALA PORTO
	NACALA VELHA
CABO DELGADO	CHIURE
	MOCIMBOA DA PRAIA
	MUEDA
NIASSA	CUAMBA
	MANDIMBA
	MECANHELAS
	METARICA

ANEXO 2: POPULAÇÃO e METAS para a CPN e PARTO por DISTRITO SELECCIONADO

Província	Distrito	Cobertura da 1ª CPN em 2011	Cobertura de Partos em 2011	2014					2015				
				População	Grávidas Previstas	Partos Previstos	Número de Consultas Pré-Natais (com base na Cobertura da 1ª CPN SIS 2011 - aumento de 2% anual se cobertura é ≤ 100)	Número de Partos Institucionais (com base na Cobertura de Partos Institucionais SIS 2011 - aumento de 1% anual)	População	Grávidas Previstas	Partos Previstos	Número de Consultas Pré-Natais (com base na Cobertura da 1ª CPN SIS 2011 - aumento de 2% anual se cobertura é ≤ 100)	Número de Partos Institucionais (com base na Cobertura de Partos Institucionais SIS 2011 - aumento de 1% anual)
MAPUTO PROVINCIA	MAGUDE	77,8%	47,0%	61.068	3.053	2.748	2.560	1.374	62.000	3.100	2.790	2.661	1.395
	MATUTUINE	80,8%	46,6%	40.701	2.035	1.832	1.766	908	41.070	2.053	1.848	1.823	917
	MOAMBA	74,8%	53,3%	66.860	3.343	3.009	2.701	1.692	68.231	3.412	3.070	2.825	1.727
GAZA	MANJACAZE	94,4%	55,5%	179.847	8.992	8.093	9.029	4.736	181.999	9.100	8.190	9.319	4.793
	CHIBUTO	104,4%	59,0%	213.323	10.666	9.600	11.779	5.949	216.431	10.822	9.739	12.167	6.036
	BILENE	93,5%	60,9%	168.228	8.411	7.570	8.371	4.838	170.724	8.536	7.683	8.666	4.910
	CHOKWE	102,1%	58,7%	202.490	10.124	9.112	10.947	5.621	205.572	10.279	9.251	11.319	5.706
INHAMBANE	ZAVALA	73,1%	47,1%	157.719	7.886	7.097	6.238	3.554	159.710	7.985	7.187	6.476	3.599
	MASSINGA	99,2%	54,6%	202.201	10.110	9.099	10.637	5.239	203.666	10.183	9.165	10.917	5.277
	HOMOINE	88,7%	35,2%	125.701	6.285	5.657	5.954	2.161	127.727	6.386	5.748	6.177	2.196
SOFALA	GORONGOSA	114,8%	57,0%	153.861	7.693	6.924	9.296	4.151	159.223	7.961	7.165	9.779	4.296
	CAIA	122,5%	99,1%	143.326	7.166	6.450	8.777	6.389	147.228	7.361	6.625	9.016	6.762
	NHAMATANDA	103,5%	67,6%	272.907	13.645	12.281	14.947	8.668	282.331	14.117	12.705	15.746	8.967
MANICA	SUSUNDENGA	109,3%	57,9%	161.341	8.067	7.260	9.302	4.421	131.347	6.567	5.911	7.704	3.599
	MANICA	140,2%	76,8%	273.671	13.684	12.315	20.006	9.832	219.346	10.967	9.871	16.254	7.881
	HR de CATANDICA												0

