

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 115-517700 Fax 115-517844
Website: www.au.int

SA16952

**Reunião de Peritos do Grupo de Trabalho do Comité Técnico
Especializado de Saúde, População e Controlo de Drogas
25 a 26 de Abril de 2016, Adis Abeba
Reunião dos Ministros da Saúde
Genebra, 21 de Maio de 2016**

PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO 2016 - 2030

COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA

**Acesso Universal a Serviços Completos de Saúde Sexual e Reprodutiva em
África**



PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO 2016 - 2030

PARA A

**OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRO DA POLÍTICA CONTINENTAL SOBRE A
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS CONEXOS**

Introdução

1. Reconhecendo que os países africanos efectuaram progressos consideráveis em direcção ao alcance das metas dos ODM de melhorar a saúde materna, neonatal e infantil e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde de saúde sexual e reprodutiva. Embora tenha ficado aquém da meta preconizada, o Quadro da Política Continental sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos conexos, adoptado pela 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde em Gaborone, Botswana, em Outubro de 2005 e aprovado pelos Chefes de Estado em Janeiro de 2006, continua relevante enquanto quadro para alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, o dividendo demográfico, as aspirações da Agenda 2063 e as metas de desenvolvimento constantes nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.
2. Em Gaborone, os Ministros da Saúde da UA apelaram também para o desenvolvimento de um plano de acção concreto e orçamentado para a implementação do Quadro da Política Continental. Esta decisão foi aprovada em Janeiro de 2006 pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo em Cartum, Sudão, e resultou na formulação do Plano de Acção de Maputo (PAM) 2007-2010, cuja implementação foi prolongada pela 15ª Sessão Ordinária da Assembleia para coincidir com o término dos Objectivos de Desenvolvimento de Milénio até 2015.
3. O PAM 2007-2015 expirou em 2015 numa altura em que o Plano da União Africana para a transformação estrutural de África nos próximos cinquenta anos "Agenda 2063: A África que Queremos" e o seu plano de implementação decenal para influenciar e acelerar ainda mais a transformação de África e o desenvolvimento para além de 2015. Foi levada a cabo uma avaliação completa da implementação dos feitos, desafios e insuficiências do PAM 2007-2015 a fim de servir de base para a orientação política do Quadro Continental sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos conexos após 2015. A avaliação do plano foi feita no contexto das sete aspirações e dos seis principais pilares estratégicos da Agenda 2063 e da Posição Comum Africana, respectivamente.
4. Além disso, o Plano de Acção de Maputo Revisto 2016 - 2030 sobre Saúde Sexual e Reprodutiva se mantém coerente com a Agenda 2063 de África, que apela para uma África próspera baseada no crescimento inclusivo e desenvolvimento sustentável; um continente integrado, politicamente unido com base nos ideais do Pan-africanismo; uma África com boa governação, respeito pelos direitos humanos, justiça e primado do direito; uma África pacífica e segura; uma África com uma forte identidade cultural, valores e ética; Uma África com desenvolvimento liderado pelo povo, dependendo especialmente do potencial oferecido pelas suas mulheres e juventude; e a África como um actor e parceiro global forte, resiliente e influente.
5. Estas aspirações mostram uma forte convergência com os seis pilares da posição comum africana na agenda de desenvolvimento pós-2015 e vão orientar as dez intervenções estratégicas do Quadro da Política sobre a Saúde Sexual e

Reprodutiva e Direitos conexos que são: aumentar os recursos para os programas de SDSR, integrando os compromissos da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD) e de Pequim + 20 na legislação nacional e as políticas de SDSR incluindo a continuação da redução da mortalidade e morbidade materna, infanto-juvenil e infantil, pondo final a todas as mortes evitáveis de mães, recém-nascidos e crianças, assegurar o combate ao VIH/SIDA, expandir o uso de contraceptivos, redução dos níveis do aborto inseguro, pôr fim ao casamento infantil precoce e forçado, erradicar a mutilação genital feminina e prevenir a violência no género e garantir o acesso dos adolescentes e jovens à saúde sexual e reprodutiva.

6. O presente Plano de Acção de Maputo 2016 - 2030 para a operacionalização do Quadro da Política Continental sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos conexos segue-se à revisão do Plano de Acção e Maputo 2007 - 2015 e procura levar adiante o continente rumo à meta do acesso universal aos serviços completos de saúde sexual e reprodutiva em África além de 2015. Trata-se de um plano de longo prazo para o período até 2030, elaborado com base em nove áreas de actuação: compromisso político, liderança e governação; legislação sobre saúde; financiamento da saúde/investimentos; desenvolvimento dos recursos humanos/reforço dos serviços de saúde; parcerias e colaborações; informação e educação; prestação de contas e monitorização e avaliação; investimento nas populações vulneráveis e marginalizadas e melhoria do acesso à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos para os adolescente e juventude. O Plano tem como premissa a saúde sexual e reprodutiva no seu contexto integral, tal como definido no PdA/CIPD+20 de 1994, tomando em conta a abordagem sobre o ciclo de vida. Esses elementos da SDSR integram a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes (SSRA); saúde materna e cuidados neonatais; cuidados para o aborto seguro; planeamento familiar; prevenção e gestão de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo VIH/SIDA; prevenção e gestão da infertilidade; prevenção e gestão de cancros do sistema reprodutivo; tratar das preocupações de meia-idade dos homens e mulheres; saúde e desenvolvimento; a redução da violência no género; comunicação interpessoal e aconselhamento; e educação para a saúde.

7. Para além do Quadro da Política Continental sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos conexos, o Plano de Acção 2016 - 2030 leva em consideração as constatações da avaliação da Declaração de Gaborone sobre o Roteiro para o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento e cuidados, o Compromisso de Brazzaville no avanço ao Acesso Universal e o Apelo de Abuja para Aceleração da Acção rumo ao Acesso Universal aos Serviços de DST/HIV/SIDA, Tuberculose e Malária em África e também extraiu questões da Agenda 2063 e seu Plano de Implementação Decenal, dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), do Rio + 20, da CIPD + 20 e da Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

8. Reconhecendo a necessidade de dar ênfase à SSR, o plano revisto reconhece que isto deve ser incorporado num sistema de saúde eficaz com recursos infra-estruturais, financeiros e humanos suficientes e que as intervenções na saúde sexual e reprodutiva serão impedidas até que a crise nestes aspectos se resolva. Por

consequente, é crucial mobilizar recursos internos para apoiar os programas de saúde, incluindo o cumprimento com os compromissos de Abuja.

