

70 FÓRUM DA CEDEAO SOBRE AS MELHORES PRÁTICAS DA SAÚDE

Livro de Abstractos

“Promoção da Multis-sectorialidade para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente e Juventude (SMNIAJ)”

23 - 25 OUTUBRO 2018

ALISA SWISS SPIRIT HOTEL, ACRA, GANA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

KFW



Scaling up what works in family planning/reproductive health



CONTENU

NOTE DE BIENVENUE DU DIRECTEUR GENERALE DE L'OOAS	4
PARCEIROS	5
INFORMATIVA	6-9
ALISA SWISS HOTEL	10
CERIMÓNIA DE ABERTURA	13
PRINCIPAL FACILITADOR DO FÓRUM	14
1º DIA	15-16
2º DIA	17-19
3º DIA	20-22
RESUMO - APRESENTAÇÕES ORAIS	24-69
RESUMO APRESENTAÇÕES EM CARTAZ	71-99
FACILITATOR AND KEYNOTE SPEAKERS	101-108

NOTE DE BIENVENUE DU DIRECTEUR GENERALE DE L'OOAS - *Prof. Stanley OKOLO*



Os Países-Membros da CEDEAO estão a envidar grandes esforços para reforçar os seus sistemas de saúde e implementar intervenções de alto impacto comprovadas, da maneira mais eficiente com o objectivo final de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde. O desempenho dos sistemas de saúde varia de um país para outro, juntamente com padrões variáveis, abordagens, iniciativas e impactos. O desempenho de alto nível requer que as práticas recomendadas em todos os componentes de integridade sejam identificadas, documentadas, partilhadas e expandidas a nível nacional. Estes incluem sistema de governação, prestação de serviços de saúde, recursos humanos para a saúde, financiamento da saúde, sistemas de informação em saúde, tecnologias em saúde, participação da comunidade e pesquisa em parceria e saúde.

É neste contexto que, a Assembleia de Ministros da Saúde da CEDEAO, realizada em Abril de 2014 em Monróvia, adoptou uma resolução estabelecendo o Fórum da CEDEAO sobre as Boas Práticas de Saúde. O Fórum visa promover e disseminar as melhores práticas em saúde, acelerando assim a implementação eficiente e eficaz dos programas prioritários dos países membros da CEDEAO. Ele serve como uma plataforma para identificar as principais questões estratégicas, melhores práticas, bem como práticas inovadoras e promissoras para melhorar a saúde.

Desde a adopção desta Resolução, a OOAS organizou dois fóruns - um em Julho de 2015 e outro em Outubro de 2016. Esses fóruns tinham como alvo, as melhores práticas com impacto positivo na saúde de mães, recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens. Influenciaram ainda, a preparação e adopção da Resolução sobre a Transferência e Partilha de Tarefas, que visa abordar as lacunas de recursos humanos em saúde. Os fóruns permitiram que os países iniciassem etapas para replicar ou ampliar algumas práticas recomendadas que foram disseminadas nos fóruns.

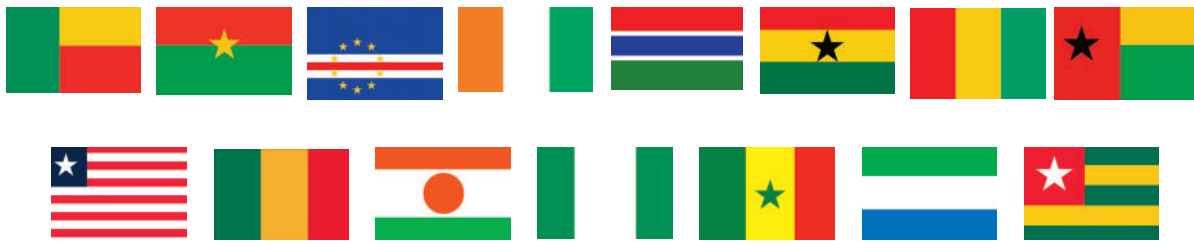
Este terceiro fórum, que está sendo realizado em Acra, Gana, de 23 a 25 de Outubro de 2018, enfoca o tema: "Promoção da Multis-setorialidade para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente e Juventude (SMNIAJ)." Os subtemas são práticas de Governação e Sustentabilidade, Parceria Público-Privada e Tecnologia da Informação, Doenças Não-Transmissíveis e Medicina Tradicional com impacto na SMNIAJ. Espero que os delegados tenham deliberações frutíferas sobre as melhores práticas que serão apresentadas e que os países as adoptem e, eventualmente, as ampliem.

Deixe-me aproveitar esta oportunidade para agradecer aos doadores e parceiros de desenvolvimento, que apoiaram esta plataforma de melhores práticas, bem como os países nos seus esforços de replicação e ampliação das melhores práticas identificadas. Em particular, agradeço sinceramente ao Escritório Regional da USAID para a África Ocidental por apoiar a OOAS a iniciar o conceito do fórum, através do projecto de Fortalecimento da Capacidade de Liderança. Gostaria também, de expressar a minha gratidão ao Secretariado da IBP da Organização Mundial da Saúde e a todos os seus membros, o Banco Alemão de Desenvolvimento (KfW), a Agence Française de Développement (AFD) a Royal Netherlands e a Bill & Melinda Gates Foundation, pelo seu apoio técnico e financeiro para esta iniciativa regional.

Viva a CEDEAO!

Viva a Integração Regional!

Prof. Stanley OKOLO
Director-Geral



Bem-vindo ao

Terceiro Fórum das Melhores Práticas da Saúde da CEDEAO

Acra, Gana, | 23-25 de Março de 2018 |

Organizado pela
Organização Oeste Africana da Saúde
 Uma Instituição Especializada da Comunidade Económicos Estados da África Ocidental



Em colaboração com os Parceiros:





3º

FÓRUM DAS MELHORES PRÁTICAS DA SAÚDE DA CEDEAO

Data : 23 - 25 de Outubro de 2018 Local : Alisa Swiss Spirit Hotel, Acra, Gana

NOTA INFORMATIVA

Bem-vindo à Acra

Encontrarão a seguir as informações gerais sobre as medidas administrativas e outras disposições idóneas para o desenrolar harmonioso desta reunião.

DATA E LOCAL

A cerimónia de abertura e os trabalhos realizar-se-ão de 23 a 25 de Outubro de 2018 no Hotel Alisa Swiss Spirit, Acra

- Tel : +233 (0) 302 214 233/44
- Cel : +233 (0) 570 008 223
- E-mail : eventives.alisa@swisspirithotels.com

Haverá transporte de manhã e à tarde para os participantes que estarão alojados em outros hotéis. A hora de partida será às 7:30 da manhã.

VISTO

Os participantes nacionais dos países da CEDEAO não necessitam de visto de entrada no Gana. Os participantes de países que não são parte da CEDEAO podem ter necessidade visto de entrada que podem obter junto da Embaixada do Gana do seu país de origem.

O visto também pode ser obtido à chegada no aeroporto.

- O custo do visto é 150 USD.

VACINAS

A sua caderneta de vacina deve estar actualizada. As vacinas exigidas são as da febre-amarela e meningite.

RECEPÇÃO NO AEROPORTO

O transporte do aeroporto para o hotel e vice-versa será assegurado pelo hotel.

ACOMODAÇÃO

Os participantes serão alojados nos hotéis cuja lista se encontra em anexo.

INSCRIÇÃO

Os participantes devem inscrever-se no local a fim de obter o seu crachá de identificação e o kit antes da abertura da reunião. A inscrição far-se-á no dia 22 de Outubro de 2018 das 8h00 às 17h00. O local de inscrição será à entrada do hotel Alisa Swiss Spirit. Por motivos de identificação e de segurança, o crachá oficial deve ser usado sempre por todos os participantes durante a reunião e as actividades sociais oficiais.

AJUDAS DE CUSTOS

As ajudas de custos dos participantes a cargo da OOAS serão pagas por transferência bancária após a reunião. Do mesmo modo, as despesas de alojamento serão pagas pela OOAS directamente aos hotéis.

RESTAURAÇÃO

As pausas café e almoço serão oferecidas gratuitamente aos participantes da reunião.

CLIMA

O clima é ameno em Outubro.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

KFW

AFD

IBP Initiative

Scaling up what works in family planning/reproductive health



3º FÓRUM DAS MELHORES PRÁTICAS DA SAÚDE DA CEDEAO

ENDEREÇOS E CONTACTOS ÚTEIS

Ponto Focal da OOAS

- Sra. Mercy Aburam
+233 244 603 032 / mercyaburam@gmail.com

COORDENADOR DO FÓRUM

- Dr. Namoudou KEITA, Profissional dos Cuidados Primários da Saúde
+226 75 03 08 08 / nkeita@wahooas.org

SECRETARIADO

- SANON Clémence
+226 75 58 57 35 / clemence.sanon@wahooas.org

LOGÍSTICA

Para questões de logística (bilhete de avião, acomodação, transporte, etc.) queira contactar :

- Sra. AMOUKOU Lalaissa
Profissional/Administradora/OOAS
Tel : +226 74 21 75 36
Correio electrónico : lamoukou@wahooas.org
- Cópia : Sra. Kadjo : Tel : +226 76 32 04 88
Correio electrónico : wahotravels@wahooas.org

LISTA DE HOTÉIS PARA ACOMODAÇÃO

Hotel	Quartos disponíveis	Ocupantes	Tarifa	Information complémentaire
Accra City Hotel Barnes Road Accra, Ghana Tel: +233 302633863/577600447 Email: reservationsaccracityhotel.com / info@accracityhotel.com	100	Parceiros	\$157 155,00 \$ por quarto standard por pessoa 175,00 \$ por quarto superior por pessoa	Indique o código de reserva (WAHOOCT18) ao efectuar a reserva. Acomodação incluindo pequeno-almoço
Alisa Swiss Spirit Hotel 21 Dr. Isert Road - North Ridge P. O. Box 1111 Accra - Ghana Tel: +233 (0) 302 214 233 / 44 Cell: +233 (0) 570 008 223 Email: eventives.alisa@swissspirithotels.com	135	Pessoal da OOAS e Delegações dos países	\$110 Incluindo pequeno-almoço	
Coconut Groove Regency Hotel 5 John Kasavubu Rd, Accra, Ghana Tel: +233 (0) 263 008 156/ 306 070 200 Email: Afua.taylor-ashie@coconutgrovehotelsghana.com / regencyreservations@coconutgrovehotelsghana.com	50	Parceiros	\$90 Incluindo pequeno-almoço	
Central Hotel Ridge Branch 10 Julius Nyerere Rd, Accra, Ghana Tel : +233 (0) 302 258 257/307 010 600 Email: info@centralhotels.com.gh	50	Partenaires	\$80 Incluindo pequeno-almoço	
Prestige Suites Lokko Road, Osu Accra, Ghana Tel: +233 (0) 577 700 317 Email: prestigesuiteshotel@gmail.com	25	Portadores de abstractos	\$70 Incluindo pequeno-almoço	

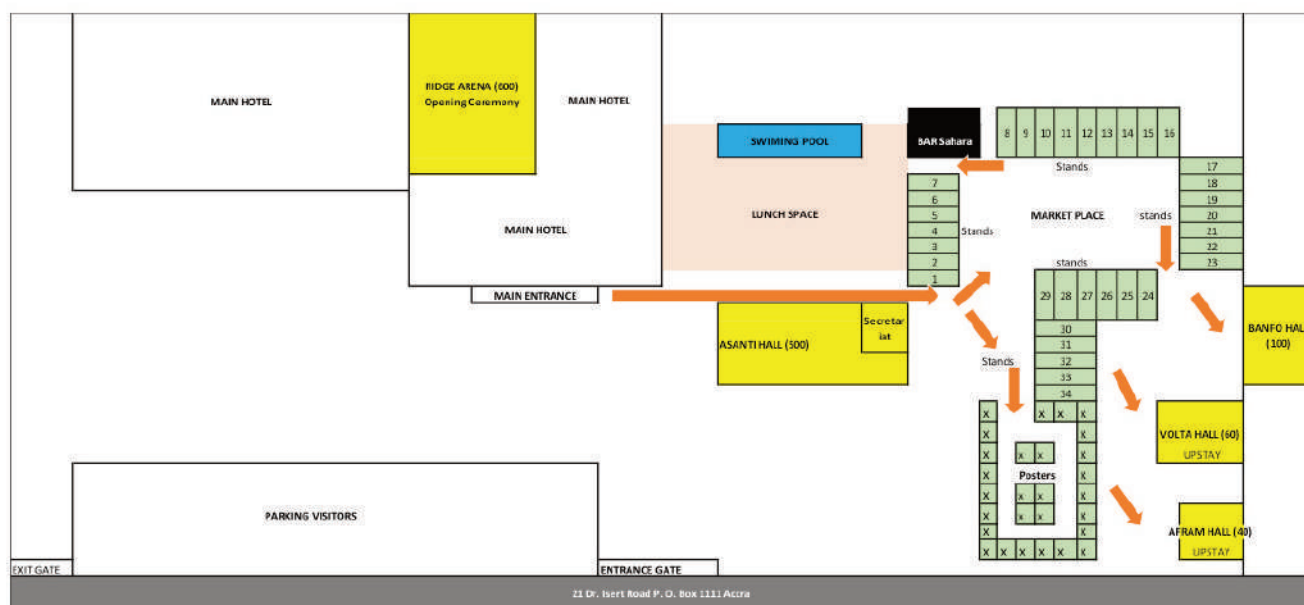
O Grupo Técnico Regional de Trabalho do Fórum:

Dr. Mamadou KONE	Perito país OOAS, Ministério da Saúde e da Luta contra a SIDA, Côte d'Ivoire
Maria da Luz LIMA	Perita país OOAS, Ministério da Saúde, Cabo Verde
Dr. Anthony NSIAH-ASARE	Perito país OOAS, Serviço da Saúde do Gana
Prof. Edgard-Marius Ouendo	Director do Instituto Regional de Saúde Pública, Benim
Dr. Dionisio CUMBA	Director do INASA, Guiné-Bissau
Prof. Babatunde SALAKO	Director Geral de Nigerian Institute of Medical Research (NIMR), Yaba-Lagos, Nigéria
Dra. Olga AGBODJAN-PRINCE	OMS/IST, Ouagadougou, Burkina Faso
Sra. Marie SOULIE	Escritório Regional UNFPA, Dacar, Senegal
Dr. René EKPINI	UNICEF/Escritório Regional, Dakar
Sra. Asa Kristina CUZIN-KILH	Secretária OMS/IBP, Genbra, Suíça
Sra. Sheila MENSAH	Conselheira em Comunicação, Assessora em Monitorização e Avaliação, Gestora das Actividades ESD, USAID/ África Ocidental.
Comité de organização interna, OOAS	Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Comité de Organização OOAS e Ministério da Saúde do Gana

Apelido e Nome	Organização:	Funções:
Comité Local de Organização, Acra, Gana		
Hamidu Adakurugu	Ministério da Saúde do Gana	Director Administração e Jurídico
Kofi Adusei	Ministério da Saúde do Gana	Chefe da Unidade da Saúde Regenerativa e Programa de Nutrição
Daniel Degbotse	Ministério da Saúde do Gana	Chefe da Unidade Monitorização & Avaliação
Rahilu Haruna	Ministério da Saúde do Gana	Ponto Focal OMS
Mercy Aburam	Ministério da Saúde do Gana	Ponto Focal da OOAS
Dr. Samuel Adjei	Segurança Nacional	Director Médico
Nora Marmon Halm	Serviço de Imigração do Gana	2IC International Relation Cooperation
Rosemary Pabbi	Protocolo do Estado	Directora Adjunta do Protocolo
Samuel Ofosu Boateng	Negócios Estrangeiros	Director Adjunto Escritório África

Comité Interno de Organização, OOAS, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso		
Dr. BUSIA Kofi		Director do Departamento dos Cuidados de Saúde; Coordenador Geral do Fórum
Dr. KEITA Namoudou		Profissional Cuidados de Saúde Primários; Coordenador Técnico do Fórum
Dr. MONGBO Yves		Profissional Saúde da Criança, Adolescente, Jovem e Idoso
Prof. SOMBIE Issiaka		Profissional Pesquisa
Sra. AMOUKOU Lalaissa		Profissional Administração
Sra. Ivonne CARVEY		Assistente Executiva Direcção Geral
Selina DEFOR		Assistente Técnico do Forum of Mailleurs Practical (Consultor).
Relatores do Fórum (OOAS)		
Dr. Yves Armand Medessi MONGBO		Profissional Saúde da Criança, Adolescente, Jovem e Idoso
Dr. Aissa Ado BOUWAYE		Profissional Saúde Materna e Neonatal
Prof. SOMBIE Issiaka		Profissional Pesquisa
Dr. William BOSU		Profissional Doenças Não Transmissíveis
Sr. Sani Ali		Profissional do Planeamento
Dr. Cletus ADOHINZIN		Profissional Programa Regional SR-PF/KFW



Visão Geral do Programa do Fórum							
Hora	23 de Outubro		Hora	24 de Outubro		Hora	25 de Outubro
	Inscrição / Café			Inscrição / Café			Inscrição / Café
09:00	RIDGE ARENA CERIMÓNIA DE ABERTURA		08:30	Plenária 3: Governação & Prestação de contas Intervenções de Delegação de Tarefas, OMS/IBP Parceria de Ouagadougou		08:30	ASANTE HALL KNOWLEDGE CAFE
			10:30	ASANTE HALL	BANFO HALL		
				Apresentações Orais Comunidade & Delegação de Tarefas	Apresentações Orais Jovem / Adolescente e Meios de Comunicação Social		
				AE1	AE9		
12:15	ASANTE HALL Plenária 1: Discurso Inicial sobre Governação & Prestação de Contas Prof. Irene AGYEPONG, College of Physicians and Surgeons Introdução ao Fórum Dr. Namoudou Keita, OOAS			AE4	AE10	11:30	ASANTE HALL Plenária 5: Doenças não Transmissíveis & SMNEJA Prof. Ama Aikins Plenária 6: Medicina Tradicional & SMNEJA Profa. Olanrewaju Rita-Marie AWO-TONA Professora Nigeriana de Farmacognosia
				AE11	AF12		
				AE12	AE12		
				AF2	AF9		
				AF7	AF14		
				AF6	AF11		
				AE8	AF10		
13:00	ALMOÇO BUFFET		13:00	REFEIÇÃO EMBALADA – CARTAZES E EXPOSIÇÕES		13:00	ALMOÇO BUFFET
14:00	ASANTE HALL Plenária 2: Governação & Prestação de contas Maeve MCKEAN, Projecto HEARD da USAID		14:00	ASANTE HALL Plenária 4: Parceria Público Privada & TIC Mbaye Khouma Sylla, Perito PPP Gloria Quansah Asare, Ghana Health Service Temitayo Erogbogbo, MSD for Mothers'		14:00	ASANTE HALL
							BANFO HALL
							Apresentações Orais Doenças não Transmissíveis & SMNEJA
							DF3
							CF1
							DF1
							CF2
							DF2
							DE1
15:00	ASANTE HALL	BANFO HALL	15:00	ASANTE HALL	BANFO HALL		
	Apresentações Orais Governação	Apresentações Orais Oferta de Cuidados & Formação		Apresentações Orais Parceria Público Privada & TIC (1)	Apresentações Orais Parceria Público Privada & TIC (2)	16:00	
	AE6	AE2		BE1	BF1		
	AF15	AE4		BE2	BF2		
	AF1	AE5		BF3	BF4		
	AF4	AE7	16:30	BF5	C. Foundation		
	AF13	AF3		16:30–18:00 APRESENTAÇÃO DOS CARTAZES & EXPOSIÇÕES			
	AE13	AF8					
	AP1	AF5					
17:30	APRESENTAÇÃO DOS CARTAZES & EXPOSIÇÕES		19:00	JANTAR DE GALA		18:00	ENCERRAMENTO



Mole National Park, Northern Region

CERIMÓNIA DE ABERTURA

Sala: RIDGE ARENA | 23 de Outubro de 2018

Mestre de Cerimónia: Sr. Kwame Sefa Kayi de *Peace FM*

Hora	Actividades
08:30-09:30 •	Chegada e instalação dos participantes
09:30-10:00 •	Chegada e Instalação dos Oficiais
10:00-10:05 •	Hino Oficial da CEDEAO
•	Hino Nacional do Gana
10.05-10.10 •	Oração de Abertura
10:10-10:50 •	Boas-vindas do Secretário-Geral do Ministério da Saúde (5 min)
•	Alocução do Director Regional da USAID para a África Ocidental (5 min)
•	Alocução da Dra.
•	Moeti Matshidiso, Directora Regional da OMS para a África (5 min.)
•	Alocução do Prof. Stanley OKOLO, Director Geral da OOAS (10 min.)
•	Discurso de Boas-vindas do Ilustre
•	Kwaku Agyeman-Manu, Ministro da Saúde do Gana (10 min)
10:50-10:55 •	Intermédio Musical
10:55-11:10 •	Discurso de Abertura de Sua Excelência Sr. Nana AKUFO-ADDU, Presidente da República do Gana
11:10-11:15 •	Intermédio Musical
11:15-11:20 •	Moção de agradecimentos
11:20-11:25 •	Oração de Encerramento
11.25-11.30 •	Hino Nacional do Gana
11.30-11.40 •	Fotografia de grupo
11.40-11.45 •	Abertura das Exposições
11.45-12.00 •	Pausa-café



Principal Facilitador do Fórum:

Prof. Akiyinka OMIGBODUN



O Professor Akinyinka O. Omigbodun foi nomeado professor de obstetrícia e de ginecologia da Universidade de Ibadan, Nigéria, em outubro de 1997. Seus campos de pesquisa compreendem a biologia reprodutiva, em particular, os cânceros do tracto genital feminino, a saúde pública e as populações, bem como a formação dos profissionais da saúde. Ele recebeu vários prêmios internacionais disputados, incluindo a bolsa Audrey Meyer Mars da American Cancer Society, em 1992, e um prêmio da American Society for Reproductive Medicine, por sua notável contribuição à ciência em 1996. Ele foi decano do Medicine College da Universidade de Ibadan, de agosto de 2006 a julho de 2010. Ele ocupou vários postos importantes no West African College of Surgeons (WACS) antes de se tornar o 28º presidente de WACS de 2015 a 2017. O professor Omigbodun foi presidente do conselho de administração do Consórcio para a formação em pesquisa avançada em África (CARTA) e, actualmente, é o presidente do Conselho regional para a formação dos profissionais da saúde, um órgão da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). O governo do

Estado de Osun, Nigéria, concedeu-lhe o prêmio de honra ao mérito do Estado em setembro de 2010, por sua contribuição à ciência e à prática da medicina. Ele foi eleito membro honorário da Nigerian Academy of Science (FAS) em 2012 e do Royal College of Obstetricians & Gynaecologists do Reino Unido, em 2017. Ele publicou mais de 130 artigos científicos e capítulos de livros. É redator-chefe de Proceedings da Nigerian Academy of Science e conselheiro editorial de várias outras revistas.

1º Dia: Terça-feira, 23 de Outubro de 2018					
Hora	23 de Outubro				
	CAFÉ E INSCRIÇÕES				
12:15	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>Plenária 1: Governança & Prestação de contas Moderadora: Sheila MENSAH, USAID</p> <p>Conferencista de Honra Principal:</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td> <p>Governança dos Sistemas de Saúde & Prestação de Contas para a SMNEAJ relacionadas aos ODS Profa. Irene AGYEPONG, College of Physicians and Surgeons of Ghana Irene A. Agyepong é médica de saúde pública no Dodowa Health Research Center, da Direcção da pesquisa e do desenvolvimento, no Ghana Health Service. Ela também é membra da faculdade de saúde pública do Ghana College of Physicians and Surgeons.</p> </td></tr> <tr> <td></td><td> <p>Introdução ao Fórum Dr. Namoudou Keita, OOAS Dr. KEITA Namoudou é o responsável pelos Cuidados Primários e o Reforço dos Sistemas de Saúde na OOAS, desde 2008. Ele é o Coordenador Técnico do Fórum da CEDEAO das Melhores Práticas em Saúde, desempenhando o papel principal na organização dos fóruns, o primeiro realizado em 2015 em Ouagadougou, no Burkina Faso, e o segundo em 2016, em Grand-Bassam no Côte d'Ivoire.</p> </td></tr> </table>		<p>Governança dos Sistemas de Saúde & Prestação de Contas para a SMNEAJ relacionadas aos ODS Profa. Irene AGYEPONG, College of Physicians and Surgeons of Ghana Irene A. Agyepong é médica de saúde pública no Dodowa Health Research Center, da Direcção da pesquisa e do desenvolvimento, no Ghana Health Service. Ela também é membra da faculdade de saúde pública do Ghana College of Physicians and Surgeons.</p>		<p>Introdução ao Fórum Dr. Namoudou Keita, OOAS Dr. KEITA Namoudou é o responsável pelos Cuidados Primários e o Reforço dos Sistemas de Saúde na OOAS, desde 2008. Ele é o Coordenador Técnico do Fórum da CEDEAO das Melhores Práticas em Saúde, desempenhando o papel principal na organização dos fóruns, o primeiro realizado em 2015 em Ouagadougou, no Burkina Faso, e o segundo em 2016, em Grand-Bassam no Côte d'Ivoire.</p>
	<p>Governança dos Sistemas de Saúde & Prestação de Contas para a SMNEAJ relacionadas aos ODS Profa. Irene AGYEPONG, College of Physicians and Surgeons of Ghana Irene A. Agyepong é médica de saúde pública no Dodowa Health Research Center, da Direcção da pesquisa e do desenvolvimento, no Ghana Health Service. Ela também é membra da faculdade de saúde pública do Ghana College of Physicians and Surgeons.</p>				
	<p>Introdução ao Fórum Dr. Namoudou Keita, OOAS Dr. KEITA Namoudou é o responsável pelos Cuidados Primários e o Reforço dos Sistemas de Saúde na OOAS, desde 2008. Ele é o Coordenador Técnico do Fórum da CEDEAO das Melhores Práticas em Saúde, desempenhando o papel principal na organização dos fóruns, o primeiro realizado em 2015 em Ouagadougou, no Burkina Faso, e o segundo em 2016, em Grand-Bassam no Côte d'Ivoire.</p>				
13:00	ALMOÇO BUFFET				
14:00	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>Plenária 2: Governança & Prestação de contas Moderador: Prof. Issiaka SOMBIE, OOAS Moderator: Prof. Issiaka SOMBIE, WAHO Organizers: USAID HEARD Project</p> <p>Keynote speaker:</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td> <p>Stefano Bertozzi, Decano Emérito, Professor, Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, Berkeley.</p> </td></tr> <tr> <td></td><td> <p>Maeve McKean, Assessora Sénior de Políticas, Centro para Imigrantes, Refugiados e Saúde Global da Universidade da Cidade de Nova York (CUNY), Projecto de Avaliação da Saúde e Desenvolvimento de Pesquisa Aplicada da USAID (HEARD).</p> </td></tr> </table>		<p>Stefano Bertozzi, Decano Emérito, Professor, Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, Berkeley.</p>		<p>Maeve McKean, Assessora Sénior de Políticas, Centro para Imigrantes, Refugiados e Saúde Global da Universidade da Cidade de Nova York (CUNY), Projecto de Avaliação da Saúde e Desenvolvimento de Pesquisa Aplicada da USAID (HEARD).</p>
	<p>Stefano Bertozzi, Decano Emérito, Professor, Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, Berkeley.</p>				
	<p>Maeve McKean, Assessora Sénior de Políticas, Centro para Imigrantes, Refugiados e Saúde Global da Universidade da Cidade de Nova York (CUNY), Projecto de Avaliação da Saúde e Desenvolvimento de Pesquisa Aplicada da USAID (HEARD).</p>				
14:45					

15:00	Sala: ASANTE HALL	Sala: BANFO HALL
	<p>Apresentações Orais</p> <p>Governança</p> <p>Moderador: Representante Residente OMS, Gana</p>	<p>Apresentações Orais</p> <p>Oferta de Cuidados & Formação</p> <p>Moderadora: Sra. Fatoumata Jarrai DAFEEH, Escola de Enfermeiros e parteiras da Gâmbia, Banjul</p>
	AE6 – Integração das actividades de reforço económico para melhorar os resultados em matéria de saúde materna, neonatal e infantil: ensinamentos tirados das parcerias com as organizações religiosas nos Camarões. Por Kenneth Muko	AE2 – Posições de parto alternativas. Por Sra. CECILIA AMA AMAPDU
	AF15 – Viabilidade da Cirurgia da Fístula Obstétrica a nível da pirâmide sanitária do Mali (Centros de Saúde de Referência): Experiências-piloto do CSRéf de Koulikoro. Por Demba Traoré	AE4 – Avaliação das intervenções dirigidas pelas comunidades para criar uma demanda de cuidados de gravidez fornecidos por um pessoal qualificado nas zonas rurais da Nigéria: Resultados no médio prazo da concepção de uma pesquisa quase experimental. Por Friday E. Okonofua
	AF1 – Ultrapassando as dinâmicas de poder entre prestadores e clientes para melhorar a prestação de contas e a responsabilização social no acesso e na qualidade dos serviços de saúde reprodutiva nas comunidades afectadas. Por Dra. Ghislaine Alinsato	AE5 – Boas práticas para melhorar a adopção dos serviços de parto assistido por um pessoal qualificado: intervenção realizada sob forma de escola de formação sobre a gravidez. Por Aaron Kampim/Matild Aberesse
	AF4 – A caminho do protocolo de Maputo sobre os direitos à saúde sexual e reprodutiva, em favor da redução das gravidezes precoces e não desejadas e dos abortos clandestinos no Burkina Faso. Por Céile THIOMBIANO YOUNGBARE	AE7 – Reforço das capacidades para cuidados ligados aos partos assistidos por um pessoal qualificado – Abordagem de alta frequência e baixa dose Por Amos Asiedu
	AF13 – Financiamento das intervenções de Planeamento Familiar pelas colectividades locais. Por ZEKPA Apoté Tovinyéawu	AF3 – A estratégia das parteiras itinerantes (SAFI). Por Sra. Amy MBACKE
	AE13 – Os casais « SMART » trabalham juntos para melhorar os resultados em matéria de saúde. Por Dorothy Brewster-Lee	AF8 – Apoio de acompanhamento para profissionais de saúde nos distritos de saúde de Djibo e Gorom-Gorom (região do Sahel de Burkina Faso) para melhorar a qualidade da saúde sexual e reprodutiva (SSR). Por Hyppolite Kouadio GNAMIEN
	AP1 - Planeamento em saúde e boas práticas: análise da disponibilidade e prontidão de serviços de saúde materna e dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens em Bissau e Biombo Por André Beja	AF5 – Melhorando a acessibilidade geográfica dos serviços de tratamento para mulheres que sofrem de fístula obstétrica no Mali: descentralização da formação de cirurgiões de fístula de acordo com a abordagem orientadora Por Demba Traoré
17:00	APRESENTAÇÃO DOS CARTAZES	
18:30	Abertura das Exposições	

2º Dia: Quarta-feira, 24 de Outubro de 2018







Hora	24 de Outubro	
	CAFÉ E INSCRIÇÕES	
08:30	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>Plenária 3: Governança & Prestação de contas Moderador: Mario Festin WHO, Genebra Organizadores: OMS - Genebra</p> <p>Documentação das intervenções nacionais de delegação de tarefas no Planeamento Familiar em 8 países da África Ocidental.</p>	
		<p>Experiência de Parceria de Ouagadougou (PO) – Lições aprendidas e Perspectivas Dr. Rodrigue NGOUANA, Unidade de Coordenação da Parceria de Ouagadougou, 10 min.</p>
		<p>O Guia OMS de identificação e de documentação das Melhores Práticas dos Programas de Planeamento Familiar Asa Cuzin, OMS/IBP, 8 min.</p>
		<p>Principais conclusões da documentação das práticas de delegação de tarefas nos países da Parceria de Ouagadougou Séni Kouanda, Institute of Research in Health Sciences (IRSS), 12 min.</p>
		<p>Ampliação das intervenções de Delegação de Tarefas em PF: Etapas, Barreiras e Oportunidades Simtokina N'GANI, Ministry of Health, Togo, 10 min.</p>
10:15		
10:30	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>Apresentações Orais Comunidade & Transferência de Tarefas Moderador: Dr. Anthony NSIAH-ASARE, Ghana Health Service Co-Moderador: Mario Festin WHO, Genebra</p>	<p>Sala: BANFO HALL</p> <p>Apresentações Orais Jovem/Adolescente & Meios de Comunicação Social Moderadora: Salamatou Futa, USAID/WA</p>
	<p>AE1 – O desenvolvimento de uma gestão comunitária proactiva dos casos para melhorar a sobrevivência das crianças na zona periurbana do Mali: uma colaboração entre o Ministério da Saúde do Mali e a associação Muso. Por Ari Johnson</p>	<p>AE9 – O uso de contraceptivos e gravidez indesejada entre jovens mulheres e homens em Acra, Gana Por LEONARD GOBAH</p>

	AE4 - Avaliando intervenções lideradas pela comunidade para a criação da procura de cuidados de gravidez qualificados na Nigéria rural: resultados a médio prazo a partir de um projecto de pesquisa quase-experimental Por Friday E. Okonofua	AE10 - "Adopção, uma opção para além do aborto": iniciativa de salvar mãe e criança. Por GIFTY ASANTE
	AE11 - O Papel dos Comitês de Serviços de Saúde na sustentação do Programa de Saúde Materno-Infantil Gratuito do Estado de Enugu, Nigéria. Por Chinyere C Okeke	AF12 - Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva para os Pais pela Primeira Vez: uma Abordagem Combinada de Mudança de Comportamento em Zinder, Níger. Por ASSANI OSSENI Akim
	AE12 - Utilização do planeamento familiar e factores associados entre mulheres que recebem serviços de aborto nas unidades de saúde das cidades da zona central de Tigray, Etiópia do norte: um Estudo transversal. Por Goshu Hagos	AF9 - Fórum de Saúde entre Adolescentes e Jovens: uma plataforma para aumentar o acesso dos jovens à informação e serviços através das redes sociais. Por TAO Oumar
	AF2 - Um Modelo de adaptação de uma Inovação de Sucesso: da "Liderança Universitária" à "Liderança Comunitária" para a Mudança de Comportamento na SSRAJ (LCC) Por Abdoulaye Ousseini	AF14 - A página do Facebook 'Entre Nous', um canal promissor para melhorar o conhecimento e as atitudes sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) entre adolescentes e jovens em Côte d'Ivoire. Por MARIE FEDRA BAPTISTE
	AF7 - Experiência do Burkina Faso sobre tarefas de planeamento familiar em dois distritos de saúde: Dandé e Tougan. Por Dr. André Yolland KY	AF11 - Melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens / Planeamento Familiar no Níger através da Introdução da Educação Sexual Completa nos Currículos do Ensino Médio e Secundário do Níger. Por Dr. ALI HALIMA MOUMONI
	AF6 - Difusão do Planeamento Familiar Pós-Parto Imediato em três distritos de Saúde (Adzopé, Agboville e Akoupé) da Côte d'Ivoire. Por Ernest K. Yao	AF10 - Experiências de documentação e difusão da abordagem da rede social de Tekponon Jikuagou (TJ) para reduzir as necessidades não atendidas (NNA) no planeamento familiar (PF) relacionadas com as barreiras sócio-culturais. Por Mariam Diakitè
	AE8 - Percepção da dor no parto: experiências de mães nigerianas. Por Adebayo Akadri	
13:00	ALMOÇO EMBALADO - APRESENTAÇÕES DE CARTAZES – VISITA DAS EXPOSIÇÕES	
	<div>  <div> Sala: ASANTE HALL Plenária 4: Parceria Público Privada & TIC Conferencista de Honra: Mbaye Khouma Sylla, Perito PPP </div> </div>	

	 <p>Como as parcerias público-privadas podem contribuir para melhorar a saúde materna? A experiência e os desafios do Gana Conferencista de Honra: Gloria Quansah Asare, Ghana Health Service, Gana</p>	
	 <p>Papel do setor privado. Ensaio clínico CHAMPION como parte de um PPP. Acesso a medicamentos da saúde materno-infantil e da CSH Conferencista de Honra: Temitayo Erogbogbo, MSD for Mothers', Switzerland</p>	
15:00	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>Apresentações Orais Parceria Público Privada & TIC Moderador: Dr. Artur Correia Director Nacional da Saúde, Cabo Verde</p>	<p>Sala: BANFO HALL</p> <p>Apresentações Orais Parceria Público Privada & TIC (2) Moderador: Mbaye Khouma Sylla, Perito PPP</p>
	<p>BE1 - Como e porquê que os profissionais de saúde no terreno num cenário de recursos escassos, utilizaram uma intervenção multifacetada de Saúde Móvel (mHealth) para apoiar a tomada de decisões sobre a saúde materna e neonatal nos cuidados primários. Por Hannah Brown Amoakoh</p>	<p>Contribuição da saúde móvel na disseminação da informação sanitária para as mulheres grávidas e mães de crianças menores de 5 anos. Hamidou Sanou</p>
	<p>BE2 - Abordagem multi-sistemas na melhoria dos resultados da saúde materna e neonatal: um estudo de caso da Iniciativa Salvando Mães Dando Vida (SMDV) no Cross River State, Nigéria Por Kazeem Arogundade</p>	<p>BF2 - As TIC e os meios de comunicação social, motor de promoção da SR/PF pelos Jovens Embaixadores. Por Emilienne ADIBONE ASSAMA</p>
	<p>BF3 - A informatização da Gestão dos Recursos Humanos em Saúde, uma ferramenta de ajuda na tomada de decisão para o melhoramento da oferta de serviços de saúde: Experiência do Mali Por Mamadou M'Bo</p>	<p>BF4 - Melhoria do Tratamento Integrado das Doenças Infantis (CIME), do planeamento familiar e do acompanhamento dos recém-nascidos e das gravidezes: Caso da implementação da aplicação CommCare no Benim Por Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p>
	<p>BF5 - Utilização das Técnicas da Informação e da Comunicação (TIC) para a formação contínua dos profissionais de saúde sobre os Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU): caso da aplicação "safe delivery". ADEGNIKA Epouse BANGBOLA Karamatou Ognilola</p>	<p>Concept Foundation - Chamada para Ação sobre a Qualidade dos Medicamentos para a Saúde Materna e Infantil na África Ocidental, Parcerias Público-Privadas, Campanha HSC e #Medswecantrustcampaign. Por Arinze Awiligwe</p>
	<p>1630 – 1800 APRESENTAÇÃO DOS CARTAZES – VISITA DAS EXPOSIÇÕES</p>	
1900	<p>Jantar de Gala</p>	

3º Dia: Quinta-feira, 25 de outubro de 2018

Hora	25 de Outubro	
	CAFÉ E INSCRIÇÕES	
08:30	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>KNOWLEDGE CAFÉ – Uma exploração interactiva das ferramentas e das abordagens para reforçar os programas de PF</p> <p>Organizadores: IBP/OMS</p>	
		<p>Sessão 1: sair da rotina: Uma ferramenta de decisão para conceber serviços adaptados aos jovens</p> <p>Idioma: Eng, Fr</p> <p>Organizadores: E2A/Pathfinder, Ginette Hounkanrin</p>
		<p>Sessão 2: a delegação de tarefas da contracepção à acção prolongada e reversível (LARC) é uma realidade – experiências da África Ocidental</p> <p>Idioma: ENG, FR</p> <p>Organizadores: MSI, Anne TAIWO</p>
		<p>Matié YANOOGO</p>
		<p>Sessão 3: As normas sociais, guia da rede social, cartografia das normas sociais, guia de exploração e caixa de ferramentas</p> <p>Idioma: ENG, FR</p> <p>Organizadores: Institute for Reproductive Health (IRH), Mariam Diakite</p>
		<p>Sessão 4: Práticas de Grande Impacto</p> <p>Idioma: ENG</p> <p>Organizadores: USAID, Sheila Mensah</p>
		<p>Sessão 5: Ferramentas para ajudar a sociedade civil local a se tornar actores-chaves da Saúde e Direitos Sexuais da Reprodução (SDSR)</p> <p>Idioma: ENG, FR</p> <p>Organizadores: Equipop, Elise Petipas</p>
		<p>Sessão 6: 'C'est la vie!' - Primeira telenovela televisiva associada a uma campanha de Comunicação para a Mudança Social e Comportamental (CCSC) para o planeamento familiar e os direitos de procriação na África Central e Ocidental</p> <p>Idioma: ENG, FR</p> <p>Organizadores: UNFPA, Marie Soulie e Norbert Coulibaly</p>

		Norbert Coulibaly
		Sessão 7: Reforço das capacidades em planeamento familiar Idioma: ENG, FR Organizadores: Jhpiego, Blami Dao e Bethany Arnold
		Bethany Arnold
		Session 8: Ferramentas de planeamento familiar baseadas em provas - o manual de PF e o guia do formador (Training resource Package) Idioma: ENG Organizadores: Organização Mundial da Saúde (OMS), Mario Festin
11:30		Sala: ASANTE HALL Plenária 5: Doenças não Transmissíveis & SMNEJA Conferencista de Honra: Profa. Ama Aikins, Universidade do Gana
		Plenária 6: Medicina Tradicional & SMNEJA Conferencista de Honra: Profa. Olanrewaju Rita-Marie AWOTONA Professora nigeriana de Farmacognosia Universidade Legacy de Banjul - Gâmbia
	13:00	ALMOÇO BUFFET

14:00	<p>Sala: ASANTE HALL</p> <p>Apresentações Orais Doenças não Transmissíveis & SMNEJA Moderador: Prof. Naby Baldé, Universidade de Conacri</p>	<p>Sala: BANFO HALL</p> <p>Apresentações Orais Medicina Tradicional & SMNEJA Moderador: Dr. Kofi BUSIA, OOAS</p>
	<p>DF3 - iniciativa comunitária para melhorar o tratamento das mordidas de serpente em uma comunidade rural de Guiné-Conacri "Experiência do Centro Médico Associativo (Cma) de Timbi Madina" Por Dr. Abdoulaye Aguibou Barry</p>	<p>CF1- abordagem das intervenções comunitárias dos praticantes da medicina tradicional para a melhoria dos indicadores de saúde da Mãe e da Criança. Por KROA Ehoulé</p>
	<p>DF1 - Estímulo psico-cognitivo e fisioterapia de estímulo das crianças malnutridas. Por BAGNOA Tuenwa Clément</p>	<p>CF2 - Envolvimento das parteiras tradicionais no sistema de gestão das urgências obstétricas no Mali. Por Profa. Rokia Sanogo</p>
15:30	<p>DF2 - Facilitar os serviços de planeamento familiar para doentes mentais. Por Amy Sakho</p>	
1600	<p>REUNIÃO DOS PERITOS DA OOAS</p> <p>APRESENTAÇÃO DOS CARTAZES EXPOSIÇÕES</p>	



The Jubilee House, Office of the President, Accra.

RESUMO - APRESENTAÇÕES ORAIS

Boa Governação e Responsabilidade pela Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

AE1: O desenvolvimento da Gestão Proactiva de Casos Comunitários para melhorar a sobrevivência infantil no Mali periurbano: uma colaboração entre o Ministério Maliano da Saúde e a Muso sem fins lucrativos

Autor: Ari Johnson, Oumar Thiero, Caroline Whidden, Belco Poudiougou, Djoumé Diakité, Fousseni Traoré, Salif Samake, Diakalia Koné, Ibrahim Cissé, Mama Coumaré, Mohamed Berthe, Madeleine Beebe, Kassoum Kayentao

Introdução:

Apesar dos progressos significativos desde 1990, a crise da mortalidade infantil continua a ser uma das principais causas de morte evitável em todo o mundo. Cerca de metade deste fardo global reside na África subsaariana, a única região do mundo onde tanto o número de nados vivos como a população de menores de cinco anos, deve aumentar nas próximas décadas. Mali tem uma das maiores taxas de mortalidade de menores de cinco do mundo, com 115 crianças por 1.000 nados vivos. Estas mortes estão concentradas nas comunidades rurais, onde os filhos de mulheres mais pobres e menos instruídas tem duas vezes maior probabilidade de morrerem em comparação aos filhos de mulheres mais ricas e mais instruídas. Desde 2008, o Ministério da Saúde do Mali, em parceria com a Muso, uma organização sem fins lucrativos, têm estado a testar soluções para a nossa crise de mortalidade infantil. Juntos desenvolvemos a Gestão Proactiva de Casos Comunitários [Proactive Comunidade Case Management (ProCCM)], a abordagem aqui apresentada. Avaliamos o impacto dessa abordagem por meio de um estudo de séries temporais interrompidos de 7 anos, que mediu o acesso atempado à assistência e a mortalidade de crianças com menos de cinco anos no decurso de uma intervenção de gestão pró-activa de casos comunitários (ProCCM) no Mali periurbano.

