AfricaCDC
Centres for Disease Control and Prevention

Salvaguardar a Saúde em África



Mortalidade materna e infantil em África

CAUSAS E FATORES DETERMINANTES

Um relatório dos Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças em apoio do mandato do Campeão da União Africana para a Saúde Materna e Infantil

SETEMBRO DE 2026

União Africana

Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças,
Ring Road, 16/17, Praça Haile Garment,
Caixa Postal 3243, Adis Abeba, Etiópia.

O Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (Africa CDC) é uma agência continental autónoma de saúde da União Africana, criada para apoiar as iniciativas de saúde pública dos Estados-Membros e reforçar a capacidade das suas instituições de saúde pública para detetar, prevenir, controlar e responder de forma rápida e eficaz às ameaças de doenças.

As Causas e Fatores da Mortalidade Materna e Infantil em África
Evidências das próprias avaliações de óbitos dos Estados-Membros, da avaliação continental de todos os 55 Estados-Membros e do registo global

Preparado por
Divisão de Saúde Reprodutiva, Materna, Recém-Nascida e Infantil (RMNCAH) e Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos (SRHR)
Centro de Cuidados Primários de Saúde,
Africa CDC. Setembro de 2026

Salvaguardar a Saúde em África

www.africacdc.org @africacdc

Contents

Abreviaturas iii
Prefácio v
Prefácio vii

1. Resumo Executivo 1
Contexto 1
Métodos 1
Conclusões 2
Interpretação 2

2. Contexto 4
2.1 Porquê este relatório, e o que há de novo nele 4
2.2 Os compromissos contra os quais este relatório relata 4
2.3 O fardo hoje 5
2.4 O ritmo do progresso e a dimensão da diferença 7
2.5 Do que as mulheres e os recém-nascidos estão a morrer 8
2.6 A cobertura aumentou, mas a qualidade não acompanhou o ritmo 8
2.7 O choque financeiro 9
2.8 A arquitetura política continental 10
2.9 Estrutura deste relatório 11

3. Objetivos 11

4. Métodos 12
4.1 Quadros analíticos 12
4.2 Fontes de dados 12
4.4 Avaliação da qualidade do relatório e do sistema 14
4.5 Identificação e classificação de exemplares nacionais 15
4.6 Análise 16
4.7 Limitações 16

5. Resultados do Levantamento Continental 19
5.2 Coordenação e governação (Secção C) 20
5.3 Financiamento (Secção D) 21
5.4 Monitorização, qualidade dos dados e a oportunidade perdida 22
5.5 Barreiras e prioridades de implementação (Secção F) 27
5.6 Ambiente jurídico e inclusão na CSU 27
5.7 Padrões regionais e o placar dos países 28
5.8 Dados de prestação de serviços e o desacoplamento política–dados 28
5.9 O que a avaliação estabelece 30

6. Síntese: As Causas e Fatores das Mortes Maternas e Infantis em África **31**
6.1 Causas de mortes maternas 31
6.2 Causas da morte de recém-nascidos 32
6.3 Onde está o atraso 33
6.4 Quantas destas mortes foram evitáveis 34
6.5 Os motores, mapeados para blocos de construção do sistema de saúde 35
6.6 O ciclo de responsabilização: a falha central 36
6.7 O que acrescenta a evidência revista por pares 38
6.8 A resposta à pergunta 41

7. Oportunidades para Melhorar a Saúde Materna e Infantil em África **43**
7.1 Como estas oportunidades foram identificadas 43
7.2 Agir primeiro: três oportunidades que custam quase nada 44
7.3 Oportunidades clínicas: as intervenções que abordam a maioria das mortes 44
7.4 Oportunidades estruturais 45
7.5 Sequenciação 47
7.6 Como seria o sucesso até 2030 47

8. Barreiras e Exemplos pelo Bloco de Construção do Sistema de Saúde **48**
8.1 Como esta secção foi construída 48
8.2 Os exemplares num olhar 49
8.3 Prestação de serviços 50
8.4 Força de trabalho na saúde 52
8.5 Sistemas de informação em saúde 53
8.6 Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais 55
8.7 Financiamento 56
8.8 Liderança e governação 58
8.9 Documentado, ainda não comprovado 60
8.10 O que se transfere e o que não 61
8.11 A sequência comum 61

Referências **63**
Anexo 1. Perfis de Países 67
Anexo 2. Exemplos de Países: O Que Já Funcionou em África 96
A2.1 Propósito e Abordagem 96
A2.2 Exemplares de relance 97
A2.3 Financiamento 97
A2.4 Força de Trabalho em Saúde 98
A2.5 Prestação de Serviços 99
A2.6 Acesso a Medicamentos e Tecnologias Essenciais 100
A2.7 Sistemas de Informação em Saúde 101
A2.8 Liderança e Governação 101
A2.9 O que estes exemplares dizem ao continente 103
A2. Referências para este anexo 104

Abreviaturas

Os nomes específicos dos programas por país e os códigos das secções dos questionários são definidos onde aparecem pela primeira vez no texto.

BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AMA	Agência de Medicamentos Africanos
ANC	Cuidados pré-natais
APH	Hemorragia anteparto
ARTE	Terapia antirretroviral
AU	União Africana
BEmONC	Cuidados básicos de emergência obstétrica e neonatal
CARMMA	Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África
CBHI	Seguro de saúde baseado na comunidade
CEmONC	Cuidados abrangentes de emergência obstétrica e neonatal
CEMD	Inquérito confidencial sobre mortes maternas
CHW	Agente comunitário de saúde
CI	Intervalo de confiança
CS	Cesariana
CSE	Educação sexual abrangente
CSO	Organização da sociedade civil
DHIS	Software de Informação de Saúde do Distrito
DHS	Inquérito Demográfico e de Saúde
RDC	República Democrática do Congo
EDHS	Inquérito Demográfico e de Saúde da Etiópia
EFY	Ano fiscal etíope
EmONC	Cuidados obstétricos e neonatais de emergência
EPMM	Acabar com a Mortalidade Materna Evitável
EWENE	Cada mulher, cada recém-nascida, em todo o lado
MGF	Mutilação genital feminina
FP	Planeamento familiar
GBV	Violência de género
GFF	Facilidade Global de Financiamento
HDP	Distúrbios hipertensivos da gravidez
O SEU	Sistema de informação de saúde
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
Sua Alteza Real	Recursos humanos para a saúde
IBRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
ICD	Classificação Internacional das Doenças
ICPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
IDA	Associação Internacional de Desenvolvimento
IGME	Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil
IPT	Tratamento preventivo intermitente
LMIC	País de rendimentos baixos e médios
LMIS	Sistema de informação de gestão logística
MDG	Objetivo de Desenvolvimento do Milénio
MDR	Revisão da morte materna
MDSR	Vigilância e resposta à morte materna
MMEIG	Grupo Interagências de Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas
MMR	Índice de mortalidade materna
MNCAH	Saúde materna, recém-nascida, infantil e adolescente
MPDSR	Vigilância e resposta à morte materna e perinatal
NCCEMD	Comité Nacional de Inquéritos Confidenciais sobre Mortes Maternas (África do Sul)
ODA	Assistência oficial ao desenvolvimento
PBF	Financiamento baseado no desempenho
PMNCH	Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil
PMTCT	Prevenção da transmissão de mãe para filho

PPH	Hemorragia pós-parto
RBF	Financiamento baseado em resultados
RMNCAH	Saúde reprodutiva, materna, recém-nascida, infantil e adolescente
SBA	Assistência qualificada ao parto
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
SDMR	Surveillance des décès maternels et riposte (vigilância e resposta à morte materna)
SDMPR	Surveillance des décès maternels et périnatals et riposte
SRH	Saúde sexual e reprodutiva
SRHR	Saúde e direitos sexuais e reprodutivos
SRMNCAH	Saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente
STC	Comité Técnico Especializado (União Africana)
TB	Tuberculose
TDHS	Inquérito Demográfico e de Saúde da Tanzânia
UHC	Cobertura universal de saúde
ONU	Nações Unidas
UNDESA	Departamento das Nações Unidas para Assuntos Económicos e Sociais
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VMDR	Revisão virtual da morte materna
QUEM	Organização Mundial da Saúde

Prefácio



S.E. Dra. Samia Suluhu Hassan,

Presidente da República Unida da Tanzânia e Campeã da União Africana para a Saúde Materna e Infantil

Todos os anos, cerca de 178.600 mulheres morrem nos nossos Estados-Membros devido a causas relacionadas com a gravidez e o parto, e cerca de 1,18 milhões dos nossos recém-nascidos não vivem para ver o primeiro mês. Esses dois números representam 69% e 51% do total mundial. Em contraste, está uma conclusão dos nossos próprios hospitais e dos nossos próprios comités de revisão, registada nas páginas seguintes: a esmagadora maioria dessas mortes foi considerada evitável pelos próprios clínicos que as analisaram, com cuidados já conhecidos, já baratos e já a ser entregues algures neste continente.

Foi por isso que aceitei este mandato. Isto não é uma fronteira da descoberta médica. É uma questão de saber se governamos suficientemente bem para entregar aquilo que já sabemos.

O mecanismo Campeão da União Africana existe para que uma prioridade continental possa suportar o peso do cargo mais alto que lhe está disponível. Os meus pares escolhem um Chefe de Estado em funções para assumir uma pasta, defendê-la entre outros líderes, promover a apropriação dos nossos programas ao nível da cimeira, incentivar a aprendizagem e revisão entre pares e reportar progressos e obstáculos à Assembleia. O instrumento funciona quando é utilizado. A Área de Livre Comércio Continental Africana entrou em vigor porque um Campeão foi Estado-Membro a Estado-Membro para garantir as ratificações. A reforma institucional da nossa União avançou da mesma forma. Pretendo usar este instrumento para a sobrevivência das nossas mães e filhos, e peço aos meus colegas Chefes de Estado e de Governo que me cumpram com ele.

Este relatório diz-me algo que quero que cada um deles lea atentamente. A nossa restrição vinculativa não é o compromisso político, nem é política. Cinquenta e três dos nossos cinquenta e cinco Estados-Membros têm uma política ou estratégia de saúde sexual e reprodutiva em marcha, e apenas um quarto de nós aponta o compromisso político fraco como barreira à implementação. O que falta está entre a política e o serviço: um plano operacional com custos em menos de três em cada cinco Estados-Membros, um mecanismo de coordenação que realmente se reúne em três em cada cinco, uma linha orçamental dedicada em pouco mais de metade. E quando os nossos sistemas analisam as mortes das nossas mulheres, apenas catorze dos trinta e quatro Estados-Membros que publicam tais revisões reportam se as recomendações do ano anterior alguma vez foram concretizadas.

Estes não são problemas clínicos. São problemas de administração, de financiamento e de seguimento. São precisamente as coisas que se movem quando um Presidente ou um Primeiro-Ministro as pede pelo nome, em registo, numa data.

Permitam-me ser igualmente claro quanto ao que alcançámos. A mortalidade materna nos nossos Estados-Membros caiu de 666 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 388 em 2023, uma redução

de 42% alcançada através de uma pandemia. Oito dos nossos Estados-Membros já atingiram a meta do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de menos de 70. O que estamos a pedir ao continente já foi, portanto, alcançado dentro dele. Mas, à taxa atual de 2,4% ao ano, chegaremos a 2030 a cerca de 330, cerca de cinco vezes a meta, e teríamos de avançar cerca de dez vezes mais rápido para a atingir. Temos de o fazer enquanto a assistência ao desenvolvimento para a saúde em África cai de 25,8 mil milhões de dólares em 2021 para aproximadamente 13 mil milhões este ano. O dinheiro que financiou parte do nosso progresso recente está a ser retirado a uma velocidade sem precedentes e não regressará nesta década.

Nem o fardo está distribuído de forma uniforme, e a nossa resposta também não deveria ser. A África Ocidental regista 682 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos e representa 55% de todas as mortes maternas na União. O esforço deve concentrar-se onde estão as mortes.

No meu próprio país, a taxa nacional de mortalidade materna caiu de 556 por 100.000 nascimentos vivos em 2015/16 para 104 em 2022, juntamente com o investimento sustentado em unidades de cuidados primários, a formação de auxiliares de parto qualificados, a expansão da rede de cuidados obstétricos de emergência e o sistema de transporte de emergência m-mama, que agora cobre todo o país por menos de dois milhões de dólares americanos por ano. Não apresento isto como um modelo a ser copiado em massa, este relatório avalia honestamente o que é transferido entre os nossos países e o que não faz. No entanto, como prova de que a curva se curva quando um governo decide que o fará.

O Roteiro Campeão da União Africana para a Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente (2026-2030) é a base para este mandato. Compromete-nos com três objetivos, deliberadamente definidos como absolutos: zero partos domiciliários, zero mortes evitáveis maternas e recém-nascidas, e zero crianças não vacinadas. Aborda-os através de quatro áreas focais: reforço dos sistemas de responsabilização, mobilização de financiamento sustentável, melhoria da fabricação local de produtos de saúde e reforço da coordenação liderada pelo país. A nossa Assembleia reafirmou estas prioridades na sua 39.ª Sessão Ordinária e novamente em Acra em julho de 2026, sob o tema de avanço da justiça, equidade e cobertura universal de saúde.

Por isso, recorro aos meus colegas Chefes de Estado e de Governo com cinco pedidos específicos, cada um baseado em provas deste relatório e nenhum dos quais exige o início de novos fundos.

Em primeiro lugar, exija ao seu Ministro da Saúde que lhe reporte uma vez por ano sobre as mortes maternas e neonatais analisadas no seu país, bem como sobre o que foi feito relativamente às conclusões do ano anterior. Apenas catorze dos trinta e quatro Estados-Membros podem responder a essa questão hoje. Não custa nada fazê-la, e tudo decorre de a fazer.

Em segundo lugar, corriga a notificação antes de investir mais em revisão. Um sistema que analisa uma pequena fração das mortes que nunca contabilizou não pode orientar uma resposta nacional.

Terceiro, nomeie uma linha orçamental dedicada à saúde materna, recém-nascida, infantil e adolescente no seu próximo ciclo orçamental, e defina uma data pública até à qual o seu governo atingirá o compromisso de Abuja de 15% das despesas em saúde. Três de nós cumprem esse valor hoje. Esse número não deve ser ainda três quando este Roteiro terminar.

Em quarto lugar, inclua explicitamente os serviços maternos, recém-nascidos e infantis no seu pacote nacional de cobertura universal de saúde, para que nenhuma mulher seja recusada por uma taxa.

Em quinto lugar, investir na própria indústria africana das mercadorias que salvam estas vidas. África importa aproximadamente 80% dos seus produtos de saúde, incluindo o medicamento que trata a principal causa de morte materna neste continente. Um continente que não pode produzir aquilo que as suas mulheres morrem sem ainda não garantiu a sua sobrevivência.

Aos nossos Ministros da Saúde e das Finanças, ao CDC de África e às Comunidades Económicas Regionais, às associações profissionais, à sociedade civil e aos nossos parceiros: a evidência aqui reunida é africana. Foi gerada por clínicos africanos a rever mortes africanas, e por governos africanos que contabilizam os seus próprios sistemas. Peço-vos que a usem, que a contestem onde estiver errada e que a completem onde estiver silenciosa.

Seremos julgados não pelos compromissos que assinámos, mas por saber se uma mulher que começa o trabalho de parto esta noite numa aldeia longe de um hospital chega a cuidados qualificados a tempo e sobrevive. Esse é o padrão. Vamos exigir-nos disso.

Prefácio



S.E. Mahmoud Ali Youssouf,

Presidente, Comissão da União Africana

Este relatório continental avalia a saúde materna, neonatal e infantil em toda a África, mostrando onde o progresso está a avançar, a estagnar ou a acelerar. Apoia a implementação pelos Estados-Membros do Plano de Ação de Maputo 2016–2030, "Acesso Universal a Serviços Abrangentes de Saúde Sexual e Reprodutiva em África", e do CARMMA Plus 2021–2030 — a Campanha Reforçada para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África. Elogio o CDC africano e a Campeã da UA para a Saúde Materna e Infantil, S.E. Dra. Samia Suluhu Hassan, Presidente da República Unida da Tanzânia, por este trabalho rigoroso e sincero.

Os resultados exigem ação. Mulheres, recém-nascidos e crianças continuam a morrer por causas evitáveis. Este relatório fornece evidências para transformar compromissos continentais em cumprimento, fortalecer o Plano de Ação de Maputo e sustentar a liderança, defesa e responsabilização da CARMMA Plus. Com base na campanha CARMMA da União Africana de 2009, a CARMMA Plus expande a ambição de melhorar a saúde reprodutiva de mulheres, crianças e adolescentes até 2030.

O relatório também mostra que a saúde materna, neonatal e infantil depende de cuidados de saúde primários fortes. Serviços pré-natais, de parto, pós-natais, planeamento familiar e imunização fiáveis e equitativos são uma medida fundamental do desempenho do sistema de saúde.

O relatório destaca soluções que já funcionam em toda a África. Devemos aprender com estas experiências, adaptar o que funciona e acelerar a implementação a nível continental.

Isto é especialmente urgente à medida que a assistência ao desenvolvimento para a saúde diminui. África deve promover uma maior soberania em saúde utilizando os recursos nacionais de forma mais eficaz, expandindo a produção local de produtos essenciais de saúde e aproveitando o Mecanismo Africano de Aquisição Conjunta (APPM) para reforçar o acesso ao mercado e a segurança dos produtos de saúde. Estas capacidades devem garantir um acesso fiável a medicamentos essenciais, vacinas, diagnósticos e bens para mulheres, recém-nascidos e crianças. O investimento, a produção africana e a entrega eficaz devem avançar em conjunto.

A Comissão utilizará este relatório para reforçar a responsabilização e acelerar os compromissos existentes. Com o CDC de África, as Comunidades Económicas Regionais e os Estados-Membros, avançaremos com o Plano de Ação de Maputo, o CARMMA Plus e a agenda dos Três Zeros do Campeão da UA: zero partos domiciliários, zero mortes maternas e neonatais evitáveis, e zero crianças não vacinadas. O progresso deve ser visível na vida das mulheres, recém-nascidos e crianças.

Agradeço aos Estados-Membros pelas suas evidências e ao CDC Africano pela liderança na elaboração deste relatório.

Apelo aos Estados-Membros, Comunidades Económicas Regionais e parceiros para que ajam com base nestas conclusões: investir no que funciona, reforçar a responsabilização, expandir as soluções africanas e reduzir a lacuna entre a evidência e a implementação. Os nossos compromissos são claros; a concretização é agora a prioridade.



S.E. Dr. Jean Kaseya
Diretor-Geral,

Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças

Os Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças foram criados para fornecer a este continente a inteligência epidemiológica necessária para proteger o seu próprio povo e para converter essa inteligência em ação coordenada dos Estados-Membros. Este relatório é esse propósito fundador posto em prática, pela primeira vez à escala continental, aplicado às mortes das mães e recém-nascidos africanos. Agradeço sinceramente aos 55 Estados-Membros por abrirem os seus sistemas a este escrutínio, por reverem os seus próprios dados com honestidade inabalável e por confiarem que a verdade que este relatório revela é o primeiro passo para a ação que exige.

O seu método é deliberado. Em vez de acrescentar mais uma estimativa modelada a um campo já saturado, o Africa CDC reuniu e leu, na íntegra, 199 relatórios nacionais de revisão de mortes maternas e perinatais de 34 Estados-Membros, juntamente com uma avaliação continental dos sistemas de políticas, financiamento, coordenação e dados concluída e validada por todos os 55. O resultado é a primeira base de evidências do género: um relato sobre as razões pelas quais mulheres e recém-nascidos africanos morrem, retirado das revisões que os clínicos africanos e os ministérios da saúde conduzem nos seus próprios sistemas, diretamente em confronto com o que esses mesmos Estados-Membros relatam sobre a maquinaria pretendia agir com base nesses resultados.

As conclusões têm implicações estratégicas diretas para esta instituição e para os Estados-Membros que serve. Em primeiro lugar, a restrição que este relatório identifica não é conhecimento médico nem sequer compromisso político — 96% dos Estados-Membros detêm uma política de saúde sexual e reprodutiva, e apenas um quarto cita a vontade política como barreira à sua implementação. A limitação é a arquitetura de implementação: planos operacionais com custos, mecanismos de coordenação funcional, linhas orçamentais dedicadas e, acima de tudo, a disciplina de agir com base em evidências já geradas por um país. Apenas catorze dos trinta e quatro Estados-Membros com sistemas de revisão de óbitos podem demonstrar que as recomendações do ano anterior foram implementadas. Esse único número deve ser lido como o indicador central de desempenho da governação da saúde materna e neonatal neste continente, e este relatório propõe-o, juntamente com outros três derivados da mesma forma, como o quadro de responsabilização contra o qual o progresso deve agora ser acompanhado.

Em segundo lugar, este relatório é publicado num ambiente de financiamento materialmente alterado. A assistência ao desenvolvimento para a saúde em África contraiu-se cerca de 70% desde 2021 e não volverá a regressar ao nível anterior nesta década. A resposta estratégica do próprio Africa CDC a essa contração — apoiar os Estados-Membros a reforçar o financiamento da saúde interna e acolher o Secretariado Continental para a implementação da Agenda de Lusaka — é diretamente informada pelas conclusões de financiamento deste relatório: que vinte e seis Estados-Membros recebem financiamento externo para a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, sem apresentarem aumento correspondente no investimento interno, e que África importa aproximadamente 80% dos produtos de saúde que a sua própria evidência clínica identifica como mais urgentemente necessários. Estas conclusões aguçam, em vez de suavizar, o argumento para as prioridades de fabrico local e mobilização de recursos domésticos que esta instituição já adotou.

Em terceiro lugar, este relatório estabelece que já existem soluções no continente, desenvolvidas e evidenciadas pelos próprios Estados-Membros. Documenta, nomeadamente e com a classificação de evidência indicada,

intervenções que reduziram de forma mensurável a mortalidade ou reforçaram os sistemas que a previnem — o sistema nacional de transporte de emergência da Tanzânia, o pacto de cofinanciamento doméstico da Etiópia para bens de planeamento familiar, a entrega aérea de produtos sanguíneos no Ruanda, o pacote de hemorragia pós-parto da primeira linha da Guiné. O papel do CDC africano, claramente exposto na Secção 8 deste relatório, é apoiar a adoção e adaptação destes exemplares em todos os Estados-Membros e ser franco, como este relatório, sobre os quais são diretamente transferíveis e que dependem das condições específicas do país que os produziu.

Em quarto lugar, e mais importante, este relatório reforça um ponto que esta instituição já fez noutros locais, mas que estes resultados agora são evidenciados diretamente: a RMNCAH não pode ser implementada como um programa vertical paralelo aos cuidados de saúde primários — é para isso que servem os cuidados primários. Os contactos pré-natais, de parto, pós-natais e de imunização que este relatório examina estão entre os pontos de contacto mais frequentes entre famílias africanas e os seus sistemas de saúde, e as revisões de mortes aqui reunidas rastreiam repetidamente a mortalidade evitável até lacunas ao nível primário e de primeiro encaminhamento — um sinal de perigo não reconhecido num posto de saúde, uma hemorragia não gerida antes de uma unidade poder ser alcançada, um recém-nascido não reanimado porque a equipa mais próxima não estava equipada para tal. Fortalecer, portanto, a PHC não é uma prioridade paralela à redução das mortes maternas e neonatais; é o principal mecanismo pelo qual a lacuna de responsabilização identificada por este relatório é fechada no momento em que mulheres e crianças procuram realmente assistência.

Este relatório foi elaborado para apoiar o mandato do Campeão da União Africana para a Saúde Materna e Infantil, e deve ser lido como a base técnica desse mandato, em vez de um documento independente. O CDC africano irá utilizá-lo para orientar a sua própria programação, para acompanhar os marcadores de responsabilização que propõe anualmente e para reportar à Assembleia se a lacuna que este relatório identifica — entre as evidências já geradas pelos Estados-Membros e as ações tomadas — está a ser reduzida.

As provas aqui reunidas são de origem africana e de propriedade africana. A responsabilidade do CDC de África é garantir que é utilizada.

Por fim, quero registar o meu agradecimento à Divisão de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente (MNCAH) e Saúde Sexual Reprodutiva (SRH), dentro do Centro de Cuidados Primários de Saúde do Africa CDC, por liderar este trabalho. O passo crítico seguinte é levar essa mesma evidência e disciplina adiante — fora da página e para a entrega — como motor técnico da implementação do Roteiro Campeão da UA, para que este relatório seja recordado não como um diagnóstico, mas como o momento em que a implementação do Roteiro Campeão da UA começou a sério, com evidências de todos os 55 Estados-Membros da União Africana.

1. Resumo Executivo

Para os Chefes de Estado e de Governo africanos, Ministros da Saúde e das Finanças, e para a Assembleia Geral das Nações Unidas

Este resumo apresenta as conclusões de uma revisão de evidências encomendada pelo Campeão da União Africana para a Saúde Materna e Infantil. Indica o encargo, os métodos utilizados, o que a evidência mostra e o que dela resulta. As fontes para cada número são apresentadas no ponto de utilização no corpo do relatório.

388 Mortes maternas por cada 100.000 nascimentos vivos nos Estados Membros da União Africana, 2023	**69%** das mortes maternas do mundo ocorrem nos Estados-Membros da União Africana	**10×** é necessário um progresso mais rápido para atingir a meta dos ODS até 2030	**1 de 34** Os Estados-Membros analisam atrasos, possibilidades de evitação e agem com base nas conclusões

Contexto

A mortalidade materna e neonatal mantém-se concentrada numa minoria dos Estados-Membros da União Africana. Em 2023, estima-se que 260.000 mulheres morreram em todo o mundo por causas relacionadas com a gravidez e o parto, das quais aproximadamente 178.600, cerca de 69%, morreram nos Estados-Membros da União. A taxa de mortalidade materna entre os Estados-Membros foi de 388 mortes por 100.000 nascidos vivos, contra uma média global de 197. Os Estados-Membros também representam aproximadamente 1,18 milhões de mortes de recém-nascidos por ano, representando 51% do total mundial.

Os cinquenta e cinco Estados-Membros da União Africana não constituem um único agrupamento epidemiológico. A mortalidade materna varia entre 17 mortes por 100.000 nascidos vivos e 993, e a carga está concentrada por região. A África Ocidental regista 682 mortes por 100.000 nascimentos vivos e representa 55% de todas as mortes maternas no continente africano; a África Central regista 439 por 100.000 nascimentos vivos, a África Oriental 260 por 100.000 nascidos vivos, a África Austral 162 por 100.000 nascidos vivos e o Norte de África 50 por 100.000 nascidos vivos. Quatro das cinco regiões juntas transportam 99% das mortes maternas em África. Os agregados continentais devem ser lidos com essa concentração em mente.

A mortalidade materna entre os Estados-Membros caiu 42% entre 2000 e 2023, de 666 para 388 mortes por 100.000 nascimentos vivos. À taxa anual observada de redução de 2,4%, os Estados-Membros irão registar aproximadamente 330 mortes por 100.000 nascimentos vivos em 2030, perto de cinco vezes a meta do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. Atingir essa meta exigiria que a taxa de declínio aumentasse cerca de dez vezes. A desaceleração do progresso começou após 2016, vários anos antes da recente contração da assistência ao desenvolvimento.

Métodos

Foram combinados cinco corpos de evidência. Primeiro, uma revisão estruturada de 199 relatórios nacionais de revisão de mortes maternas e perinatais e documentos relacionados abrangendo 62% (34) dos Estados-Membros, dos quais foram extraídos 78 registos abrangendo causas de morte, atrasos contributivos, evitabilidade e se cada relatório acompanha o progresso em relação às suas próprias recomendações anteriores. Segundo, uma avaliação continental da política de saúde sexual e reprodutiva,

coordenação, financiamento, monitorização e prestação de serviços para 2021 a 2025, concluída por todos os 55 Estados-Membros e validada por eles em dois workshops regionais. Terceiro, exemplos nacionais de intervenções e projetos de alto impacto nomeados pelos Estados-Membros e classificados pela força da evidência. Quarto, a literatura revista por pares sobre vigilância e resposta à morte materna e perinatal. Quinto, estimativas globais publicadas da mortalidade materna e neonatal.

As distribuições de causas retiradas das revisões nacionais de óbitos não são comparáveis entre países, porque denominadores, sistemas de classificação e cobertura de revisões diferem. São aqui reportadas como padrões e não são usadas para classificar os Estados-Membros.

Conclusões

Causa das mortes. A hemorragia obstétrica é a principal causa registada de morte materna em 18 dos 25 Estados-Membros que reportam uma distribuição quantificada, 72% deles. Os distúrbios hipertensivos são o segundo em maioria e estão a aumentar em vários. A anemia é mais proeminente nas revistas nacionais africanas do que nas estimativas globais: lidera no Níger e representa 70% das mortes maternas indiretas na República Democrática do Congo. Entre os recém-nascidos, a prematuridade e a asfixia intraparto representam em conjunto aproximadamente três quartos das mortes registadas.

Atrasos (atraso na decisão de procurar cuidados, atrasos nas viagens para aceder aos cuidados e atrasos na receção de cuidados de qualidade nas unidades de saúde). À medida que a frequência qualificada ao parto aumentou, o atraso decisivo num número crescente de países passou de chegar a uma unidade para receber cuidados adequados dentro de uma. Uganda regista o atraso na receção de cuidados a aumentar enquanto os outros dois diminuem, e uma auditoria nacional ruandesa a 987 mortes atribuiu cuidados infrapadrão em instalações a 61,1% delas. O acesso continua a ser a restrição vinculativa noutros locais, mais claramente na República Democrática do Congo.

Evitabilidade. Todos os Estados-Membros que avaliaram a questão julgam que a maioria das mortes analisadas foram evitáveis, num intervalo entre 58% e 96%.

Responsabilização. Dos 34 Estados-Membros cujos relatórios de revisão de óbitos foram examinados, nove aplicam o modelo dos três atrasos em forma quantificada, nove avaliam a evitabilidade e catorze reportam progressos em relação às recomendações feitas em ciclos anteriores. Estes são grupos de países em grande parte diferentes, e um Estado-Membro faz os três. A Nigéria fornece a primeira medição nacional de onde o ciclo quebra: 83,6% das mortes maternas foram notificadas, mas apenas 17,8% revistas, e para mortes perinatais 37,1% e 1,7%, respetivamente. A percentagem de mortes maternas registadas que passam pela revisão na Nigéria caiu de 41% em 2022 para 17% em 2025, o que mede uma deterioração da vigilância em vez da mortalidade.

Sistemas. Quarenta e nove dos 55 Estados-Membros integram indicadores de saúde reprodutiva no sistema nacional de informação em saúde, 39 apresentaram dados de prestação de serviços de qualquer tipo e 14 conseguiram reportar causas neonatais de morte. Trinta e sete relatam um sistema funcional de auditoria perinatal. Vinte e oito têm uma linha orçamental dedicada à saúde sexual e reprodutiva, e 26 recebem financiamento externo sem reportar aumento nos gastos internos.

Financiamento. A assistência ao desenvolvimento para a saúde em África caiu de 25,8 mil milhões de dólares em 2021 para aproximadamente 13 mil milhões em 2025. África importa cerca de 80% dos seus produtos de saúde, incluindo 60% do ácido tranexâmico utilizado no tratamento da hemorragia pós-parto, a principal causa de morte materna no continente.

Interpretação

As causas da morte materna e neonatal em África são estabelecidas, e a grande maioria destas mortes é considerada evitável pelos clínicos que as analisaram. A restrição vinculativa não é o conhecimento, mas a conclusão do ciclo de resposta: a evidência é gerada, registada e depois não é tratada de forma sistemática.

A evidência do ensaio apoia a revisão da morte materna como parte de uma intervenção complexa que combina revisão com desenvolvimento de liderança e formação clínica. Nessa forma, provavelmente reduz a mortalidade materna em internamento em hospitais de referência de primeiro nível e aumenta de forma mais clara a proporção de mulheres que recebem cuidados de alta qualidade. Não apoia a revisão de óbitos como

uma atividade autónoma. Quando o ciclo foi concluído à escala nacional, a mortalidade diminuiu.