Província	Distrito	Cobertura da 1ª CPN em 2011	Cobertura de Partos em 2011	2014					2015				
				População	Grávidas Previstas	Partos Previstos	Número de Consultas Pré-Natais (com base na Cobertura da 1ª CPN SIS 2011 - aumento de 2% anual se cobertura é ≤ 100)	Número de Partos Institucionais (com base na Cobertura de Partos Institucionais SIS 2011 - aumento de 1% anual)	População	Grávidas Previstas	Partos Previstos	Número de Consultas Pré-Natais (com base na Cobertura da 1ª CPN SIS 2011 - aumento de 2% anual se cobertura é ≤ 100)	Número de Partos Institucionais (com base na Cobertura de Partos Institucionais SIS 2011 - aumento de 1% anual)
TETE	ANGONIA	99,6%	49,5%	369.612	18.481	16.633	19.509	8.740	380.134	19.007	17.106	20.445	8.989
	ZUMBO	69,3%	28,2%	76.103	3.805	3.425	2.864	1.068	79.014	3.951	3.556	3.053	1.108
	MUTARARA	59,6%	34,8%	267.528	13.376	12.039	8.774	4.546	276.043	13.802	12.422	9.329	4.691
ZAMBEZIA	MAGANJA DA COSTA	106,1%	38,0%	310.471	15.524	13.971	17.405	5.729	314.454	15.723	14.150	17.943	5.802
	MILANGE	109,6%	43,0%	624.013	31.201	28.081	36.063	12.912	641.348	32.067	28.861	37.706	13.271
	ALTO MOLOQUE	142,5%	53,0%	360.604	18.030	16.227	26.783	9.086	375.504	18.775	16.898	28.265	9.462
	NAMACURRA	139,4%	60,4%	255.783	12.789	11.510	18.601	7.297	271.895	13.595	12.235	20.045	7.757
NAMPULA	MONAPO	142,9%	64,2%	366.992	18.350	16.515	27.313	11.106	374.801	18.740	16.866	28.269	11.342
	MEMBA	143,1%	34,8%	260.170	13.008	11.708	19.399	4.428	263.200	13.160	11.844	19.888	4.479
	NAMAPA	129,2%	38,5%	304.117	15.206	13.685	20.558	5.678	310.345	15.517	13.966	21.289	5.794
	NACALA PORTO	165,5%	90,0%	238.064	11.903	10.713	20.409	9.968	241.066	12.053	10.848	20.908	10.094
	NACALA VELHA	121,0%	46,7%	114.553	5.728	5.155	7.271	2.564	118.911	5.946	5.351	7.667	2.661
CABO DELGADO	CHIURE	155,1%	63,1%	245.116	12.256	11.030	19.747	7.291	248.381	12.419	11.177	20.258	7.388
	MOCIMBOA DA PRAIA	120,0%	67,7%	105.901	5.295	4.766	6.673	3.369	108.093	5.405	4.864	6.919	3.439
	MUEDA	174,4%	75,4%	125.427	6.271	5.644	11.313	4.422	128.510	6.426	5.783	11.720	4.531

Província	Distrito	Cobertura da 1ª CPN em 2011	Cobertura de Partos em 2011	2014					2015				
				População	Grávidas Previstas	Partos Previstos	Número de Consultas Pré-Natais (com base na Cobertura da 1ª CPN SIS 2011 - aumento de 2% anual se cobertura é ≤ 100)	Número de Partos Institucionais (com base na Cobertura de Partos Institucionais SIS 2011 - aumento de 1% anual)	População	Grávidas Previstas	Partos Previstos	Número de Consultas Pré-Natais (com base na Cobertura da 1ª CPN SIS 2011 - aumento de 2% anual se cobertura é ≤ 100)	Número de Partos Institucionais (com base na Cobertura de Partos Institucionais SIS 2011 - aumento de 1% anual)
NIASSA	CUAMBA	169,9%	73,4%	236.661	11.833	10.650	20.810	8.139	243.749	12.187	10.969	21.677	8.383
	MANDIMBA	136,8%	61,6%	176.497	8.825	7.942	12.601	5.129	182.453	9.123	8.210	13.209	5.302
	MECANHELAS	163,5%	64,0%	246.654	12.333	11.099	20.907	7.440	261.302	13.065	11.759	22.410	7.882
	METARICA	108,3%	64,2%	55.015	2.751	2.476	3.145	1.663	59.751	2.988	2.689	3.475	1.806