Metodologia: Utilizando uma metodologia de amostragem ponderada por população baseada em grupos de amostra, realizamos inquéritos domiciliares transversais no início do estudo, 12, 24, 36, 48, 60, 72 e 84 meses na área de intervenção. A intervenção da ProCCM teve cinco componentes: (1) detecção activa de casos por ACS, (2) atendimento ao domicílio por ACS, (3) supervisão mensal dedicada do ACS, (4) remoção de taxas de utilização, (5) reforço das instalações de atendimento primário através de melhorias de infra-estrutura e formação de pessoal. A mortalidade de crianças com menos de cinco anos foi calculada usando a regressão de sobrevivência de risco proporcional de Cox. Medimos a percentagem de crianças que iniciaram o tratamento antipalúdico dentro de 24 horas após o início dos sintomas e a percentagem de crianças relatadas febris nas duas semanas anteriores.

Resultados:

Durante a intervenção, a taxa de tratamento antipalúdico eficaz precoce de crianças 0-59 meses mais do que duplicou, passando de 14,7% em 2008 para 35,3% em 2015 (OR 3.198, P0.0001). A prevalência de doença febril nas crianças menores de 5 anos diminuiu após 7 anos de intervenção, de 39,7% no início do estudo para 22,6% em 2015 (OR 0,448, P0,0001). Nas comunidades onde a ProCCM foi implementada, obtiveram uma taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos ou abaixo de 28/1000 nos últimos 6 anos. Em 2015, a mortalidade de menores de cinco anos foi de 7/1000 (HR 0,039, P0,0001).

Conclusão:

O fortalecimento dos sistemas de saúde de base comunitária pode facilitar o acesso precoce à prevenção e cuidados e melhorar a sobrevivência da criança. A ProCCM foi criada para remover as barreiras financeiras, geográficas, de género e infra-estruturais, que reduzem e atrasam o acesso a cuidados, e em última análise, reduzir a mortalidade de menores de cinco através de dois mecanismos principais. Em primeiro lugar, o aumento do acesso a um tratamento precoce eficaz, pode reduzir directamente a probabilidade de progressão para doença grave, e morte. Em segundo lugar, no caso de paludismo, doenças diarreicas e pneumonia, o tratamento precoce pode reduzir o período de tempo durante o qual um paciente pode infectar outras pessoas.

Recomendação

Mais pesquisas são urgentemente necessárias em ProCCM e suas estratégias principais, com vista a determinar o seu respectivo papel na melhoria da morbilidade e mortalidade. Um estudo controlado randomizado, da abordagem de detecção de casos pró-activo da ProCCM, está em progresso em todos os 137 grupos de amostra, concebido para abordar algumas dessas limitações (Clinical- Trials.gov)

NCT02694055). Os governos e implementadores podem aprender com estas conclusões e considerar como os mesmos podem ser aplicáveis no âmbito dos respectivos contextos.

AF2: Posições Alternativas de Parto

Autora: Cecilia Ama Amapdu, Emmanuel Srofenyoh, Sr. Kofi Adusei, Sr. Prince Adomako

Introdução:

No Gana, as mulheres que já tiveram o parto em casa indicam a sua razão como a opção que têm em escolher uma posição de parto preferível, ao contrário da unidade de saúde onde são obrigadas a deitar de costas com os pés na posição de estribo. A posição de estribo é preferida pelo pessoal médico assistente, uma vez que permite-lhes um acesso mais facilitado para fazer o parto. Ao contrário do pessoal médico assistente, esta posição provoca desconforto e stress excessivo para a mãe que é forçada a empurrar o bebé sozinha, sem a força útil da gravidade, que caracteriza o parto na posição sentada ou de cócoras. As evidências têm mostrado que as posições de sentada e de cócoras, podem prevenir muitas complicações para a mãe e o bebé, em comparação com a posição do estribo. Como resultado disso, a cadeira de parto foi criada e introduzida, em carácter piloto para oferecer às gestantes posições alternativas de parto a nível dos estabelecimentos. A ferramenta também visa melhorar a utilização de serviços de parto supervisionados e qualificados e superar a lacuna das barreiras culturais, oferecendo às mulheres grávidas, a oportunidade de realizarem o parto nos hospitais e não em suas casas. Existem duas cadeiras: uma cadeira de parto sentada e uma segunda cadeira de parto de cócoras. A cadeira é feita de aço inoxidável, ajustável e desmontável e foi introduzida em algumas unidades de saúde a título experimental. A introdução da cadeira é acompanhada por intervenções que envolvem a identificação e selecção de instalações, formação de profissionais de saúde, sensibilização de gestantes nos CPN antes do parto.

Metodologia:

A intervenção envolve a identificação e selecção de instalações, aquisição de cadeiras de parto, a formação de profissionais de saúde, sensibilização das mulheres grávidas nos CPN, advocacia, documentação, monitorização e avaliação. A cadeira foi introduzida nas seguintes instalações numa base piloto: Greater Accra Regional Hospital, Agosto de 2015; Asutware Health Centre, Outubro de 2015; Amasaman Government Hospital, Setembro de 2017; e Tema General Hospital, Junho de 2018. Entretanto, no relatório actual materno-infantil, não estão a ser capturados dados de partos onde estas cadeiras são optadas. Por contrário, está a ser usada uma ferramenta improvisada de recolha de dados para documentar os partos por cadeira de parto sentado ou de cócoras. O conceito de parto por cócoras e sentado, já foi incorporado no currículo dos formandos de saúde. Existe a necessidade de incorporar documentação das posições alternativas, de partos no registo actual de partos e rever as políticas actuais para acomodar as posições de parto alternativas. É necessário também, o desenvolvimento de manuais de procedimento e vídeos de demonstração. Os actores/intervenientes principais são, o Ministério da Saúde e o Serviço de Saúde de Gana.

Resultados:

O piloto foi aceite pelo pessoal médico (enfermeiros, parteiras e médicos) nas instalações de pilotagem e os clientes estão a apoiar. Foram realizados 453 partos nas cadeiras sem quaisquer complicações. Um relatório foi produzido por três centros de pilotagem, tendo sido registado 100% de sucesso em todos esses partos, sem uma única ocorrência de complicação, morbilidade ou mortalidade. A cadeira de parto foi usada com sucesso para os seguintes casos complexos: • segunda etapa retardada • morte fetal intra-uterino (IUFD) • distocia de ombro • apresentações face a púbis • corda em volta do pescoço • Bebês grandes. A cadeira venceu orgulhosamente o prémio de Inovação de Serviço Público da União Africana 2013. Ela foi aprovada pela Associação de Parteiras do Governo do Gana e certificada pela Ghana Standards Authority. Em 2016, foi adoptada como uma das melhores práticas para a saúde materna e neonatal na sub-região pela OoAS no Segundo Fórum de Boas Práticas da Saúde, realizado em Abidjan, Cote D'Ivoire. O piloto revelou uma possível replicabilidade e expansão desta prática para todas as instalações, do primário ao terciário, com pessoal qualificado disponível. Em geral, houve uma grande satisfação entre os pacientes e os profissionais de saúde sobre esta intervenção.

Conclusão:

A cadeira de parto feita no Gana proporciona às mulheres em trabalho de parto a oportunidade de darem à luz nos estabelecimentos de saúde, sentada, de cócoras ou deitada, ou seja, permite-lhes escolher sua posição de parto preferida. A unidade de saúde será, portanto, um lugar propício para as mulheres terem o parto na posição preferida, aumentando a procura dos serviços de saúde (em vez de terem em casa) para o parto e por sua vez aumentando o parto realizado por pessoal competente a nível nacional. Sabemos que o parto qualificado

é seguro e reduz o risco das mulheres morrerem durante o parto, o que ajudará Gana a atingir o objectivo global de redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal. O piloto revelou uma possível replicabilidade e expansão desta prática em todas as unidades de saúde do primário ao terciário com pessoal qualificado disponível. Em geral, houve uma grande satisfação entre os clientes e os profissionais de saúde sobre esta intervenção.

Recomendação

Para garantir o sucesso contínuo e expansão, são recomendados os seguintes: 1. A documentação adequada em todas as instalações de pilotagem de saúde 2. Revisão das políticas actuais para acomodar as posições de parto alternativos 3. E incorporar também, no curriculum de pré-serviço da instituição 4. Desenvolver materiais de formação para as posições de parto de cócoras e sentado. 5. Intensificar a advocacia, educação e formação para as mulheres grávidas, as partes interessadas e profissionais de saúde.

AF3: A abordagem estratégica para a redução da Mortalidade Materna e Neonatal na África Subsaariana. Um estudo de caso da iniciativa 'Saving Mothers Giving Life' (SMGL), Nigéria.

Autor: Sulaiman Gbadamosi, Oluwayemisi Femi-Pius Kazeem , Arogundade Olayiwola ,Jaiyeola Femi Quaitey

Introdução:

A Nigéria enfrenta persistentemente elevada mortalidade materna e neonatal. Uma análise DHS 2013, revelou uma taxa de mortalidade materna (TMM) de 576 por 100.000 nados vivos e uma Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) de 37 por 1000 nados-vivos. Existe uma variação regional significativa e no CRS, a TMM chega a ser tão alto quanto 2.000 mortes por 100.000 nados vivos. Em 2014, a Pathfinder começou a trabalhar com a iniciativa Saving Mother Giving Life (SMGL) (Salvando Mães Dando Vida) - lançando o programa em 18 Áreas do Governo Local (AGL) no Cross River State (CRS). Os elementos fundamentais da SMGL, incluem a definição do contexto da saúde, em todo o estado, a avaliação do estabelecimento de saúde (AES), o que revelou que as unidades de saúde com a capacidade de fornecer serviços de EmONC são dispersas em grandes áreas geográficas, deixando muitas mulheres a mais de duas horas de distância dos cuidados especializados do sistema de saúde pública e privada. A AES revelou uma TMM de 872 por 100.000 nados vivos e TMN de 160 por cada 1000 nados-vivos. Posteriormente, foram seleccionados 107 instalações de saúde a serem apoiadas pela SMGL com base em dados de partos, de distribuição geográfica, infra-estrutura e disponibilidade de parteiras qualificadas.

Metodologia:

O período de implementação da SMGL foi de 2015-2019. Todos os 18 GAL no Estado foram organizados em 10 grupos baseados nos critérios da OMS. Os principais intervenientes a nível da comunidade foram envolvidos. Foram também instituídas a análise de dados, assim como a formação extensas em EmONC e PF para todos os quadros de profissionais de saúde. A supervisão de suporte técnico conjunto é conduzida rotineiramente. Equipamentos essenciais foram fornecidos às instalações apoiadas. Foi instituído um sistema único de transporte de emergência liderado pela comunidade, o ETS, que assegurou que todos os casos de emergência nas comunidades pudessem ser transportados para instalações apoiadas para um parto seguro.

Resultados:

O resultado da metodologia acima, é a criação de uma das iniciativas de modelo da Saúde Materno-Infantil Reprodutiva mais ágeis, centrada em dados, abrangente, orientada para resultados, liderada pelos intervenientes na África Subsaariana. No espaço de 2 anos do início desta iniciativa, a TMM para as instalações apoiadas está agora em 142, em comparação com 313 no início do estudo. Ao mesmo tempo, a TMN está em 34, em comparação com a referência inicial de 58. A percentagem das mulheres que receberam uterotónicos na terceira fase do trabalho de parto encontra-se actualmente em 100%, em comparação com 48% no início do estudo. A percentagem de nados-vivos colocados no peito e mantidos aquecidos dentro de 30 minutos do nascimento numa unidade de saúde é actualmente de 95%, em comparação com 35,5% na referência inicial. Além disso, a percentagem de recém-nascidos que não respiram ao nascer, ressuscitados com sucesso é 98% comparado com 79,5%. Cem por cento (100%) das instalações suportadas pela SMGL agora reportam ao sistema nacional de informações, em comparação com 96% na referência inicial. Além disso, a qualidade da documentação também melhorou consideravelmente. A USAID AOR - Dr. Joseph Monehin disse: "A qualidade do seu trabalho é boa e é muito encorajadora. Os sacos Ambu podem ser vistos em todas as suas instalações. As suas instalações usam gel de clorexidina para o cuidado de cordão, tem IEC que demonstra a gestão activa da terceira fase do trabalho de parto. O partograma também está a ser usado amplamente; We Care Solar também está disponível. Eu também estou feliz que os ACS entendem o processo de ressuscitação".

Conclusão:

A iniciativa SMGL na Nigéria está no caminho certo para atingir o objectivo de reduzir a TMM e a TMN em 15% e 10%, respectivamente. A iniciativa criou com sucesso, um modelo único centralizado em dados para programação futura na região subsaariana para aprendizagem. A implicação disso para a futura programação de RMNCH e PF na LMIC é de facto instrutiva. A iniciativa SMGL teve um verdadeiro impacto. O Ilustre Comissário para a Saúde no Cross River State disse recentemente que "a Pathfinder International é de facto a melhor ONG internacional em Cross River State.

Recomendação

O conceito de ser "estratégico" dentro do contexto da iniciativa de SMGL significa começar com o objectivo em mente. Em vista disso, as seguintes recomendações principais estão sendo postuladas: • O uso de dados deve ser integrado e usado em todos os níveis. • O envolvimento robusto das partes interessadas é um elemento-chave para o sucesso desta iniciativa. • A implantação gradual de intervenções em áreas geográficas garante que as lições aprendidas iniciais possam melhorar a qualidade das intervenções nas áreas subsequentes. • É mais orientado para resultado, o destacamento de parteiras e enfermeiras para formar os ACS contrariamente à utilização de professores e doutores. As supervisões conjuntas de apoio são mais orientadas para os resultados • As supervisões trimestrais de apoio são mais orientadas para resultados quando realizadas em conjunto entre o Parceiro de Implementação e outras partes interessadas (órgãos governamentais e profissionais)

AE4: Avaliando intervenções lideradas pela comunidade para a criação da procura de cuidados de gravidez qualificados na Nigéria rural: resultados a médio prazo a partir de um projecto de pesquisa quase-experimental

Autor: Friday E. Okonofua, Ntoimo Lorretta Favour, Yaya Sanni, Ogungbangbe Julius, Imongan Wilson, Ermel Johnson

Introdução:

A Organização Mundial de Saúde estima que 58.000 mortes maternas ocorrem na Nigéria anualmente, sendo responsável por 19% das mortes maternas globais. A maioria destas mortes ocorrem em comunidades rurais e estão ligados à extrema pobreza, aos sistemas de saúde fracos e à falta de acesso das mulheres aos serviços de saúde, entre outros factores. Apesar de os decisores políticos reconhecerem que os centros de saúde primários (CSP) deve desempenhar um papel-chave na melhoria do acesso das mulheres rurais a cuidados de gravidez qualificados, os CSP são muitas vezes mal utilizados. A fraca demanda e utilização de CSP para cuidados de qualidade na gravidez tem sido, por sua vez, atribuído ao envolvimento limitado, participação e apropriação fracas pela comunidade nas actividades dos CSP. O objectivo deste artigo é descrever uma pesquisa de implementação liderada pela comunidade que visa aumentar o acesso das mulheres grávidas a cuidados de gravidez especializados nas áreas do Governos local de Etsako East e Esan de Edo State, na Nigéria. O estudo está sendo implementado em três fases - pesquisa formativa, fase de intervenção, e uma fase de avaliação. Embora a fase de pesquisa formativa tenha sido concluída, a fase de intervenção progrediu para o período intercalar, com a participação activa da comunidade local. Esta apresentação relata os resultados intercalares da fase de implementação do projecto.

Metodologia:

Este projecto em curso começou em 2015 e será concluído em 2020. Na primeira fase, foi utilizado um método misto de concepção de pesquisa qualitativa e quantitativa para obter dados de mulheres e homens em 20 comunidades das Áreas de Governo Local. Em seguida, envolvemos os intervenientes da comunidade (incluindo líderes comunitários, mulheres líderes, decisores políticos, juventude e a sociedade civil) para usar os resultados da pesquisa formativa para criar um conjunto de intervenções complexas (múltiplas) aceites pela comunidade com o intuito de aumentar o acesso das mulheres aos cuidados especializados na gravidez nos CPS. Na fase 3, o projecto está a ser avaliado com indicadores de processo e resultado, utilizando um design de pesquisa quase-experimental.

Resultado:

As intervenções consistem no desenvolvimento de Alas de Comitês de Desenvolvimento (ACD) ligados ao anciãos da comunidade/decisores; angariação de fundos da comunidade/seguro de saúde; transporte de mulheres para os CPS usando um sistema rápido de SMS; eventos de conscientização e sensibilização da comunidade; o estabelecimento de fundos rotativos de medicamentos nos CPS; actividades de advocacia; e nova formação para os profissionais de saúde. Na intervenção de médio prazo, os resultados mostram participação activa e compromisso da comunidade, com 80% das actividades sendo conduzidas e implementadas pelas ACD em colaboração com os CPS; foram

doados até agora, fundos significativos (cerca de US \$ 9,800.0) pelas comunidades do projecto para apoiar as actividades dos CPS; um grande número de mulheres registam e pagam para o regime de seguro de saúde da comunidade; melhorias substanciais de infra-estrutura dos quatro CPS nos locais de intervenção; um aumento de quase 200% no número de mulheres que visitam os CPS para atendimento pré-natal e parto; e vários relatos de casos de morbilidade grave e mortalidade evitados por mulheres usando os CPS reformados. As actividades de advocacia levaram ao aumento do compromisso com o projecto pelo Ministério Federal da Saúde, o Ministério da Saúde do Estado de Edo, a Agência de Desenvolvimento de Cuidados Primários de Saúde de Edo State e o Governo do Estado de Edo. Tais aumentos de compromissos levaram 1) ao Estado de Edo anunciando a priorização de uma melhor prestação de CSP no Estado; 2) à colocação de um médico Youth Corp para supervisionar os serviços de CPS numa das comunidades do projecto, com uma parte do salário pago pelo Conselho do Governo Local; e 3) o aumento da colocação de enfermeiros e parteiras nos CPS nas comunidades.

Conclusão:

Os resultados deste projecto enfatizam a importância do engajamento e participação da comunidade nos esforços de melhoria na prestação de CPS para cuidados de qualidade na gravidez, especialmente no contexto das comunidades rurais. Tais envolvimento da comunidade, podem aumentar o apoio e eficácia do projecto, reforçando o seu impacto e sustentabilidade ao longo do tempo. Ao trabalhar com as comunidades para criar teorias viáveis e sustentáveis de mudança, o projecto abordou, simultaneamente, vários constrangimento incluindo factores culturais, questões de género, factores maternos e risco da comunidade, bem como resposta política inadequada que impedem o acesso das mulheres aos cuidados qualificados na gravidez nas zonas rurais .

Recomendação

Estes resultados impressionantes a médio prazo do projecto, sugerem que a prestação dos CPS com a participação activa dos intervenientes da comunidade, é fundamental para aumentar a procura de cuidados de gravidez especializados no Estado Edo, rural da Nigéria. Recomendamos que uma política baseada na participação da comunidade e de apropriação, deve ser adoptada como parte da implementação estratégica de CPS na região. No entanto, como as comunidades diferem consideravelmente, as intervenções que funcionam numa comunidade podem não necessariamente funcionar numa outra comunidade. Assim, é essencial a realização da avaliação substancial e discussão das necessidades com os intervenientes da comunidade no início, e essas próprias comunidades “apropriem-se” das intervenções ao invés de abordagens baseadas na imposição “de fora”. Nós acreditamos fortemente que esta abordagem oferece uma alta promessa para melhorar o acesso das mulheres rurais aos cuidados de gravidez qualificados e reduzindo a presentemente alta taxa de mortalidade materna no país.

AE5: Boas Práticas para Melhoria da Aceitação de Serviços Qualificados do Parto: A Intervenção da Escola de Gravidez

Autor: Aaron Kampim, Matilda Aberese-Ako, Oscar Bangre, Fabian Sebastian Achana, Abraham Rexford Oduro

Introdução:

A região norte do Gana está atrasada nos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil. A região registou a segunda maior taxa de mortalidade materna institucional (174/100.000 NV) e mortes neonatais (8.1/1000n NV), de acordo com o relatório anual de revisão de saúde reprodutiva e infantil de 2013. A região Norte também registou um dos partos com menos qualificação (46,8%), somente à frente da região de Volta (43,4%) no ano em análise. A situação é ainda mais crítica no distrito de Bunkpurugu-Yunyoo, que registou 36% de cobertura de prestação de serviços qualificados. Vários factores do lado da procura e da oferta têm sido verificados como desmotivando a utilização de serviços qualificados do parto pelas mulheres, representando desta forma, uma baixa cobertura de partos qualificados. Os resultados de um estudo de referência no distrito de Bunkpurugu-Yunyoo, confirmaram que as experiências das mulheres, da má atitude dos profissionais de saúde e factores socioculturais, como mitos, crenças e práticas tradicionais, dificultaram a decisão de procurar atendimento especializado para o parto. Embora os serviços de atendimento pré-natal (APN) já estabelecidos, proporcionem uma oportunidade para promover um comportamento saudável entre as mulheres grávidas, a profundidade da interação nessas sessões é muitas vezes baixa devido ao tempo limitado. A escola de gravidez visa intensificar a interacção entre os prestadores de cuidados de saúde e as mulheres grávidas (e suas famílias), a fim de melhorar a utilização dos cuidados de parto qualificados.

Metodologia:

A escola de gravidez foi implementada nos sub-distritos de Binde e Bunkpurugu, no distrito de Bunkpurugu-Yunyoo, durante um período de sete meses. Abordagens quantitativas e qualitativas foram usadas para recolher dados de avaliação do impacto da intervenção na

aceitação de serviços de parto qualificados. A abordagem quantitativa utilizou folhas de extracção de dados, enquanto a abordagem qualitativa utilizou Entrevistas Profundas (EP) e Discussões de Grupos de Foco (DGF). Os dados quantitativos recolhidos foram analisados no Microsoft Office Excel para gerar estatísticas descritivas. Os dados qualitativos foram analisados usando o Nvivo para gerar citações temáticas para narrações.

Resultado:

Oito escolas de gravidez foram estabelecidas com sucesso, quatro em cada sub-distrito e para o período, foram inscritas um total de 541 mulheres grávidas. Das 541 mulheres grávidas, 242 eram do sub-distrito de Binde enquanto 299 eram de sub-distrito de Bunkpurugu. O período registou um total de 256 partos dos quais 220 (85,9%) partos tiveram lugar em estabelecimentos (qualificados) de saúde, enquanto 36 (14,1%) foram partos em casa. Os resultados também mostram que, dos 256 partos, 105 foram de Binde e 151 de Bunkpurugu. Para os 105 partos de Binde, 12 (11,4%) foram partos em casa e 93 (88,6%) foram partos nas unidades de saúde. Além disso, dos 151 partos de Bunkpurugu, 24 (15,9%) foram partos em casa e 127 (84,1%) foram partos na unidade de saúde. No geral, a intervenção da escola de gravidez contribuiu para o aumento de 18,7% na cobertura de partos qualificados em cada um dos sub-distritos de intervenção (Binde e Bunkpurugu). Especificamente, a cobertura de parto qualificado geral aumentou de 70,8% para 89,5% em Binde, e de 46,5% para 65,2% em Bunkpurugu. Os resultados da avaliação qualitativa sugerem que a escola de gravidez melhorou o conhecimento da necessidade de utilizar assistência ao parto qualificados dos participantes. Além disso, juntar os trabalhadores de saúde e clientes através da escola de gravidez, impulsionou as interações entre profissionais de saúde e clientes. Isso ajudou a fechar o fosso entre os trabalhadores da saúde e os membros da comunidade, permitindo assim uma abordagem mais relaxada para o uso de serviços de saúde. Os resultados também mostraram que a interacção na escola de gravidez ajudou as mulheres grávidas a desenvolverem confiança e preparar-me melhor para o parto.

Conclusão:

Os resultados mostraram geralmente que, a escola de gravidez enquanto uma intervenção, melhora com sucesso a adopção/aceitação de serviços de parto qualificados. Especificamente, a intervenção criou, com êxito, a procura por serviços de parto qualificados, através da educação e conscientização das mulheres e suas famílias. A intervenção ligou também, cordialmente, as mulheres grávidas e os profissionais de saúde, o que resultou na prestação amigável de serviços de maternidade qualificados.

Recomendação

São recomendadas as seguintes medidas para ajudar a melhorar e sustentar a intervenção da escola de gravidez: ★ Sensibilização da comunidade sobre a iniciativa para ajudar a aumentar a conscientização e aceitação da comunidade. ★ A supervisão eficaz e a necessidade de formar um maior número de profissionais de saúde para facilitar nas sessões também ajudaria a sustentar o programa. ★ O apoio dos doadores poderia ser procurado para garantir a formação regular para os facilitadores da escola de gravidez.

AE6: Integração de Actividades de Fortalecimento Económico para Melhorar os Resultados da Saúde Materna, Neonatal e Infantil: Lições Aprendidas de Parcerias com Organizações Religiosas em Camarões

Autor: Kenneth Muko, Margaret Brawley, Jennifer Martin

Introdução:

Uma em cada seis crianças nos Camarões não vive para ver seu quinto aniversário. A maioria das mortes de crianças no país resulta de paludismo, diarreia, pneumonia e causas neonatais (todas ainda mais exacerbadas pela desnutrição). As organizações religiosas (OR) são responsáveis por 30 a 70% da prestação de serviços de saúde em África (Organização Mundial de Saúde, 2017) e trabalham para melhorar os resultados de saúde nos Camarões. Estas instituições, especialmente as Congregações de Mulheres Religiosas (CMR), desempenham um papel crítico no fortalecimento dos sistemas de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). As CMR estão incorporadas nas comunidades que servem e possuem relacionamentos valiosos e confiáveis com os membros da comunidade, mas são limitadas por recursos e formação. Capacitar as CMR para implementarem programas de SMNI eficazes e sustentáveis é um desafio nos Camarões. A maioria dos programas de SMNI é implementada por organizações sem fins lucrativos, muitas vezes por períodos curtos e com financiamento limitado. A identificação de estratégias viáveis e de longo prazo, para fortalecer e manter programas de SMNI geridos pela comunidade, continua sendo um desafio que merece consideração contínua. A Medicines for Humanity (MFH) cria impacto ao nível das bases e desenvolve a

sustentabilidade a longo prazo nos indicadores de SMNI, investindo e reforçando a capacidade e competências das CMR usando uma combinação de actividades de formação, mentoria, supervisão e actividades de fortalecimento económico (AFE).

Metodologia:

Em Setembro de 2013, a MFH fez parceria com quatro CMR para apoiar 37 irmãs Católicas, 19 parteiras, 28 enfermeiras e 226 ACS nas regiões Noroeste e Sudoeste dos Camarões. Foram realizadas formações para fortalecer as competências em torno das práticas de parto, gestão de doenças infantis, actividades de nutrição e gestão de projectos. A MFH também apoiou os ACS na prestação da educação em saúde, no encaminhamento de crianças doentes e apoio aos agregados familiares. Além disso, desde 2014, a MFH implementou AFE para os ACS. Dados básicos foram recolhidos no início da fase integrada do projecto (quando as AFE foram introduzidas em Outubro de 2014) e comparados com os dados subsequentes recolhidos em Março de 2017.

Resultados:

As CMR já têm interesse e compromisso com as comunidades que servem. Investir nelas e aumentando a sua capacidade, permite-as promover o seu alcance e impacto, resultando em maior acesso e sustentabilidade dos cuidados de saúde de alta qualidade e melhores resultados de saúde, conforme demonstrado pelos seguintes indicadores: o número de mortes de crianças caiu 18,2%, indo para 31% nos oito locais do projecto num espaço de três anos. Isso é muito inferior à média 5,1-6,6% de reduções anuais observadas na Etiópia e Ruanda. Foram igualmente observadas reduções na desnutrição (28% -52%), o paludismo (29% -36%), pneumonia (15% -24%) e diarreia (33% -38%). Visitas pré e pós-natais aumentaram por intervalos de 22% para 37% e 18% a 24%, respectivamente. O desempenho das CMR melhorou por uma média de 32% e houve um aumento médio de 28% na taxa de retenção de ACS. As principais lições aprendidas neste projecto incluem: • As sessões de formação mais eficazes tiveram participação significativa de estagiários na concepção do currículo e o planeamento e facilitação de formações. • A criação de ciclos de retorno de informações, monitorização frequente de formandos e monitorização de visitas de terreno, a utilização de dados recolhidos e contributos locais para promover mudanças e workshops de reciclagem de projectos, provaram ser bastante úteis. • Não fazer suposições sobre as competências e compreensão do indivíduo. Permitir tempo para entender o nível de conhecimento dos formandos, e desenvolver com base neste conhecimento. • O investimento de recursos em monitorização, orientação e apoio contínuos melhora a retenção, a sustentabilidade e a qualidade dos serviços do ACS. • Os ACS querem investir em sua própria comunidade. Não subestimar a influência deles. Alguns grupos do ACS usaram a renda de ARE para apoiar iniciativas comunitárias mais amplas, como provisões para órfãos e infraestrutura/ suprimentos para escolas locais. • Os serviços de apoio e educação fornecidos pelos ACS na comunidade liberaram tempo valioso do pessoal da clínica. Os enfermeiros puderam dedicar menos tempo à educação preventiva para questões de saúde (como sinais de perigo na gravidez, práticas apropriadas de alimentação e promoção de higiene) e priorizar o tratamento e o cuidado futuro. • As ARE fortalecem a coesão social, comunicação e parcerias comunitárias.

Conclusão:

As Estratégias para fortalecer e manter programas de SMNI de alta qualidade, acessíveis precisam de priorizar a capacitação para as instituições de base, incluindo as OR. Com o apoio certo, as CMR podem desenvolver programas de SMNI sustentáveis com componentes de alcance fortes que melhoram os resultados de saúde para as pessoas vulneráveis, que de outra forma têm acesso limitado a cuidados de saúde. As abordagens integradas destinadas a fazer face aos desafios de SMNI específicos podem ter um impacto significativo. Reforçar as capacidades económicas dos intervenientes da comunidade, incluindo os ACS, aumenta o acesso aos cuidados de saúde e é fundamental para garantir a sustentabilidade. O trabalho da MFH com as CMR e seus ACS tem sido reconhecido pelo governo Camarões e apresentado como modelo demonstrável para replicação.

Recomendação

A fim de reduzir de forma sustentável as taxas de mortalidade infantil nas áreas carentes do mundo, as ONG precisam de implementar intervenções de saúde comprovadas para salvar vidas, adaptar os projectos aos locais específicos, e reconhecer o papel crítico das CMR e ACS. Com base na experiência da MFH nos Camarões, as seguintes recomendações podem ser feitas: • Garantir que os formandos, em todos os níveis, contribuam para as metas de formação e curriculum do projecto e confirmar se são bem apoiados por meio de visitas de terreno pós-formação e workshops de reciclagem, inclusive feedback de estagiários e flexibilidade do programa para mudanças. • Priorizar a monitorização, orientação e apoio ao longo da vida do projecto para estabelecer uma forte comunidade fundacional, motivação e retenção.

- Integrar ARE como um componente-chave de todos os programas de ACS desde o início e desenvolver as ARE em colaboração com parceiros locais e os beneficiários para maximizar a viabilidade, eficácia, crescimento e mais importante, o sucesso.

AE7: Capacitação para Cuidados de Parto Especializados - Abordagem de Dose Baixa Frequência Alta

Autor: Amos Asiedu, Martha Serwaa Appiagyei, Etta Forson Addo, Paciência Darko, Dora Agbodza, Julia Duodu

Introdução:

No Gana, a taxa de mortalidade neonatal estagnou em 29 mortes por 1000 nados-vivos, o que representa 67% de toda a mortalidade infantil, e a taxa de natimortos é de 22 por 1000 nascimentos totais. Os esforços de melhoria da qualidade nos hospitais do governo e de missões, identificaram problemas que impedem o progresso na redução dessas taxas de mortalidade, incluindo deficits no conhecimento técnico e nas competências dos prestadores de cuidados de saúde para gerir problemas no parto e acesso a suprimentos básicos para prestar cuidados essenciais e de emergência. Para lidar com essas barreiras, uma nova abordagem dose baixa/alta frequência (DBAF) à formação de profissionais de saúde, foi introduzida e avaliada em 40 hospitais públicos e de missão no Gana entre Março 2014 e Março de 2017 e com o objectivo de actualizar os conhecimentos e competências das parteiras e melhorar os resultados maternos e neonatais em 40 hospitais no Gana. O foco foi em demonstrar os efeitos da intervenção no conhecimento e competências das parteiras um ano após o formação, e na morte fetal intraparto e as taxas de mortalidade de recém-nascidos nas vinte e quatro horas após o nascimento.

Metodologia:

O estudo foi uma avaliação prospectiva, randomizada por agrupamentos. Os hospitais elegíveis em três regiões de Gana, foram estratificados por número de partos por mês, e, em seguida, distribuídos aleatoriamente em um dos quatro grupos de formação. A intervenção incluiu duas formações de 4 dias no local (baixa dose) seguido por sessões semanais (de alta frequência) de práticas conduzidas por parteiras, e um ano de uso de mensagens SMS por sobre o conteúdo coberto durante as sessões de baixa dose, e de supervisões em pessoa e de telefone por mentores regionais. A competência dos agentes de saúde foram avaliadas utilizando Exames Clínicos Estruturados Objectivos (ECEO) em três momentos: antes de cada formação, imediatamente após cada formação e um ano após cada formação. As estatísticas dos serviços de saúde foram utilizados para avaliar o impacto sobre a mortalidade.

Resultados:

Nos 40 locais de avaliação, 403 SBA consentiram e foram incluídos no estudo. A pontuação da ECEO sobre tópicos abordados na primeira formação de 4 dias foram 43% pós-formação e 87% pós-formação; a retenção de competências após um ano foi de 73%. A pontuação da ECEO sobre temas abordados na segunda formação foi de 52% pós-formação, 92% pós-formação e 80% após um ano. Os dados de 40 hospitais, mostraram uma redução de 70% no risco das taxas de mortalidade de 24 horas e de recém-nascidos e redução de 62% no risco de parto de natimortos comparando os 6 meses antes da intervenção a 0-12 meses após a intervenção. A avaliação qualitativa revelou que os prestadores fizeram grandes melhorias na qualidade do atendimento no momento do trabalho de parto, nascimento e o período pós-parto imediato (em todas as áreas ensinadas durante a formação de conhecimentos e focada em competências). Os comentários de informantes indicaram que estavam propensos a usar as intervenções recém-adquiridas, uma vez que se sentiram “capacitados para trabalhar de forma eficaz e com coragem”. Além disso, esta abordagem de formação tinha uma orientação mais prática, do que teórica e todos os trabalhadores de saúde da maternidade foram convidados para as formações no local.

Conclusão:

A abordagem DBAF melhorou a competência das parteiras, capacitando-as nos cuidados maternos e do recém-nascidos de alta qualidade e respeitosos. A intervenção reduziu significativamente os riscos de morte fetal intraparto e mortalidade neonatal no prazo de 24 horas após o nascimento. Além disso, as partes interessadas que aceitaram esta abordagem de formação, prometeram sustentá-la e defenderam a sua expansão para outras partes do país.

Recomendação

Recomendamos a adopção de abordagens semelhantes no Gana e outros países com poucos recursos, pois tem o potencial de melhorar a qualidade do serviço e avançar em direcção às metas de desenvolvimento da saúde.

AE8: Percepção da dor do trabalho de parto: experiências de mães Nigerianas**Autor: Adebayo Akadri, Oluwaseyi Odelola****Introdução:**

O parto é um evento alegre, mas expõe a mãe a uma das formas mais graves de dor relatadas. A percepção da dor do trabalho de parto, é influenciado por uma variedade de factores fisiológicos, psicológicos e ambientais; portanto, as mulheres de diferentes origens socioculturais podem experimentar e lidar com a dor do parto de forma diferente. Este estudo foi desenhado para avaliar a percepção da dor do parto em parturientes.

Metodologia:

Este foi um estudo transversal envolvendo 132 mulheres grávidas que tiveram um parto vaginal em dois hospitais terciários no sudoeste da Nigéria. Um questionário estruturado foi administrado a mulheres no prazo de 24 horas após o parto para registar detalhes do trabalho de parto. A percepção da dor do trabalho de parto, foi avaliada usando a Pontuação Analógica Visual (VAP). A análise dos dados foi feita utilizando IBM SPSS Statistics para Windows versão 21,0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

Resultados:

A média de idade das parturientes foi de $30,6 \pm 4,8$ anos. A percepção de dor média das parturientes tal como avaliado por VAS, foi de 7,0. Sessenta e seis (50%) parturientes avaliaram a dor de trabalho do parto como severa VAS (7.1). A maioria dos respondentes 114 (86,4%) deseja alguma forma de alívio da dor. O Índice de Massa Corporal (IMC) das entrevistadas e peso de nascimento de seus bebês teve associação estatisticamente significativa, com a percepção da dor ($p = 0,010$; $p = 0,038$, respectivamente). Factores associados à maior chance de ter a percepção da dor grave incluem a falta de reserva, educação de nível secundário, BMI30 e idade gestacional ≥ 37 semanas.

Conclusão:

As mulheres no sudoeste da Nigéria consideraram a dor do parto como severa, e muitas desejaram alívio da dor durante o parto. Ocupação, IMC, idade gestacional e peso ao nascer dos bebês eram variáveis mediadoras significativas na experiência das mulheres da dor do parto.

Recomendação

Os métodos modernos de analgesia de parto devem ser oferecidos às parturientes para reduzir a necessidade não atendida de analgesia obstétrica e melhorar a experiência de parto da mulher.

AE9: O uso de contraceptivos e gravidez indesejada entre jovem mulheres e homens em Acra, Gana**Autor: Leonard Gobah, Kate Grindlay, Phyllis Dako-Gyeke, Thoai D. Ngo, Gillian Eva, Sarah T. Reiger, Sruthi Chandrasekaran, Kelly Blanchard****Introdução:**

Os jovens (15-24 anos) compõem 20% da população do Gana. De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde de Gana 2014, 51% das mulheres casadas de 15-19 anos e 34% com idade 20-24 tinha uma necessidade não atendida de planeamento familiar. Seis por cento dos jovens casados e solteiros sexualmente activos, 15-19 anos, e 21% de jovens casados e solteiros sexualmente activos, 20-24 anos de idade, não estavam a usar qualquer método contraceptivo moderno. Mais de metade (58%) de todos os nascimentos nos cinco anos anteriores para mulheres de 15-19 anos de Gana e um terço dos nascimentos para aqueles 20-24 anos de idade, não eram intencionais. Os benefícios da prevenção de gravidezes indesejadas, particularmente entre as jovem mulheres, abrangem os domínios sociais, de saúde e económico permitindo melhores chances de vida saudável e produtiva. Reconhecendo o potencial de impactos negativos significativos de gravidez indesejada, foi lançado o Programa de Redução da Mortalidade e Morbidade Materna no Gana em 2006 para melhorar o acesso ao planeamento familiar e serviços abrangentes de cuidados de aborto. Apesar dos esforços para expandir os serviços de saúde

sexual e reprodutiva no Gana, pouco se sabe sobre a participação dos jovens ou factores que contribuem para o uso de contraceptivos e gravidez indesejada. Em particular, pouco se sabe sobre os determinantes da saúde sexual e reprodutiva dos jovens no Gana.

Metodologia:

De Setembro-Dezembro de 2013, foi realizado um estudo transversal com jovens de 18-24 anos de idade, que falavam Inglês, Twi, ou Ga, e relataram terem tido relações sexuais nos seis meses anteriores ao inquérito, em Acra, Gana. Foi utilizada a técnica de amostragem aleatória estratificada em duas comunidades de baixa e média renda. Foram conduzidas pesquisas em pessoa (45-60 minutos), por agentes no terreno em locais privados nas comunidades de recrutamento, incluindo mercados, clubes sociais, e recintos desportivos. Foram utilizadas estatísticas descritivas, testes qui-quadrado e teste exato de Fisher. A regressão logística foi realizada para analisar determinantes do uso de contraceptivos modernos entre homens e mulheres e gravidezes indesejadas entre as mulheres.

Resultados:

No geral, 100 homens e 250 mulheres participaram. Os entrevistados tinham, em média, 21 anos de idade, eram solteiros com um parceiro constante, com quem não viviam e eram Cristãos. Os homens tinham níveis significativamente mais elevados de ensino em comparação com as mulheres. Noventa e um por cento tinham um parceiro actual. Apenas 2% das mulheres tiveram um rastreio do cancro do colo do útero e 44% já havia sido testadas para uma infecção sexualmente transmissível (DST); menos do sexo masculino (21%) tinham sido já testados para DST ($p \leq 0.001$). Quarenta e quatro por cento relataram uso de contraceptivos modernos actuais. Na regressão multivariada, homens e mulheres tiveram significativamente mais probabilidade de relatar uso de contracepção moderna se tivessem ensino secundário (razão de chance ajustada (RCA) 2.1, $p = 0.01$), ensino superior (RCA 4.3, $p = 0.01$), ou profissional/ensino técnico (RCA 2.8, $p = 0.03$) (em relação ao primário); nunca tinha falado com alguém sobre o uso de contracepção (RCA 4.7, $p \leq 0.001$); sentiu apoio por um prestador de cuidados de saúde para o uso de contraceptivo (RCA 2.2, $p = 0.005$); ou sentiu pouco apoio ou muito provável de engravidar acidentalmente (RCA 2.7, $p \leq 0.001$). Embora $\geq 70\%$ dos participantes reconhecessem a maioria dos métodos anticoncepcionais, faltava, entretanto, a consciência de alguns métodos-inclusive métodos de longa acção. Quase todos os inquiridos (91%) sentiram que pelo menos um método moderno era inseguro. Quase metade de todas as mulheres (45%) relataram que a sua última gravidez era indesejada, e 63% das mulheres e 58% dos homens sentiam-se em risco de uma futura gravidez indesejada. As mulheres eram mais propensas a experimentar gravidez indesejada, caso já tivessem dado à luz (RCA 6.7), a sua primeira relação sexual foi entre 8-14 anos contra 20-24 anos (RCA 3.4), ou tiveram 3-4 parceiros sexuais ao longo da vida versus 1-2 (RCA 2.4).

Conclusão:

A gravidez indesejada era comum, e apesar da maioria dos homens e mulheres sentirem-se em risco de futura gravidez indesejada, apenas 44% dos jovens sexualmente activos estavam a usar um método contraceptivo moderno. Intervenções específicas são necessárias para melhorar a compreensão dos métodos de acção prolongada e a segurança de métodos modernos, e, consequentemente, para aumentar o acesso e uso de contraceptivos modernos. Além disso, o uso de contracepção não é meramente um resultado da conscientização, conhecimento e disponibilidade, mas é influenciada por factores complexos, incluindo os processos de tomada de decisão, competências de negociação e relações de poder. Como tal, as intervenções devem focar no desenvolvimento da auto-eficácia da juventude e a oferta de competências de capacitação.

Recomendação

Existem várias recomendações de políticas para lidar com essas abordagens. Em primeiro lugar, os esforços para aumentar o diálogo em torno de contracepção pode melhorar a aceitação entre os jovens em Acra. Uma parte substancial dos participantes não tinha falado com ninguém sobre a contracepção e ter conversado com alguém sobre a contracepção foi associado com o uso de anticoncepcionais modernos. Além disso, a constatação de que a iniciação sexual precoce estava relacionada com a gravidez indesejada destaca a importância de intervenções precoces na educação para a saúde sexual e reprodutiva. Além disso, visando intervenções de ensino da saúde sexual e reprodutiva para as pessoas com níveis mais baixos de educação, pode ajudar a atingir os jovens mais necessitados, à medida que níveis inferiores de escolaridade estão associados a uma probabilidade mais baixa no uso da contracepção moderna. Há necessidade de melhorar a compreensão dos métodos de acção prolongada e a segurança de métodos modernos. Finalmente, os baixos níveis de exames de cancro cervical entre as mulheres e testes de DST, particularmente entre os homens, devem ser abordados.

AE10: "ADOPÇÃO, UMA OPÇÃO PARA ALÉM DO ABORTO": INICIATIVA DE SALVAR MÃE E CRIANÇA**Autora: Gifty Asante, Angela Abugri, Esi Therson Cofie, Alice Soti, Theodora Akpalu****Introdução:**

Subjacente às causas de morte materna, existe uma complexa teia de forças sociais, políticas e económicas que prejudicam o acesso das mulheres aos cuidados maternos de saúde e informações reprodutivas essenciais. As altas taxas de gravidez indesejada e aborto inseguro são de grande preocupação. Os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de Gana (GDHS 2008), indicam que um em cada sete nascimentos é indesejado, um nascimento em cada cinco é inoportuno, mais de um terço de todos os nascimentos não são planeados, e apenas um em cada seis mulheres casadas em idade reprodutiva, usa métodos contraceptivos modernos. Na tentativa de mitigar isto, a Direcção Municipal de Saúde de Ashaiman em 2013, identificou a opção de adopção como uma necessidade não atendida/negligenciada e que precisava de reparação. As crescentes referências de clientes que procuram o aborto em fases mais avançadas da gravidez, levou à iniciativa. Mais uma vez, as incertezas dos resultados de tais referências tornou-se um factor motivador chave. As unidades de Cuidados Compreensivos de Aborto (CCA), do Adolescente/Planeamento Familiar colaboraram para intensificar o aconselhamento sobre a adopção para tais clientes, com recurso aos benefícios e os riscos de aborto nos prazos maiores e em casos de infertilidade. Essas interações revelaram que a adopção, enquanto opção no serviço CCA tem sido baixa, à medida que o foco tem sido normalmente nos serviços de aborto.