Como a desaceleração em curso antecede a contração da assistência ao desenvolvimento, restaurar o financiamento externo sozinho não restauraria a trajetória. As restrições são estruturais e as principais estão sob o controlo dos Estados-Membros.

Conclusão

A Secção 7 estabelece dez oportunidades. As três primeiras, fechar o ciclo de responsabilização, corrigir a notificação antes de melhorar a qualidade das revisões e adotar padrões de qualidade dos dados antes da próxima chamada de dados, exigem decisões em vez de novo financiamento e são entregues dentro de um único mandato do Campeão. O progresso em direção aos três zeros do Roteiro pode ser avaliado dentro de um ciclo político com base em quatro marcadores intermédios, cada um derivado de evidências já produzidas pelos Estados-Membros e apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Marcadores de responsabilização propostos para o mandato do Campeão e seus sucessores. Ver Secção 7.6.

Marcador	Base atual	Até 2030
Estados-Membros cujo relatório nacional de revisão de mortes regista progressos em relação às recomendações anteriores	14 de 34	Todos
Mortes maternas registadas nos sistemas nacionais de informação que são notificadas para revisão	Menos de 30%	A maioria
Estados-Membros que apresentam dados completos de prestação de serviços, incluindo a causa neonatal de morte	14 em 55 submetem dados de causa neonatal; 16 não submetem nenhum	Todos
Estados-Membros com uma linha orçamental dedicada à RSH e despesa interna a aumentar em termos reais	28 de 55 têm uma linha; 18 relatam um aumento	Todos

2. Contexto

Este relatório é elaborado pelos Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças em apoio ao mandato do Campeão da União Africana para a Saúde Materna e Infantil. Explica o que está a matar as mães, recém-nascidos e crianças de África, porquê, e o que o continente já sabe fazer em relação a isso. É escrito primeiro para os Chefes de Estado e de Governo africanos, os ministros da saúde e das finanças, e os funcionários dos Estados-Membros que terão de agir em relação ao tema.

2.1 Porquê este relatório, e o que há de novo nele

Os relatórios sobre mortalidade materna e infantil em África não são escassos. O que tem faltado é uma síntese continental que leia as provas dos próprios Estados-Membros sobre as suas próprias mortes, em larga escala, e as compare com o que esses mesmos Estados-Membros relatam sobre as suas políticas, financiamento e sistemas de dados.

Este relatório faz isso pela primeira vez. Reúne as revisões de mortes maternas e perinatais produzidas por 34 Estados-Membros (199 documentos, analisados na íntegra) com a avaliação continental realizada por todos os 55 Estados-Membros em 2026 e validada por eles em workshops regionais [15]. Os dois corpos de evidência respondem a questões diferentes. A avaliação estabelece que sistemas existem. As revisões de óbitos estabelecem o que acontece às mulheres e recém-nascidos dentro desses sistemas, quais os atrasos que contribuíram e se as mortes foram consideradas evitáveis. Lidas em conjunto, permitem uma conclusão que nenhum dos dois apoia isoladamente.

O relatório baseia-se deliberadamente em evidências africanas. As estimativas globais são usadas para escala, comparabilidade e tendência, e são indispensáveis para esses fins. Mas a explicação para as razões pelas quais as mulheres e crianças africanas morrem é, sempre que possível, das revisões que os clínicos africanos e os ministérios da saúde realizam sobre si próprios, porque esses são os únicos registos que identificam o sangue em falta, a ambulância ausente, o partógrafo não utilizado e a recomendação feita três anos seguidos e nunca implementada.

2.2 Os compromissos contra os quais este relatório relata

África não carece de compromissos continentais em matéria de saúde materna e infantil. Tem, se alguma coisa, uma arquitetura invulgarmente densa, apresentada na **Tabela 2.1**, e este relatório é escrito contra essa arquitetura em vez de acompanhá-la.

Tabela 2.1 Os compromissos continentais e globais contra os quais este relatório avalia o progresso.

Instrumento	Ponto final	O que compromete os Estados-Membros a fazer
Plano de Ação de Maputo	2016–2030	Acesso universal a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, estruturado em torno de dez áreas prioritárias
Estratégia de Saúde para África	2016–2030	O quadro do sistema de saúde continental no qual se inserem as estratégias nacionais
Agenda 2063	2013–2063	O plano de desenvolvimento a longo prazo da União, incluindo cidadãos saudáveis e bem nutridos
CARMMA e CARMMA Plus	2009; reforçado 2021–2030	Redução acelerada da mortalidade materna, alinhada com a Agenda 2063, os ODS e o Plano de Ação de Maputo revisto
Protocolo de Maputo	2003	Os direitos das mulheres em África, incluindo direitos reprodutivos
Declaração de Abuja	2001	Alocação de pelo menos 15% das despesas públicas para a saúde

Instrumento	Ponto final	O que compromete os Estados-Membros a fazer
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	2015–2030	ODS 3.1: MMR abaixo de 70 por 100.000. ODS 3.2: mortalidade neonatal igual ou inferior a 12 por 1.000
Lusaka Agenda	2023	Cinco mudanças na forma como operam as iniciativas globais de saúde, incluindo a catalisação de serviços de saúde sustentáveis financiados internamente e a coordenação da produção regional. Endossado pelos Chefes de Estado e de Governo da UA em fevereiro de 2024; Africa CDC acolhe o Secretariado Continental para a sua implementação
Roteiro do Campeão da União Africana	2026–2030	Zero mortes maternas, zero mortes de recém-nascidos evitáveis e zero crianças não vacinadas, perseguidas através de sistemas de responsabilização, financiamento sustentável, fabrico local de produtos de saúde e coordenação liderada pelo país

Três observações seguem-se dessa tabela e moldam o relatório. Primeiro, os compromissos não estão em dúvida e não requerem uma nova formulação: os Estados-Membros têm-nos adotado repetidamente e recentemente. Segundo, convergem para o mesmo pequeno número de resultados mensuráveis, o que torna o progresso avaliável. Terceiro, o registo de resultados em relação a eles é irregular de formas documentadas mas raramente reunidas; apenas três Estados-Membros (Ruanda, Botsuana e Cabo Verde) atingiram a meta de Abuja nos números mais recentes reportados, em julho de 2026 [5], e prevê-se que o continente fique cinco vezes abaixo do ODS 3.1 [2].

África reduziu mais do que para metade o risco que uma mulher enfrenta no parto desde o virar do século. Também, no mesmo período, tornou-se a região onde ocorre a esmagadora maioria das mortes maternas, neonatais e infantis no mundo. Ambas as afirmações são verdadeiras e mantê-las unidas é o início de uma análise honesta da situação. O continente não está a falhar em fazer progressos. Está a progredir demasiado lentamente, a partir de uma base demasiado elevada, contra uma população que cresce mais rápido do que o sistema de saúde que o serve, e está a fazê-lo agora enquanto o financiamento externo que apoiava parte desse progresso está a ser retirado a uma velocidade sem precedentes.

2.3 O fardo hoje

Em 2023, estima-se que 260.000 mulheres morreram em todo o mundo devido a causas relacionadas com a gravidez e o parto [1]. Aproximadamente 178.600 delas, cerca de 69% do total global, morreram nos Estados-Membros da União Africana, juntamente com aproximadamente 1,18 milhões de mortes neonatais por ano [1,3].

A taxa de mortalidade materna entre os Estados-Membros da União Africana situava-se em 388 mortes por 100.000 nascimentos vivos em 2023, contra uma média global de 197 [1]. Uma mulher que dá à luz num Estado-Membro enfrenta, portanto, cerca do dobro do risco médio global de morrer, e a diferença em relação às regiões de rendimento elevado é ainda maior. Os agregados publicados para o mesmo ano são 442 para a Região Africana da OMS, que tem quarenta e sete membros, e 454 para a África Subsaariana, um agrupamento estatístico das Nações Unidas [1,2]; nenhum corresponde à adesão da União, e nenhum dos números é utilizado neste relatório como um valor continental.

O encargo não se limita às mães. Os Estados-Membros da União representam aproximadamente 1,18 milhões de mortes de recém-nascidos por ano, 51% do total mundial, calculados com base nos números maternos acima; a taxa de mortalidade neonatal entre os Estados-Membros é de 25,7 mortes por cada 1.000 nascimentos vivos contra uma média mundial de 17,6 [3]. Os natimortos e mortes infantis não são publicados para a adesão da União: nas estimativas das Nações Unidas para a África Subsaariana, que abrange todos exceto os Estados-Membros do norte da União, esse agrupamento representa 47% dos natimortos do mundo, regista uma taxa de natimortos de 22,2 por 1.000 nascimentos totais contra uma média da Europa Ocidental de 2,6, e regista uma taxa de mortalidade para menores de cinco anos de 71,2 por 1.000 nascimentos vivos, a mais alta de qualquer região do mundo e dezoito vezes a taxa da Austrália e Nova Zelândia [2,3,4]. A Figura 2.1 compara estas quotas com o total global.

Uma distinção percorre todo este relatório e perde-se facilmente. A União Africana tem cinquenta e cinco Estados-Membros; a Região Africana da OMS tem quarenta e sete; África subsaariana, utilizada pelo sistema estatístico das Nações Unidas, é novamente um terceiro agrupamento. Não são intercambiáveis. Todos os valores continentais deste relatório são para os Estados-Membros da União e são calculados a partir das estimativas a nível nacional na série de mortalidade materna das Nações Unidas para 2000 a 2023, somando mortes maternas e nascimentos vivos entre os Estados-Membros; aplicado aos próprios agrupamentos africanos do Banco Mundial, o mesmo método reproduz exatamente os agregados publicados. Existem estimativas disponíveis para cinquenta e quatro Estados-Membros; nenhuma é publicada para a República Árabe Democrática Saharaui. Quando um valor só pode ser obtido para outro agrupamento, esse agrupamento é nomeado onde o valor é dado.

O encargo não é uniformemente continental. As cinco regiões da União Africana diferem por mais de treze fatores: a África Ocidental regista 682 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos, África Central 439, África Oriental 260, África Austral 162 e África do Norte 50. A África Ocidental sozinha representa 55% de todas as mortes maternas nos Estados-Membros, e as quatro regiões além do Norte de África representam 99% entre elas. Cinco Estados-Membros, Nigéria, República Democrática do Congo, Etiópia, República Unida da Tanzânia e Chade, representam 64% das mortes maternas da União, e a Nigéria sozinha 42%. Isto tem duas consequências na forma como o relatório deve ser utilizado. Quando fala do encargo, das causas de morte e do ritmo de progresso, descreve as regiões Ocidental, Central, Oriental e Austral de África, e a análise e as oportunidades nas Secções 6 e 7 são dirigidas principalmente aos Estados-Membros dessas quatro regiões. Quando fala de políticas, financiamento e sistemas de dados, descreve todos os cinquenta e cinco, porque a avaliação continental abrangeu todos os cinquenta e cinco e porque as fraquezas que identifica em responsabilização e medição não se limitam aos Estados-Membros com maior mortalidade. Os Estados-Membros do Norte de África parecem menos parte do problema do que como fonte de prática transferível e como participantes no trabalho normativo continental que a Secção 7 propõe.

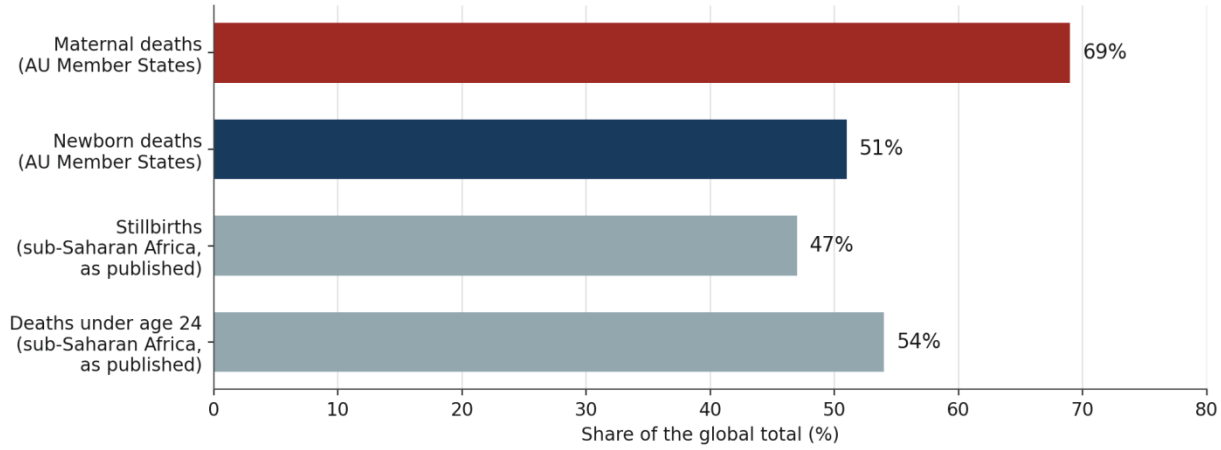


Figura 2.1 A quota de África no peso global. Fontes: ONU MMEIG (2025); ONU IGME (2025). As quotas maternas e recém-nascidas são calculadas em todos os Estados-Membros da União Africana a partir de estimativas a nível nacional. As quotas de natimortos e menores de 24 anos são publicadas apenas para a África subsaariana e são apresentadas com base nisso.

O peso está a deslocar-se para África, não para longe dela

A quota de África nas mortes globais entre crianças, adolescentes e jovens até aos 24 anos subiu de 38% em 2000 para 54% em 2024 [3]. Esta mudança reflete três fatores ao mesmo tempo: crescimento rápido da população, taxas de declínio mais lentas do que a média global e persistência de causas evitáveis que outras regiões já abordaram em grande parte.

Nas trajetórias atuais, estima-se que 16,8 milhões de crianças africanas morram antes do seu quinto aniversário entre agora e 2030 [3]. Espera-se, portanto, que a quota continental do peso global continue a aumentar, mesmo com a diminuição das taxas de mortalidade africana.

2.4 O ritmo do progresso e a dimensão da diferença

Entre 2000 e 2023, a mortalidade materna nos Estados-Membros da União Africana caiu 42%, de 666 para 388 mortes por 100.000 nascidos vivos [1]. Esta é uma conquista substancial, alcançada ao longo de um período que incluiu uma pandemia, e deve ser declarada claramente antes de a dificuldade ser descrita.

A dificuldade está na velocidade. A taxa anual observada de redução entre 2000 e 2023 foi de 2,4%. A essa taxa, os Estados-Membros registarão aproximadamente 330 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos em 2030, perto de cinco vezes a meta dos ODS de menos de 70. Para atingir a meta, a taxa anual de redução aumentaria cerca de dez vezes. A nível global, o quadro é semelhante: a taxa de mortalidade materna diminuiu apenas 1,5% ao ano desde 2016, uma desaceleração significativa em relação ao período anterior [1]. A Figura 2.2 mostra a distância resultante entre a trajetória atual e a meta.

O panorama dos recém-nascidos segue o mesmo padrão. As taxas de morte por natimorto e mortalidade neonatal em África caíram 30% e 33%, respetivamente, entre 2000 e 2023, mas prevê-se que o continente registo uma taxa de mortalidade neonatal cerca do dobro da meta do ODS 3,2 de 12 ou menos mortes por 1.000 nascidos vivos até 2030 [2]. Das 27,3 milhões de mortes com menos de cinco anos projetadas globalmente entre 2025 e 2030, espera-se que ocorram quase 13 milhões no período neonatal [3].

A observação mais importante nesta secção é que a desaceleração antecede o atual choque financeiro. O progresso que reduziu as mortes maternas e infantis em cerca de 40% desde o início dos anos 2000 abrandou drasticamente após 2016,

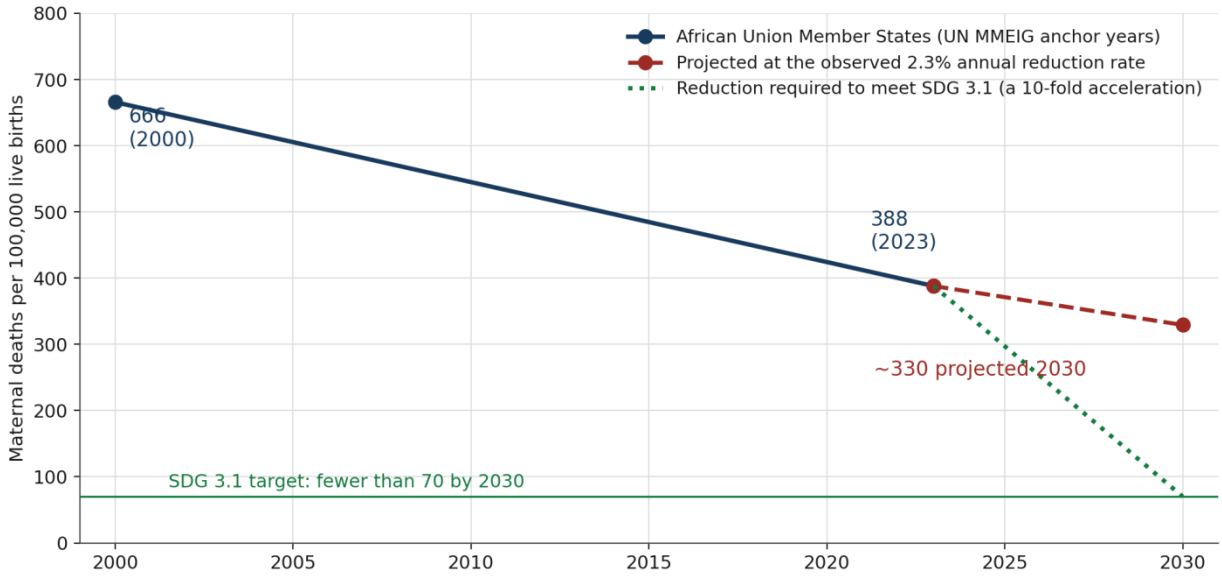


Figura 2.2 Mortalidade materna entre os Estados-Membros da União Africana em relação à meta do ODS 3.1. Apenas os anos âncora do MMEIG da ONU 2000 e 2023 são representados como pontos de dados observados. Fonte: MMEIG da ONU (2025), estimativas ao nível dos países agregadas entre os Estados-Membros.

vários anos antes das reduções na assistência ao desenvolvimento descritas na Secção 2.7 [5]. As causas da desaceleração são, portanto, estruturais e não apenas financeiras e não serão revertidas apenas pela restauração do financiamento externo.

A média continental também oculta um sucesso real. Oito Estados-Membros já atingiram a meta do ODS 3,1 de menos de 70 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos: Egito (17), Tunísia (36), Cabo Verde (40), Seychelles (42), Líbia (59), Argélia (62), Maurícias (66) e Marrocos (70). Mais seis estão dentro do dobro da meta, com 140 ou menos: São Tomé e Príncipe (75), Zâmbia (85), Moçambique (99), Essuatí (118), África do Sul (118) e Namíbia (139). Quatorze dos cinquenta e quatro Estados-Membros para os quais existem estimativas estão, portanto, iguais ou abaixo de 140, e incluem Estados-Membros de quatro das cinco regiões da União Africana. O que o continente deve alcançar já foi alcançado dentro dele.

2.5 Do que as mulheres e os recém-nascidos estão a morrer

O panorama global é inequívoco. A análise sistemática mais recente da OMS sobre as causas de morte materna, abrangendo 2009 a 2020, concluiu que a hemorragia é a principal causa mundial com 27% das mortes, com a proporção mais elevada na África subsaariana e na Ásia Ocidental e Norte de África [6]. Seguem-se os distúrbios hipertensivos. Juntas, estas duas causas representaram aproximadamente 80.000 e 50.000 mortes, respetivamente, em 2020 [7]. Outras condições, como doenças infeciosas e crónicas, incluindo VIH, malária, anemia e diabetes, estão na base de quase um quarto de todas as mortes maternas [6]. **A Figura 2.3** apresenta a distribuição global.

A avaliação da OMS para a sua Região Africana nomeia as principais causas como hemorragia, distúrbios hipertensivos, infeções, abortos inseguros e trabalho de parto obstruído, todas elas, como a própria Região nota, em grande parte evitáveis ou tratáveis com acesso atempado a cuidados de qualidade [2]. Entre os recém-nascidos, as principais causas são o nascimento prematuro, complicações durante o parto, sépsis e outras infeções neonatais, e anomalias congénitas [2].

A Secção 6 deste relatório testa este quadro global com o que os países africanos registam nas suas próprias avaliações de mortes. As duas são em grande parte consistentes quanto à hemorragia e divergem de forma instrutiva noutros aspetos, nomeadamente na anemia, no peso das causas indiretas em contextos de alta prevalência de VIH e na proporção de mortes para as quais não há qualquer causa registada.

2.6 A cobertura aumentou, mas a qualidade não acompanhou o ritmo

A cobertura dos serviços melhorou significativamente. Mais de 60% dos países africanos relatam agora que mais de 80% dos partos são assistidos por profissionais de saúde qualificados, contra apenas 28% em 2010 [2]. Este é um dos ganhos mais claros da era dos ODS e explica uma parte substancial da diminuição da mortalidade descrita acima.

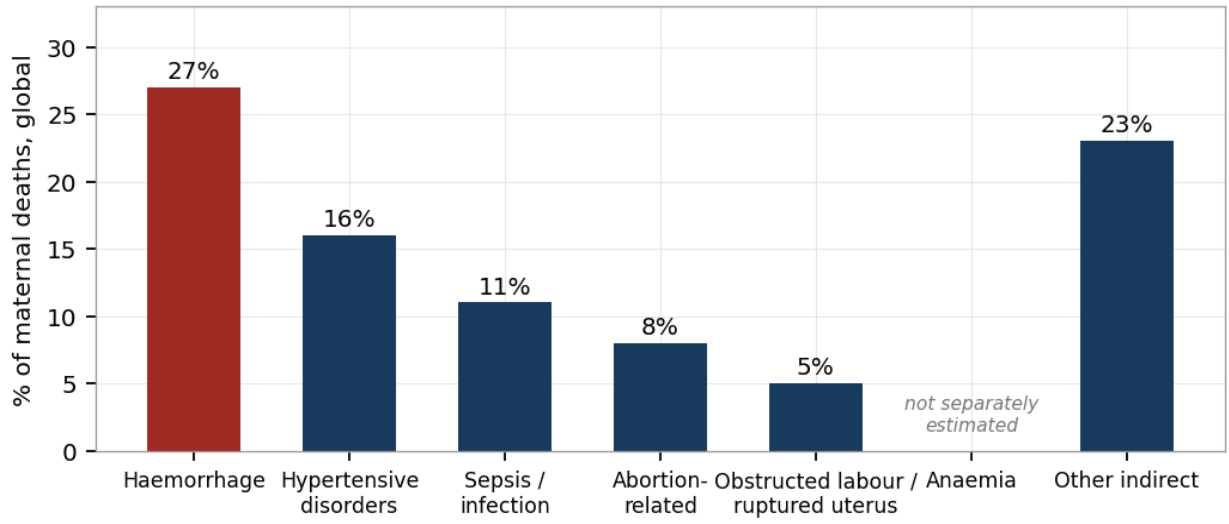


Figura 2.3 Distribuição global das causas de morte materna, 2009–2020. A anemia não é estimada separadamente na análise global, mas é registada como uma das principais causas por vários sistemas nacionais africanos de revisão (ver Secção 6). Fonte: análise sistemática da OMS, Lancet Global Health (2025).

No entanto, a cobertura não é o mesmo que os cuidados. O progresso varia significativamente entre países, com áreas rurais e afetadas por crises a continuarem a enfrentar carências agudas [2]. E a conclusão central das revisões nacionais de mortes analisadas na Secção 6 é que, num número crescente de países, o atraso decisivo é já não chegar a uma instituição, mas receber cuidados adequados após a chegada. A OMS identifica as principais barreiras ao progresso futuro como financiamento inadequado, governação fraca, escassez de pessoal na saúde e choques recorrentes, incluindo surtos e conflitos, com mulheres e crianças em contextos frágeis e afetados por crises em risco particular [2].

2.7 O choque financeiro

O contexto em que este relatório está escrito difere fundamentalmente do de qualquer avaliação continental recente. A assistência ao desenvolvimento para a saúde em África caiu de 25,8 mil milhões de dólares em 2021 para 19,9 mil milhões de dólares em 2022 e para aproximadamente 13 mil milhões em 2025, uma diminuição de cerca de 70% ao longo do período [8]. Só em 2025, a assistência oficial ao desenvolvimento caiu 23%, a redução mais acentuada num único ano de sempre, com uma nova queda prevista para 2026; a assistência à saúde especificamente caiu 21%, e África absorveu as perdas mais profundas de qualquer região, com 25% [5]. A Figura 2.4 mostra a escala da contração e a composição dos gastos em saúde que devem absorvê-la.

As consequências recaem desproporcionalmente sobre os serviços que este relatório aborda. Cuidados maternos, saúde neonatal, planeamento familiar e serviços ao adolescente estão entre os componentes mais cronicamente subfinanciados de qualquer orçamento de saúde e são tipicamente a primeira linha a ser cortada quando uma subvenção é contratada ou um doador é retirado [8]. Um inquérito a organizações membros da PMNCH revelou que quase 90% foram diretamente afetados pelos cortes de financiamento e mais de 60% já tinham sido forçados a reduzir programas, desproporcionalmente na saúde comunitária e na saúde sexual e reprodutiva, os serviços que chegam primeiro às mulheres e adolescentes [5]. A modelação da retirada da assistência dos Estados Unidos a seis países da África Ocidental e Central projeta um aumento da mortalidade materna de aproximadamente 45% entre populações em necessidade humanitária em 2025, correspondendo a mais de mil mortes adicionais [9].

O financiamento interno não colmatou essa lacuna e está, ele próprio, limitado. Em toda a África, os governos representam cerca de 35% do total das despesas em saúde, a assistência externa cerca de 23% e os pagamentos diretos aproximadamente 35% [8]. Isto significa que mais de um terço do custo dos cuidados continua a recair diretamente sobre os agregados familiares no ponto de utilização, a maior barreira financeira entre uma mulher e os cuidados de que necessita. Nos dados mais recentes reportados, em julho de 2026, apenas três Estados-Membros (Ruanda, Botsuana e Cabo Verde) atingiram a meta de Abuja de alocar 15% da despesa pública para a saúde

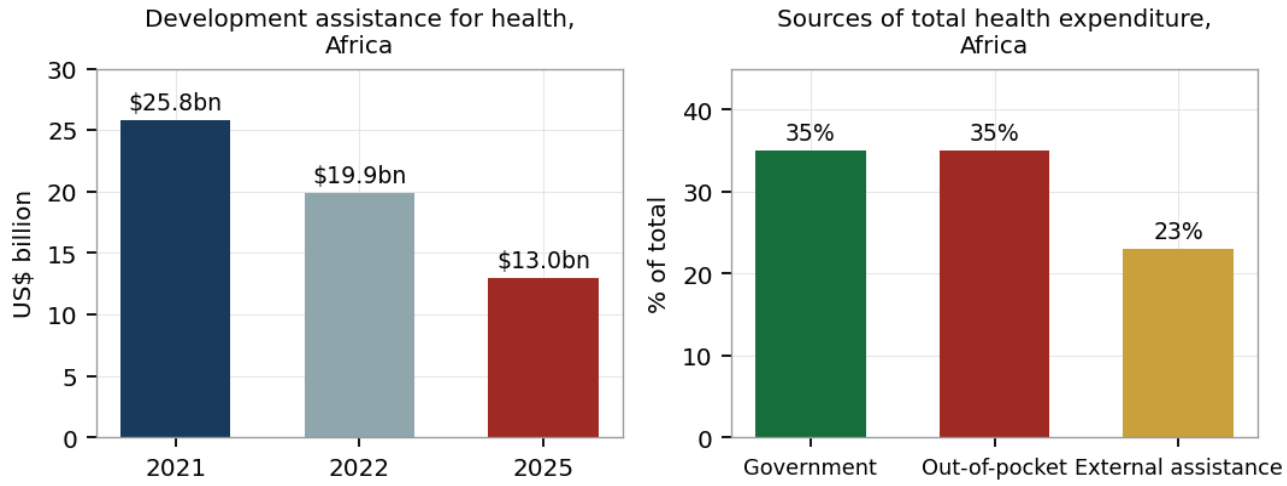


Figura 2.4 O contexto do financiamento. Fontes: Africa CDC, O Financiamento da Saúde de África numa Nova Era (2025); PMNCH e Comissão da União Africana, Abidjan (julho de 2026).

[5], e em cada quatro em cada dez países os governos gastam agora mais no serviço da dívida do que na saúde e na educação juntos [5].

Uma vulnerabilidade relacionada é a manufatura. África importa aproximadamente 80% dos seus produtos de saúde, incluindo 60% do ácido tranexâmico utilizado para controlar a hemorragia pós-parto (HPP). A HPP é a principal causa de morte materna no continente [5]. A principal vulnerabilidade clínica do continente e a sua principal vulnerabilidade na cadeia de abastecimento são, neste caso, a mesma coisa.

A resposta a esta contração já está a tomar forma, e não se trata principalmente de uma busca por novos doadores. Governos africanos e instituições continentais estão a promover impostos sobre a saúde destinados, reforma da segurança social, conversão da dívida, instrumentos regionais agrupados e facilidades de liquidez para a compra de mercadorias. O CDC africano estabeleceu um plano em duas fases: atualizar os planos nacionais de financiamento da saúde em 30 países e testar mecanismos inovadores de receita até 2026, apoiando depois pelo menos 20 países para financiar 50% ou mais dos seus orçamentos de saúde a partir de fontes nacionais sustentáveis até 2030 [36]. A Secção 8.7 avalia o que as evidências mostram sobre cada um destes mecanismos, e a Secção 7.4 estabelece o que se segue especificamente para a saúde materna e neonatal.

2.8 A arquitetura política continental

África não carece de quadros. O Plano de Ação de Maputo 2016–2030 fornece o instrumento continental para o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, estruturado em torno de dez áreas prioritárias [10]. A Estratégia de Saúde de África revista 2016–2030 e a Agenda 2063 definem a arquitetura mais ampla de saúde e desenvolvimento em que se insere [10,11]. A Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África, lançada em 2009 sob o tema "África Cuida: Nenhuma Mulher Deve Morrer Enquanto Dá Vida", foi reforçada como CARMMA Plus para o período 2021–2030, explicitamente alinhada com a Agenda 2063, os ODS, a Estratégia de Saúde de África revista e o Plano de Ação de Maputo revisto [12,13]. Estes situam-se ao lado dos ODS 3.1 e 3.2, da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes 2016–2030, e do Protocolo de Maputo sobre os direitos das mulheres.

A esta arquitetura continental deve juntar-se a Agenda de Lusaka, adotada em dezembro de 2023 como conclusão do processo Futuro das Iniciativas de Saúde Global e endossada pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana em fevereiro de 2024 [43]. Dirige-se às próprias iniciativas globais de saúde e apela a cinco mudanças, das quais duas têm diretamente a ver com este relatório: catalisar serviços de saúde sustentáveis financiados internamente e coordenar abordagens a produtos, investigação e desenvolvimento e fabrico regional. O CDC africano acolhe a Secretaria Continental para a sua implementação, com um quadro de responsabilização anexado [43]. A importância do que se segue é que a transição de financiamento descrita na Secção 2.7 não é apenas uma necessidade fiscal imposta ao continente a partir de fora; é um padrão que os próprios líderes africanos adotaram e contra o qual parceiros externos podem legitimamente ser responsabilizados.