ANEXO 3: QUANTIDADE NECESSÁRIA ESTIMADA de COMPRIMIDOS de MISOPROSTOL

Província	Distrito	2014			2015			Número estimado de Comprimidos de Misoprostol por Província para 2014 e 2015	Número TOTAL estimado de Comprimidos de Misoprostol por Província para 2014 e 2015 (incluindo 10% para perdas e ajustes)
		População	Grávidas Previstas	Número estimado de Comprimidos de Misoprostol	População	Grávidas Previstas	Número estimado de Comprimidos de Misoprostol		
MAPUTO PROVINCIA	MAGUDE	61.068	3.053	9.159	62.000	3.100	9.300	**50.988**	**56.087**
	MATUTUINE	40.701	2.035	6.105	41.070	2.053	6.159		
	MOAMBA	66.860	3.343	10.029	68.231	3.412	10.236		
GAZA	MANJACAZE	179.847	8.992	26.976	181.999	9.100	27.300	**230.790**	**253.869**
	CHIBUTO	213.323	10.666	31.998	216.431	10.822	32.466		
	BILENE	168.228	8.411	25.233	170.724	8.536	25.608		
	CHOKWE	202.490	10.124	30.372	205.572	10.279	30.837		
INHAMBANE	ZAVALA	157.719	7.886	23.658	159.710	7.985	23.955	**146.505**	**161.156**
	MASSINGA	202.201	10.110	30.330	203.666	10.183	30.549		
	HOMOINE	125.701	6.285	18.855	127.727	6.386	19.158		
SOFALA	GORONGOSA	153.861	7.693	23.079	159.223	7.961	23.883	**173.829**	**191.212**
	CAIA	143.326	7.166	21.498	147.228	7.361	22.083		
	NHAMATANDA	272.907	13.645	40.935	282.331	14.117	42.351		
MANICA	SUSUNDENGA	161.341	8.067	24.201	131.347	6.567	19.701	**117.855**	**129.641**
	MANICA	273.671	13.684	41.052	219.346	10.967	32.901		
	HR de CATANDICA								
TETE	ANGONIA	369.612	18.481	55.443	380.134	19.007	57.021	**217.266**	**238.993**
	ZUMBO	76.103	3.805	11.415	79.014	3.951	11.853		
	MUTARARA	267.528	13.376	40.128	276.043	13.802	41.406		
ZAMBEZIA	MAGANJA DA COSTA	310.471	15.524	46.572	314.454	15.723	47.169	**473.112**	**520.423**
	MILANGE	624.013	31.201	93.603	641.348	32.067	96.201		
	ALTO MOLOQUE	360.604	18.030	54.090	375.504	18.775	56.325		
	NAMACURRA	255.783	12.789	38.367	271.895	13.595	40.785		

Província	Distrito	2014			2015			Número estimado de Comprimidos de Misoprostol por Província para 2014 e 2015	Número TOTAL estimado de Comprimidos de Misoprostol por Província para 2014 e 2015 (incluindo 10% para perdas e ajustes)
		População	Grávidas Previstas	Número estimado de Comprimidos de Misoprostol	População	Grávidas Previstas	Número estimado de Comprimidos de Misoprostol		
NAMPULA	MONAPO	366.992	18.350	55.050	374.801	18.740	56.220	**388.833**	**427.716**
	MEMBA	260.170	13.008	39.024	263.200	13.160	39.480		
	NAMAPA	304.117	15.206	45.618	310.345	15.517	46.551		
	NACALA PORTO	238.064	11.903	35.709	241.066	12.053	36.159		
	NACALA VELHA	114.553	5.728	17.184	118.911	5.946	17.838		
CABO DELGADO	CHIURE	245.116	12.256	36.768	248.381	12.419	37.257	**144.216**	**158.638**
	MOCIMBOA DA PRAIA	105.901	5.295	15.885	108.093	5.405	16.215		
	MUEDA	125.427	6.271	18.813	128.510	6.426	19.278		
NIASSA	CUAMBA	236.661	11.833	35.499	243.749	12.187	36.561	**219.315**	**241.247**
	MANDIMBA	176.497	8.825	26.475	182.453	9.123	27.369		
	MECANHELAS	246.654	12.333	36.999	261.302	13.065	39.195		
	METARICA	55.015	2.751	8.253	59.751	2.988	8.964		
TOTAL de COMPRIMIDOS de MISOPROSTOL				**1.074.375**			**1.088.334**	**2.162.709**	**2.378.980**

Nota: Cada Mulher faz 3 Comprimidos de Misoprostol.

ANEXO 3: RESUMO da ESTIMATIVA do USO de UTEROTÓNICOS no TERCEIRO PERÍODO do TRABALHO de PARTO

Enquadramento e Justificação

Para acelerar a redução da mortalidade materna, os Ministérios da Saúde (MdS) precisam reforçar os esforços para a redução da hemorragia pós-parto (HPP), como a principal causa de óbitos maternos. A intervenção mais eficaz para a prevenção da HPP é o manejo activo do terceiro período do trabalho de parto (MATPTP) (WHO 2012b) que inclui a provisão de um uterotónico. Três medicamentos uterotónicos são recomendados para uso no MATPTP nomeadamente: ocitocina, misoprostol ou ergometrina.