Metodologia:

Foram colocadas 3 perguntas básicas a todos os 128 clientes da CCA em 2013: se tinham conhecimento sobre a adopção; se tinham considerado a adopção em face à gravidez indesejada/(infertilidade provável); se sim/não, explicar o porquê. Eles foram aconselhados, com destaque para a adopção como uma opção com todos os prós e contras.

Resultado:

De acordo com as perguntas da entrevista durante as actividades de Saúde Reprodutiva 2013 em Ashaiman, de um total de 128 clientes de CCA vistos, 116 (90%) não tinha informações sobre a adopção e por isso não a tinham considerado, 13 (10%) conhecia e tinha considerado essa opção, mas não tinham certeza das implicações. Todos os clientes da CCA receberam aconselhamento sobre a adopção entre outros, antes de escolha do tipo de serviço de aborto. Em suma, 61 tiveram aspiração manual (MVA), 58 medicação, 9 foram referidos. No entanto, 4 das 9 mulheres aconselhadas a manterem a gravidez aceitaram, e 3 de entre elas (2 adolescentes e uma mãe solteira) tiveram o parto e entregaram o bebé para adopção. Esta tendência tem continuado desde então, com diferentes mulheres e casais expressando interesse em famílias adoptivas. As mulheres grávidas, especialmente adolescentes, com o consentimento dos encarregados de educação aceitam entregar para adopção. Actualmente, a Policlínica de Planeamento Familiar da Ashaiman/CCA em colaboração com a unidade de saúde do adolescente asseguram que os processos de adopção são iniciados sempre que há necessidade, com famílias adoptivas prontas.

Conclusão:

Seja qual for a circunstância que levou uma pessoa ou casal para o planeamento familiar e as unidades de CAC por exemplo, se estão a enfrentar uma gravidez não planeada ou lutando com a infertilidade, a adopção deve ser igualmente destacada como as outras opções. Não obstante, é preciso pensamento cuidadoso, consideração, pesquisa e planeamento para determinar se a adopção é a melhor escolha para cada indivíduo. Este conceito quando promovido e aceite amplamente no país, irá gradualmente reduzir a mortalidade pelo aborto e o stress de casais com infertilidade. Haverá pressão reduzida nas várias casas e orfanatos, à medida que um maior número de pessoas com infertilidade, vão, com confiança, adoptar crianças de outras pessoas; o abuso infantil e negligência vão diminuir, reduzindo a morbilidade e a mortalidade infantil, sendo a adopção um benefício mútuo para pais biológicos e adoptivos.

Recomendação

Deve haver uma campanha de advocacia sobre a adopção enquanto opção nos cuidados reprodutivos e enquanto uma necessidade crítica não atendida. É preciso ainda, uma maior sensibilização da importância da adopção, assim como a necessidade de desmistificá-la. É um acto de bondade e um presente para a família e não algo para ser desaprovado. Os decisores políticos devem reconsiderar o papel da adopção nos cuidados de saúde reprodutiva e na sociedade em geral. Existe a necessidade de uma política ou estrutura que torne o processo de adopção mais fácil e integrado nos cuidados de saúde reprodutiva em colaboração com todas as agências envolvidas. Isso reduzirá a incidência de morbilidade/mortalidade durante os CPN, bem como roubos de bebés e vendas em vários níveis das instituições de saúde.

Recomenda-se a criação de uma unidade de aconselhamento em todas as instalações para atender os aspectos sócio-médicos, psicossociais, tradicionais e culturais como parte da saúde reprodutiva preventiva. Isso ajudará a população a gerir bem as situações com menor impacto em sua saúde.

AE11: O Papel dos Comitês de Serviços de Saúde na sustentação do Programa de Saúde Materno-Infantil Gratuito do Estado de Enugu, Nigéria.

Autor: Chinyere .C. Okeke, Anne .C. NDU

Introdução:

O programa de saúde materno-infantil gratuito financiado por impostos (PSMIGFI) foi introduzido em Dezembro de 2007, num contexto de índices de saúde precários no Estado. Foi introduzido nos serviços públicos de saúde, para melhorar a utilização dos cuidados primários de saúde, garantir que a situação financeira dos agregados familiares não seja obstáculo à obtenção de cuidados essenciais de saúde materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil. As taxas de utilização dos serviços de saúde materna contribuem para o alto patrocínio das clínicas religiosas e dos médicos tradicionais, aumentando a probabilidade de mortes evitáveis por gravidez e parto. Mesmo quando as taxas de utilização de serviços são baixas, as restrições financeiras continuam limitando significativamente o acesso aos serviços de saúde materna na Nigéria rural. A política do PSMIGFI previa duas estratégias de responsabilização social, nomeadamente comissões de serviços de saúde (CSS) e sistemas de reclamações. As CSS foram concebidas para monitorizar a prestação de serviços gratuitos, identificar usuários qualificados, fornecer plataformas para consultas com cidadãos, aumentar a conscientização sobre os serviços gratuitos, mobilizar as comunidades para utilizarem as instalações de saúde pública, gerir os recursos das instalações e facilitar a implementação dos sistemas de reclamação, incluindo caixas de reclamações, linhas de reclamação, inquéritos à saída dos pacientes ou das vinhetas nas unidades de saúde. Este estudo procura responder a pergunta: Serão as CSS instrumentais para a sustentabilidade do programa até a data?

Metodologia:

Um estudo descritivo, qualitativo realizado entre Novembro de 2016 e Abril de 2017, no Ministério do Estado de Saúde e no distrito de Agwu, no Estado de Enugu, sudeste da Nigéria, cobrindo 7,161km² com uma população de seis milhões. Os dados foram recolhidos por meio de análise de documentos, entrevistas profundas e concentração nos grupos de discussões. Um distrito foi seleccionado por amostragem aleatória simples entre 7 distritos no Estado. As informações foram extraídas de 9 documentos de política e 28 entrevistas (10 decisores políticos, 8 fornecedores, 6 líderes de CSS e 4 FGD com usuários) foram realizadas utilizando um guia de entrevista semi-estruturada em profundidade. Os dados foram analisados utilizando a análise temática.

Resultados:

Este estudo contribuiu para mostrar o papel das iniciativas de responsabilidade social na implementação do programa de SMIGFI no estado de Enugu, Nigéria. As CSS não estavam representados no Comité de Pilotagem e por isso não participaram na angariação de fundos e orçamento para o PSMIGFI. Por serem fracos na aplicação das regras de realização de despesas, não foram envolvidos nas decisões de gestão de fundos. Com a chegada dos parceiros de desenvolvimento, eles defenderam a desvinculação da titularidade do serviço da evidência da política tributária (EPT). As CSS foram responsivos aos prestadores de serviços, defendendo que o governo devia envolver os trabalhadores de saúde voluntários. Existe uma boa relação CSS-prestador de serviço, uma vez que as reuniões das CSS incluíram o PSMIGFI regularmente na sua agenda e também forneciam feedback aos usuários e cidadãos, e disponibilizando prémios a funcionários merecedores. Elas também atuaram como conectores comunitários, abordando as barreiras do lado da demanda do PSMIGFI, disponibilizando os seus números de telefone e resolvendo as reclamações das mulheres. Aumentaram a conscientização do PSMIGFI e do procedimento de reclamação entre os usuários. Ajudaram a comunidade a preencher as lacunas de prestação de serviços nas unidades de saúde, apoiando os dirigentes sindicais/tradicionais e levando à apropriação comunitária de CSS. Elas monitorizam a participação de pessoal nas formações recebidas de organizações da sociedade civil que atraíram patrocínios de parceiros de desenvolvimento. Eles monitorizam o fundo de gestão de medicamentos e a utilização de fundos de assistência gratuita nas unidades de saúde. As CSS envolvem-se principalmente com os decisores distritais, directamente ou através da Aliança CSS. As principais questões apresentadas aos decisores políticos foram a necessidade de infra-estruturas, segurança e pessoal para apoiar a prestação eficaz de serviços de saúde materno-infantil.

Conclusão:

No total, as CSS aumentaram a utilização de cuidados gratuitos das mulheres e crianças, ultrapassando a indiferença dos prestadores de cuidados de saúde e a falta de confiança nas instituições de saúde pública, levando, ainda, os funcionários do governo a preencherem as lacunas de prestação de serviços nas unidades de saúde; garantiram a disponibilidade de medicamentos dos fundos rotativos que monitorizavam e reduziram os casos de esgotamento de stocks de medicamentos nas instalações. Os CSS fortaleceram a relação usuário/cidadão-prestador, funcionando como ligações da comunidade, governo de back-up e supervisores gerais para influenciar a capacidade de resposta dos prestadores de serviços, levando a uma maior transparência e prestação de contas no programa.

Recomendação

As CSS devem ser envolvidas na geração de receitas, gestão de fundos PCSMIGI, pagamento de fornecedores, projecção dos benefícios e prestação de serviços gratuitos à medida que a sua utilidade na sustentabilidade do programa, foi demonstrada neste estudo. A responsabilidade social deve ser assegurada com o apoio de decisores políticos e usuários do serviço na forma de engajamento activo dos membros das CSS na análise conjunta do problema e planejar com outras partes interessadas no PCSMIGI. Tais acções vão melhorar a transparência e a responsabilidade na implementação de políticas gratuitas de saúde e melhorar a consecução das metas de cobertura de saúde universal da utilização de serviços relativamente à necessidade de cuidados. Outros estados na Nigéria e países com poucos recursos devem emular o uso e capacitação de CSS em programas relativos ao bem de toda a comunidade.

AE12: Utilização do planeamento familiar e factores associados entre mulheres que recebem serviços de aborto nas unidades de saúde das cidades da zona central de Tigray, Etiópia do norte: um Estudo transversal

Autor: Goshu Hagos, Gurmesa Tura, Gizienesh Kahesay, Kebede Haile, Teklit Grum, Tsige Araya

Introdução:

O aborto continua entre as principais causas de morte materna em todo o mundo. A contracepção pós-aborto é significativamente eficaz na prevenção da repetição de gravidez indesejada e aborto, caso fornecida antes de as mulheres deixarem a unidade de saúde. No entanto, o status da utilização do planeamento familiar pós-aborto (PFPA) e os factores contribuintes, não são bem estudados na região Tigray. Assim, realizamos um estudo que teve como objectivo a utilização de planeamento familiar e factores associados, nas mulheres que recebem serviços de aborto.

Metodologia:

Um design de estudo transversal baseado nas instalações, foi realizado entre as mulheres que receberam serviços de aborto, zona central de Tigray, Dezembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Um total de 409 clientes abortadas foram seleccionadas usando a técnica de amostragem aleatória sistemática e as mulheres foram entrevistadas à saída. Os dados foram recolhidos por um questionário pré-testado e administrado pelo entrevistador. Os dados foram codificados e inseridos no Epi info 7 e depois exportados para o SPSS para análise. Estatísticas descritivas, frequências e médias foram computadas. A regressão logística bivariada foi utilizada e as variáveis estatisticamente significativas a p0,05 foram verificadas na regressão logística multivariada para identificar os factores associados.

Resultados:

Um total de 409 clientes de aborto foram incluídas neste estudo. A maioria dos participantes, 290 (70,9%) dos participantes do estudo utilizou contraceptivos após o aborto. Tipo de unidade de saúde, a decisão do tempo esperado até ter um filho, o conhecimento de que a gravidez pode acontecer logo depois do aborto e a oposição do marido a contraceptivos, foram significativamente associados com a utilização de planeamento familiar pós-aborto.

Conclusão:

Cerca de um terço das mulheres que abortaram, não conseguiu receber contraceptivo antes de sair da instalação.

Recomendação

As instalações privadas devem fortalecer o serviço de cuidados pós-aborto. Os profissionais de saúde devem fornecer aconselhamento sobre a fertilidade após o aborto antes das mulheres que realizaram o aborto, deixem o estabelecimento. A capacitação das mulheres

através do reforço da sensibilização da comunidade, com foco na própria tomada de decisão na utilização de planeamento familiar, incluindo do parceiro, deve ser reforçada.

AE13: Casais Inteligentes Trabalhando Juntos Para Melhorar os Resultados de Saúde

Autora: Dorothy Brewster-Lee, Caroline Agalheir e Yahaya Zakou

Introdução

Apesar de décadas de investimentos em saúde, agricultura e programas de fortalecimento económico domésticos, problemas crónicos, incluindo a desnutrição, persistem na África Subsaariana. Há um reconhecimento crescente de que uma abordagem multi-setorial, integrada que inclui o planeamento saudável e espaçamento de gravidezes (PSEG) é necessário para resolver esses problemas complexos. A pesquisa mostra que as mulheres gastam mais com a alimentação, educação e os cuidados de saúde do que os homens. Os homens, contudo, controlam a renda familiar. A resposta a estes desafios exigirá mudanças de comportamento na comunicação do casal e tomada de decisão conjunta. O Serviço de Auxílio Católico (SAC) desenvolveu a iniciativa de casais inteligentes (CI). A iniciativa de CI é, um currículo liderado por pares, participativo, 24 horas, e de desenvolvimento de competências, oferecendo aos casais a possibilidade de avaliar e melhorar a qualidade e o nível de equidade nos seus relacionamentos. A iniciativa CI é realizada em pequenos grupos de casais, seguido por grupos de apoio para a responsabilização por pares e a assistência a outros casais. A intervenção foi incorporada nos programas de nutrição multi-setoriais destinados a atingir 1.223.749 beneficiários do projecto no Burundi, Gana, Níger, Uganda, Etiópia e Ruanda. Através do apoio activo do parceiro do sexo masculino e por intermédio de parceiros do sexo feminino, a CI tem o potencial para 1) aumentar o acesso das mulheres aos serviços de programas, incluindo PSEG, 2) aumentar a gestão conjunta dos bens do agregado familiar, e 3) aumentar a participação das mulheres no processo de tomada de decisão da comunidade e exigir serviços comunitários de qualidade.

Metodologia

Em 2017, 152 casais participantes do projecto piloto foram entrevistados, no início e no final, para avaliar a qualidade do relacionamento dos casais e comportamentos de saúde relacionados. Após o estudo de formação inicial, 142 casais continuaram como beneficiários de um programa de nutrição e segurança alimentar multi-setorial. Após 12 meses, 106 casais estavam disponíveis para entrevistas de seguimento. A funcionalidade da Ferramenta de Avaliação do Casal foi utilizada durante esta avaliação de seguimento, que mede comportamentos em cinco domínios do relacionamento dos casais e 8 áreas técnicas de módulos relacionados com o programa: saúde, incluindo PSEG, GBV e protecção da criança, competências parentais, poupança e comunidades de empréstimos internos, agricultura e meios de subsistência, gestão financeira doméstica e nutrição.

Resultados principais

Na entrevista de seguimento, o Índice de Qualidade de Relacionamento (IQR) médio aumentou de 71 no final para 76, indicando um nível sustentado de qualidade durante o ano seguinte ao piloto. A comunicação do casal foi de 15,8 (numa escala de 20 pontos). 78% dos casais relataram discutir o espaçamento entre crianças em pelo menos duas ocasiões em relação ao mês anterior. A pontuação média do RQI para a tomada de decisão geral, foi de 8,7 no seguimento (escala de 20 pontos), indicando melhoria em relação ao final (média de 7,3). 45% de respondentes atingiram IQR elevados (> 80). As mulheres nestas uniões relataram estarem a tomar mais decisões, estatisticamente significativas ($p < 0.10$), sobre a saúde sem envolver os seus parceiros masculinos.

Em todos os relatos de gravidez, o parceiro masculino acompanhou a sua esposa ao centro de saúde. A comparação de resultados entre os participantes que tiveram um atendimento alto e médio-baixo nas sessões de CI, revelou que os grupos com alta frequência apresentavam uma maior probabilidade estatística maior, relativamente a participantes com média-baixa frequência, de utilizar um método de espaçamento de nascimentos no mês anterior; de ter maior IQR ($p < 0,001$) e uma pontuação mais alta no domínio da tomada de decisão conjunta ($p < 0,001$), mais tomada de decisões conjuntas relativamente ao rendimento familiar ($p < 0,05$), cuidados de saúde das crianças ($p < 0,01$), o consumo de alimentos nutritivos ($p < 0,05$), actividades agrícolas ($p < 0,01$), o saneamento doméstico ($P < 0,01$), e a educação das crianças ($p < 0,10$). A análise semelhante para as mulheres mostraram resultados positivos significativos ($p < 0,05$) similares para IQR, tomada de decisão conjunta sobre a renda gerada e grandes compras, e capacidade para visitar familiares. Os grupos de comparação foram semelhantes para idade, escolaridade, sexo participante e tipo conjugal.

Conclusões

Os resultados do estudo indicam que a iniciativa Casal Inteligente está associada com melhorias na qualidade dos relacionamentos dos casais, comunicação e tomada conjunta de decisões relacionadas com a saúde materno-infantil. A análise demonstrou uma correlação entre os participantes que completaram todas as atividades do programa Casal Inteligente e comportamentos positivos em várias áreas técnicas. O estudo de seguimento também demonstrou um aumento na tomada de decisão conjunta em diversas áreas técnicas que são fundamentais para a aquisição de uma boa nutrição para as crianças. A sustentabilidade está sendo realizada através da advocacia e formação de pessoal do governo e líderes religiosos para a adoção do “fortalecimento do casal” como parte integrante de suas atividades de saúde e bem-estar.

Recomendações principais

A realização de atividades de fortalecimento do casal como uma intervenção fundamental do gênero, pode encorajar comportamentos e competências positivos do casal, para a aplicação sistemática em todos os programas multi-setoriais. Melhorando a comunicação dos casais tem o potencial para aumentar a capacidade das mulheres de participar em instituições comunitárias locais e programas nacionais afim de alcançar impactos duráveis nos resultados de nível doméstico. A abordagem CI capacita os casais com a capacidade de decidir juntos, planejar juntos em diversas áreas, e trabalhar juntos para realizar os seus sonhos.

Os ensaios de controlo randomizados, têm documentado resultados positivos do currículo Casal Inteligente em quatro países subsaarianos (Uganda, Camarões, Etiópia e Zâmbia). No entanto, é necessário uma maior experiência na aplicação desta metodologia em programas multi-setoriais. As modificações adicionais vão incluir o reforço da implementação, documentação dos resultados nos sectores técnicos e referências cruzadas e contextualização das mensagens relacionadas com a nutrição para os casais, a fim de facilitar ainda mais as decisões e comportamentos positivos. É preciso documentação adicional para compreender a contribuição da iniciativa CI nos resultados de saúde e desenvolvimento.

AF1: Superando a dinâmica de poder entre provedores e clientes para melhorar a conscientização e a responsabilidade social no acesso e na qualidade dos serviços de saúde reprodutiva nas comunidades afetadas

Autor: Dr. Ghislaine Alinsato, Erin Dumas, Alfred Makavore, Jimmy Nzau

Introdução:

A crise no Mali a norte piora a saúde das mulheres e meninas num contexto sociocultural de negação de direitos de acesso aos serviços de Saúde Reprodutiva (SR), incluindo o Planeamento Familiar (PF) e Cuidados Após Abortos (CAA). Quando o projeto SAFPAC começou em 2013, havia frequente escassez de stocks de contraceptivos de longo prazo; baixa utilização de serviço; falta de pessoal qualificado e de equipamento adequado; não-envolvimento de “homens” e líderes religiosos; e persistência de disparidades sociais e de gênero. A teoria da mudança que está por trás da intervenção do CARE é a de que a melhoria das atitudes do provedor fará com que os serviços de SR sejam mais atraentes e estimulará a sua utilização. A fim de melhorar a credibilidade e reduzir a dinâmica de poder entre prestadores e utilizadores do serviço, a CARE adaptou o scorecard comunitário © CSC que envolve a participação dos cidadãos para melhorar a qualidade do serviço. Este projeto demonstrou uma melhoria contínua do desempenho no PF e nos CAA durante 5 anos em 2 regiões do Mali.

Metodologia:

O CSC foi adaptado nas regiões de Mopti e Ségou para 43 unidades de saúde, reunindo membros da comunidade, provedores e autoridades locais num processo contínuo de melhoria da qualidade. Ele oferece um espaço de negociação seguro a partir de análise de dados e recolha de reclamações. Durante essas reuniões mensais e revisões trimestrais, os provedores e representantes da comunidade compartilham dados e feedback como ponto de partida para as trocas. Segue-se uma análise conjunta dos desafios e é estabelecido e seguido um plano de ação.

Resultados:

Desde 2013, 45.057 mulheres e meninas de quatro distritos de saúde na região de Mopti utilizaram métodos de PF, das quais 56% optaram por um método de longo prazo. 2543 pacientes foram tratadas devido a complicações de aborto e 64% deixaram a clínica com um método

contraceptivo. A credibilidade dos provedores aumentou e agora recebem apoio da comunidade. Há uma redução notável nas reclamações da comunidade. As comunidades tornaram-se conscientes da sua influência no desempenho da Saúde. Nenhuma instituição de saúde relatou um esgotamento de contraceptivos e consumíveis usuais durante a última metade de janeiro a junho de 2018. O projeto SAF PAC assegurou um fornecimento contínuo de serviços de PF. Outras lições aprendidas incluem: A análise de dados como ponto de partida para intercâmbios facilita a comunicação baseada em evidências; para melhorar a confiança entre cidadãos e provedores, os provedores e gerentes devem ter os meios para assumir compromissos e segui-los; os cidadãos precisam de apoio para se organizarem; a intervenção deve resultar em atividades adaptadas aos níveis de alfabetização e comunidades rurais. Envolver homens e adolescentes quebra algumas barreiras socioculturais.

Conclusão:

Em contextos frágeis, a falta de recursos disponíveis para atender às necessidades e preferências dos cidadãos é significativa. A CARE, através do projeto SAF PAC no Mali, implementou uma abordagem holística para a responsabilização e governação locais com base na sua abordagem, denominada de scorecard comunitária, que mostrou resultados significativos. A experiência da CARE mostrou que envolver comunidades e prestadores de serviços num processo que constrói respeito, confiança e responsabilidade mútua pode ajudar a melhorar a qualidade e a satisfação dos serviços prestados.

Recomendação

1. Recomendamos não fazer uma cópia completa do modelo de responsabilidade social, mas priorizar a contextualização (nível de alfabetização, por exemplo). Precisa ser desenvolvido um modelo de responsabilização que envolva a comunidade, a zona de distrito / saúde e a equipa do projeto. O modelo precisa ser integrado em todas as fases do projeto, desde o planeamento até à monitorização e avaliação. A capacitação de todas as equipas na abordagem facilita sua apropriação e sustentabilidade.

AF2: Um Modelo de adaptação de uma Inovação de Sucesso: Da "Liderança Universitária" à "Liderança Comunitária" para a Mudança de Comportamento na SSRAJ (LCC)

Autor: Abdoulaye Ousseini, Ginette Hounkanrin, Laura Lundstrom

Introdução:

No Níger, os jovens entre 10 e 24 anos representam 32% da população. As suas necessidades de SSR são reconhecidas como prioritárias pelo governo. No entanto, poucos programas de SSRAJ são difundidos de forma eficaz para causar um impacto populacional. Uma das razões para essa falha é que a evidência do potencial de upscaling não é suficientemente levada em conta nas fases piloto dos projetos (ExpandNet, 2011). O projeto E2A, em colaboração com o MSP e o Ministério do Ensino Superior, implementou o projeto "Liderança Académica para Mudança de Comportamento em SSRAJ" (LUC) na Universidade de Niamey, a fim de reduzir as necessidades não atendidas de jovens para a SSR / PF. A fase piloto foi conduzida com uma metodologia para planejar a sua difusão (PAGE). Com base nos dados comprovados, foi iniciado um processo participativo de reflexão sobre a adaptação da LUC a nível da comunitário (Liderança Comunitária para a Mudança Comportamental) na região de Zinder. Este resumo apresenta as etapas dessa adaptação.

Metodologia:

Os passos dados para identificar os elementos de adaptação do LUC ao LCC: 1- Identificação dos componentes essenciais do pacote de suporte que assegurarão o sucesso do PAGE do LUC: a. Liderança Juvenil e criação de procura b. Fortalecimento da oferta de serviços de SSR / PF c. Engajamento das partes interessadas para a sustentabilidade 2- Análise crítica do contexto comunitário por atores estratégicos, incluindo jovens líderes comunitários, para identificar elementos de adaptação 3- Recolha semanal e discussão das percepções de jovens líderes entre jovens académicos e estudantes jovens da comunidade para identificar lacunas e abordagens de solução.

Resultados:

A aplicação da metodologia ExpandNet para ampliar o modelo de liderança universitária facilitou a adaptação dessa abordagem à comunidade por meio do uso de evidências para a transferência de conhecimento para uma melhor implementação do projeto, uma melhor apropriação do modelo pelos tomadores de decisão e para um planeamento participativo da sua difusão.. Esta abordagem sistemática contribuirá inevitavelmente para mudar as percepções e comportamentos da SSR e aumentar a procura de serviços de PF / SSR de qualidade entre os jovens de Zinder para melhorar a saúde e o bem-estar.

Conclusão:

A aplicação da metodologia de planeamento sistemático da abordagem LUC demonstra que a recolha sistemática de dados, a documentação e o envolvimento das partes interessadas ao longo do projeto piloto facilitou a expansão do modelo de Liderança Universitária e permitiu a identificação de elementos para a sua adaptação ao ambiente da comunidade. Qualquer passagem à difusão é uma adaptação a um novo contexto e deve basear-se no uso de evidências para aumentar as chances de uma difusão bem-sucedida de inovações testadas e bem-sucedidas.

Recomendação

- Implementar inovações bem-sucedidas em larga escala é sempre um processo de adaptação em diferentes contextos; que requer uma análise dos contextos para o sucesso da Transição à Grande Escala
- As percepções que os atores da linha de frente têm da intervenção contam muito para o sucesso do último. Portanto, é útil criar mecanismos para recolher as tendências das opiniões desses atores em tempo real, a fim de identificar lacunas e fornecer soluções.

AF3: A Estratégia das Parteiras Ambulantes (SAFI)

Autor: Amy MBACKE, Khady SECK

Introdução:

A saúde comunitária é um dos principais focos para o fortalecimento do sistema de saúde no Senegal. Foram desenvolvidos dois documentos de referência para servir como um quadro de intervenção no sector da saúde comunitária no Senegal. Estes são: Política Nacional de Saúde Comunitária (PNSC) aprovado em 2013 • o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária (PSNSC) aprovado em 2014. A falta de pessoal especializado na cobertura a nível comunitário é a causa, entre outras, do baixo nível dos indicadores de saúde materna reprodutiva, neonatal e infantil e adolescente (s) / jovens (SRMNIA) a nível periférico (taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade neonatal, taxa de prevalência de contraceptivos, taxa de partos assistidos por pessoal qualificado). Para enfrentar esses desafios, é descrito no PSNSC, uma linha de ação que consiste em melhorar o fornecimento de serviços a nível da comunidade em áreas de difícil acesso por pessoal de saúde qualificado, nomeadamente parteiras. Foi neste contexto que o projeto piloto das parteiras ambulantes (SAFI) foi iniciado na comunidade de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2017 em duas regiões do Senegal (Matam e Sédhiou).

Metodologia:

O MSAS coordenou e monitorou a estratégia em todos os níveis. Foram atribuídas 50 SAFIs (21 para Matam e 29 para Sedhiou) a um posto de saúde que não tinha uma parteira. Elas dedicam 3 dos 5 dias úteis da semana às saídas para alcançar as populações mais remotas. • desenvolvimento de um documento-quadro delineando a estratégia e a sua implementação; • capacitação contínua de SAFIs; • dotação de equipamentos em postos de saúde com SAFIs; • organização de missões conjuntas de supervisão; • organização de revisões periódicas.

Resultados:

6.607 de 8.385 excursões realizadas por SAFIs (79%) • 31.284 crianças vacinadas • 7.289 CPNs concluídos (1º contato) • 7.324 testes de HIV para FE realizados • 3.803 novos utilizadores de planeamento familiar (PF) recrutados • 11.437 crianças suplementadas com vitamina A. Os indicadores da SRMNIA também evoluíram entre 2014 e 2016: • A taxa de prevalência de contraceptivos subiu para Matam de 4% para 6,9% e para Sedhiou de 10% para 12,2% • Taxa de cobertura de partos assistidos por pessoal qualificado de 41,2% para 55,3% em Matam e de 15% para 42% em Sedhiou; • Proporção de crianças totalmente imunizadas de 64% para 72% em Matam e de 90% para 96% em Sedhiou.

Conclusão:

A estratégia da SAFI fortaleceu a oferta de serviços a nível da comunidade nas duas regiões piloto. Para este propósito, foram elaborados planos para a perpetuação e extensão de Matam e Sedhiou.

Recomendação

-Sustentabilidade e extensão da estratégia nas duas regiões piloto; -Difusão da estratégia noutras áreas prioritárias.

AF4: Para a implementação do Protocolo de Maputo sobre os Direitos à Saúde Sexual e Reprodutiva para a Redução da Gravidez Precoce e Indesejada e Aborto Clandestino no Burkina Faso

Autor: Cécile Thiombiano Yougbaré, Etse Ditri Sallah, Hyppolite Gnamien, Hélène Menard, Beatrice Bama, Sodeha Hien, Joseph Zahiri, Olivier Van Eyll.

Introdução:

A mortalidade materna no Burkina continua preocupante, também devido à não aplicação de certas políticas para prevenir e gerir gravidezes indesejadas. As políticas são insuficientemente conhecidas e limitadas em termos de serviços oferecidos e metas atingidas. Apesar de possibilitarem o aborto medicamentoso sob certas condições, os encargos legais administrativos e médicos significam que as gravidezes elegíveis terminam em abortos e mortes clandestinas. Assim, as mulheres continuam a morrer por causa de uma gravidez indesejada que põe em perigo a sua vida social ou profissional, resultante de violação ou incesto. 10% de 330 mortes maternas por 100.000 nados vivos são devidas a abortos inseguros; 65% das mulheres que decidem fazer um aborto têm menos de 24 anos. A aplicação dos direitos sexuais e reprodutivos de acordo com compromissos nacionais e regionais, como o Protocolo de Maputo, seria um fator decisivo na redução da mortalidade materna, ao mesmo tempo em que melhoraria a oferta de serviços de SR e aumentaria os encargos sócio-culturais. Nesta reflexão, as MdM-F as OSCs Burkinabés lideram desde 2015 uma defesa que visa a reforma das leis.

Metodologia:

Os passos dados foram: - Estudo diagnóstico do quadro legislativo nacional dos direitos sexuais e reprodutivos; - Criação de alianças com OSC, parlamentares e mídia; - Capacitação de parceiros institucionais e da sociedade civil; - Revisão de leis e transmissão de alterações aos tomadores de decisão; - Recolha das consequências da não implementação dos direitos sexuais e reprodutivos com a SOGOB; - Trabalho de mídia e mobilização de cidadãos para a divulgação de evidências de trabalho de campo em Djibo; - Sensibilização e lobby dos principais decisores.

Resultados:

Os resultados obtidos: - Duas coalizões de defesa (1 rede de OSCs e 1 rede parlamentar): - Aumento do conhecimento e mudança atitudes em relação ao aborto entre 174 atores-chave e formuladores de políticas multisetoriais; - O aumento de aliados (OSCs, setores ministeriais, parlamentares) em programas e intervenções para combater a morbilidade e mortalidade causada por gravidezes indesejadas (GND) e abortos clandestinos; - A abertura de fóruns de mídia para a disseminação incontestada de mensagens anti-estigma relacionadas com a questão; A nível legislativo, o novo código penal está a experimentar o levantamento de um certo número de encargos judiciais e administrativos que limitam a prevenção da morbilidade e mortalidade ligadas a GNDs e abortos clandestinos; Podemos citar: -O aumento dos prazos (de 10 a 14 semanas de gestação) para o direito ao aborto em caso de estupro e incesto; - A existência de medidas para prevenir gravidezes de menores nas escolas; - Sanções a pessoas que obstruam o acesso a métodos contraceptivos para mulheres e raparigas. A experiência demonstrou a importância do ambiente legal (nacional e regional) na redução da mortalidade materna. Permitiu: - A ampliação regional da defesa da detenção das autoridades, a fim de respeitar os compromissos regionais e internacionais de proteção dos direitos sexuais e reprodutivos. - medir a extensão dos constrangimentos socioculturais nas políticas públicas na SSR.

Conclusão:

Respeitar os direitos sexuais e reprodutivos, tal como estabelecido no Protocolo de Maputo e na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os direitos das mulheres, é um meio chave para combater os abortos clandestinos e a mortalidade materna. É essencial que os compromissos assumidos pelos nossos estados sejam rapidamente traduzidos numa harmonização das leis nacionais com as convenções regionais e internacionais para a saúde de mulheres e meninas.

Recomendação

Essa defesa dos direitos de SR requer a implementação de recomendações. Para MdM-F: - Fortalecer as capacidades dos profissionais de saúde, a população em geral para melhor conhecimento e aplicação das leis; - Reforçar a capacidade dos profissionais de direitos no quadro jurídico da saúde sexual e reprodutiva; - Fornecer apoio contínuo às OSC para conscientização e educação em saúde pública. Para os

parceiros: - Divulgar o novo marco legal com os seus avanços para melhor conhecimento, melhor aplicação e melhor acesso aos serviços e direitos de SSR; Ao Estado: - Assegurar a harmonização das leis nacionais de acordo com os compromissos regionais e internacionais de promoção e proteção das DSSR; - Criar mecanismos que promovam a aplicação direta e efetiva de convenções assinadas e ratificadas pelo Burkina - Promover novas regulamentações na SSR.

AF5: Melhorando a acessibilidade geográfica dos serviços de tratamento para mulheres que sofrem de fístula obstétrica no Mali: descentralização da formação de cirurgiões de fístula de acordo com a abordagem orientadora

Autor: Demba Traore, Cheick Touré

Introdução:

A fístula obstétrica é um verdadeiro problema de saúde pública no Mali. De acordo com a Estratégia Nacional de luta contra a Fístula do MSHP, 1.804 e 2.405 mulheres correm o risco de fístula obstétrica a cada ano. O compromisso político do governo na campanha global para a eliminação da fístula decretada em 2005 pela Organização das Nações Unidas levou ao desenvolvimento de uma Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento da Fístula Obstétrica desde 2009 com o apoio de parceiros, incluindo a USAID, através da Fístula Mali, realizada pela IntraHealth International no Mali. Um dos objectivos prioritários do projeto Fístula Mali é o reforço da capacitação dos postos responsáveis pela fístula obstétrica (FO). Foi neste âmbito que a organização desenvolveu uma abordagem chamada companheirismo. O companheirismo é uma técnica de formação para cirurgiões de fístula baseada na observação das habilidades do aluno no seu próprio ambiente de trabalho. Após a experiência piloto bem sucedida no Hospital de Gao, o MSHP recomendou a sua extensão para outros locais de tratamento, a fim de fornecer ao país um grande número de equipas cirúrgicas para melhorar a prestação de serviços às mulheres vítimas de fístula em todo o território.

Metodologia:

O processo de formação para cirurgiões de fístula sob a abordagem orientadora foi realizado em quatro etapas principais: 1) Desenvolvimento de módulos de formação em técnicas cirúrgicas de fístula, 2) Criação de grelhas de avaliação de conhecimento e competências dos cirurgiões de fístula 3) Campanhas organizadas para o tratamento cirúrgico de casos de fístula e a formação de cirurgiões de fístula in situ. 4) Avaliação de cirurgiões em cada campanha por posto usando uma lista de verificação de competências de acordo com padrões nacionais.

Resultados:

PRINCIPAIS RESULTADOS (250 palavras no máximo): Graças à abordagem de formação por companheirismo,, o projeto USAID Fístula Mali contribuiu para a formação de vinte e cinco (25) cirurgiões e fístula a partir de Junho de 2014- julho de 2018. A avaliação de competências mostrou que 100% deles são capazes de diagnosticar fístula de acordo com os padrões. 52% (13/25) são nível II e 48% (12/25) nível III. Todos os locais com cirurgiões de fístula nível III introduziram cirurgias de rotina nos respectivos locais. Antes do procedimento, uma análise situacional dos locais mostrou que todos esses especialistas não tinham habilidades para realizar o diagnóstico clínico de forma autónoma e / ou cirurgia de fístula. Além disso, todos os paramédicos envolvidos no tratamento da fístula reforçaram as suas competências no cuidado de enfermagem pré e pós-operatório. Os postos de tratamento cirúrgico de fístula do Ministério da Saúde aumentaram de três (3) em 2013 para sete (7) postos em 2018. Nas áreas de projeto, 94,8% dos casos de fístula confirmados beneficiaram de uma intervenção cirúrgica entre junho de 2014 e abril de 2018.

Conclusão:

A abordagem de formação por companheirismo permitiu que o MSHP tivesse recursos humanos de saúde competentes no tratamento cirúrgico da fístula. Como resultado, o Objetivo 2 do seu plano estratégico para combater a fístula obstétrica foi atingido .

Recomendação

Em todos os novos planos estratégicos, trabalhando para reduzir a morbilidade e a mortalidade materna, neonatal e infantil; o MSHP recomenda a abordagem de formação complementar como uma estratégia-chave para a capacitação de provedores de serviços descentralizados num contexto de recursos limitados.

AF6: Difusão do Planeamento Familiar Pós-Parto Imediato em três distritos de Saúde (Adzopé, Agboville e Akoupé) da Costa do Marfim

Autor: Ernest K. Yao, Sayon Kone; Ginette Hounkanrin; Katharine Hutchinson, Liliane Winograd

Introdução:

Estimado em 614 por 100 000 nados-vivos, o rácio de Mortalidade Materna (MM) na Costa do Marfim é um dos mais altos do mundo. O governo da Costa do Marfim reposicionou o Planeamento Familiar (PF) como uma estratégia prioritária para reduzir a MM. Para reduzir as oportunidades perdidas de oferta de contraceção, o Ministério da Saúde experimentou o PF pós-parto imediato (PFPI) no Hospital Universitário Treichville-Abidjan de 2013 a 2016. Durante o período, o piloto demonstrou a capacidade do PFPI de aumentar o número de utentes adicionais do PF. Por exemplo, o Ministério da Saúde decidiu estender o PFPI à escala nacional. Antes da intervenção de Pathfinder, o serviço de PFPI não estava disponível nos distritos de Adzopé, Agboville e Akoupé. Um estudo de base sobre os locais do projecto mostrou que a ordem de utilização de contraceptivos modernos em serviços gerais de PF era 73% de injetáveis, 18% de implantes, 8% de pílulas e 0% de DIU.

Metodologia:

O projeto visa aumentar o uso de contraceção por mulheres imediatamente após o parto, inclusive para adolescentes e jovens. Assim, a Pathfinder intervém em 15 maternidades com formação (tecnologia de contraceção, aconselhamento, inserção do DIU, serviços amigáveis para adolescentes / jovens, esclarecimento de valores), equipamento, fornecimento de DIU dedicado ao PPI e monitorização. A capacitação ocorreu de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Todos os métodos contraceptivos estão disponíveis e podem ser recuperados. As unidades de saúde têm fornecido relatórios mensais desde março de 2018. Foram realizadas análises estatísticas simples e os dados foram desagregados por idade e por método.

Resultados:

Em três meses de atividade, foram registados 3772 partos nas 15 maternidades-alvo do projeto. Destas mulheres, 3445 (91%) receberam aconselhamento sobre a contraceção em PPI na sala de parto ou no pós-parto. A taxa de aceitação contraceptiva no PPI foi de 63% (2156 mulheres). No entanto, as parturientes que realmente concordaram em usar um método ou receberam um produto antes de deixar a maternidade representaram 74% (1601) daquelas que aceitaram a contraceção em PPI. Entre os métodos adotados / recebidos, a MAMA representou 87% em comparação com 13% (215) para todos os outros métodos modernos. Para além da MAMA, a ordem de utilização dos contraceptivos modernos foi de 45% de DIU, 38% de implantes, 9% de injetáveis, 7% de pílulas e 0% de preservativo. Assim, o DIU e o implante foram responsáveis por 83% dos produtos utilizados no PPI, contra 18% nos serviços gerais de PF. As raparigas adolescentes e mulheres jovens (com menos de 25 anos de idade) representaram 31% das utentes de contraceção moderna, em comparação com 34% nos serviços gerais de PF que têm em conta os centros de saúde dedicados a adolescentes e jovens. Nos locais do projeto, esses grupos etários responderam por 38% e 25% dos usuários de implante e DIU do PPI, respectivamente.

Conclusão:

O nosso programa ofereceu PF em maternidades imediatamente após o parto. Após três meses de implementação, os dados mostram que essa estratégia é promissora; especialmente para o uso de métodos contraceptivos de longa duração por adolescentes e jovens. No entanto, existem muitas perdas na cascata de indicadores e uma alta preferência pela MAMA. O período imediatamente pós-parto é o momento ideal para fornecer anticoncepcionais para meninas adolescentes, jovens e mulheres.

Recomendação

Embora o PFPI represente a esperança de aumentar o uso de contraceptivos, muitos desafios permanecem para garantir o sucesso dessa estratégia. É essencial desenvolver a capacidade dos provedores para uma comunicação interpessoal eficaz no CPN e na maternidade. Essa comunicação terá de se espalhar na comunidade, em direção aos principais influenciadores. Além disso, o governo da Costa do Marfim introduziu o parto gratuito. Seria louvável incluir o serviço PFPI no pacote gratuito da sala de parto. O DIU dedicado ao PPI é o Copper T 380A, incorporado num aplicador longo e estéril, descartável, pronto para o uso. Tendo em conta estes benefícios, deve ser incluído na lista nacional de contraceptivos para distribuição através da central de compras. O investimento em PF, e especificamente em PF PPI, é ideal para aumentar as metas de redução da mortalidade materna.

AF7: Experiência do Burkina Faso sobre tarefas de planeamento familiar em dois distritos de saúde: Dandé e Tougan

Autor: André Yolland Ky, Mathieu Bougma, Boezemwende Ouba / Kabore, Bougassè Charles Zoubire, Seydou Boudo

Introdução:

O projeto de delegação de tarefas no planeamento familiar é o resultado de trocas frutíferas entre o Ministério da Saúde e os seus parceiros técnicos e financeiros, a fim de resolver os problemas de desenvolvimento relacionados com a alta fertilidade. De 7.964.705 em 1985, a população de Burkina hoje é estimada em 20.244.079 habitantes. Este rápido crescimento populacional contrasta com a meta de desenvolvimento sustentável em saúde reprodutiva: "Garantir o acesso de todos aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para fins de planeamento familiar ... Entre as razões para este crescimento populacional estão o alto nível de necessidades não atendidas de mulheres e jovens no planeamento familiar e a escassez de pessoal qualificado para atender a procura por PF. Em 2016, o Burkina Faso adotou o projeto de delegação de tarefas, com vista a promover o acesso a serviços de PF para a população, através do fortalecimento das habilidades de trabalhadores e provedores comunitários em centros de saúde periféricos. Os fundamentos de tal abordagem são justificados? Os resultados são encorajadores para uma difusão?

Metodologia:

A assinatura do Memorando de Entendimento sobre a delegação de tarefas levou ao desenvolvimento da nota conceitual e do plano de monitorização. Em seguida, acompanhou o equipamento das unidades de saúde e dos agentes de saúde comunitários com kits contraceptivos. O início remonta a outubro de 2016, cobrindo 24 meses. Foi criado um comité diretivo para coordenar todas as atividades sob a coordenação técnica da Direção da Família. As estruturas descentralizadas do Ministério da Saúde asseguram a coordenação a nível regional e distrital.

Resultados:

Após um ano de implementação do projeto, os seguintes resultados foram observados: 100% dos 124 ASBCs formados foram qualificados para o fornecimento inicial de pílulas e o método injetável a nível comunitário (SyanaPress); 100% dos 79 funcionários de centros de saúde treinados foram declarados aptos para administrar métodos contraceptivos de longo prazo. Os ASBCs realizaram um total de 3744 palestras sobre PF que afetaram 77.263 pessoas afetadas; O ASBC realizou um total de 7.196 sessões de aconselhamento com 1.167 pessoas; foram distribuídos 5733 injetáveis pela ASBC, dos quais 1657 novas utentes foram recrutadas; 2054 blisters de pílulas distribuídos pelas ASBCs, dos quais 399 novas utentes foram recrutadas; 653 DIUs distribuídos na CSPS, dos quais 394 novas utentes foram recrutadas, incluindo 104 entre 10 e 24 anos; 1811 implantes distribuídos, dos quais 1245 novas utentes foram recrutadas, com 619 entre 10 a 24 anos de idade.

Conclusão:

A experiência do projeto piloto mostrou que os trabalhadores de saúde de base comunitária e os prestadores de serviços de saúde formados na administração de métodos contraceptivos são aptos, cada um no respetivo serviço que lhe fora atribuído. A procura por serviços de planeamento familiar e a provisão de serviços são assim aumentadas tanto na comunidade como nos centros de saúde.