9. O plano revisto retira lições das melhores práticas e intervenções de alto impacto e responde à vulnerabilidade em todas as suas formas, desde à desigualdade do género, passando pela vida rural e a juventude, até a grupos vulneráveis específicos como as pessoas deslocadas, emigrantes e refugiados, a fim de garantir que ninguém seja deixado para trás. Reconhece a importância da criação de um ambiente propício e de empoderamento comunitário e das mulheres e o papel dos homens no acesso aos serviços de SSR.

10. O plano revisto é amplo e flexível para permitir a adaptação a nível dos países, reconhecendo as circunstâncias únicas dos Estados Membros da UA. Apresenta um conjunto de acções principais, mas não limita nem exige que os países limites que já tenham estratégias comecem de novo. Em vez disso, o plano revisto encoraja todos os países a reverem os seus planos, comparando-os com este plano de acção a fim de identificar as lacunas e áreas para melhoria. Ao mesmo tempo, o Plano, embora se concentre nas acções dos países, trata de um conjunto de papéis nas áreas nas nove áreas de actuação da União Africana, das Comunidades Económicas Regionais e dos parceiros continentais e internacionais. O plano reconhece também o papel da sociedade civil e do sector privado no âmbito de programas nacionais. O plano define indicadores para o acompanhamento do progresso nestes níveis diferentes.

Fundamentos

11. Apesar de a pobreza extrema ter diminuído significativamente durante as duas últimas décadas, o número de pessoas que vive em extrema pobreza continua a ser inaceitavelmente elevado, apesar do alcance do primeiro Objectivo de Desenvolvimento do Milénio de — reduzir para metade a taxa de pobreza de 1990 até 2015 — cinco anos antes do previsto, em 2010. A nível mundial, o número de pessoas que vive em extrema pobreza diminuiu em mais de metade, para 1,9 mil milhões em 1990 para 836 milhões em 2015. Em 1990, quase metade da população no mundo em desenvolvimento vivia com menos de U\$1,25 por dia; Essa proporção diminuiu para 14 por cento em 2015. A taxa de pobreza na África a sul do Sahara ao sul diminuiu 28%, mas ainda continua muito elevada em 41%.

12. As prioridades conflitantes de recursos nos governos e a incapacidade dos doadores internacionais cumprirem com os seus compromissos conduziu a uma insuficiência de financiamento para melhoria do acesso aos serviços de SDR. Actualmente há uma média no continente de despesas na saúde pública na ordem dos 10,5% em vez dos esperados 15% segundo os compromissos de Abuja.

13. As taxas da mortalidade materna, neonatal e de crianças com menos de cinco anos continuam elevadas, situando-se em 510 por cada 100.000 nascidos vivos, 28 por 1.000 nascidos vivos e 86 por 1.000 nascidos vivos respectivamente. Alguns

indicadores de saúde reprodutiva e infantil, embora tenham melhorado, ainda ficam aquém das metas preconizadas. O atendimento por parteiras qualificadas no nascimento ainda está a mais de 25% abaixo dos 80% esperados, ao passo que a taxa de prevalência e a necessidade não atendida de planeamento familiar continua em 28% e 24% respectivamente. Apenas 12% das mulheres grávidas que necessitam de serviços obstétricos de emergência recebem-nos. A taxa de imunização situa-se 10% abaixo da meta prevista de 90%, enquanto o atraso no crescimento situa-se em 34 %.

14. A malária, o VIH e a tuberculose ainda afectam um número significativo de mulheres e crianças no continente, apesar das melhorias constatadas ao longo dos anos. A África subsaariana tinha tanto o maior número de pessoas a viver com VIH, como o maior aumento no número de pessoas que recebem tratamento anti-retroviral. Ainda assim, a região alberga também 78 por cento das pessoas que vivem com HIV nas regiões em desenvolvimento no mundo que não recebem tratamento anti-retroviral. Oitenta por cento das mortes por malária no mundo ocorrem em apenas 17 países, ao maior parte dos quais em África, enquanto a falta de estratégias eficazes (por exemplo vacinação pós-exposição ou tratamento contra infecção latente de TB) para evitar o reincidência da doença em mais de 2 mil milhões de pessoas que se estima terem sido infectadas pelo *mycobacterium tuberculosis*, limita o impacto dos actuais esforços para o controlo da incidência da TB.

15. Além disso, as desigualdades de género continuam profundamente enraizadas na região. As mulheres continuam a enfrentar a discriminação no acesso ao trabalho, meios económicos e participação na tomada de decisão pública e privada e estão mais propensas a viver na pobreza do que os homens. Cerca de três quartos dos homens em idade activa participam na força de trabalho, comparando com apenas metade das mulheres de idade activa, enquanto as mulheres ganham 24 por cento menos do que os homens.

16. É amplamente reconhecido que a saúde, especialmente a saúde sexual e reprodutiva e direitos conexos (SDSR) constitui uma condição prévia para e um resultado e indicador de todos os aspectos do desenvolvimento sustentável e que os objectivos de desenvolvimento sustentável só podem ser alcançados na ausência de mortalidade e morbidade materna, neonatal e infantil evitável. Ao longo dos anos África tem registado progressos significativos rumo ao alcance do acesso universal à SSRD, embora esse progresso tenha sido lento e desigual. Contudo, muito continua ainda por fazer e, daí, a introdução dos ODS 3 e 5.