As recomendações da OMS em 2012 para a prevenção e tratamento da HPP incluíam a orientação para "a monitoria do uso de uterotónicos para prevenção da HPP durante o terceiro período do trabalho de parto", *n*o entanto, actualmente poucos países reportam o Uso de Utorotónico no Terceiro Período do Trabalho de Parto (UUTPTP) através dos seus SIS. Outras fontes de informação sobre o UUTPTP também são escassas. Em 2006, a Iniciativa para Prevenção da Hemorragia Pós-parto (IPHPP) realizou inquéritos que mediram a prática do MATPTP e do UUTPTP em sete países em África, Ásia e América Latina. Entre 2009 e 2011, o MCHIP também mediu a prática do MATPTP e do UUTPTP durante estudos observacionais sobre a Qualidade de Cuidados (QoC) realizados em sete países na África Oriental e Austral. No entanto, os estudos QoC nem sempre eram conduzidos em amostras nacionalmente representativas. É de notar que mesmo esta descrição da escassez de informação sobre a cobertura do UUTPTP subestima a real falta de informação sobre este indicador importante. Mesmo onde o UUTPTP foi estimado através dos SIS ou de avaliações especiais, estas fontes de dados normalmente dizem pouco sobre a cobertura do uso de uterotónico fora do sistema público ou uso do misoprostol em partos domiciliares. Somente quando se juntam todas estas peças de informação é que se pode fazer uma estimativa populacional do UUTPTP. É esta informação que devia fornecer uma imagem precisa para o MISAU à medida que são formulados planos para acelerar os progressos para alcance do ODM 5.

O UUTPTP foi incluído no Inquérito Demográfico e Sanitário de 2011 no Nepal como um método possível para estimativa do UUTPTP, no entanto, um estudo realizado em Moçambique em 2012 (Stanton, et. al., 2013 questionou a precisão das estimativas obtidas através da memória materna. O que literalmente pode significar que actualmente pode não existir um país com uma estimativa precisa do seu ponto de situação relativo a uma das intervenções mais importantes para a saúde materna. Este exercício tem a finalidade de iniciar o trabalho de remediar esta falta de informação.

Para tentar superar a falta de dados sobre cobertura nacional da intervenção chave de UUTPTP de Abril a Junho de 2013 o MCHIP, em consulta com a OMS, realizou o teste piloto de um exercício de estimativa rápida em três países – Moçambique, Tanzânia e num estado da Índia. Depois de uma pesquisa documental inicial, o MISAU juntamente com o MCHIP e organizações técnicas nacionais reuniu um painel de peritos nacionais para discustir e fazer uma estimativa, usando a informação existente e um algoritmo concebido pelo MCHIP.

Objectivo e Perguntas Chave para o Painel de Peritos:

O objectivo da reunião de peritos realizada no Ministério da Saúde a 23 de Abril de 2013 era de chegar a um consenso sobre a estimativa da cobertura nacional do ***Uso de Uterotónico no Terceiro Período do Trabalho de Parto (UUTPTP).*** Esta estimativa deverá ser uma estimativa populacional, abrangendo todos os locais de parto possíveis – isto é, partos comunitários e todos os partos nas unidades sanitárias, quer no sector público ou privado.

Foi solicitado ao painel de peritos que fizesse estimativas dos seguintes elementos chave dos

dados, que eram inseridos num simples algoritmo usado para construir a estimativa da cobertura de UUTSL:

- ✓ Proporção de **partos nas unidades sanitárias por sector**: público, privado, ONG. Pediu-se ao painel que ponderasse mais subdivisões destes sectores se considerado relevante para o cálculo (isto é, se é provável que a cobertura de UUTPTP seja significativamente diferente, diga-se num hospital público, ao contrários dos centros de saúde públicos).
- ✓ Proporção de **partos comunitários;**
- ✓ **Estimativas iniciais da cobertura com UUTPTP** (uso de ocitocina, ergometrina ou misoprostol) em cada local de parto – levando em conta as taxas reportadas de cobertura de partos nas unidades sanitárias e conhecimento do uso de misoprostol ou outros uterotónicos na comunidade;
- ✓ **Consideração e ajustes necessários** às estimativas iniciais de UUTPTP, levando em conta a informação adicional tal como a frequência de rupturas de stocks, assistência ao parto por quadros não autorizados a usar uterotónicos etc.