Recomendação

Para assegurar o sucesso da implementação da delegação de tarefas ao nível nacional, as seguintes recomendações são essenciais: (a) prosseguir com as estratégias de envolvimento de homens e rapazes nos programas de planeamento familiar, sendo que a mudança de comportamento não é resultado de uma ação curta; b) rever o decreto sobre "modalidades de delegação de actos médicos a adidos de saúde, enfermeiros, parteiras / doulas de estado em estruturas de saúde pública no Burkina Faso", para incluir parteiras auxiliares, agentes itinerantes de saúde e agentes de saúde de base comunitária (ASBC); c) reforçar a motivação das ASBCs que definem um mecanismo de pagamento de proximidade e de documentos comprovativos simplificados, incluindo um terceiro proposto pela ASBC;

AF8: Apoio de acompanhamento para profissionais de saúde nos distritos de saúde de Djibo e Gorom-Gorom (região do Sahel de Burkina Faso) para melhorar a qualidade da saúde sexual e reprodutiva (SSR)

Autor: Hyppolite Kouadio Gnamien, Gon Woro; Moussa Guire; Cécile Thiombiano Yougbare; Sodeha Hien; Joseph Zahiri; Olivier Van Eyll; Etse Ditri Sallah (Médicos Da Equipe Mundial Burkina Faso)

Introdução:

A região do Sahel no Burkina Faso tem os indicadores de saúde mais baixos em SSR e especialmente em planeamento familiar (FP). Desde 2016, ela tem vindo a ser confrontada pelo radicalismo religioso e a insegurança caracterizados por ataques, sequestros e assassinatos. Este contexto de tensão de segurança levou a uma mobilidade significativa de profissionais de saúde qualificados, afetando negativamente a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde, especialmente na área da saúde sexual e reprodutiva. Como parte do apoio aos distritos de saúde de Djibo e Gorom-Gorom na região e face a um declínio na qualidade dos cuidados que a formação convencional não pode melhorar, a organização Médicos do Mundo estabeleceu em acordo com a Equipa de Gestão dos Distritos, a atividade de convívio da equipa de enfermagem nos Centros de Saúde, de forma a manter a qualidade dos cuidados de SSR e especialmente no planeamento familiar das populações, apesar dos pesos socioculturais e do radicalismo religioso. O "companheirismo" é um apoio pessoal próximo fornecido aos cuidadores no local de trabalho através de sessões de conhecimento e know-how para fortalecer os seus conhecimentos e práticas para melhorar a qualidade dos cuidados de SSR.

Metodologia:

O processo de apoio ao cuidador dura 3 dias, num estabelecimento de saúde e é facilitado por uma equipa mista de supervisores de MdM e pontos focais de Saúde Sexual e Reprodutiva (SRR) nos distritos de saúde. As técnicas de ensino utilizadas são: Entrevistas com a equipa sobre objetivos, motivação e ambiente de trabalho; Observação direta das práticas para melhorar a prestação de cuidados e planeamento familiar; Apresentações sobre o desempenho do pessoal na prestação de cuidados; Demonstrações sobre um modelo anatómico e práticas em casos reais em conjunto.

Resultados:

De março a julho de 2018: foram organizadas 4 saídas de "companheirismo" de três dias cada em 4 unidades de saúde para os agentes de maternidade (2 parteiras, 1 parteira auxiliar e 1 assistente). Essas saídas complementam e reforçam a formação teórica recebida por esses agentes sobre saúde sexual e reprodutiva e planeamento familiar. Durante o "companheirismo", foram revistos os seguintes temas: aconselhamento de PF, técnicas de inserção e retirada de implantes, técnica de realização da aspiração manual intra-uterina (AMIU). Evolução favorável do conhecimento e desempenho dos profissionais de saúde na avaliação (inicial e final) que passa de 49% para 82% para o aconselhamento de PF de acordo com o quadro do REDL. • 69% a 89% para a técnica de inserção do implante • 57% a 88% para a técnica de remoção do implante • 57% a 83% para a técnica de AMIU. Durante as entrevistas os agentes de saúde foram beneficiados por: Reforços no uso do Misoprostol, a higiene das instalações e a gestão de equipamentos medicotécnicos e de medicamentos de SSR; Demonstrações sobre as técnicas e procedimentos de processamento de instrumentos em salas de parto e equipamentos para AMUI por desinfecção de alto nível; Fortalecimento das competências da oferta de assistência médica e habilidades motivacionais do agente de saúde para a situação de segurança da área, pelo seu compromisso de pôr em prática novos conhecimentos em de forma contínua nas suas tarefas do dia-a-dia.

Conclusão:

O "companheirismo" é um dispositivo centrado no agente da saúde para melhorar a qualidade das práticas de cuidado e estima. Constitui uma ajuda apreciável e extrai a sua eficácia na sua inscrição no cotidiano do cuidador. Complementa e reforça o conhecimento adquirido durante as formações organizadas longe das estruturas de saúde. Estas formações tradicionais mostraram o seu limite na melhoria da qualidade dos cuidados e indicadores saúde em SSR e especialmente no planeamento familiar em áreas onde a supervisão não é regular em regiões como a do Sahel.

Recomendação

O "companheirismo" é um processo de aprendizagem e não uma auditoria, portanto, o relacionamento deve ser baseado na confiança e confidencialidade mútuas. Recomenda-se: Organizá-lo para os agentes de saúde quando as múltiplas formações convencionais não permitirem a melhoria da qualidade do atendimento oferecido às populações; Organizá-lo quando as dificuldades do contexto impedirem

a implementação de supervisão formativa regular; - Estender o aprendizado para outros atos em SSR, como controlar as hemorragias do parto (Mama Natalie), inserção do DIUPP (Mama-U); - Reprogramar um acompanhamento das conquistas do "companheirismo" após 6 meses.

AF9: Fórum de Saúde entre Adolescentes e Jovens: uma plataforma para aumentar o acesso dos jovens à informação e serviços através das redes sociais

Autor: Tao Oumar, Tarnadga Geneviève; Ba Youssouf; Ouedraogo Boureihiman

Introdução:

As redes sociais representam uma oportunidade de intercâmbio, educação, resposta às preocupações dos jovens sobre informações sobre saúde sexual e reprodução e até mesmo uma referência para a oferta de serviços; É neste contexto que a IPPF apoia o Movimento de Ação Juvenil para a implementação deste projeto inovador chamado Youth Connect Initiative. É um projeto que coloca o foco sobre a plataforma de desenvolvimento nas redes de transmissão de conteúdo multimídia para melhorar o conhecimento dos jovens sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens. Graças a este projeto, foi criada uma plataforma chamada "Tribune Santé ado e jeunes" nas diversas redes sociais. O objetivo era oferecer um espaço para o diálogo, intercâmbio sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva (DSSR) para adolescentes e jovens, defesa da promoção e apoio de questões de DSSR, sensibilização dos seus pares sobre diferentes tópicos relacionados com a contracepção. Essa plataforma também é usada para encaminhar jovens que usam redes sociais para os centros de juventude da associação e para qualquer centro de saúde.

Metodologia:

Formação de jovens em redes sociais, filmagem, edição de vídeo e rádio, criação e animação de blogs. Produção de vídeos, firmware de rádio, artigos sobre vários temas do SSRAJ. Implementação de um sistema de orientação para apoiar os jovens durante o projeto. Cobertura nacional do projeto, mas cobertura geográfica mais ampla (internacional) devido às oportunidades oferecidas pela internet. Período de encontro entre os membros do comitê gestor do projeto para avaliar o alcance dos objetivos, reuniões e apoio mútuo entre os jovens engajados para a realização das atividades.

Resultados:

Os seguintes resultados foram obtidos: • 24.900 jovens abordados em diferentes temas de saúde sexual e reprodutiva face a 15.000 planeados • 15 artigos escritos sobre vários temas de SSRAJ; • 02 firmware de rádio feitos e distribuídos; • 05 vídeos produzidos sobre temas como o estigma relacionado com o aborto; • 10 chats WhatsApp e tweet ups com a participação dos jovens (pelo menos 100 jovens por sessão); • 20 jovens reforçaram as suas competências em blogs, presença nas redes • Reconhecer o papel de liderança dos jovens do Youth Action Movement que foram capazes de desenvolver, implementar um projeto inovador; • Fazer com que os jovens compreendam os desafios da sua saúde sexual e reprodutiva (SSR) através de tweet ups e chats do WhatsApp. • Capacitar mais os jovens na gestão de projetos; • Fortalecer as habilidades dos jovens na produção de conteúdo multimídia microprograma: rádio, vídeo amador para a sensibilização; • Reforçar as competências dos jovens na elaboração de artigos de sensibilização, que ajudou a desenvolver e estimular entre os jovens o gosto pela escrita, a vocação para o jornalismo; • Organizar e realizar tweet ups, o que não era comum no Burkina Faso antes do projeto; • Ter habilidades de blogging e conscientização on-line; • Aconselhar e orientar os jovens com necessidades de saúde sexual e reprodutiva; • Conferência on-line

Conclusão:

O projeto tornou possível: • Utilizar as redes sociais para fortalecer a informação, conscientização e encaminhamento de jovens para os centros de saúde da associação; • Aumentar a visibilidade das atividades da associação (ABBEF) e aquelas implementadas pelos jovens; • Fortalecer os quadros de interpelação dos decisores através de diferentes tweets; • Ter jovens ativistas da saúde sexual e reprodução.

Recomendação

- Criar uma web TV com jovens ativistas engajados no SSRAJ para produzir e disseminar conteúdo relacionado com questões que afetam adolescentes e jovens; - Instituir cursos on-line de educação sexual para capacitar adolescentes e jovens; - Aumentar a conscientização e a formação de jovens no uso de redes sociais.

AF10: Experiências de documentação e difusão da abordagem da rede social de Tekponon Jikuagou (TJ) para reduzir as necessidades não atendidas (NNA) no planeamento familiar (PF) relacionadas com as barreiras sócio-culturais.

Autor: Mariam Diakité, Susan Igras, Rebecca Lungren

Introdução:

Os programas de PF no Benim aumentaram o conhecimento de homens e mulheres sexualmente ativos sobre os métodos modernos de PF. No entanto, de 1996 a 2012, o número de necessidades não satisfeitas (NNA) no PF aumentou de 28% a 33% e a prevalência de utilização de contraceptivos modernos de 3% a 8% (EDS, 2011-2012). É claro que o número de NNAs não representa a procura de métodos contraceptivos e não fornece um fluxo de programação que possa refletir o uso sustentado de PF.

O que impede que mulheres e homens com NNS em PF usem um método contraceptivo?

Os resultados da pesquisa formativa do TJ mostraram as seguintes barreiras sociais do PF: desaprovação, falta de discussão e desinformação sobre o PF (no estudo de base 36% das mulheres disseram que não era aceitável falar sobre PF em público.)

Além disso, há uma forte influência dos membros da família e da comunidade (por exemplo, madrastra, parceira) na escolha de pessoas em questões de saúde, por isso os homens não são bem informados nem envolvidos em discussões sobre PF.

Metologia:

O TJ envolve alguns grupos e pessoas socialmente influentes em diálogos reflexivos sobre barreiras sociais relacionadas com o PF e a disseminação de novas ideias em redes sociais. Testado com sucesso, o TJ foi usado de 2015 a 2016 por quatro ONGs, incluindo três locais, em 88 aldeias de Couffo e Oueme, Benin. Foi integrado em projetos de Nutrição, Alfabetização, Água, Higiene e Saneamento; e Poupança e Crédito. São aplicados vários métodos quantitativos e qualitativos para avaliar a sua eficácia no contexto de escala e efeitos na integração de projetos.

Resultados:

As quatro ONGs implementaram totalmente o pacote de intervenção do TJ e as mudanças foram observadas nos resultados das diferentes avaliações. Os projetos integradores tiveram melhorias nos seus principais produtos de serviços, além dos resultados esperados para o TJ. A equipa certificou-se de que o uso de materiais do TJ facilitasse a sua própria reflexão e mudança de atitude (em relação ao PF, género, etc.) e de que a sua capacidade fosse melhorada na implementação da abordagem do TJ, recolha e uso de dados.

Além disso, nas comunidades de intervenção dos projetos de integração, o uso do pacote TJ levou a mudanças de atitudes, comportamentos de género e o uso de um método de PF. Em entrevistas sobre a mudança mais significativa, reflete um homem "E essa mudança também impactou positivamente a minha própria casa ... 3 das minhas esposas ... puderam com o meu entendimento, adotar um método de sua escolha. ". Nos resultados da pesquisa domiciliar, o uso de métodos modernos de PF aumentou de 38,5% para 59,4% entre as mulheres e a percepção das necessidades satisfeitas entre os homens diminuiu de 45,7% para 7%.

Durante o Estudo de Sustentabilidade do TJ, quase por unanimidade, os entrevistados observaram que, após o TJ, as pessoas discutem mais facilmente o PF nas comunidades e dentro do casal, eles confirmaram que as pessoas mudaram atitudes e comportamentos direcionados ao uso de PF.

Conclusão:

O pacote TJ tem sido usado por ONGs em diferentes contextos socioculturais com os mesmos efeitos esperados. A prática é eficaz a quebrar as barreiras socioculturais para promover o uso de PF. Com uma simples adaptação e apoio do IRH, atualmente, a abordagem é difundida no Mali por três ONGs no campo da educação de meninas, resiliência e segurança alimentar e saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Um líder religioso incentivou a prática porque, em vez de impor uma mudança nas normas e comportamentos, leva as pessoas a pensar, discutir e decidir

Recomendação

1. A abordagem da rede social do TJ levou-nos a pensar de maneira diferente sobre a criação da procura de PF. Assim, incentiva a comparação social e o fluxo de novas idéias e atitudes em redes, em vez de alcançar pessoas com informações estáticas.
2. Os nossos resultados provam assim, que uma abordagem leve, mas constante, de mudança de comportamento individual através de normas sociais e de género mutáveis é uma opção de programação valiosa que precisa ser estendida a uma comunidade mais ampla.

- Embora o TJ priorize a redução das NNS no PF em vez do aumento da prevalência contraceptiva entre os homens no grupo de intervenção, o uso corrente de um método moderno e a necessidade satisfeita diminuiu, mas a intenção de usar métodos de PF aumentou em oposição aos grupos de controlo. Estas respostas diferem profundamente das respostas das mulheres e merecem uma maior exploração.

AF11: Melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens / Planeamento Familiar no Níger através da Introdução da Educação Sexual Completa nos Currículos do Ensino Médio e Secundário do Níger

Autor: Ali Halima Moumoni, Lucien Marcel Omar

Introdução

No Níger, os indicadores demográficos da saúde são alarmantes. De acordo com o relatório da Pesquisa Demográfica e de Saúde do Níger, de 2012, com 51,7% da população com menos de 15 anos, a idade média no primeiro casamento é de 15,8 anos para as meninas e 24,3 anos para meninos com alta fertilidade, com média de 7,6 filhos por mulher. A taxa de fecundidade para meninas entre os 15 e os 19 anos é de 201 por 1.000 nascimentos e, aos 19 anos, 68% já se tornaram mães.

A idade média no primeiro casamento é de 15,8 anos para as meninas e de 24,3 anos para os meninos. No Níger, a taxa de mortalidade materna é de 535 mortes maternas por 100.000 nascimentos e os adolescentes contribuem com 14%. A prevalência do HIV entre os jovens é de 0,5% e 63% das crianças no Níger sofrem pelo menos um tipo de violência.

Perante esta situação, o Níger, com o apoio do UNFPA, integrou a Educação Sexual Completa (ESC) no currículo secundário nas disciplinas de Ciências da Terra e da Vida (CTV), Economia da Família e Geografia. Dois anos após a implementação, foi realizada uma avaliação do conteúdo dos programas adquiridos pelos alunos.

Metodologia

Uma fase piloto em dois estágios: educação em 10 escolas (1) Adaptação de módulos genéricos; (2) Desenvolvimento de ferramentas de recolha de dados; (3) Formação de educadores e enfermeiros; (4) Produção de meios de comunicação; (5) Lançamento do piloto; (6) Recolha mensal de dados (7) Revisões trimestrais (8) Partilha de experiências e em seguida Extensão para professores de CTV e EF.

Fase de Integração de ESC nos currículos do ensino secundário após a sua promoção às partes interessadas; Revisão dos módulos; (3) formação e acompanhamento, (4) Avaliação de conteúdos e resultados de aprendizagem.

Resultados

Fase piloto: 80 educadores e 60 professores formados para um alvo de 15.079. 1280 sessões realizadas durante 8 meses, 9.681 adolescentes e jovens afetados. 459 consultas mensais, incluindo 607 casos de IST, 11 seropositivos e mais de 5000 contraceptivos oferecidos.

Em 2014, a integração da ESC nos currículos com mais de 57% de professores formados. Isso ajudou a aumentar o empoderamento de adolescentes e jovens, reduzir o custo de formação e aumentar o nível de conhecimento em SR.

Uma verificação do desempenho académico dos alunos demonstrou sucesso em pelo menos metade dos itens: 81,1% 6º; 84% 5º; 73% 4º; 88% 3º; 93% segundo; 50% primeiro A; 69,1% primeiro C / D; 75,1% terminal A e 75,1% no terminal C / D.

Resultados dos questionários aos professores:

57% são muito ajudados pela formação, os de Economia da Família e Social são os mais numerosos (69,7%) contra 30% de História e Geografia, por outro lado, 37,5% enfrentam dificuldades.

Resultados dos questionários "supervisor pedagógico"

41,4% são muito ajudados pela formação para melhor supervisionar os professores e 48,3% relatam ter notado uma melhoria. Por outro lado, 41,4% declaram conhecer professores formados com dificuldades

Resultados da avaliação do programa ESC pela ferramenta serat

A avaliação pela ferramenta SERAT trouxe: Objectivos e princípios do programa de ESC no Níger, Conteúdos do programa, Implementação do programa, Integração nos currículos, Formação de professores, Monitorização e avaliação e contexto institucional.

Os resultados mostram 53% dos elementos fortes, 35% fracos ou médios e 12% não aplicáveis

Conclusão

A integração da ESC no currículo é uma boa prática a ser promovida em países onde o nível de conhecimento de SR/VIH e a procura de PF permanecem baixos. Aumentou muito a procura, bem como o uso de serviços de SR. Contribuiu também para a redução da discriminação e dos julgamentos de adolescentes e jovens por parte de provedores de enfermarias escolares durante a prestação de serviços. Além disso, a avaliação do desempenho académico dos alunos e do conteúdo integrado nas disciplinas permitiu identificar os pontos fortes e fracos do programa, recomendando, assim, o desenvolvimento de módulos complementares

Recomendações

1. Procurar um forte compromisso do estado e de todos os tomadores de decisões;
2. Envolver fortemente todas as partes interessadas em todos os níveis;
3. Desenvolver e implementar um plano coerente de difusão
4. Criar um comité multissetorial para monitorar as ações a serem realizadas,
5. Garantir o apoio técnico e financeiro dos parceiros;
6. Garantir a disponibilidade permanente do produto e garantir uma boa gestão de stock
7. Estabelecer um sistema confiável para recolher dados de fornecimento e consumo de produtos para julgar a adequação da intervenção;
8. Organizar a supervisão regular da prestação de serviços de SR / PF a adolescentes e jovens
9. Periodicamente, compartilhar os resultados da oferta com os vários atores envolvidos no campo.
10. Documentar os resultados da intervenção.

AF12: Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva para os Pais pela Primeira Vez: Uma Abordagem Combinada de Mudança de Comportamento em Zinder, Níger

Autor: Assani Osseni Akim, Ousseini Abdoulaye, Claire Moodie

Introdução:

O forte crescimento populacional do Níger é o resultado de um longo período de alta fertilidade, com uma média de 7,6 filhos por mulher e 51,7% da população com menos de 15 anos de idade. A taxa de fecundidade para meninas de 15 a 19 anos é de 201 nascimentos e aos 19, 68% já se tornaram mães. A nível nacional, a idade média no primeiro casamento é de 15,8 anos para meninas e de 24,3 anos para meninos. Nos seus lares, as adolescentes casadas sem boas informações sobre saúde sexual e reprodutiva estão sob pressão social para uma maternidade precoce e frequente. Esta situação está na origem de uma mortalidade e morbilidade materna e infantil muito elevadas. No Níger, em 2015, a taxa de mortalidade materna é de 520 por 100.000 NV e a taxa de mortalidade infantil é de 126 ‰ NV³. Neste contexto, a Pathfinder International, em colaboração com o governo e parceiros locais, implementou o projeto de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva para Pais pela Primeira Vez (PPV) no Níger para jovens mulheres casadas (com 24 anos ou menos) grávidas ou ter tido um primeiro parto, e aos seus parceiros.

Metodologia:

A abordagem faz parte de um pacote complementar de intervenção de mudança social e comportamental de acordo com os 3 níveis do modelo socioecológico: pessoal, social e estrutural. Ao nível individual, são organizadas visitas domiciliárias e reuniões em pequenos grupos para sensibilizar as adolescentes e acompanhá-las às unidades de saúde. Ao nível social, são realizadas reuniões de pequenos grupos e atividades comunitárias com maridos, esposas, sogras e líderes. O projeto apoiou a integração de serviços adaptados às necessidades dos jovens.

Resultados:

comunitários com vista a criar um ambiente propício para o PF. Ao nível estrutural:

Nível individual / casal

1. 288 revezamentos comunitários formados
2. 6.200 visitas domiciliárias
3. 4.300 discussões em pequenos grupos
4. Mais de 1.950 jovens casais PPV afetados;
5. Mais de 1000 jovens mulheres encaminhadas para centros de saúde;

Nível social / comunitário

1. Mais de 8.200 contatos com madrastras, padrastos, esposas e outras pessoas influentes através de VAD;
2. Quase 150 fóruns de teatro em 48 aldeias de intervenção (12.000 participantes);
3. 15 spots de rádio produzidos em três idiomas (Haoussa, Kanouri, Fulfulde) e transmitidos mais de 850 vezes;
4. Quase 120 líderes religiosos formados em planeamento familiar;
 - o Aprimoramento percebido da comunicação dentro de casais e aumento da tomada de decisão conjunta.
 - o Maior envolvimento de maridos em tarefas domésticas pesadas
 - o Maior apoio dos maridos para que as mulheres jovens usem os serviços de saúde;

Nível Estrutural / Sistema

5. Mais de 50 profissionais de saúde formados na prestação de serviços de serviços adaptados às necessidades dos jovens;
6. Mais de 350 clínicas móveis organizadas em colaboração com a IMPACT no Níger para cobrir as aldeias do projeto FTP.
7. Dos 16 centros de saúde apoiados pelo projeto:
 - o 1.845 CPN no quarto trimestre de 2017 (266 CPN no quarto trimestre de 2016).
 - o 12.695 mulheres adotaram métodos de planeamento familiar (60% tinham menos de 24 anos de idade).

Conclusão:

Para promover mudanças efetivas nas normas sociais, as ações devem ser realizadas de forma combinada em diversos níveis do sistema socioambiental da entidade. A combinação de visitas domiciliárias (VAD), discussões em pequenos grupos e diálogos comunitários foram ações que afetaram não apenas as meninas casadas a um nível pessoal, mas também àqueles que as cercam (maridos, pessoas influentes, etc.). Tudo isso deve ser apoiado pelo permanente reforço da qualidade dos serviços de saúde para responder à procura criada.

Recomendação

- Ter em conta as importantes necessidade não satisfeitas de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes casadas e especialmente pais pela primeira vez em programas de saúde, combinando várias abordagens bem-sucedidas do modelo sócio-ecológico para poder responder efetivamente na África Ocidental;
- Considerar os fatores relacionados com o ambiente de jovens mães pela primeira vez que constituem algumas barreiras à busca de informações e serviços de saúde no processo.
- Implementar ações direcionadas para os principais influenciadores para criar um ambiente favorável à expressão e ao gozo dos direitos à saúde sexual e reprodutiva por parte das adolescentes casadas.

AF13: Financiamento de intervenções de Planeamento Familiar pelas coletividades locais**Autor: Zekpa Apoté Tovinyéawu, N'gani Simtokina****Introdução**

Como parte do reposicionamento do planeamento familiar (PF) para reduzir a mortalidade materna e tirar proveito do dividendo demográfico, o Togo assumiu compromissos ambiciosos a nível nacional e internacional.

Entre 2016 e 2020, o Togo precisará de incluir 141.000 usuários adicionais no programa de contraceptivos modernos. Contribuirá com 6,40% do resultado da Parceria de Ouagadougou, que deverá recrutar 2,2 milhões de utilizadores adicionais e 1 200 000 para o FP 2020 em 2020.

Uma das barreiras identificadas no financiamento da saúde foi o baixo financiamento destinado ao planeamento familiar a partir do orçamento nacional e do orçamento das comunas e delegações especiais de prefeituras, incluindo a garantia de produtos de PF.

Em previsão para a gestão do orçamento de 2018, a Rede dos Campeões para um financiamento adequado da Saúde no Togo (RCPFAS-Togo) com apoio técnico e financeiro do Opportunity Fund, propôs-se a continuar a promover nas comunas do Togo para que dediquem 5% do seu orçamento ao Planeamento Familiar.

Metodologia

Esta iniciativa começou com o envolvimento efectivo do Ministério da Saúde e Protecção Social e da União das Comunas do Togo. Em cada comuna, antes da assinatura pública do compromisso do prefeito, a promoção foi feita através da apresentação do RAPID Togo 2014 (Recursos para a análise da população e o seu impacto sobre o desenvolvimento) nos locais dos funcionários municipais, bem como outras partes interessadas (decisores, provedores de saúde, sociedades civis envolvidas na saúde, parceiros, líderes religiosos, beneficiários, fiadores dos EUA e alfândega, grupos de mulheres, clubes de homens, comité de desenvolvimento local, mídia).

Resultados

1. 420 líderes municipais e outros atores (decisores, provedores de saúde, sociedades civis envolvidas na saúde, parceiros, líderes religiosos, beneficiários, fiadores dos EUA e alfândega, grupos de mulheres, clubes de homens, comité de desenvolvimento local, mídia) estiveram envolvidos nessa promoção.
2. 19 comunidades de 21 assinaram o compromisso de dedicar 5% do seu orçamento anual ao Planeamento Familiar a partir do ano de 2018
3. Cada município tem um plano de trabalho focado em atividades de criação de procura
4. 17 comunas de 21 alocaram 36 229 828 FCFA para o Planeamento Familiar para o ano 2018
5. 79 atores municipais aumentaram a sua capacidade de mobilizar recursos de acordo com a abordagem da SAMPT da AFP.

Conclusão

O Planeamento Familiar é uma estratégia que permite que os casais engajem num diálogo franco e sincero sobre o espaçamento ideal entre os partos, para discutir as consequências da violência conjugal baseada em género e especialmente sobre os direitos das mulheres em relação à assistência; O PF também ajuda a prevenir o alto número de gravidezes, gravidezes muito próximas e indesejadas, que são fontes de aborto clandestino e morte em adolescentes e jovens. O aumento do financiamento do governo local para as intervenções dos PFs terá um impacto positivo nas suas comunidades, garantindo a disponibilidade de serviços de qualidade oferecidos.

Recomendações

1. Formar os atores para a ferramenta SMART da AFP e os benefícios do financiamento do Planeamento Familiar
2. Envolver redes e OSCs envolvidas na Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar
3. Implementar um mecanismo eficaz de monitorização e avaliação de intervenções de planeamento familiar
4. Garantir o cumprimento deste compromisso assumido pelos municípios para o planeamento familiar
5. Manter a parceria de rede / OSC envolvida na Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, distrito de saúde e as comunidades para garantir a eficácia dos resultados em termos de melhoria significativa dos indicadores relacionados com o planeamento familiar no Togo.

AF14: A página do Facebook 'Entre Nous', um canal promissor para melhorar o conhecimento e as atitudes sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) entre adolescentes e jovens na Costa do Marfim.

Autor: Marie Fedra Baptiste (mbaptiste@psici.org) Adou Kouablana Arsene (akouablan@psici.org) GABY KASONGO (gkasongo@psici.org)

Introdução:

Na Costa do Marfim, os jovens dos 10 a 24 anos representam 21,3% da população (RGPH 2014). Em 2012, a taxa de prevalência do contraceptivo moderno (TPCM) foi de 11,9% (15-19 anos) e 16,9% (20-24 anos), enquanto que a necessidade não atendida de contracepção foi estimada em 60% para dois grupos (EDS-CI 2011-2012).

Consciente do acesso precário aos serviços de Saúde pela população jovem, o Ministério da Saúde e Higiene Pública (MSHP) criou um Programa Nacional de Saúde Escolar e Universitária (PNSSU) que reúne 77 Serviços de Saúde Escolares e Universitários (SSEU) a nível nacional dedicado aos jovens.

Neste contexto, o projeto Ignite, financiado pela Holanda e implementado pela Population Services International (PSI), apoia os esforços do MSHP para melhorar a SSR entre os jovens. Um dos objetivos do projeto é criar a procura de contraceptivos. E foi nesse contexto que a PSI co-criou, com os jovens, a página 'Entre Nous', contando com uma mídia muito utilizada por eles. O objetivo é criar a procura de produtos e serviços de SSR para meninas e adolescentes, melhorando o acesso a informações relevantes, motivadoras e pertinentes.

Metodologia:

A abordagem é inspirada em abordagens de concepção centradas no utilizador (human centred design), que consistem em co-criar com a população-alvo após uma "fase de imersão" para entender melhor as suas realidades. Durante as trocas resultantes desse processo, a equipa do PSI foi capaz de compreender as aspirações e expectativas dos participantes, os seus interesses de saúde e as suas necessidades de aconselhamento contraceptivo.

As informações recolhidas permitiram criar a página do Facebook "Entre Nous". O objetivo é criar uma comunidade de jovens que, com confiança, compartilhem as suas preocupações sobre sexualidade e contracepção e tenham acesso a uma fonte confiável de informações.

Resultados:

Até hoje, (após 5 meses de existência), o "Entre Nous" reúne uma comunidade de 29.792 assinantes expostos a mensagens de conscientização sobre contracepção através do Facebook.

As estatísticas revelam que registámos respectivamente 4417 assinantes em março de 2018, 5605 em maio de 2018, 4572 em junho de 2018 e 8521 em julho. Desde agosto, foram registados 6.677 novos assinantes.

As publicações diárias são de segunda a sexta-feira, com 2 a 3 mensagens por dia sobre:

1. SSR: 2 a 3 vezes por semana;
2. beleza: 2 a 3 vezes por semana;
3. contracepção: 2 a 3 vezes por semana.

A rubrica principal é "The Gabi Midwife" todas as terças-feiras. Esta seção oferece aos assinantes a oportunidade de expor diretamente as suas preocupações a um especialista em SSR. A primeira sessão foi lançada a 29 de maio de 2018 e alcançou 6.700 usuários e registou 481 reações.

Conseguimos definir que 98% dos nossos assinantes são mulheres, com 53% dos jovens entre os 18 e os 24 anos, 16% entre os 13 e os 17 anos e 28% entre os 25 e os 34 anos. Mais de 96% dos assinantes vivem na Costa do Marfim. As perguntas mais comuns entre pessoas com menos de 25 anos estão relacionadas com distúrbios do ciclo menstrual, cálculos do ciclo menstrual e o impacto dos métodos contraceptivos sobre a fertilidade. Para aqueles com mais de 25 anos de idade, estas são questões relacionadas com desejos de maternidade, gravidez e efeitos colaterais dos métodos contraceptivos.

Conclusão:

O crescimento muito significativo da página "Entre Nous" mostra que os esforços de design e operacionalização foram recompensados. Os jovens precisam de uma plataforma interativa que possa criar uma relação próxima entre os próprios, porque eles compartilham as mesmas preocupações, mas entre os assinantes e os administradores da página, porque os jovens geralmente têm a impressão de que as estruturas existentes não permitem esse diálogo e esse espaço de livre troca e sem tabú. É por isso que a página 'Entre Nous' é a ponta de lança da dimensão "comunicação" do programa Ignite.

Recomendações

1. Considerarmos os comentários dos assinantes para melhorar o conteúdo da página;
2. Sermos criativos e constantemente inovar na maneira de comunicar e interagir com os assinantes. Isso impede que eles fiquem entediados e acabem por não visitar mais a página. Por exemplo, podemos criar concursos ou publicar fotos que vão além do contexto formal da página, a fim de fortalecer a proximidade com os assinantes. Também podemos pensar em criar guias e, assim, personalizar a página;
3. Vigiar o Facebook e observar os "rivals". De facto, é importante aprender ou inspirar-se com as técnicas que eles usam;
4. Estarmos abertos a outras plataformas (WhatsApp, Instagram) para atrair alguns dos jovens que os usam;
5. Escrever um manual de utilização de redes sociais para que os funcionários da PSICI estruturam adequadamente a estratégia.

AF15: Viabilidade da Cirurgia de Fístula Obstétrica no Nível 1 da Pirâmide de Saúde do Mali (Centros de Saúde de Referência): Experiências Piloto com CSRef Koulikoro

Autores: D. Traoré 1, C.O. TOURE1; M. Keita1; R. Fomba; S. Diakite 2; S. Guindo 2

1: IntraHealth International; 2 Ministério da Saúde e Higiene Pública

Introdução

O Mali é um país da África Ocidental, onde se estima que o número de mulheres em risco de fístula obstétrica (FO) esteja entre 1804 e 2405 por ano. A fístula obstétrica é uma comunicação adquirida entre a vagina e os órgãos adjacentes que ocorre como consequência do parto, resultando numa perda permanente de urina e / ou fezes através da vagina. As mulheres que padecem de FO sofrem com o isolamento social, além de danos físicos.

Para lidar com esta tragédia, o Ministério da Saúde do Mali, com o apoio dos seus parceiros técnicos e financeiros, incluindo a USAID, desenvolveu uma Estratégia Nacional de Prevenção e Controlo da Fístula Obstétrica desde 2009.

O apoio da USAID ao MSHP na implementação desta estratégia tem sido feito através de dois projetos: Fistula Care (2008-2013) e Fistula Mali (2014- 2019)

A fim de aproximar os serviços de tratamento da fístula para a maioria das mulheres que dela sofrem e para reduzir o custo das intervenções, o projeto USAID / Fistula Mali, em colaboração com o Departamento Nacional de Saúde, realizou uma pesquisa operacional. Esta pesquisa foi para controlar a viabilidade da cirurgia da FO em centros de saúde de referência (CSRéf), que são mais próximos da população, mas não realizam esta operação de acordo com a estratégia nacional.

O CSRéf Koulikoro foi selecionado para realizar este projeto-piloto, porque é uma das capitais regionais do Mali que não têm um hospital público de segunda referência. Além disso, deve ser uma área de projeto onde a estratégia nacional de prevenção e tratamento da FO ainda não tenha sido implementada.

Metodologia

A metodologia para implementar esta abordagem em Koulikoro foi feita em quatro etapas centradas nas necessidades das pacientes:

1. A análise situacional do local de tratamento para identificar as necessidades do CSRefen de competências e materiais para melhor servir as pacientes.

2. Capacitação do post através das seguintes ações: capacitação de profissionais em aconselhamento e assistência de enfermagem à paciente com fístula; prevenção de infecção e manejo de emergências obstétricas; introdução da abordagem ODQ (Otimização de Desempenho e Qualidade); dotação de materiais e equipamentos médico-cirúrgicos, organização da recepção e hospitalização.
3. Criar um ambiente propício para o combate à fístula baseado no envolvimento de autoridades político-administrativas, gestores de programas de saúde e organizações da sociedade civil.
4. A organização de campanhas com um duplo objetivo: garantir o tratamento cirúrgico de casos de fístula obstétrica e formar as equipas de atendimento para cuidar das pacientes.

Resultados

Após o reforço da capacidade do CSRef Koulikoro, o projeto organizou seis campanhas que ajudaram a apoiar 151 mulheres vítimas de FO durante o período de maio de 2015 a março de 2018. Além disso as pacientes são mais velhas em comparação com outros locais, o que pode dificultar o prognóstico cirúrgico. Apesar dessas condições inadequadas, 60,2% (91/151) das fístulas são fechadas e secas. Este resultado é ainda melhor do que em alguns hospitais de segunda e terceira referência, que têm mais recursos e experiência, como mostra a Figura 1 abaixo.

A abordagem fortaleceu a capacidade de cinco cirurgiões locais no tratamento da FO, o que permitiu a implementação de um mecanismo para iniciar a cirurgia de rotina no posto de Koulikoro. Esse novo serviço ampliou o leque de atendimentos à população, pois durante a avaliação básica, o local não possuía um cirurgião de fístula aprovado pelo Ministério da Saúde.

Além da formação de cirurgiões, o site conta com recursos humanos (parteiras, enfermeiras, enfermeiras, anestesiistas, etc.) competentes e motivados para fornecer todos os cuidados pré, per e pós-operatórios, bem como suporte psicossocial para as pacientes e as suas famílias.

Conclusão E Recomendações

O manejo cirúrgico da FO no CSRef é viável graças a essa abordagem centrada em três áreas de intervenção: a construção das capacidades do local, o envolvimento de todos os atores locais e a informação das comunidades sobre a disponibilidade de serviços de tratamento. Graças aos resultados encorajadores da abordagem, o MSHP manteve-a como uma das principais abordagens para a implementação do seu novo Plano Estratégico para Eliminar a Fístula Obstétrica (2018-2022). As principais recomendações feitas durante o workshop para compartilhar os resultados dessa abordagem são:

1. A extensão da cirurgia da fístula para todos os CSRef no país que disponham de recursos humanos de saúde especializados (gineco-obstetras, cirurgiões gerais, urologistas) para uma melhor acessibilidade geográfica das vítimas de fístula.
2. Fortalecer as plataformas técnicas das estruturas de saúde ao nível da pirâmide de saúde para reduzir o custo da avaliação de referência e / ou cuidados curativos.
3. Extensão da abordagem a outros componentes da saúde materna e infantil.

AP1: Planeamento em saúde e boas práticas: análise da disponibilidade e prontidão de serviços de saúde materna e dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens em Bissau e Biombo

Autores: André Beja, Vany Moreira, Augusta Biai, Agostinho N'Dumbá, Clotilde Neves, Marta Temido, Paulo Ferrinho

Introdução:

O sistema de saúde da República da Guiné-Bissau (RGB) enfrenta carências que condicionam negativamente o acesso ao cuidados e os indicadores de saúde, nomeadamente de saúde materna e dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens (SMNEAJ) 1–4. Tal cenário motivou a proposta de criação de um Complexo Hospitalar em Bissau (CHB) para concentrar meios e a capacidade instalada nas unidades dos setores público, convencionado (Organizações Não Governamentais não lucrativas, entidades confessionais) e privado lucrativo da capital do país 2. Para enquadrar a tomada de decisão, em 2017 realizou-se uma análise das unidades com capacidade de internamento do Setor Autónomo de Bissau e Região Sanitária de Biombo, território que concentra 1/3 da população e a generalidade das infraestruturas

hospitalares de referência da RGB2. A análise foi orientada pelo Service Availability and Readiness Assessment (SARA), metodologia criada pela OMS para reunir informação consistente e padronizada sobre serviços de saúde e para monitorização regular da sua disponibilidade e prontidão, fundamentais para suportar processos de planeamento e reforma visando a cobertura universal e os objetivos de desenvolvimento sustentável5–7. Neste trabalho apresentamos e discutimos os principais resultados do estudo, traçando uma visão geral destas estruturas sanitárias e da disponibilidade e prontidão de serviços de SMNEAJ.

Metodologia :

O sistema de saúde da República da Guiné-Bissau (RGB) enfrenta carências que condicionam negativamente o acesso ao cuidados e os indicadores de saúde, nomeadamente de saúde materna e dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens (SMNEAJ)1–4. Tal cenário motivou a proposta de criação de um Complexo Hospitalar em Bissau (CHB) para concentrar meios e a capacidade instalada nas unidades dos setores público, convencionado (Organizações Não Governamentais não lucrativas, entidades confessionais) e privado lucrativo da capital do país 2. Para enquadrar a tomada de decisão, em 2017 realizou-se uma análise das unidades com capacidade de internamento do Setor Autónomo de Bissau e Região Sanitária de Biombo, território que concentra 1/3 da população e a generalidade das infraestruturas hospitalares de referência da RGB2. A análise foi orientada pelo Service Availability and Readiness Assessment (SARA), metodologia criada pela OMS para reunir informação consistente e padronizada sobre serviços de saúde e para monitorização regular da sua disponibilidade e prontidão, fundamentais para suportar processos de planeamento e reforma visando a cobertura universal e os objetivos de desenvolvimento sustentável5–7. Neste trabalho apresentamos e discutimos os principais resultados do estudo, traçando uma visão geral destas estruturas sanitárias e da disponibilidade e prontidão de serviços de SMNEAJ.

Resultados:

A análise da disponibilidade geral de serviços ficou limitada pela inexistência de dados sobre população de referência destes serviços e da sua utilização, sendo esta fragilidade dos sistemas de informação comum na região africana8. Os elementos recolhidos mostram uma maioria de trabalhadores (77,4%), de camas hospitalares (73,59%) e de maternidade (79,89%) concentrada no sector público (23% das unidades). As unidades geridas por entidades religiosas (23% das unidades) apresentam maior capacidade operacional (índice de prontidão de 76%), seguidas das geridas por ONG (73%), públicas (59%) e privadas (56%). A prontidão geral dos serviços é afetada, sobretudo, pela baixa disponibilidade de medicamentos básicos e de recursos para garantir capacidade de diagnóstico. Ao nível da SMNEAJ foi analisada disponibilidade e prontidão dos seguintes serviços: Planeamento Familiar; Saúde Pré-Natal; Serviços Básicos e Avançados de Obstetria; Imunização Infantil; Saúde Infantil (Prevenção e Cura) e do Adolescente. Só o sector público disponibiliza a totalidade destes serviços. No conjunto das unidades nenhum dos serviços apresenta prontidão superior a 63% (serviços básicos de obstetria), sendo os serviços saúde do adolescente os que apresentam menor prontidão (22%). A falta de pessoal treinado e de diretrizes contribuem para os índices de prontidão verificados. Da análise por entidade gestora conclui-se que a prontidão é sempre menor nas unidades privadas. Verificou-se uma baixa disponibilidade média de medicamentos essenciais para mães (36%) e crianças (34%) e que nenhuma unidade disponibiliza as 13 Life-saving Commodities definidas como essenciais pela Organização das Nações Unidas 9.

Conclusão

Consistentes com outras descrições da rede sanitária da RGB, os resultados apontam carência de equipamentos, infraestruturas e recursos, predominância do setor público e crescimento dos setores convencionado e privado e para desequilíbrios na oferta e prontidão de serviços. Além de reforçar a pertinência da criação de uma resposta integrada, racional e adequada aos desafios que o país enfrenta ao nível da saúde materna, dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens, esta evidência será fundamental para, de acordo com as recomendações e boas práticas do planeamento em saúde, sustentar uma reorganização da rede sanitária alinhada com os objetivos do sistema de saúde.

Recomendações

Articulação dos objetivos e estratégias de SMNEAJ já definidas com as metas da Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África num Programa Nacional de Saúde Reprodutiva; Reorganização e reforço da disponibilidade e prontidão de serviços de SMNEAJ, procurando garantir e promover um aceso mais efetivo a adolescentes, jovens e de mulheres de todas as idades; Adoção de diretrizes de atuação comuns a todas unidades, reforçando utilização das existentes ou, quando necessário, acolhimento de orientações atuais e adequadas; Reforço da formação e treino de profissionais de SMNEAJ, em articulação com as estratégias para recrutamento, desenvolvimento profissional e retenção de Recursos Humanos da Saúde. Incremento da capacidade de diagnóstico e da disponibilidade permanente de medicamentos e de produtos de utilização clínica, com especial atenção às Life-saving Commodities essenciais. Adoção da prática de monitorização regular da disponibilidade e prontidão dos serviços de Saúde da RGB, com especial atenção à SMNEAJ.

RESUMO - APRESENTAÇÕES ORAIS

Parceria público-privada e TICs na melhoria da Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

BE1: Como e porquê que os profissionais de saúde no terreno num cenário de recursos escassos, utilizaram uma intervenção multifacetada de Saúde Móvel (mHealth) para apoiar a tomada de decisões sobre a saúde materna e neonatal nos cuidados primários

Autor: Hannah Brown Amoakoh, Kerstin Klipstein-Grobusch, Evelyn K Ansah, Diederick E. Grobbee, Lucy Yevoo, Irene Akua Agyepong

Introdução:

Apesar do uso crescente de intervenções de saúde móvel, ainda existe uma documentação limitada de "como e porquê" que elas são usadas para produzir efeitos observados. Nós exploramos o "como e o porquê" que uma intervenção de m-Health para apoiar a tomada de decisão clínica por prestadores no terreno, de serviços de saúde materna e neonatal num cenário recursos escassos foi usado. A intervenção consistiu em chamadas telefónicas (chamadas de voz), mensagens de texto (SMS), acesso à internet (dados) e acesso a protocolos obstétricos e neonatais de emergência via código curto (Unstructured Supplementary Service Data ou USSD); prestado por meio de telemóveis individuais ou do estabelecimentos, com cartões SIM (Subscriber Identification Module) em rede num Grupo de Usuários Fechados.