Objectivo geral

17. O objectivo final do presente plano de acção é que os governos africanos, a sociedade civil, o sector privado e todos os parceiros de desenvolvimento em múltiplos sectores unam forças e redobrem os esforços para que juntos possam implementar eficazmente o quadro de política continental sobre SSRD para pôr fim às mortes materno, de recém-nascidos, crianças e adolescentes evitáveis, expandir o uso de

anticoncepcionais, reduzir os níveis de abortos inseguros, acabar com o casamento infantil, erradicar as práticas tradicionais nocivas, incluindo a mutilação genital feminina e prevenir a violência no género e garantir o acesso de adolescentes e jovens à SSR até 2030, em todos os países em África. Isto contribuirá para uma África próspera com baseada no crescimento inclusivo e no desenvolvimento sustentável e uma África cujo desenvolvimento é centrado nas pessoas, contando especialmente com o potencial das suas mulheres e da juventude. Além disso, o plano contribuirá para o alcance dos objectivos em matéria de SSRD constantes dos ODS e na Estratégia Global sobre a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

18. As estratégias principais para operacionalizar o quadro da política da SSRD são as seguintes:

- i) **Melhorar o empenho político, a liderança e a boa governação** – Isso implicará a adopção e a apropriação do PAM 2016-2030 a nível nacional, regional e continental, dando prioridade à saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SRMRNAI) nos planos de desenvolvimento nacional, regional e continental, orçamentos e planos estratégicos de redução da pobreza (PRSP) e responsabilizando os dirigentes políticos responsáveis pelo cumprimento de metas estabelecidas nas declarações mundiais e regionais, quadros políticos e as agendas de desenvolvimento destinadas à SRMRNAI.
- ii) **Formular legislação e políticas sobre saúde para a melhoria do acesso aos serviços de SRMRNAI** – isto irá implicar o levantamento das barreiras legais, regulamentares e políticas que limitam o acesso dos adolescentes e jovens aos produtos, programas e serviços de SSR; uniformização dos quadros legislativos, das políticas e estratégias operacionais que regem as parcerias e cooperação no sector da saúde; promulgação, revisão e aplicação das leis que impedem o casamento precoce e forçado e garantir o acesso ao aborto seguro em toda a extensão das políticas e das legislações nacionais.
- iii) **Aumentar o financiamento e investimentos na saúde através da** melhoria da mobilização de recursos internamente para a SRMRNAI através de mecanismos inovadores para financiamento da saúde e criação de mecanismos de protecção social; identificar e criar rubricas orçamentais e afectações orçamentais para intervenções e programas essenciais e economicamente rentáveis de SRMRNAI e encorajar e prestar apoio aos Estados Membros a investirem na infra-estrutura de saúde, fabricação local de medicamentos, equipamento de saúde e consumíveis.
- iv) **Garantir a igualdade do género, empoderamento das mulheres e jovens mulheres e respeito pelos direitos humanos através** da protecção dos direitos das mulheres, homens, adolescentes e jovens para que tenham controlo e tomem decisões livremente e de maneira responsável em questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, livres de coerção, discriminação

- e violência; erradicar a mutilação/excisão genital feminina e demais práticas nocivas e eliminar todas as formas de discriminação e violência contra as jovens mulheres; pôr fim à violência no gênero; e promover os valores sociais da igualdade, não discriminação e resolução de conflitos de forma não violenta.
- v) **Melhorar a informação, educação e comunicação em matéria de SSRD através** da criação de mecanismos eficazes de comunicação para a mudança de comportamento e partilha de informação a fim de promover os serviços de SSR e também as iniciativas destinadas a reduzir a desigualdade no gênero. Escolher como grupo alvo as crianças, adolescentes e a juventude (dentro e fora do sistema de ensino), dando-lhes educação sobre saúde sexual e reprodutiva adequada à idade e sensível do ponto de vista cultural, com o envolvimento dos pais e da comunidade; promoção e facilitação da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde incluindo dos colegas educadores a vários níveis; divulgação ampla de informação sobre a SRMRNAI; e promover a mobilização comunitária a favor da SRMRNAI e a sua participação, com um destaque especial no envolvimento dos homens.
- vi) **Investir nas necessidades de SSRD dos adolescentes, da juventude e das demais populações vulneráveis e marginalizadas** (nomeadamente crianças, órfãos, idosos, juventude, pessoas com deficiência, populações rurais, deslocados e emigrantes), melhorando o acesso à informação e utilização dos serviços da SRMRNAI para a juventude, incluindo a vacinação em HPV e planeamento familiar através da prestação de serviços de SSR amigos da juventude e dos adolescentes; prestação de educação sexual completa à juventude utilizando material apropriado para a idade considere as sensibilidades culturais e serviços de encaminhamento à SSR; prevenir o casamento infantil e outras práticas tradicionais nefastas; investir na melhoria da situação da SSR dos pobres; e potenciar e apoiar os esforços liderados pela comunidade, a fim de fazer face aos desafios em matéria de SRMRNAI e promover a inclusão. Além disso, deveriam ser asseguradas respostas de emergência eficazes nos contextos humanitários e frágeis, enquanto se continua com a prestação de serviços de rotina às mulheres, crianças e adolescentes.
- vii) **Optimizar o funcionamento do sistema de saúde e melhorar os recursos humanos para a SRMRNAI, assegurando a cobertura universal da saúde** reforçando os sistemas de cuidados primários de saúde, através da interligação dos serviços da SRMRNAI, de VIH/SIDA, Malária/TB, completos, de qualidade, a todos os níveis do sistema de saúde; Reforçar os sistemas de referência para os serviços integrados de SRMRNAI, VIH/SIDA/DTS e Malária/TB; assegurar a disponibilidade da gama mais variada de drogas/medicamentos e produtos para a SRMRNAI; expandir o acesso a intervenções de saúde de grande impacto tais como a imunização; acompanhamento do parto por profissional qualificado e cuidados de qualidade incluindo cuidados de emergência obstétricos e neonatais para mães e recém-

nascidos e crianças; e acesso a anticoncepcionais; atacam a avalanche crescente de cancro no sistema reprodutivo; incrementar os esforços para pôr fim à transmissão vertical do VIH; pôr à transmissão da malária; alcançar a excelência do aperfeiçoamento da capacidade dos recursos humanos, retenção e recrutamento e reforço das capacidades em termos de preparação para emergências em todos os níveis do sistema de saúde em conformidade com os Regulamentos Internacionais de Saúde.