A avaliação continental reportada na **Secção 5** conclui que esta arquitetura está agora refletida na política nacional quase em todo o lado: a esmagadora maioria dos Estados-Membros relata ter uma política ou estratégia de SSR em funcionamento, e a maioria adotou-a ou revisou-a nos últimos cinco anos. As restrições vinculativas identificadas pelos Estados-Membros situam-se a jusante da política, em planos operacionais com custos, mecanismos de coordenação, linhas orçamentais dedicadas e os sistemas de dados necessários para saber se alguma delas está a funcionar.

A liderança política ao mais alto nível é o mecanismo que a União Africana escolheu para colmatar essa lacuna. A nomeação de S.E. Samia Suluhu Hassan, Presidente da República Unida da Tanzânia, como Campeã da UA para a Saúde Materna e Infantil e para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (aprovada na 39.ª Sessão Ordinária da Assembleia) coloca a coordenação e mobilização do esforço dos Estados-Membros ao nível do Chefe de Estado [14]. O Roteiro do Campeão define três metas contra as quais se escrevem as Secções 7 e 8 deste relatório: zero mortes maternas, zero mortes de recém-nascidos evitáveis e zero crianças não vacinadas, e persegue-as através de quatro áreas focais: sistemas de responsabilização, financiamento sustentável, fabrico local de produtos de saúde e coordenação liderada pelo país [34]. A Declaração Ministerial adotada no Comité Técnico Especializado em outubro de 2025, e os mecanismos de responsabilização apresentados na sessão do Comité em Abidjan, em julho de 2026, fornecem a máquina intergovernamental através da qual essa liderança está a ser exercida [5]. A Sessão Extraordinária da Assembleia dos Chefes de Estado e de Governo em

Acra colocou a saúde materna ao lado do fim da SIDA e da tuberculose na agenda de saúde de mais alto nível da União [35].

2.9 Estrutura deste relatório

A Secção 1 resume as conclusões e as ações que delas se seguem. Esta secção, **Secção 2,** estabelece a situação: o encargo, a sua distribuição entre as cinco regiões da União, o ritmo de progresso em relação às metas adotadas pelo continente, o choque financeiro que agora está a remodelar o ambiente operacional e os compromissos em conformidade com os quais o progresso é avaliado. **A Secção 3** estabelece os objetivos. **A Secção 4** estabelece os métodos e as limitações que sustentam cada conclusão. **A Secção 5** relata a avaliação continental de todos os 55 Estados-Membros. **A Secção 6** sintetiza o que as próprias revisões de mortes dos Estados-Membros mostram sobre as causas e fatores que conduzem à mortalidade materna e neonatal e testa esses resultados com a avaliação. **A Secção 7** identifica as oportunidades resultantes, e a **Secção 8** enquadra barreiras e exemplos nacionais baseados em evidências contra os pilares do sistema de saúde da OMS. **O Anexo 1** fornece um perfil para cada Estado-Membro; **O Anexo 2** apresenta os exemplos nacionais na íntegra.

Em conjunto, a posição exposta acima define o que este relatório tem de estabelecer. O encargo é grande, está concentrado em quatro das cinco regiões da União e está a cair demasiado lentamente para atingir a meta que o continente estabeleceu. A cobertura dos cuidados aumentou sem uma melhoria correspondente nos resultados, o que aponta para a qualidade dos cuidados e não para o acesso a eles como restrição vinculativa num número crescente de Estados-Membros. O financiamento do qual depende grande parte da resposta existente contraiu-se drasticamente e não volverá a regressar ao nível anterior nesta década. E os compromissos continentais contra os quais o progresso é avaliado são numerosos, recentes e largamente por cumprir. O que nada disto estabelece é porque é que mulheres e recém-nascidos estão a morrer em determinados Estados-Membros, ou o que já foi demonstrado funcionar contra essas causas específicas. Responder a estas duas questões requer evidências que as estimativas globais não conseguem fornecer: as revisões que os Estados-Membros africanos realizam sobre as suas próprias mortes e os relatos que os Estados-Membros dão dos seus próprios sistemas. Reunir e ler esses dois corpos de provas um contra o outro é a análise que este relatório realiza.

3. Objetivos

Este relatório foi encomendado para responder a uma única questão: quais são as causas e os fatores que impulsionam a mortalidade materna e infantil em África, e o que já foi demonstrado como funcionando contra eles? Não foram definidos objetivos formais desde o início. Estes são aqui apresentados, derivados dessa questão e correspondidos aos métodos e resultados que se seguem.

Primeiro, estabelecer o atual encargo da mortalidade materna, neonatal e infantil em todos os Estados-Membros da União Africana, a sua distribuição entre as cinco regiões da União e o ritmo a que está a mudar face às metas adotadas pelo continente (Secção 2, das estimativas das Nações Unidas ao nível dos países).

Em segundo lugar, descrever a política, coordenação, financiamento, monitorização e prestação de serviços de cada Estado-Membro, tal como os próprios Estados-Membros a reportam (Secção 5, da avaliação continental).

Terceiro, determinar o que as próprias revisões de mortes maternas e perinatais dos Estados-Membros registam sobre as causas dessas mortes, os atrasos que contribuíram para elas e quantas foram consideradas evitáveis (Secção 6, da biblioteca de revisão de óbitos).

Quarto, ler esses dois corpos de provas um contra o outro para identificar as falhas do sistema que os ligam e testar se o continente age com base nas provas que já gera (Secções 6.5 a 6.8).

Quinto, identificar as oportunidades que se seguem e documentar as intervenções que os governos africanos já implementaram contra estas causas, juntamente com a força das evidências para cada uma (Secções 7 e 8, e o Anexo 2).

4. Métodos

Este relatório responde a uma única questão: **quais são as causas e os fatores que impulsionam a mortalidade materna e infantil em África?** Faz-no reunindo cinco corpos de evidência que até então não tinham sido analisados uns contra os outros; as revisões de mortalidade que os países africanos realizam sobre si próprios, a avaliação continental da prestação de políticas e serviços concluída pelos Estados-Membros em 2026, as estimativas globais produzidas pelas agências das Nações Unidas, a literatura revista por pares e as deliberações dos Estados-Membros nos workshops regionais de validação de políticas realizados em julho de 2026. O método está deliberadamente inclinado para o primeiro destes, pela razão exposta no final da Secção 2.

4.1 Quadros analíticos

Três quadros analíticos estruturam a análise, cada um escolhido porque já está em uso pelos Estados-Membros e, por isso, fornece uma linguagem partilhada entre este relatório e os sistemas que descreve.

O modelo dos três atrasos (Thaddeus e Maine) localiza as causas de uma morte materna na sequência de eventos que a precedem: o atraso na decisão de procurar cuidados, o atraso em chegar a uma unidade e o atraso em receber cuidados adequados uma vez lá chegado. É o quadro mais amplamente aplicado nas revisões africanas de mortes maternas, e tem a virtude analítica de distinguir problemas de procura, de acesso e de qualidade, que exigem respostas totalmente diferentes [17].

Os alicerces do sistema de saúde da OMS, prestação de serviços, força de trabalho em saúde, sistemas de informação em saúde, acesso a medicamentos e tecnologias essenciais, financiamento, e liderança e governação, organizam a análise dos fatores que impulsionam e das intervenções que os abordam. Os blocos de construção fornecem um vocabulário comum entre os ministérios da saúde e os ministérios das finanças e do planeamento, e tornam visível uma conclusão que se repete ao longo deste relatório: nenhuma intervenção isolada tem sucesso sozinha [16].

O contínuo de cuidados desde a gravidez até ao parto, até ao período neonatal e à infância, é utilizado para garantir que os desfechos maternos, natimortos, recém-nascidos e infantis sejam analisados como fenómenos interligados, e não separados. Quando a evidência o apoia, o quadro Ending Prevenable Maternal Mortality (EPMM) e a sua ênfase na qualidade, equidade e dignidade são aplicados em conjunto com estes [18].

4.2 Fontes de dados

Foram utilizados cinco fluxos de evidência, que estão resumidos na **Tabela 4.1**. Cada um é referenciado no ponto de utilização ao longo deste relatório. Tanto a biblioteca de avaliação continental como a de revisão de óbitos foram encerradas a novo material a 30 de julho de 2026; as submissões recebidas após essa data serão refletidas na próxima revisão. A avaliação continental do CDC africano e os workshops de validação de políticas regionais são descritos na íntegra na **Secção 5** [15].

Todos os 55 Estados-Membros responderam à avaliação continental. O seu conteúdo continuou a melhorar após os resultados iniciais: dez Estados-Membros (Benim, Burkina Faso, República Centro-Africana, Gâmbia, Guiné, Marrocos, Nigéria, Senegal, África do Sul e Tunísia) submeteram ou revalidaram onze ferramentas nacionais de recolha de dados durante e imediatamente após o workshop de Cotonu, e mais sete (Burkina Faso novamente, Camarões, República Democrática do Congo, Gabão, Mali, Moçambique e São Tomé e Príncipe) submeteram ferramentas nacionais entre junho e setembro de 2026, Gabão e Moçambique pela primeira vez, e essas ferramentas têm precedência sobre os resultados anteriores de inquéritos porque são o instrumento validado pelo próprio Estado-Membro. O efeito concentra-se no módulo de prestação de serviços em vez das respostas políticas: os Estados-Membros que não apresentaram dados de prestação de serviços caiu de 19 para 16, e a completude dos dados norte-africanos mais do que duplicou. Três relatórios nacionais de revisão de óbitos (dos Camarões, Marrocos e África do Sul) foram adicionados à biblioteca em julho de 2026, e cinco documentos adicionais (o relatório nacional de 2025 da República Democrática do Congo, dois relatórios nacionais do MPCDSR nigeriano e dois instrumentos moçambicanos) em setembro de 2026.

Desenvolvimento da ferramenta de avaliação e do procedimento de recolha de dados

A avaliação continental que sustenta este relatório não foi encomendada fora do continente e devolvida a ele. Foi desenhada, implementada e seguida até à conclusão por instituições africanas que trabalham com e através dos próprios Estados-Membros.

A ferramenta de avaliação foi desenvolvida em conjunto pela Divisão de Saúde Materna, Recém-Nascida, Infantil e Adolescente (RMNCAH) e Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos (SRHR) e pelo Ministério da Saúde da República Unida da Tanzânia, baseando-se na própria experiência da Tanzânia enquanto Estado-Membro que operou um dos sistemas de monitorização SRMNCAH mais avançados do continente. Esta parceria foi deliberada. Um instrumento construído por uma instituição continental isolada corre o risco de medir o que os tecnocratas consideram importante; um instrumento co-concebido com um ministério Estado-Membro que tem vivido com estes indicadores nos seus próprios ciclos orçamentais e reuniões de coordenação mede aquilo que um governo realmente precisa de saber para agir.

A implementação foi igualmente deliberada na sua estrutura. A Divisão de Saúde Materna, Recém-Nascida, Infantil e Adolescente (RMNCAH) e Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos (SRHR) não administrou esta avaliação de forma centralizada a cinquenta e cinco Estados-Membros nem aguardou os retornos. Trabalhou diretamente e através dos cinco Centros Regionais Colaboradores (RCCs) do CDC africano, cuja base regional proporcionou ao exercício a proximidade e o acompanhamento que um único escritório continental não poderia ter sustentado sozinho, e em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH), a Rede Global de Liderança (GLN), a Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral (ECSA) e a Pathfinder International. Cada parceiro trouxe uma vantagem comparativa distinta: especialização técnica em domínios específicos da SRMNCAH, relações permanentes com os ministérios da saúde construídas ao longo de anos de programação nacional, e a capacidade de convocação para trazer os Estados-Membros de volta à mesa quando as declarações estavam incompletas ou exigiam validação.

Essa combinação é a razão pela qual este relatório pode reivindicar o que poucas avaliações continentais podem: uma resposta de todos os cinquenta e cinco Estados-Membros da União Africana, com os retornos a serem seguidos ativamente em vez de recolhidos passivamente. Quando uma submissão inicial estava incompleta, os RCCs e parceiros trabalharam com o Estado-Membro em causa para a concluir. Quando uma submissão necessitava de esclarecimento ou

Tabela 4.1 Fluxos de evidência utilizados neste relatório.

Fluxo de evidências	O que ela contribui	Fontes principais
Revisões nacionais de mortes maternas e perinatais	A única fonte que identifica porque é que mulheres e recém-nascidos morreram, quais os atrasos contribuíram e se a morte foi evitável	Relatórios da MPDSR, MDSR, SDMR e de inquéritos confidenciais (CEMD) produzidos pelos Estados-Membros da UA
Avaliação continental do CDC de África 2026	Estado atual da política, coordenação, financiamento, monitorização e quadros legais da SRMNCAH, e dados de prestação de serviços reportados 2021–2025	Inquérito continental do CDC em África, todos os 55 Estados-Membros da UA
Workshops regionais de validação de políticas	Validação e correção dos dados de avaliação pelos Estados-Membros e contas por país do que resultou	Nairobi, 8–10 de julho de 2026; Cotonou, 29–31 de julho de 2026
Nações Unidas e estimativas globais	Estimativas modeladas comparáveis dos níveis e tendências de mortalidade, e a distribuição global das causas	UN MMEIG; UN IGME; OMS; UNICEF; UNFPA; Banco Mundial; UNDESA
Literatura revista por pares e literatura cinzenta	Análise independente das causas, do desempenho dos sistemas de vigilância e do efeito das intervenções	Revistas indexadas; Contagem decrescente até 2030; Perfis de países da EWENE; Reportagem CARMMA

correção, os Workshops Regionais de Validação de Políticas em Nairobi e Cotonou proporcionaram o fórum para que os Estados-Membros revisassem os seus próprios dados em diálogo com parceiros técnicos e entre si.

Isto não é uma nota de rodapé ao método do relatório. É a razão pela qual a conclusão central do relatório é credível: que a limitação à sobrevivência materna e neonatal em África não é a ausência de compromisso político, mas sim uma lacuna na arquitetura de implementação. Essa conclusão só pôde ser estabelecida com confiança porque a avaliação chegou a todos os Estados-Membros, foi seguida até que todos responderam o mais completamente possível, e foi validada pelos próprios Estados-Membros em vez de ser afirmada sobre eles de fora.

4.3 Revisão dos relatórios nacionais de mortes maternas e perinatais

O núcleo do método é uma revisão estruturada dos relatórios de mortalidade produzidos pelos próprios países africanos. Foi realizada uma revisão de âmbito dos relatórios nacionais de revisão de mortes maternas e perinatais publicados desde 2000 para o reunir. Foi reunida e revista na íntegra uma biblioteca de 199 documentos detida pela Divisão de Saúde Materna e Reprodutiva do CDC de África, abrangendo 34 Estados-Membros da UA [15]. Foram solicitados documentos aos ministérios da saúde dos Estados-Membros e aos institutos nacionais de saúde pública, aos repositórios africanos do CDC e OMS, e à literatura revista por pares.

Extração

Cada documento foi revisto pela equipa de reporte. Dois relatórios digitalizados foram recuperados usando reconhecimento ótico de caracteres, e um arquivo comprimido foi expandido, de modo que nenhum documento da biblioteca foi excluído por razões técnicas. As conclusões dos candidatos foram então localizadas sistematicamente em todo o corpus, utilizando um vocabulário controlado que abrange causas de morte, os três atrasos, cuidados evitáveis e de qualidade inferior, e recomendações. Cada passagem candidata foi lida em contexto e registada manualmente contra um esquema estruturado.

O que foi registado

Para cada relatório, foram registados os seguintes locais: o período de relatório e o nível geográfico; o número de mortes notificadas, revistas ou auditadas; a distribuição das causas de morte materna e, separadamente, da morte perinatal e neonatal; a divisão entre causas diretas e indiretas; a distribuição dos atrasos contributivos; a proporção de mortes consideradas evitáveis ou associadas a cuidados de qualidade inferior; a razão de mortalidade materna reportada e a sua origem; e se o relatório acompanhou o progresso em relação às recomendações feitas em ciclos anteriores. Cada número registado contém o nome do documento de onde provém.

Verificação

A base de evidências resultante contém 78 registos estruturados em todas as pastas dos 34 países. Trinta e sete números principais (selecionados para abranger todos os países com dados substantivos e todas as categorias de resultados) foram verificados independentemente em relação ao texto de origem (todos os 37 corresponderam), e os números adicionados em setembro de 2026 foram verificados da mesma forma. A base de evidências é publicada como um livro de trabalho complementar a este relatório, para que qualquer número aqui utilizado possa ser rastreado até ao seu documento de origem.

Porque é que as avaliações nacionais de óbitos são tratadas como fonte primária

Estimativas globais modeladas são indispensáveis para estabelecer a escala do fardo e para comparar países e regiões, mas não foram concebidas para explicar mortes individuais. Não podem identificar que uma mulher morreu porque um hospital distrital não tinha sangue, porque uma ambulância não tinha combustível, ou porque não foi usado um partógrafo.

Os sistemas de vigilância e resposta à morte materna e perinatal são concebidos para responder exatamente a essas questões, e são propriedade e geridos pelos próprios Estados-Membros. Quando esses sistemas funcionam, geram evidências disponíveis de nenhuma outra fonte. Quando não o fazem, essa ausência é ela própria uma constatação, e é reportada como tal na Secção 6.

4.4 Avaliação da qualidade do relatório e do sistema

Como a qualidade do sistema de revisão de óbitos de um país determina a qualidade das provas que produz, cada relatório nacional foi também avaliado como um instrumento de responsabilização e não apenas como

fonte de dados. Foram registados três atributos.

- Se o relatório aplica o modelo dos três atrasos, ou um quadro equivalente, para analisar fatores contribuintes em vez de listar apenas causas clínicas.
- Se o relatório avalia a evitabilidade. Isto significa se chega a um julgamento sobre quais as mortes que poderiam ter sido evitadas e o que as teria evitado.
- Se o relatório acompanha o progresso face às recomendações feitas em ciclos anteriores, fechando assim o ciclo de "resposta" que dá nome ao MPDSR.

As recomendações foram ainda examinadas para determinar se são específicas, mensuráveis, atribuídas a um ator responsável, dotadas de recursos e com prazos definidos. Esta avaliação é apresentada na **Secção 6** juntamente com os resultados substantivos, porque a força do ciclo de responsabilização revela-se um dos fatores mais claros para determinar se a mortalidade diminui.

4.5 Identificação e classificação de exemplares nacionais

As secções 7 e 8 apresentam intervenções que os Estados-Membros africanos utilizaram para abordar as barreiras identificadas por este relatório. Como um relatório aos Chefes de Estado deve ser explícito quanto ao peso de cada exemplo, os exemplares foram identificados e classificados por um método definido, em vez de serem selecionados editorialmente.

Identificação. Exemplares foram nomeados pelos próprios Estados-Membros em dois Workshops Regionais de Validação de Políticas, realizados para a África Oriental e Austral em Nairobi entre 8 e 10 de julho de 2026 e para África Ocidental, do Norte e Central em Cotonou entre 29 e 31 de julho de 2026. Ambos os workshops utilizaram um formato idêntico, um modelo de reporte idêntico e uma duração de sessão idêntica. Cada delegação foi convidada a nomear uma das oito barreiras reportadas na avaliação continental, descrever a intervenção que o seu governo utilizou para a abordar, indicar o âmbito e os fatores habilitadores, e apresentar a evidência de que a intervenção funcionou. As nomeações foram complementadas, quando disponíveis, por uma avaliação independente e revista por pares do programa em questão.

Limiar de inclusão. Uma intervenção é apresentada como exemplar apenas quando um efeito foi medido. Intervenções que foram nomeadas e bem desenhadas, mas para as quais não estavam disponíveis dados de resultado, cobertura ou utilização, são registadas separadamente e identificadas como tal, de modo que a distinção entre o que está provado e o que é promissor permanece visível para o leitor.

Classificação. Cada exemplar incluído possui uma das quatro classificações, definidas na Tabela 4.2 e aplicadas de forma consistente onde quer que os exemplares apareçam neste relatório.

Duas regras regem o uso destes graus. Primeiro, uma alteração na cobertura não é reportada como uma alteração na mortalidade: quando um exemplar demonstra aumento da utilização ou disponibilidade de serviços, mas não tem efeito medido nas taxas de mortalidade, o texto indica-o. Segundo, o grau reflete a evidência disponível sobre uma intervenção, não o seu mérito ou importância. Programas que operam há uma década ou mais tiveram tempo de acumular uma avaliação independente; programas recentes ou em curso normalmente transportam apenas dados de monitorização do programa, por mais bem concebidos que sejam. Um grau deve, portanto, ser lido como uma

Tabela 4.2 Classificações de evidência aplicadas a exemplares por país.

Classificação	Padrão de prova
A	Evidência randomizada ou quase experimental de um efeito na mortalidade ou morbilidade grave.
B	Avaliação independente por pares do programa nacional.
C	Dados de inquéritos nacionais ou estatísticas nacionais oficiais que demonstram alterações ao longo do tempo.
D	Dados validados de monitorização de programas que demonstram alterações na cobertura, utilização ou disponibilidade de serviços.

declaração sobre maturidade de avaliação, e não sobre a qualidade do trabalho do Estado-Membro.

O Grau D é mantido deliberadamente. Um limiar que admita apenas provas aleatórias excluiria quase todos os programas governamentais do continente e deixaria os Chefes de Estado sem nada de acionável.

4.6 Análise

Os resultados foram analisados em três passagens de processo. Primeiro, dentro do país: a sequência de relatórios de um único Estado-Membro foi lida como uma série temporal, para que as alterações na distribuição das causas, perfil de atraso e cobertura de revisão pudessem ser distinguidas do ruído ano para ano. Segundo, entre países: os padrões foram comparados para identificar o que é continental e o que é específico de cada país. Terceiro, em comparação com os quadros analíticos descritos: os resultados foram mapeados para os três atrasos e os blocos de construção do sistema de saúde para ligar as causas de morte às falhas do sistema que as produzem e às intervenções da **Secção 8** que demonstraram resolvê-las.

Os dados de avaliação continental são analisados separadamente na **Secção 5** e são usados aqui para estabelecer o contexto de política, financiamento e monitorização em que se inserem os resultados da mortalidade.

O scorecard de políticas usado na Secção 5.7 e no Anexo 1 conta treze indicadores binários, abrangendo os quatro domínios que a avaliação abrange. Política: uma política ou estratégia SRH implementada, uma estratégia nacional de SRH autónoma e um sistema funcional de auditoria perinatal. Coordenação: um mecanismo nacional de coordenação e um plano operacional com custos. Financiamento: uma linha orçamental SRH dedicada, financiamento externo SRH, um plano estratégico de financiamento plurianual e um aumento nacional significativo ao longo de três anos. Monitorização: indicadores SRH integrados no sistema nacional de informação em saúde, desagregação total desses indicadores, feedback dos clientes ou mecanismos de scorecard comunitário, e reporte público anual em relação às metas nacionais. Um Estado-Membro pontua um quando respondeu Sim e zero caso contrário. Dois Estados-Membros, Maurícias e Serra Leoa, não responderam a nenhum item do scorecard; uma não resposta não é evidência de ausência, pelo que ambos são excluídos de todas as médias do scorecard em vez de serem pontuadas zero, e as médias abaixo são assim superiores aos cinquenta e três Estados-Membros responsivos.

A Secção 5.4.2 compara o que os Estados-Membros reportam monitorização com o que conseguiram fornecer. Um Estado-Membro é contabilizado como capaz de fornecer uma categoria de dados em que devolveu pelo menos um valor na correspondente secção da Parte B para qualquer ano entre 2021 e 2025: Secção D para dados de serviços de saúde materna, Secção E para causa materna de morte, Secção C para dados de serviços de adolescentes, Secção G para causa neonatal de morte e indicadores DR10 a DR12 para assistência qualificada ao parto e parto em instalações. Este é um teste deliberadamente generoso, pelo que as lacunas que revela são limites inferiores.

Triangulação. As correntes de evidência não são tratadas como medições independentes da mesma quantidade; cada uma responde a uma questão diferente, e são lidas entre si de três formas específicas. Primeiro, o que um Estado-Membro relata sobre os seus próprios sistemas na avaliação continental é comparado com o que as suas revisões de óbito publicadas mostram que esses sistemas realmente produziram, de modo que um sistema de auditoria perinatal reportado sem resultados de revisão publicada é visível como tal (Secções 5.9 e 6.6). Segundo, as distribuições de causa e atraso retiradas das revisões nacionais são comparadas com as estimativas globais e regionais para o mesmo período, e o acordo ou divergência é reportado em vez de resolvido (Secções 2.5 e 6.1). Terceiro, quando existem mais do que um documento para um Estado-Membro, a série é lida como uma série temporal e o relatório nacional mais recente substitui os anteriores ou subnacionais, mantendo o valor substituído na base de evidências e com a substituição registada. Quando os fluxos discordam, o desacordo é declarado no texto; não é feito uma média. Quando uma descoberta assenta num único fluxo, o texto diz isso.

4.7 Limitações

Seis limitações vinculam as conclusões deste relatório e devem ser lidas em paralelo com elas. Cada uma é enunciada com as medidas tomadas para limitar o seu efeito sobre as conclusões; nenhuma dessas medidas remove essa limitação e, quando a conclusão ainda assenta em provas afetadas, o texto indica isso no momento da utilização.

As percentagens de causa não são comparáveis entre países

Esta é a limitação mais importante. Os países diferem no que contam, por exemplo, alguns reportam todas as mortes notificadas, outros apenas as revistas ou auditadas, na forma como classificam as causas e em que proporção de mortes entra no sistema de revisão. Um relatório nacional nesta biblioteca regista que os comités distritais atribuíram causas incorretamente e que a direção nacional as reclassificou antes da publicação. As distribuições das causas são portanto usadas neste relatório para identificar padrões, nunca para classificar os Estados-Membros uns contra os outros.

Mitigação. As percentagens por país nunca são agrupadas numa média continental. Cada valor é reportado com o seu Estado-Membro, o seu período e denominador, e a comparação em que o relatório se baseia entre os Estados-Membros é a classificação da causa principal, que é robusta às diferenças de classificação; onde as quotas são apresentadas lado a lado, como na Figura 6.1, o texto e a legenda indicam que são como publicadas e não são comparáveis entre países. Quando um relatório nacional indica o seu próprio denominador, direto ou todas as causas, esse denominador é incluído no texto; quando uma direção nacional reclassifica declarações distritais, é usado o valor corrigido e a correção é registada na base de evidências.

A cobertura de revisões é baixa na maioria dos sistemas

Na maioria dos países, apenas uma minoria das mortes maternas notificadas é revista, e a notificação em si é incompleta. Um estudo revisto por pares numa região de Marrocos incluída nesta revisão quantifica diretamente a subnotificação. Os resultados das revisões de mortes descrevem, portanto, as mortes que entraram no sistema, que são tipicamente mortes em instalações, e sub-representam as mortes ocorridas em casa ou em trânsito, precisamente as mortes associadas ao acesso mais fraco.

Mitigação. A cobertura de notificação e revisão é extraída e reportada como dados próprios onde quer que um Estado-Membro os publique, para que o leitor possa ver a fração de mortes em que cada conclusão se baseia, em vez de a inferir. As conclusões dos sistemas de revisão são corroboradas com a avaliação continental e com as estimativas globais antes de serem levadas às conclusões, e quando uma conclusão mudaria se as mortes não avaliadas diferissem sistematicamente das revistas, o texto indica isso.

A base de evidências está ponderada para o período de 2013–2019

Apenas uma minoria dos Estados-Membros publicou uma revisão nacional sobre 2024 ou posteriormente. Vários países da biblioteca não têm relatório nacional desde 2015 e, para alguns, o documento mais recente disponível é um relatório institucional ou de instalação. Quando uma conclusão assenta em dados mais antigos, é referido.

Mitigação. Cada número está datado no texto e na base de evidências, e quando um Estado-Membro publicou mais do que uma vez, o relatório nacional mais recente substitui o anterior. Doze Estados-Membros têm um relatório na biblioteca que cobre 2023 ou depois, oito deles cobrindo 2024 ou posteriores, e estes substituem o material mais antigo dos países em questão. Não é feita nenhuma declaração de tendência a partir de um único dado antigo.

Os Estados-Membros não constituem um agrupamento epidemiológico

O Estado-Membro é uma categoria política, não epidemiológica. Os cinquenta e cinco Estados-Membros da União abrangem razões de mortalidade materna que diferem por mais de cinquenta, e as médias continentais, incluindo várias reportadas na Secção 5, descrevem assim uma distribuição em vez de uma condição. Quando um valor continental poderia induzir em erro, a divisão por região da União Africana é apresentada juntamente com ela. A Secção 2.3 estabelece como são derivados os valores continentais para os Estados-Membros da União e como diferem dos dados publicados para a Região Africana da OMS, e essa distinção deve ser incluída em todos os agregados deste relatório.

Mitigação. Os valores continentais são calculados entre os Estados-Membros a partir de dados ao nível do país, em vez de retirados de um agregado regional, e a divisão por região da União Africana é dada juntamente com cada valor continental que, de outra forma, poderia induzir em erro. A Secção 2.3 indica

a dedução, e o Anexo 1 indica a posição subjacente para cada Estado-Membro.

A cobertura é desigual e incompleta

A biblioteca detém documentos de 34 dos 55 Estados-Membros, e a avaliação continental abrange agora todos os 55. Em conjunto, os dois fluxos chegam a todos os Estados-Membros da União. Países com sistemas de revisão sólidos estão sobrerrepresentados nos resultados qualitativos precisamente porque publicam mais. A ausência de um relatório não é prova de que as mortes não estejam a ser revistas, mas é prova de que os resultados não são publicamente responsabilizados.

Mitigação. Os dois fluxos são deliberadamente complementares: a avaliação continental alcança todos os 55 Estados-Membros, pelo que nenhum Estado-Membro está ausente das conclusões de política, financiamento e dados, e a biblioteca de revisão de óbitos fornece os resultados de mortalidade para os 34 que são publicados. A ausência de relatório é registada como ausência de evidência publicada, nunca como ausência de um sistema, e o Anexo 1 indica em que dos dois fluxos cada perfil se baseia.

A mortalidade infantil para além do período neonatal é menos bem servida

Os sistemas MPDSR captam bem mortes maternas, natimortas e neonatais onde funcionam, mas poucos se estendem às mortes de crianças com idades entre um mês e cinco anos. Para a mortalidade infantil para além do período neonatal, este relatório baseia-se mais nas estimativas do IGME da ONU, dados de inquéritos familiares e na literatura revista por pares, e afirma isso no ponto de utilização.

Mitigação. Quando o relatório fala sobre a mortalidade infantil para além do período neonatal, baseia-se nas estimativas do IGME da ONU e na literatura revista por pares, em vez da biblioteca de revisão, indicando de que fonte provém cada número. Não se tira qualquer conclusão sobre crianças com idades entre um mês e cinco anos apenas com base nas evidências da revisão de óbitos.

5. Resultados do Levantamento Continental

Esta secção relata os resultados da avaliação continental descrita na Secção 4.2. Todos os cinquenta e cinco Estados-Membros da União Africana estão representados [15].

Esta secção relata o que os Estados-Membros disseram sobre si próprios. A Secção 6 compara essas declarações com o que as suas próprias avaliações de óbitos mostram. As duas formam, em conjunto, a base de evidências para as oportunidades identificadas nas Secções 7 e 8.

A constatação principal da avaliação continental

África venceu em grande parte o debate sobre políticas. Noventa e seis por cento dos Estados-Membros relatam uma política ou estratégia nacional de SSR, três quartos daqueles com ano de adoção registado adotaram-na ou a reveram desde 2020, e nenhum Estado-Membro relata não ter nenhuma.

O que os Estados-Membros não têm, em cerca de metade dos casos, é a maquinaria para a implementar: um plano operacional com custos, um mecanismo de coordenação que cumpra os cumprimentos, uma linha orçamental dedicada e sistemas de dados capazes de demonstrar se alguma delas está a funcionar. A lacuna que esta avaliação identifica não é de compromisso político, mas sim de arquitetura de implementação.