Metodologia:

O design do estudo foi um estudo de caso único com múltiplas sub-unidades de análise embutidas dentro do contexto de um ensaio controlado randomizado agrupado (CRCT) do impacto da intervenção nos resultados de saúde neonatal na região leste de Gana. Analisamos dados da actividade do cartão SIM para chamadas de voz, SMS, dados e USSD usados. Também realizamos entrevistas com informantes-chave e discussões em grupos de foco com os usuários da intervenção. Os dados da actividade do cartão SIM foram analisados no Stata e os dados qualitativos foram analisados manualmente para os temas.

Resultados:

As chamadas de voz foram mais utilizadas, seguidas por dados, SMS e USSD, nessa ordem. Com o tempo, a utilização de todos os 4 componentes de intervenção diminuíram. Houve pouca comunicação de grupo de usuários fechado (CUG) entre membros do CUG. Os telemóveis partilhados, usados para estabelecimentos de saúde mais remotos, eram utilizados com menos frequência do que telemóveis de uso individual ou telemóveis designados para instalações de saúde não remotos. Factores individuais de trabalhadores de saúde (demografia, necessidades pessoais e relacionadas ao trabalho, percepção da oportunidade de intervenção, conhecimento tácito e utilidade do CUG), factores organizacionais (disponibilidade de recursos, fluxo de informações, disponibilidade e possuir um telemóvel), factores tecnológicos (atrito de telefones, e a qualidade da rede) e a percepção do cliente sobre o uso da intervenção do profissional de saúde explicam o padrão observado do uso da intervenção.

Conclusão:

Como e porquê que as intervenções da m-Health são usadas (ou não), vão além da própria tecnologia e são influenciadas por factores individuais e específicos do contexto. Estes devem ser levados em consideração no planeamento de tais intervenções para otimizar a eficácia.

Recomendação

★ A tomada de decisões clínicas apoiam as intervenções de mHealth baseadas em chamadas de voz e utilização da Internet para aceder a protocolos e aconselhamento, e têm maior probabilidade de serem eficazes no contexto do estudo. ★ A concepção da tomada de decisões clínicas relativamente às intervenções de apoio à mHealth, de forma a permitir aos profissionais de saúde do terreno o acesso a estas intervenções com os seus telefones pessoais, pode potencialmente garantir que todos os agentes de saúde tenham acesso igual em todos

os momentos. ★ As intervenções de mHealth devem ter incorporar no seu design, características que proporcionam conscientização e capacitação contínua no uso da intervenção e seus componentes entre seus usuários actuais e futuros.

BE2: Abordagem multi-sistemas na melhoria dos resultados da saúde materna e neonatal: um estudo de caso da Iniciativa Salvando Mães Dando Vida (SMDV) no Cross River State, Nigéria

Autores Kazeem Arogundade, Oluwayemisi Femi-Pius, Eberechukwu Eke, Sulaiman Gbadamosi, Olayiwola Jaiyeola, Gestor Sénior, Serviços Técnicos, Farouk Jega,

Introdução

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 830 mulheres morrem todos os dias de complicações relacionadas com o parto ou gravidez, com 99 por cento das mortes ocorrendo nos países em desenvolvimento.

Anualmente, 3,3 milhões de natimortos e mais de 4 milhões de recém-nascidos morrem nos primeiros 28 dias de vida. A Nigéria posiciona-se na segunda mais alta do mundo, com 576 mortes maternas por 100.000 nados vivos e a taxa de mortalidade neonatal (TMN) é de 37 mortes por 1.000 nados vivos. No Cross River State, a iniciativa SMGL (Saving Mothers Giving Life) avaliou 812 unidades de saúde para identificar a sua prontidão para fornecer serviços de saúde abrangentes e integrados de mães e recém-nascidos, identificando lacunas que exigem intervenções para reduzir a TMM e a TMN. As conclusões da avaliação da unidade de saúde revelaram uma TMM de 872/100.000 nados vivos e uma TMN de 160/1000 nados vivos. Utilizando os dados de avaliação das instalações de saúde, 97 instalações de saúde (públicas, privadas e religiosas) foram seleccionadas para implementar o projecto com base em critérios de inclusão que consistem em dados de parto, distribuição geográfica e disponibilidade de parteiras qualificadas. Os dados iniciais recolhidos das 97 unidades de SMGL revelaram uma TMM de 313/100.000 nados vivos e morte perinatal alta de 58/1.000 nados vivos.

Metodologia

A iniciativa SMGL capacitou mais de 400 profissionais de saúde nos serviços públicos e privados de saúde em serviços de emergência obstétrica e neonatal (EmONC) incluindo o uso de partograma, fortaleceu a colaboração entre o sector público e privado de saúde através da activação de rede de referência do modelo de agrupamento e sistema de referência electrónica (CommCare) e mensagens digitais de saúde. Além disso, a iniciativa institucionalizou a resposta da vigilância da Morte Materna e Perinatal e as reuniões de revisão de dados e facilitou o estabelecimento de sistemas de transporte de emergência (ETS) dirigidos pela comunidade em 63 distritos em todo o estado para tratar do atraso que contribui para a mortalidade materna.

Resultados

Desde o início dos serviços de transporte de emergência (ETS) e sistemas de rede de referência no Cross River State, mais de 1000 mulheres em trabalho de parto e/ou com complicações durante o parto foram transportadas por serviços ETS e encaminhadas das comunidades para unidades de saúde e instalações de saúde (públicas, privadas, primário e secundário) para atendimento obstétrico oportuno. Isso levou a resultados positivos para mães e recém-nascidos em mais de 95% dos casos. Como resultado da melhoria da capacidade de mais de 400 profissionais de saúde nas intervenções de SMI baseadas em evidências, a taxa de uso de partograma na monitorização do trabalho do parto e do parto em si, é actualmente de 78% em comparação com a referência inicial de 15% em 2015. Isso ajudou a identificar prontamente os casos de trabalho de parto prolongado/obstruído e realização de intervenções cirúrgicas oportunas para salvar a vida de mães e evitar natimortos. As intervenções de saúde digital (HelloMama e CommCare) e kits de parto seguros, ajudaram a aumentar o parto institucional em 24% do valor de referência. Em 3 anos de implementação do SMGL no Cross River State, a iniciativa alcançou 28% (225) e 24% (44) de redução institucional no Índice de Mortalidade Materna e taxa de mortalidade perinatal de 313/100.000 e 58/1.000, respectivamente.

Conclusão

Do exposto, é óbvio que a melhoria dos resultados de saúde materna e neonatal requer uma forte sinergia de sistemas, tais como actividades de criação de procura a nível comunitário, a capacitação para os agentes de saúde, sistemas funcionais de transporte de emergência, colaboração com corpos profissionais (obstetras e neonatologistas), actualização de infra-estrutura incluindo fornecimento de equipamento de saúde materna e neonatal, sistemas de rede de encaminhamento entre instalações (públicas e privadas), reuniões de revisão de dados, MPDSR e intervenção cirúrgica oportuna (incluindo cesariana).

Recomendações

Para sustentar os ganhos iniciais da redução da mortalidade materna e perinatal, é imperativo que os parceiros e as partes interessadas do governo mobilizem os membros da comunidade no planeamento e na implementação de programas de intervenção em saúde para fins de sustentabilidade. A colaboração contínua entre o sector de saúde público e privado, instalações de saúde primárias e secundárias e órgãos profissionais como a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Nigéria (SOGON) e a Sociedade Nigeriana de Medicina Neonatal (NISONM), são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços de cuidados maternos e neonatais. Deve-se prestar assistência adequada qualificada a parturientes nas unidades de saúde e Resposta à Vigilância da Morte Materna e Perinatal regulares, e as reuniões de análise de dados devem ser asseguradas no nível estadual e municipal. As intervenções de saúde digital (HelloMama e CommCare) devem ser ampliadas pelo governo para melhorar a aceitação dos serviços de maternidade nas unidades de saúde.

BF1: Contribuição da saúde móvel na disseminação da informação sanitária para as mulheres grávidas e mães de crianças menores de 5 anos.

Autor: Hamidou Sanou

Outros autores: Ali Sié, Maurice Yé, Moubassira Kagoné

Introdução:

A prática inscreve-se no âmbito do projecto Mobile Santé (MOS@N), implementado pelo Centro de pesquisa em saúde de Nouna durante 3 anos. O projecto concedeu telefones móveis a madrinhas escolhidas em 26 aldeias e 5 CSPS, para sensibilizar as mulheres grávidas e mães de menores de 5 anos, através da funcionalidade vocal. Com efeito, as mensagens de sensibilização elaboradas pelo ministério da saúde foram transcritas em 5 línguas locais (bwamu, peulh, dafing, bobo, moaga) e em francês e incorporadas nos telefones. As madrinhas também receberam bicicletas para facilitar seus deslocamentos nas aldeias e foram motivadas financeiramente com 5000FCFA por mês. A nível dos CSPS, computadores foram ofertados para permitir o registo dos dados das pacientes em um dossiê electrónico. Esses dados eram enviados a um servidor central que transferia os lembretes das datas de consultas aos telemóveis das madrinhas e lhes permitia fazer ouvir as mensagens de sensibilização. Todos os telemóveis eram incorporados em uma frota pré-paga e foram feitos atalhos para facilitar sua utilização pelas madrinhas.

Metodologia:

A metodologia de identificação da boa prática se baseia em uma análise mista (qualitativa e quantitativa) dos dados recolhidos, graças a um estudo transversal e descritivo do projecto MOS@N. Os diferentes documentos (artigos, nota de expansão para a passagem à escala de MOS@N, relatório do encontro do comité nacional de monitorização) bem como os documentos de estratégia electrónica do ministério da saúde foram apurados.

Resultados:

A boa prática identificada foi implementação no distrito sanitário de Nouna, em meio rural, de 2014-2016. Ela facilita o acesso às mensagens de sensibilização e reforça as capacidades dos actores comunitários. No âmbito de MOS@N, ela permitiu acompanhar 2161 mulheres grávidas em CPN pelas madrinhas e contabilizar 2897 acessos ao conteúdo de sensibilização (CPN, vacinação e PVVIH), apesar dos desafios ligados à rede telefónica. Ela permitiu gerar um ganho de 12,6% em CPN4 (58,07 zona de teste versus 45,47 zona de controlo), um aumento de 3.5% pólio e BCG e um ganho de mais de 46 pontos na referência das gravidezes de risco. Ela declina-se como a seguir : trata-se de dotar os agentes de saúde comunitária de telefones móveis e de cartões de memória, contendo mensagens vocais de sensibilização em línguas locais do Burkina (moore, dioula, fulfuldé, dafing, bwaba) e em francês. A passagem à escala se torna fácil porque as mensagens locais são disponíveis e o ministério da saúde já dispõe de uma direcção de ciber-saúde. Será necessária apenas uma advocacia junto desta direcção que fará parte do comité de monitorização do projecto MOS@N, para a coordenação da prática em escala nacional. Em termos de incidente financeiro, pode-se dizer que a expansão da prática é simples porque não necessita mais de muitos insumos como no projecto inicial MOS@N, ainda mais que os agentes de saúde comunitária já estão integrados no sistema de saúde e que a prática não necessita nem de uma frota pré-paga nem de rede telefónica para funcionar. Bastará comprar telemóveis e cartões de memória e envolver os distritos sanitários na implementação da prática.

Conclusão:

A prática, como um todo, revela-se eficaz e pertinente, pois responde aos desafios de acesso das populações à informação sanitária. Ela é reproduzível e sustentável pois baseia-se em actores do sistema de saúde e está inscrita na lógica da política nacional de ciber-saúde.

Recomendação

Antes de qualquer implementação da prática, é preciso primeiramente identificar as línguas locais nas quais os beneficiários podem compreender melhor as mensagens vocais, minimizando o problema ligado aos dialetos linguísticos. Em seguida, é preciso se basear no método participativo das populações para a escolha dos agentes de ligação comunitária que trabalham com as ferramentas tecnológicas, nos casos em que não são os agentes comunitários de saúde do Estado que serão investidos. Enfim, os telefones também devem ser acompanhados de sistema de carga solar, pois em meio rural os desafios de eletrificação ainda são importantes.

BF2 : As TIC e os meios de comunicação social, motor de promoção da SR/PF pelos Jovens Embaixadores

Autor: Emilienne Adibone Assama, Mactar Diallo, Baba Coulibaly, Cheick Oumar Toure, Mamoutou Diabate, Soumaïla Moro, Ilyasse Bore, Sorofing Traoré, Khoudiedi Camara, Ibrahima Fall, Jonas Haba (Aliança Dos Jovens Embaixadores Sr/Pf)

Introdução:

As Conferências de Ouagadougou e de Sally em 2011 engajaram os países da África Ocidental francófona em fazer do planeamento familiar uma prioridade nas políticas de desenvolvimento. Daí a iniciativa Civil Society For Family Planning Plus (CS4FP Plus), que cobre os 09 países da Parceria de Ouagadougou (Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné-Conacri, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal, Togo). Financiado pela fundação William e Flora Hewlett e pelo Reino dos Países Baixos, ela focaliza os jovens como sendo a camada mais vulnerável, a fim de terem acesso a programas de saúde sexual e reprodutiva adaptados, garantindo seus direitos. CS4FP Plus assegura-se que os governos consideram as necessidades dos jovens na elaboração e monitorização dos Planos de Acção Nacionais Orçamentados (PANBs) para o PF, respeitam seus engajamentos para acelerar a utilização da PF pelos jovens. CS4FP Plus iniciou a estratégia "Jovens Embaixadores SR/PF (JAs/SR/PF)". Recrutados nas OSC membras das coligações PF, os JAs SR/PF são formados para a utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) e meios de comunicação social, o que lhes permite inovar na sensibilização dos pares para a utilização dos serviços de Saúde Reprodutiva Adaptados aos Jovens (SRAJ).

Metodologia:

Recrutamento e formação dos JE dos 09 países sobre a utilização das TIC (Internet, web sites, Skype, criação de conteúdos), Blogging e gestão dos meios de comunicação social (Facebook, Twitter, WhatsApp, Viber, Instagram) por uma agência especializada no digital • Formação dos JE sobre a saúde Reprodutiva/PF, incluindo o VIH/Sida para reforçar a qualidade dos conteúdos; • Produção e divulgação dos conteúdos de sensibilização dos pares nas páginas Facebook, internet e Twitter, nos grupos WhatsApp e nos blogs • Promoção das actividades dos JE, das coligações e dos parceiros nas páginas Facebook, internet e Twitter, nos grupos WhatsApp e nos blogs.

Resultados:

A utilização das TIC e meios de comunicação social pelos JE permitiu registar os principais resultados a seguir: • 364 JE formados em animação dos meios de comunicação social, em TIC e em blogging para a promoção da SRAJ, nos 9 países • 34 blogs da SRPF regularmente animados pelos JE • 73 artigos sobre o planeamento familiar publicados nos blogs • 337.987 impressões (com 55% de raparigas) registadas nas redes sociais, no término do segundo trimestre de 2018 contra 285.285 impressões em 2017 e 5503 em 2015 • 02 plataformas whatsapp animadas: « Sexualidade responsável » e « Jovens e sexualidade », com 46 temas debatidos e 300 participantes • 20 Tweet Up organizados sobre a temática da SRAJ nos 09 países do PO • 28 campanhas São Valentino sem gravidez organizadas e divulgadas no Facebook, Twitter, WhatsApp, nos blogs e no web site www.mafamilleplanifiee.org • 01 campanha de sensibilização dos jovens sobre os danos do tabagismo, organizada nas redes sociais pelos JE no Benim • 01 Campanha de sensibilização sobre a fistula obstétrica organizada nas redes sociais pelos JE no Mali • A promoção das acções e actividades dos JE nas plataformas digitais internacionais (K4Health, Le Monde, RFI, Youth for Family Planning, FP2020, www.partenariatouaga.org) • A divulgação do vídeo clip promocional do PF nos meios de comunicação social em: <http://mafamilleplanifiee.org/clip-jeunes-ambassadeurs-planification-familiale-pays-po/>

Conclusão:

A utilização das TIC e meios de comunicação social pelos JE permitiu reforçar: - A advocacia para a mobilização dos recursos, visando a contribuição dos jovens na implementação dos PANB para o Planeamento Familiar; - a exposição dos jovens às mensagens de sensibilização

sobre a SR/PF e o VIH/Sida, através da implementação de actividades de comunicação sincronizadas; - a visibilidade da contribuição das ligações das OSC/PF na implementação dos PANB; - os JE são desde então actores-chaves solicitados por todos os intervenientes do PO.

Recomendação

A iniciativa CS4FP Plus recomenda: - Aumentar o número de estratégias voltadas para os jovens nas PANBs; - Continuar o reforço das capacidades dos jovens em TIC e meios de comunicação social; -Reforçar a comunicação para a mobilização social e a mudança de comportamento junto dos jovens; - Aumentar os recursos para a implementação de estratégias eficientes voltadas para os jovens.

BF3 : A informatização da Gestão dos Recursos Humanos em Saúde, uma ferramenta de ajuda na tomada de decisão para o melhoramento da oferta de serviços de saúde: Experiência do Mali

Autor: Mamadou M'bo, Djénèba Togora Touré, Dra. Jeanne Tessougue, Hamidou Cisse, Dr. Cheick Touré

Introdução:

Uma das principais estratégias de aceleração da redução da mortalidade materna, neonatal e infantil baseia-se no reforço das políticas de gestão dos recursos humanos. O Mali é um dos 57 países em crise de recursos humanos, de acordo com a organização mundial da saúde. Para enfrentar essa situação, o Ministério da Saúde e da Higiene Pública (MSHP) elaborou uma estratégia nacional de gestão dos recursos humanos desde 2007, do qual um dos eixos estratégicos é a informatização do sistema de gestão dos recursos humanos em saúde (SI-GRH). A implementação desse eixo beneficiou do apoio dos parceiros, incluindo a USAID, através de seus projectos Capacity Plus e Human Resources for Health (HRH). Relembrando, o Ministério da Saúde do Mali dispunha de pouquíssimas informações actualizadas sobre seus recursos humanos e utilizava o método de arquivamento em papel. O objectivo da implementação do SI-GRH é dotar o MSHP de uma base de dados completa, fiável e segura dos Recursos Humanos, para uma tomada de decisão esclarecida (recrutamento, formação, implantação).

Metodologia:

Cinco principais etapas marcaram o processo de criação do SI-GRH • a personalização do software iHRIS, que consistia na adaptação do software ao contexto do sistema sanitário do Mali • a dotação em equipamentos e materiais de informática e de escritório • a concepção e validação das ferramentas de recolha e registo dos dados sobre os recursos humanos • a formação dos actores envolvidos na gestão dos recursos humanos nos diferentes níveis da pirâmide sanitária • a recolha e a digitalização dos dados • a verificação dos dados e sua análise para a tomada de decisão em um processo de monitorização e de supervisão facilitadora em todas as etapas.

Resultados:

O SI-GRH foi reconhecido pelo governo do Mali como uma ferramenta de referência nacional na gestão dos RH para as três componentes do sector da saúde (Saúde, desenvolvimento social e promoção da mulher). Ele é utilizado como instrumento de planeamento para o recrutamento, no curto e no longo prazo, dos RH e a instalação dos prestadores em função das necessidades. Também é uma ferramenta de advocacia junto dos parceiros técnicos e financeiros. A exploração dos dados do SI-GRH permite ao MSHP conhecer a evolução do rácio de pessoal de saúde para 10000 habitantes, em relação às normas da OMS (23/10.000 habitantes). Assim, de 2014 a 2017, o rácio nacional passou de 4 a 6/10.000, com extremos entre 3 e 23 respectivamente em Mopti e Bamako, em 2017. O SI-GRH permitiu produzir um anuário estatístico anual e estabelecer uma cartografia dos recursos humanos, de acordo com o género, a qualificação e as fontes de financiamento. A isto, deve-se acrescentar sua divisão de acordo com o tipo de estrutura de saúde, tanto em meio rural quanto urbano. A Direcção dos recursos humanos explora a base como ferramenta de tomada de decisão diária para a gestão dos planos de carreira. A partilha dos resultados da exploração da base SI-GRH contribuiu para o reforço da liderança da DRH. Com efeito, ela assegura a coordenação dos parceiros e a sinergia das intervenções relativas à problemática dos RHS no país.

Conclusão:

A informatização da gestão dos recursos humanos para a tomada de decisão esclarecida é uma realidade no Mali, graças ao engajamento das mais altas autoridades do país e ao acompanhamento dos parceiros, incluindo a USAID. A informação em tempo real sobre os RHS e

sua gestão descentralizada deverão contribuir para melhorar os mecanismos de planeamento e de advocacia para uma gestão adaptada ao contexto local para a melhoria da oferta dos serviços de saúde.

Recomendação

Para melhor reforçar o SI-GRH, as seguintes recomendações foram formuladas pelos actores em questão: Fazer a advocacia junto dos decisores para a interoperabilidade do SI-GRH com o DHIS2 e as outras plataformas de informação dos prestadores de serviço de saúde (mHero ; mHealth . . .) A extensão da gestão descentralizada a nível dos distritos sanitários • o reforço das capacidades dos gestores dos recursos humanos em diferentes níveis da pirâmide sanitária • o envolvimento do sector privado no processo de execução do SI-GRH.

BF4: Melhoria do Tratamento Integrado das Doenças Infantis (CIME), do planeamento familiar e do acompanhamento dos recém-nascidos e das gravidezes: Caso da implementação da aplicação CommCare no Benim

Autor: Gbadébô Aude-Elvis Odeloui, Eunice Pedro, Marius Awonon

Introdução:

Nos últimos anos, a análise e o diagnóstico da situação da mortalidade materna e neonatal no Benim mostram que foram realizados importantes esforços. Entretanto, apesar desses esforços, a mortalidade materna continua elevada com uma taxa que, desde 2014, estagnou em cerca de 350 mortes para cem mil nascidos vivos (RGPH4 2013). Esse disfuncionamento é caracterizado pelos três atrasos seguintes: (i) atraso na tomada de decisão de recorrer aos serviços de saúde; (ii) atraso no encaminhamento para um serviço de saúde apropriado; (iii) atraso no tratamento após chegada nos serviços de saúde. Como melhorar graças às Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) o tratamento da Mãe, do Recém-nascido, da Criança, a fim de eliminar esse disfuncionamento?

Para acompanhar o Governo beninense, a USAID, através do programa de melhoria da saúde reprodutiva, do recém-nascido e da criança (ANCRE) lançou a iniciativa "CommCare" em 2015, nos municípios de Tchaourou e de Bassila. CommCare permite assistir os Agentes de ligação Comunitários na aplicação do protocolo de Tratamento integrado das doenças da criança (PCIME), do planeamento familiar, da monitorização dos estoques, da mulher grávida e do recém-nascido, assim como a monitorização dos casos de contacto da doença pelo vírus Ébola.

Metodologia:

A fase piloto desse projecto iniciou em agosto de 2015, nas zonas sanitárias de Tchaourou e de Bassila. Os primeiros módulos foram desenvolvidos para assistir os agentes de ligação comunitária no tratamento integrado das doenças da criança e do planeamento familiar. Em 2016, um outro módulo de monitorização de estoques, depois um outro, para a mulher grávida e o recém-nascido. As etapas da concepção e da implementação são: a concepção dos programas, a gestão guiada pelos dados recolhidos, a Formação para utilização e manutenção dos telefones.

Resultados:

Em julho de 2017, 235 Agentes de Saúde Comunitários (ASC) e 29 chefes de posto em ambas as zonas utilizavam a demanda, o que representa 100% dos ASC nas duas zonas. Em média, 500 formulários foram submetidos por mês, em 2016, demonstrando que os utilizadores são, tecnicamente, capazes de utilizar a aplicação móvel.

A fase piloto de CommCare permite aos LC utilizar os telefones móveis Android para a resolução de problemas de saúde a nível comunitário. A aplicação também permite diminuir os riscos de erro no tratamento dos casos de crianças doente, bem como aconselhar sobre o PF, para o bem-estar da comunidade. Alguns resultados ilustrativos obtidos desde a criação de CommCare como ferramenta de decisão são:

- Em 2016, 195 mulheres aconselhadas em PF contra 505 aconselhadas em 2017, ou seja uma progressão de 259% de mulheres alcançadas.
- O número de mulheres que aceitaram os métodos de PF passou de 54 a 222 entre 2016 a 2017.
- De 5 853 crianças recebidas pelos LC, 350 foram enviadas ao CP por causa de sinais gerais de perigo, ou seja 6% (janeiro a dezembro 2017 e 2% enviadas ao centro de saúde (janeiro a dezembro 2017).

Conclusão:

CommCare é uma solução móvel interoperável com o DHIS2.

Graças aos controlos automatizados integrados nessa solução e à parceria com a operadora móvel MTN, a tomada de decisão sobre o tratamento da saúde das crianças de 0 a 5 anos melhorou nas comunidades rurais beneficiárias do projecto. Ademais, observa-se um aumento da prevalência contraceptiva e uma evolução positiva dos indicadores de desempenho. Uma outra consequência positiva é a melhoria da referência, a redução das mortes maternas e neonatais. A solução pode ser perene. Ela foi identificada na estratégia nacional de ciber-saúde.

Recomendação

- Continuar a integração CommCare/DHIS2;
- Reforçar a parceria com os operadores GSM para assegurar a transmissão dos dados das populações difíceis de se alcançar;
- Fazer a manutenção dos telefones e assegurar a apropriação técnica e a supervisão da solução;
- Reforçar a adesão dos eleitos locais e assegurar a motivação dos LC;
- Documentar e partilhar a experiência CommCare nas instâncias de coordenação para uma melhor capitalização dos ganhos;
- Definir o modelo económico que apoia a solução;
- Implementar os projectos m-Health da estratégia nacional em ciber-saúde elaborada e validada pelo Benim;
- Assegurar a expansão da solução.

BF5: Utilização das Técnicas da Informação e da Comunicação (TIC) para a formação contínua dos profissionais de saúde sobre os Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU): caso da aplicação “safe delivery”

Autor: Adegnika Epouse Bangbola Karamatou Ognilola, Zannou F. Robert, Tossou Boco Thierry, Kohoun Rodrigue

Introdução:

A mortalidade materna e neonatal continua a ser um problema de saúde pública no Benim, apesar dos inúmeros esforços de redução do indicador. O rácio de mortalidade materna é de 347 mortes para 100000 Nados Vivos e a taxa de mortalidade neonatal é de 38 para mil NV, segundo o inquérito MICS 2014. Após análise da situação, a competência em CONU e a disponibilidade dos agentes no posto são dois determinantes importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados, visando a redução dessas mortes. Durante treinamentos formais sobre os CONU, as prestadoras não dispõem de tempo suficiente para a prática em manequim. Também, nem todas têm a oportunidade de praticar em um vivo durante as sessões clínicas no hospital. A aplicação “Safe Delivery” oferece a oportunidade de continuar o reforço das competências em CONU dos profissionais de saúde, mantendo-os em seus postos de trabalho.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, através da Direcção da Saúde da Mãe e da Criança, optou pela experimentação “safe Delivery”, através de um projecto-piloto denominado “Maternity Project”, com o apoio financeiro de BornFonden.

Metodologia:

O projecto foi implementado de março a outubro de 2017 em 8 municípios do Benim. A estratégia de intervenção focaliza-se no reforço das capacidades de 100 agentes das localidades em questão sobre, respectivamente, os CONU e os sinais de perigo na mulher grávida, puérpera e no recém-nascido.

A implementação do projecto contou com:

- Uma apropriação e uma validação da aplicação;
 - A formação dos formadores e dos prestadores de 88 maternidades para a utilização da aplicação instalada no smartphone;
- O acompanhamento dos desempenhos dos utilizadores e sua percepção.

Resultados:

- Após seis meses de implementação, os acompanhamentos no terreno, a avaliação intercalar e a avaliação final deram os seguintes resultados:
- 92% e 95% das utilizadoras da aplicação melhoraram seu nível básico de conhecimento em CONU, após 4 e 6 meses.
- 74% das utilizadoras da aplicação melhoraram seu nível de conhecimento para AMIU;
- 73% das utilizadoras melhoraram seu nível de conhecimento em gestão da hipertensão arterial;
- 73% das utilizadoras da aplicação melhoraram seu nível de conhecimento em gestão do trabalho prolongado;
- 75% das utilizadoras da aplicação melhoraram seu nível de conhecimento em cuidados habituais com o recém-nascido;
- 78% das utilizadoras da aplicação melhoraram seu nível de conhecimento em gestão da hemorragia pós-parto;
- 71% das utilizadoras da aplicação melhoraram seu nível de conhecimento em prevenção das infecções;
- Em termos de contribuição da utilização da aplicação na melhoria da qualidade dos cuidados, as estatísticas revelam, entre outras, que: i) o número de partos por ventosa passou de 112 em 2015 a 211 em 2017; ii) o número de recém-nascidos reanimados passou de 375 em 2015 a 247 em 2017.

Lições aprendidas:

- A boa utilização da aplicação contribui para o reforço no posto das competências dos profissionais de saúde;
- A utilização da aplicação contribui para melhorar a confiança dos profissionais de saúde em gerir os casos.

Conclusão:

A aplicação “Safe Delivery” é uma verdadeira ferramenta de formação contínua no local, de ajuda à memória e de avaliação dos conhecimentos para os profissionais de saúde. A criação do fórum no “WhatsApp” permitiu capitalizar as experiências e facilitar as trocas entre as utilizadoras da aplicação.

Recomendação

A fim de manter as aquisições da fase experimental de “Maternity project” e de melhorá-los, as seguintes recomendações foram formuladas:

- Continuar o acompanhamento das utilizadoras da aplicação;
- Organizar um ateliê de partilha dos resultados de Maternity Project com as principais partes envolvidas;
- Expandir a utilização da aplicação “safe delivery”;

Estender a utilização das TIC para o reforço das competências dos prestadores de saúde para as outras intervenções de alto impacto sobre a saúde materna, neonatal.

RESUMO - APRESENTAÇÕES ORAIS

Doenças não transmissíveis e a Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

DE1: Prevenção de doenças não transmissíveis em adolescentes e jovens de alto risco: um estudo de intervenção no senegal do norte

Autor: Sidy Mohamed Seck, Ismaila Thiam, Amamdou Diop Dia, Diatou Gueye Dia

Introdução

As doenças não transmissíveis (DNT) representam um problema importante de saúde para os jovens, por agora e para o futuro. Dois terços das mortes prematuras em adultos estão associados a condições e comportamentos na infância. Além disso, o controlo das DNT faz parte do programa Scaling Up Nutrition (1000 dias), adoptado por todos os países da CEDEAO. As tendências globais mostram que os comportamentos relacionados às DNT estão em ascensão entre os jovens, que estabelecem padrões de comportamento que persistem ao longo da vida e que, muitas vezes, são difíceis de mudar. Como em outros continentes, os factores de risco mais comuns de DNT nos jovens

Africanos são o uso de tabaco e álcool, sedentarismo, dieta pouco saudável e excesso de peso. As intervenções baseadas na comunidade foram identificadas como prioridades-chave de pesquisa para a gestão eficiente e sustentável de DNT, particularmente onde os recursos são limitados. No entanto, estes tipos de programas de pesquisa estão faltando na região africana. Além disso, as DNT são caras para as famílias e têm um impacto económico negativo nos países de baixa e média renda. Este estudo teve como objectivo avaliar a viabilidade e eficácia de uma intervenção baseada na comunidade, sobre a pressão arterial e controlo glicémico em adolescentes senegaleses e adultos jovens com alto perfil de risco cardiometabólico.

Metodologia

Nós realizamos um estudo randomizado por conglomerados, incluindo adolescentes e adultos jovens com alto risco cardiometabólico de comunidades urbanas e rurais em Saint-Louis e Gueoul (norte do Senegal). Os participantes foram designados para o grupo de intervenção que recebeu formação intensiva em saúde ministrado, por uma equipa de profissionais de saúde ou para o grupo de controlo que recebeu atendimento padrão. Os desfechos primários foram índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura, glicemia de jejum (FBG), HbA1C e pressão arterial (PA). As variáveis clínicas e biológicas foram comparadas entre os grupos, utilizando o teste t independente, o teste de Mann Whitney ou o teste do qui-quadrado, conforme apropriado. Um nível de significância de $<0,05$ foi considerado para todos os testes.

Resultados principais

Quatro (4) das 21 comunidades urbanas e 5 das 36 comunidades rurais, incluímos 276 participantes (144 da área urbana e 132 da área rural) com uma idade média de 20,6 anos (variação de 18-25 anos). Após um período de 5 anos de acompanhamento, aqueles no grupo de intervenção mostraram uma redução significativa no IMC (-3,28 cm; varia de -1,66 a -6,57, $p < 0,01$), FBG (-0,39 g / l; varia de -0,11 para -0,79, $p < 0,05$), HbA1C (-0,53%; varia de -0,26 a -0,65, $p = 0,01$), sistólica (-15,1 mmHg; varia de -8,15 a -23,48, $p < 0,01$) e PA diastólica (-6,30 mm Hg, varia de -2,73 a -10,21, $p < 0,01$) em comparação com aqueles no grupo controlo. Não houve diferença entre os participantes urbanos e rurais.

Foram encontradas melhorias significativas no colesterol total, colesterol LDL e HDL no soro de adolescentes e jovem adultos no grupo de intervenção. No final do seguimento, uma proporção maior de participantes do grupo de intervenção mudou de alto risco para um perfil de risco moderado/baixo em comparação com a triagem inicial (33% versus 10%).

Conclusão

Este estudo demonstra que as intervenções baseadas na comunidade, realizadas pelos profissionais de saúde de terreno, podem ser uma solução interessante para a prevenção e gestão de DNT em adolescentes e jovem adultos em ambientes urbanos com poucos recursos. Outros estudos maiores são necessários para avaliar a eficácia de intervenções baseadas na comunidade para a prevenção de DNT em adolescentes e jovem adultos senegaleses.

Recomendações principais

Os países de baixa e média renda são os que mais sofrem com os problemas económicos e de saúde, crescentes. A falta de recursos humanos e financeiros é um desafio para a diminuição das altas taxas actualmente observadas. Por este motivo, o controlo das DNT está em vigor nas prioridades de saúde senegalesas, sendo prioritário o desenvolvimento de documentos políticos. No entanto, isto não constituir obstáculo na implementação de intervenções comunitárias inovadoras de controlo dos factores de risco comportamentais, bem como na gestão de casos. O nosso estudo aponta para a necessidade de alargar e fortalecer as intervenções, afim de contribuir significativamente para a prevalência observada. Além disso, a falta de recursos financeiros na maioria dos nossos países é um factor limitante para facilitar tais iniciativas.

DF1: Estímulo psico-cognitivo e fisioterapia de estímulo das crianças malnutridas

Autor: Bagnoa Tuenwa Clément, Caroline Boltz, Rafik Bedoui, Uta Prehl

Introdução:

A crise alimentar e nutricional no Sahel tem-se agravado pela erosão da resiliência das populações, devido a uma rápida sucessão de crises, à insuficiência de serviços básicos e às ramificações dos conflitos que atingem a região. A malnutrição é mais um verdadeiro problema de Saúde Pública cujas consequências impactam negativamente os mais vulneráveis que são as mulheres e as crianças menores de 5 anos. Se o tratamento da malnutrição aguda ainda é efectivo e padronizado, a componente estímulo e acompanhamento psicossocial ainda é difícil de ser aplicada. Vários estudos mostram a correlação entre os défices nutricionais e os défices cognitivos profundos na vida das crianças pequenas, cujas consequências podem ser invalidantes ou até mesmo fatais em caso de malnutrição aguda severa. É nesse contexto que Humanité & Inclusion implementam, com os serviços nutricionais e seus parceiros, diferentes intervenções para responder de modo holístico às necessidades específicas das crianças malnutridas e de seus familiares em três distritos sanitários no Burkina, Mali e Níger. O projecto comporta três componentes:

- Estímulo psico-cognitivo
- Fisioterapia de estímulo
- Acompanhamento psicossocial e comunitário

A boa prática descrita nesse documento refere-se às duas primeiras componentes

Metodologia:

Entre 2015 e 2017, o projecto implementou das actividades de estímulo psico-cognitivo, a fim de ajudar as crianças a recuperação de desenvolvimento. Esse tratamento começa com uma avaliação do estado de desenvolvimento da criança, com a ajuda de uma ferramenta específica com sete competências: a motricidade fina, a motricidade global, a linguagem, a audição, a visão, os cuidados pessoais e as competências sociais. Se um atraso for identificado, os exercícios de estímulo individual ou coletivo são propostos. Um kit de estímulo composto de brinquedos modernos e tradicionais é utilizado em cada formação sanitária e a criança recebe um mínimo de cinco sessões em um período de aproximadamente 5 semanas.

Resultados:

Através das sessões de estímulo, cerca de 90% das crianças malnutridas puderam recuperar o atraso constatado. Os exercícios psicomotores favoreceram um melhor reforço muscular; a interacção entre as crianças e seu acompanhante permitiram reforçar os laços afetivos mãe-filho. De acordo com os dados do projecto, a fisioterapia de estímulo permitiu uma melhoria dos níveis de recuperação psicomotora e o desenvolvimento das crianças:

- No Burkina Faso, 379 crianças melhoraram seu nível de desenvolvimento após avaliação, de um total de 429 crianças que receberam os cuidados de fisioterapia de desenvolvimento, ou seja uma percentagem de melhoria de 88%.
- No Mali, 517 de 621 crianças tratadas melhoraram seu nível de desenvolvimento, ou seja uma taxa de recuperação de 83,2%.
- No Níger, 803 foram tratadas e 740 delas melhoraram seu nível de desenvolvimento, ou seja uma taxa de recuperação de 92%.

Uma das mudanças inesperadas gerada pela actividade de estímulo é, sem dúvida, o reforço da socialização e do desenvolvimento das relações interpessoais entre as mães das crianças malnutridas. Elas puderam se comunicar entre si durante sessões coletivas de estímulo. As crianças tratadas em fisioterapia beneficiaram de uma integração social em sua comunidade.

No âmbito do reforço das capacidades, diferentes módulos foram desenvolvidos e dispensados a 233 agentes sócio sanitários: desenvolvimento da pequena infância, estímulo precoce, importância da educação parental, cuidados para o desenvolvimento da criança pequena, anomalias do desenvolvimento e fisioterapia de estímulo, nutrição, técnicas de comunicação e apoio psicossocial.

Conclusão:

Através desse projecto, HI se posiciona como um recurso técnico sobre o estímulo psico-cognitivo e físico das crianças malnutridas. Essa experiência demonstrou que era possível organizar nos serviços nutricionais, sessões de estímulo afetivo e físico, coletivas e individuais na presença da mãe. Ao longo do tempo, os profissionais de saúde trabalham nas formações sanitárias mostraram um interesse pela prática das actividades de estímulo. A fisioterapia de desenvolvimento melhora o desenvolvimento físico e motor das crianças malnutridas.

Porém, sua execução é confrontada à disponibilidade dos fisioterapeutas nos países.

Recomendações:

A implementação bem-sucedida do estímulo psico-cognitivo nas unidades de recuperação nutricional, necessita previamente:

- da formação e da supervisão dos agentes sócio sanitários para o estímulo;
- da abertura ou da reabilitação dos espaços de estímulo a nível das unidades de tratamentos nutricionais;
- da identificação, o encaminhamento, a avaliação das crianças e a organização de sessões de estímulo individuais e coletivas no serviço nutricional;

A sensibilização dos médicos e de outros paramédicos sobre o tratamento das crianças em sessão de fisioterapia de estímulo: a oferta de cuidado “fisioterapia pediátrica ligada à nutrição” não existia nas estruturas sanitárias das zonas de intervenção. Para uma boa implementação da componente fisioterapia no tratamento integrado da malnutrição, é necessário sensibilizar sobre a abordagem de fisioterapia pediátrica e sobre o diagnóstico do atraso motor para facilitar o encaminhamento.

DF2: facilitar os serviços de planeamento familiar para doentes mentais.

Autora: Amy Sakho

Introdução:

No Senegal, as doentes mentais são esquecidas no tratamento dos serviços de planeamento familiar. Não existe nenhuma disposição que os tenha em conta e geralmente suas famílias as abandonam à sua própria sorte, expondo-as assim a gravidezes de risco. Por isto, a Boutique de Direito da Associação dos Juristas Senegaleses iniciou, na periferia de Dacar, uma série de sessões de educação para o tratamento de doentes mentais para facilitar seu acesso aos serviços de planeamento familiar. Essas sessões visam sensibilizar os pais dessas doentes sobre a necessidade de assegurar seu direito a serviços de saúde e de planeamento familiar adequados. Mas também dizer aos pessoais de saúde que eles têm a obrigação de fornecer-lhes serviços de planeamento sem nenhuma discriminação. Que o Estado tem a obrigação de criar serviços de saúde reprodutiva para garantir o respeito e a promoção dos direitos da mulher à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, de acordo com a alínea 1 do artigo 14º do protocolo de Maputo.

Metodologia

A intervenção consistiu em identificar as famílias em questão por focos de grupo, com o apoio das madrinhas de bairro e o envolvimento dos distritos sanitários; Uma vez identificadas, as madrinhas as encaminham ao nível de serviços de saúde.

Nossa iniciativa visa evitar as consequências dos estupros e agressões sexuais.

Nessa mesma lógica, o artigo 13º, alínea 3, da lei sobre a saúde reprodutiva completa o que precede: “o Estado e os municípios locais têm a obrigação de garantir a segurança, a promoção e a protecção da saúde reprodutiva dos indivíduos...”

Resultados

O que permitiu ter dos 15 alvos, 10 doentes mentais com idade entre 15 a 34 anos, vivendo em famílias carentes e não instruídas. Essas doentes mentais beneficiaram dos serviços de planeamento, a fim de evitar as gravidezes não desejadas e de risco, das quais elas são frequentemente vítimas. Em casos assim, os pais não hesitam em encontrar meios disponíveis para fazer com que abortem clandestinamente. De acordo com um estudo realizado em 2012, pelo Instituto Guttmacher, 51500 abortos provocados aconteceram no Senegal, com 16700 mulheres que tiveram complicações, após abortos clandestinos.

Desde sua realização, que foi amplamente divulgada através dos meios de comunicação comunitários e durante actividades de sensibilização comunitária, essa actividade se tornou uma boa prática que é bem aceita pelas famílias para evitar as gravidezes não desejadas e de risco.

Conclusões

O que nos motivou a adoptar essa boa prática foi, primeiramente, a preocupação em evitar as gravidezes não desejadas e de risco para essas doentes mentais, mas também lutar contra os abortos clandestinos e forçados que podem ser as vias de recurso de suas famílias. Através dessa boa prática, quisemos mostrar que é necessário fazer aplicar as disposições do protocolo de Maputo, ratificado por nosso país desde 2005, mas que não é aplicado em todas as suas disposições, sobretudo no que diz respeito ao direito à saúde reprodutiva.

Recomendações

Como recomendações, sugerimos uma cobertura do território nacional, para reproduzir essa boa prática, a fim que todas as doentes mentais do Senegal possam se beneficiar. Mas também prever esses serviços a nível da oferta de serviços de planeamento familiar. E, enfim, elaborar um programa especial para essa boa prática institucionalizando-a.

DF3: Iniciativa Comunitária Para Melhorar O Tratamento Das Mordidas De Serpente Em Uma Comunidade Rural De Guiné-Conacri “Experiência Do Centro Médico Associativo (CMA) De Timbi Madina”

Autor: Abdoulaye Aguibou Barry

Introdução:

Timbi-Madina é uma das comunidades rurais da prefeitura de Pita, situada a 25km da Prefeitura e a 425km da capital Conacri, na República de Guiné-Conacri. Com uma superfície de 300km², a população é estimada em 60 000 habitantes dividida em 14 distritos. Essencialmente agro-pastoril, ela conta com algumas galerias florestais, terrenos drenados e planícies agrícolas adaptadas.

A mordida de serpente é uma ferida ocasionada por uma serpente, resultando geralmente na penetração dos ganchos, podendo ser seguida de envenenamento. É difícil estimar a frequência das mordidas de serpente, pelo facto de seus relatos não serem obrigatórios em diversas regiões do mundo. Todavia, estima-se que 5,4 milhões de pessoas são mordidas a cada ano no mundo, 2,5 milhões das quais são envenenadas, com 125000 mortes. Em Timbi-Madina, várias espécies de serpentes venenosas são encontradas. As mordidas de serpente são frequentes e constituem uma urgência médica com uma taxa de letalidade elevadíssima. Os recursos são quase inexistentes, tornando-se assim um verdadeiro problema de saúde na localidade. É nesse contexto que o CMA de Timbi-Madina, estrutura de cuidados de primeira linha, iniciou uma abordagem comunitária para responder a essa preocupação das populações da comunidade.

Metodologia:

- Um diálogo comunitário é organizado sobre as mordidas de serpente;
- O Instituto Par de Kindia é solicitado para elucidar as autoridades e os prestadores de cuidados sobre a problemática das medidas de serpente em Guiné-Conacri;
- Os recursos financeiros são mobilizados pela comunidade através de contribuições divididas entre os 14 distritos
- Um comité de gestão é escolhido.
- Um dispositivo de tratamento dos casos de mordida de serpentes é definido.