- viii) **Melhorar as parcerias e a colaboração multisectorial para a SRMRNAI através** da colaboração com os parceiros de desenvolvimento para honrarem a sua promessa de atribuir 0,7% do seu PIB ao desenvolvimento; do trabalho com os parceiros para elaborar quadros operacionais e de financiamento que tenham em consideração características e prioridades específicas da SRMRNAI do continente, das sub-regiões e dos países; do desenvolvimento de políticas que promovam a participação da sociedade civil, do sector privado e das comunidades na prestação de serviços da SRMRNAI nos programas nacionais; e do reforço das parcerias Sul-Sul, Norte-Sul, triangulares e cooperação com a diáspora no alcance dos objectivos da SSRD. Além disso, é necessário que o sector de saúde trabalhe de maneira integrada e coordenada.
- ix) **Garantir a responsabilização e fortalecer o acompanhamento e a avaliação, a investigação e a inovação através** da criação de quadros nacionais de monitorização e avaliação sólidos fundamentados em provas; da implementação ou reforço dos sistemas de MCDSR; do desenvolvimento de uma base para dados de base que possam ser utilizados para acompanhar o progresso; do desenvolvimento/reforço dos sistemas de registo civil e das principais estatísticas; do reforço dos sistemas nacionais de informação de saúde, sistemas para recolha e publicação dos principais dados sobre SRMRNAI desagregados sobre idade/sexo; do investimento na investigação e inovação para solucionar as principais prioridades de saúde e desenvolvimento social, entre outros, e do fortalecimento do sistema de acompanhamento e avaliação do Plano de Acção.

Grupos Alvo Prioritários

19. A saúde reprodutiva abarca todo o ciclo de vida de um indivíduo desde o nascimento até à velhice, e, assim sendo, os serviços de SSR serão prestados como cuidados contínuos a todos os que deles necessitam. Privilegiar-se-á as mulheres em idade reprodutiva, recém-nascidos, crianças, adolescentes e jovens, tanto em zonas urbanas como rurais, populações móveis, rurais, urbanas e transfronteiriça, deslocados e outros grupos marginalizados.

Resultados esperados

20. O presente Plano de Acção constituirá um quadro a partir do qual os países podem inspirar-se. Isto não implicará a criação de novas estratégias, mas

simplesmente a incorporação de elementos desta estratégia nas estratégias já existentes. A implementação deste plano de Acção trará melhorias na situação de saúde das mulheres, crianças e jovens e, conseqüentemente, maior poupança familiar e economias mais fortes em África. As realizações e resultados dos planos apresentados em detalhe no Quadro 1, não apenas reflectem as questões peculiares da SRMRNAI no continente, mas são igualmente coerentes com a Agenda 2063 e respectivo plano de implementação decenal, com os ODS da AGNU 2016 – 2030.

CÁLCULO DOS CUSTOS DO PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO

21. Investir na SRMRNAI permite que pessoas singulares e casais tenham uma vida sexual saudável, livres do VIH e de outras doenças sexualmente transmissíveis; tenham o número de filhos que querem e quando querem, ter os seus bebés em segurança e recém-nascidos saudáveis. Embora tenham sido feitos progressos significativos na última década, a África está muito atrás de outras regiões do mundo no tocante às medidas de saúde sexual e reprodutiva.

22. Cerca de 58% das mulheres que querem evitar a gravidez não utilizam quaisquer métodos eficazes de contracepção e representam a percentagem desproporcional de 93% das gravidezes não intencionais. Setenta e seis por cento das pessoas mais pobres em África não têm acesso a instalações de saúde para cuidados pré-natais (4 +) e partos, enquanto 78% das mulheres e recém-nascidos com necessidade de tratamento de complicações médicas na gravidez e no parto e complicações durante e logo após o parto não obtêm. Também, 73% das mulheres grávidas que vivem com VIH não recebem anti-retrovirais, medicamentos que protegem a sua saúde e prevenir a transmissão vertical mãe-para-filho. Estas necessidades não satisfeitas constituem a base para calcular o custo do cenário de necessidade insatisfeitas (ver Quadro 3).

23. No final de 2014, foi estimado que o custo total dos serviços de saúde reprodutiva em África seriam de US\$17,2 mil milhões de dólares anualmente. Este montante era composto de US\$3,2 mil milhões se todas as necessidades das mulheres em termos de anticoncepcionais forem satisfeitas, US\$ 11,2 mil milhões para os cuidados relacionados com a gravidez, \$3,1 mil milhões para os cuidados com o VIH para as mães e recém-nascidos até seis semanas após o parto para as pessoas que vivem com HIV e \$0,7 mil milhões para tratamento das ITS que cobrem as quatro principais DTS curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis, tricomoníase).

24. O custo total da SRMRNAI em África é composto por custos directos e indirectos. Os custos directos são compostos pelos custos dos medicamentos/suprimentos e pessoal ou o custo de trabalhador de saúde. Os custos indirectos compreendem muitos tipos de programas de apoio, tais como a supervisão e formação do pessoal, informação e educação sobre planeamento familiar, construção e manutenção de instalações, aperfeiçoamento e manutenção de sistemas de fornecimento de mercadorias e demais programas e funções de gestão. Foram

calculados e encontrada a média dos custos directos e indirectos para prestar os actuais níveis de cuidados, a melhoria dos cuidados dos actuais utentes e 100% das necessidades em termos de SRMRNAI. O custo directo constituiu quase 40%, enquanto o custo indirecto constituiu cerca de 60%. O custo para o planeamento familiar e pessoal constituiu 36% dos custos directos, enquanto que para os demais cuidados da SRMRNAI, o custo com o pessoal constituiu 64% do custo directo.

25. O ano base para o custeio deste Plano de Acção de Maputo é 2015. O custo total da Saúde Reprodutiva, Materna, do Recém-nascido, do Adolescente e Infantil (SRMTNAI) para 2015 foi extrapolado de maneira diferente da de Dezembro de 2014, ajustado à inflação (0,1%) em 2015. Assim, o custo total da prestação de 100% de SRMTNAI em África foi de US\$17,67 mil milhões em 2015 (Quadro 2). A estimativa do custo do Plano de Acção de Maputo (PAM) de 2016 até 2030 foi calculada ajustando o custo do ano de base à inflação anual (1,49% para 2016, 2,37% para 2017, 2,54 para 2018, 2,33% para 2019, 2,31% para 2020, 2,00% para 2021-2025 e 2,25% para 2026-2030) e as alterações da fertilidade e da população (com base nas variáveis médias das projecções das Nações Unidas efectuadas em 2015). De acordo com as projecções, a população africana vai aumentar 493 milhões de pessoas em 2030 passando de 1,186 mil milhões de pessoas em 2015, com base nas alterações de fertilidade prevalentes dentro do período de 2015-2030. Isto pressupõe que haverá um aumento médio anual de 33 milhões de pessoas por ano. No entanto, prevê-se que para prestar a todas as mulheres da região um pacote completo de cuidados, que abarca serviços modernos de planeamento familiar; atenção materna e neonatal e cuidados do VIH/IST, serão necessários US\$18 por pessoa. Isto implica que o ajustamento para o aumento da população com base nas variáveis médias das projecções das Nações Unidas seja de US\$0,59 mil milhões por ano.