5.1 Política e estratégia (Secção B)

Cinquenta e três dos cinquenta e cinco Estados-Membros (96%) relatam ter uma política ou estratégia de SSR em implementação. Nenhum Estado-Membro respondeu "Não"; as duas exceções não completaram a secção de políticas, e o seu estatuto é desconhecido e não negativo. Uma parte substancial de ambos os workshops de validação foi dedicada à verificação das respostas dos próprios Estados-Membros ao inquérito; Os Estados-Membros receberam tempo adicional após cada workshop para as atualizar e clarificar, e todas as respostas verificadas recebidas até 30 de agosto de 2026 estão incluídas nesta análise. Trinta e seis (65%) possuem uma estratégia nacional de SSR autónoma, em vez de disposições de SSR incorporadas numa estratégia de saúde mais ampla.

O stock de políticas é invulgarmente recente. Dos 38 Estados-Membros que reportaram um ano de adoção, 30 (79%) adotaram ou reveram a sua política em 2020 ou depois, e o ano mediano de adoção é 2022. A maior parte do continente encontra-se, portanto, dentro do primeiro ciclo de implementação de uma estratégia atual, a janela em que os acordos de custos, coordenação e monitorização são construídos ou adiados indefinidamente.

Alinhamento com o Plano de Ação de Maputo

A cobertura das dez áreas prioritárias do Plano de Ação de Maputo é ampla, mas desigual. Os Estados-Membros abrangem uma média de 8,0 das dez áreas, e 19 cobrem todas as dez (Figura 5.1). Saúde materna e planeamento familiar lideram; a eliminação da mutilação genital feminina abrange todas as outras áreas por uma margem substancial.

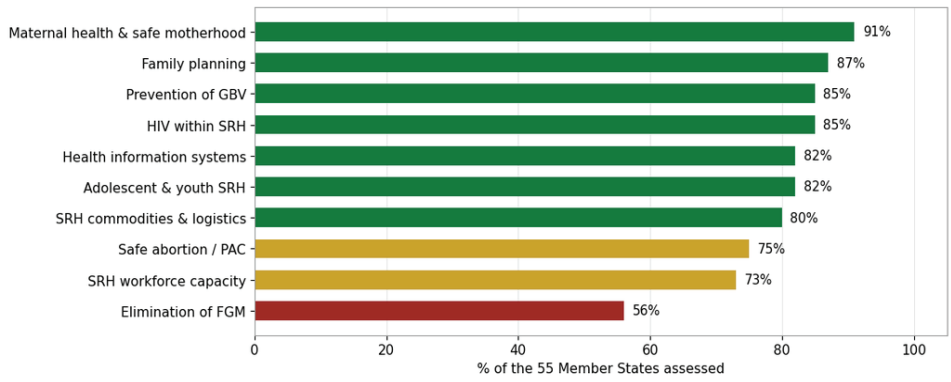


Figura 5.1 Cobertura das dez áreas prioritárias do Plano de Ação de Maputo, 55 Estados-Membros. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

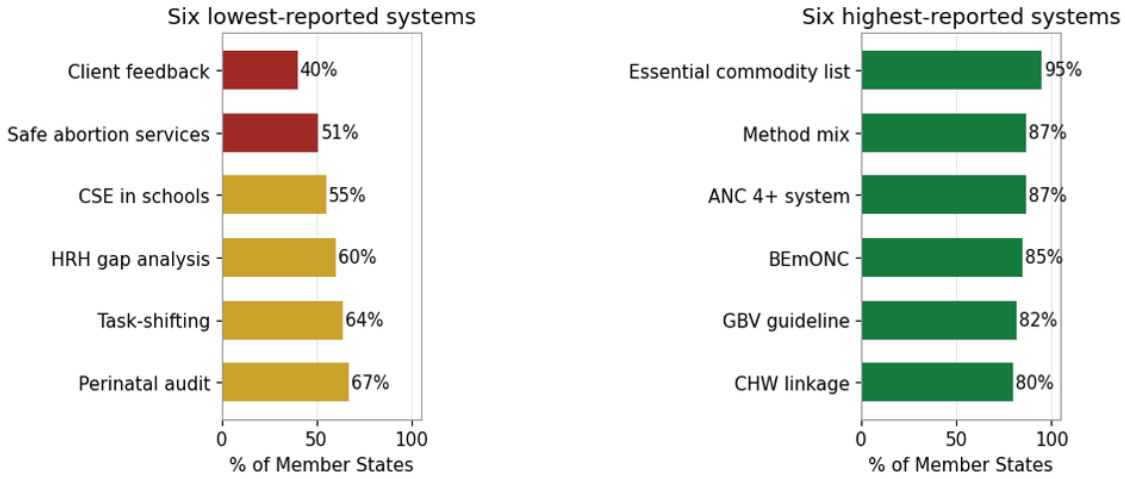


Figura 5.2 Sistemas de prestação de serviços mais alto e mais baixo reportados, Secção B2. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

A análise regional na Secção 5.7 mostra que esta medida de profundidade varia agora entre regiões, desde 6,7 áreas no Norte de África até 9,3 na África Central. O padrão temático é, no entanto, o mesmo em todo o lado: as mesmas três áreas; Eliminação da MGF, aborto seguro e cuidados pós-aborto, e capacidade da força de trabalho, são omitidos em todo o lado igualmente. O trabalho normativo continental irá colmatar essa lacuna de forma mais eficiente do que o apoio região a região.

Sistemas de prestação de serviços

Dezoito perguntas analisam os sistemas operacionais que conferem um efeito político. Os sistemas de mercadorias e clínicos são fortes; os sistemas de responsabilização e de força de trabalho são fracos (Figura 5.2).

Dois dos seis sistemas menos reportados merecem atenção especial porque incidem diretamente sobre as conclusões de mortalidade da Secção 6. Os mecanismos de feedback dos clientes e de scorecard comunitário são reportados apenas por 40% dos Estados-Membros (o sistema mais fraco do continente), o que significa que, na maioria dos países, as mulheres não têm uma via formal para reportar maus tratamentos. E os sistemas funcionais de auditoria perinatal, incluindo a revisão de mortes maternas, são reportados por 67%: um valor que deve ser lido juntamente com a conclusão da Secção 6 de que apenas catorze Estados-Membros publicam relatórios que acompanham o progresso em relação às suas próprias recomendações anteriores.

Alinhamento com quadros internacionais

Quarenta e oito Estados-Membros (87%) relatam que a sua política de SSR faz referência aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 46 (84%) ao Programa de Ação do ICPD. Uma referência explícita ao Protocolo de Maputo sobre os Direitos das Mulheres é reportada por 37 (67%) — o mais fraco dos três, e uma conclusão notável para um instrumento continental que os próprios Estados-Membros adotaram.

5.2 Coordenação e governação (Secção C)

Trinta e três Estados-Membros (60%) têm um mecanismo nacional de coordenação da SSR, com mais oito a reportar um em desenvolvimento (Tabela 5.1). Trinta e dois (58%) têm um plano operacional com orçamento e prazos anexos. A maquinaria institucional está, portanto, ausente ou incompleta em 40% dos Estados-Membros, uma lacuna de implementação maior do que qualquer outra identificada no domínio político.

Quando existem mecanismos, são geralmente de base ampla. Em todos os 55 Estados-Membros, o número médio de grupos de atores participantes é de 4,3 em nove; entre os 33 que têm um mecanismo, sobe para 6,5 em nove. O problema não é a reduzida adesão, mas sim a ausência de maquinaria.

Tabela 5.1 Participação nos mecanismos nacionais de coordenação da SRH. Fonte: Africa CDC continental assessment 2026 [15].

Grupo de atores	Estados-Membros	% de 55
Participação da sociedade civil	30	55%
Ministério da Educação	28	51%
Representação juvenil	28	51%
Líderes comunitários	27	49%
Ministério do Género	27	49%
Governo presidido	26	47%
Envolvimento no setor privado	25	45%
Ministério das Finanças	23	42%
Ministério da Justiça	23	42%

O Ministério das Finanças está à mesa em apenas 42% dos Estados-Membros, o número mais baixo entre os nove grupos de intervenientes. Dado que a avaliação identifica simultaneamente o financiamento como a barreira de implementação mais bem classificada, a ausência de ministérios das finanças na coordenação da SRH é uma das conclusões estruturais mais relevantes desta secção.

5.3 Financiamento (Secção D)

O financiamento é onde o compromisso e a execução das políticas divergem mais acentuadamente. Vinte e oito Estados-Membros (51%) têm uma linha orçamental dedicada à SRH no orçamento nacional de saúde. Quarenta e três (78%) recebem financiamento externo de doadores que apoiam explicitamente a SRH. Apenas dezoito (33%) relatam um aumento significativo nos gastos internos em SRH nos últimos três anos, e trinta (55%) relatam que os pagamentos diretos são uma barreira para os utilizadores.

A tabela cruzada de uma linha orçamental dedicada contra um aumento interno separa os Estados-Membros em quatro grupos com necessidades materialmente diferentes (Figura 5.3, Tabela 5.2).

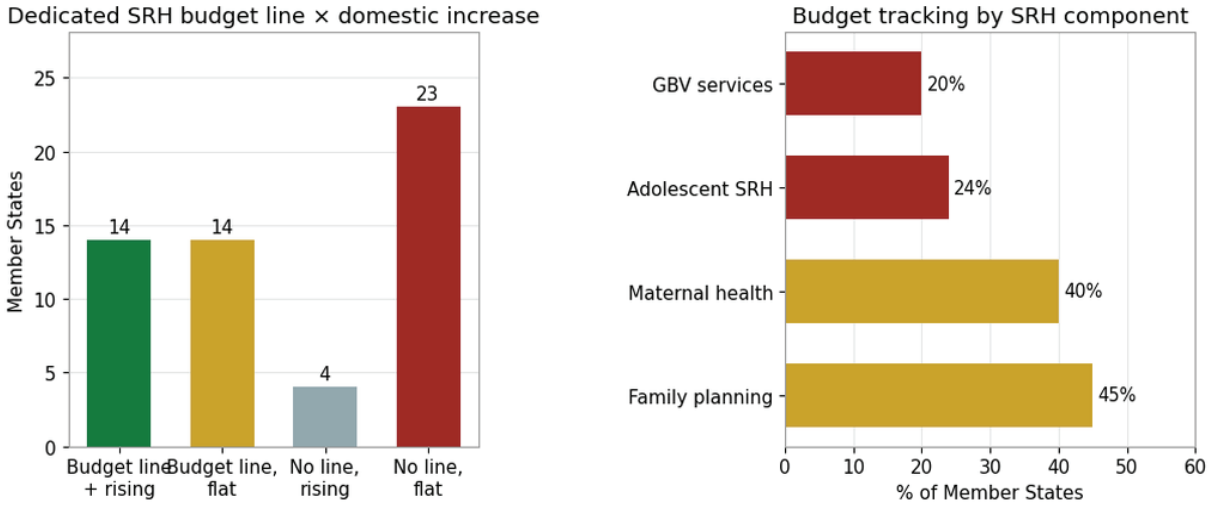


Figura 5.3 Posição de financiamento e acompanhamento orçamental. À esquerda: linha orçamental dedicada ao SRH contra o aumento interno reportado ao longo de três anos. Direita: acompanhamento orçamental desagregado por componente do SRH. Fonte: avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

Tabela 5.2 O quadrante de financiamento, 55 Estados-Membros. Fonte: Africa CDC continental assessment 2026 [15].

Posição de financiamento	Estados-Membros	Interpretação
Linha orçamental e aumento da despesa interna	14	Alocação limitada que está a crescer: documentar e transferir o mecanismo
Linha orçamental, despesa doméstica fixa	14	A alocação existe, mas não é defendida em termos reais
Sem linha orçamental, despesa interna a aumentar	4	Dinheiro a fluir sem uma alocação rastreável; o ganho é frágil
Sem limite orçamental, despesa doméstica fixa	23	Nem alocação nem crescimento: a lacuna estrutural

Vinte e três Estados-Membros (o maior grupo individual) não têm nem uma linha orçamental dedicada nem um aumento interno. Mais consequentemente ainda, vinte e seis Estados-Membros recebem financiamento externo para SSR enquanto não reportam aumento interno. Lido no contexto do financiamento estabelecido na Secção 2.7, esta é a afirmação mais clara disponível sobre a exposição do continente: em quase metade dos Estados-Membros, o financiamento externo tem substituído o investimento interno em vez de o catalisar, precisamente no momento em que o financiamento externo está a ser retirado.

O acompanhamento orçamental segue uma hierarquia consistente e reveladora. O planeamento familiar é acompanhado por 45% dos Estados-Membros e a saúde materna por 40%, mas a SRH adolescente apenas 24% e os serviços VGB 20%. Os dois componentes que os próprios Estados-Membros nomeiam entre as suas prioridades para 2026–2030 são os dois menos visíveis nos seus próprios orçamentos. Apenas nove Estados-Membros acompanham os quatro componentes; vinte e nove não acompanham nenhum.

5.4 Monitorização, qualidade dos dados e a oportunidade perdida

Esta secção é mais longa do que as outras porque os resultados da avaliação dos dados são mais importantes do que parecem à primeira vista. Os sistemas de dados são geralmente tratados como um anexo técnico à política de saúde. As evidências aqui sugerem que estão mais próximos de serem a restrição vinculativa em tudo o resto: um continente que não pode dizer de forma fiável porque é que as suas mulheres e recém-nascidos morrem não pode direcionar os seus recursos cada vez mais reduzidos para aquilo que os salvariam.

5.4.1 O que os Estados-Membros monitorizam

Quarenta e nove Estados-Membros (89%) integram indicadores SRH no sistema nacional de informação em saúde, sendo este um dos resultados mais fortes em toda a avaliação. Os Estados-Membros monitorizam uma média de 7,5 dos onze indicadores listados, e vinte e dois monitorizam dez ou mais (Tabela 5.3). Os dez que não relataram nenhum não completaram a secção, por não terem sistemas de monitorização.

À primeira vista, isto é um sucesso. Indicadores maternos essenciais são monitorizados por cerca de quatro quintos dos Estados-Membros: incidência de VIH entre mulheres por 44; rácio de mortalidade materna, frequência de parto qualificada e cobertura PMTCT por 43 cada; prevalência contraceptiva por 42 e cobertura ANC 4+ por 41. À primeira vista, o continente sabe o que está a acontecer às suas mães.

Tabela 5.3 Indicadores SRH monitorizados nos sistemas nacionais de informação em saúde. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

Indicador monitorizado	Estados-Membros	% de 55
Assistência qualificada ao parto e parto em instalações	43	78%
Índice de mortalidade materna	43	78%
Cobertura PMTCT e testes ao VIH na gravidez	43	78%
Taxa de prevalência dos contraceptivos	42	76%
Cobertura ANC 4+	41	75%
Taxa de natalidade na adolescência	40	73%
Taxa de esgotamento de stock para commodities SRH chave	35	64%
Instalações que fornecem funções de sinal BEmONC / CEmONC	31	56%
Taxa de reporte de GBV	31	56%
Escolas que implementam currículos de CSE	19	35%

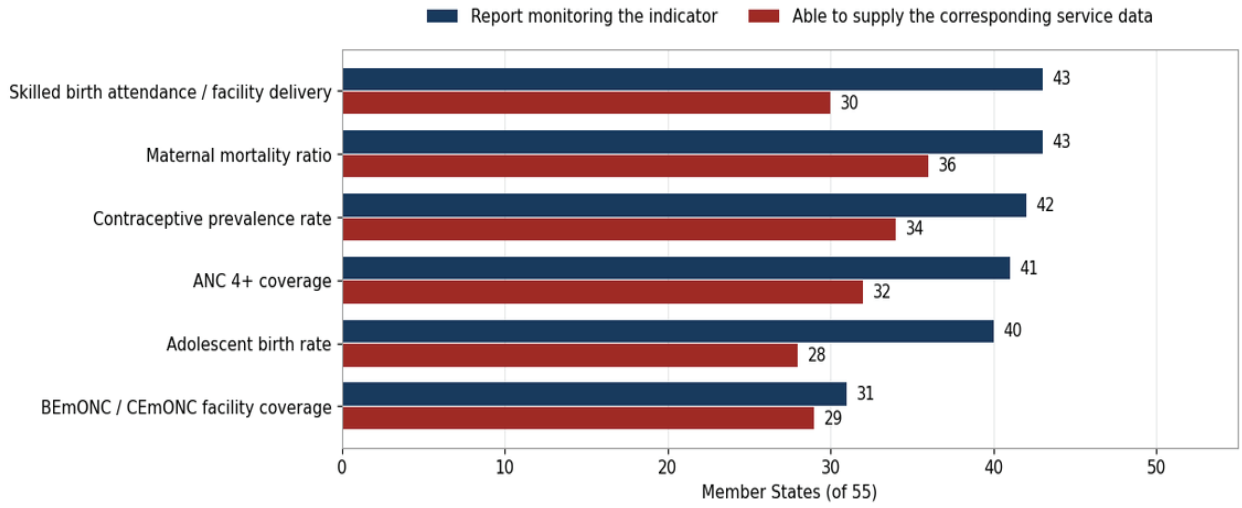


Figura 5.4 Estados-Membros que reportam que monitorizam um indicador, em comparação com aqueles que podem fornecer os dados correspondentes de prestação de serviços para 2021–2025. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

5.4.2 Monitorizar um indicador não é o mesmo que ter os dados

A avaliação permite um teste que as perguntas de monitorização auto-reportadas raramente permitem. Os Estados-Membros reportaram quais os indicadores que monitorizam na Secção E e submeteram separadamente os dados subjacentes de prestação de serviços na Parte B. A comparação dos dois expõe uma lacuna que nenhuma das perguntas revela sozinha (Figura 5.4).

Quarenta e três Estados-Membros relatam monitorizar a razão de mortalidade materna; trinta e seis apresentaram dados dos serviços de saúde materna, e apenas vinte e cinco submeteram dados de causas de morte maternas. Quarenta e três reportam monitorizar a frequência qualificada do parto e o parto em instalações; trinta poderiam fornecer os números. Quarenta reportam monitorizar a taxa de natalidade na adolescência; vinte e oito poderiam fornecer dados de serviços na adolescência. Todos os indicadores apresentam a mesma forma.

A comparação mais reveladora não está na tabela. Trinta e sete Estados-Membros relatam ter um sistema

funcional de auditoria perinatal, incluindo revisão de mortes maternas. Catorze submeteram dados de causa de morte neonatal. Esta é a maior lacuna de qualquer indicador na avaliação. Um sistema que revê mortes perinatais, mas não pode reportar a causa dessas mortes, não está a desempenhar a função que o seu nome descreve.

Existem explicações inocentes para parte desta lacuna. Os dados podem estar num sistema nacional numa forma que não pôde ser extraída dentro da janela do inquérito; alguns indicadores são derivados de inquéritos e reportados apenas a cada três a cinco anos. Mas a dimensão e consistência da lacuna em todos os indicadores sugerem algo mais estrutural: que "monitorizado" em muitos sistemas nacionais significa que um indicador aparece num documento quadro, não que exista um valor atual, recuperável e garantido de qualidade.

5.4.3 A cadeia de valor dos dados estreita-se a cada passo

Colocar as conclusões da avaliação em sequência; desde a existência de indicadores no sistema, passando pela submissão dos dados, até à sua desagregação, à submissão completa, até à submissão dos dados sobre a causa da morte que permitiriam a ação clínica, demonstra a rotatividade em todas as fases (Figura 5.5).

Oitenta e nove por cento dos Estados-Membros têm indicadores de SRH no sistema nacional de informação em saúde. Vinte e cinco por cento podem reportar de que os recém-nascidos morreram. A distância entre esses dois números é a distância entre ter um quadro de monitorização e a capacidade de o utilizar.

A desagregação merece especial atenção porque é onde reside a análise de equidade. Apenas trinta e dois Estados-Membros (58%) desagregam totalmente os dados de SSR por idade, sexo e geografia, com outros dezoito a fazê-lo parcialmente. Sete dos trinta e dois que reportam desagregação total não apresentaram dados de prestação de serviços, o que significa que a sua capacidade de desagregação, seja qual for o seu estatuto no papel, não poderia ser demonstrada. Sem desagregação, o alvo de adolescentes, populações rurais e o quintil mais pobre, que toda estratégia continental exige, não pode ser evidenciado, monitorizado ou avaliado.

5.4.4 O que os dados submetidos revelam sobre a qualidade

Os dados de prestação de serviços que os Estados-Membros apresentaram contêm defeitos que são eles próprios diagnósticos. Estes foram identificados durante a validação e análise e estão expostos na Tabela 5.4. Isto não significa criticar os Estados-Membros envolvidos, que são, por definição, os que apresentaram os dados, mas porque cada defeito aponta para uma fraqueza específica e corrigível no sistema subjacente.

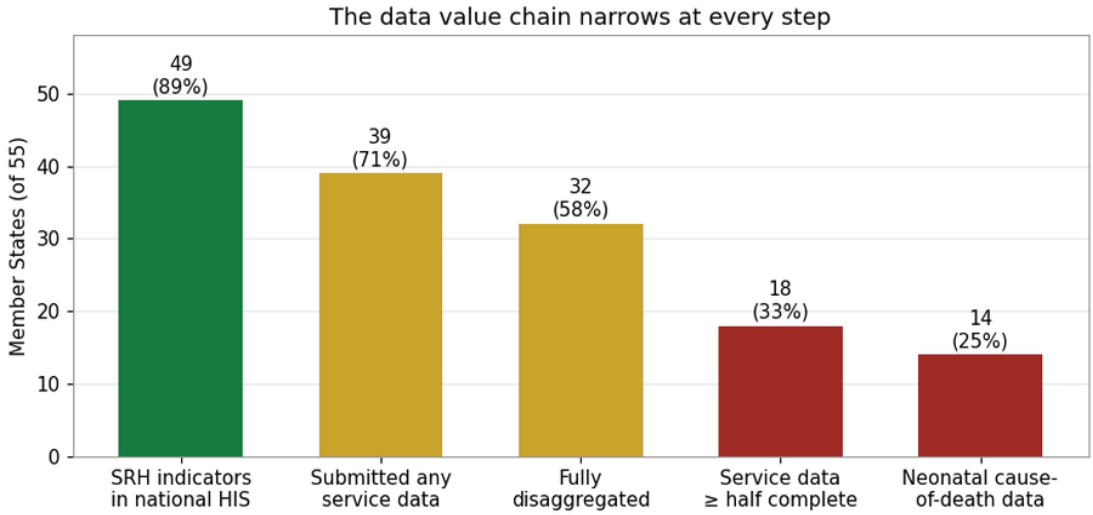


Figura 5.5 A cadeia de valor dos dados, 55 Estados-Membros. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

Tabela 5.4 Defeitos de qualidade dos dados identificados nos dados submetidos de prestação de serviços e respetivas soluções. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026, validação e análise [15].

Defeito observado	Como se manifesta nos dados	O que isso indica	Remédio
Denominadores obsoletos	Rácios de cobertura superiores a 100%: ANC 4+ e parto em instalações acima do número esperado de gravidezes em quatro Estados-Membros	Projeções populacionais não rebaseadas desde o último censo, ou populações de bacia hidrográfica incluindo utilizadores transfronteiriços	Exigir que o ano do censo e o método de projeção sejam indicados juntamente com cada denominador
Deriva definicional	As faixas etárias dos adolescentes reportaram entre 10–19 e 15–19 anos; utilizadores contraceptivos misturando novos e utilizadores contínuos	A ferramenta não define o indicador, pelo que cada país aplica a sua própria convenção	Publique definições explícitas de indicadores com a ferramenta, não após a recolha
Morbilidade reportada como mortalidade	Totais de causas de morte infantil de magnitude consistente com frequências ambulatórias; "mortes" de diarreia acumuladas superiores a 21 milhões	Cabeçalhos de secção ambíguos entre casos e mortes	Renomeie a secção e adicione uma regra de validação que sinalize os totais de causas que excedam as mortes reportadas
Erros de unidade	As rácios de mortalidade materna foram reportados como 0,2 e 0,0, claramente por 1.000 ou por erro de introdução de dados em vez de por 100.000	Nenhuma unidade é especificada ou aplicada no ponto de entrada	Incorpore as unidades no rótulo de campo e aplique verificações de alcance
Movimentos improváveis de um ano	Natimortos macerados aumentaram cerca de dez vezes num ano num Estado-Membro; abortos reportados de uma ordem de grandeza implausível	Sem verificação anual de consistência entre submissão e publicação	Variação automática a sinalizar em relação aos próprios anos anteriores do país
Inconsistência interna	Totais de causas de morte superiores ao total de mortes reportadas; partos com acompanhante qualificado superam os nascimentos vivos	Secções compiladas por diferentes unidades sem reconciliação	Reconciliação transversal antes da aprovação nacional

Duas características desta tabela são mais importantes do que os defeitos individuais. Primeiro, todos os remédios na coluna da direita são baratos. Nenhum requer nova tecnologia, novo pessoal ou nova infraestrutura; requerem definições, unidades, verificações de alcance e um passo de reconciliação. Em segundo lugar, nenhum destes defeitos sobreviveria ao contacto com um sistema que realmente utilizasse os dados. Um denominador que produz 130% de cobertura é invisível para um sistema de reporte e óbvio para quem tenta planear serviços com ele. Os defeitos persistem porque os dados são transmitidos em vez de usados.

5.4.5 Os pontos cegos de medição

Para além da qualidade, há a questão do que não é medido de todo. Três pontos cegos repetem-se, e cada um corresponde a um fator conhecido da mortalidade.

- Capacidade de cuidados obstétricos de emergência. Apenas trinta e um Estados-Membros (56%) monitorizam a proporção de instalações que prestam funções de sinalização BEmONC ou CEmONC. Este é o indicador que indicaria ao ministério se uma mulher que chega a uma unidade encontrará alguém capaz de gerir uma hemorragia, a principal causa de morte materna no continente, e a falha implicada nas conclusões do terceiro atraso da Secção 6.
- Violência baseada no género. Trinta e um Estados-Membros (56%) monitorizam as taxas de reporte de VBG, e apenas onze (20%) acompanham os gastos

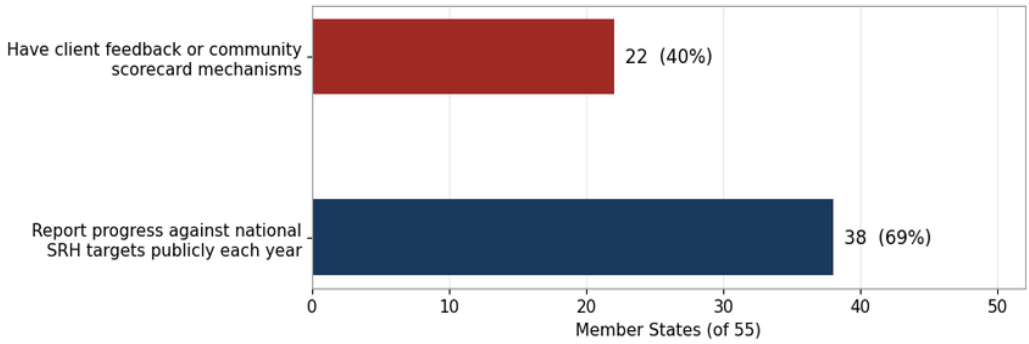


Figura 5.6 Reporte ascendente versus escuta descendente. Fonte: Africa CDC continental assessment 2026 [15].

com VG no orçamento. Uma área de serviço com legislação abrangente em 35 Estados-Membros é largamente invisível tanto nos dados como nas contas.

- Educação sexual abrangente. Dezanove Estados-Membros (35%) monitorizam a cobertura escolar de CSE, o indicador menos monitorizado na avaliação, correspondendo a uma das áreas prioritárias mais fracas de Maputo.

O padrão é consistente: os indicadores menos monitorizados são aqueles associados às intervenções que os Estados-Membros acham mais difíceis de implementar. A fraqueza da medição e da entrega reforçam-se mutuamente, e a ausência de dados remove a evidência que justificaria o investimento exatamente nas áreas que mais necessitam.

5.4.6 Fluxo de dados para cima, não para trás

A expressão mais clara da oportunidade perdida é a direção pela qual a informação circula. Trinta e oito Estados-Membros (69%) reportam publicamente progressos em relação às metas nacionais de SSR todos os anos. Vinte e dois (40%) têm mecanismos de feedback dos clientes ou de cartões de avaliação comunitária. Os Estados-Membros reportam para cima aos ministérios e aos parceiros, a quase o dobro da taxa a que ouvem as mulheres que utilizam os seus serviços (Figura 5.6).

Esta assimetria explica grande parte do que as Secções 5.4.2 a 5.4.4 descrevem. Os dados recolhidos principalmente para satisfazer uma obrigação de reporte ascendente adquirem as características aqui observadas: são compilados no prazo, transmitidos uma vez, não reconciliados entre secções, não são enviados de volta às instalações que os geraram e não são usados para alterar nada. Os dados recolhidos para melhorar os cuidados comportam-se de forma diferente, porque as pessoas que os utilizam percebem imediatamente quando estão errados.

A oportunidade perdida, dito de forma clara

Cada elemento de um ciclo de melhoria da qualidade já existe algures nos sistemas de saúde africanos. As instalações registam os dados dos serviços. Os distritos compilam-nos. As revisões de mortes maternas e perinatais examinam mortes individuais e identificam o que correu mal. Os ministérios publicam relatórios anuais. As avaliações continentais agregam os resultados.

O que está em grande parte ausente é o ciclo de retorno: a etapa em que uma unidade aprende o que os seus próprios dados mostraram, altera algo e mede se a mudança funcionou. A Secção 6 conclui que apenas catorze dos 34 Estados-Membros publicam relatórios que acompanham o progresso em relação às suas próprias recomendações anteriores. A avaliação continental conclui que apenas 40% têm mecanismos através dos quais os utilizadores podem reportar cuidados deficientes.

A consequência é que África está a pagar o custo total da recolha de dados: tempo de pessoal, formulários, sistemas, reuniões de revisão, relatórios, enquanto capta uma fração do seu valor. Num período em que a assistência ao desenvolvimento para a saúde caiu cerca de 70% desde 2021 [8], o argumento da eficiência por si só é decisivo: usar melhor os dados existentes é a intervenção mais barata disponível no continente.

5.4.7 O que se segue para a tomada de decisão

Seguem-se quatro implicações, que fundamentam as recomendações das Secções 7 e 8.

- Corrigir definições e denominadores antes de recolher mais dados. Os defeitos na Tabela 5.4 são todos remediáveis na fase de conceção, e todas as análises subsequentes dependem deles. Esta é a ação de maior retorno e menor custo disponível.

- Feche o ciclo de retorno como uma questão de política, não de prática. Os dados devem ser reintroduzidos ao nível que os gerou, com a exigência explícita de que o próximo ciclo de reporte regista o que mudou. Este é o princípio de funcionamento da MPDSR, e a Secção 6 mostra que funciona numa minoria dos Estados-Membros e que entrega resultados onde o faz.
- Meça o que é mais difícil de realizar. A capacidade de cuidados obstétricos de emergência, os serviços de VGB e a programação para adolescentes são os menos monitorizados e estão entre os menos prestados. Torná-los visíveis é uma condição prévia para os financiar.
- Trate os sistemas de dados como um investimento distinto. A Secção 5.8 estabelece que a força das políticas não prevê a capacidade de dados. Os sistemas de dados não melhorarão como subproduto do desenvolvimento de políticas e exigirão o seu próprio financiamento, a sua própria força de trabalho e a sua própria responsabilidade.

5.5 Barreiras e prioridades de implementação (Secção F)

Os Estados-Membros foram convidados a identificar as barreiras que impedem a implementação da política de SRH. Citam uma média de 4,1 das oito barreiras listadas, e 27 citam cinco ou mais (Figura 5.7): as restrições são experienciadas como um conjunto e não isoladamente.