Metodologia:

O método nuclear é um algoritmo que consiste em dividir todos os partos em categorias de Sectores que se pense terem diferenças significativas na cobertura de UUTPTP, para depois se chegar a uma opinião consensual sobre a cobertura de UUTPTP em cada um destes Sectores usando os melhores dados disponíveis, e por fim resumir todas estas contribuições para chegar a uma estimativa final da cobertura nacional com UUTPTP. Em poucas palavras, trata-se de um método para calcular uma média das estimativas de cobertura da UUTPTP em cada sector relevante, computada pela utilização desse sector. O que é conceptualmente simples, mas pode ser dificultado pela falta de dados em alguns dos Sectores. Para tornar a estimativa mais válida recolheram-se os melhores dados que foram discutidos com um grupo vastamente significativo de peritos experientes.

Primeiro foi seleccionado um grupo de 18 peritos que colectivamente teriam uma variedade de conhecimentos além de representar todos os sectores onde ocorrem partos – comunidade, público, privado, ONG, tendo no entanto participado 14 peritos. O encontro de discussão e consenso foi moderado pelo MISAU e co-moderado por pessoal da Sede do MCHIP. O método de discussão e consenso utilizado consistiu nos seguintes passos:

- Uma fase preparatória antes da reunião – pesquisa documental e inquérito aos membros do painel sobre informação essencial de base;
- Um processo de três fases durante a reunião de peritos:
  - Discussão para chegar a um consenso sobre informação contextual (políticas, normas, quadros autorizados etc.), referência aos documentos recolhidos. Os moderadores concentraram-se nas peças de informação com menor consenso, conforme demonstrado nas respostas ao inquérito preparatório.
  - Discussão para chegar a consenso sobre o local dos partos, dividido em categorias com diferenças significativas na cobertura do UUTPTP
  - Discussão para chegar a consenso sobre a cobertura de UUTPTP em cada local de parto, levando em conta várias estimativas e a sua plausibilidade com base nos dados sobre rupturas de estoques e outros constrangimentos conhecidos.
- Revisão do cálculo para garantir consenso sobre o resultado final;
- Uma discussão de toda a informação adicional necessária para ajustar ou verificar o resultado; e esboço de um plano de acção recomendado para aumentar a cobertura nacional da UUTPTP.

Resultados do Encontro de Peritos:

Preparação para o encontro

Pesquisa documental:

Os documentos chave abaixo foram identificados, recolhidos e revistos pelos trabalhadores do MCHIP Moçambique. A informação chave recolhida das Fases 1, 2 e 3 do processo no dia do encontro:

- Censo Nacional 2007
- Avaliação Nacional das Necessidades 2007
- MICS, 2008
- DHS, 2011
- Estudo da Qualidade e Humanização dos cuidados nas Maternidades Modelo, 2011
- Políticas e normas do MISAU para uso do MATPTP, 2011
- Lista de medicamentos essenciais, 2012
- Análise dos dados do HMIS – Primeiro Trimestre 2013
- Plano do MISAU para distribuição comunitária do Misoprostol em 35 distritos, 2013

Resultados do estudo prévio ao encontro:

A seguir é apresentado um resumo das principais constatações do estudo e da pesquisa documental:

- A ocitocina, ergometrina e misoprostol constam na Lista de Medicamentos Essenciais;
- As normas indicam o uso do MATPTP, com a ocitocina como medicamento preferencial;
- Todos os níveis de médicos e enfermeiros estão autorizados a usar ocitocina;
- Mas nas unidades sanitárias públicas existe uma fracção significativa (talvez 10-15%) dos partos assistidos por pessoal não qualificado (como serventes), devido à escassez de quadros;
- Actualmente não há partos comunitários assistidos por pessoal qualificado nem programas de misoprostol a nível da comunidade;
- As rupturas de stocks não são problema a nível dos Hospitais Centrais/Provinciais, mas cerca de 20% das vezes nos Hospitais Gerais e Centros de Saúde de Tipo 1&2; 40% nos Centros de Saúde Tipo 3 (Levantamento de Necessidades 2007);