As dificuldades e solução:

- O financiamento do processo / fica a cargo do CMA
- O não comprometimento das autoridades / informação e sensibilização das autoridades

Resultados:

- 1 - No dia 4 de Novembro de 2016, o diálogo comunitário permitiu constatar:
 - A frequência das mordidas de serpentes : 19 casos com 10 mortes durante 2015 (52,63);
 - A ausência de SAV (sero anti venoso) nos centros de saúde, nos Hospitais de referência e nas oficinas;
 - A ausência de formação do pessoal de saúde sobre o tratamento dos envenenados.
- 2 - No dia 06 de maio de 2016, o Chefe do departamento de venereologia do Instituto Pastoriat de Kindia deslocou-se para elucidar os diferentes actores sobre a problemática dos envenenamentos em Guiné-Conacri, a saber, a disponibilidade, a acessibilidade do SAV e a formação dos agentes de saúde.
 - O SAV custa 1200000 Fg (75000 FCFA) não acessível à população campestre;
 - 16 agentes de saúde foram formados sobre o tratamento
- 3 - No dia 10 de maio de 2016, fixação das contribuições entre os distritos:
 - A contribuição por distrito foi definida e varia de acordo com o tamanho da população: 1000000fg (menos de 1000Hbts), 1500000 FG (1500 a 2000 Hbts), 2000000 FG (mais de 2000 Hbts);
 - 13000000 FG foram mobilizados pela comunidade;
 - Um comité director de 4 membros foi instalado.
- 4 - No dia 31 de maio de 2016, 1350000FG das contribuições foram recebidos de uma previsão de 29500000FG. Assim, 10 frascos de SAV foram comprados, as modalidades de gestão foram definidas.
- 5 - De 1o de junho de 2016 a 31 de maio de 2017, ou seja 19 meses, 41 casos de mordida, incluindo 16 casos de envenenamento, 3 mortes, taxa de letalidade de 7,32 por mordida e por envenenamento de 5,33.

Conclusão:

As mordidas de serpente constituem um problema de saúde pública em Timbi-Madina. Esse flagelo identificado por uma estrutura de saúde de primeira linha e partilhado com a comunidade permitiu criar um dispositivo de tratamento adequado, graças a um financiamento

participativo da comunidade.

Assim, essa acção permitiu reduzir a taxa de letalidade de 52,62 a 7,2.

O engajamento das autoridades contribuiu muito para o sucesso do projecto, bem como a intervenção do especialista, o que mostra a interdisciplinaridade da acção realizada.

A iniciativa comunitária continua a ser a ferramenta que permitirá que uma comunidade resolva seus problemas de saúde.

Recomendação

- A organização do diálogo comunitário em torno das actividades do Centro de saúde, envolvendo todos os actores, ao final de cada ano;
- A formação das autoridades locais sobre boa governação em saúde;
- A formação dos agentes de saúde sobre a abordagem saúde comunitária.

RESUMO - APRESENTAÇÕES ORAIS

Contribuição da Medicina Tradicional na melhoria da Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

CF1: Abordagem das intervenções comunitárias dos praticantes da medicina tradicional para a melhoria dos indicadores de saúde da mãe e da criança

Autor: Kroa Ehoulé, Toure L.D.T.; Ble Bk; Amessan Bm

Introdução:

O Ministério da Saúde e da Higiene Pública (MSHP), com o apoio técnico e financeiro do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do escritório de Côte d'Ivoire, desenvolve actividades para melhorar a saúde da criança e da mulher. As actividades são realizadas tanto nas estruturas de saúde, quanto nas estruturas comunitárias e dentro da própria comunidade, indo em domicílio. Essas actividades permitiram uma melhoria geral da sobrevivência da criança. O Programa Nacional da Saúde da Mãe-Criança (PNSME) e o Programa Nacional de Promoção da Medicina Tradicional (PNPMT), com o apoio técnico e financeiro da UNICEF implementam, desde 2016, uma iniciativa que integra os Praticantes da Medicina Tradicional (PMT) na estratégia nacional de Tratamento das Doenças da Infância (PNSME), através da sensibilização de seus pares e de seus doentes sobre as Práticas Familiares Essenciais (PFE) e pelo enquadramento dos agregados familiares para a adopção das PFE da sobrevivência e do desenvolvimento da Criança pequena (PCIME Comunitário).

Metodologia:

A formação de 74 líderes de PMT identificados pelos Directores Departamentais da Saúde e as Associações Locais de PMT dos 41 Distritos Sanitários visados sobre os PFE, com uma ênfase particular na referência dos casos (alvos PFE) nas estruturas sanitárias convencionais, a supervisão dos PMT que implementam actividades de divulgação das PFE pelos DS e a monitorização dos PMT que implementam as actividades de divulgação das PFE pelos DS, com uma atenção particular na questão da qualidade dos dados recolhidos pelos PMT.

Resultados:

1113 sessões de sensibilização organizadas pelos PMT envolvidos na divulgação das PFE (902 conversas individuais e 211 conversas de grupo) sobre o calendário de vacinação, as CPN, o aleitamento exclusivo, a alimentação da criança, os sinais de perigo para a mulher grávida e a criança, a importância do MILDA, da lavagem das mãos, da declaração de nascimento. Um total de 4 585 pessoas foram sensibilizadas, incluindo 1 315 PMT sensibilizados sobre a adopção das PFE e sua divulgação junto de seus pares, de seus doentes e agregados familiares, 3 270 pessoas (chefe de família, agregado familiar, pessoa responsável por criança) sensibilizadas sobre as PFE. Constatou-se uma adopção da parte de 2 851 deles, no que se refere às PFE para as quais são elegíveis, 263 mulheres grávidas enviadas por causa de hemorragias do parto, parto assistido em meio hospitalar, diagnóstico de gravidez, consulta pré-natal, vacinação, suspeita de diabetes e de hipertensão, paludismo grave, 308 crianças de menos de cinco anos enviadas para vacinação, paludismo grave, sangramento do cordão, anemia, convulsões, botões no corpo, vômitos, diarreia, febre elevada, etc.

Conclusão:

O envolvimento dos praticantes da medicina tradicional nas actividades de divulgação das PFE, das AEN e na vigilância comunitária das MPE organizadas pela Direcção Geral da Saúde, através do PNPMT, PNSME e PNN, enquadrados pelos DS e apoiados pela UNICEF, permitiu:

- Reforçar a cobertura sanitária de Côte d'Ivoire em pessoal qualificado; - melhorar a colaboração entre a medicina convencional e a medicina tradicional; - lutar contra as práticas tradicionais nefastas à saúde da mãe e da criança; - melhorar a oferta de saúde em matéria de sobrevivência da mãe e da criança em meio comunitário. A estratégia de recolha dos dados das actividades dos PMT deve ser melhorada e o acompanhamento dos PMT pelos DS merece ser apoiado e reforçado.

Recomendação

- **RECOMENDAÇÕES:** envolver os PMT nas actividades promocionais e preventivas relativas à saúde da mãe e da criança – Criar um quadro de colaboração entre os Distritos Sanitários e os PMT – Sensibilizar os médicos, enfermeiros e parteiras sobre as actividades dos PMT; - Integrar os dados oriundos da medicina tradicional nos relatórios sobre a situação sanitária ou Sistema Nacional da Informação Sanitária (SNIS).

CF2: Envolvimento das parteiras tradicionais no sistema de gestão das urgências obstétricas no Mali

Autor: Rokia Sanogo, Sergio Giani

Introdução:

Desde os anos 1980, muitas experiências de reciclagem das PT foram apoiadas pelo Ministério da Saúde e os Organismos de Cooperação Internacional. Os resultados na redução da mortalidade materna e infantil ficaram abaixo das expectativas. A partir de 1990, um grande esforço foi realizado para a concepção e a criação de um sistema de urgências obstétricas. Os recursos humanos e técnicas dos CSRef e CSCom também foram reforçados. Um sistema de partilha dos custos permitiu o pagamento solidário das despesas de evacuação e de intervenção cirúrgica. Em 2005, a gratuidade da cesariana deveria fazer parte desses esforços colectivos. Nesse novo contexto, o acesso ao sistema e seu impacto na mortalidade materna e neonatal continuam insatisfatórios. As taxas eram respectivamente de 368 mortes maternas para 100.000 nados vivos e de 34 mortes de crianças para 1000 nascimentos. A hipótese de nossa intervenção era que a inclusão das PT, com abordagens e métodos adequados, pode ajudar a quebrar barreiras entre as mulheres que correm risco e os CSCom, permitindo um acesso mais equitativo e amplo aos serviços de acompanhamento pré e pós-natal e aos cuidados obstétricos de urgência.

Metodologia:

O objectivo era desenvolver uma colaboração eficaz entre o sistema tradicional de assistência na gravidez e no parto, dos quais as PT são responsáveis, e o sistema convencional de tratamento das urgências obstétricas. O objectivo era detectar e enviar a tempo os casos críticos. Ao invés de uma formação clássica, tratava-se de facilitar as trocas interculturais, a partilha de informações e de experiências e o reforço das competências, pela organização de ateliês de informação e de organização, com a participação das PT, da equipa sócio sanitária e dos outros actores locais. Um sistema local de recolha de dados e de autoavaliação assistida foi criado.

Resultados:

De 1999 a 2009, as actividades de organização e acompanhamento das PT por Aidemet Ong, em parceria com as estruturas técnicas do Estado, permitiram envolver 390 PT de 195 aldeias em 13 zonas sanitárias que compreendem cerca de 325.000 habitantes nos Distritos Sanitários de Kolokani, Kadiolo, Sikasso, Bandiagara e Kati. Uma obra de capitalização desse trabalho foi editada em 2009. De 2012 a 2015, as actividades do Projecto HURAPRIM, financiado pela EU, permitiram envolver 45 PT de 3 zonas sanitárias nos Distritos Sanitários de Kolokani e Sikasso. A análise dos dados recolhidos confirmou os resultados das experiências precedentes: as PT podem ser consideradas como recursos humanos para a saúde materna e neonatal, no âmbito de uma colaboração organizada e avaliada com o pessoal sócio sanitário do sistema convencional. Comparando os resultados do ano anterior e do ano após a intervenção, constatamos em Kolokani o aumento das consultas prenatais, dos partos assistidos e do encaminhamento às urgências obstétricas. As diferenças quase sempre eram estatisticamente significativas. O aumento da cobertura em vacinação da Poliomelite 0 foi significativo também na zona do projecto HURAPRIM. Esses resultados foram confirmados também pela revisão literária internacional sobre o papel das PT na cadeia, para salvar a vida das mães e dos recém-nascidos. Uma intervenção em mais sítios ou por uma duração maior permitiria alcançar resultados estatisticamente significativos também sobre os dados da mortalidade materna e neonatal.

Conclusão:

A iniciativa de envolvimento das PT pode contribuir para diminuir os primeiros dois dos quatro atrasos que podem impedir as mulheres a risco de receber os cuidados necessários para salvar suas vidas e as dos recém-nascidos. Nas aldeias, a detecção rápida dos sinais de perigo pelas PT e a tomada de decisão rápida, em relação à referência das mulheres em perigo obstétrico, devem ser apoiadas pelos meios de transporte adequado. Visando a eficácia do sistema, uma resposta rápida, de boa qualidade e a um custo abordável, nos diferentes níveis do sistema de saúde convencional é, enfim, indispensável.

Recomendação

Às autoridades de saúde e parcerias a: (i) Considerar o reforço da colaboração entre as PT e o pessoal sócio sanitário, para melhorar a saúde materna e infantil; (ii) disponibilizar meios de transporte adequados entre as aldeias e os CSc; (iii) reforçar as capacidades do pessoal sócio sanitário sobre a iniciativa, a fim de prepará-lo para utilizar essa boa prática; (iv) reproduzir essa boa prática em uma área maior de saúde e por um longo período para obter os dados estatisticamente significativos necessários a validar a estratégia de envolvimento das PT, com base em dados factuais; (v) Apoiar esse processo por uma vasta campanha de advocacia e de diálogo político para a consideração das PT na luta contra a mortalidade materna e neonatal.



Ankasa Conservation Area, Western Region. Ankasa is the only area in the Wet Evergreen Forest Zoo in Ghana. It covers about 500km² .

RESUMO APRESENTAÇÕES EM CARTAZ

APRESENTAÇÕES EM CARTAZ

Boa Governação e Responsabilidade pela Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

AE14: Remodelando os laboratórios de competências nas escolas de enfermagem e de formação de parteiras para o ensino e aprendizagem de competências no Gana

Autor: Amos Asiedu, Martha Serwaa Appiagyei, Karen Caldwell, Etta Forson Addo, Patience Darko, Dora Agbodza

Introdução:

Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos das intervenções específicas implementadas pelo Programa de Sobrevivência Materna e Infantil (PSMA), financiado pela USAID, sobre as competências essenciais dos alunos que se formam com certificados de escolas de formação de enfermagem de saúde comunitária seleccionadas no Gana. As intervenções incluem o estabelecimento/fortalecimento de laboratórios de competência afim de melhorar o conhecimento e as competências dos alunos e prepará-los melhor para a prática no mercado de trabalho.

Metodologia:

Testes de conhecimento e exames clínicos estruturados objectivos foram conduzidos duas vezes usando um modelo sucessivo de amostras independentes: linha de base e um ano após o início do apoio do projecto. Cada amostra foi retirada dos alunos do certificado do ano final daquele ano. As avaliações da linha média foram conduzidas nas Escolas de Formação de Enfermeiras de Saúde Comunitária de Fomena, Winneba, Tamale e Navrongo, que tinham dados de uma avaliação inicial. As áreas temáticas avaliadas foram: paludismo, cuidados maternos respeitosos, práticas de amamentação, seps neonatal, VIH e planeamento familiar. A aprovação ética foi obtida de NMIMR IRB e JHSPH IRB.

Resultados:

A proporção de estudantes que explicou os procedimentos para o cliente aumentou na avaliação intercalar (63%) para 97% na avaliação final. A lavagem das mãos aumentou da avaliação intercalar (47%) para 100% na avaliação final e a organização dos itens necessários para realizar a tarefa aumentou de 45% para 78% na avaliação intercalar. Além disso, para o aconselhamento de amamentação, o bebé mantido no seio com os dedos em forma de C aumentou da avaliação intercalar (50%) para 86% na avaliação final. O aconselhamento sobre os métodos de PF seleccionados que correspondam ao desejo do cliente, relativamente ao tempo e espaçamento de nascimento, aumentou da avaliação intercalar (40%) a 87% na avaliação final. A interpretação correcta e documentação dos resultados aumentaram na avaliação intercalar (20%) para 100% na avaliação final e alguns documentaram as conclusões, portanto, de 0% a 47% na avaliação final.

Conclusão:

Melhorando os laboratórios de competências em NMTC pode ajudar a contribuir para o conhecimento melhorado do prestador de serviço, e competências nas áreas de saúde materna, neonatal, paludismo e planeamento familiar. Ao analisar os recursos, as partes interessadas devem considerar melhorar as instituições de ensino pré-serviço, porque a melhoria das competências dos alunos, terá um efeito directo sobre os resultados de saúde do cliente.

Recomendação

Para melhorar a saúde de crianças e mulheres, as escolas de formação de enfermagem e de parteiras devem ser bem equipada com laboratórios de competências e plataforma de eLearning para melhorar o ensino e aprendizagem de competências e conhecimentos.

AE16: Prática de gestão da dor do trabalho de parto em dois hospitais terciários, Sudoeste da Nigéria**Autor: Akinmade Adekunle Adepoju, Oluseyi Isaías Odelola, Adebayo Adekunle Akadri****Introdução:**

O parto é um evento alegre, mas expõe a mãe a uma das formas mais graves de dor relatadas. Muitos hospitais na Nigéria não possuem nenhum protocolo para o alívio da dor do parto, daí a analgesia obstétrica ser subutilizada. Este estudo foi desenhado para avaliar as práticas de gestão de dor do parto em dois hospitais terciários no sudoeste da Nigéria.

Metodologia:

Este foi um estudo transversal com 132 mulheres grávidas que tiveram parto vaginal. Um questionário estruturado foi administrado a mulheres no prazo de 24 horas após o parto para registar detalhes do trabalho de parto; e a forma de analgesia de parto administrada. A percepção da dor do trabalho de parto foi avaliada usando o Visual Score Analogue (VAS). A análise dos dados foi feita utilizando IBM SPSS Statistics para Windows versão 21,0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

Resultados:

A média de idade das parturientes foi de $30,6 \pm 4,8$ anos. Sessenta e seis (50%) mulheres classificaram a dor do parto como severa (VAS 7.1). Trinta e oito mulheres (28,8%) não receberam qualquer método de alívio da dor. Práticas de gestão de dor não farmacológicas, tais como massagem nas costas, exercícios respiratórios e companhia foram administradas a 45 (34,1%), 79 (59,8%), e 45 (34,1%) mulheres, respectivamente. Apenas 9 mulheres (6,8%) receberam medicamentos para a dor para analgesia de parto. O método de massagem nas costas apresentou a maior proporção de mulheres satisfeitas com o alívio da dor (82,2%). As chances da percepção da dor do parto como grave foram de 2.1, 1.2, 1.4 e 2.1 nas mulheres que pediram massagem nas costas, exercício de respiração, companheirismo e medicamentos para a dor, respectivamente. A maioria das respondentes, 114 (86,4%), expressou o desejo de técnicas de gestão de dor mais eficazes nas suas gravidezes futuras.

Conclusão:

A gestão da dor do trabalho de parto no Sudoeste da Nigéria, geralmente envolve o uso de métodos não-farmacológicos apenas com uso ocasional de medicamentos para a dor. Há necessidade de desenvolvimento de serviços de analgesia obstétrica organizados, para atender a grande proporção de mulheres que desejam métodos mais eficazes de analgesia de parto.

Recomendação

As conclusões deste estudo contribuirão para alcançar o objectivo de Desenvolvimento Sustentável de garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais.

AE17: Melhorar o Acesso ao Serviço de Saúde Materna, Neonatal e Infantil a Nível Comunitário; Papel dos Promotores de Saúde Materno-Infantil e Introdução do método 5S no Gana**Autor: Shoko Enomoto****Introdução:**

Entre os desafios enfrentados pelas pessoas da comunidade no Gana, é o acesso limitado aos serviços básicos de saúde e que tornou numa barreira para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil do ponto de vista do continuum de cuidados. Na área alvo deste projecto, o Distrito de Kwahu East, Região Oriental, o acesso a unidades de saúde é limitado e existe o risco de pôr em perigo a saúde das mulheres grávidas, pela falta de resposta a complicações relacionadas com a gravidez ou devido ao número limitado de pessoal de saúde, resultando na baixa assistência especializada ao parto. A necessidade de acesso a serviços de saúde materna, neonatal e infantil de melhor qualidade é alta, e o apoio para a compreensão das pessoas da comunidade sobre a importância da utilização de serviços de saúde materna, aumentando o acesso aos serviços de saúde, através de maior número de serviços de extensão e fortalecimento de parcerias entre as instalações de saúde e as comunidades, são cruciais para responder à situação atual. Apoiado pela Agência de Cooperação Internacional do Japão e pelo sector privado no Japão, o projecto foi implementado no local do projecto em Gana de 2017 a 2019 com o objectivo de melhorar o acesso aos serviços de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (MCH) para mulheres, recém-nascidos e crianças.

Metodologia:

O projecto levou a cabo as seguintes actividades: melhoria da SMI utilizando o sistema existente de voluntários comunitários da saúde no Gana e introduzindo o sistema de Promotores de Saúde Materno-Infantil (doravante referido como promotor SMI) originado no Japão; treinaram voluntários de saúde comunitária e pessoas da comunidade como promotores de SMI que realizam actividades de cuidado da saúde de mães e crianças na comunidade; desenvolveu kits de promotores de SMI; conduziu a educação em saúde através de discussões em grupo/discussões individuais pelos promotores do SMI; administrou formação do pessoal de saúde em serviços amigáveis ao cliente (atendimento ao cliente) e 5S (método de organização do local de trabalho); e actividades de SMI melhoradas a nível da comunidade.

Resultados:

Até o momento, 5 formações de promotores de SMI no local do projecto foram conduzidas para capacitar a educação em saúde a nível comunitário e apoio de referência para unidades de saúde para mulheres grávidas e lactantes e crianças menores de 2 anos de idade. Como resultado, 150 promotores de SMI foram formados com uma média de 92,79% para o pós-teste, enquanto a média do pré-teste foi de 73%. Os Promotores de SMI têm levado a cabo actividades nas suas comunidades e uma das áreas iniciou espontaneamente a “aula de mulheres grávidas” pelo pessoal de saúde e promotores de SMI numa unidade de saúde. A formação do pessoal de saúde em serviços amigáveis ao cliente e “5S-KAIZEN-TQM” foi realizado para 90 funcionários. 5S são os princípios de melhoria do ambiente de trabalho e foco na organização efectiva do local de trabalho, começando pelo ambiente físico e gradualmente até os aspectos funcionais, que influenciam o 5S simplificando o ambiente de trabalho, reduzindo desperdícios e actividades sem valor e melhorando a qualidade e segurança. Os Princípios 5S são instrumentos confiáveis para facilitar a melhoria do ambiente de trabalho e pessoal atendendo vários tipos de trabalhos nas unidades de saúde. Este não é apenas um conceito, mas também um conjunto de acções que devem ser realizadas sistematicamente com a participação total do pessoal que trabalha nas instalações. A implementação do 5S por formandos é praticada em um movimento participativo real para melhorar a qualidade tanto do ambiente do estabelecimento, quanto do conteúdo do serviço prestado aos clientes nas unidades de saúde na área do projecto.

Conclusão:

Os promotores do SMI devem contribuir para fornecer informações da SMI e encaminhar os clientes para instalações a nível da comunidade. Tendo em conta que promotores trabalham de perto com a comunidade, podem ganhar a confiança da mesma e tornar a sua actividade mais eficaz. A implementação do 5S nas unidades de saúde poderia melhorar o ambiente e fornecer prontamente serviços de saúde para os clientes. Como resultado da melhoria, tanto nas comunidades como nas instalações, o acesso ao serviço de Saúde Materna, Neonatal e Infantil pode ser melhorado para as mulheres grávidas e lactantes e crianças menores de 2 anos de idade.

Recomendação

A nível comunitário, os promotores de SMI parecem ter um papel de prestadores de informação de saúde de primeira linha em relação à Saúde Materna, Neonatal e Infantil. Os pontos-chave para o encorajamento significativo dos promotores do MCH são a colaboração com os prestadores de serviços de saúde, acções de formação, inclusive de reciclagem, supervisão de apoio, apoio logístico e mobilização de recursos para actividades comunitárias. Para estes pontos-chave, é essencial cooperar com o governo nacional e local, líderes comunitários, pessoas influentes nas comunidades, ONG locais, organizações internacionais, etc. Além disso, tornar-se-á um sistema voluntário mais eficiente se os vários sistemas de voluntário de saúde comunitário existente no Gana pudessem integrar um sistema. O método 5S pode ser um método eficaz para melhorar o ambiente das instalações tanto no hospital quanto nos níveis de CHPS. Portanto, deve ser expandido para o nível regional e nacional. Os pontos-chave para a implementação do 5S são a formação adequada do pessoal de saúde e outros funcionários relacionados nas unidades de saúde (pessoal de logística, segurança, contabilidade, etc.), partilha de informações e de boas práticas de implementação do 5S, mecanismo de monitorização do estabelecimento, compromisso positivo contínuo etc.

AE18: Integração dos Assistentes Tradicionais de Parto (ATP) no Sistema Primário de Saúde no Estado de Lagos: Uma acção positiva e sustentável para os Resultados de Saúde Materno-Infantil

Autor: Onyemelukwe, Akaoma, Ibiroke Dada, Sumbo Makinde

Introdução

Com uma taxa de mortalidade materna de 545 por 1000 nascimentos e uma taxa de parto de 30%, os desafios de melhorar os resultados da saúde materno-infantil são um imperativo para salvar vidas, alcançar resultados de saúde e objectivos de desenvolvimento sustentável.

A evidência disponível mostra que o estado de Lagos tem mais de 5000 praticantes de medicina tradicional que prestam vários serviços de saúde para as comunidades em várias áreas da saúde. Na saúde materna e infantil, existem mais de 2800 assistentes tradicionais de parto em todo o estado.

As Assistentes Tradicionais de Parto (ATP) registam anualmente cerca de 19.000 partos, mostrando a preferência da comunidade. O potencial de resultados negativos para a saúde materna e infantil, é alto. Isto exige urgência nas intervenções e integração da SMNI no sistema de cuidados de saúde primários. Uma regulamentação é necessária, por forma a garantir que a parteira tradicional trabalhe dentro do âmbito da lei mas a capacidade institucional do conselho de medicina tradicional é fraca.

O fortalecimento do sistema de cuidados de saúde primários para prestar cuidados de saúde de qualidade, garantindo que as mulheres e a criança são preservadas, é essencial para um maior alcance e cobertura universal de saúde. A integração do sector informal da saúde é necessária para aprofundar a acessibilidade e a disponibilidade dos serviços de saúde para as comunidades e facilitar a colaboração e parceria com o objectivo de reduzir a mortalidade materna.

Metodologia

Um mapeamento foi feito usando um mapa localizador. As ATP estão em locais densamente povoados com os pobres e vulneráveis. Assistência técnica ao Conselho de Medicina Tradicional (CMT) para a recolha e compilação de registo e relatórios de assistentes tradicionais de parto. Um processo de parceria com a faculdade de tecnologia da saúde começou. Um currículo de ATP foi desenvolvido e adaptado. As parteiras foram formadas em SMNI básica, planeamento familiar e saúde reprodutiva. Cada casa de uma ATP foi ligada a um Centro Primário de Saúde (CPS) ou ao hospital privado, onde são feitas investigações para mulheres grávidas, que recebem visitas de enfermeiras para imunização, recolha de dados e apoio aos esforços de controlo de infecção.

Resultados principais

Evidências de parto foram produzidas com as ATP, cobrindo aproximadamente 18.000 partos, enquanto o sector público colectivamente responde por 22.100 partos. As evidências foram divulgadas mostrando a necessidade de integração. A promoção para a integração foi realizada. A integração foi estabelecida com o PHCB, que instituiu uma reunião mensal de dados com as ATP em todas as áreas do governo local (AGL). Orientações baseadas nas AGL foram facilitadas para mobilizar as comunidades e mais parteiras. Mais de 500 parteiras foram formadas e convertidas em assistentes comunitárias para apoiar outras acções a nível da comunidade. Foi estabelecida colaboração e parceria entre o sector formal e informal. Isso aumentou a qualidade do atendimento recebido por mulheres e crianças. Isso reduziu o potencial de resultados negativos da SMNI. As barreiras de encaminhamento foram quebradas, com casos encaminhados pelas ATP para investigação clínica, especialmente para mulheres que podem ter complicações. Um banco de dados foi desenvolvido com mais de 800 ATP capturadas com cerca de 790 ATP realizando partos nas comunidades.

Conclusão

A integração das assistentes tradicionais de parto no sistema de cuidados primários, ofereceu a oportunidade para chegar um maior número de mulheres, com melhores serviços de saúde por meio da colaboração mútua a fim de facilitar o encaminhamento oportuno, a maior utilização de investigações e conselhos de especialistas, assegurando que a ATP opere dentro do mandato da lei e salve mais vidas de mulheres e crianças. Esta integração proporcionou ainda, uma oportunidade para desenvolver o conhecimento e as competências das ATP em tópicos básicos de saúde, como planeamento familiar, saúde reprodutiva e cuidados de saúde materna e infantil. Actualmente, as ATP formadas estão a apoiar outras intervenções a nível da comunidade no Estado de Lagos.

Recomendações

Os Conselhos de Medicina Tradicional devem ser constituídos em outros estados para apoiar a regulamentação dos assistentes tradicionais de parto

O Currículo deve ser adoptado para uso nacional e ampliado

Os Estados devem facilitar a integração de parteiras tradicionais no sistema de cuidados primários da saúde com vista a alcançar mais mulheres com serviços e salvar mais vidas.

Ligações e redes devem ser estabelecidas com as residências das ATP, afim de garantir a recolha de dados, apoio ao controlo de infecções, imunização

Desenvolver, manter e atualizar a lista de assistentes tradicionais de parto que operam nos estados.

AE19: Abordagem Integrada de eDiagnóstico: Avaliando a Qualidade da Gestão das Doenças Infantis em Burkina Faso**Autor: Some Satouro Arsene, Blanchet Karl, Somda A. Serge, Lewis James, Sarrassat Sophie, Cousens Simon****Introdução:**

Em Burkina Faso, a alta taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos (89/1000) é explicada principalmente pela baixa adesão (15%) dos profissionais de saúde formados na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), às directrizes da AIDPI que oferecem uma abordagem padronizada e integrada para o cuidado de crianças. O uso da Avaliação Integrada do eDiagnóstico (leDA), um pacote de várias intervenções, visa melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança nos centros de saúde para reduzir a morbilidade e mortalidade infantil. Depois de pilotar a leDA em 3 distritos de duas regiões sanitárias de Burkina Faso, ela foi estendida a outros quatro distritos das mesmas regiões com base na melhoria dos indicadores de saúde recolhidos rotineiramente nos distritos-piloto durante três anos. Para avaliar a qualidade da gestão da doença para crianças menores de cinco anos usando a leDA nos centros de cuidados de saúde primários em Burkina Faso, realizamos um estudo com a seguinte metodologia.

Metodologia:

Realizamos quatro etapas do stepped-wedge trial de Setembro de 2014 a Outubro de 2016 em 10 centros de cuidados primários seleccionados aleatoriamente em cada um dos 8 distritos de duas regiões de Burkina Faso (Boucle du Mouhoun e Nord) usando a leDA, que incluiu: REC : o protocolo AIDPI traduzido em uma ferramenta informatizada para orientar enfermeiros durante as consultas; a formação de enfermeiros em AIDPI e REC; um mecanismo de garantia de qualidade; um sistema de supervisão; um sistema de informação de saúde baseado em dados recolhidos através do REC. Dados sobre 1.805 consultas infantis foram recolhidos através da observação directa de consultas. As mesmas crianças foram então reexaminadas por um especialista em AIDPI para obter uma avaliação do “padrão de excelência” das classificações e tratamento da AIDPI da criança. Os resultados das duas consultas foram comparados e analisados.

Resultados:

Entre as 53 crianças identificadas pelo especialista como tendo pelo menos um sinal de perigo, 38 crianças foram identificadas pelos profissionais de saúde (75% nos distritos de intervenção versus 71% nos distritos de controlo). Entre as 100 crianças que necessitaram de encaminhamento ou hospitalização, de acordo com a classificação do trabalhador de saúde, apenas 58 (58%) foram encaminhadas ou hospitalizadas com uma proporção ligeiramente maior de encaminhamentos correctos nos distritos de intervenção (67% vs. 55%). A adesão geral ao protocolo AIDPI para avaliação clínica (pneumonia, paludismo, diarreia, desnutrição e anemia) foi mais baixa nos distritos de controlo (48% vs. 68%). No geral, 47% das crianças foram correctamente classificadas com melhor desempenho nos distritos de intervenção (54% versus 46%). Os agentes de saúde fizeram prescrições consistentes com as suas próprias classificações para 69% das crianças com desempenho marginalmente melhor nos distritos de intervenção comparativamente aos distritos de controlo (71% vs. 69%). Os profissionais de saúde fizeram prescrições consistentes com as classificações do especialista em 57% dos casos, com desempenho ligeiramente melhor nos distritos de intervenção (61% versus 57%).

Conclusão:

Existem algumas indicações iniciais de melhorias na qualidade geral da gestão de doenças infantis, após a implementação da leDA. Sugerimos que esse seja o resultado da orientação do CEP, da capacitação/formação de enfermeiros em AIDPI e CRE, do apoio prestado aos centros de saúde durante a supervisão e, finalmente, da melhoria da prática dos enfermeiros através da descoberta de soluções adequadas em resposta às necessidades locais de cuidados de saúde primários, graças ao mecanismo de garantia de qualidade.

Recomendação

Os resultados acima sugeriram que a continuação do estudo e os resultados finais, levarão à elaboração de um resumo de políticas para a ampliação do pacote das intervenções em geral.

AE20: Redução da mortalidade infantil prematura no Norte do Togo: uma avaliação da iniciativa integrada de fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na comunidade

Autor: Komlan Kenkou, Kevin Fiori, Molly Lauria, Jennifer Schechter Sesso Gbeleou, Sandra Braganza, Sebabe Agoro

Introdução:

Em 2014, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos (U5M) no Togo foi de 80/1000 nados vivos. As principais causas de mortalidade prematura são complicações no parto, pneumonia, diarreia, paludismo e desnutrição. Embora 62% da população viva a 5 km da clínica de saúde pública, apenas 30% utilizam essas instalações. Em 2014, lançamos uma Iniciativa de Fortalecimento Integrado dos Sistemas de Saúde Comunitária (ICBHSS) por três anos nas comunidades abrangidas por quatro clínicas do sector público em colaboração com o Ministério da Saúde. O modelo ICBHSS inclui o seguinte pacote de intervenções baseadas em evidências: (1) eliminação de taxas de utilização, (2) gestão proactiva de casos usando agentes comunitários de saúde (ACS), (3) orientação clínica e supervisão melhorada e (4) gestão da cadeia de suprimentos. Como parte do modelo, todos os sectores públicos foram submetidos a uma avaliação do local e quando apropriado, foram feitos investimentos de capital. O objectivo geral do estudo é avaliar a implementação da iniciativa ICBHSS usando um quadro de avaliação da ciência de implementação RE-AIM adaptada.

Metodologia:

Cenário: Quatro comunidades no norte do Togo, com uma população materna e infantil estimada em 5.843 e uma taxa média de utilização de instalações de saúde de 27% (intervalo de 12-40%) em 2013.

Design: Organizamos os dados do programa pelos respectivos domínios do RE-AIM: alcance, eficácia, adopção e implementação. Utilizando a amostragem ponderada pela população, conduzimos um design de séries temporais interrompidas utilizando inquéritos domiciliares para estimar as taxas anuais de mortalidade. Realizamos uma análise de retorno sobre o investimento, usando a Ferramenta de Planeamento e Custeio da Saúde e Vidas Salvas da Comunidade. Em seguida, tabulamos os dados do programa para resumir os indicadores de processo.

Resultados:

Resumimos os indicadores seleccionados organizados pelos domínios de estrutura RE-AIM da implementação da iniciativa ICBHSS no norte do Togo, de Agosto de 2015 a Agosto de 2017.

Alcance: Foram realizadas 23.181 consultas pediátricas no primeiro ano e 22.053 no segundo ano. Em relação às consultas pré e pós-natal, foram 2.712 no primeiro ano e 4.087 no segundo ano.

Efectividade: A taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos foi de 70 (por 1000 nados vivos) e 36/1000 e 25/1000 a 1 e 2 anos após a intervenção, respectivamente. A estimativa do Retorno sobre o Investimento foi de aproximadamente 10: 1 com custo total/per capita para a intervenção de 7,74 USD

Adopção: Os partos nas unidades de saúde foram de 67% a 75% no 1º e 2º ano pós-intervenção, respectivamente.

Implementação: Casos pediátricos (0-5 anos) avaliados dentro de 72 horas após início dos sintomas, foram 76% no primeiro ano e 86% no segundo. A adesão média do ACS ao protocolo foi de 97% no primeiro ano e de 98% no segundo.

Conclusão:

Os resultados preliminares sugerem que a iniciativa ICBHSS está associada a reduções na mortalidade prematura por meio do aumento da cobertura de saúde, diferenças nos comportamentos da procura de saúde e melhoria na qualidade. Devido às limitações do desenho do estudo, não se pode atribuir definitivamente a redução da mortalidade à intervenção. Embora existam poucos factores alternativos que poderiam explicar a redução. Discussões iniciais com o Ministério da Saúde e pessoal de terreno sugerem que as diminuições observadas nas consultas pediátricas do 1º ao 2º ano poderiam ser devidas à diminuição da demanda devido à eficácia dos ACS. Aumentos no atendimento materno provavelmente estão associados a melhorias na qualidade do atendimento e à eliminação das taxas dos usuários.

Recomendações Principais:

Esses resultados iniciais promissores podem representar uma oportunidade para evitar a mortalidade infantil em contextos com recursos limitados. Dos nossos dados preliminares de 24 meses, postulamos as seguintes recomendações:

- Integrar os programas de ACS na infraestrutura de saúde do sector público para otimizar o impacto e desenvolver a capacidade do sector de saúde
- Investir numa força de trabalho de ACS que inclua formação, supervisão e salário para maximizar o retorno positivo do investimento
- Utilizar uma abordagem de busca de casos “pró-activa” para os ACS aumentarem o cronograma de atendimento
- Aumentar o acesso aos serviços de saúde, concentrando-se em melhorias na qualidade do atendimento, incluindo o investimento em orientação clínica, infraestrutura física e práticas de gestão.
- Eliminar as taxas de utilização associadas aos serviços essenciais de atendimento clínico em áreas empobrecidas com vista à abordar as barreiras financeiras ao acesso, promover a apresentação preventiva e antecipada do atendimento e reduzir os custos administrativos.

AF16: Projecto saúde reprodutiva e direito sexual (DEBO ALAFIA) em dois municípios do distrito sanitário de Tenenkou, região de Mopti

Autor: Diaby Abasse, Mossa Yattara, Abdoul Abass Koina, Safiatou Doucoure

Introdução

Os indicadores ligados às práticas tradicionais nefastas apontam para a amplificação de tais práticas (excisão, casamento forçado e precoce, alimentação forçada, etc.). Essa densificação tem sua fonte essencialmente na história dessa região que, desde o século XIV, tem sido o centro do desenvolvimento do islão e, sobretudo, dos diferentes reinos (Dina de Sékou Amadou), que têm uma influência sem precedente sobre o desenvolvimento do ensino do alcorão. A má interpretação das disposições do islão por alguns, a falta de educação (51% de TBS), o peso dos usos e costumes fazem com que, actualmente, uma grande parte da população pense que essas práticas sejam contrárias às disposições alcorânicas e ao espírito dos antepassados.

Os indicadores de desenvolvimento, ligados às três temáticas do programa (saúde sexual e reprodutiva, violências baseadas no género e práticas tradicionais nefastas contra meninas e mulheres) colocam a região de Mopti em uma situação de vulnerabilidade e justificam a escolha de Mopti, sede de implantação do projecto.

Metodologia:

A metodologia de abordagem do Consórcio se baseia na participação efectiva e responsável dos beneficiários, em um quadro de parceria fecunda. Essa abordagem participativa pretende:

Valorizar e reforçar o *savoir-être* e *savoir-faire* dos grupos-alvos pela participação responsável dos actores locais.

Estes participarão activamente de todas as etapas de implementação do projecto, a saber da identificação das acções, do planeamento, da implementação e da monitorização / avaliação das acções identificadas. Todas as acções que serão realizadas no âmbito do projecto deverão contribuir para a melhoria da utilização dos serviços de saúde reprodutiva e o acesso das populações aos produtos contraceptivos de qualidade, o aumento do nível de tomada de decisão dos jovens, a apropriação de sua saúde reprodutiva e a redução ou até mesmo o abandono das práticas tradicionais nefastas (a excisão, o casamento precoce e outras violências contra as mulheres e as meninas). Assegurar a perenidade das acções iniciadas pelas populações, após a retirada do Consórcio, através de sua formação, organização e responsabilização;

Resultados:

Foi efectuada uma série de formações sobre as temáticas, envolvendo 82 agentes de ligação, dos quais 62 homens e 20 mulheres, 24 pares educadores, dos quais 22 homens e 2 mulheres, 28 eleitos municipais, dos quais 27 homens e 1 mulher, 14 praticantes de excisão, 10 parteiras tradicionais e 6 agentes de saúde, dos quais 3 homens e 3 mulheres, 12 professores, dos quais 8 homens e 4 mulheres.

A equipa PMO realizou durante o período as actividades de CIP.

Ela consistiu em emissões de rádio, conversas educativas e projecções de vídeo.

Durante o período, a equipa PMO realizou: 144 Conversas educativas sobre o planeamento familiar; 1034 visitas em domicílio sobre PF; 144 conversas sobre as práticas tradicionais nefastas (casamento precoce e excisão); 144 conversas educativas sobre educação sexual; 96 Projecções de vídeo sobre PTN (casamento precoce e excisão); 22 Emissões de rádio sobre SR/PTN e a assinatura de seis convenções de abandono das práticas tradicionais nefastas.

Conclusão:

As actividades realizadas durante o quarto trimestre permitiram conscientizar, sobretudo através da projeção de vídeo, um grande número de pessoas na comunidade, e que continuam a se pronunciar sobre o abandono das práticas tradicionais nefastas, considerando as complicações que elas geram.

Ademais, constatamos um aumento da taxa de utilização de serviço do planeamento familiar, sobretudo com a organização da campanha de planeamento familiar durante o trimestre.

A finalidade última do reforço das capacidades é a apropriação do projecto, visando a perenidade das aquisições, e garantir a perenidade das acções realizadas pelas populações após a retirada do Consórcio, através de sua formação, organização e responsabilização; O Consórcio da ACD AMAC conseguiu a realização da assinatura de cinco convenções de abando de prática tradicional nefasta.

Deve-se notar que as actividades de sensibilização tiveram um grande impacto no sucesso dessas assinaturas e que a monitorização dessas aquisições pelo PMO e os comités de defesa continuam a garantia da perenidade das acções realizadas.

Recomendação

O aumento da taxa de planeamento familiar nos dois municípios de intervenção. A assinatura de convenção de redução e ou abandono das práticas tradicionais nefastas. A apropriação pelos jovens de seu direito sexual.

AF17: A delegação de tarefas no planeamento familiar a nível comunitário: “uma estratégia para reduzir as gravidezes não desejadas e os abortos de risco”

Autor: Ouedraogo Boureihiman, Sore Idrissa

Introdução:

Os agentes de saúde comunitários só são autorizados a fazer o reabastecimento de pílulas e a distribuição comunitária. A intervenção tinha como objectivo essencial demonstrar, através da prática, que os agentes de saúde comunitários podem, com um reforço apropriado de suas capacidades, prescrever inicialmente a pílula e oferecer o injetável a nível comunitário.

As mulheres em idade reprodutiva e as raparigas são os alvos primários e os homens e rapazes, secundários.

Metodologia:

- Um plano de monitorização com os indicadores do projecto foi elaborado, com a participação de todos os actores;
- Os ASC receberam ferramentas de recolha de dados, de acordo com os indicadores definidos no plano de recolha de dados de base; incluindo uma ficha de relato de eventos indesejáveis que serve a identificar os potenciais casos de ferimento das clientes ou dos ASC, durante a oferta de contraceptivos injectáveis, bem como as complicações que poderão resultar disto. A ficha será preenchida e transmitida para cada evento indesejável e/ou complicação. Essa informação também está integrada nos relatórios mensais de actividades dos ASC.
- Os dados são recolhidos diariamente pelos ASC e compilados mensalmente com o apoio de animadores supervisores
- Os dados mensais são transmitidos aos CSPS.
- Uma reunião de verificação dos dados é organizada pelo enfermeiro chefe do posto, com a participação dos ASC e do animador supervisor.
- Os dados validados e consolidados são transmitidos a nível do Distrito par serem inseridos no sistema nacional de informação sanitária.
- Uma reunião trimestral de validação dos dados é organizada a nível do distrito com a participação da coordenação nacional e regional do projecto.
- Nesta etapa, os resultados são partilhados com o nível regional, o nível nacional e com os parceiros.
- Produzir e divulgar, no ritmo definido, relatórios sobre os progressos realizados,

Disseminação dos resultados;

Resultados:

- Os duzentos e vinte e quatro agentes de saúde comunitária são cidadãos da comunidade que têm um nível de certificado de estudos primários, sabem ler e escrever. Foram selecionados pela direção da promoção e da educação para a saúde, em colaboração com os distritos sanitários, e pelas autoridades administrativas;
- Eles foram formados em prescrição inicial da pílula e em administração do injectável Sayana Press durante 10 dias (sendo 5 dias de teoria e 5 dias de prática nas formações sanitárias), por um custo total de cerca de vinte e cinco milhões de FCFA;
- Após a formação, eles realizaram um estágio de 3 meses em suas formações sanitárias, sob a supervisão dos enfermeiros chefes de postos. Cada ASC deveria administrar cinco (05) injectáveis, de acordo com as normas prescritas, antes de serem declarados aptos;
- Salvo três abandonos, os 221 ASC são aptos e oferecem inicialmente as pílulas e administram os injectáveis a nível comunitário;
- Até a data, nenhum caso de incidente ou de complicação foi identificado ou relatado nos suportes apropriados;
- O número de utilizadoras de métodos contraceptivos nas zonas em questão aumentou;
- O descongestionamento dos centros de saúde é efectivo;
- A aproximação dos serviços de saúde aos beneficiários é uma realidade;

O número de gravidezes não desejadas e de abortos clandestinos reduziu.