O emparelhamento dominante é o financiamento com a força de trabalho: 35 Estados-Membros (64%) citam ambos simultaneamente, muito mais do que o acaso produziria. A relação é causalmente coerente, os profissionais de saúde são o maior custo recorrente em qualquer orçamento SRH, pelo que uma restrição de financiamento apresenta para os gestores de programas uma escassez de força de trabalho, e a expansão da força de trabalho é impossível de financiar sem crescimento orçamental. Uma intervenção financeira que não aborde os custos recorrentes de salários e implantação não irá aliviar a barreira da força de trabalho, e o planeamento da força de trabalho realizado sem um envelope de financiamento não sobreviverá ao ciclo orçamental.

O baixo compromisso político é citado apenas por catorze Estados-Membros (25%), a barreira menos citada entre os oito. Seja qual for o resto que limita a implementação neste continente, os Estados-Membros não relatam que a vontade política seja a restrição vinculativa. Essa conclusão encaixa-se confortavelmente na cobertura quase universal das políticas reportada na Secção 5.1, e situa o problema diretamente na capacidade de execução.

5.6 Ambiente jurídico e inclusão na CSU

O aborto é legal em condições especificadas em 36 Estados-Membros, legal a pedido em dois, altamente restrito em dois, criminalizado em sete e não especificado em dois; seis não reportaram. Uma legislação abrangente sobre VG está em vigor em 35 Estados-Membros (64%), com nove a reportar disposições parciais e dois um projeto de lei. Trinta e seis Estados-Membros (65%) relatam que a política nacional aborda a SSR em contextos humanitários ou frágeis.

O elo mais fraco na cadeia jurídica-financeira é a inclusão da CSU. Apenas dezanove Estados-Membros (35%) reportam inclusão abrangente dos serviços de SSR no pacote nacional de seguro de saúde ou

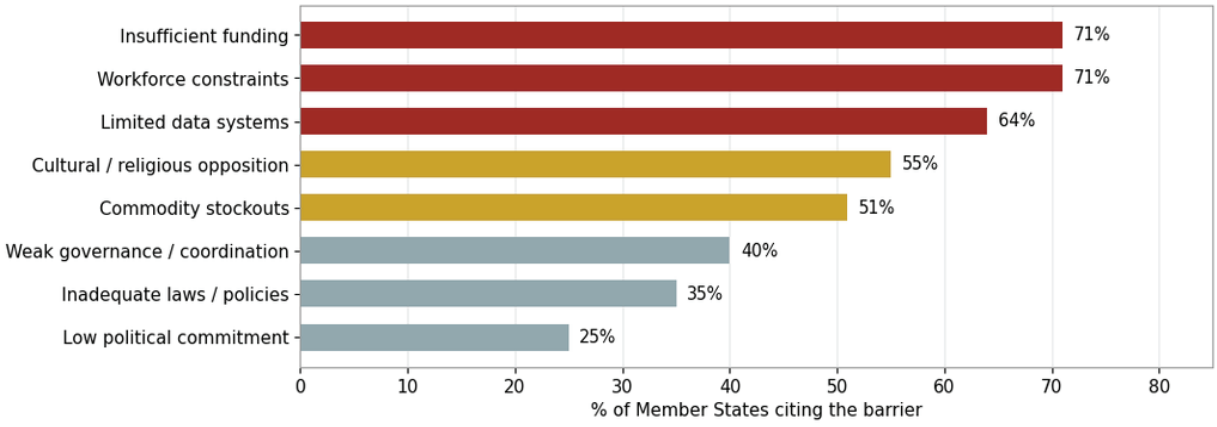


Figura 5.7 Barreiras de implementação citadas pelos Estados-Membros. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

de benefícios da CSU, sendo que dezoito reportam inclusão parcial e sete nenhuma inclusão de todo. A inclusão da CSU é o mecanismo que converte um direito legal num serviço financiado; sem ela, os cuidados de RSH continuam dependentes das taxas dos utilizadores, que a avaliação identifica separadamente como uma barreira em mais de metade de todos os Estados-Membros.

5.7 Padrões regionais e o placar dos países

Cada Estado-Membro foi pontuado com base em treze indicadores binários abrangendo política, coordenação, financiamento e monitorização. Os treze indicadores estão listados na Secção 4.6. Cinquenta e três dos cinquenta e cinco Estados-Membros responderam aos itens do scorecard; Maurícias e Serra Leoa não responderam a nenhum e foram excluídos das médias em vez de zero. Nos cinquenta e três Estados, a média é 8,5 em 13. Três Estados-Membros obtêm 13 em 13, Burkina Faso, Etiópia e Tanzânia, e 17 obtêm 11 ou mais. A pontuação mais baixa entre os Estados-Membros participantes é 1, no Ruanda. A Figura 5.8 compara as médias regionais com a completude dos dados de serviço.

Colocar as duas medidas lado a lado expõe a conclusão estrutural central da avaliação. As pontuações de políticas variam pouco nas cinco regiões da UA, variando entre 7,7 na África Oriental e do Norte e 9,7 na África Ocidental, uma distribuição de cerca de um quarto. A completude dos dados de prestação de serviços varia por quase quatro, de 12% no Norte de África a 43% na África Austral. O Norte de África é a região mais fraca em dados e a mais forte em resultados, o que lembra que a capacidade de medição e o encargo da mortalidade são problemas separados e que os Estados-Membros com menos para reportar não são aqueles que têm mais para corrigir. A África Oriental ilustra a divergência de forma mais nítida: regista a pontuação média de política mais fraca no continente, ao nível do Norte de África, e a segunda maior completude de dados.

5.8 Dados de prestação de serviços e o desacoplamento política–dados

O componente quantitativo da avaliação solicitou dados anuais de prestação de serviços para 2021 a 2025 em nove áreas clínicas (Tabela 5.5). Dezasseis Estados-Membros (29%) não apresentaram dados numéricos. A participação aumentou substancialmente assim que os Estados-Membros puderam validar as suas declarações pessoalmente: vários que não tinham apresentado qualquer dado de serviço ultrapassaram os 40% de completude após a verificação das suas declarações. Dezoito Estados-Membros reportam pelo menos metade de todos os campos pedidos, e mais onze reportam entre um quinto e meio.

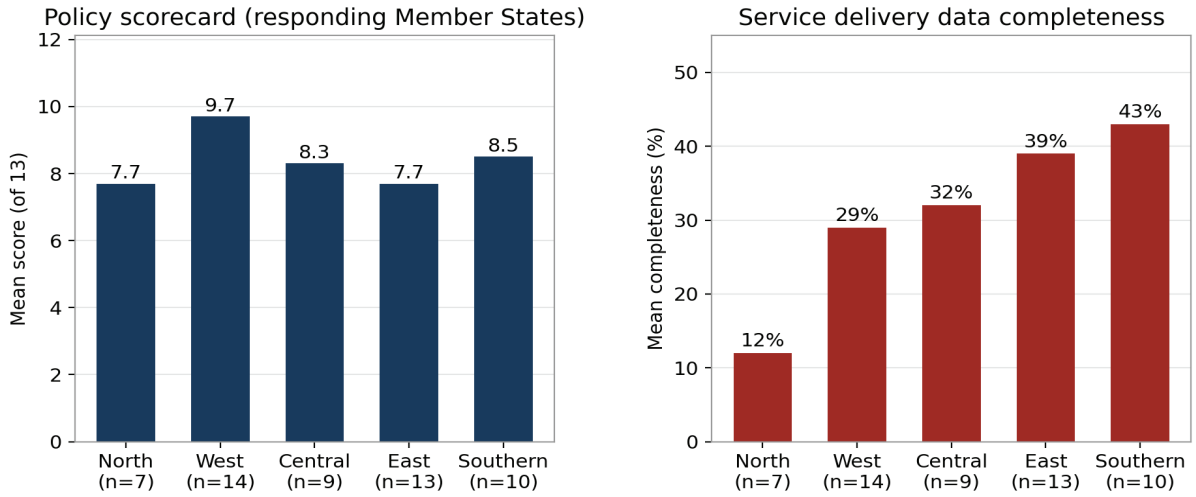


Figura 5.8 Comparação regional: scorecard de política média em relação à completude dos dados médios de prestação de serviços. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

Tabela 5.5 Reporte de dados de prestação de serviços por secção. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

Secção de dados	Relatos dos Estados-Membros	Completude média onde reportada
A – Denominadores de população e infraestrutura	38 / 55	75%
BR/BS – Contraceção	34 / 55	67%
CR/CS – SRH Adolescente	28 / 55	70%
DR/DS – Saúde materna	36 / 55	60%
E – Causas da morte materna	25 / 55	62%
FR/FS – Saúde do recém-nascido	33 / 55	53%
G – Causas de morte neonatal	14 / 55	72%
RH/HS – Saúde Infantil	27 / 55	51%
I – Causas da morte infantil	18 / 55	63%

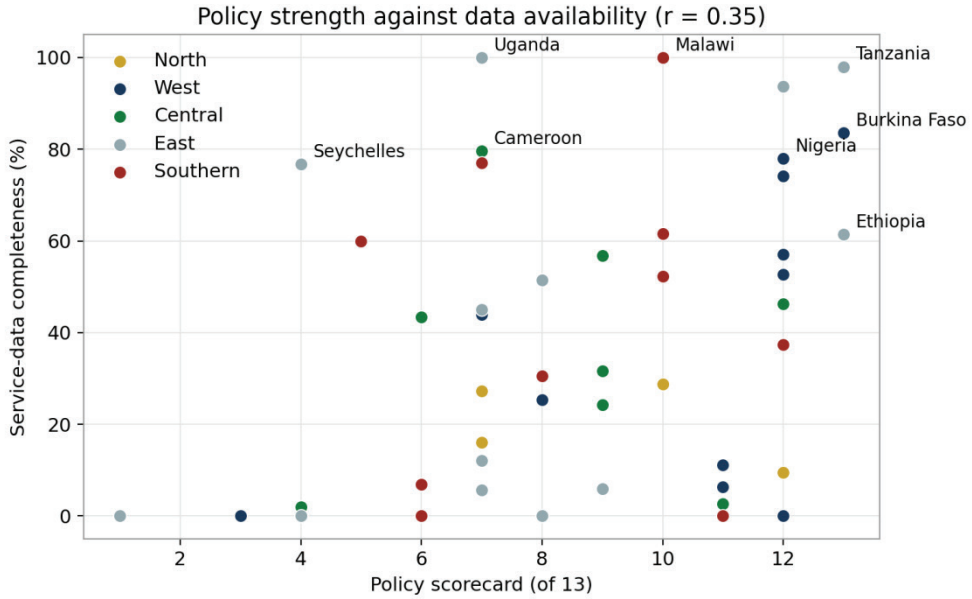


Figura 5.9 Quadro de pontuação de políticas contra a completude dos dados de prestação de serviços, os 53 Estados-Membros responsivos, por região da UA. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

O relatório diminui à medida que a granularidade clínica aumenta, passando de 38 Estados-Membros em denominadores populacionais para 14 em causas neonatais de morte. Quando os Estados-Membros reportam, a completude é elevada, a limitação é a participação e não a qualidade. Mas o padrão tem uma implicação substancial: as secções que mais rapidamente se esgotam são precisamente aquelas necessárias para identificar porque é que recém-nascidos e crianças morrem, e são as mesmas secções que a Secção 6 mostra serem mais fracas nos relatórios nacionais de revisão de mortes.

A força da política não prevê a disponibilidade de dados

A avaliação permite uma questão que nenhum dos componentes poderia responder sozinha: os Estados-Membros com quadros políticos mais fortes reportam melhores dados sobre os serviços que essas políticas governam (Figura 5.9)?

Não o fazem. Nos 53 Estados-Membros responsivos, a correlação entre o scorecard de política de treze pontos e a completude dos dados de serviços é r = 0,35, modesta, e representa cerca de um oitavo da variação entre eles. O Uganda reporta 100% dos campos de prestação de serviços com uma pontuação política de 7 em 13 e as Seicheles 77% com uma pontuação de 4, enquanto vários Estados-Membros com 12 ou 13 resultados reportam quase nenhuma. A arquitetura política e a capacidade de medição são construídas por diferentes instituições, em diferentes prazos e com diferentes financiamentos. O apoio a uma não promove a outra, e uma estratégia continental que financia o desenvolvimento de políticas na expectativa de que os sistemas de dados sigam será desiludida.

5.9 O que a avaliação estabelece

Cinco conclusões seguem da avaliação continental e aplicam-se ao restante deste relatório.

- O compromisso político não é a restrição vinculativa. Noventa e seis por cento dos Estados-Membros têm uma política de SSR, mais de três quartos deles recentes, e apenas 25% citam o baixo compromisso político como barreira.
- A arquitetura de implementação está ausente em cerca de metade dos Estados-Membros: 40% não têm um mecanismo de coordenação, 42% não têm um plano operacional orçamentado e 49% não têm uma linha orçamental dedicada à RSH.
- A exposição ao financiamento é concentrada e identificável. Vinte e seis Estados-Membros recebem financiamento externo para a SRH sem reportar aumento interno, e vinte e três não têm nem linha orçamental nem crescimento, um grupo nomeado, não um problema continental difuso e, portanto, um que possa ser trabalhado.
- Os sistemas de responsabilização são o elo mais fraco em todos os domínios: mecanismos de feedback dos clientes (40%), desagregação total de dados (58%), monitorização orçamental GBV (20%) e monitorização do CSE (35%) são os itens com menor pontuação nas respetivas secções.
- A força da política e a capacidade de medição estão desacopladas. Exigem investimento separado e paralelo, e a suposição de que uma melhor política produzirá melhores dados não é apoiada pela evidência.

A Secção 6 passa agora do que os Estados-Membros reportam sobre os seus sistemas para o que esses sistemas registam sobre as mortes de mulheres e recém-nascidos, e testa se as lacunas aqui identificadas aparecem no registo de mortalidade.

6. Síntese: As Causas e Fatores das Mortes Maternas e Infantis em África

Esta secção responde à questão que o relatório foi encomendado para responder. Baseia-se em 78 registos estruturados extraídos das revisões de mortes maternas e perinatais de 34 Estados-Membros da União Africana e lê-los em comparação com a avaliação continental reportada na Secção 5. Cada número citado é rastreável a um relatório nacional nomeado; a base de evidências completa é publicada como um caderno de trabalho complementar.

A conclusão não é que África não tenha conhecimento sobre o que mata as suas mães e recém-nascidos. É que esse conhecimento é gerado, escrito e, em grande parte, não é aplicado, e que, onde foi tratado sistematicamente, a mortalidade diminuiu.

6.1 Causas de mortes maternas

Vinte e cinco Estados-Membros reportam distribuições quantificadas de causa de morte nas suas revisões nacionais. A hemorragia obstétrica é a principal causa registada em dezoito deles, 72% (Figura 6.1).

Esta é a descoberta mais consistente no continente e está em conformidade com o registo global: a análise sistemática mais recente da OMS situa a hemorragia em 27% das mortes maternas a nível mundial e identifica a África subsaariana como uma das duas regiões onde a proporção é mais elevada [6]. O que as revisões nacionais acrescentam é a magnitude a nível nacional. A hemorragia representa 61% das mortes por causa direta no relatório nacional de 2025 da República Democrática do Congo [62], o que representa cerca de 40% de todas as suas mortes maternas revistas, 61% das mortes analisadas na Etiópia, 56% na República do Congo, 50% das mortes de causa direta em Moçambique e 46% no Uganda e Serra Leoa.

Os transtornos hipertensivos são a segunda causa quase em todo o lado, e em vários países estão a aumentar. O Uganda regista transtornos hipertensivos que subiram de 15% das mortes maternas no ano fiscal 2020/21 para 21% no ano fiscal 2024/25, ultrapassando as causas indiretas para se tornarem a segunda causa principal. Moçambique regista um aumento de 19% em 2016 para 22% em 2017. O Quénia regista eclâmpsia que subiu de 17% no ano fiscal 2020/21 para 22% no ano fiscal 2021/22. No Lesoto e no Malawi, os distúrbios hipertensivos são agora a principal causa registada.

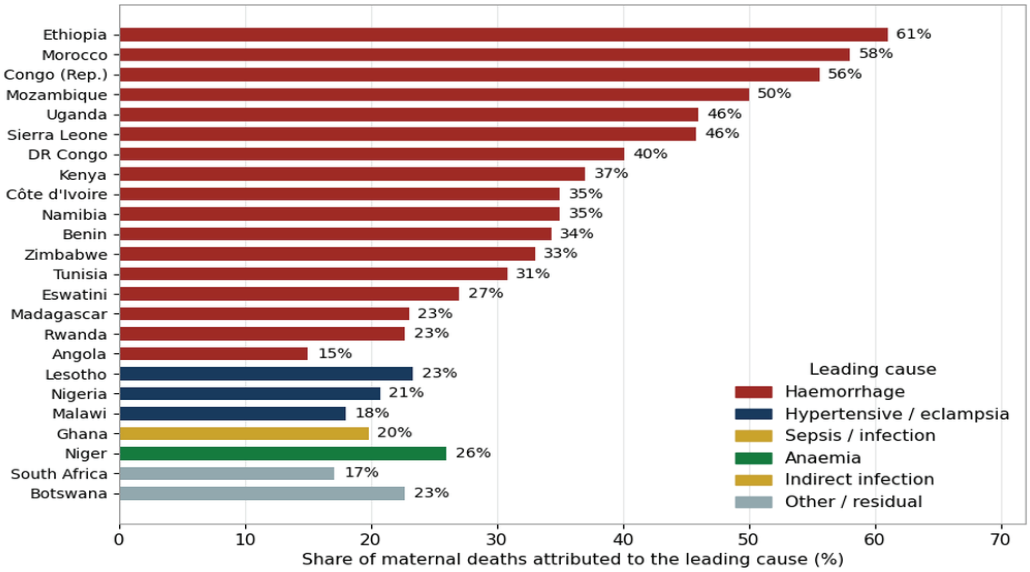


Figura 6.1 Principal causa registada de morte materna, revisão nacional mais recente. Vinte e cinco Estados-Membros reportam uma das principais causas; os 24 aqui apresentados também publicam a percentagem que representa, os Camarões reportam hemorragias sem uma quota quantificada. As percentagens são publicadas por cada país e não são comparáveis entre países (ver Secção 4.6). Fonte: base de evidência MPDSR [15].

Dois resultados que as estimativas globais não captam

A primeira diz respeito à anemia. O Níger regista a anemia como a principal causa de morte materna com 26%, à frente da hemorragia com 25% — e o relatório nacional é explícito que a anemia, anteriormente classificada como causa indireta, é agora registada como a principal causa. A Etiópia registou anemia em 16–17,5% das mortes maternas ao longo de vários anos reportados. O Malau regista a anemia como a principal causa indireta, e a República Democrática do Congo atribui 70% das suas mortes maternas indiretas à anemia, a maior concentração na biblioteca. A anemia não é estimada separadamente na análise global das causas, mas está entre as causas mais consistentemente reportadas nas revisões nacionais africanas. Como a anemia é evitável na gravidez e a condição que converte uma hemorragia sobrevivente numa fatal, a sua quase invisibilidade nas estimativas globais é uma lacuna material.

A segunda diz respeito a causas indiretas em contextos de elevada prevalência do VIH. O inquérito confidencial da Namíbia concluiu que 28,3% das mulheres que morreram eram seropositivas contra uma prevalência adulta nacional de 15,0% — quase o dobro — e que um terço das mulheres seropositivas que morreram não receberam cuidados pré-natais. O Quénia regista que a quota de mortes maternas por VIH/SIDA aumentou de 16% para 19% ao longo de dois anos. Moçambique regista HIV/SIDA como 49% das mortes maternas indiretas. A investigação do Malawi registou VIH e SIDA como 16,3% de todas as mortes maternas. No Botswana, as causas diretas e indiretas são quase iguais, com 50,7% e 49,3%. Quando a prevalência do VIH é elevada, a mortalidade materna é substancialmente um problema de prestação de serviços de VIH, e a integração do VIH com os cuidados maternos não é uma eficiência opcional.

As mortes sem causa registada

Um resultado recorrente e consequente é a proporção de mortes maternas para as quais não é atribuída causa. A Etiópia registou 7% das mortes analisadas em 2023/24 sem causa atribuída. O Benin registou 2% das causas como desconhecidas e mais 20% atribuídas a causas que descreve como "não clássicas". O relatório mais recente do Botswana tem como maior categoria ICD-10 "outras doenças maternas classificadas noutros locais mas que complicam gravidez, parto e puerpério" com 22,7%, uma categoria residual em vez de um diagnóstico. O inquérito do Estado de Ondo, na Nigéria, registou 5% das mortes com causa desconhecida. A plataforma nacional da Nigéria é o caso mais flagrante: 44,1% das mortes maternas registadas entre 2019 e 2021 enquadram-se numa categoria "outros" indiferenciada, e 11,2% das mortes perinatais não são especificadas, razão pela qual este relatório não utiliza a classificação da causa da Nigéria para qualificar a constatação da hemorragia.

Isto importa porque todas as prioridades clínicas que o continente possa definir — uterotónicos e ácido tranexâmico para hemorragias, sulfato de magnésio para eclâmpsia, fornecimento sanguíneo para anemia, antibióticos para sépsis — dependem de conhecer a distribuição das causas. Quando um quinto ou um quarto das mortes não têm causa utilizável, a classificação verdadeira não pode ser estabelecida a partir de dados rotineiros, e o investimento é atribuído por estimativa em vez de evidência.

6.2 Causas da morte de recém-nascidos

Quando os Estados-Membros analisam as mortes perinatais e neonatais, o quadro é mais concentrado do que para mortes maternas e consideravelmente mais acionável (Tabela 6.1).

Tabela 6.1 Causas registadas de morte neonatal e perinatal em revisões nacionais. Apenas 14 dos 55 Estados-Membros submeteram dados de causas de morte neonatais à avaliação continental, e apenas os quatro aqui apresentados publicam uma revisão nacional que regista causas neonatais ou perinatais. Fonte: base de evidência MPDSR [15].

Estado-Membro	Ponto final	Principais causas de morte neonatal ou perinatal
Uganda	Ano fiscal 2024/25	asfixia ao parto 53%; septicemia 14%; complicações prematuras 12%, em conjunto aproximadamente 80%
Zimbabué	2024	asfixia ao parto 51%; prematuridade 24%; outros 18%; sépsis neonatal
Etiópia	2023/24	prematuridade 28,1%; asfixia à nascença 26,9%; sépsis, pneumonia e meningite 19,8%
Namíbia	2021–2024	As condições maternas (pré-eclâmpsia/eclâmpsia, anemia) contribuíram para 13,9% das mortes perinatais

Três Estados-Membros publicam uma divisão quantificada das causas neonatais ou perinatais: Uganda, Zimbabué e Etiópia. Entre eles, a asfixia intraparto representa entre 27% e 53% das mortes neonatais registadas e a prematuridade entre 12% e 28%; as duas causas juntas representam entre 55% e 75%. Ambas são abordadas por um único pacote de intervenção bem definido e económico: corticosteroides pré-natais, cuidados térmicos e cuidados maternos canguru para a prematuridade; assiduidade qualificada, uso de partógrafos e reanimação neonatal para asfixia. Este é o sinal de intervenção mais claro em toda a base de evidências.

É também a menos medida. Apenas quinze dos 34 Estados-Membros na biblioteca relatam contagens de mortes neonatais, contra dezoito que reportaram mortes maternas e dezassete natimortos. A avaliação continental encontra o mesmo padrão: 36 Estados-Membros submeteram dados do serviço de saúde materna, mas apenas 14 submeteram dados de causa de morte neonatal (Secção 5.8). O período neonatal é o segmento menos medido do continuum de cuidados precisamente no ponto em que, como estabeleceu a Secção 2.4, a mortalidade deixou de diminuir.

6.3 Onde está o atraso

Nove Estados-Membros aplicam o modelo dos três atrasos nas suas revisões nacionais numa forma que permite a quantificação. O que mostram é que a localização do atraso fatal difere drasticamente entre países e, em pelo menos um caso, mudou ao longo do tempo (Figura 6.2).

A República Democrática do Congo apresenta o perfil de acesso mais claro na biblioteca. A sua revisão de 2016 atribuiu 67% das mortes maternas a atrasos dois, a distância de casa até uma instituição, contra 31% para a tomada de decisões familiares e 2% para os cuidados recebidos na instituição. O seu relatório nacional de 2025 [62], que ultrapassa essa revisão, coloca a decisão de procurar cuidados em 38% e o transporte para a unidade em 32%. Os dois atrasos que ocorrem antes de uma mulher estar em mãos clínicas ainda representam sete mortes em dez, pelo que a conclusão mantém-se mesmo que o equilíbrio entre eles tenha mudado: para a RDC, a restrição vinculativa é a geografia e o transporte.

As avaliações nacionais da Etiópia mostram o mesmo movimento na direção oposta. Entre o EFY 2010 (2017/18) e o EFY 2016 (2023/24), a percentagem de mortes maternas revistas, em que foi registado um atraso na decisão de procurar cuidados, caiu de 66,8% para 19,0%, enquanto a percentagem em que

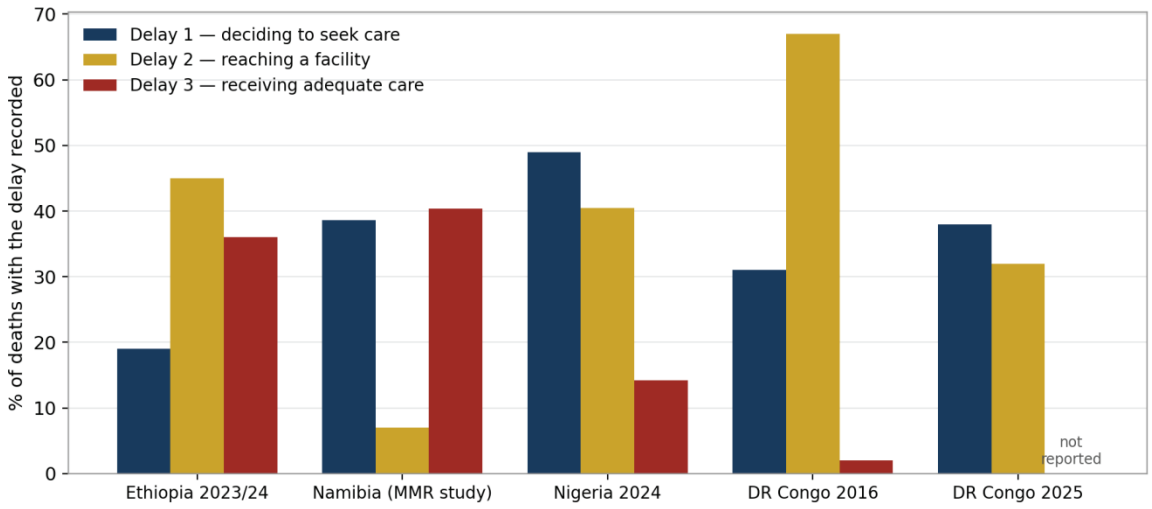


Figura 6.2 Distribuição dos atrasos contributivos nas revisões nacionais. Apenas nove dos 55 Estados-Membros aplicam o modelo dos três atrasos numa forma que permite a quantificação, e apenas aqueles com uma distribuição completa publicada são mostrados; os restantes ou não utilizam o modelo ou não publicam a distribuição. As percentagens ultrapassam os 100% quando foram registados mais do que um atraso por morte. Fonte: base de evidências da MPDSR [15].

se registou atraso na chegada a uma unidade subiu de 37,7% para 45,0% e a percentagem de atraso no recebimento de cuidados adequados caiu de 48,6% para 36,0%. As ações somam mais de 100% porque uma única morte pode ter mais do que um atraso, pelo que o aumento do segundo atraso não significa que o transporte tenha deteriorado em termos absolutos; significa que, entre as mortes analisadas, chegar a uma unidade é agora o obstáculo mais frequentemente registado. É assim que um sistema se apresenta quando as barreiras do lado da procura recuam mais rapidamente do que a rede de encaminhamento se expande.

Uganda, Ruanda e Namíbia apresentam a imagem espelhada. O relatório mais recente do Uganda regista que o atraso um caiu 6% e o atraso dois 8%, enquanto o atraso três (o atraso no recebimento de cuidados adequados após a chegada) aumentou 11%. É o único atraso que avança na direção errada. O estudo multirregional da Namíbia concluiu que o atraso três é o maior contribuinte individual, com 40,4%, à frente do atraso um, com 38,6%, e do atraso dois, apenas 7,0%. A revisão da Serra Leoa de 2016 concluiu que 67% das mortes maternas ocorreram em hospitais e estavam relacionadas com a qualidade dos cuidados. A auditoria nacional do Ruanda, revista por pares, a 987 mortes, revelou cuidados infrapadrão nas instalações a contribuir para 61,1% das mortes, contra 30,3% para fatores de doente e comunidade, o dobro da taxa.

Onde se encontra o atraso vinculante varia consoante o Estado-Membro

À medida que a frequência qualificada ao parto aumentou, mais de 60% dos países africanos reportam agora mais de 80% dos partos assistidos, contra 28% em 2010 [2]. Em vários Estados-Membros, o atraso mais frequentemente registado é já não chegar a uma instituição, mas receber cuidados adequados nela: o estudo multirregional da Namíbia coloca o terceiro atraso mais alto, com 40,4%, o Uganda regista-o como o único atraso a aumentar, e a revisão da Serra Leoa de 2016 concluiu que 67% das mortes maternas ocorreram em hospitais e estavam relacionadas com a qualidade.

Isto tem uma consequência programática direta. Intervenções que levam as mulheres às instalações mais rapidamente não as salvarão se a unidade não tiver sangue, um bloco operatório funcional, sulfato de magnésio ou um prestador formado para usar partografia. Noutros Estados-Membros, os atrasos iniciais ainda dominam. A revisão mais recente da Etiópia regista o segundo atraso mais alto, com 45%, tendo registado o primeiro atraso com 66,8% em 2017/18, e o relatório de 2025 da República Democrática do Congo coloca os dois atrasos pré-instalação em 70% entre eles.

O corolário é o ponto operacional: uma única prescrição continental estaria errada. A RD Congo precisa de transporte e proximidade; Uganda, Ruanda e Namíbia precisam de capacidade de instalações. Perfis de atraso devem orientar respostas específicas por país.

6.4 Quantas destas mortes foram evitáveis

Nove Estados-Membros avaliam explicitamente a evitabilidade ou cuidados subpadrão (Figura 6.3). Nenhum reporta a maioria das mortes como inevitáveis.

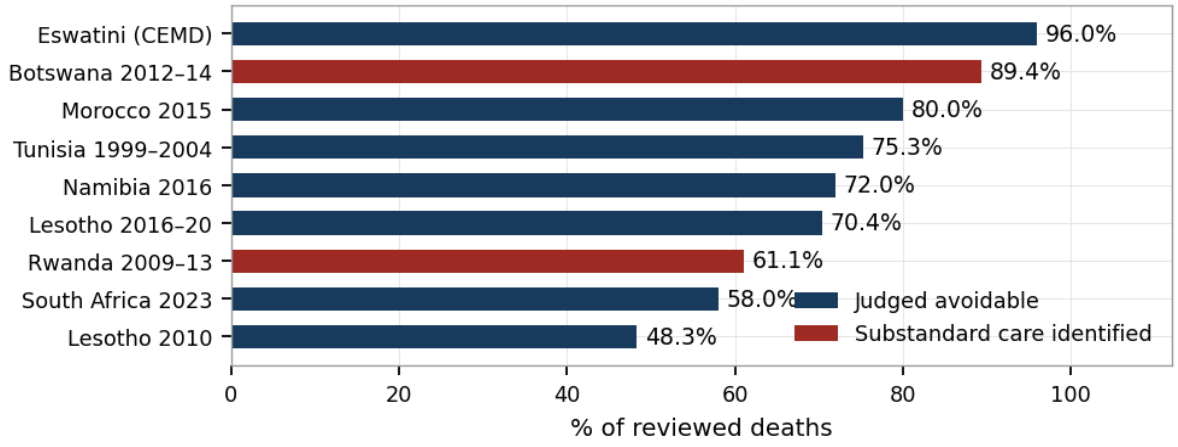


Figura 6.3 Proporção de mortes analisadas consideradas evitáveis, ou em que foram identificados cuidados de qualidade inferior. As definições diferem entre países e as duas medidas não são equivalentes. Fonte: base de evidência MPDSR [15].