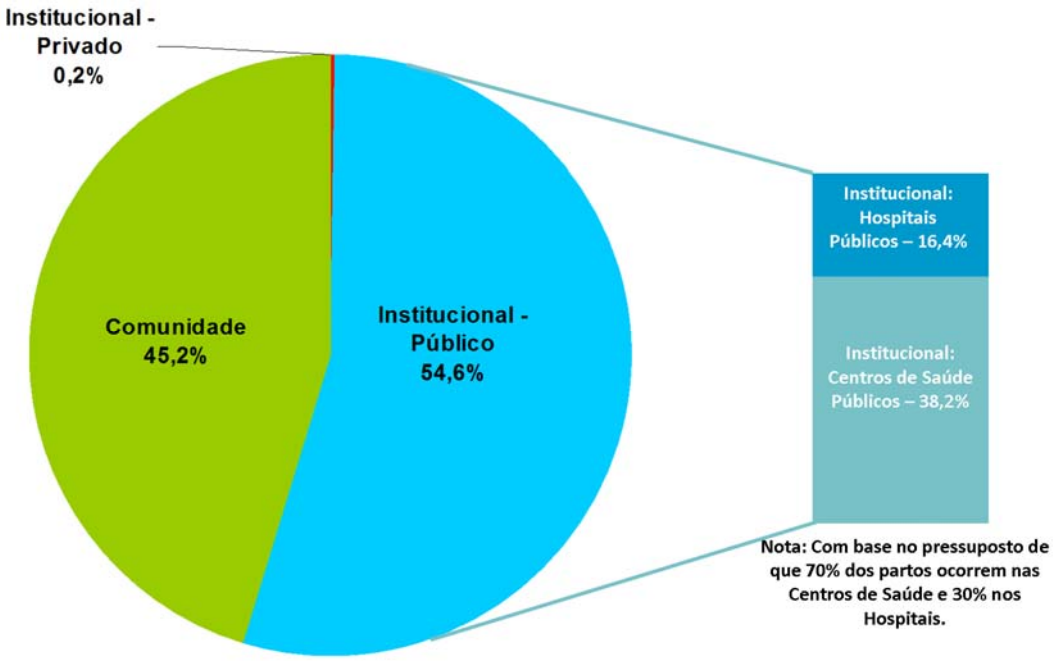
Fase 1

Depois de rever as principais constatações para as quais se chegou a consenso, as perguntas abaixo foram discutidas durante a Fase 1 do encontro uma vez que havia respostas divergentes ou falta de informação das respostas ao inquérito:

Pergunta No.3: Qual é a situação actual de rupturas de stocks de Oxitocina?
A informação anterior foi dada pela Avaliação de Necessidades de 2007. No entanto, o Relatório do Estudo sobre a Disponibilidade de Contraceptivos e Medicamentos Essenciais para a Saúde Materna mostra que: a Nível dos CS a disponilidade de Oxitocia era de 100%; a Nível Secundário era de 97.4%; e a Nível Terciário e Quarternário a disponibilidade era de 100%, com uma disponibilidade geral de Oxitocina no dia do inquérito de 97.5%.
Pergunta Nº 5: Todos que prestam assistência ao parto (incluindo pessoal de fora da saúde) estão autorizados a usar uterotónicos? Mesmo que não estejam autorizados, estão a usar?
Embora se tenha conhecimento de que pessoal não médico assiste a uma pequena fracção significativa dos partos, eles também usam uterotónicos na maior parte das vezes.

Fase 2

Os seguintes discriminadores foram considerados como sendo possivelmente relevantes para cobertura dos UUTPTP por sector do parto, a nível do contexto moçambicano: Comunidade/Unidade Sanitária; Sector Público/Privado; e Tipo de US Pública (hospital/Centro de Saúde). Estas categorias são mostradas no diagrama abaixo.



De acordo com o DHS de 2011 somente 0,2% dos partos acontecem no sector privado. Dentro do sector público, é sabido que a maioria dos partos ocorre nas unidades menores, tendo o consenso sido de que quase 70% dos partos ocorre a nível dos centros de saúde, e cerca de 30% a nível dos hospitais. Os dados mais recentes sobre a cobertura de UUTPTP nas unidades públicas vêm do SIS, uma vez que o MATPTP foi acrescentado aos registos da maternidade em 2012.

Fase 3

O grupo focalizou a sua atenção para as estimativas da Cobertura de Uterotónico em cada um dos locais de parto: comunidade, sector privado e sector público.

Comunidade:

Em 2010 houve um teste piloto do uso de misoprostol na comunidade em Nampula. Não houve actividades a uma escala significativa desde então, mas o MISAU tem um plano de implementar o uso do misoprostol na comunidade em 35 (dos 128) distritos em 2013; no entanto, desta vez não existe cobertura apreciável de partos comunitários com misoprostol (nem com assistentes capacitados a usarem ocitocina nos partos comunitários).