Conclusão:

A delegação de tarefas é uma prática inovadora com várias vantagens:

- Aproximação dos serviços à comunidade
- Contribuição na resolução do défice em pessoal de saúde
- Descongestionamento dos CSPS
- Melhoria do acesso aos serviços de PF
- Contribuição na redução das gravidezes não desejadas e do recurso ao aborto de risco

Contribuição para a aceleração da captura do dividendo demográfico.

Recomendação

Uma alocação suficiente de recursos e um estudo do impacto sobre a qualidade de vida em termos de melhoria do acesso aos serviços de saúde são recomendados, para o êxito da passagem à escala.

AF19: Uma abordagem de componentes múltiplas para melhorar o aleitamento materno em uma região do Burkina Faso

Autor: Jenny A Cresswell, Rasmané Ganaba, Fodié Maguiraga, Sophie Sarrassat, Henri Somé, Abdoulaye Hama Diallo, Simon Cousens, Veronique Filippi

Introdução:

No Burkina Faso, a cada cinco crianças, uma sofre de atraso de crescimento e, a cada mil crianças, 27 morrem nos trinta primeiros dias de vida. A iniciação precoce do aleitamento (IPA) e o aleitamento materno exclusivo (AME) são práticas eficazes para reduzir a morbidez e a mortalidade neonatal e infantil e promover um melhor desenvolvimento da criança. Desde 2014, a Iniciativa Alive & Thrive (A&T) tem apoiado o governo do Burkina Faso na implementação do Plano Nacional de expansão da promoção das práticas de Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (ABCP). Na região de Boucle du Mouhoun, A&T e os parceiros de implementação Mwangaza Action e Entraide Universitaire Mondiale, do Canadá, testaram a viabilidade da promoção do AME, aliando a comunicação interpessoal (CIP) e a mobilização comunitária (MC). A intervenção incluiu a formação dos agentes de saúde para fazer a CIP de alta qualidade nos centros de saúde e a formação dos agentes comunitários para fazer as visitas em domicílio, a implementação de um sistema de monitorização e supervisão formativa dos agentes, sessões de facilitação de grupo e reuniões de trocas nas aldeias.

Metodologia:

A avaliação do impacto da intervenção randomizou 19 municípios para servir de zonas modelo e 18 municípios, como zonas de intervenção. Dois inquéritos transversais representativos da população foram realizados: um inquérito de base, em julho de 2015 (N = 2 288) e um inquérito final, em julho de 2017 (N = 2 253). A amostragem era de mães com bebés de menos de doze meses. O principal indicador da avaliação era a prática da AME definida como a proporção de bebés de menos de 6 meses que só tivessem recebido o leite materno, durante o dia e a noite anteriores ao inquérito.

Resultados:

A análise principal baseou-se em um modelo de regressão binomial, ajustado aos dados de nível individual, com erros padrões robustos, que permitiam uma correlação entre o grupo. Os dados de cluster foram analisados com métodos diferenças em diferenças. A prevalência do AME no grupo de intervenção aumentou de 42 pontos de percentagem, em relação ao grupo-modelo (diferença de risco: 42,1%, 95% IC: 33,1%, 51,1%, $p < 0,001$). As mães do grupo de intervenção eram mais suscetíveis de declarar uma iniciação precoce do aleitamento materno (diferença de risco: 22,4%, 95% IC: 4,2%, 30,6%, $p < 0,001$); dar o colostro no nascimento (diferença de risco: 21h6% - 95% CI: 15,0%, 28,2%, $p < 0,001$); e nenhum alimento pré-lácteo (diferença de risco: 9,9%, 95% IC: 5,8%, 13,9%, $p < 0,001$). As mães do grupo de intervenção tinham um melhor conhecimento e eram mais suscetíveis de estarem de acordo com as afirmações positivas relativas ao aleitamento materno.

Um estudo de validação biológica comparou as declarações maternas à técnica de renovação do óxido de deutério na zona de estudo, em 2016. Comparativamente à prevalência do AME, medida com a ajuda da técnica de deutério, as declarações das mães sobestimaram o AME. Esta sobre-declaração era mais importante no grupo de intervenção que no grupo-modelo. Em 2016, aquando da validação do estudo, a intervenção tinha começado, mas ainda não tinha sido completamente implementada, logo é possível que suas respostas tenham sido influenciadas por uma tendência de desejabilidade social.

Conclusão:

O pacote que integra a comunicação interpessoal e a mobilização social foi uma abordagem eficaz que permitiu melhorar significativamente as práticas de aleitamento, de acordo com a declaração das mães em Boucle du Mouhoun. O forte envolvimento da direcção regional da saúde, bem como da comunidade foi um factor importante para o sucesso da intervenção. É plausível que mudanças nos conhecimentos e na desejabilidade social precedem uma mudança de comportamento real, o que explica os resultados do estudo de validação. Essa abordagem poderá ser adaptada e expandida pelo governo do Burkina Faso.

Recomendação:

As seguintes recomendações permitem facilitar e garantir o sucesso da reprodução ou da expansão da presente intervenção: em primeiro lugar, uma análise contextual com o ministério da saúde e parceiros-chaves permite fazer uma escolha consensual da zona de intervenção. Em segundo lugar, a implementação e a monitorização devem envolver estruturas de saúde regionais, através de actividades de rotina, e nacionais, através de uma partilha frequente dos resultados de processos e resultados finais de avaliação. Em terceiro lugar, a intervenção proposta deve ser aceita pela comunidade e responder a uma necessidade real da comunidade. Finalmente, a utilização dos dados recolhidos durante a implementação através da monitorização de rotina e inquéritos (de processo ou de avaliação) devem ser partilhados com todos os actores envolvidos no processo, para garantir a apropriação e a perenidade dos ganhos.

AF20: Problemática das gravidezes não desejadas em meio escolar na região do Sahel no Burkina Faso

Autor: Managawindin Sandrine Bénédicté Konsimbo, Sidwaya Hamed Ouedraogo, André Yolland Ky, Ahmed Kabore

Introdução

Desde 2017, o ministério da saúde do Burkina Faso, em colaboração com o ministério da educação nacional e o apoio da UNFPA comprometeu-se com a redução das gravidezes não desejadas em meio escolar, que representam um verdadeiro problema de saúde pública. O objectivo desse estudo era analisar a problemática das gravidezes não desejadas na região do Sahel.

Métodos

Trata-se de uma abordagem transversal mista, combinando uma componente quantitativo baseado na análise de dados colectivos junto de 3578 alunos em 10 estabelecimentos secundários e uma componente qualitativa com entrevistas individuais e grupos-alvos, junto de 106 pessoas, incluindo professores, agentes de saúde, alunos e seus pais. Dez dos onze estabelecimentos foram incluídos. Do período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2018, os dados quantitativos foram recolhidos com um questionário e os qualitativos, através de guias de entrevistas semiestruturadas. A escolha das pessoas para a entrevista foi uma escolha racional.

Resultados

Entre as jovens entrevistadas, 3,2% já tiveram uma gravidez. Para além disso, 15,1% tinham menos de 18 anos e 75% menos de 25 anos. Em 51% dos casos, os autores de gravidez em meio escolar não reconheceram a gravidez ou não a assumiram. Uma fraca proporção de 13,21% das jovens grávidas tinham ido a uma quarta consulta pré-natal. Para os resultados escolares, 16,98% das jovens com um filho ou uma gravidez tiveram êxito no ano escolar. Entretanto, relatou-se que 73,58% das jovens grávidas viviam maritalmente. O estudo relatou que os principais autores das gravidezes não desejadas das jovens em meio escolar eram os funcionários públicos, condutores, comerciantes, professores, garimpeiros, jovens do sector informal e sobretudo alunos. As consequências relatadas mais frequentemente durante nosso estudo foram as complicações na gravidez e no parto, a perda da autoestima, a destruição dos projectos de vida, a baixa dos rendimentos escolares das jovens, os abandonos escolares, os casamentos precoces e forçados e os abortos provocados clandestinos.

Conclusão

Nossos resultados demonstram a persistência das gravidezes não desejadas em meio escolar com todas as suas consequências. Elas constituem um problema de saúde pública e interpelam a uma mobilização de recursos para a saúde sexual e reprodutiva, mas também a um reforço da colaboração entre os serviços da educação, os serviços sociais e os da saúde para uma real protecção dessas jovens.

Principais recomendações

- 1) Reforçar a colaboração entre os serviços da educação e os serviços de saúde para um melhor acesso e utilização dos serviços pré-natais pelas jovens.
- 2) Advogar pela inclusão da Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes e dos jovens nos currículos de ensino.
- 3) Mobilizar recursos e o financiamento das actividades de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens.
- 4) Reforçar o envolvimento dos serviços de saúde na organização dos quadros de agrupamento de escolares (no sentido da consideração de actividades de comunicação em Saúde Sexual e Reprodutiva).

AF21: Envolvimento da comunidade na luta contra a estigmatização ligada às gravidezes não desejadas e ao aborto: passar da recusa à tolerância

Autor: Tarnagda Ganda Génévieve Clémentine, Ba Youssouf; Ouedraogo Boureihman

Introdução:

A estigmatização é um dos principais obstáculos ao acesso dos jovens aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. O resultado disto é um número maior de IST, de gravidezes não desejadas e abortos não medicalizados, mesmo nos países onde são autorizados. A ABBEF implementa, com o apoio do IPPF, um projecto de luta contra a estigmatização no período de 2016 a 2018. Esse projecto visa permitir que as jovens conheçam e façam valer seu direito ao aborto medicalizado, reduzindo a estigmatização ligada ao aborto. A ABBEF iniciou intervenções específicas para lutar contra a estigmatização do aborto a nível individual, comunitário e organizacional, através dos diálogos comunitários, da informação, da educação, da comunicação, da oferta de serviços. A população-alvo são as mulheres de 15 a 24 anos. De acordo com um estudo realizado por Guttmacher Institute, em 2008, estimaram-se 25 interrupções de gravidez para cada 1000 mulheres de 15 a 49 anos. Essa taxa é de 23 para 1000 nas zonas rurais e de 28 para 1000 em Ouagadougou. De acordo com o mesmo estudo, as mulheres mais suscetíveis de terem interrompido uma gravidez eram as de 15 a 24 anos.

Metodologia:

A metodologia utilizada para a implementação do projecto. A identificação, formação de pares educadores, no meio escolar e não escolar, para conduzir actividades IEC/CCC e referências, de dois jovens campeões para actividades de advocacia, redação de artigos sobre as questões ligadas à estigmatização, dos prestadores de serviços, dos líderes comunitários, de pais de alunos, de responsáveis por

estabelecimentos, em esclarecimentos dos valores dos jovens sobre o aborto. Isto com o intuito de mudar suas atitudes sobre o assunto, levando-os a passar da recusa à tolerância; Realização de inquéritos de satisfação em todos os sítios para reduzir qualquer fenómeno de estigmatização.

Resultados:

Esse projecto permitiu reduzir o nível de estigmatização nas zonas de intervenções.

Assim, passamos de 38% de taxa de estigmatização em 2004 para 18% em 2018, em seguida a 5% em 2017. Esses resultados foram medidos através do inquérito SABAS, que é um questionário. Esse questionário foi utilizado para recolher os dados na comunidade.

Para além disso, ele permitiu suscitar uma mudança de comportamentos em diversos actores. A intervenção permitiu apoiar o programa global da ABBEF, nomeadamente através:

- Da existência de referencial de luta contra a estigmatização ligada ao aborto (através dos inquéritos de satisfação, dos depoimentos dos diferentes actores);
- Do apoio às intervenções dos serviços de cuidados após abortos, implementados nas clínicas da associação;
- Da identificação de jovens campeões, comprometidos com a luta contra a estigmatização ligada ao aborto;
- Do envolvimento dos jovens nas acções de luta contra a estigmatização;
- De uma forte presença digital dos jovens nas redes sociais para lutar contra a estigmatização.

Conclusão:

Os resultados do inquérito mostram que há esperança de mudança das atitudes e percepções das populações em relação às mulheres que recorrem ao aborto. A comparação dos resultados dos que participaram das actividades do projecto e dos que não participaram o demonstram e isto chama nossa atenção sobre o facto de não podermos mudar do dia para a noite as mentalidades sobre questões tão sensíveis como o aborto. O projecto stigma ainda deve apoiar a oferta de serviços de aborto, enfatizando as actividades de comunicação e de conscientização mais eficazes.

Recomendação

Engajar os jovens campeões da SSRAJ, para transmitir mensagens aos jovens.

Fazer um apelo a artistas, músicos célebres, e apreciados pelos jovens para transmitir mensagens aos jovens.

Integrar a educação sexual completa nos programas escolares, visando lutar contra as gravidezes não desejadas, os abortos clandestinos e, consequentemente, contra a estigmatização ligada ao aborto.

Integrar a temática da estigmatização ligada ao aborto e às gravidezes não desejadas nas sessões de conversas educativas das formações sanitárias públicas, visando fazer mudar as atitudes.

AF22 : A semana nacional de planeamento familiar (SNPF), uma janela de oportunidades para a satisfação das clientes de PF: Experiência do Burkina Faso

Autor: Ouoba/Kabore Boezemwendé, Ky André Yolland, Bougma S Mathieu, Dadjoari Moussa, Sanon Djéneba, Nassa Michel, Dialla M, Ouedraogo A, Nacro A, Zotin C

Introdução:

No âmbito da redução da mortalidade materna no Burkina Faso, o planeamento familiar (PF) foi escolhido como uma das principais estratégias. O País elaborou um plano nacional de aceleração do planeamento familiar (PNA/PF) para o período de 2017-2020, cujo objectivo é aumentar a prevalência contraceptiva moderna de 22,5% (EMDS2015) a 32% em 2020, o que corresponde a recrutar 452095 utilizadoras adicionais em quatro anos. No âmbito da implementação desse plano, escolheu-se dar continuidade à semana nacional do planeamento familiar (SNPF), instituída desde 2012 pelo Ministério da Saúde, com o apoio técnico e financeiro do Fundo das Nações Unidas para a população (UNFPA). A primeira SNPF da edição de 2018 foi realizada de 14 a 20 de maio de 2018. Através da oferta gratuita das prestações de PF, essa semana foi uma oportunidade de cobrir inúmeras necessidades não satisfeitas.

Metodologia:

Três momentos fortes marcaram a organização e a realização dessa semana, a saber a preparação da semana, a implementação das actividades da semana com oferta gratuita de métodos de contracepção para os clientes e o balanço da SNPF. As principais actividades da SNPF foram a cerimónia de lançamento da semana, as actividades de mobilização social (conferências nos liceus e colégios, competições sobre a PF, animações para o público e animações de stands, exibições de filmes e apresentações teatrais, emissões de rádio e conversas educativas), prestações gratuitas de serviços de PF (aconselhamento e oferta gratuita de todos os métodos contraceptivos) e saídas de acompanhamento das actividades. Os dados da SNPF foram recolhidos e transmitidos diariamente à DSF. Esses dados foram objecto de validação a nível dos distritos sanitários e das regiões antes de serem apresentados e validados a nível nacional, durante o encontro de balanço da SNPF.

Resultados:

No total, 1 535 259 pessoas foram alcançadas pelas actividades de sensibilização. Essas actividades alcançaram mais mulheres (60%) que homens (40%). As emissões de rádio foram o canal que permitiu alcançar mais pessoas (62%), seguidas das conversas (27, 41%). As clientes de PF satisfeitas foram 117 499, sendo 62 062 delas novas utilizadoras, o que representa 53% das clientes satisfeitas. Constatou-se que os implantes, nomeadamente o jabelle e os injetáveis (Depo Provera), foram os métodos mais utilizados durante a semana, respectivamente 42% e 41%. O objectivo fixado para a 1ª edição da SNPF 2018 foi alcançado. De 51 843 novas utilizadoras esperadas, 62 062 foram recrutadas, ou seja, um número suplementar de 10 219 novas utilizadoras. Os resultados mostram que quase todas as regiões ultrapassaram largamente seus alvos com uma média nacional de 119%. 63,2% Das novas utilizadoras são jovens de 10 a 24 anos. Essa primeira semana do ano de 2018 permitiu obter 231 849 CAP.

O financiamento da primeira edição da SNPF 2018 foi assegurado principalmente pela UNFPA, que contribuiu com 214 374 260 FCFA. Para além desses fundos, o Governo Burkinabè, a OOAS, a OMS e as ONG/Associações como Jhpiego, Pathfinder, Maies Stopes Burkina, bem como os parceiros locais e comités de gestão das formações sanitárias (COGES) também contribuíram para a realização dessa edição.

Conclusão:

A primeira SNPF 2018 foi um sucesso a nível do país, como comprovam os resultados alcançados com o recrutamento de 62 062 novas utilizadoras, ou seja, 53,5% do objectivo 2018 do PANPF (116 097 utilizadoras adicionais). Isto foi possível graças ao envolvimento das autoridades nacionais, regionais e locais, em favor da PF e a mobilização social em grande escala. Essa semana foi uma janela de oportunidades para cobrir novas necessidades não satisfeitas. Os resultados são muito apreciáveis e resultados ainda melhores poderão ser obtidos se as recomendações forem implementadas.

Recomendação

Trata-se de envolver ainda mais o Ministério do Ensino Nacional e da Alfabetização (MENA), através de formações, conferências para professores de SVT, para melhor prepará-los sobre as questões de saúde sexual e reprodutiva e o planeamento familiar, rever o modelo de recolha de dados diários SNPF para torná-lo mais leve e adaptá-lo, integrar os dados das ONG/Associações a nível distrital e regional, durante encontros de balanço distritais e regionais, disponibilizar os insumos pelo menos um mês antes do início da semana.

AF23: A Delegação de tarefas no planeamento familiar no Burkina Faso: qualidade dos serviços oferecidos pelos delegatários no distrito sanitário de Tougan

Autor: Souleymane Kabore, Robert Karama, Roland Sanou, Boureima Baillou, Isabelle Zongo, Alidou Zongo, Elizabeth Konde, Ramatou W. Sawadogo, George Coulibaly

Introdução:

Mais de 300 000 mulheres morrem a cada ano no mundo, por causa de problemas ligados à gravidez ou ao parto. Cerca de 99% das mortes maternas se produzem nos países em desenvolvimento, incluindo mais da metade na África subsaariana. Um quarto dessas mortes poderia ser evitado se essas mulheres tivessem acesso à contracepção.

O Burkina Faso é marcado por necessidades não satisfeitas de contracepção muito alarmantes (19,4%). Ademais, o documento de políticas e normas da saúde reprodutiva do Burkina não autoriza os agentes de saúde de primeira linha (APL) a oferecerem nem os métodos de longa duração de acção (DIU e implantes), nem os injetáveis.

Para melhorar a acessibilidade dos métodos contraceptivos, foi iniciado um projecto-piloto de transferência das competências (delegação de tarefas) da oferta dos métodos contraceptivos aos agentes de nível inferior, nos 20 centros de saúde do distrito sanitário de Tougan. Ele experimenta a oferta do DIU, do implante pelos APL, bem como a oferta de injetáveis pelos agentes de saúde comunitários (ASC). O presente estudo tinha como objectivo apreciar a qualidade dos serviços de planeamento familiar (PF) oferecidos por esses delegados (APL e ASC).

Metodologia:

Um estudo do tipo transversal com fins descritivos e analíticos foi realizado. A recolha dos dados estendeu-se de 13 a 17 de dezembro de 2017 e combinou os métodos quantitativos e qualitativos. Ela envolveu todos os 20 centros de saúde da zona de intervenção do projecto e todos os prestadores (54) envolvidos na oferta dos produtos contraceptivos (delegantes e delegados). Dezanove (19) beneficiárias, incluindo 10 novas utilizadoras, de um método contraceptivo foram entrevistadas.

As técnicas de recolha eram constituídas da observação das prestações de serviços de PF e do ambiente de trabalho, da revisão documental e de entrevistas individuais. Os dados foram analisados com a ajuda do software Epi info 7 e Open Epi versão 3.01. O teste do qui-quadrado e o teste-t de Student foram utilizados para determinar se existe uma diferença significativa entre a qualidade dos serviços de PF oferecidos pelos delegantes (enfermeiros do Estado e parteiras) e os dos delegados. O limiar de significação de 5% foi utilizado. Uma análise multivariada também foi realizada para melhorar eventuais motivos de confusão. Da mesma maneira, os dados recolhidos junto dos prestadores foram triangulados com os coletados junto dos beneficiários.

Resultados:

O estudo envolveu 54 agentes de saúde (35 APL, 19 parteiras e enfermeiros do estado) e 35 agentes de saúde comunitária. A idade média dos entrevistados era de 34 anos ($\pm 5,3$), o rácio de sexo era de 1,5 em favor dos homens. Para o nível de estudo, 63% dos delegantes tinham nível secundário, contra 47% dos APL. Mais de 70% dos ASC tinham nível de estudo primário.

Quanto às utilizadoras entrevistadas, 11 tinham beneficiado dos métodos contraceptivos junto dos agentes comunitários e 8 através dos APL. A idade média das beneficiárias era de 33,7 anos. Nove (9) beneficiárias utilizavam um método de longa duração de acção, 6 um método injetável e 4 um contraceptivo oral.

A média de qualidade geral do serviço de PF era de 73% para os delegados contra 69% para os delegantes. Não há diferença cientificamente significativa entre esses resultados. Os serviços de PF eram integrados no sistema local de saúde. Os delegados aproveitavam das outras demandas de cuidados para falar da contracepção.

“Foi durante a pesagem das minhas crianças que nos falaram do planeamento familiar. Disseram-nos para cuidarmos bem das crianças e que antes de lhes dar de comer, temos que lavar os pratos, senão estarão sujos e as crianças terão diarreia. Disseram-nos para fazer a contracepção para espaçar os nascimentos entre 2 a 3 anos ou 5 anos, para podermos descansar” (mulher de 34 anos, que usa método injetável).

Entretanto, existia uma diferença estatisticamente significativa entre o resultado da qualidade dos agentes de saúde comunitária (75,8 %) e o dos delegantes (87,5 %), em matéria de aconselhamento ($P < 0.05$). O mesmo acontece com o resultado da qualidade de determinação dos critérios de elegibilidade dos implantes em que a qualidade constatada com os APL parece superior à dos delegantes: 79% para os delegados, 64% para os delegantes.

Quatro erros foram cometidos pelos delegados na determinação da situação nova ou antiga utilizadora (3 pelos agentes comunitários e 1 pelos APL).

Conclusão:

No contexto de raridade de recursos humanos qualificados, a restrição da oferta dos métodos contraceptivos de longa duração de acção às parteiras, médicos e enfermeiros do Estado, como estipula o documento de políticas e normas de saúde reprodutiva na maioria dos nossos países actualmente, reduz fortemente a acessibilidade e a adesão das mulheres a esses métodos. Essa restrição põe em causa o princípio da escolha voluntária e independente do método contraceptivo pelas utilizadoras.

Essa experiência de delegação de tarefas (transferência de competências) no planeamento familiar tem a vantagem de melhorar a cobertura geográfica da oferta dos métodos contraceptivos de longa duração de acção. Ela também melhora o respeito do direito da mulher.

Todavia, sua implementação recomenda manter um nível de qualidade e de segurança dos serviços de PF irrepreensível, como recomenda a OMS.

Não obstante os limites deste estudo, ele nos dá uma ideia da qualidade dos serviços de PF oferecidos, bem como a capacidade dos delegados em fornecer os métodos contraceptivos, cuja oferta não lhes era autorizada. Sob determinadas condições (reforço das competências, monitorização, coaching), é possível estender a oferta dos métodos contraceptivos de longas durações aos agentes de 1ª linha, bem como a dos injectáveis aos agentes de saúde comunitária, como recomenda a OMS.

AF24: Estratégia de melhoramento do tratamento completo de Prevenção Química do Paludismo Sazonal (CPS) das crianças de 3 a 120 meses no Distrito de Goudomp (Senegal): Iniciativa do Tratamento Directamente Observado (TDO) de 3 dias pelos agentes de ligação em seis postos de saúde

Autor: Malick Anne, Ibrahima Mamby Keita, Abdel K Dieye, Mamadou Coulibaly, Doudou Sene, Youssoupha Ndiaye

Introdução:

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, 212 milhões de casos de paludismo e 429 000 mortes no mundo foram contabilizadas. Em 2015, 90% dos casos de paludismo e 92% das mortes causadas por essa doença aconteceram nessa região. 76% Dos casos de paludismo e 75% das mortes causadas pela doença acontecem em 13 países – principalmente na África subsaariana. Nas regiões em que a transmissão do paludismo é intensa, mais de dois terços (70%) das mortes causadas pelo paludismo são de crianças menores de cinco anos.

Com efeito, na sub-região do Sahel, a mortalidade e a morbilidade causadas pelo paludismo em crianças, durante a estação das chuvas, continuam a preocupar os Estados. A administração, em intervalos apropriados, de um tratamento completo com um medicamento anti palúdico eficaz, durante esse período, prevenia a morbilidade e a mortalidade infantis causadas pelo paludismo.

Foi nesse contexto que o Senegal introduziu essa nova intervenção em sua política de prevenção e de tratamento do paludismo.

Assim, desde 2014, essa intervenção é realizada a nível do distrito de Goudomp durante períodos de fortes transmissões.

Metodologia

Descrição da implementação de uma campanha de Prevenção Química do Paludismo Sazonal em seis estruturas sanitárias do Distrito de Goudomp, durante o mês de Setembro de 2017. O indicador: Número de crianças de 3 a 120 meses que beneficiaram das doses de J1, J2 e J3 sob TDO;

A escolha das estruturas sanitárias é feita de acordo com critérios de tamanho da população e acessibilidade.

Formação prévia dos actores comunitários.

Os mesmos agentes de ligação voltam três dias consecutivos no mesmo agregado familiar para proceder à administração dos medicamentos sob TDO.

Resultados

As doses de J1, J2 e J3 foram administradas sob TDO. Assim, para um alvo de 16912 crianças de 3 a 120 meses, 15304 receberam seu tratamento completo sob TDO, o que representa um desempenho de 90.5%. Apenas o posto de Kaour, recentemente criado a partir do centro de Goudomp, apresenta um desempenho de 46,6% por subestimação de seu alvo. O PS de Kaour 46,6% e o Centro de saúde de Goudomp 119,8% tiveram um desempenho de 83,2% de crianças sob TDO. 41 Casos de efeitos secundários foram notificados e tratados com uma boa evolução clínica. Durante a campanha, 3375 agregados familiares foram visitados e mensagens foram entregues aos pais sobre a importância da CPS.

O custo médio na estratégia de TDO, tratamento de três dias, em comparação com o do TDO de um dia foi respectivamente, da primeira à terceira passagem, de 989 FCFA, 809 FCFA e 812 FCFA contra 823 FCFA, 646 FCFA e 732 FCFA.

O rácio custo-eficácia (RCE) é de 379 468 FCFA por casos evitados, para a estratégia de tratamento completo, contra 814 426 FCFA por casos evitados, para a estratégia de TDO de um dia, conferindo à estratégia TDO de três dias o título de melhor em matéria de custo-eficácia.

Conclusão

A implementação da estratégia de tratamento completo sob TDO durante a CPS permitiu tratar 15 304 crianças, com um preenchimento correcto dos mapas. Ela permitiu assegurar-se da observação e reforçar a monitorização dos efeitos secundários. A participação comunitária, o engajamento dos actores e dos parceiros técnicos e financeiros foram determinantes para o sucesso dessa importante actividade.

Recomendação

Assegurar a extensão da estratégia a todos os postos de saúde;
Formar todos os actores sobre a nova estratégia;
Assegurar um tratamento completo a todas as crianças-alvo da CPS;
Reforçar a participação comunitária na resolução dos problemas de saúde;
Criar em cada posto um comité de mobilização social e um comité de gestão em caso de recusa;
Reforçar a comunicação com as mães e guardadoras de crianças;
Reforçar a vigilância dos efeitos secundários;
Disponibilizar os insumos para o tratamento dos efeitos secundários;
Assegurar o preenchimento das ferramentas de gestão pelos actores comunitários;
Assegurar uma dotação completa de insumos durante as actividades;
Elaborar um plano de campanha;
Partilhar os resultados com as populações através de fóruns.

AF25: Melhorar o acesso aos serviços de SSR dos adolescentes do Sahel, graças a uma mobilidade dos serviços adaptados às suas necessidades.

Autor: Emmanuel Diop (Sahel Youth Lead, Marie Stopes International), Georgina Page, Bama Barthelemy, Hedwige Hounon, Edouard Keita Maimouna Ba

Introdução:

Cerca de dois terços da população do Sahel tem menos de 20 anos. Nos próximos anos, o número de jovens em idade de procriação da região vai aumentar e, por conseguinte, as necessidades em serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) também. Em toda a região, os serviços de SSR destinados aos adolescentes são tabus e Marie Stopes International (MSI) começou suas operações no Sahel em 2009, no Burkina Faso, e no Mali, seguido do Senegal em 2011 e do Níger, em 2014, a fim de aumentar o acesso aos serviços SSR aos adolescentes (15-19 anos) em 4 países. MSI implementa estratégias em dois canais de prestação de serviços móveis (equipas móveis e Marie Stopes Ladies/Mens), apoiando-se em uma segmentação eficaz dos adolescentes, de acordo com suas necessidades e localizações, em uma oferta de serviço que é bem adaptado às suas necessidades e no desenvolvimento de parcerias, visando criar um ambiente favorável para melhorar o acesso do alvo aos serviços.

Metodologia:

Duas fontes de dados permitem à MSI acompanhar o sucesso das estratégias, para melhor alcançar os adolescentes através dos 4 países, entre janeiro de 2017 e junho de 2018:

- Os dados de rotina dos dias de prestação de serviços acompanham as características demográficas dos clientes, a utilização de contraceptivos anteriores e os serviços recebidos durante a visita.
- As entrevistas das saídas anuais que visam avaliar o nível de satisfação dos clientes em relação ao serviço e à qualidade do aconselhamento recebido pelos clientes que acedem aos serviços, apesar de seu perfil sociodemográfico.

Resultados:

Entre 2017 e 2018, as equipas móveis (EMs) e as Marie Stopes Ladies/Mens (MSL/M) receberam cerca de 69 000 visitas de clientes (-19anos) para serviços de SSR de qualidade. Assim, graças à implementação dessa abordagem inovadora, a percentagem de clientes adolescentes que tiveram acesso aos nossos serviços de planeamento familiar passou de 14% para as EMs e MSL/M em 2017 a 17% para as EMs e 18% para MSL/M em 2018. Ademais, os dados das entrevistas de saída mostram que os clientes adolescentes tiveram uma experiência positiva dos serviços recebidos em MSI. A maioria recomendaria nossos serviços MSI a um amigo ou a um membro da família

(96% no Burkina Faso, 100% no Níger, 97% no Mali e 94% no Senegal). Também mostram que o aconselhamento recebido pelos clientes adolescentes era da mesma qualidade que o recebido pelos outros clientes. A maioria (80% ou mais) dos adolescentes de cada país beneficiou de um aconselhamento que respondeu aos critérios do índice de informação do método FP2020 (que determinam em que medida as mulheres e as jovens receberam informações específicas no momento em que recebiam serviços de planeamento familiar).

Conclusão:

MSI trouxe mudanças estruturais e investimentos significativos para colocar o adolescente no centro do nosso trabalho. Nossos resultados mostram que, apesar de não ter uma solução milagre para alcançar os adolescentes, com os recursos adequados, uma visibilidade sobre os indicadores-chaves, uma vontade colectiva, um engajamento organizacional, bem como um engajamento em documentar e partilhar as lições aprendidas, é possível realizar uma adaptação original e inovadora para alcançar os adolescentes em grande escala.

Recomendação

No Sahel, se quisermos melhorar a acessibilidade aos serviços de SSR para adolescentes e assegurar sua qualidade, é importante antes de tudo recorrer a abordagens multidimensionais. Através das diferentes estratégias utilizadas pelas equipas móveis e das Marie Stopes Ladies/Mens de MSI, emergem várias lições-chaves:

- A pesquisa foi essencial para compreender as necessidades e os comportamentos dos adolescentes, nos quatro países do Sahel, e para orientar e readaptar as estratégias de prestação de serviços e de mudança sócio comportamental;
- Os canais de prestação de serviços existentes podem ser adaptados, concentrando a oferta de serviços onde há necessidades mais elevadas para alcançar os adolescentes.

As parcerias a nível nacional e a nível dos distritos de intervenção são importantes para alcançar alguns segmentos de adolescentes e criar um ambiente favorável.

AP2 : Saúde Materno-infantil na República da Guiné-Bissau – Do planeamento estratégico aos indicadores

Autor : Cátia Sá Guerreiro, Paulo Ferrinho, Patrícia Carvalho, Zulmira Hartz

Introdução:

Considerado em 2018 o 16º país mais frágil de mundo, a República da Guiné-Bissau (RGB) é um Estado marcado por situações de instabilidade política e institucional, apresentando uma economia frágil com franca dependência da comunidade internacional. Cerca de 90% do financiamento do setor da saúde é garantido por parceiros de cooperação. Apesar do desempenho desfavorável para a maioria dos indicadores de saúde, a RGB apresenta progressos significativos na redução da mortalidade neonatal, infantil e da criança, relativamente a países comparáveis da África Ocidental, África Subsaariana ou Países de Baixa Renda. O Planeamento Estratégico em Saúde (PES) é uma realidade na RGB, vigorando o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III (PNDSIII-2018-2022), documento que define a estratégia nacional de saúde do país. O POPEN tem sido o documento estratégico/orientador para os intervenientes em saúde materno-infantil (SMI) na RGB. Iniciativas como PIMI e Programa H4+ nascem no seu encaixe. Estão disponíveis relatórios de avaliação da implementação de planos e programas. Tivemos por objetivo compreender a evolução dos indicadores de SMI da RGB enquadrando-a no contexto de fragilidade do Estado, relacionando-a com o apoio recebido de parceiros e com a crescente aposta em avaliação enquanto estratégia de PES útil para a tomada de decisão.

Metodologia:

Em primeira instância analisámos os documentos de PES da RGB, de 1998 a esta parte, e realizámos uma meta-avaliação do PNDS, recorrendo a análise de conteúdo dos PNDS II e III e dos documentos de avaliação de implementação dos PNDS I e II, procurando verificar a utilização dos dados de avaliação em posteriores processos de planeamento. Na mesma dinâmica foram analisados os documentos estratégicos em SMI e seus relatórios de implementação. Realizámos onze entrevistas semiestruturadas a atores chave em PES e SMI na RGB, procedendo à análise de conteúdo dos dados obtidos, permitindo a leitura contextual dos resultados da meta-avaliação.

Resultados:

Verificámos que os resultados das avaliações da implementação do PNDS são utilizados em planeamento sequente. Porém até 2017, em

matéria de SMI, várias iniciativas surgiram, diversos programas, uma vasta rede de atores interagiram de forma pouco articulada entre si e com o Ministério da Saúde Pública da RGB. Assistiu-se em matéria de SMI a uma tensão entre programas verticais e a tentativa de ter uma estratégia nacional, resultando esta tensão da política de financiamento. Apurámos que o processo de redação do PNDS III partiu de dados de avaliação de implementação do PNDS anterior e de contextualização/análise de situação atual em saúde vivida no país. O novo plano espelha um alinhamento com as diretrizes internacionais para a saúde e com as estratégias dos parceiros financiadores. Os Programas Verticais e os Programas Prioritários estão incluídos. A justificação para a evolução dos indicadores de SMI parece refletir mecanismos de adaptação interna destacando-se a resiliência e o capital social da sociedade guineense. Sendo a resiliência um processo transformador construído sobre a fortaleza inata dos indivíduos, das comunidades e instituições, para prevenir e reduzir os impactos, bem como para aprender com a experiência, pode estar na origem de um empenho por exemplo na prevenção/promoção da saúde difundidas pelos programas em SMI. O capital social parece ter fomentado o desenvolvimento de redes sociais que contribuíram para responder às necessidades de saúde da população, sendo um ponto de partida para a edificação de espaços e ambientes mais saudáveis, fomentando o desenvolvimento comunitário, com impacto na SMI.

Conclusão:

A prática da avaliação, ainda que motivada por exigências de financiadores, demonstrou ser uma estratégia impactante no processo de PES. O PNDS III é um exemplo de boa-prática no domínio político-estratégico na medida em que expressa uma tentativa de ajuste das agendas dos financiadores dos Programas e do Governo, no sentido de um alinhamento com reflexo em ganhos em saúde. Esta tentativa de convergência faz-se sentir de forma ativa na atual fase de implementação do PIMI II. Os processos adaptativos resiliência e capital social relacionar-se-ão com a evolução favorável dos indicadores de SMI, devendo ser considerados ao falar de desenvolvimento.

Recomendação:

Na implementação de Programas/projetos em SMI, recomendamos que não se aligeirem esforços de adequação ao PNDS III, na medida da convergência de agendas, tendo sempre o foco nos ganhos em saúde. Recomendamos ciclos mais curtos de PES/implementação e a descentralização do mesmo, acompanhados de intensa monitoria, podendo garantir uma oportunidade para que a coordenação e liderança do Governo, mesmo perante forte dependência externa, emergjam. Poderão ainda potenciar a adoção/correção de estratégias/orientações que respondam de forma mais adequada às necessidades do país em SMI. Na implementação dos Programas/projetos em SMI sugerimos a consideração das características culturais e a adequação estratégica aos indivíduos/instituições, nunca descurando a influência do contexto para os ganhos em saúde. Finalmente, incentivamos a prática da avaliação da implementação de programas/projetos em SMI, olhando as avaliações como empreendimentos complexos profundamente influenciados pelo contexto, potenciando a utilização dos resultados da avaliação, no sentido de fundamentar decisões e/ou promover ações.

APRESENTAÇÕES EM CARTAZ

Parceria público-privada e TICs na melhoria da Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

BE3 : Parcerias e Fortalecimento de Sistemas para reduzir as mortes precoces de recém-nascidos – A Experiencia da Saving Mothers Giving Life (Salvando Mães Dando a Vida)

Autor: Oluwayemisi Femi-Pius

Introdução:

Globalmente, 3,3 milhões de natimortos ocorrem e mais de 4 milhões de recém-nascidos morrem nos primeiros 28 dias de vida todos os anos. O Cross River State (CRS) na Nigéria tem uma taxa de mortalidade neonatal estimada em 120 por 1000 nados vivos. Esse número é muito superior à média nacional de 37 por mil nados vivos. A iniciativa SMGL (Saving Mothers Giving Life) avaliou 812 unidades de saúde no CRS com vista a identificar a prontidão das unidades de saúde para fornecer serviços de saúde materna e neonatal abrangentes e integrados, incluindo serviços de emergência obstétrica e cuidados com o recém-nascido (EmONC). As conclusões da avaliação da unidade

de saúde revelaram uma TMM de 872/100.000 nados vivos e TMN de 160/1000 nados vivos. Apenas quatro por cento das unidades de saúde pesquisadas realizaram todas as funções básicas de sinalização de emergência em serviços obstétricos e neonatais. Sessenta por cento dos funcionários eram assistentes de parto especializados e a maioria não tem capacidade para fornecer serviços em escala real, incluindo reanimação neonatal. Menos de 5% das instalações avaliadas tinham equipamento funcional de reanimação neonatal. Os dados iniciais recolhidos nas 97 instalações apoiadas pela SMGL revelaram morte perinatal alta de 58/1.000 nados vivos

Metodologia:

A Iniciativa SMGL no CRS está a formar parcerias com várias partes interessadas para melhorar os resultados de saúde materna e neonatal. Existe colaboração com o Ministério da Saúde do CRS e com a Agência de Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primário do CRS para coordenar as intervenções da SMI e realizar uma supervisão regular de apoio às instalações. Há uma parceria com a Sociedade Nigeriana de Medicina Neonatal (NISONM) para formar prestadores de cuidados de saúde em cuidados essenciais ao recém-nascido, incluindo ajudar os bebés a respirar. A iniciativa também faz parcerias com organizações comunitárias para gerar a demanda, sensibilizando as partes interessadas da comunidade sobre a preparação para o parto e preparação para complicações. Há reuniões regulares de revisão para avaliar os resultados dessas várias parcerias.

Resultados:

Há uma melhoria na apropriação e coordenação do governo estadual das actividades de SMI no estado, conforme evidenciado pela CRSMOH reactivando as reuniões do fórum de parceiros e o Comité Técnico Principal da RMNCH no estado. A parceria também levou ao estabelecimento de comités de resposta à vigilância da mortalidade materna e perinatal a nível estadual (MPDSR) para rever mortes maternas e perinatais evitáveis, com o Estado criando uma linha orçamentária para a sua sustentabilidade. A Sociedade Nigeriana de Medicina Neonatal, do CRS ofereceu neonatologistas voluntários para apoiar a qualidade do atendimento nas instalações do estado. O CRSMOH está em processo de assinatura do MdE com a sociedade para usar as instalações do estado como locais de colocação rural para residentes. As parcerias a nível comunitário resultaram num sistema de transporte de emergência gerido pela comunidade para mulheres grávidas - mais de 700 mulheres grávidas foram transferidas para unidades de saúde por motoristas voluntários. Devido à melhoria da capacidade de mais de 300 profissionais de saúde em Serviços Obstétricos de Emergência e Serviços Essenciais do Recém-Nascido no Cross River State, a taxa de uso de partograma na monitorização do trabalho do parto e do parto em si, é actualmente de 78% comparada à referência inicial de 15% em 2015. Isto ajudou a identificar prontamente os casos de trabalho de parto prolongado/obstruído e a realização de intervenções cirúrgicas oportunas para salvar vidas de mães e evitar natimortos. Todas as instalações apoiadas têm saco e máscara neonatal funcional e 98% dos recém-nascidos asfixiados são ressuscitados com sucesso ao nascer, em comparação com 15% no início do estudo. Em 3 anos, a iniciativa alcançou 24% (44) de redução na alta taxa de mortalidade perinatal institucional por período de referência institucional de 58/1.000.

Conclusão:

A iniciativa SMGL demonstrou que a colaboração e a parceria com todas as partes interessadas relevantes na saúde materna e neonatal, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde, são essenciais para prevenir a morte prematura de recém-nascidos. Há a necessidade de colaboração intra e inter-sectorial com vista a melhorar os resultados do recém-nascido. O papel do governo na coordenação de todas as parcerias relacionadas, também promove a apropriação e a sustentabilidade. A revisão regular para monitorizar e avaliar os resultados de várias parcerias, permitirá o feedback e o fortalecimento adicional das parcerias em andamento.

Isto é evidenciado pela CRSMOH iniciando o processo de assinatura de um MdE com o Hospital Universitário de Calabar para usar os hospitais estaduais como locais de colocação rural para pediatras residentes, incluindo neonatologistas.

Recomendação

A fim de sustentar os resultados positivos dessas parcerias, existe a necessidade de o governo do Cross River State continuar com uma forte coordenação de todas as partes interessadas relevantes. A necessidade de assegurar que o lado da demanda e da oferta de serviços de saúde do recém-nascido seja continuamente fortalecido, não pode ser suficientemente enfatizada. As parcerias com organismos profissionais como o NISONM são vitais para garantir a qualidade do atendimento a nível das instalações, especialmente porque actualmente existe um recurso humano significativo para as lacunas de saúde nas unidades de saúde do CRS. Deve haver esforços contínuos para explorar outras parcerias relacionadas dentro e fora do sector de saúde, com o intuito de melhorar ainda mais os resultados de saúde do recém-nascido. As revisões regulares para monitorizar e avaliar os dados e resultados, informarão uma decisão sólida afim de promover resultados de saúde recém-nascidos.

BE4: Uma Parceria Público-Privada para a Programação Integrada: Pfizer e CARE**Autor: Dr. Jimmy Nzau, Ghislaine Alinsato, Dora Curry, Erin Dumas, Alfred Makavore****Introdução:**

A integração efectiva do planeamento familiar (PF) e os serviços de imunização de rotina, mostrou o potencial de fortalecer a prestação e a utilização dos serviços de planeamento familiar e vacinação, entretanto, são necessárias mais evidências para entender completamente o impacto da abordagem de integração. Os serviços de imunização encaminham, normalmente, as mulheres aos serviços de PF durante as visitas de vacinação de rotina para as crianças. Os esforços para aumentar a adesão aos serviços de PF são destinados principalmente às mulheres no período prolongado pós-parto. Enquanto as gestações estreitamente espaçadas aumentam os riscos de morbilidade e mortalidade para mães e filhos, a pesquisa mostrou que nos países em desenvolvimento, dois terços das mulheres nesse grupo têm uma necessidade não atendida de PF (Guttmacher 2001). Também é verdade que as mulheres no período pós-parto prolongado entram em contacto mais frequentemente, com o sistema de saúde para cuidados pós-natal e infantil, abrindo assim, oportunidades de intervenção. Este resumo explora como o modelo de prestação de serviços integrados, afecta a aceitação e a qualidade da prestação de serviços. Ele vai mais longe, identificando os elementos dentro do sistema de saúde que facilitam ou dificultam o sucesso da integração de serviços, usando os nossos resultados na qualidade do aconselhamento, conclusão de referências e percepções do prestador, bem como resultados na imunização e uso de PF.