O inquérito confidencial trienal da Essuâni considerou que 96% das mortes por causas obstétricas diretas eram evitáveis. A Tunísia registou 75,3% das mortes maternas como evitáveis, certamente ou possivelmente. A Namíbia registou 72% como potencialmente evitáveis em 2016, com uma gestão inferior ou má a maior fator contributivo, com 32%. O Lesoto registou fatores evitáveis em aproximadamente 70% das mortes analisadas entre 2016 e 2020. A investigação confidencial de Marrocos em 2015 considerou que 80% das mortes eram evitáveis, subindo para 89% quando a causa era direta, com apenas 0,7% considerada inevitável. O inquérito da África do Sul em 2023 é o número mais baixo do conjunto, com 58% potencialmente evitáveis dentro do sistema de saúde, e é o país com o inquérito mais longo e a infraestrutura mais desenvolvida, o que sugere que o número reflete uma atribuição mais rigorosa em vez de melhores cuidados.

O Botswana apresenta a conclusão mais desconfortável na base de evidências. A sua revisão de 216 mortes maternas entre 2012 e 2014 encontrou evidências de cuidados subpadrão em 193 (89,4%) delas e afirma claramente que isso representa uma deterioração de dez pontos percentuais contra os 79% registados no relatório de 2007–2011. O mesmo relatório regista que 42,2% das mulheres que morreram de pré-eclâmpsia grave não receberam qualquer tratamento para a condição. Um país com infraestruturas de saúde relativamente fortes registou a piora da sua própria qualidade dos cuidados maternos, no seu próprio relatório nacional, e essa conclusão não é visível em nenhuma estimativa global.

Marrocos fornece a única medida autoquantificada desta lacuna no continente. A sua investigação confidencial sobre as mortes de 2015 relata que mais de 60% das mortes estimadas entre mulheres em idade reprodutiva nunca foram identificadas pelo sistema de vigilância, e que apenas 41% das mortes maternas estimadas para as seis regiões prioritárias foram efetivamente auditadas. Quase nenhum Estado-Membro mede a sua própria subdeterminação. O facto de Marrocos o fazer, e a publicar, é a prática que vale a pena transferir: um sistema de revisão que não sabe o que lhe falta não pode reportar quanto lhe falta.

Em conjunto, estes números estabelecem a conclusão mais importante disponível das revisões de mortes africanas: a esmagadora maioria das mortes maternas neste continente é considerada, pelos clínicos que as analisaram, como evitável com os recursos e conhecimentos já disponíveis. Isto não é uma fronteira da descoberta médica. É um problema de prestar cuidados conhecidos de forma fiável. A Secção 8 e o Anexo 2 estabelecem, Estado-Membro a Estado-Membro, as intervenções que os governos africanos já implementaram contra estas mesmas causas e o que cada um deles alcançou.

6.5 Os motores, mapeados para blocos de construção do sistema de saúde

Os atrasos e os fatores evitáveis identificados nas revisões nacionais resolvem-se num conjunto consistente de falhas do sistema. Mapeá-los aos blocos de construção da OMS liga cada causa de morte ao sistema que falhou e às intervenções da Secção 8 mostradas para o abordar (Tabela 6.2).

Tabela 6.2 Fatores que impulsionam a mortalidade materna e neonatal mapeados para os blocos de construção do sistema de saúde da OMS, com evidência corroborativa da avaliação continental. Fontes: base de evidência MPDSR e avaliação continental do Africa CDC 2026 [15].

Bloco de construção	O que as críticas de morte registam	Corroboração na avaliação continental
Prestação de serviços	cuidados infrapadrão em 61,1% das mortes (Ruanda); 89,4% (Botswana); 80% das mortes evitáveis (Marrocos); 58% potencialmente evitáveis (África do Sul); atraso em três aumentos (Uganda); 67% das mortes hospitalares e relacionadas com a qualidade (Serra Leoa); pré-eclâmpsia grave não gerida em 42,2% dos casos (Botswana)	Sistemas de auditoria perinatal reportados por apenas 66% dos Estados-Membros; mecanismos de feedback dos clientes por 42%: o sistema mais fraco a nível continental
Força de trabalho na saúde	questões relacionadas com o pessoal de saúde estão entre as maiores categorias de fatores evitáveis (Uganda); gestão subpadrão o principal fator contributivo (Namíbia, Eswatini)	Força de trabalho citada como barreira por 70% dos Estados-Membros; análise de lacunas de HRH realizada por apenas 52%; políticas de transferência de tarefas por 62%

Bloco de construção	O que as críticas de morte registam	Corroboração na avaliação continental
Informação de saúde	Causa não atribuída em 7% (Etiópia) a 22,7% (Botswana) das mortes; causas atribuídas por distrito que requerem reclassificação nacional (Serra Leoa); subnotificação quantificada (Marrocos)	Apenas 55% dos Estados-Membros desagregam totalmente os dados SRH; 58% monitorizam a cobertura do BEmONC; 32% não submeteram dados de prestação de serviços de todo
Produtos médicos	Falta de sangue para transfusão, principal fator evitável (Malawi); lacunas de produtos e equipamentos recorrentes em revisões	Esgotamentos de stock de matérias-primas citados como barreira por 51% dos Estados-Membros; África importa 60% do ácido tranexâmico usado para hemorragias pós-parto [5]
Financiamento	Incapacidade de pagar e ausência de seguro de saúde entre os principais fatores contribuintes (revisão do quase-acidente na Nigéria); custos diretos recorrentes em fatores relacionados com doentes	Financiamento insuficiente, a barreira mais alta classificada em 72%; 50% dos Estados-Membros não têm uma linha orçamental dedicada à saúde social; pagamentos do próprio bolso, uma barreira de 50%
Liderança e governação	Baixa taxa de execução das recomendações de auditoria nomeadas pelo próprio país (Benim); taxas de notificação e revisão estáveis apesar do mandato legal (Madagáscar)	42% dos Estados-Membros não possuem um mecanismo de coordenação; 44% não possuem um plano operacional orçamentado; O Ministério das Finanças está presente em apenas 42% dos mecanismos

A correspondência entre as duas colunas é o benefício analítico de ler estes fluxos de evidência em conjunto. O que os Estados-Membros reportam como fraquezas do sistema num questionário de políticas aparece, de forma independente, como a causa registada das mortes individuais das mulheres nas suas próprias revisões clínicas. A avaliação continental diz que os mecanismos de feedback dos clientes são o sistema mais fraco do continente; as avaliações de óbitos registam cuidados subpadrão como o principal fator contributivo. A avaliação indica que metade dos Estados-Membros não tem uma linha orçamental dedicada à saúde para a saúde dos direitos de saúde; as revisões registam a incapacidade de pagar entre as principais razões pelas quais as mulheres se apresentaram demasiado tarde. Estas são as mesmas conclusões, observadas duas vezes.

6.6 O ciclo de responsabilização: a falha central

A vigilância e resposta a mortes maternas e perinatais deve o seu nome à última palavra. A vigilância sem resposta é um registo de auditoria, não uma intervenção. A base de evidências permite uma avaliação direta de com que frequência o ciclo se fecha efetivamente (Figura 6.4).

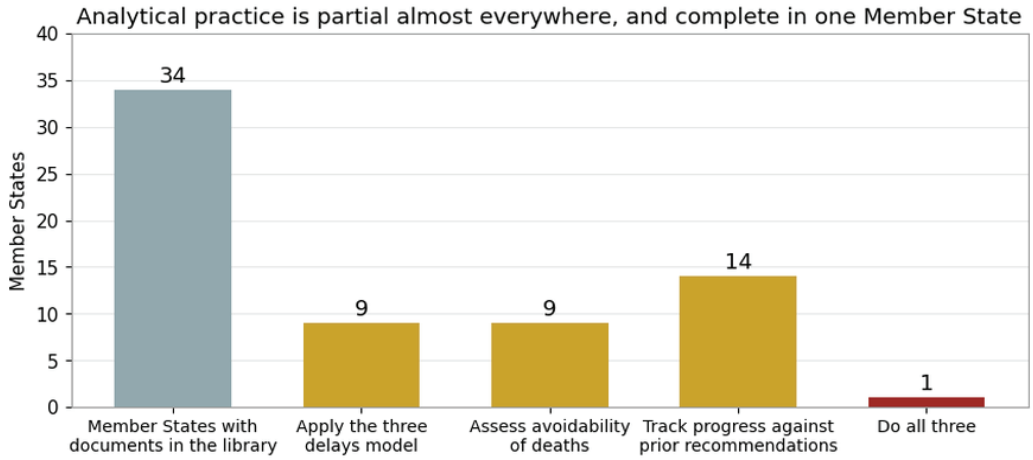


Figura 6.4 Completude analítica dos sistemas nacionais de revisão de óbitos, 34 Estados-Membros com documentos na biblioteca. As três categorias intermédias sobrepõem-se apenas parcialmente; a barra final conta os Estados-Membros que fazem as três. Fonte: base de evidências da MPDSR [15].

Dos 34 Estados-Membros cujos relatórios foram revistos, nove aplicam o modelo dos três atrasos numa forma quantificada, nove avaliam a evitabilidade das mortes que analisam e catorze publicam relatórios que acompanham o progresso face às recomendações feitas em ciclos anteriores. Os catorze são Benim, Camarões, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Etiópia, Quénia, Malawi, Marrocos, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia e Uganda.

Estes são grupos de países em grande parte diferentes, e essa é a conclusão mais preocupante. Apenas seis Estados-Membros aparecem tanto no grupo dos três atrasos como no grupo de acompanhamento de recomendações, e **apenas um, a Namíbia, faz os três:** analisa os atrasos contributivos, a evitabilidade dos juízes e reporta se as suas recomendações anteriores foram aplicadas. Um Estado-Membro pode, portanto, analisar em detalhe porque é que as mulheres morreram sem nunca registar se algo foi feito a respeito ou acompanhar as suas recomendações sem analisar os atrasos que causaram as mortes. A prática analítica completa, tal como o instrumento foi concebido, é atualmente a exceção e não o padrão.

O relatório dos Camarões para a primeira metade de 2026, o mais recente relatório nacional na biblioteca, apresenta a mesma conclusão sobre si próprio. Regista uma taxa de revisão de óbitos maternos de 92% a nível nacional, melhorada em relação à primeira metade de 2025, e uma taxa de revisão neonatal de 75%, variando entre 21% e 97% entre regiões, e depois afirma claramente que o desafio já não é realizar as avaliações, mas implementar as suas recomendações. Quando um Estado-Membro chega a esse diagnóstico de forma independente, a conclusão continental deixa de ser um juízo externo e passa a ser partilhado.

O próprio relatório do Benim de 2019 contém o diagnóstico mais claro da falha em qualquer parte da biblioteca. Nomeia, como fraquezas nacionais: uma baixa taxa de conclusão de auditorias de morte, atrasos na transmissão dos relatórios de auditoria e, explicitamente, uma baixa taxa de execução das recomendações resultantes dessas auditorias. Um Estado-Membro identificou, no seu próprio relatório nacional, que as recomendações produzidas pelos seus clínicos não estão a ser implementadas. Madagáscar reporta o mesmo padrão em termos diferentes: as taxas de notificação e revisão mantêm-se imóveis apesar de dois instrumentos legais que as exigem.

A Nigéria fornece a primeira medição nacional de onde o loop se rompe. O seu relatório de 2019 a 2021, retirado da plataforma nacional MPCDSR, regista que 83,6% das mortes maternas foram notificadas, mas apenas 17,8% foram revistas, e que para mortes perinatais 37,1% foram notificadas e 1,7% analisadas [63]. A falha não é, portanto, principalmente uma questão de notificação, que é o passo em que se concentra a maior parte das orientações continentais, mas sim do que acontece depois de uma morte ser notificada. O relatório de 2021 a 2025 mostra que a situação está a deteriorar-se: as mortes maternas em revisão caíram de 2.618 em 2020 para 749 em 2025, enquanto as mortes registadas no sistema nacional de informação de saúde mantinham-se entre cerca de 4.000 e 5.500, pelo que a percentagem analisada caiu de 41% em 2022 para 17% em 2025 [64]. Uma contagem descendente de mortes revistas nunca deve ser interpretada como mortalidade em queda. No maior país do continente, é uma medida de vigilância que vai para trás.

África do Sul: o que acontece quando o loop fecha

A África do Sul tem conduzido o inquérito confidencial mais antigo do continente sobre mortes maternas, publicado trienalmente desde 1998. No relatório Saving Mothers de 2017–2019, a taxa institucional de mortalidade materna caiu abaixo de 100 por 100.000 nascimentos vivos pela primeira vez desde o início da série.

O relatório atribui isto explicitamente à avaliação das mortes maternas individuais e à implementação das recomendações que se seguem, descrevendo a África do Sul como um dos poucos países do mundo que avalia as mortes individuais e implementa as recomendações resultantes.

O maior declínio individual desde 2010 foi nas mortes por infeções não relacionadas com a gravidez, após a implementação dos antirretrovirais. À medida que outras causas diminuíram, as condições médicas e cirúrgicas emergiram como uma das principais causas subjacentes, a transição epidemiológica que programas bem-sucedidos de saúde materna produzem, e a evidência de que o sistema está a detetar aquilo que deve detetar.

O contraste entre o diagnóstico do Benin e o resultado da África do Sul é, na opinião deste relatório, a comparação individual mais importante na base de evidências. O mesmo instrumento (revisão sistemática das mortes individuais) produz um resultado líder a nível continental onde as recomendações são implementadas e não produz nada onde não são. A investigação da África do Sul de 2023 apura mais do que enfraquece o ponto: com a razão institucional de volta a 111,7 após o aumento da COVID-19, o ganho manteve-se apenas enquanto o ciclo se manteve mantido. A variável determinante não é a qualidade da revisão clínica. É se algo acontece depois.

6.7 O que acrescenta a evidência revista por pares

As conclusões acima apresentadas são retiradas dos próprios relatórios dos Estados-Membros. Importa se a investigação independente e revista por pares chega às mesmas conclusões por duas razões: testa a fiabilidade do método deste relatório, e a literatura publicada pode responder a uma questão que os relatórios nacionais não conseguem: a vigilância e resposta às mortes maternas e perinatais reduz realmente a mortalidade?

O instrumento funciona?

A evidência de maior qualidade sobre esta questão é uma revisão sistemática Cochrane de auditorias e revisões de óbitos para redução da mortalidade materna, perinatal e infantil [32]. Os seus resultados são mais precisos e mais cautelosos do que a literatura mais ampla sobre revisão de óbitos geralmente sugere, e têm implicações diretas sobre o que este relatório deve recomendar.

A revisão encontrou apenas dois ensaios randomizados em clusters elegíveis (Tabela 6.3). O primeiro, QUARITE, foi realizado em 46 hospitais públicos de referência no Senegal e Mali, randomizado numa intervenção que incluía um workshop interativo inicial e visitas trimestrais de sensibilização educativa focadas na revisão da morte materna e na implementação das melhores práticas [32,33]. O segundo, OPERA, foi realizado em França [32].

Tabela 6.3 Resultados da revisão sistemática Cochrane de auditorias e revisões de mortes. Fonte: Willcox et al., Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas, 2020 [32].

Desfecho	Efeito	Certeza da evidência
Mortalidade materna internada, hospitais distritais de países de baixos rendimentos	Provavelmente reduzido. O QUARITE reportou uma razão de probabilidades de 0,85 (IC 95% 0,73–0,98, p=0,03), com o efeito restrito a hospitais de referência de primeiro nível	Moderado
Proporção de mulheres que recebem cuidados de alta qualidade	Provavelmente aumentou. Razão de probabilidades 1,87 (IC 95% 1,35–2,57)	Moderado
Taxa de natimorto em regime de internamento	Provavelmente pouca ou nenhuma diferença	Moderado
Mortalidade neonatal em internamento após 24 horas	Pode fazer pouca ou nenhuma diferença; o intervalo de confiança inclui tanto benefício como prejuízo	Baixo
Auditoria de óbitos perinatais em países de baixo e médio rendimento	Nenhuma prova elegível identificada	—

Seguem-se três pontos, e o relatório apresenta-os de forma clara em vez de exagerar o argumento para um instrumento que recomenda de outra forma.

- A evidência apoia a revisão de óbitos como parte de uma intervenção complexa, e não como uma atividade autónoma. O que o QUARITE testou foi a revisão da morte materna, juntamente com o desenvolvimento local de liderança e formação clínica. Os autores da Cochrane são explícitos ao afirmar que é esta combinação que provavelmente reduz a mortalidade materna em internamento nos hospitais distritais de países de baixos rendimentos [32]. A exigência de revisões de óbitos sem os componentes de liderança e formação não é o que as evidências do ensaio apoiam.
- O efeito demonstrado na mortalidade é real mas moderado (uma razão de probabilidades de 0,85, confinada a hospitais de referência de primeiro nível) e consideravelmente inferior aos valores por vezes citados na defesa da revisão de mortes. O efeito mais forte e consistente é na qualidade dos cuidados, onde as probabilidades de uma mulher receber cuidados de alta qualidade eram quase o dobro nos hospitais de intervenção [32].
- Para a auditoria de morte perinatal especificamente, a revisão Cochrane não identificou evidência elegível em países de baixo e médio rendimento [32]. Estudos observacionais antes e depois relatam reduções substanciais na mortalidade perinatal após auditoria perinatal em instalações, e a revisão sistemática confirma que a auditoria evidencia de forma fiável deficiências modificáveis nos cuidados [25,26]; mas essa evidência é de um desenho excluído pela revisão Cochrane, e não deve ser apresentada como equivalente.

O que isto significa para as recomendações deste relatório

O argumento para a vigilância e resposta às mortes maternas e perinatais não assenta num grande efeito de mortalidade demonstrado. Assenta em três coisas: uma redução moderada mas real da mortalidade materna em internamento, onde a revisão é combinada com liderança e formação; uma melhoria substancial e melhor evidenciada na qualidade dos cuidados que as mulheres recebem; e o facto de a revisão de óbitos ser o único instrumento que identifica, a nível nacional e a baixo custo, quais falhas específicas estão a matar mulheres num dado país.

Essa última propriedade não está incluída em nenhum resultado de julgamento, e é por isso que este relatório considera a revisão de óbitos como indispensável. Um país não pode direcionar recursos escassos ao terceiro atraso, ao fornecimento de sangue, aos protocolos de eclâmpsia ou ao transporte de encaminhamento, a menos que saiba qual deles está a matar as suas mulheres, e nenhum outro instrumento rotineiro lhe diga isso.

O corolário é um aviso contra a exageração. A revisão de óbitos deve ser defendida como o principal instrumento do continente para melhoria da qualidade e definição de prioridades, realizada com liderança e formação, em vez de ser uma intervenção direta de redução da mortalidade por si só.

A literatura também é clara quanto à condição associada a qualquer benefício. A auditoria melhora os resultados apenas quando o ciclo é concluído. Ou seja, quando a revisão conduz à ação e a ação é subsequentemente reavaliada [25,26,32]. As revisões da implementação em países de baixo e médio rendimento concluem que, embora a grande maioria desses países tenha uma política nacional que exige a revisão das mortes maternas, apenas uma minoria opera o ciclo completo de vigilância e resposta [23]. Esta é a mesma conclusão alcançada na Secção 6.6, a partir de uma base de evidências totalmente separada: o instrumento funciona e, na maioria das vezes, não está a ser concluído.

Corroboração independente do quadro continental

Uma análise regional do desempenho da MPDSR na Região Africana da OMS entre 2015 e 2022 analisou relatórios de 25 dos 47 (53%) países, com a África Oriental e Austral a contribuírem com mais de metade desses [20]. Os seus resultados alinham-se intimamente com a biblioteca reunida para este

relatório. Menos de 30% das mortes maternas e apenas 12% das mortes neonatais registadas nos sistemas nacionais de Software de Informação de Saúde dos Distritos foram notificadas ao MPDSR, e aproximadamente 63% das mortes maternas notificadas foram revistas [20].

Esse primeiro valor merece destaque. Significa que a maioria das mortes maternas que o sistema de informação de saúde rotineiro de um país já conhece nunca entram no sistema de revisão. As mortes são contabilizadas e depois não examinadas. A mesma análise identifica as limitações: escassez de profissionais de saúde materna formados em MPDSR, harmonização inadequada dos dados e ausência de métricas padronizadas, financiamento insuficiente, ausência de comités funcionais da MPDSR ao nível das instalações e compromisso fraco da liderança com os objetivos de saúde materna e neonatal [20]. Cada um destes corresponde a um bloco de construção na Tabela 6.2.

Porque é que o passo de resposta falha

Uma literatura qualitativa substancial explica agora porque é que a metade "responsiva" do MPDSR é a metade que falha, e é notavelmente consistente em todos os contextos. Uma avaliação dos sistemas MPDSR ao nível das instalações em quatro países da África subsaariana identificou as principais barreiras como a ausência de um ambiente de aprendizagem propício, medo de culpas e litígios, falta de recursos financeiros, elevada rotatividade de pessoal e atitudes e práticas defensivas; os facilitadores foram envolvimento comunitário, desenvolvimento suficiente de capacidades e supervisão de apoio [21]. Uma revisão sistemática da implementação do MPDSR na Etiópia chega às mesmas conclusões, acrescentando a preparação organizacional e a cultura da culpa como os principais obstáculos [22]. Uma revisão sistemática de estudos qualitativos e uma revisão de âmbito dos fatores de implementação em países de baixo e médio rendimento confirmam o padrão [23,24].

A culpa é o mecanismo pelo qual a revisão de morte falha

A conclusão mais consistente na literatura qualitativa é que o medo — de culpa, de ação disciplinar, de litígio — determina se uma revisão de óbito produz informação honesta e se as suas recomendações são seguidas [21,22,24].

Isto tem uma relação direta com as conclusões da Secção 6.1 deste relatório. Quando um quinto ou um quarto das mortes maternas são registadas sem causa atribuída, ou são atribuídas a categorias residuais, a explicação pode ser tanto institucional como técnica. Um sistema em que atribuir uma morte a cuidados de qualidade inferior implica um risco profissional gerará causas não especificadas.

Explica também porque é que o modelo de investigação confidencial (anonimizado, não punitivo, realizado à distância da instituição) produz a atribuição de causa mais completa nesta base de evidências. África do Sul, Namíbia, Essuatí e Malawi, os países com as avaliações mais completas de evitabilidade, utilizam-no.

A atribuição da causa é ela própria incerta

Este relatório tratou as causas de morte registadas com cautela ao longo de todo o tempo, e a literatura apoia essa cautela. Uma revisão sistemática e meta-análise da fiabilidade dos instrumentos de auditoria materna na atribuição da causa da morte concluíram que o instrumento utilizado afeta materialmente a causa registada [27]. A investigação qualitativa na Tanzânia sobre a identificação da "verdadeira causa da morte" documenta a complexidade de chegar a um acordo sobre a causalidade dentro dos comités de revisão e o carácter negociado da classificação resultante [28]. Trabalhos complementares sobre perspetivas do pessoal das instalações em Kigoma, Tanzânia, examinam como estes processos operam na prática ao nível das instalações [29].

Estas conclusões validam a posição metodológica assumida na Secção 4.6: as distribuições de causas das revisões de óbitos descrevem padrões e não devem ser usadas para classificar os Estados-Membros. Também reforçam o argumento apresentado na Secção 5.4 para definições e instrumentos padronizados, uma vez que a alternativa é um perfil de causa continental que reflete parcialmente as ferramentas usadas para o construir.

O que está a ser feito agora: revisão virtual da morte

A inovação recente mais diretamente relevante é o sistema nacional de revisão virtual da morte materna da Tanzânia. A Tanzânia operava o MPDSR há mais de uma década, e as avaliações identificaram precisamente as limitações que este relatório descreveu noutros locais: participação inadequada dos especialistas, análise fraca das causas raiz e insuficiente acompanhamento dos planos de ação, reduzindo em conjunto a eficácia do sistema na prevenção de mortes maternas evitáveis [19]. Em 2021, o Ministério da Saúde introduziu revisões diárias virtuais de morte materna, e a implementação e os resultados entre 2022 e 2023 foram agora publicados [19].

O desenho responde a cada falha identificada. A realização de revisões virtual e diária traz especialistas nacionais para revisões a nível de instalação que de outra forma não poderiam assistir, reforça a análise das causas raiz através da participação de especialistas e torna o seguimento dos planos de ação uma atividade nacional rotineira, em vez de uma local ocasional. É, na prática, uma tentativa de fechar o ciclo de resposta, mudando quem está na sala e com que frequência a sala se reúne. Um modelo paralelo (revisão virtual internacional e confidencial de mortes maternas relacionadas com infeções e quase-acidentes em onze países de baixo e médio rendimento) demonstra que a abordagem pode ser operada tanto através das fronteiras como dentro delas [30].

Isto é importante para as recomendações que se seguem. A barreira ao encerramento do ciclo de responsabilização tem sido geralmente apresentada como uma questão de recursos e pessoal. A revisão virtual sugere que uma parte substancial é uma questão de logística e reunião, e que este componente pode ser abordado a baixo custo marginal utilizando infraestruturas que a maioria dos Estados-Membros já possui. A experiência da Tanzânia, juntamente com trabalhos semelhantes de reforço do sistema documentados nos Camarões [31], é a conclusão mais transferível nesta secção.

O que a literatura confirma e o que acrescenta

A evidência revista por pares confirma as quatro principais conclusões desta síntese: que a revisão de óbitos é um instrumento eficaz; que a sua eficácia depende inteiramente da conclusão do ciclo de resposta; que o ciclo é concluído numa minoria de países africanos; e que as razões são institucionais e culturais pelo menos tanto quanto técnicas ou financeiras.

Acrescenta três coisas que este relatório não conseguiu estabelecer apenas com relatórios nacionais. Primeiro, evidência de qualidade de ensaio sobre o que a revisão de óbitos alcança ou não, e quanto do efeito se manifesta na qualidade dos cuidados e não diretamente na mortalidade. Segundo, uma explicação para as causas não atribuídas documentadas na Secção 6.1: a cultura de culpar suprime a atribuição honesta. Terceiro, a evidência de que a lacuna de notificação é maior do que a lacuna da revisão: a maioria das mortes maternas nunca chega ao sistema de revisão, mesmo quando o sistema de informação rotineiro já as registou. Qualquer estratégia que se concentre em melhorar a qualidade das avaliações sem abordar a notificação melhorará, portanto, a análise de uma minoria de mortes cada vez menor e não representativa.

6.8 A resposta à pergunta

As mães, recém-nascidos e crianças de África morrem de um pequeno número de condições bem compreendidas: sobretudo hemorragia obstétrica, depois distúrbios hipertensivos, sépsis, aborto inseguro e trabalho de parto obstruído; e, entre os recém-nascidos, prematuridade e asfixia intraparto. Em contextos de elevada prevalência de VIH, as causas indiretas têm um peso que as estimativas globais subestimam, e a anemia é um fator de morte mais proeminente nas revistas africanas do que nas análises globais.

Morrem devido a atrasos cuja localização varia consoante o país: em alguns, a distância até uma instituição; num número crescente, a qualidade dos cuidados uma vez dentro dela. E morrem evitavelmente: em todos os Estados-Membros que avaliaram a questão, a maioria das mortes analisadas foi considerada evitável, num caso 96% delas.

Os fatores por detrás desses atrasos são as falhas do sistema de saúde descritas na **Tabela 6.2**, e cada uma é corroborada de forma independente pelo que os Estados-Membros relatam sobre os seus próprios sistemas: escassez de mão-de-obra, ausência de bens e sangue, lacunas de financiamento que transferem custos para as mulheres no ponto de cuidados, sistemas de informação que não conseguem dizer por

que um quinto das mulheres morreu, e arranjos de governação em que os ministérios das finanças estão ausentes e as recomendações de auditoria não são executadas.

O fator mais profundo, no entanto, não é nenhum destes individualmente. É que o continente já gera a evidência necessária para prevenir estas mortes e não age sistematicamente sobre elas. Catorze dos 34 Estados-Membros fecham o ciclo entre rever uma morte e mudar o que acontece a seguir, e apenas um o faz enquanto analisa os atrasos e avalia a evitabilidade. Quando o ciclo se fecha, a mortalidade diminui, de forma demonstrável e à escala nacional. Quando não acontece, as mesmas recomendações são escritas novamente no ano seguinte.

Esta é uma conclusão com uma característica invulgar para um relatório deste tipo: identifica uma solução que já está a operar no continente, é de origem africana, não requer nova tecnologia e tem um custo relativamente baixo. **As secções 7 e 8** estabelecem o que dela se segue.

7. Oportunidades para Melhorar a Saúde Materna e Infantil em África

As secções anteriores estabelecem o que mata as mães, recém-nascidos e crianças de África, e porquê. Esta secção expõe o que pode ser feito a respeito, em que ordem e a que custo. É deliberadamente seletiva. A literatura sobre a saúde materna e neonatal contém centenas de possíveis intervenções; este relatório identifica dez oportunidades que decorrem diretamente das evidências aqui reunidas e que os Estados-Membros estão em posição de agir agora.

7.1 Como estas oportunidades foram identificadas

Foram aplicados quatro testes. Teve de haver uma oportunidade para abordar uma causa ou motivador que este relatório tenha realmente documentado, e não um importado de outro lugar. Tinha de ter provas de efeito, com a força dessas evidências apresentada honestamente. Tinha de ser viável dentro do ambiente financeiro descrito na Secção 2.7, em vez de um que já não existe. E tinha de ser acionável pelas pessoas a quem este relatório é dirigido a Chefes de Estado, ministros da saúde e das finanças, e ao CDC africano, em vez de exigir ação de outros.

A aplicação desses testes produz dez oportunidades, que se dividem em três grupos por custo e complexidade (**Figura 7.1**).

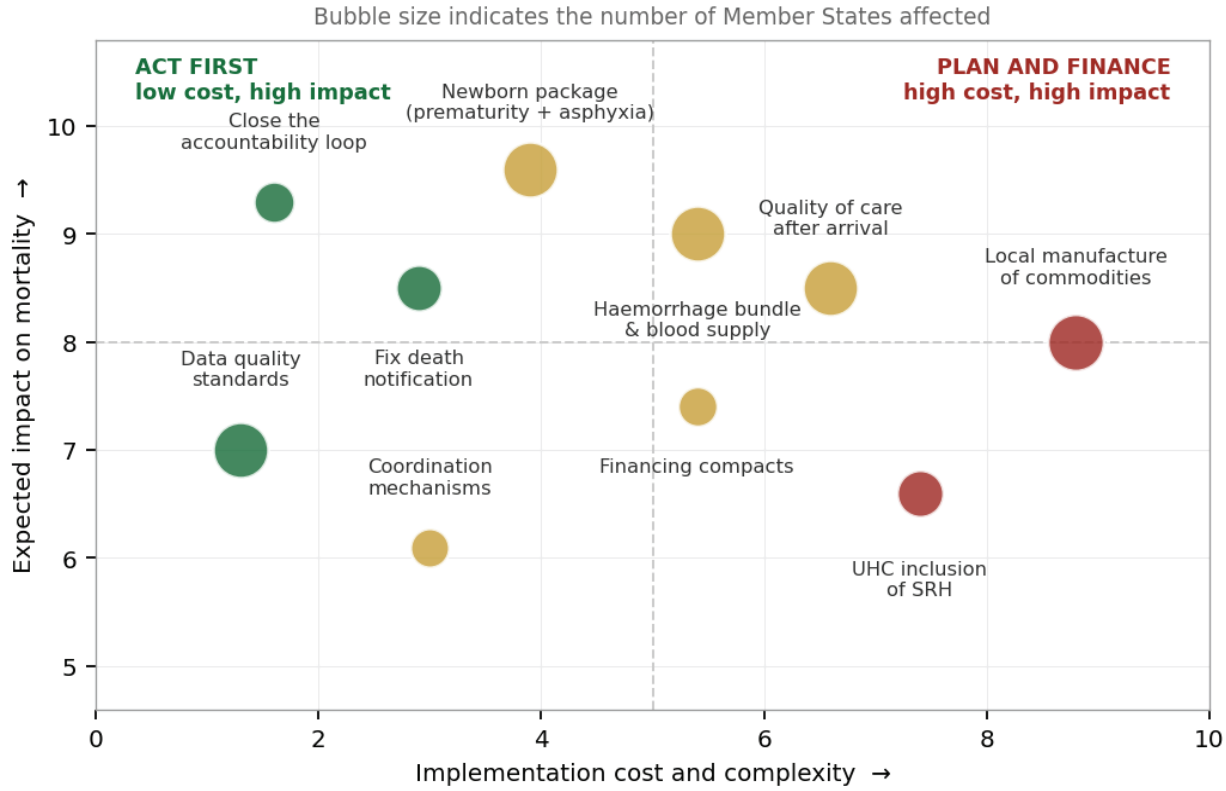


Figura 7.1 As dez oportunidades posicionadas pelo impacto esperado na mortalidade em relação ao custo e complexidade da implementação. As posições refletem o julgamento deste relatório com base nas evidências das Secções 2 a 6; o tamanho da bolha indica o número de Estados-Membros afetados.