26. As estimativas de custo para o presente Plano de Acção (PAM) reflectem necessidades em termos de cuidados de SRMTNAI em dois cenários: (1) o custo quando todas as necessidades em termos de cuidados de SRMTNAI de todas as mulheres são satisfeitas (2) o custo necessário para suprir as necessidades não satisfeitas de cuidados de SRMTNAI das mulheres no continente. Depois de feitos todos os ajustes, seria necessário um total de US\$318 mil milhões de 2016 até 2030 para satisfazer as necessidades em termos de SRMTNAI no continente (Quadro 2), ao passo que, para cobrir as necessidades não satisfeitas de SRMTNAI, serão necessários US\$182 mil milhões no continente (Quadro 3). Estas estimativas devem ser revistas e posteriormente actualizadas com base na experiência adquirida com a implementação de programas e novas provas. No entanto, o mais importante é que planos nacionais contemplem definições detalhadas de intervenções, a fim de satisfazer as necessidades nacionais em matéria de saúde sexual e reprodutiva e que os investimentos reflectam e melhorem a capacidade nacional para a sua implementação e acompanhamento.

27. No entanto, os princípios da análise actual devem ser observados, fazendo de forma que os planos sejam orientados para o alcance do acesso universal à saúde

sexual e reprodutiva até 2030, para o aumento do investimento e das medidas para melhorar os recursos humanos na saúde e que os referidos planos e estimativas devem contemplar recursos para fortalecer o sistema de saúde, incluindo afectações para o acompanhamento, supervisão, funções básicas da saúde pública, acções comunitárias e outras funções de apoio para as quais serão necessários recursos adicionais para financiar aspectos que não estejam explicitamente previstos (tais como investimentos de capital), sendo também necessários novos investimentos em sectores fora da saúde que apoiam e ajudam no progresso para a realização dos objectivos da saúde, incluindo os contidos nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. As estimativas presentes são ilustrativas dos esforços necessários e devem permitir mobilizar uma resposta apropriada dos governos, doadores, sociedade civil e do sector privado.

Quadro 1: PAM para Implementar o Quadro de Política da Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Conexos 2016–2030

Objectivo estratégica	Intervenções prioritárias	Indicadores de acompanhamento do progresso
1. Melhorar o empenho político, a liderança e a governação da SRMTNAI	1.1 Popularizar o PAM 2016-2030 a nível nacional, regional e continental	Presença de um roteiro com custos calculados para a redução da morbilidade e mortalidade materna, do recém-nascido e infantil
	1.2 Integrar a saúde materna, neonatal, infantil e do adolescente noutros serviços de saúde	Existência de quadros e planos nacionais de política de saúde que integram serviços de SRMRNAI, VIH/SIDA/DTS e malária.
	1.3 Elaborar uma estratégia de comunicação e plano de implementação para o PAM 2016-2030	Criação da estratégia de comunicação e o plano de implementação do PAM
	1.4 Elevado empenho e liderança política para a SRMTNAI	Número de países que alcançam os compromissos continentais/globais d SRMRNAI Proporção do orçamento de saúde do país atribuída à SRMRNAI Proporção dos países cujas contas nacionais de saúde acompanham despesas e atribuições orçamentais para a SRMRNAI
2. Instituir legislação sobre saúde em apoio à SRMRNAI	2.1 Levantar as barreiras legais, regulamentares e políticas, que limitando o acesso aos produtos, programas e serviços de SSR	Número de países com leis e regulamentos que garantam a todas as mulheres com idade dos 15 a 49 anos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação Existência de quadros de política, regulamentares ou jurídicos para apoio aos serviços da SRMRNAI para os jovens
	2.2 Formular e implementar quadros legais e de política que impedem os casamentos infantis	Percentagem de Estados Membros com estratégias nacionais e planos de acção para pôr fim ao casamento infantil Percentagem de mulheres com idades entre 20-24 anos

		que eram casadas ou em união antes dos 18 anos de idade ou a prevalência de casamento infantil
	2.3 Implementar políticas, estratégias e planos de acção para reduzir gravidezes indesejadas e o aborto inseguro	Número de países a elaborar o relatório sobre a situação do aborto inseguro Proporção do aborto inseguro
	2.4 Elaborar quadros legais, estratégias e programas que tratam da violência no género	Prevalência da violência no género Proporção de casos de violência no género processados judicialmente Número de países com programas que tratam da violência no género
3. Igualdade de género, empoderamento e direitos humanos	3.1 Proteger os direitos da mulher, da juventude e dos adolescentes e atacar a violência sexual e no género	Proporção das mulheres e meninas que já tiveram parceiros (com idade entre 15-49) submetidas a violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo actual ou anterior, nos últimos 12 meses Proporção de mulheres e crianças (com idades entre 15 e 49) submetidas à violência sexual por pessoas que não sejam um parceiro íntimo, desde os 15 anos de idade
	3.2 Erradicar a mutilação genital feminina/excisão e outras práticas tradicionais nocivas	Percentagem de meninas e mulheres com idades entre 15 e 49 anos que foram submetidas à MGF/E por faixa etária
4. Melhorar a informação, educação e comunicação em matéria de SSR	4.1 Escolher como grupo alvo as crianças, adolescentes e a juventude (dentro e fora do sistema de ensino) dando educação sobre saúde sexual adequada à idade e sensível do ponto de vista cultural, com o envolvimento dos pais e da comunidade.	Percentagem de crianças, adolescentes e jovens, tanto dentro como fora do sistema escolar cobertas pelos programas alargados de educação sobre sexualidade
	4.2 Instituir mecanismos eficazes de comunicação para a mudança de	Número de países que implementam uma estratégia ampla de comunicação para a SRMRNAI que integra