Metodologia:

A CARE Benim/Togo está actualmente a implementar o projecto VIVO! financiado pela Pfizer Foundation em 20 instalações de saúde no sudeste do Benim, em colaboração com as autoridades sanitárias. O projecto encaminha as mulheres para visitas de PF no mesmo dia da visita de vacinação de rotina das crianças. A abordagem consiste em mensagens educacionais em grupo, seguidas por encaminhamentos individuais sistemáticos e padronizados, usando materiais educativos e auxiliares de trabalho. Uma formação profunda sobre a prestação do PF e o processo de integração fortalecem o lado da oferta, enquanto o envolvimento da comunidade apoia o aumento da procura. Ao abordar as barreiras de oferta e demanda, a CARE e a Pfizer estão a melhorar a acessibilidade à contracepção e à imunização no Benim e desenvolvendo a base de evidências para abordagens integradas.

Resultados:

Para ajudar a criar um ambiente de apoio, a CARE Benim através do projecto VIVO! formou facilitadores e convocou sessões de diálogo em grupo onde os membros da comunidade, líderes comunitários e prestadores de cuidados de saúde puderam colocar questões, identificar desafios e oportunidades de colaboração e criar confiança, ao mesmo tempo que dissipavam mitos e equívocos sobre o uso de contraceptivos ou imunizações. Isso resultou na viabilização da integração do PF/ Imunização na área do projecto, usando um processo participativo que exige muito tempo e envolve activamente as partes interessadas - com prioridades potencialmente competitivas - em todos os níveis. Além disso, o modelo de integração desenvolvido, também resultou no aumento da adesão ao PF e uma maior proporção de encaminhamentos de imunizações entre os novos usuários de PF, sem influenciar negativamente os serviços de imunização. Desde a criação do projecto até o momento, mais de 50.000 crianças foram vacinadas e mais de 32.000 mulheres foram expostas a informações contraceptivas por meio de aconselhamento. O número de novos usuários de PF mais do que dobrou, com mais de 6.000 mulheres iniciando um novo método moderno de PF. A maioria das mulheres escolheu métodos reversíveis altamente eficazes e de acção prolongada, que tinham sido difíceis ou impossíveis de acessar no passado. Os locais do projecto experimentaram um forte aumento na proporção de novos usuários de PF que declararam os serviços de imunização como sua fonte de referência.

Conclusão:

O modelo de integração do Projecto HIN NOU VIVO! tem se mostrado viável na área do projecto no sudeste do Benim. Uma vez que a maioria das mulheres que frequentam os serviços de vacinação infantil são mulheres no período pós-parto prolongado, o modelo de integração parece estar a atingir esta população vulnerável - que muitas vezes experimenta níveis particularmente elevados de necessidades não satisfeitas de contracepção - com mensagens e serviços de PF em geral, em vez de concentração específica no PF. Embora esses resultados iniciais sejam encorajadores, até o momento, tem sido difícil monitorizar a exactidão do rastreamento de encaminhamentos, que parece estar subnotificando os encaminhamentos para os serviços de PF.

Recomendação

Embora já existam evidências convincentes que mostram um aumento acentuado na adesão de PF com uma maior proporção de encaminhamentos de imunizações entre os novos usuários de PF sem afectar negativamente os serviços de imunização, ainda é um desafio

para o projecto monitorizar efectivamente a precisão do rastreamento de referência que parece estar subnotificando as referências aos serviços do PF. Em reconhecimento a este facto, recomenda-se a realização de novas pesquisas para avaliar criticamente a fidelidade do modelo de integração no terreno, bem como a contribuição de diferentes elementos do projecto para os resultados. Ao fazer isso, uma compreensão clara será estabelecida sobre quais os modelos e componentes dessa abordagem funcionam em diferentes contextos de recursos escassos.

BF6: YouthConnect

Autora: Denise Epiphany Haba, Céce Jonas Haba

Introdução

Com o objectivo de promover os direitos em saúde sexual e reprodutiva, uma nova iniciativa chamada Youth Connect foi criada pelo Conselho Executivo Regional da Federação Internacional para o Planeamento Familiar (IPPF) África, visando promover a utilização dos meios de comunicação social pelos jovens em África. Considerando as recomendações do Conselho Executivo Regional, o YouthConnect tem como principal objectivo apoiar os esforços de reprodução e de melhoria das experiências existentes da promoção dos Direitos em Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR), através das redes sociais.

De acordo com essa recomendação, o Youth Connect apoiou apenas os Projectos que visam reproduzir e melhorar uma parte ou a totalidade das práticas apresentadas, contribuindo para os objectivos da iniciativa supracitados.

Neste sentido, o Movimento de Acção dos Jovens (MAJ) da Guiné-Conacri preparou um projecto para participar da seleção, cuidando em mencionar as coordenadas do Membro MAJ, líder na implementação, e do ponto focal MAJ, para fornecer as informações suplementares sobre o projecto.

Na execução desse projecto, o MAJ da Guiné-Conacri faz inovações nos meios de comunicação social.

Metodologia

A equipa de gestão do projecto era composta apenas de jovens, com a definição dos papeis e responsabilidades claramente divididas. Um plano de comunicação era elaborado mensalmente para determinar os tópicos de discussão para cada período e para cada plataforma. Formamos os jovens em Direitos sobre a saúde sexual e reprodutiva e sobre a utilização dos meios de comunicação social para administrar dois grandes grupos de discussão WhatsApp, o grupo Facebook e a conta tweeter, criada através de várias actividades descritas no projecto. Reuniões mensais eram organizadas para a avaliação das actividades.

Principais resultados

Na implementação do projecto, vários resultados foram obtidos:

- 20 000 Adolescentes e jovens receberam mensagens sobre os Direitos em Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR), através das redes sociais e isto resultou em um aumento do número de jovens que frequentam o centro de jovens BlueEcoule, da BlueZone de Kaloum, através das referências durante as discussões e os contactos nas publicações;
- Um grupo Facebook e 2 grupos WhatsApp foram criados e 2 000 pessoas adicionadas para discussões e debates centrados em várias temáticas em DSSR, a partir das 20h, todos os dias, o que nos permitiu compreender e identificar, durante as discussões, os problemas de informação aos quais os jovens são confrontados, através das inúmeras perguntas feitas durante os debates;
- Uma conta tweeter foi aberta com 1000 inscritos que seguem, para publicações e retweets, as actividades do MAJ, da Associação Guineense para o Bem-Estar Familiar (AGBEF), da Federação Internacional para o planeamento familiar e Youth Action Mouvement (Yam) África sobre o planeamento familiar, as IST/VIH/SIDA, as Mutilações Genitais Femininas, o casamento precoce, a higiene corporal, a sexualidade precoce...
- 10 Jovens foram identificados e formados sobre as DSSR e a utilização das redes sociais (WhatsApp, Facebook e conta tweeter criadas) para constituir a equipa de projecto e administrar os grupos WhatsApp, a conta Facebook e a conta tweeter.
- 3 Campanhas de advocacia em linha voltada para os decisores, visando a gratuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de planeamento familiar. Isto teve um importante papel no engajamento assumido pelo Ministro da

Saúde em iniciar o processo de gratuidade dos produtos contraceptivos, durante a 6ª Reunião anual da Parceria de Ouagadougou;

- 6 Tweet-up foram organizados para perguntas e respostas sobre as temáticas de DSSR e mensagens são publicadas sobre as actividades do MAJ, da Associação Guineense para o Bem-Estar Familiar (AGBEF) e a participação nas actividades da Federação Internacional para o Planeamento Familiar e Youth Action Movement (Yam) África;

Facebook

- Página do MAJ: <https://www.facebook.com/groups/1885411888398714/?ref=bookmarks>
- Página da AGBEF: https://www.facebook.com/agbeippfra/?ref=aymt_homepage_panel

Grupo de discussão no WhatsApp

- Informações Saúde Adolescentes – jovens: <https://chat.whatsapp.com/GhGsooF0aH3mSDh6BTZiS>
- Sexualidade Responsável: <https://chat.whatsapp.com/3a28Nf0gyj183IEynYiukt>

Tweeter

- Conta Tweeter MAJ: https://twitter.com/majguinee_ssr
- Conta Tweeter AGBEF: https://twitter.com/agbef_pf

Conclusão

Para concluir, a animação de nossos grupos whatsapp foi um sucesso para nós, ela acontece de 20h a 22h.

Na animação do grupo whatsapp temos um convidado por dia, que apresenta um tema. Esses convidados são jovens líderes, às vezes de outros países. Eles fazem apresentações como em uma conferência e em seguida passamos à fase de debates que é muito interessante. No dia seguinte, lançamos um assunto sem convidado, que chamamos de antena livre e, assim, todo mundo dá sua opinião, com outras palavras, um dia para um convidado e o dia seguinte para a antena livre.

Principais recomendações

Ao final da realização desse projecto, recomendamos:

- Perenizar o projecto e expandi-lo para alcançar muito mais jovens;
- Comprar tabletes para muitos jovens, a fim de reforçar a animação das plataformas;
- Incluir a publicação dos artigos nos blogs administrados pelos jovens;
- Fazer a cartografia das Organizações Não Governamentais (ONG) de jovens a nível nacional e fazer a promoção de suas acções nos meios de comunicação social.

APRESENTAÇÕES EM CARTAZ

Doenças não transmissíveis e a Saúde da Mãe, Recém-nascido, Criança, Adolescente e Juventude (SMNEAJ)

DE2: Fortalecimento Da Prestação De Serviços Para Mulheres Com Depressão Peri-Natal Nos Cuidados Primários: A Experiência Do Estudo Spectra

Autor: Bibilola Oladeji, Jibril Abdulmalik, Lola Kola, Olufemi Idowu, Oye Gureje

Introdução:

A depressão peri-natal é uma condição de saúde mental comum que ocorre entre as mulheres durante a gravidez e logo após o parto. A condição está associada a uma incapacidade considerável nas mães e um baixo crescimento e desenvolvimento dos bebés. Embora tratamentos eficazes estejam disponíveis, as mães afectadas raramente recebem o tratamento de que precisam, principalmente porque os principais prestadores de saúde são fracos na identificação de mulheres com a doença. Portanto, é útil explorar os constrangimentos que afectam a identificação da condição no cuidado materno primário, com vista a instituir soluções apropriadas para que as mulheres afectadas recebam os cuidados de que necessitam. A Nigéria tem menos de 500 psiquiatras servindo a sua população de mais de 160 milhões de pessoas; aumentando os cuidados de saúde mental exigirá o desenvolvimento e teste de métodos inovadores de administração de formação para os profissionais de saúde primários que geralmente são o primeiro ponto de contacto para a maioria das mulheres com depressão perinatal. Este estudo procurou explorar a detecção da depressão perinatal por ACSSP (Agentes Comunitários de Saúde de Saúde Primário) antes e após a formação dos mesmos, bem como explorar os efeitos da introdução de uma ferramenta de rastreio rápido (o Questionário de Saúde do Paciente de 2 itens (PHQ-2)) e reforço da formação com supervisões de apoio na detecção da depressão perinatal.

Métodos:

O SPECTRA é um estudo de implementação em 18 centros de cuidados primários da saúde (Centros de Cuidados Primários da Saúde) seleccionados em Ibadan, Nigéria. Um programa de formação em cascata foi usado para formar os profissionais da saúde (agentes comunitários de saúde, agentes comunitários de extensão e enfermeiros) na utilização do Guia de Intervenção da Saúde Mental da OMS (mhGAP-IG), uma ferramenta criada para auxiliar a prestação de cuidados de saúde mental por não especialistas. O conhecimento dos ACSSP sobre a depressão foi avaliado antes, imediatamente após e seis meses após a formação. As mulheres registadas que se candidataram a cuidados pré-natais eram consecutivamente avaliadas com a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) após terem sido atendidas pelo ACSSP e o registo da visita avaliada para documentação do diagnóstico de depressão.

Resultados:

Antes da formação inicial, os ACSSP identificaram apenas 1,4% de casos de depressão perinatal. Após a formação, as taxas de detecção melhoraram para cerca de 4,4% nas clínicas que não usaram as perguntas de triagem do PHQ-2 e 13,8% naquelas que usaram o PHQ-2. O conhecimento da depressão melhorou após a formação, mas houve um leve declínio nas pontuações seis meses após a formação (pontuação média pós-formação - $46,6 \pm 14,1$; imediatamente pós-formação - $61,4 \pm 12,7$) e 6 meses pós-formação - $58,2 \pm 12,4$). Apesar da triagem e da considerável retenção de conhecimento, as taxas de detecção permaneceram fracas após a primeira rodada de formações. Isso sugere que o conhecimento melhorado não se traduz necessariamente em uma melhor identificação. Após o reforço de formação, bem como o destacamento de uma supervisão estruturada de apoio, implementada duas vezes por mês pelos formadores, as taxas de detecção melhoraram para 51% nas clínicas PHQ-2. Nas clínicas não PHQ-2, onde havia apenas implementação de supervisão de apoio sem o reforço da formação, as taxas de detecção melhoraram para 9,0%.

Conclusão:

Factores múltiplos afectam a detecção adequada e o tratamento adequado da depressão perinatal. Embora a formação seja importante para melhorar o conhecimento dos prestadores, o uso de ferramentas de apoio e o fornecimento de supervisão de apoio são essenciais para melhorar a prestação de serviços de qualidade para mulheres com depressão perinatal.

Recomendações principais:

Políticas devem ser desenvolvidas para apoiar a formação de prestadores de cuidados maternos de primeira linha afim de melhorar a capacidade da prestação de cuidados efectivos a mulheres com problemas de saúde mental perinatais. A prestação de cuidados eficazes deve ser melhorada através da disponibilização de ferramentas de apoio clínico, tais como o PHQ-2, para rastreio, para auxiliar a identificação e também para garantir que haja apoio e supervisão clínica contínuos.

DE3: Alavancagem do capital social para integrar as actividades sensíveis à nutrição e específicas à nutrição para melhorar os resultados da nutrição no norte do Gana

Autor: Joseph Jutile Loiseau, Mariama Bogobire Yakubu, Yunus Abdulai, Joseph Ashong.

Introdução:

A prevalência da desnutrição em crianças menores de 5 anos permanece alta no Norte do Gana, com prevalência de baixa estatura, baixo peso e atrofia; 33,1, 20,0% e 6,3% respectivamente, em comparação com a prevalência nacional de 18,8%, 11,0% e 4,7% (DHS 2014). Os dados de relatórios rotineiros de informações de saúde indicam melhoria na região (DHIMS 2017), que, no entanto, é relativamente pequena em comparação com os níveis de recursos e esforços feitos por várias instituições como a USAID, UNICEF. De acordo com a Série Materna e Infantil da Lancet, para fazer o progresso necessário nos resultados nutricionais, é necessário adoptar uma abordagem multi-sectorial de programas de desenvolvimento específicos à nutrição e sensíveis à nutrição. A programação sensível à nutrição aborda os principais determinantes subjacentes da desnutrição. O projecto Resiliency in Northern Ghana (RING), é um projecto integrado de 5 anos financiado pela Iniciativa Feed the Future (FtF) da USAID e visa contribuir para os esforços do Governo de Gana, de redução da pobreza de forma sustentável e melhorar o estado nutricional de populações vulneráveis. As Associações de Poupança e Empréstimos da Aldeia, uma actividade chave de subsistência no âmbito do RING oferece a oportunidade de colocar em camadas, actividades agrícolas (soja, batata

doce com casca cor de laranja ou vegetais de folhas verdes), actividades de nutrição de Grupos de Apoio de Mãe-para-Mãe - GAMP, demonstrações culinárias ou recepções) ou outra actividade de subsistência (pequenos ruminantes, aves de capoeira).

Metodologia:

Uma VSLA é composta por 25 a 30 mulheres que contribuem para uma poupança semanal, discutem a administração de fundos, recebem empréstimos e pagam de volta. Duas mulheres de cada VSLA são formadas como facilitadoras de grupo pela Administração Distrital de Saúde (DHA) e Estabelecimento a qual pertence a comunidade, oferecendo às mulheres formação em C-IYCF. As líderes do grupo formadas tornam-se facilitadoras do GAMP, que por sua vez lideram as discussões dos tópicos IYCF durante as reuniões do GAMP que são realizadas após a reunião do VSLA. O pessoal de saúde e monitores de saúde a nível dos estabelecimentos, oferecem orientação técnica a esses grupos até que o grupo se torne funcional, geralmente após o período de 4 a 6 meses.

Resultados:

O objectivo da actividade do VLSA é garantir um impacto sustentável nas famílias vulneráveis aumentando a segurança alimentar, permitindo que as mulheres invistam em actividades geradoras de renda e apoiem as necessidades familiares, como alimentação suplementar, saúde, educação e coesão social mais forte nas comunidades. O objectivo do projecto RING é chegar a 100% dos VSLA, um total de 2874 VLSA em 1472 comunidades, com intervenções em camadas, como resultado 1723 GAMP foram formados, dos quais 15.122 mulheres alcançadas com videiras OFSP para o cultivo de OFSP. Além disso, 180.397 foram alcançadas com demonstração culinária e 10.918 alcançadas com a disseminação do vídeo de advocacia de nanismo e discussões por meio de abordagem do GAMP. Através dessa abordagem única, o conhecimento e a competência das mulheres nesses grupos foram aprimoradas para liderar as discussões do C-IYCF durante as reuniões do grupo, que também actuaram como reuniões da VSLA e ajudaram os membros a obter reconhecimento em suas várias comunidades e líderes comunitários.

A maioria dos grupos usou o conhecimento do C-IYCF adquirido durante as discussões dos GAMP para participar de projectos auto-iniciados com o apoio de líderes de opinião e membros da comunidade em geral. Essas actividades incluem os principais exercícios de limpeza, campanhas sobre a adaptação de práticas adequadas da IYCF através de visitas domiciliares e outras plataformas sociais, como cerimónias para receber um nome, funerais, entre outros, além de fornecer apoio a outras mulheres que são desafiadas a adoptar práticas positivas de nutrição e saúde e promover o uso de torneiras tipográficas (instalações de lavagem de mãos) em suas casas para melhorar as práticas de higiene.

Conclusão:

O posicionamento por camadas das actividades sensíveis à nutrição com actividades específicas de nutrição provou ser viável, aceitável para os beneficiários, uma abordagem eficiente e económica e sustentável para fortalecer a capacidade dos membros da comunidade de adoptar práticas positivas de nutrição, subsistência, saúde e saneamento. É visto como hipótese, a sobreposição da agricultura e subsistência com actividades de nutrição e Higiene e Saneamento da Água (WASH), produzirá melhor impacto sobre o estado nutricional de crianças menores de cinco anos de idade.

Recomendação

Com base nas evidências, esta abordagem fornece uma avenida para capacitar cuidadores através do desenvolvimento de capital social para garantir uma maneira mais abrangente de fornecer uma nutrição adequada para as famílias, é altamente recomendável que esta abordagem seja replicada em um ambiente semelhante ao de Região norte de Gana, pois tem a maior prevalência de desnutrição no país. O Serviço de Saúde do Gana (Ghana Health Service), como proprietário e utilizador desta abordagem, deve garantir a sustentabilidade através da prestação de apoio de qualidade. Esta plataforma é um caminho oportuno para se comunicar com os diferentes segmentos da população. Os líderes de grupos de apoio devem ser integrados nos serviços de extensão para expressar mais liderança e ganhar mais reconhecimento de seus pares.

DF4: Abordagem “World Health Organization Package of Essential Non communicable Disease” WOPEN: uma ferramenta de prevenção e de tratamento das principais DNT nos Centros de Saúde Periféricos

Autor: Houinato Dismand, Houehanou Corine; Mizehoun Carmelle; Amidou Salmane

Introdução:

As DNT são responsáveis por 68% das mortes no mundo (2012), das quais 80% ocorrem nos países pobres. Entre elas, mais de 40% eram mortes prematuras. As DNT provocam perdas económicas consideráveis e levam milhões de pessoas à pobreza.

No Benim, em favor do inquérito STEP de 2015, observou-se em sujeitos do sexo feminino os seguintes resultados:

- Uma prevalência de diabetes de 12,2%;
- Uma prevalência da hipertensão de 23,4%;
- Uma prevalência da obesidade de 10,1%;
- Uma prevalência do consumo do tabaco de 0,5%;
- Uma prevalência do consumo nocivo do álcool de 16,9%;
- Uma prevalência da prática insuficiente da actividade física de 18,7%;
- Uma prevalência do consumo insuficiente de frutas e legumes de 92,8%.

O plano da implementação da estratégia mundial visando prevenir e combater as Doenças Não Transmissíveis (DNT) foi aprovada pela Assembleia Mundial da saúde em maio de 2008. O objectivo 2 desse plano insiste na necessidade de criar políticas e planos nacionais para prevenir e combater as DNT.

Metodologia:

A fase piloto do WHO-PEN iniciou-se em 2009, em nove centros de saúde periféricos no sul do Benim. Essa fase aconteceu em 06 etapas:

- Etapa 1: Avaliação da capacidade dos CSP candidatos aos WHO-PEN
- Etapa 2: Formação dos formadores pela OMS Afro
- Etapa 3: Elaboração dos documentos
- Etapa 4: Formação dos agentes e disponibilização do material (glicómetro, medidor de altura, balança, tensiómetro, fita métrica)
- Etapa 5: Aplicação dos protocolos pelos agentes formados no terreno
- Etapa 6: Monitoramento

Resultados:

- De 2009 a 2015, a nível nacional, 21 zonas sanitárias foram cobertas das 34 presentes. A formação WHO-PEN permitiu alcançar 1022 participantes, incluindo 42 médicos e 980 paramédicos.
- De 2015 até a data, com o apoio de ENABEL, 9 zonas sanitárias de 9 onde 582 participantes foram formados. Entre eles, 81 são médicos e 501 são paramédicos.

Além dessas realizações, os módulos de formação foram revistos; 134 Centros de Saúde, com o apoio de ENABEL, foram equipados em 4 departamentos em glicómetro, balança, caudalímetro de ponta, câmara de inalação, monofilamento. A supervisão do WHO-PEN foi integrada ao plano de supervisão das equipas de enquadramento de zona.

Das supervisões realizadas, nota-se uma vontade da parte do pessoal de implementar os protocolos de tratamento. Todavia, os casos de diabetes são imediatamente encaminhados e não notificados nos registos dos centros de saúde. Reajustes serão feitos para tornar a ficha clínica mais completa, digesta e precisa.

Podemos tirar as seguintes lições, necessárias para uma boa implementação do WHO-PEN:

- Uma boa supervisão regular dos agentes formados;
- Uma alocação de recursos suficiente a nível das zonas sanitárias para incentivar um envolvimento das autoridades locais;
- Uma fidelização dos agentes formados aos seus postos;
- Uma formação de formadores locais;

Uma dotação dos centros de saúde periférica em material e equipamentos técnicos e sua renovação regular.

Conclusão:

O Benim foi o segundo país, após a Eritreia a implementar o WHO-PEN na região africana da OMS. Após uma fase experimental e da

expansão progressiva, fomos confrontados a algumas dificuldades que impedem a implementação dessa intervenção. Essa situação nos levou a rever nossa estratégia e a sugerir a necessidade de um bom apoio técnico e financeiro e, sobretudo, de uma boa supervisão formativa regular dos agentes formados.

Recomendação

As principais recomendações para assegurar a implementação da abordagem são:

- Reforçar a supervisão formativa do WHO-PEN, a nível da equipa de enquadramento de zona;
- Apoiar a mobilização de recursos financeiros BN e PTF para a regularidade da supervisão integrada;
- Fazer uma advocacia voltada para todas as partes envolvidas para a expansão a nível nacional do WHO-PEN;
- Fazer uma advocacia voltada para o governo para a fidelização dos agentes aos postos;
- Dotar as estruturas sanitárias, cujos agentes foram formados, em equipamentos padrões mínimos para o tratamento das DNT;
- Disponibilizar os medicamentos essenciais em todos os níveis da pirâmide sanitária, através de um bom sistema de informação e de gestão da logística.





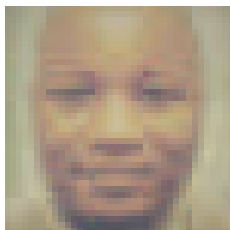

Canopy Walkway, Kakum National Park, Cape Coast





Facilitator and Keynote Speakers





Facilitator and Keynote Speakers at Plenary Sessions.

DESIGNATION / STATUT	BIO-PROFILES
Prof. Akinyinka OMIGBODUN	<div>  <p>Main Facilitator</p> <p>Professor Akinyinka O. Omigbodun was appointed Professor of Obstetrics & Gynaecology at the University of Ibadan, Nigeria in October 1997. His research interests include reproductive biology especially of female genital tract cancers, population and public health, and the education of healthcare professionals. He has been the recipient of many coveted international awards, including the Audrey Meyer Mars Fellowship of the American Cancer Society in 1992 and an award by the American Society for Reproductive Medicine for distinct contribution to science in 1996. He was the Provost of the College of Medicine, University of Ibadan from August 2006 until July 2010. He served in several key positions the West African College of Surgeons (WACS) before becoming the 28th President of WACS from 2015 – 2017.</p> <p>Professor Omigbodun was the Foundation Chairman of the Board of Management of the Consortium for Advanced Research Training in Africa (CARTA) and he is the current Chairman of the Regional Council for Health Professionals' Education, an organ of the West African Health Organization (WAHO). Nigeria's Osun State Government bestowed the State's Merit Award on him in September 2010, for his contributions to the Science and Practice of Medicine. He was elected a Fellow of the Nigerian Academy of Science (FAS) in 2012 and a Fellow of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists of the United Kingdom, ad eundem, in 2017. He has published over 130 scholarly articles and book chapters. He is the Editor-in-Chief of the <i>Proceedings of the Nigerian Academy of Science</i> and editorial adviser to several other journals.</p> <p>Email: omigbodun@yahoo.com</p> </div>
Prof. Irene Akua AGYEPONG Ghana Health Services Accra	<div>  <p>Main Key Note Speaker at Plenary Session 1 (Governance & Accountability)</p> <p>Irene A. Agyepong is a Public Health Physician with the Dodowa Health Research Center of the Research and Development directorate of the Ghana Health Service. She is also a member of the Public Health Faculty of the Ghana College of Physicians and Surgeons. She has previously been Regional Director of Health Services for the Greater Accra region of Ghana, District Director of Health Services in the Dangme West district and seconded full time to the University of Ghana School of Public Health by the Ghana Health Service in October 2012 for two years. She has been part time faculty in the School of Public Health since its foundation in 1994, in addition to providing field supervision to MPH students. She held the position of Professor to the Prince Claus Chair in Development and Equity (2008 – 2010) in the University of Utrecht, in the Netherlands. She was awarded the Arnold Kalunzy Distinguished Alumni Award 2008 by the University of North Carolina at Chapel Hill, Public Health Leadership program, School of Public Health.</p> <p>Dr Agyepong is currently a member of the Independent Advisory Committee (IAC) for the Global Burden of Disease. She has held various other national and international positions. She was the Chairperson of the Board of Health Systems Global (2012-2014), Member of the Council of Deans for the 1st and the 2nd Global Symposium on Health Policy and Systems Research and of the Advisory Group for the WHO Global Strategy for Health Systems Research. She was a member and subsequently Chair of the Scientific and Technical Advisory Committee (STAC) of the Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO Geneva as well as Chair of the Scientific Oversight Group (SOG) of the Implementation Research Platform (IRP), WHO, Geneva. Her research interests include Health Policy and Systems.</p> <p>Email: irene.agyepong@gmail.com</p> </div>


<p>Namoudou KEITA, West African Health Organization(WAHO) Bobo-Dioulasso, Burkina Faso</p>	<div data-bbox="574 254 802 484"></div> <p>Introduction at Plenary Session 1 (Governance & Accountability)</p> <p>Dr. KEITA Namoudou is in charge of Primary Health Care and Health Systems Strengthening at WAHO from 2008 to date. He holds a postgraduate diploma in Public Health and Social Medicine and has a Master's degree in Biological and Medical Sciences and DEA. He has 30 years of experience in primary health care, clinical and managerial capacity building including leadership and governance, promotion of implementation research, health promotion, community-based interventions and quality insurance and patient safety. He is currently coordinating the process of ECOWAS Best Practices Forum in Health since 2013. Email: nkeita@wahooas.org</p>
<p>USAID's HEARD Project</p> <p>Stefano Bertozzi</p> <p>&</p>	<div data-bbox="574 691 802 920"></div> <p>Key Note Speaker at Plenary Session 2 (Governance & Accountability)</p> <p>Stakeholders' commitment in the establishment of priorities in science and research implementation.</p> <p>Stefano Bertozzi, Dean Emeritus, Professor, School of Public Health University of California, Berkeley: Dr. Bertozzi is Dean Emeritus and Professor of health policy and management at the UC Berkeley School of Public Health and serves as co-chair of the Health Working Group for the UC–Mexico Initiative and co-editor of the Disease Control Priorities (DCP3) volume on HIV/AIDS, Malaria & Tuberculosis. Previously, he directed the HIV and tuberculosis programs at the Bill and Melinda Gates Foundation. Dr. Bertozzi worked at the Mexican National Institute of Public Health as director of its Center for Evaluation Research and Surveys. He was the last director of the WHO Global Programme on AIDS and has also held positions with UNAIDS, the World Bank, and the government of the DRC. He is a member of the National Academy of Medicine. He holds a bachelor's degree in biology and a PhD in health policy and management from the Massachusetts Institute of Technology. He earned his medical degree at UC San Diego, and trained in internal medicine at UC San Francisco.</p>
<p>Maeve MCKEAN,</p>	<div data-bbox="574 1333 802 1563"></div> <p>Maeve McKean, Senior Policy Advisor, Center for Immigrant, Refugee and Global Health at City University of New York (CUNY), USAID's Health Evaluation and Applied Research Development (HEARD) Project: Maeve McKean, JD, MSFS, is the Senior Policy Advisor for the USAID Health Evaluation and Applied Research Development (HEARD) Project and a Distinguished Lecturer at the City University of New York's School of Public Health. A human rights lawyer, she previously she served as the Senior Advisor to the Assistant Secretary for Global Affairs at the U.S. Department of Health and Human Services where she was the office's lead on human rights policy issues, including women and children's health and LGBT health, as well as the agency lead on the Health Data Collaborative. Serving as the first ever Senior Advisor for Human Rights at the State Department's Office of the Global AIDS Coordinator Maeve was the primary lead for prioritizing human rights within the US Government's six billion dollar PEPFAR program. Maeve graduated from Georgetown University where she received a joint degree from Georgetown in International Law as well as a Master's Degree from the Walsh School of Foreign Service. After law school she spent a year as a legal fellow through the Ford Foundation and Georgetown's Women's Law and Public Policy Fellowship Program working to secure reproductive rights for HIV-positive women. Before returning to graduate school, Maeve worked for U.S. Senator Dianne Feinstein both in her regional office in San Diego as well as on Capitol Hill. She was a Peace Corps Volunteer in Mozambique. Email: mmckean@URC-CHS.COM ; dcharlet@URC-CHS.COM</p>

<p>Mario FESTIN, WHO</p>	 <p>Key Note Speaker at Plenary Session 3 (Governance & Accountability - Task Shifting/Sharing)</p> <p>Dr. Mario Philip R. Festin is a medical officer at the Human Reproduction Team of the Department of Reproductive Health and Research at WHO. He is an obstetrician- gynaecologist, with additional graduate degrees in Clinical Epidemiology and Health Professions Education. He was previously Executive Director of the National Institutes of Health Philippines, Vice Chancellor of the University of the Philippines Manila, and Assistant Director for Health Operations at the Philippine General Hospital. Email: festinma@who.int</p>
<p>Rodrigue NGOUANA</p> <p>Partenariat de Ouagadougou Dakar; Sénégal</p>	 <p>Key Note Speaker at Plenary Session 3 (Governance & Accountability - Task Shifting/Sharing)</p> <p>Rodrigue NGOUANA, est le Directeur Technique de l'Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou. Entièrement dévoué à l'amélioration du bien-être des populations en Afrique, M. NGOUANA considère les partenariats et le partage d'expériences comme des maillons essentiels dans ce travail.</p> <p>Il s'efforce à promouvoir la création des alliances collaboratives parmi un large éventail de partenaires, d'organisations et de gouvernements, afin de surmonter les défis majeurs auxquels font face les pays africains. Il cumule plusieurs années d'expérience en Afrique centrale et en Afrique de l'ouest dans la coordination, le développement des collaborations, le plaidoyer et la mobilisation de ressources pour des programmes de santé sexuels et droits reproductifs et toute particulièrement la planification familiale.</p> <p>Il est économiste démographe de formation et possède un Master en Economie Conseil et Gestion Publique de l'Université de Rennes 1 en France. Email : rngouana@intrahealth.org</p>
<p>Simtokina N'GANI, Ministry of Health, Togo</p>	 <p>Key Note Speaker at Plenary Session 3 (Governance & Accountability - Task Shifting/Sharing)</p> <p>Expert in Reproductive Health and Family Planning; Manager of Health Projects; Head of Family Planning Section at DSMIPF; Focal Point of the Ouagadougou Partnership in Togo.</p>
<p>Asa CUZIN-KIHL, WHO</p>	 <p>Key Note Speaker at Plenary Session 3 (Governance & Accountability - Task Shifting/Sharing)</p> <p>Åsa is a Technical Officer from the WHO's RHR Department, where she has worked during the past 19 years first to develop the WHO Reproductive Health Library (RHL), conducting workshops on Evidence-based Decision-Making in Reproductive, Implementing Best Practices Initiative, country capacity building activities, involved in implementation and operations research projects. She holds a postgraduate diploma in public health from the University in Geneva, Switzerland and a Diploma in Human rights. Email: cuzina@who.int</p>

<p>Séni KOUANDA, (MD, PhD) (Institut de Recherche en Sciences de la Santé – IRSS Ouagadougou)</p>	 <p>Key Note Speaker at Plenary Session 3 (Governance & Accountability - Task Shifting/Sharing)</p> <p>Medical epidemiologist, senior researcher, head of the public health department of the “Institut de recherche en sciences de la santé” (IRSS), Kaya Health and Demographic surveillance system (Kaya HDSS) site leader, professor of epidemiology and deputy director of “Institut Africain de Santé Publique” (IASP), EDCTP senior research fellow. Email: skouanda@irss.bf</p>
<p>Mr. Mbaye Khouma SYLLA</p> <p>Consultant</p>	 <p>Key Note Speaker at Plenary Session 4 (Public Private Partnership & IT)</p> <p>Mbaye Khouma est Ingénieur d'Agronomie Tropicale diplômé de Sup Agro/Montpellier. De retour au Sénégal, il a travaillé au Ministère des Eaux et Forêts dans la Fixation des dunes du littoral Nord entre Dakar et St Louis (Kayar-Lompoul)</p> <p>A la suite de son MBA obtenu au CESAG de Dakar, il fait une riche carrière de plus de 25 années, dans la gestion d'entreprise au sein des grandes multinationales que sont Nestlé, Coca-Cola et Airtel. Stratège reconnu, il a exercé ses talents dans tous les domaines du marketing, passant des produits de grande consommation au marketing social, marketing politique et le marketing des pays pour la promotion du tourisme et des Investissements privés. Reconverti consultant, il s'est concentré au cours des 5 dernières sur le Partenariat Public Privé (PPP) dans le domaine des infrastructures et des services aux usagers notamment dans le domaine des systèmes de santé</p>
<p>Gloria Quansah Asare Ghana Health Service</p>	 <p>Speaker at Plenary Session 4 (Public Private Partnership & IT)</p> <p>Deputy Director General, Ghana Health Service Dr. Gloria Quansah Asare (BSc. Human Biology, MB, ChB, MPH, Dr.PH, FGCPs) is a Medical Doctor; a Public Health Consultant and currently the Deputy Director-General of the Ghana Health Service. She has extensive experience in Programme Management and research and is a passionate advocate for Reproductive Health/Family Planning, Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health (RMNCAH), Nutrition and Women & Development. She was the first Director of the Family Health Division; and prior to that the National Programme Manager for Family Planning and Expanded Programme on Immunization and Control of Diarrheal Diseases (EPI/CDD) programmes of the Ghana Health Service. She is a Foundation Fellow (Public Health Faculty) of the Ghana College of Physicians & Surgeons, and former Deputy Head of Population, Family & Reproductive Health Department, University of Ghana School of Public Health. She served as a Member (Global South Representative) of the Reproductive Health Supplies Coalition Executive Committee (2013 -2017). She is adjunct lecturer at the Ensign School of Public Health, Ghana.</p>
<p>Temitayo Erogbogbo MSD for Mothers</p>	 <p>Speaker at Plenary Session 4 (Public Private Partnership & IT)</p> <p>Temitayo has two decades of combined private sector and international development experience, 10 years of which was spent in the pharmaceutical industry in multiple roles that included community relations, government affairs, marketing, and sales. As the Director of Advocacy, Tayo is responsible for developing and strategically directing Merck for Mothers' program engagement in advocacy initiatives. He contributed to the development of the Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health 2016 -2030.</p>

Arinze Awiligwe Concept Foundation	 <p>Speaker at Parallel Session (Public Private Partnership & IT)</p> <p>Arinze has years of experience in clinical and regulatory pharmacy practice combined with international project management in development contexts where he has worked on projects to bridge the gap between academic discourse, private interests and public policy to improve access to medicines through programs, advocacy and innovations. He holds Pharmacy qualifications from the University of Lagos and Global Health qualifications from the Institute of Global Health of the University of Geneva in Switzerland. He currently supports the African portfolio for Quality of Maternal Health Medicines at Concept Foundation in Geneva.</p>
	<p style="text-align: center;">KNOWLEDGE CAFE</p>
Ginette Hounkanrin, E2A/Pathfinder	 <p>Ginette is a medical doctor specialized in Population and Health. Over the last 12 years, she has been working on integrating AYRSH and SRH/FP within MCH programs providing technical assistance to CSOs and Governments. She joined E2A/Pathfinder since May 2017 as Senior. Youth Advisor.</p>
Sheila Mensah Senior Communications, Monitoring and Evaluation Advisor	 <p>Sheila is the primary contact for communications in the Regional Health Office, responsible for disseminating results, information and narratives about health interventions in West and Central Africa, using tools such as the health quarterly she founded, ParlerHealth. She also manages the office's flagship regional capacity building agreement with the West African Health Organization and its evaluation and research contract with International Business & Technical Consultants, Inc. Previously, she held positions and consultancies in the private sectors of the USA and Ghana. She holds a Bachelor of Science in Chemical Engineering from the University of Pennsylvania and a Master of Business Administration from the University of Cincinnati.</p>
Matié YANOGO, Coordonnateur de Projet à MSBF.	 <p>A health attaché in nursing and obstetrics and holder of a master's degree in project management, Matié has been the coordinator of the project delegating tasks in the field of family planning to Marie Stopes Burkina Faso since January 2017. He has more than 18 years of experience in public health. He has worked at the community level, in the management teams of employees of peripheral public structures. He has experience in both the public and private sectors, particularly in maternal and neonatal health.</p>
Anne TAIWO, Research, Metrics and Evaluation Manager at Marie Stopes International Organization Nigeria	 <p>Anne Taiwo has been RME Manager at MSION since June 2015. Prior to that she worked for over ten years as a Senior Research Officer for the Association of Reproductive and Family Health. She has a PhD in Public Health from the University of Atlanta and an Msc in Health Geography from the University of Ibadan.</p>
Elise Petitpas, Equilibres & Populations	 <p>Elise has about 10 years of experience as a human rights and women's rights advocate in different settings, including at European and Africa level. As Innovation and Advocacy Expert for Equilibres & Populations, she works with Francophone West Africa CSOs in building, implementing and monitoring innovative social mobilisation and advocacy projects on adolescent and youth SRHR.</p>

<p>Mariam Diakité, Conseillère Technique régionale en Suivi, Ap- prentissage, et Evalua- tion Institute for Reproductive Health (IRH), Georgetown Uni- versity, Mali</p>	 <p>Specialized in promotion and health education, Mariam Diakité has been working with IRH for more than seven years in monitoring, learning and evaluating interventions on changing social norms for RH / FP and scaling up these interventions. She has experiences from in Mali, Senegal, Niger, Benin and DRC. In addition, she is familiar with gender approaches and interventions that target women, men, adolescents and youth at the community level.</p>
<p>Norbert Coulibaly, Technical Specialist of Family planning and Re- productive Health Com- modity Security, UNFPA West and Central Africa</p>	 <p>Dr. Norbert Coulibaly has joined the UNFPA West and Central Africa regional office as Technical Specialist of Family planning and Reproductive Health Commodity Security (FP/RHCS) since March 2016. Dr. Norbert Coulibaly began his career with the Ministry of Health in Burkina Faso at the district level before being appointed as Regional Director of Health for the Central East Region. During the 16 years (1993 to 2009) he worked at the Ministry of Health, he acquired solid experience in Health development, Management of health programs and Strengthening Health systems. Most recently, Dr. Coulibaly worked for the UNFPA Country Office of Burkina Faso, first as RHCS Program Officer from 2009 to 2014, then as Program Analyst Reproductive Health/Family Planning (RH/FP) from March 2014 to February 2016</p>
<p>Blami Dao Technical Director, Western and Central Africa, Jhpiego</p>	 <p>Dr Dao is an obstetrician gynecologist from Burkina Faso with more than 20 years' field experience in MNH and FP in Africa. He joined Jhpiego 8 years ago as its director of MNH, then he transitioned to the position of technical director for Western and central Africa a few months ago. His experience includes setting up a oncology unit in a hospital department of OB/GYN and working with women's groups and NGOs to promote cervical and breast cancer screening in Burkina Faso.</p>
<p>Bethany Arnold, Coordinator at JHPIEGO Corporation</p>	 <p>Bethany Arnold has a Masters of Science in Public Health (MSPH) from the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. She has over 10 years of experience in global health, with a focus on youth and adolescents as well as Family Planning and Reproductive Health (FP/RH). Ms. Arnold is a technical-focused Program Officer working with both the West Africa and FP/RH teams at Jhpiego, providing technical advising and collaborating on organizational initiatives focused around postabortion care, postpartum family planning, and social and behavior change.</p>
<p>Prof. Ama AIKINS University of Ghana CO/ Dr William BOSU (wbosu@wahooas.org)</p>	<p>Key Note Speaker at Plenary Session 5</p>  <p>Professor Ama de-Graft Aikins is a social psychologist with a primary interest in experiences and representations of chronic physical and mental illnesses and Africa's chronic non-communicable disease (NCD) burden. Her current collaborative research focuses on diabetes and obesity among Ghanaians in Ghana and Europe, food beliefs and practices among Ghanaians in Ghana and the US, and community-based cardiovascular (CVD) and mental health interventions in Ghana.</p> <p>She is also conducting independent longitudinal research on diabetes experiences in Accra. She teaches graduate courses in Psychology, the Philosophy of the Social Sciences and Qualitative Research Methods at the University of Ghana. She has supervised graduate theses in Social Psychology, Social Policy, Public Health and Population Studies at the University of Ghana, London School of Economics and Political Science (LSE), London School of Hygiene and Tropical Medicine, New York University and the University of Sussex.</p> <p>Email: adaikins@ug.edu.gh</p>

<p>Prof Olanrewaju Rita-Marie AWOTONA</p> <p>Nigerian Professor of Pharmacognosy Legacy University in Banjul-the Gambia</p>	<p>Key Note Speaker at Plenary Session 6 (Traditional Medicine)</p>  <p>She was appointed the first female Ag. Director Academic Planning in 2008, became first female tenured professor of the Niger Delta University in October 2011 and Director Academic Planning in 2011 till 2012. Reestablished the Directorate of Advancement and Linkages as Director from 2012 till 2013. She was Ag. HOD of the Dept. of Pharmacognosy and Herbal Medicine 2009/2010. She became the first female Dean of the Faculty of Pharmacy, Niger Delta University, on the 1st of August, 2013 till 2016. She is currently the Head of Department of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences of the Legacy University, The Gambia, where she is developing the pharmacy and herbal medicine programs.</p> <p>She is member of various learned societies and organisations, Nigerian Society of Pharmacognosy (NSP), Nigerian Association of Academic Pharmacists (NAAP), Pharmaceutical Society of Nigeria (PSN), Third World Organisation for Women in Science (TWOS), American Society of Pharmacognosy, Phytochemical Society of North America and The Society for Medicinal Plant Research (GA).</p> <p>She has been the recipient of several fellowships and grants. Among which are the Alexander von Humboldt fellowship, UNDP training fellowship on Traditional Medicine, World Bank Assisted Fellowship. Her research has focused surveys of herbs and Herbsellers, ethnobotanical surveys of Baylesa state, standardization of medicinal plants and herbal medicine, phytochemistry and Herbal medicine formulation. Recently, she has been more interested in helping Herbal Medicine to have a voice by assisting to document verifiable evidence from the use of Traditional medicine. She is currently a member of the WAHO expert committee on the Second volume of the West African herbal Pharmacopoeia.</p> <p>Email: olanrewajuadegbola@gmail.com</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Slave Castle, Cape Coast, Central Region.



University of Ghana, Legon



REPUBLIC OF GHANA