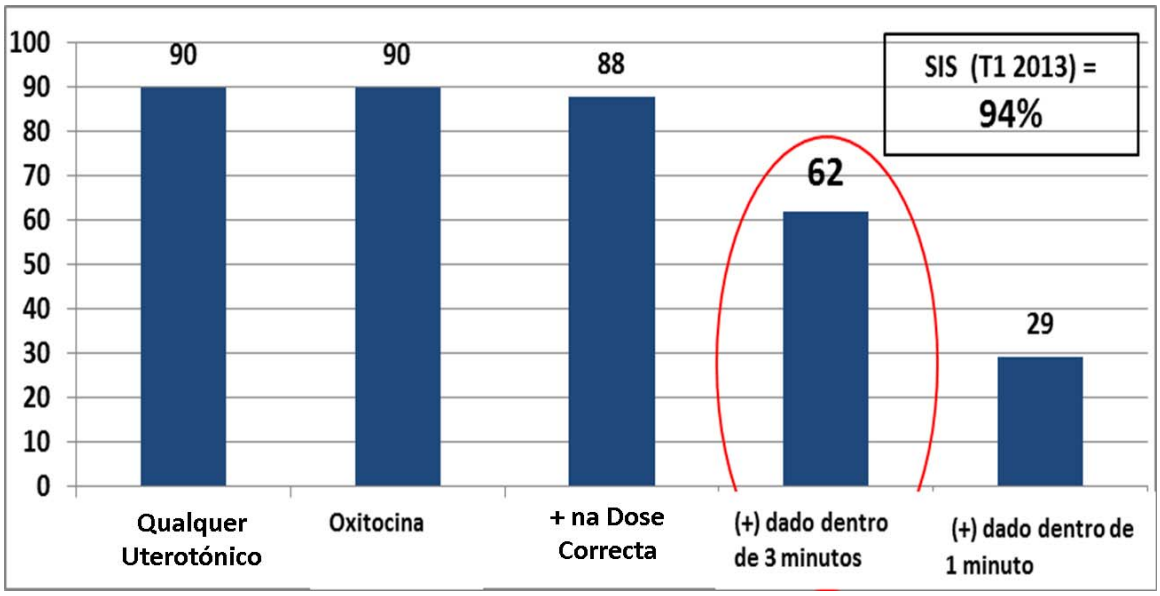
Unidades sanitárias – Privadas:

Houve um consenso de que a cobertura do UUTPTP é universal entre partos de unidades sanitárias privadas.

Unidades Sanitárias – Públicas:

As estimativas da cobertura nas unidades sanitárias públicas mostram um intervalo. Na faixa mais alta encontra-se a estimativa derivada da análise dos dados do SIS do último trimestre (Q1 2013). O que dá uma cobertura auto-reportada de 94% para o MATPTP. Na faixa mais baixa encontram-se os resultados do estudo observacional de 2011 sobre a Qualidade dos Cuidados nas Maternidades

Modelo. Neste estudo, 525 partos foram directamente observados por inquiridores independentes. A amostra continha dezanove maternidades modelo, além de 27 maternidades normais. Por a amostra incluir maternidades modelo e normais, tratou-se de uma amostra relativamente representativa de todas as maternidades, embora inclinada para as unidades sanitárias maiores.



Em termos de outra informação que afectaria as estimativas da cobertura nas unidades sanitárias públicas, na Avaliação de Necessidades de 2007, as rupturas de stocks foram mais severas nos centros de saúde do Tipo 3 (40%) do que nos centros de saúde e hospitais ruaris/distritais (20%) nenhum dos hospitais centrais/provinciais teve ruptura de estoque no dia da avaliação. Também, tanto o Estudo dos Pacotes Integrados em 2012 e o Estudo da Qualidade dos Cuidados em 2011 mostraram que pessoal não qualificado (ex. serventes) assistia aos partos em 10-15% das vezes.

Conclusões e Próximos Passos:

<u>Cálculo da Cobertura Nacional do UUTSL</u>

Juntando todas as evidências, podemos resumir as constatações e consensos como se segue:

- As evidências são sólidas para distribuição dos partos por local de acordo com os dados do IDS de 2011.
- Existem certezas nas estimativas da cobertura dos UUTPTP na comunidade (0%) e nas unidades privadas (100%).
- A única informação com incerteza é a cobertura de UUTPTP nas unidades do sector público
  - Não estão disponíveis estimativas separadas da cobertura nos hospitais e centros de saúde
  - No geral as estimativas de cobertura do UUTPTP neste contexto variam entre 62% e 94%;
  - O grupo decidiu utilizar a cobertura dada pelo SIS (94%), mas reduzir um pouco devido às evidências de rupturas de stocks nas unidades de nível mais baixo onde grande parte dos partos acontecem e pelo facto que por vezes pessoal não qualificado assiste alguns partos, embora no entanto provavelmente estes também usem ocitocina. No fim, o grupo decidiu utilizar a cobertura de 80% do UUTPTP nas unidades sanitárias públicas.