7.2 Agir primeiro: três oportunidades que custam quase nada

A conclusão mais importante deste relatório é que África já gera a evidência necessária para prevenir estas mortes e, em grande parte, não age com base nelas. Isto tem uma implicação invulgar: as ações de maior retorno disponíveis estão também entre as mais baratas, porque a parte dispendiosa (rever as mortes) já está a ser feita.

Oportunidade 1. Feche o ciclo de responsabilização

Vinte e quatro dos 34 Estados-Membros cujos relatórios foram examinados não publicam qualquer registo de progresso em relação às suas próprias recomendações anteriores. Exigir que todos os relatórios nacionais de revisão de mortes maternas e perinatais contenham tal secção não custa nada além da disciplina de a redigir. Converte um registo de auditoria num instrumento de responsabilização, e é o passo que distingue os países onde a mortalidade diminuiu daqueles onde as mesmas recomendações são escritas novamente todos os anos.

Evidência: Secção 6.6; corroborada pelas conclusões da revisão Cochrane de que a auditoria melhora os resultados apenas quando o ciclo é concluído [32], e pela razão institucional de mortalidade materna da África do Sul a cair abaixo de 100 por 100.000 pela primeira vez desde 1998, atribuída pelo relatório nacional à implementação das recomendações de revisão. O inquérito de 2023 mostra que o ganho não foi sustentado — a razão é de 111,7, contra 109,6 em 2022 e 98,8 em 2019 — o que é o argumento a favor da continuidade e não contra o mecanismo: um ciclo de revisão produz resultados apenas enquanto for dotado de recursos e agir.

Oportunidade 2. Corrigir a notificação antes de melhorar a revisão

Menos de 30% das mortes maternas e apenas 12% das mortes neonatais já registadas nos sistemas nacionais de informação de saúde são notificadas ao sistema de revisão [20]. As mortes são contabilizadas e depois não examinadas. Reconciliar os dois sistemas, de modo a que cada morte materna registada no DHIS ou seu equivalente gere uma notificação para revisão, é uma tarefa administrativa e de sistemas, não clínica ou financeira.

Esta sequência é importante. Qualquer programa que melhore a qualidade das avaliações sem abordar a notificação irá melhorar a análise de uma minoria de mortes em diminuição e não representativa, e irá subcontar sistematicamente as mortes que ocorrem fora do sistema de instalações. Estas são precisamente as mortes associadas ao acesso mais fraco.

Oportunidade 3. Adote padrões de qualidade de dados antes da próxima chamada de dados

A Secção 5.4 documenta seis defeitos recorrentes nos dados de prestação de serviços submetidos pelos Estados-Membros: denominadores obsoletos, deriva definicional, morbilidade reportada como mortalidade, erros de unidade, movimentos improváveis de um ano e inconsistência interna. Cada remédio é uma definição, uma unidade, uma verificação de alcance ou um passo de reconciliação. Nenhum requer nova tecnologia, pessoal ou infraestrutura, e todas as análises subsequentes em cada relatório subsequente dependem delas.

Porque é que as oportunidades mais baratas são também as mais urgentes

A assistência ao desenvolvimento para a saúde em África caiu cerca de 70% desde 2021 [8]. Nesse contexto, a questão não é apenas quais as intervenções que funcionam, mas quais podem ser entregues com recursos internos sob pressão.

As oportunidades 1 a 3 não requerem dinheiro novo. Exigem decisões: um requisito de reporte, uma reconciliação de sistemas e um conjunto de definições. São as únicas oportunidades neste relatório que poderiam ser implementadas na totalidade dentro do mandato de um único Campeão.

7.3 Oportunidades clínicas: as intervenções que abordam a maioria das mortes

Oportunidade 4. O pacote para recém-nascidos

Nos três Estados-Membros que publicam uma divisão quantificada, a asfixia intraparto e a prematuridade representam juntas entre 55% e 75% das mortes neonatais registadas: 53% e 12%, respetivamente, no Uganda, 51% e 24% no Zimbabué, 26,9% e 28,1% na Etiópia. Ambos são abordados por um pacote bem definido: corticosteroides pré-natais, cuidados térmicos e cuidados maternos canguru para a prematuridade; assiduidade qualificada, uso de partógrafos e reanimação neonatal para asfixia.

Este é o sinal de intervenção mais claro na base

de evidências, e é a oportunidade mais alinhada com o objetivo do Campeão de zero mortes de recém-nascidos evitáveis. É também o segmento do continuum onde a mortalidade deixou de diminuir: a mortalidade neonatal mantém-se globalmente estável no grupo que reporta, enquanto a mortalidade infantil e com menos de cinco anos diminui, o que significa que a percentagem neonatal de mortes infantis está a aumentar.

Oportunidade 5. O feixe de hemorragia e o fornecimento de sangue

A hemorragia obstétrica é a principal causa registada de morte materna em 18 dos 25 Estados-Membros que relatam. A resposta clínica não está em dúvida; uterotónicos, ácido tranexâmico, tamponamento com balão uterino, cirurgia atempada e, decisivamente, sangue. O inquérito confidencial do Malawi identifica a falta de sangue para transfusão como o principal fator evitável nas suas mortes maternas.

O fornecimento de sangue é a restrição de ligação e é um problema do sistema e não clínico: recolha, teste, armazenamento, distribuição e, no ponto de necessidade, um bloco operatório funcional e um prestador capaz de agir. A entrega de última milha baseada em drone no Ruanda, que reduziu os tempos de entrega de sangue de horas para minutos e reduziu o desperdício em aproximadamente sete unidades por instalação por mês, demonstra que o componente de distribuição é manejável [A2.10].

Oportunidade 6. Transferir o investimento para a qualidade dos cuidados após a chegada

À medida que a frequência qualificada ao parto aumentou, o atraso decisivo num número crescente de Estados-Membros já não é chegar a uma instituição, mas sim receber cuidados adequados nela. O Uganda regista o terceiro atraso, com um aumento de 11%, enquanto o primeiro e o segundo diminuem. A auditoria nacional do Ruanda atribui 61,1% das mortes a cuidados infraestruturais de qualidade. Marrocos considera que 80% das mortes são evitáveis e a África do Sul 58% potencialmente evitáveis. O Botswana documenta cuidados de qualidade inferior em 89,4% das mortes analisadas, agravando-se face aos 79% do ciclo anterior.

Esta é a realocação mais importante recomendada por este relatório, e também a mais exigente: significa investimento em capacidade de cuidados obstétricos e neonatais de emergência, mentoria clínica, simulações, protocolos e supervisão, em vez de apenas na geração e transporte da procura. O terceiro pacote de adiamento da Eswatini (auditorias descentralizadas com aviso de 24 horas, mentoria no local direcionada a instalações de elevada mortalidade, lares de espera para maternidade e envolvimento dos porteiros tradicionais) aumentou a frequência qualificada ao parto de cerca de 84% para cerca de 92% e reduziu aproximadamente para metade as mortes maternas das instalações [A2.3].

O corolário da **Secção 6.3** deve ser respeitado: isto não é uma prescrição universal. Na República Democrática do Congo, a distância a uma unidade contribuiu para 67% das mortes maternas e os cuidados nas instalações para 2%. Cada Estado-Membro deve estabelecer o seu próprio perfil de atraso antes de realocar.

7.4 Oportunidades estruturais

Oportunidade 7. Acordos de financiamento com um grupo identificado de Estados-Membros

Vinte e três Estados-Membros não têm uma linha orçamental dedicada à SSR nem qualquer aumento interno ao longo de três anos, e vinte e seis recebem financiamento externo para a HRS enquanto não reportam crescimento interno. Este é um grupo nomeado, não um problema continental difuso, e pode ser resolvido país a país. O Pacto Multi-Doador de Planeamento Familiar da Etiópia demonstra o mecanismo: cofinanciamento doméstico faseado sob governação conjunta com monitorização transparente, que aumentou o financiamento governamental do planeamento familiar aproximadamente dezenove vezes e eliminou grandes desmobilizações nacionais [A2.11, A2.12].

Duas características de design são importantes. Os Ministérios das Finanças devem estar à mesa — participam apenas em 40% dos mecanismos nacionais de coordenação de SSR, enquanto o financiamento insuficiente é a principal barreira. E o acompanhamento orçamental deve ser desagregado: os serviços de SRH e VG para adolescentes, que os próprios Estados-Membros nomeiam como prioridades, são acompanhados por apenas 26% e 18%, respetivamente.

A experiência dos instrumentos de financiamento intermediados externamente deverá informar a forma como estes pactos são concebidos. O Global Financing Facility, estabelecido em 2015 e alojado no Banco Mundial, comprometeu 1,39 mil milhões de dólares em subsídios em 38 países, dos quais 71,9% dos subsídios apoiam a região africana, e associou 1,32

mil milhões desse valor a 10,21 mil milhões de dólares em financiamento IDA e BIRD do Banco Mundial [37]. Como instrumento para direcionar o financiamento multilateral para a saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente, tem funcionado de forma comprovada: trinta projetos do Banco Mundial ligados à Facilidade totalizaram 14,5 mil milhões de dólares entre 2015 e 2022, com o próprio fundo fiduciário do Mecanismo a contribuir com 4% [38].

O seu efeito no financiamento interno é uma questão diferente, e as evidências não apoiam uma afirmação forte. Não existe monitorização independente de se a mobilização de recursos internos ou externos melhorou como resultado da Facilidade [38]. A análise publicada conclui que o efeito na catalisação do financiamento doméstico da saúde foi limitado, e conclui que as estruturas pesadas em empréstimos substituiram, em vários casos, em vez de suplementarem a despesa pública, intensificando a pressão fiscal em contextos de dívida limitada [39]. Essa conclusão importa aqui porque é o mesmo padrão que a avaliação continental identifica de forma independente: 22 Estados-Membros recebem financiamento externo SRH sem reportar aumento interno. Um empréstimo concessional continua a ser um empréstimo e, numa posição fiscal em dificuldades, pode substituir a alocação interna que se pretendia desbloquear.

Essa avaliação é feita com base num padrão que a própria União Africana endossou. A Agenda de Lusaka compromete as iniciativas globais de saúde a catalisar serviços de saúde sustentáveis e financiados internamente [43], e a crítica publicada ao Mecanismo Global de Financiamento é explicitamente enquadrada como uma lacuna desse compromisso [39]. Os Estados-Membros têm, portanto, o direito de pedir aos parceiros que demonstrem um efeito de financiamento interno em vez de um volume de empréstimos, e fazê-lo com base na autoridade de um instrumento continental e não como questão de preferência.

A implicação não é que os instrumentos externos devam ser evitados, mas que os acordos devem colocar a obrigação no tesouro em vez do balanço. O Pacto Multi-Doadores de Planeamento Familiar da Etiópia é o melhor modelo neste relatório precisamente porque exigiu cofinanciamento nacional faseado sob governação conjunta com monitorização transparente, em vez de recorrer a um empréstimo [A2.11, A2.12]. Dois instrumentos adicionais merecem atenção especial dos Estados-Membros em dificuldades de dívida: a conversão da dívida, onde a troca da Eswatini com o Banco Africano de Desenvolvimento limita cada dólar de poupança do serviço da dívida para a saúde sem possibilidade de realocação, e as facilidades de liquidez que estão agora a ser testadas para permitir que os governos comprem bens essenciais a tempo, em vez de atrasar e dispendiosamente [36,40]. Tendo em conta que quatro em cada dez países africanos gastam agora mais no serviço da dívida do que em saúde e educação combinadas [5], a conversão de dívida é o instrumento mais subutilizado disponível neste continente.

Oportunidade 8. Inclusão da cobertura universal de saúde

Os pagamentos diretos representam aproximadamente 35% das despesas de saúde em África [8] e são reportados como uma barreira para os utilizadores em 55% dos Estados-Membros. Apenas 19 Estados-Membros relatam inclusão abrangente dos serviços de SSR no pacote de benefícios da Segurança Social Nacional ou da CSU. A inclusão da CSU é o mecanismo que converte um direito legal num serviço financiado; sem ela, os cuidados continuam a depender da taxa do utilizador, independentemente do que a política indique. O seguro de saúde comunitário do Ruanda, com aproximadamente 91% da população segurada e despesas catastróficas reduzidas, é o caso de referência continental [A2.8, A2.9].

Oportunidade 9. Fabricar o que mata mulheres africanas

África importa cerca de 80% dos seus produtos de saúde, incluindo 60% do ácido tranexâmico utilizado no tratamento da hemorragia pós-parto [5]. A principal causa de morte materna no continente é tratada com um medicamento que não produz. Priorizar a produção continental de ácido tranexâmico, oxitocina, sulfato de magnésio e produtos sanguíneos seguros alinha diretamente o pilar local de fabrico da Champion com a evidência clínica da Secção 6.1. Esta é a oportunidade de maior custo e de maior longo prazo neste relatório, e é aquela que mais diretamente serve a soberania em saúde.

Oportunidade 10. Adolescentes: a maior diferença entre prioridade e provisão

A SRH adolescente é nomeada pelos Estados-Membros entre as suas prioridades para 2026–2030, mas é acompanhada apenas em 26% dos orçamentos, monitorizada através da taxa de natalidade adolescente por 37 Estados-Membros, dos quais apenas 19 puderam fornecer os dados correspondentes, e servida por educação sexual abrangente nas escolas de 54% dos países, sendo a cobertura de CSE escolar o indicador menos

monitorizado em toda a avaliação, com 28%. As revisões de óbitos no Uganda registam adolescentes com menos de 19 anos como desproporcionalmente afetados por causas indiretas e sépsis, e complicações do aborto atingem o pico entre mulheres entre os 20 e os 24 anos.

O programa Smart Start da Etiópia, que liga o aconselhamento de planeamento financeiro à escolha contraceptiva para raparigas adolescentes casadas e que foi institucionalizado a nível nacional pelo governo, reduziu a gravidez rural na adolescência de aproximadamente 13% para 5% nas áreas de intervenção [A2.14, A2.15]. É a demonstração mais forte disponível de que esta lacuna é colmatável em larga escala.

7.5 Sequenciação

A ordem importa tanto quanto o conteúdo, e é determinada pela dependência e não pela ambição (Tabela 7.1).

7.6 Como seria o sucesso até 2030

O Roteiro do Campeão compromete o continente a zero mortes maternas, zero mortes de recém-nascidos evitáveis e zero crianças não vacinadas [34]. Esses são os destinos. Este relatório sugere quatro marcadores intermédios pelos quais o progresso em direção a eles pode ser avaliado, cada um mensurável a partir de evidências já apresentadas pelos Estados-Membros.

- Todos os Estados-Membros publicam um relatório nacional de revisão da morte materna e perinatal que regista progressos em relação às suas recomendações anteriores. Linha de base: 14 em 34.
- A maioria das mortes maternas registadas nos sistemas nacionais de informação de saúde é notificada para revisão. Linha inicial: menos de 30% [20].
- Cada Estado-Membro apresenta dados completos de prestação de serviços, incluindo a causa neonatal de morte. Linha de base: 14 em 55 apresentam dados de causas neonatais; 16 não submetem nenhuma.
- Cada Estado-Membro reporta uma linha orçamental dedicada à SSR e pode mostrar o aumento da despesa interna em termos reais. Base: 28 de 55 têm uma linha orçamental; 18 reportam aumento.

Nenhum destes quatro marcadores requer um novo sistema de medição. Cada um é derivado do que os Estados-Membros já são convidados a reportar, o que significa que o progresso contra eles pode ser acompanhado anualmente a um custo negligenciável e, ao contrário das estimativas de mortalidade, respondem dentro de um único ciclo político. São propostos como o quadro de responsabilização para o mandato do Campeão e dos seus sucessores.

Tabela 7.1 Ordem das dez oportunidades.

Horizonte	Oportunidades	Justificação
Imediato — dentro do mandato atual do Campeão	1. Fechar o ciclo de responsabilização 2. Notificação de correção 3. Padrões de qualidade de dados 4. Pacote de recém-nascidos	Exigir decisões em vez de novos financiamentos, e os três primeiros são pré-requisitos para medir tudo o resto
2026–2028	5. Feixe de hemorragias e fornecimento sanguíneo 6. Qualidade dos cuidados após a chegada 7. Acordos de financiamento 10. Serviços para adolescentes	Exigir a realocação orçamental e o reforço do sistema clínico; entrega dentro de um ciclo de planeamento
2026–2030	8. Inclusão de SRH no UHC 9. Fabrico local de mercadorias	Exigir ação legislativa ou industrial com prazos de entrega mais longos, mas deve ser iniciada agora para ser concretizada até 2030

8. Barreiras e Exemplos pelo Bloco de Construção do Sistema de Saúde

Esta secção organiza o que impede as oportunidades da Secção 7, e o que já foi feito em África, contra os seis blocos de construção do quadro dos sistemas de saúde da OMS [16]. Os blocos de construção são usados porque fornecem um vocabulário partilhado entre os ministérios da saúde e os ministérios das finanças e do planeamento, e porque tornam visível uma conclusão que se repete ao longo deste relatório: nenhuma intervenção única tem sucesso sozinha, e os resultados nacionais mais fortes combinam a ação em vários blocos ao mesmo tempo. A Figura 8.1 mostra quão amplamente cada barreira específica é reportada.

Os exemplares não são igualmente transferíveis, e a Tabela 8.4 avalia-os em conformidade.

Cada subseção indica a barreira conforme a evidência deste relatório a regista, apresentando depois os exemplares africanos que a abordaram, cada um com a sua classificação de evidência claramente indicada. O Anexo 2 apresenta os perfis anteriores de Nairobi com a sua própria lista de referências. Os exemplares foram identificados e classificados pelo método estabelecido na Secção 4.5; cada um tem a sua classificação de evidência conforme definido na Tabela 4.2.

8.1 Como esta secção foi construída

As secções 5 e 6 estabelecem duas coisas. Os Estados-Membros apresentam as mesmas barreiras com uma consistência impressionante — financiamento, força de trabalho, sistemas de dados, mercadorias, coordenação. E o continente já gera a evidência necessária para agir, mas não age com base nela: apenas catorze dos trinta e quatro Estados-Membros com sistemas de revisão de óbitos relatam contra as suas próprias recomendações anteriores [15].

Esta secção fecha esse ciclo. Toma cada um dos seis blocos de construção do quadro dos sistemas de saúde da OMS [16], estabelece a barreira conforme regista a avaliação continental de todos os 55 Estados-Membros, e coloca contra ela os exemplos africanos que a abordaram de forma mensurável.

Os exemplares foram identificados pelos próprios Estados-Membros, em dois Workshops Regionais de Validação de Políticas: Nairobi, 8–10 de julho de 2026, para África Oriental e Austral [15]; e Cotonou, 29–31 de julho de 2026, para África Ocidental, Norte e Central [15]. Cada delegação foi convidada a nomear uma barreira, descrever o que o seu governo fez a respeito e apresentar as provas. Esta secção combina ambas, de modo que, pela primeira vez, o registo continental das obras é retirado das cinco regiões da UA e não

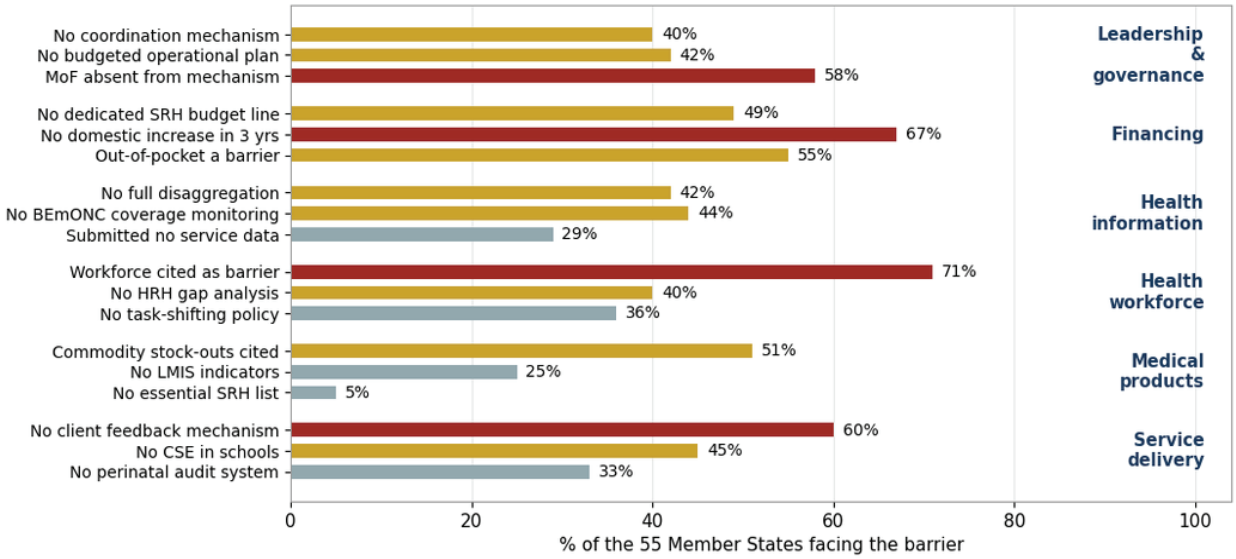


Figura 8.1 Prevalência de barreiras sistêmicas específicas nos 55 Estados-Membros avaliados, agrupados por blocos de construção do sistema de saúde. Fonte: Avaliação continental do CDC de África 2026 [15].

de uma só, África Central, é aqui representado pelos Camarões, Chade, República Democrática do Congo e São Tomé e Príncipe.

Uma qualificação aplica-se às submissões de Cotonou apresentadas pelo grupo que abrange Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe e Senegal. Cada uma reportou um valor antes e depois em plenário, mas o grupo não completou o slide de evidência, pelo que a fonte do inquérito ou administrativa por trás de cada número — e, em alguns casos, o ano de referência exato — foi solicitada às delegações e ainda não confirmada. Estes exemplares são introduzidos no grau D e assinalados individualmente. Devem ser interpretados como alterações reportadas pelo Estado-Membro pendentes de confirmação, e esta secção será corrigida assim que as fontes forem fornecidas.

Limiar de inclusão e classificação de evidências

Os exemplares foram identificados e classificados pelo método estabelecido na Secção 4.5. Uma intervenção aparece aqui apenas quando um efeito foi medido, e cada exemplar possui uma das quatro categorias de evidência definidas na **Tabela 4.2**; desde A, evidência randomizada ou quase experimental de um efeito na mortalidade, até D, dados validados de monitorização do programa que mostram alterações na cobertura, utilização ou disponibilidade de serviços.

Duas regras da **Secção 4.5** aplicam-se em todo o processo. Uma alteração na cobertura nunca é reportada como uma alteração na mortalidade. E uma classificação descreve a evidência disponível sobre uma intervenção, não o seu mérito — programas que funcionam há uma década tiveram tempo para acumular uma avaliação independente, enquanto programas recentes ou em curso transportam apenas dados de monitorização, por mais bem concebidos que sejam.

8.2 Os exemplares num olhar

Tabela 8.1 Vinte e quatro exemplares, por bloco de construção e oficina fonte.

loco de construção	Esta-do-Membro	Exemplar	Classi-ficação	Oficina
Prestação de serviços	Tanzânia	Transporte de emergência m-mama dentro da expan-são nacional do EmONC	C	Nairobi
Prestação de serviços	Eswatini	Terceiro pacote de adiamento: auditoria de 24 horas, espera em casas, envolvimento do guardião	C	Nairobi
Prestação de serviços	Etiópia	Smart Start — serviços contraceptivos centrados no adolescente em grande escala	C	Nairobi
Prestação de serviços	Guiné	AMPLI-PPHI — OMS-Medicamentos recomendados para hemorragia pós-parto	D	Cotonou
Prestação de serviços	São Tomé e Príncipe	Restaurar a oferta de serviço — pessoal, medica-mentos, laboratório e cardiotocografia	D	Cotonou
Força de trabalho na saúde	Uganda	Reforma dos salários rurais mais financiamento baseado em resultados no Centro de Saúde IV	B	Nairobi
Força de trabalho na saúde	Eswatini	Um quadro de trabalhadores comunitários de saúde	C	Nairobi
Força de trabalho na saúde	Nigéria	Reforma da formação e implementação a nível nacional	D	Cotonou
Força de trabalho na saúde	África do Sul	Currículo SRH único em todos os componentes	D	Cotonou

Ioco de construção	Esta-do-Membro	Exemplar	Classi-ficação	Oficina
Informação de saúde	Tanzânia	Revisão nacional sobre morte materna virtual	B	Ambos
Informação de saúde	Moçambique	Comité nacional independente, explicitamente não punitivo de auditoria de mortes.	D	Setembro de 2026
Informação de saúde	Nigéria (Kano)	Geo ST4R — registo verificado de assentamentos	D	Nairobi
Produtos médicos	Ruanda	Entrega aérea de sangue e mercadorias na última milha	B	Nairobi
Produtos médicos	Etiópia	Disponibilidade de mercadorias com garantia com-pacta	C	Nairobi
Produtos médicos	Guiné	Produtos de estabilidade térmica colocados em centros de saúde e ao nível comunitário	D	Cotonou
Financiamen-to	Etiópia	Pacto Multi-Doador de Planeamento Familiar	C	Nairobi
Financiamen-to	Ruanda	Seguro de saúde comunitário com financiamento baseado no desempenho	A / B	Nairobi
Financiamen-to	A Gâmbia	Aumento sustentado da quota de saúde doméstica com a implementação dos seguros	C	Cotonou
Financiamen-to	Burkina Faso	As taxas de utilização foram removidas para o parto e para o planeamento familiar	D	Cotonou
Liderança e governação	Somália	Um Plano, Um Orçamento, Um M&E num ambiente frágil	C	Nairobi
Liderança e governação	Madagáscar	Mantendo um pacto com a fé e as autoridades tradicionais	C	Nairobi
Liderança e governação	Malawi	Emenda constitucional que acaba com o casamento infantil	C	Nairobi

8.3 Prestação de serviços

A barreira. É aqui que as evidências deste relatório se afastaram mais. Os cuidados infrapadrão nas instalações contribuíram para 61,1% das mortes maternas na auditoria nacional do Ruanda e foram identificados em 89,4% das mortes revistas no Botswana [15]. À medida que a frequência qualificada aumentou, o atraso decisivo num número crescente de Estados-Membros já não é chegar a uma instituição, mas receber cuidados adequados nela — o relatório nacional mais recente do Uganda regista que o primeiro e o segundo atrasos diminuíram, enquanto o terceiro aumentou 11%. A hemorragia pós-parto é a principal causa registada de morte materna em 18 dos 25 Estados-Membros com dados quantificados de causas.

Tanzânia: transporte de emergência m-mama dentro de uma expansão nacional do EmONC

· Nairobi, julho de 2026

A barreira. Atrasos críticos na chegada aos cuidados de referência. O mapeamento mostrou grandes populações a mais de cinco quilómetros de uma unidade (o limiar a partir do qual as mulheres procuram alternativas ao parto em unidades), com poucos estabelecimentos a oferecer cuidados obstétricos de emergência.

A intervenção. Uma sequência nacional deliberada: evidências apresentadas ao Chefe de Estado; um aumento orçamental sustentado; expansão dos cuidados primários para que os dispensários realizem partos e os centros de saúde ofereçam cesarianas; e o sistema m-mama — uma linha de despacho gratuita 24/7 com triagem guiada pelo Ministério da Saúde e uma frota híbrida que combina ambulâncias governamentais com condutores comunitários, a

menos de 2 milhões de dólares por ano.

Evidência do impacto. A mortalidade materna caiu de 556 para 104 por 100.000 nascimentos vivos entre 2015/16 e 2022 (aproximadamente 80% em sete anos), com o parto institucional a aumentar à medida que 80% da população se aproximava a menos de cinco quilómetros de uma instalação. A avaliação do programa m-mama documenta uma redução de 38% nas mortes maternas e uma redução de 40% nas mortes neonatais.

Força da evidência. *Dados de inquéritos nacionais (TDHS-MIS 2022) [44]; avaliações de programas e análises piloto publicadas [45]; relatórios de programas validados por workshops [15].*

Eswatini: um terceiro pacote de adiamento para assistência qualificada ao parto *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Mortalidade materna populacional entre as taxas mais elevadas da região, com barreiras culturais (marido ou sogra a decidir quando uma mulher pode procurar cuidados) longas distâncias e lacunas de qualidade nas instalações.

A intervenção. Um pacote combinado: auditorias de óbitos maternos descentralizadas do nível nacional para o nível das instalações e da comunidade com aviso de 24 horas; orientações de emergência para cuidados obstétricos e mentoria no local direcionada a unidades de alta mortalidade; casas de espera renovadas para mulheres de áreas de difícil acesso; envolvimento estruturado dos porteiros tradicionais; e diagnósticos descentralizados, incluindo ecografias.

Evidências de impacto. A assistência qualificada ao parto aumentou de cerca de 84% em 2014 para cerca de 92%, com o parto em instalações acima de 90%. As mortes maternas registadas em instalações reduziram-se aproximadamente para metade, de aproximadamente 190 para cerca de 90.

Força da evidência. *Dados nacionais e de instalações reportados e validados pelo Estado-Membro [15].*

Etiópia: Smart Start: serviços contraceptivos centrados no adolescente em grande *escala · Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Gravidez adolescente rural persistentemente elevada, com raparigas adolescentes (especialmente raparigas casadas do campo) não alcançadas pelos serviços convencionais de planeamento familiar.

A intervenção. O Smart Start liga o aconselhamento de planeamento financeiro à escolha de contraceptivos para adolescentes casadas, oferecido através do Programa de Extensão de Saúde do governo ao nível dos postos de saúde. Desenvolvido ao abrigo da iniciativa Adolescents 360, adotada pelo Ministério Federal da Saúde e institucionalizada a nível nacional através do programa RISE.

Evidências de impacto. Mais de 356.600 raparigas adolescentes casadas adotaram voluntariamente um método contraceptivo à sua escolha. A gravidez rural na adolescência caiu de aproximadamente 13% para 5% nas áreas de intervenção, e os resultados preliminares do inquérito nacional 2024/25 indicam que a gravidez adolescente diminuiu para cerca de 10% a nível nacional, com as quedas mais acentuadas nas zonas rurais onde o programa foi mais forte.

Força da evidência. *Monitorização do programa à escala nacional [46]; inquérito nacional, pré-publicação EDHS 2024/25 [47]; validado pelo Estado-Membro no workshop [15].*

Guiné: Medicamentos recomendados pela OMS para hemorragia pós-parto, tomados até à última milha *· Cotonou, julho de 2026*

A barreira. A cadeia fria necessária para armazenar oxitocina não estava disponível de forma fiável. A mortalidade materna é de 501 por 100.000 nascimentos vivos e a hemorragia pós-parto representa 20% das mortes maternas.