	comportamento e para a partilha de informação a fim de promover os serviços de SSR, incluindo as iniciativas destinadas a reduzir a desigualdade no género	<p>iniciativas para reduzir a desigualdade no género, HTPs e violência no género</p> <p>Percentagem de mulheres com idades entre 15 a 49 anos, quem tomar decisões informadas sobre relações sexuais, uso de anticoncepcionais e cuidados de saúde reprodutiva</p>
	4.3 Promover o envolvimento e participação da Comunidade na SRMRNAI, com atenção especial na participação dos homens.	Percentagem de homens que acompanham os cônjuges, crianças e adolescentes aos serviços da SRMRNAI
5. Investir nos adolescentes, juventude e outras populações vulneráveis e marginalizadas	5.1 Melhorar o acesso e a capacidade de prestação de serviços de SSR de qualidade para os jovens e adolescentes, incluindo a vacina contra o VPH	<p>Proporção de jovens com acesso a serviços de SSR</p> <p>Taxa de natalidade no seio dos adolescentes (10 a 14 anos e 15 a 19 anos)</p> <p>Prevalência do VIH entre os jovens com idades entre 15 e 24 anos</p> <p>Proporção de meninas vacinadas com 3 doses de vacina contra o VPH até aos 15 anos de idade</p> <p>Taxa de prevalência de contraceptivos</p>
	5.2 Garantir que todas as crianças de ambos os sexos concluem o ensino primário e secundário gratuito, equitativo e de boa qualidade	Percentagem de crianças/jovens no final de cada nível de ensino que atingem pelo menos um nível mínimo de proficiência em leitura (a) e (b) matemática
	5.3 Investir nos pobres e marginalizados e fazer face aos seus desafios em matéria de SRMRNAI	Percentagem das populações em maior risco (incluindo refugiados e outros deslocados) cobertos por serviços de SRMRNAI e VIH
6. Optimizar o funcionamento dos sistemas de saúde e melhorar os recursos	6.1 Reforçar os sistemas de cuidados primários de saúde, interligando os serviços completos, de qualidade de SRMRNAI,	Existência quadros e planos nacionais de políticas de saúde interligados com os serviços de SRMRNAI, HIV/SIDA/DST e Malária/TB

humanos para a SRMRNAI	VIH/SIDA, especialmente de Malária/TB, em todos os níveis do sistema de saúde	
	6.2 Reforçar os sistemas de referência para os serviços de SRMRNAI	Número de países com sistemas de referência dedicado aos serviços de SRMRNAI
	6.3 Garantir a disponibilidade da mais ampla gama de drogas/medicamentos e produtos para a SRMRNAI	Cobertura das intervenções marcadoras (imunização infantil completa terapia com ARV, tratamento da TB, atendimento por profissional qualificado no nascimento)
	6.4 Expandir o acesso a intervenções de saúde de grande impacto tais como a imunização; acompanhamento do parto por profissional qualificado e cuidados de qualidade incluindo cuidados de emergência obstétricos e neonatais para mães e recém-nascidos e crianças; e acesso à anticoncepcionais	<p>Taxa de mortalidade materna por cada 100 000 nascidos vivos</p> <p>Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nascidos vivos</p> <p>Taxa de mortes do feto (e a taxa de morte fetal intraparto)</p> <p>Taxa de mortalidade de menores de 5 por 1 000 nascidos vivos</p> <p>Necessidades de planeamento familiar satisfeitas</p> <p>Percentagem das crianças que receberam imunização completa (tal como recomendado pelas agendas nacionais de imunização)</p> <p>Prevalência de casos de atraso no crescimento (altura para idade < -2 SD) entre as crianças menores de cinco anos de idade</p> <p>Prevalência de baixo peso em crianças menores de</p>

		<p>cinco anos</p> <p>Porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados</p> <p>Proporção de mulheres com idades entre 15 e 49 anos e recém-nascidos que foram alvo de um exame de saúde 2 dias após o parto</p> <p>Número de instalações sanitárias por cada 500 000 que prestam cuidados de urgência obstétricos básicos e alargados</p>
	<p>6.5 Dedicar atenção ao peso sempre crescente de cancro no aparelho reprodutivo, incluindo da mama, do colo do útero e da próstata, investindo em estratégias de prevenção, incluindo a vacina contra o VPH e triagem de rotina, tratamento precoce nos cuidados primários e referências fiáveis para níveis mais elevados de cuidados</p>	<p>Proporção de mulheres entre os 30 e 49 anos que confirmam ter sido submetidas a testes de cancro do colo do útero</p> <p>Existência da política nacional de cancro do aparelho reprodutivo</p> <p>Proporção de meninas vacinadas com 3 doses de vacina contra o VPH até aos 15 anos</p>
	<p>6.6 Redobrar os esforços para eliminar a transmissão do VIH da mãe para a criança</p>	<p>Porcentagem de mulheres grávidas que frequentam consultas pré-natal que foram submetidas a testes de VIH e sabem os resultados (dados disponíveis para "mulheres grávidas testadas para o HIV)</p> <p>Porcentagem de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV que estão infectadas</p> <p>Porcentagem de mulheres grávidas seropositivas, que recebem anti-retrovirais para reduzir o risco de</p>

		transmissão do VIH mãe-filho
	6.7 Renovar e reforçar a luta contra a malária	<p>Proporção de crianças menores de 5 anos de idade que dormiram sob um mosquiteiro tratado com insecticida na noite anterior</p> <p>Proporção de crianças menores dos cinco anos de idade com febre nas últimas duas semanas que foram submetidas a testes mediante uma punção no dedo ou no calcanhar</p> <p>Proporção de crianças menores de 5 anos de idade com febre nas últimas 2 semanas, que receberam tratamento contra a malária dentro 24 horas depois do início da febre, de acordo com a política nacional</p> <p>Proporção de mulheres que receberam três ou mais doses de tratamento preventivo intermitente durante as visitas de ANC durante a sua última gravidez</p>
	6.8 Melhorar o recrutamento, desenvolvimento e formação, motivação e retenção da força de trabalho da saúde	Número de trabalhadores de saúde por cada 100 000 habitantes (desagregados por funcionários qualificados e região geográfica)
	6.9 Implementar o Regulamento Sanitário Internacional de 2005	Número de países que cumpriram totalmente com o IRG de 2005
7. Melhorar as parcerias e cooperação com o sector privado, comunidades, com demais sectores for a da saúde, OSC e outros parceiros	7.1 Aumentar e alinhar os recursos financeiros externos, em consonância com os compromissos globais	<p>% do orçamento total da SRMRNAI mobilizado a partir dos doadores/parceiros de desenvolvimento</p> <p>Número /percentagem dos parceiros de desenvolvimento com quadros operacionais e de financiamento alinhados às prioridades continentais, sub-regionais e nacionais da SRMRNAI</p>
	7.2 Elaborar políticas que promovam a participação da sociedade civil, do sector privado e das comunidades na prestação de	Proporção dos países que implementaram políticas de parcerias público-privada no âmbito da SSRD