A tabela abaixo junta todos os elementos da informação recolhida, dando uma estimativa final de 43% da Cobertura Nacional de UUTPTP.

	% Partos	% UUTPTP No sector	Contribuição para a Cobertura Nacional de Uso de Uterotónico no Terceiro Período do Trabalho de Parto
COMUNIDADE	**45.2%**	**0%**	**0%**
UNIDADES PRIVADAS	**0. 2%**	**100%**	**0.2%**
UNIDADES SANITÁRIAS PÚBLICAS* - HOSPITAIS E CENTROS DE SAÚDE	**54.6%**	**80%****	**42.7%**
ESTIMATIVA DA COBERTURA NACIONAL - USO DE UTEROTÓNICO NO 3º PERÍODO do TRABALHO de PARTO			**43% *****

*Uma vez que não existem dados separados sobre cobertura e rupturas de stocks para Hospitais e Centros de Saúde, aqui os dois são reportados juntos; **Trata-se do único número na tabela com incerteza apreciável; ***O painel crê que este número provavelmente está próximo do valor real; considerando o nível de precisão da estimativa, é reportado o número inteiro mais próximo.

Passos Seguintes para Melhorar o Uso de Uterotónico no Terceiro Período do Trabalho de Parto:

As seguintes medidas devem ser tomadas imediatamente para melhorar a cobertura de UUTPTP:

- ☑ Melhorar a cobertura de UUTPTP no sector público através de medidas de melhoria da qualidade. De especial importância serão as medidas para melhorar a situação de rupturas de stoks.
- ☑ Expandir o uso de misoprostol na comunidade. Expandir somente para os 35 distritos planificados para este ano já vai aumentar a cobertura nacional de UUTSL em cerca de mais de 10%.
- ☑ Enfatizar nas normas para a maternidade que a ocitocina deve ser dada no primeiro minuto após o parto. O profissional de saúde que vai assistir ao parto deverá preparar a dose de Oxitocina numa seringa ANTES do parto.
- ☑ O MISAU deverá autorizar todos os quadros que assistem partos a administrarem Oxitocina.
- ☑ Considerando a sua importância como medicamento, é urgente a necessidade de investigar a potência da Oxitocina. Pode ser usado o mecanismo de rotina do MISAU – para verificar e controlar a qualidade da Oxitocina.
- ☑ A nível das Maternidades da IMM, o MCHIP deve discutir e ver qual a possibilidade de disponibilizar fundos para financiar a compra de equipamento para fortalecer a cadeia de frio para a Oxitocina.

Lista dos Peritos Nacionais que participaram no Exercício da Estimativa de Uterotónicos no Terceiro Período do Trabalho de Parto:

- **Nazir Amade:** Chefe do Departamento de Saúde da Mulher e Criança – MISAU;
- **Deolinda Sarmento:** Departamento de Saúde da Mulher e Criança – MISAU;
- **Armando Melo** (Gineco-Obstétra): Departamento de Saúde da Mulher e Criança – MISAU;
- **Cassimo Bique** (Gineco-Obstétra): Director da Maternidade do Hospital Central de Maputo;
- **Nafissa Bique Osman** (Gineco-Obstétra): Associação Moçambicana de Ginecologistas&Obstétras;
- **Verónica de Deus** (Gineco-Obstétra): Directora da Maternidade do Hospital Geral José Macamo;

- **Lilia Jamisse** (Gineco-Obstétra): Chefe do Programa de Saúde Reprodutiva – USAID;
- **Maria da Luz Vaz**: Directora Técnica do MCHIP Moçambique;
- **Leonardo Chavane**: Assessor Sénior do MCHIP Moçambique;
- **Ernestina David** (Gineco-Obstétra): Coordenadora da Unidade de Saúde Materna e Neonatal – MCHIP Moçambique;
- **Amir Modan:** Chefe do Grupo de Saúde Sexual e Reprodutiva – UNFPA Moçambique;
- **Arsénia Nhancale** (Oficial de Programas): Pathfinder Internacional – Moçambique;
- **Otilia Tualufo** (ESMI): Associação das Parteiras de Moçambique;
- **Matias dos Anjos**: Coordenador da Unidade de Monitoria e Avaliação do MCHIP Moçambique.