		serviços da SRMRNAI no âmbito dos programas nacionais	
		7.3 Reforço das parcerias Sul-Sul, Norte-Sul, triangulares e a cooperação com a diáspora para a realização dos objectivos em matéria de SSRD (incluindo a institucionalização do intercâmbio técnico e partilha das boas práticas)	Número de instituições em parcerias estratégicas formais para o intercâmbio técnico Criação do fórum para partilha das melhores práticas
8. Garantir a responsabilização e reforçar o acompanhamento e a avaliação, investigação e inovação	a	8.1 Criar sistemas nacionais integrados de investigação, inovação e acompanhamento fortes fundamentados em provas, que incorporam um inquérito de base populacional	Número de países com sistemas nacionais integrados de investigação, inovação e de M & A (RIME) Número de países com sistemas nacionais integrados de M & A que reflecte as tendências de equidade Número de países com sistemas nacionais integrados de RIME que incorporam mecanismos para rastrear os recursos financeiros para a SRMRNAI Realização regular de inquéritos domiciliares e avaliações sobre a prestação de serviços
		8.2 Implementar ou fortalecer sistemas MCDSR que acompanham, avaliam e respondem a todos os factores que contribuem para realizações fracas em termos de saúde maternas, inclusive os relacionados com a prestação de serviços, acesso e barreiras socioculturais/desigualdade	Número de países que têm sistemas de MCDSR institucionalizados
		8.3 Aperfeiçoamento/fortalecimento dos sistemas de registo civil e de estatísticas vitais	Percentagem de crianças menores de 5 anos cujos nascimentos foram registrados junto da autoridade civil

		Registro de nascimento (e morte).
	8.4 Reforçar a investigação e a inovação	% do orçamento nacional atribuído à saúde e a inovação
	8.5 Reforçar o acompanhamento, os relatórios e a prestação de contas em torno do PAM	Instituído o mecanismo continental de responsabilização continental sobre o PAM
9. Aumentar o financiamento e investimentos na saúde	9.1 Aumentar os recursos internos para a saúde, garantindo o aprofundamento e a inclusão financeira	Despesas gerais do governo na saúde como percentagem do total das despesas do governo Despesas per capita do governo na saúde
	9.2 Identificar e instituir linhas de orçamento e dotações orçamentais para as intervenções e programas essenciais e custo-eficientes em matéria de SSR	% do total das necessidades financeiras para a SRMRNAI mobilizados de fontes internas Existência de rubricas orçamentais para as intervenções essenciais/custo-efectivas dentro do orçamento SSR/MNCAH
	9.3 Retirada das taxas de utilização de serviços de SSR/MNCAH e criação de regimes inovadores de protecção social	Despesas de saúde cobertas com meios próprios pelos pacientes/famílias para ter acesso ou obter serviços (cobradas intermitentemente). Fracção da população protegida contra despesas catastróficas/empobrecedoras cobertas com meios próprios % da população coberta pelos regimes de protecção social incluindo seguro de saúde
	9.4 Encorajar e apoiar os Estados-membros a investirem em infra-estruturas e na fabricação local de equipamentos, medicamentos e consumíveis de saúde	Criação de quadros jurídicos e da política para produção local de equipamento de saúde, medicamentos e consumíveis. Existência de sistemas para produção local e fornecimento de equipamento de saúde, medicamentos e consumíveis

Quadro 2: Necessidades de Recursos para a SRMRNAI em África (2016-2030). Projecção das necessidades totais para os cenários contendo ajustamentos para os programas e sistemas (Milhares de milhões de \$US)

Todas as necessidades supridas									
Descrição	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021-2025	2026-2030	2016-2030
Custos com pessoal									
Planeamento familiar	0.46	1.06	1.67	2.29	2.93	3.60	21.31	22.39	55.25
Atendimento na Gravidez & ao Recém-nascido	2.81	2.85	2.92	2.99	3.66	4.34	25.09	26.25	68.10
Atendimento ao VIH	0.44	0.45	0.46	0.47	1.08	1.70	11.62	12.48	28.26
Atendimento às ITS	0.10	0.10	0.10	0.11	0.70	1.31	9.67	10.48	22.48
Total dos custos com pessoal (A)	3.81	3.87	3.96	4.06	4.75	5.45	30.79	32.08	84.96
Medicamentos e Suprimentos									
Planeamento familiar	0.86	0.87	0.89	0.91	1.53	2.16	13.96	14.87	35.19
Atendimento na Gravidez & ao Recém-nascido	1.66	1.68	1.72	1.76	2.40	3.05	18.52	19.53	48.65
Atendimento ao VIH	0.83	0.84	0.86	0.88	1.50	2.13	13.81	14.72	34.74
Atendimento às ITS	0.19	0.19	0.19	0.20	0.80	1.41	10.16	10.99	23.94
Total dos custos com pessoal (B)	3.53	3.58	3.66	3.76	4.44	5.13	29.16	30.41	80.14
Programas e sistemas (C)	10.33	10.48	10.73	11.01	11.86	12.72	67.86	69.98	194.64
Total Geral (A+B+C)	17.67	17.93	18.36	18.82	19.86	20.91	109.61	112.67	318.16

Quadro 3: Necessidades de Recursos para a SRMRNAI em África (2016-2030). Projecção do Cenário das Necessidades não supridas contendo ajustamentos para os Programas e Sistemas (Milhares de milhões de \$US)

	Necessidades não supridas								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021-2025	2026-2030	2016-2030
Custos com pessoal									
Planeamento familiar	0.27	0.86	1.47	2.09	2.73	3.39	20.24	21.29	52.06
Atendimento na Gravidez & ao Recém-nascido	2.14	2.17	2.22	2.28	2.92	3.58	21.25	22.32	56.75
Atendimento ao VIH	0.34	0.34	0.35	0.36	0.96	1.58	11.02	11.86	26.47
Atendimento às ITS	0.08	0.08	0.08	0.08	0.68	1.29	9.53	10.34	22.07
Total dos custos com pessoal (A)	2.82	2.86	2.93	3.00	3.66	4.34	25.11	26.27	68.17
Medicamentos e Suprimentos									
Planeamento familiar	0.50	0.50	0.52	0.53	1.13	1.75	11.92	12.78	29.14
Atendimento na Gravidez & ao Recém-nascido	1.26	1.28	1.31	1.34	1.97	2.61	16.26	17.22	41.97
Atendimento ao VIH	0.63	0.64	0.65	0.67	1.28	1.90	12.68	13.56	31.39
Atendimento às ITS	0.14	0.14	0.15	0.15	0.75	1.36	9.91	10.72	23.18
Total dos custos com pessoal (B)	2.53	2.56	2.62	2.69	3.35	4.02	23.47	24.59	63.30
Programas e sistemas (C)	4.24	4.30	4.40	4.51	5.21	5.93	33.19	34.53	92.07
Total Geral (A+B+C)	9.58	9.72	9.95	10.20	11.03	11.88	63.58	65.60	181.97

PAPEL DOS DIVERSOS ACTORES

a. União Africana

28. A União Africana deverá levar a cabo actividades de promoção ao mais alto nível a fim de assegurar o empenho político e a liderança do plano, defender o aumento de recursos para a SRMRNAI, identificar e partilhar as melhores práticas. Ademais, a Comissão irá garantir que as políticas e estratégias entre os Estados Membros são harmonizadas com os instrumentos continentais e globais e instituir um mecanismo de monitorização, relatórios e prestação de contas para o plano, ao abrigo da qual seriam levadas a cabo avaliações bienais, quinquenais, decenais e finais dos avanços na implementação do plano. A Comissão da União Africana deverá alojar uma plataforma de dados e das melhores práticas para apoiar o mecanismo de acompanhamento, elaboração de relatórios e prestação de contas.

b. Comunidades Económicas Regionais

29. As Comunidades Económicas Regionais deverão, entre outras coisas, realizar actividades de promoção a alto nível, prestar apoio técnico aos Estados Membros, inclusive a formação na área da saúde sexual e reprodutiva, defender o aumento dos recursos para a saúde sexual e reprodutiva, harmonizar a implementação dos planos de acção nacionais, acompanhar os progressos anualmente, identificar e partilhar as melhores práticas.

c. Estados Membros

30. Os Estados Membros deverão implementar o plano para a operacionalização do Quadro de Política Continental de SSRD e integrá-lo a nível interno. Realizarão a promoção, mobilização de recursos e afectarão dotações orçamentais como uma demonstração de apropriação e acompanharão a implementação do plano anualmente. Deverão também colaborar com a sociedade civil, sector privado e com outros sectores fora da saúde (educação, água e saneamento, ambiente, trabalho e emprego, etc.) e grupos religiosos, a fim de participarem nos programas nacionais e atacarem os determinantes sociais da saúde que têm impacto sobre os resultados da SSR.

d. Parceiros

31. Em consonância com os Princípios de Paris, as organizações multilaterais e bilaterais; as organizações da sociedade civil nacionais e internacionais e outros parceiros de desenvolvimento deverão alinhar os seus planos de assistência técnica e financeira e de cooperação com as necessidades nacionais e regionais e com as prioridades para a implementação do plano de acção.

CONCLUSÃO

32. Os dirigentes Africanos têm a responsabilidade cívica dar resposta às necessidades em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Conexos do seu povo. O presente Plano de Acção constitui uma demonstração do seu empenho a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Conexos em África.

DRAFT

BIBLIOGRAFIA

1. The World Bank Group 2016. Poverty Overview 7th October 2015.
<http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
2. Resource Flows Project, 2006. A financial resource flows for population activities in 2004. *UNFPA/UNAIDS/Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*.
3. African Union Maputo Plan of Action (MPoA) Review Report, 2015
4. The United Nations, New York 2015: The Millennium Development Goal Report 2015. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG 2015](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015.pdf)
5. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. The Costs and benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health. December 2014
6. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up. Investing in Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. December 2014
7. Statista. Projected Annual Inflation rate in the United States from 2008 to 2020.
<http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>
8. Trading Economics. The United States Inflation rates from 1914 to 2016.
<http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241.
10. Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals. Launching a data revolution for the *SDGs: A report to the Secretary-General of*

the United Nations by the Leadership Council of the Sustainable Development Solutions Network, May 2015

11. Monitoring & Evaluation Indicator Reference Guide. Department of Social Affairs. African Union Commission, July 2011
12. Bertrand J.T and Escudero G, 2002. *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programmes*, August 2002. Measure Evaluation Manual Series, No. 6, Volumes 1 & 2.
13. UNFPA and Centre for Reproductive Rights. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. www.reproductiverights.org
14. Grittner A.B, 2013. *Results based Financing: Evidence from performance - based financing in the health sector*. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik gGmbH
15. Ashraf A, Kane TT, Shahriar A, Khuda-e –B, 1999. *Male involvement in Reproductive Health Services in Bangladesh: A Review*. ICDDR, B: Centre for Health and Population Research. Mohakhali Dhaka 1212 Bangladesh. ICDDR,B 199, Special Publication No.94
16. World Health Organization, 2008. *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Financing*
17. World Health Organization, 2008. *Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening: Health Systems Governance*
18. Sara Pacqué-Margolis, Crystal Ng, and Sylvia Kauffman, Intra-Health International, 2011. *Human Resource for health indicator Compendium*. USAID, Capacity Plus.

19. World Health Organization, 2010. *Report of the meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring* 16-17 November 2009 Geneva, Switzerland
20. Williams K, Warren C, and Askew I, 2010. *Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services: Guidance for Integrating Family Planning and STI/RTI with other Reproductive Health and Primary Health Services*
21. Results of the list of indicators reviewed at the second IAEG-SDG meeting. 2nd November 2015
22. Sexual and Reproductive Health and Rights Continental Policy Framework. African Union Commission 2006.