A intervenção. No âmbito do programa AMPLI-PPHI nos distritos de saúde de Labé e Mamou, três produtos recomendados pela OMS foram colocados onde ocorrem os partos: carbbetocina estável ao calor e ácido tranexâmico em dois hospitais regionais e oito centros de saúde; todos os três, incluindo misoprostol em outros oito centros de saúde; misoprostol sozinho em seis. O misoprostol foi distribuído antecipadamente às grávidas para autoadministração, em linha com a recomendação da OMS de 2020 para contextos onde as mulheres partem fora de uma unidade [48,49,50].

Evidências de impacto. Das 5.026 mulheres identificadas, 2.540 receberam misoprostol; das 1.337 que deram à luz em casa, 1.313 tomaram — 98%. A utilização de carbetocina em partos em instalações atingiu e manteve aproximadamente 100% durante nove trimestres consecutivos em ambos os distritos, devido ao aumento do volume. Dos 306 casos registados de hemorragia pós-parto, 98% foram tratados com o conjunto completo de ácido tranexâmico, um líquido uterotónico e líquidos intravenosos.

Força da evidência. *Dados de monitorização de programas em nove trimestres e dois distritos, apresentados e validados pelo Estado-Membro [15]. Avaliação ao nível dos resultados ainda não disponível.*

A base clínica de cada elemento assenta na evidência

de ensaios gerados substancialmente em África. O ácido tranexâmico dentro de três horas após o nascimento reduz a morte por hemorragia em aproximadamente 30% [51]. A carbbetocina estável ao calor não é inferior à oxitocina para prevenção de perda de sangue de pelo menos 500 ml e não requer cadeia de frio [52]. A abordagem de primeira resposta agrupada adotada na Guiné — a estratégia E-MOTIVE — reduziu a hemorragia pós-parto grave, laparotomia por hemorragia ou morte por hemorragia em aproximadamente 60% num ensaio randomizado em clusters com mais de 210.000 mulheres no Quénia, Nigéria, África do Sul e Tanzânia [53].

Porque é que este exemplar é importante e porque está em risco.

A Guiné demonstra que um Estado-Membro pode transferir produtos recém-recomendados das orientações da OMS para uso quase universal na linha da frente dentro de dois anos, em distritos rurais, e para as mãos de mulheres que dão à luz em casa. É a demonstração mais clara neste relatório de que a limitação à hemorragia obstétrica não é conhecimento.

É também a ilustração mais clara do risco financeiro identificado por este relatório. O programa é financiado externamente e encerra em julho de 2026. A carbbetocina estável ao calor ainda não está na lista nacional de medicamentos essenciais da Guiné. A menos que ambos sejam resolvidos, um sucesso documentado reverterá — na intervenção com a base de evidência subjacente mais forte do continente.

São Tomé e Príncipe: a restaurar uma oferta de serviço que tinha deixado de funcionar · *Cotonou, julho de 2026*

A barreira. A oferta de serviço em si não estava disponível: pessoal, medicamentos essenciais, capacidade laboratorial e monitorização fetal estavam ausentes ou intermitentes, pelo que as mulheres que chegavam a uma unidade não podiam ser tratadas de forma fiável ali.

A intervenção. Recursos humanos mobilizados, disponibilidade de medicamentos essenciais assegurada, capacidade laboratorial restaurada e cardiotocografia introduzida — um conjunto dos insumos básicos necessários para um serviço de maternidade funcional, em vez de uma intervenção vertical única.

Evidências do impacto. A taxa de mortalidade materna caiu de 61 por 100.000 nascidos vivos em 2021 para 27 em 2025, conforme reportado pelo Estado-Membro.

Força da evidência. *Grau D — Estatísticas nacionais reportadas pelo Estado-Membro [15]. Fonte e denominador solicitados. São Tomé e Príncipe tem uma pequena coorte anual de nascimento, pelo que a razão é sensível a um pequeno número de mortes: a direção é significativa, a magnitude precisa deve ser lida com cautela.*

8.4 Força de trabalho na saúde

A barreira. As restrições da força de trabalho são citadas por 68% dos Estados-Membros, apenas atrás do financiamento, e os dois são citados em conjunto por 60%, causalmente coerentes, uma vez que os profissionais de saúde são o maior custo recorrente em qualquer orçamento de saúde sexual e reprodutiva. Por baixo da manchete, 43% dos Estados-Membros não realizaram qualquer análise da lacuna de recursos humanos para a SRH. O relatório UNFPA 2025 sobre parteiras da África Ocidental e Central identifica quatro falhas ligadas em todos os 22 países abrangidos: demasiadas poucas parteiras formadas em relação à necessidade; concentração urbana dos formados; salários irregulares, más condições e ausência de percursos profissionais; e consequente saída para o setor privado, migração e saída da profissão [54].

Uganda: reforma salarial rural mais financiamento baseado em resultados no Centro de Saúde IV · *Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Os centros de saúde IV, estes são os centros subdistritais mandatados para fornecer cirurgia de emergência e cuidados obstétricos de emergência abrangentes para áreas de cerca de 100.000 pessoas, ficaram sem médicos. A funcionalidade do bloco operatório e transfusão sanguínea estava abaixo dos 50%, impulsionada por salários pouco competitivos e ambientes de trabalho inutilizáveis.

A intervenção. Uma reforma em duas fases. Em setembro de 2012, na sequência de uma campanha nacional da sociedade civil contra mortes maternas evitáveis, o Governo duplicou os salários dos oficiais médicos ao nível do Centro de Saúde IV, passando de aproximadamente 1,2 milhões de UGX para 2,5 milhões de UGX por mês, apoiados por uma alocação de 49,5 mil milhões de UGX. Quando o salário por si só se revelou insuficiente (os teatros ainda careciam de fornecimentos e utilidades), o financiamento baseado em resultados foi adicionado.

Evidências de impacto. O pessoal de acordo com as normas de estabelecimento subiu de 56% para 85%, concentrando-se nas zonas rurais. No âmbito do programa URMCHIP

apoiado pelo Banco Mundial, o financiamento baseado em resultados foi escalado para mais de 1.300 instalações entre 2016 e 2022 e integrado no sistema fiscal nacional, com uma revisão independente que documenta a melhoria da disponibilidade e do acesso a serviços prioritários de saúde materna e infantil.

Força da evidência. *Resultados verificados do programa validados pelo Estado-Membro [15]; Escalonamento nacional e efeitos de serviço documentados na revisão de conclusão da implementação do Banco Mundial [55].*

A característica instrutiva é o emparelhamento. A reforma salarial por si só aborda a retenção; o financiamento baseado em resultados por si só aborda o desempenho. Aplicados em conjunto, abordaram ambos — e o efeito foi medido com base numa norma de pessoal existente, em vez de um alvo autodefinido.

Eswatini: Um quadro de agentes comunitários de saúde *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Quadros comunitários fragmentados e de programa único (VIH, malária, motivadores de saúde rurais da RMNCAH) a duplicar esforços enquanto deixam lacunas no serviço, sem um percurso profissional estruturado.

A intervenção. Integração de todos os motivadores de um único programa num único quadro de trabalhadores comunitários de saúde formados em todo o portefólio da RMNCAH, sob um esquema estruturado de serviço: competências definidas, critérios de recrutamento com a idade de entrada reduzida de 40 para 20 anos e uma idade de reforma forçada de 60 anos.

Evidências de impacto. Melhorias reportadas pelos Estados-Membros em todos os serviços prestados pelo quadro unificado: primeiro contacto com cuidados pré-natais, adoção de contraceptivos adolescentes, gestão do VIH incluindo ART comunitária, adoção da PrEP, PMTCT e reporte de violência de género e violência contra crianças.

Força da evidência. *Dados do programa reportados e validados pelo Estado-Membro [15]. A avaliação formal reforçaria o argumento para a replicação regional.*

Nigéria: Reforma da formação e implementação a nível nacional *· Cotonou, julho de 2026*

A barreira. As limitações da força de trabalho agravadas pela migração para fora do sistema e por uma má distribuição severa, com as lacunas mais profundas no norte. A insegurança é um fator adicional que o quadro dos sistemas de saúde não capta: os profissionais de saúde foram atacados e algumas instalações secundárias estão sem pessoal como resultado.

A intervenção. Aumento das admissões em quadros médicos, de enfermagem e de saúde comunitária; políticas de transferência e partilha de tarefas desenvolvidas, implementadas e atualmente em revisão; reforma curricular após revisão dos conselhos médicos e de enfermagem, implementada no quadro de partilha de tarefas; e formação em serviço reformada para competências e simulação, com centros de simulação dedicados em Kano para cuidados maternos e Ekiti para cuidados neonatais. O recrutamento foi institucionalizado nos sistemas estatais, salários e orçamentos, com incentivos rurais implementados para apoiar o regresso e a retenção.

Evidência do impacto. A Agência Nacional de Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários está a formar 120.000 profissionais de saúde. O governo federal está a enviar 1.000 enfermeiros e parteiras para áreas identificadas pela análise de lacunas. As admissões entre quadros aproximadamente duplicaram.

Força da evidência. *Dados de monitorização de programas apresentados e validados pelo Estado-Membro [15]. Efeito na disponibilidade de serviços e nos resultados maternos ainda não avaliados.*

O que distingue isto de um programa de formação é a institucionalização. O recrutamento escrito nas linhas salariais do Estado é o que converte uma coorte de diplomados numa força de trabalho, e é o passo que a maioria das intervenções de formação no continente omite.

África do Sul: Um único currículo SRH em todos os componentes *· Cotonou, julho de 2026*

A barreira. Restrições da força de trabalho expressas como competência fragmentada: profissionais de saúde formados programa a programa em vez de em todo o portefólio de saúde sexual e reprodutiva que se espera que desejam.

A intervenção. Desenvolvimento de um currículo de saúde sexual e reprodutiva com aproximadamente 14 módulos com sessões práticas, abrangendo todos os componentes da SRH e ministrado tanto em pré-serviço como em serviço.

Evidências do impacto. As instalações que oferecem serviços SRH aumentaram de 250 para 345, e foram criadas zonas dedicadas para jovens.

Força da evidência. *Dados de monitorização do programa apresentados e validados pelo Estado-Membro [15]. O período de reporte e o denominador total da instalação devem ser confirmados.*

8.5 Sistemas de informação em saúde

A barreira. A secção 5.4 estabelece isto na íntegra. Oitenta e sete por cento dos Estados-Membros têm

indicadores de saúde sexual e reprodutiva no sistema nacional de informação em saúde, um dos resultados mais fortes da avaliação. Vinte e três por cento podem reportar de que morreram os seus recém-nascidos. Cada passo entre esses dois números perde Estados-Membros: 64% submeteram quaisquer dados de prestação de serviços, 55% desagregaram totalmente por idade, sexo e geografia, 30% submeteram dados pelo menos metade completos. Trinta e quatro Estados-Membros relatam um sistema funcional de auditoria perinatal; nove apresentaram dados de causas de morte neonatais.

Tanzânia: Análise nacional virtual da morte materna · *Nairobi e Cotonou*

A barreira. Revisão da morte materna que exige a reunião física de pouca experiência clínica nacional, limitando tanto o número de mortes analisadas como a rapidez da resposta.

A intervenção. Migração da revisão da morte materna para uma plataforma virtual nacional, permitindo que a perícia clínica a nível nacional analise mortes ocorridas em qualquer parte do país sem o atraso e o custo da reunião presencial.

Evidência do impacto. A avaliação por pares documenta melhorias na qualidade dos cuidados durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Força da evidência. *Avaliação revista por pares publicada no PLOS ONE [19]; validada pelo Estado-Membro em ambos os workshops [15].*

Este é o exemplo de informação de saúde mais transferível do relatório, porque aborda a etapa que a revisão Cochrane identifica como o ponto de falha. A revisão de óbitos reduz a mortalidade quando a etapa de resposta funciona, a mortalidade materna em internamento provavelmente reduzida, razão de probabilidades 0,85 (IC 95% 0,73–0,98), com melhoria da qualidade dos cuidados, razão de probabilidades 1,87 (IC 95% 1,35–2,57) — e é a etapa de resposta, e não a etapa da revisão, que está em falta em 20 dos 34 Estados-Membros [32].

Moçambique: Um comité nacional de auditoria de óbitos que não pode culpar ninguém · Setembro de 2026

A barreira. O principal obstáculo à metade de resposta do MPDSR, em todos os estudos analisados na Secção 6.7, é o medo de culpa e de litígio. Onde atribuir uma morte a cuidados de qualidade inferior implica um risco profissional, as causas não são atribuídas e as recomendações não são executadas.

A intervenção. Um Diploma Ministerial de 2026 reestrutura o Comité Nacional para a Auditoria das Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais, criado pela primeira vez em 2011. O comité é definido como independente, atuando sem interferência das estruturas executivas do Ministério da Saúde, das direções provinciais e distritais, ou das unidades de saúde. Os seus princípios declarados são confidencialidade, rigor científico e, explicitamente, que não acusa nem pune: não atribui culpa individual, não conduz qualquer processo disciplinar e não emite julgamentos punitivos, num ambiente de aprendizagem não punitivo que o instrumento denomina. É presidido por um obstetra sénior e vice-presidido por um pediatra ou neonatologista sénior em mandatos de cinco anos, reporta diretamente ao Ministro da Saúde e emite relatórios trimestrais compilados a partir de relatórios provinciais e visitas de supervisão.

Evidências de impacto. Ainda nenhuma. O instrumento foi adotado em 2026 e não existem dados de resultados.

Força da evidência. Grau D, documentado mas ainda não provado [65]. Está incluído porque é o único instrumento na base de evidências que aborda diretamente e legalmente a barreira da cultura da culpa, e porque é barato de copiar: o desenho é uma decisão de governação, não um investimento.

Nigéria (Estado de Kano): Geo ST4R: tornar as comunidades invisíveis visíveis · *Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Os sistemas de planeamento da RMNCAH assumiam que todos os assentamentos estavam no mapa. Na prática, centenas não estavam desatribuídas a nenhuma instalação, ausentes dos microplanos de divulgação, não contadas em denominadores e, portanto, inatingidas pelos cuidados pré-natais e imunização.

A intervenção. Um sistema de apoio à decisão geoespacial construído com e propriedade do governo: um registo mestre de assentamentos verificado com geolocalização precisa; ligação formal de cada assentamento a uma instalação responsável; um painel de apoio à decisão para microplaneamento de imunização, agendamento pré-natal e direcionamento nutricional; e um chatbot de linha da frente que permite aos profissionais de saúde consultar a sua própria área de atuação.

Evidências de impacto. Mais de 5.600 assentamentos foram verificados e mais de 500 assentamentos previamente não capturados identificados, comunidades existentes invisíveis ao sistema de saúde. As áreas de captação foram corrigidas, as instalações realocadas e os planos de vacinação e extensão pré-natal revistos.

Força da evidência. *Resultados do programa verificados ao nível estadual [56]. Avaliação ao nível dos resultados da alteração da cobertura recomendada à medida que o sistema escala.*

8.6 Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais

A barreira. Os stocks de matérias-primas são citados por 51% dos Estados-Membros, e 25% não operam nenhum sistema de informação de gestão logística que contenha indicadores de mercadorias SRH. Por baixo disto existe uma exposição estrutural: África importa aproximadamente 80% dos seus produtos de saúde, incluindo 60% do ácido tranexâmico usado para tratar hemorragias pós-parto, a principal causa de morte materna no continente. A principal vulnerabilidade clínica de África e a sua principal vulnerabilidade na cadeia de abastecimento são a mesma coisa.

Ruanda: Entrega aérea na última milha de sangue e bens que salvam vidas *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. A hemorragia pós-parto requer sangue em minutos. A entrega por estrada para instalações remotas demorava horas, levando tanto à queda de stock como ao desperdício de produtos de curta duração.

A intervenção. A partir de 2016, o Governo contratou a entrega autónoma por drone de produtos sanguíneos, vacinas, medicamentos e contraceptivos a instalações de difícil acesso em todo o país, integradas com armazéns centrais e sistemas nacionais de fornecimento ao abrigo da agenda Smart Rwanda.

Evidência de impacto. Uma análise de séries temporais revisada por pares encontrou tempos significativamente reduzidos de entrega de produtos sanguíneos: entregas de emergência dentro de uma hora contra até quatro horas por estrada, e em casos documentados de quatro horas para quinze minutos, e redução das expirações de unidades de sangue em aproximadamente sete unidades por unidade por mês.

Força da evidência. *Avaliação revisada por pares, The Lancet Global Health [57].*

O elemento transferível não é a tecnologia. É que o Ruanda contratou para um resultado (produto na instalação dentro de uma janela temporal) em vez de adquirir uma frota, e integrou o serviço com o armazém central existente em vez de construir um canal paralelo.

Etiópia: Disponibilidade de mercadorias garantidas pelo *Pacto · Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Frequentes falhas de stock no planeamento familiar impulsionadas por financiamento imprevisível e compras fragmentadas.

A intervenção. O pacto de financiamento descrito na Secção 8.7, cujo mecanismo do lado da oferta (aquisições coordenadas, monitorização transparente e governação conjunta com o Serviço de Fornecimento Farmacêutico da Etiópia) funciona como um instrumento de segurança de mercadorias.

Evidência do impacto. Stock nacional de armazéns mantido a 100%, sem grandes esgotamentos de planeamento familiar, e ganhos de disponibilidade em todos os principais métodos.

Força da evidência. *Resultados verificados do programa validados pelo Estado-Membro [15,58].*

Este exemplo aparece sob dois blocos de construção porque pertence a ambos. É a demonstração africana mais clara de que a segurança das mercadorias é um problema de financiamento e governação antes de ser um problema logístico.

Guiné: Produtos estáveis ao calor colocados a nível de centros de saúde e comunidade *· Cotonou, julho de 2026*

A dimensão de acesso às mercadorias do programa AMPLI-PPHI, descrita na íntegra na Secção 8.3. A sua relevância para este bloco de construção é específica: ao selecionar um uterotónico que não requer cadeia fria, a Guiné eliminou a dependência da infraestrutura que tornava a mercadoria padrão inutilizável no ponto de necessidade. A utilização atingiu aproximadamente 100% e manteve-se durante nove trimestres consecutivos [15].

O registo na lista nacional de medicamentos essenciais mantém-se pendente e constitui o principal risco para a continuidade.

Senegal: YEKSINA - transferir o fornecimento de contraceptivos para o ponto de serviço *· Cotonou, julho de 2026*

A barreira. Os contraceptivos não estavam disponíveis onde as mulheres estavam presentes. A taxa de esgotamento nos pontos de prestação de serviços foi reportada em 45%, pelo que um fornecimento nacional de mercadorias que existia no papel não existia no balcão.

A intervenção. A YEKSINA reorganizou a distribuição para que o fornecimento fosse levado ao ponto de prestação do serviço em vez de ser atraído para lá, eliminando o último passo em que o stock falhava.

Evidências de impacto. A prevalência dos contraceptivos aumentou de 12% para 25%, conforme reportado pelo Estado-Membro.

Força da evidência. *Grau D — Dados de programas e inquéritos reportados pelo Estado-Membro [15]. Fonte, inquérito e anos de referência solicitados.*

Camarões: Fim do vencimento das matérias-primas ao nível central *· Cotonou, julho de 2026*

A barreira. Os produtos de saúde não estavam disponíveis no momento da necessidade enquanto o stock no armazém expirava. Em 2020, aproximadamente 1,5 mil milhões de CFA em mercadorias foram dados como expirados, uma falha de gestão de fornecimento e não de financiamento.

A intervenção. A gestão da cadeia de abastecimento foi reorganizada sob uma abordagem nacional de gestão logística, com validação sistemática dos dados logísticos e uma força-tarefa dedicada a supervisionar o fluxo de produtos.

Evidências de impacto. A disponibilidade melhorou e a expiração ao nível central foi eliminada, reportando-se validade zero ao nível central, conforme reportado pelo Estado-Membro.

Força das provas. *Grau D — Monitorização do programa reportada pelo Estado-Membro [15]. Período e método de verificação solicitados.*

Senegal e Camarões descrevem a mesma falha vinda de extremos opostos da cadeia, stock presente centralmente e ausente periféricamente, stock a expirar centralmente e ausente periféricamente. Ambos foram resolvidos gerindo o fluxo em vez de comprando mais.

8.7 Financiamento

A barreira. O financiamento insuficiente é a barreira mais elevada, com 70%. Quarenta e nove por cento dos Estados-Membros não têm uma linha orçamental dedicada à saúde para direitos sexuais (SRH); 67% não relatam um aumento interno significativo ao longo de três anos; os pagamentos do próprio bolso são uma barreira para os utilizadores em 55%. Vinte e seis Estados-Membros recebem financiamento externo para saúde sexual e reprodutiva enquanto não reportam aumento nos gastos internos, e 23 não têm linha orçamental nem crescimento. Esta é a contração da ajuda pós-2025 expressa com precisão, e trata-se de uma lista nomeada de Estados-Membros em vez de um problema continental difuso, o que significa que pode ser resolvida.

Etiópia: Pacto Multi-Doador de Planeamento Familiar *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Forte dependência do financiamento por doadores para bens de planeamento familiar, um fosso crescente entre o aumento da procura e a diminuição do financiamento dos doadores, e frequentes esgotamentos de stock que ameaçam a continuidade dos serviços.

A intervenção. Um pacto nacional de três anos que une o Ministério da Saúde, o Ministério das Finanças, o Serviço de Fornecimento Farmacêutico da Etiópia e parceiros de desenvolvimento, com cofinanciamento nacional faseado sob governação conjunta, monitorização transparente e aquisições coordenadas, ancorado no Plano de Implementação de Planeamento Familiar da Etiópia, com custos elevados.

Evidência do impacto. O financiamento governamental para o planeamento familiar aumentou aproximadamente dezanove vezes (de cerca de 0,5 milhões de dólares por ano para 9,47 milhões de dólares no segundo ano) em cerca de 30 milhões de dólares mobilizados em 2023–24 (12,41 milhões de dólares governamentais; parceiros 17,35 milhões de dólares). O stock nacional de armazéns foi mantido a 100% sem grandes estoques.

Força da evidência. *Resultados verificados do programa validados pelo Estado-Membro [15]; desenho compacto e financiamento documentados pelo UNFPA e pelo Ministério Federal da Saúde [58].*

O mecanismo é a lição. O pacto não pediu mais dinheiro em resumo; estabeleceu um calendário segundo o qual a parte interna subiu à medida que a parte externa diminuía, sob uma governação que incluía o ministério a detener o orçamento.

Ruanda: Seguro de saúde comunitário com financiamento baseado no desempenho *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Pagamento do próprio bolso, excluindo as mulheres mais pobres da gravidez, parto e cuidados de emergência, com incentivos fracos aos prestadores para cobertura e qualidade.

A intervenção. Mutuelles de Santé Seguro de saúde comunitário (pequenos prémios familiares complementados pelo governo e doadores, cobrindo cuidados de gravidez, parto, planeamento familiar e transporte de emergência) foi testado em 1999 e obrigatório a nível nacional desde 2008, com isenção de prémios para os mais pobres. Complementado por financiamento nacional baseado no desempenho que paga aos prestadores com base em resultados verificados e qualidade.

Evidências de impacto. Aproximadamente 91% da população está segurada, uma das maiores coberturas em África. Uma avaliação rigorosa dos primeiros oito anos do programa revelou um aumento substancial da utilização dos serviços e uma redução dos gastos catastróficos em saúde entre os inscritos. O esquema de financiamento baseado no desempenho, avaliado através de um desenho randomizado, aumentou as prestações institucionais e as visitas de

cuidados preventivos.

Força da evidência. *Avaliações de impacto revisadas por pares, The Lancet e PLOS ONE [59,60]; tendências de cobertura e contraceção a partir de dados nacionais validadas no workshop [15].*

***A Gâmbia: Um aumento mensurável e sustentado na quota de saúde interna** · Cotonou, julho de 2026*

A barreira. Financiamento inadequado, com despesas do próprio bolso a serem uma barreira direta no ponto de cuidado.

A intervenção. Implementação de um Esquema Nacional de Seguro de Saúde para reduzir as despesas do próprio bolso, juntamente com um aumento sustentado na alocação do orçamento governamental de saúde. Os planos futuros identificam fontes adicionais de financiamento, incluindo fontes tributáveis, e a construção da confiança pública na capacidade do programa para satisfazer necessidades essenciais dos pacientes.

Evidência do impacto. A quota da saúde no orçamento nacional aumentou ao longo de cinco anos consecutivos e agora situa-se nos 7,2%. A assiduidade e a prestação institucional aumentaram após a implementação dos seguros.

Força da evidência. *Dados orçamentais nacionais e relatórios de programas apresentados e validados pelo Estado-Membro [15]. Efeitos de assiduidade e execução reportados mas não quantificados.*

A Gâmbia está incluída com 7,2% (bem abaixo do compromisso de Abuja de 15%) deliberadamente. A maioria dos Estados-Membros não atingirá os 15% durante o mandato deste Campeão. O que a Gâmbia demonstra é uma trajetória que pode ser acompanhada anualmente em relação a um marco continental, que é o que um quadro de responsabilização exige.

***Burkina Faso: Eliminação do custo da entrega e do planeamento familiar** · Cotonou, julho de 2026*

A barreira. O custo para o agregado familiar como uma barreira direta ao parto em instalações e ao uso de contraceptivos, num contexto onde a população mais exposta ao risco materno é também a menos capaz de pagar.

A intervenção. As taxas de utilização foram abolidas para partos em 2016 e para planeamento familiar em 2020, juntamente com a transferência de tarefas para que os serviços gratuitos também estejam disponíveis: a administração subcutânea de DMPA e a gestão de hemorragias pós-parto foram transferidas para assistentes de parto da aldeia.

Evidência de impacto. A taxa de mortalidade materna foi reportada em 198 por 100.000 nascimentos vivos em 2021, descrita pelo Estado-Membro como uma redução.

Força da evidência. *Grau D — Estatísticas nacionais reportadas pelos Estados-Membros [15]. Linha base, ano de comparação e fonte solicitada; o valor é reportado como um nível e não como uma alteração medida.*

O Burkina Faso está incluído porque o emparelhamento é a lição. Remover uma taxa sem descentralizar o serviço gera uma procura que não pode ser atendida; as duas medidas foram tomadas em conjunto.

O registo mais amplo dos mecanismos de financiamento em África

Para além dos dois exemplos acima, os governos africanos implementaram uma série de mecanismos de financiamento ao longo das últimas duas décadas. Não são igualmente comprovados, e a distinção é importante para o que este relatório recomenda

Tabela 8.2 Mecanismos de financiamento da saúde implementados em África, com a evidência a apoiar cada um.

Mecanismo	Experiência africana	O que as evidências apoiam
Impostos de saúde destinados	A Taxa sobre a SIDA do Zimbabué, uma taxa de 3% sobre o rendimento corporativo e pessoal, tem financiado uma grande parte da resposta nacional ao VIH durante duas décadas. O Ruanda aumentou os impostos sobre tabaco e álcool para expandir a cobertura de seguros. A Nigéria introduziu um imposto sobre bebidas adoçadas com açúcar em NGN 10 por litro.	O recorde africano mais forte para receitas previsíveis e controladas internamente. As objeções permanentes são regressividade e resistência do ministério das finanças à atribuição de recursos. [36,41]
Seguro nacional de saúde	O seguro de saúde comunitário do Ruanda cobre aproximadamente 91% da população. O Gana opera um esquema nacional desde 2003. O Quénia substituiu o seu fundo nacional por um Fundo de Seguro Social de Saúde em 2023; A Nigéria legislou o seguro obrigatório em 2022.	O agrupamento funciona onde a inscrição e o subsídio para os pobres são resolvidos. A legislação não é cobertura: o Quénia tinha registado 19,3 milhões de pessoas no final de 2025, mas 55% dos pacientes continuavam a pagar do próprio bolso. [41,42]

Mecanismo	Experiência africana	O que as evidências apoiam
Conversão de dívida	A troca de dívida da Eswatini com o Banco Africano de Desenvolvimento, apoiada por garantias filantrópicas, canaliza as poupanças do serviço da dívida diretamente para a saúde. O Fundo Global opera uma facilidade de permuta de dívida, e o Africa CDC está a intermediar contrapartidas devedor-credor.	Aborda diretamente a restrição fiscal vinculativa em vez de competir dentro dela. Pequena em escala até à data; o instrumento mais subutilizado tendo em conta os encargos do serviço da dívida continental. [5,36,40]
Financiamento baseado no desempenho	O financiamento baseado no desempenho do Ruanda aumentou as prestações institucionais em 23%. O Uganda ampliou o financiamento baseado em resultados para mais de 1.300 instalações, juntamente com a reforma salarial rural.	Uma base de evidência razoável para ganhos de cobertura e qualidade. Os custos de transação e a sustentabilidade após a saída dos doadores continuam a ser contestados. [A2.8, A2.9, A2.13]
Facilidades de mercadorias e liquidez	O pacto multi-doador da Etiópia garante a disponibilidade de mercadorias juntamente com o financiamento. Está a ser testada uma instalação continental de medicamentos e equipamentos para dar aos governos crédito acessível pela compra atempada de mercadorias.	Aborda a falha específica registada nas avaliações de mortes, que as mercadorias estão ausentes no ponto de necessidade. Fase inicial; evidência de resultados pendente. [40, A2.11]
Alavancagem intermediária externa	O Global Financing Facility associou 1,32 mil milhões de dólares em subsídios a 10,21 mil milhões de dólares em empréstimos do Banco Mundial, com África a receber 71,9% dos subsídios dos países.	Alavancagem demonstrada sobre o crédito multilateral; não há evidência independente de um efeito de financiamento interno, e preocupação documentada com substituição em contextos com restrições de dívida. [37,38,39]
Instrumentos regionais agrupados	O Fundo Africano de Epidemias tornou-se operacional em 2025 como um recurso conjunto para preparação e resposta.	Apropriado para riscos de covariáveis contra os quais países individuais não conseguem auto-segurar-se eficientemente. Ainda não evidenciado para serviços rotineiros de maternidade e recém-nascido. [36]

Seguem-se três conclusões para a saúde materna e neonatal. Impostos e seguros destinados abordam problemas diferentes e são complementos em vez de alternativas: os impostos geram receitas previsíveis, o seguro remove a barreira no ponto de cuidados, onde os pagamentos diretos representam aproximadamente 35% dos gastos de saúde. A conversão de dívida é o instrumento mais próximo da posição fiscal dos Estados-Membros identificados na Secção 5.3. E em todos os mecanismos, a limitação à saúde materna e neonatal raramente é a ausência de um instrumento de financiamento; é que estes serviços não mantêm uma linha protegida dentro do instrumento adotado por um país. Por isso, a Oportunidade 7 está enquadrada em torno da linha orçamental em vez de uma fonte específica de fundos. Cada um destes mecanismos deve ser avaliado em função do teste da Agenda Lusaka, que determina se catalisa serviços sustentáveis financiados internamente em vez de os substituir [43].

8.8 Liderança e governação

A barreira. Quarenta e dois por cento dos Estados-Membros não têm um mecanismo nacional de coordenação da SSR e 43% não têm plano operacional com orçamento e prazo. Os Ministérios das Finanças participam apenas em 40% dos mecanismos existentes — o menos representado dos nove grupos de atores, e aquele cuja ausência mais explica a libertação tardia e a má absorção dos fundos alocados. Em contraste, apenas 21% dos Estados-Membros citam o baixo compromisso político como barreira — a menos citada dos oito apresentados. A restrição não é a vontade política. É a maquinaria entre uma política e um serviço.

Chade: Defesa do planeamento familiar liderada por pregadoras muçulmanas ·

Cotonou, julho de 2026

A barreira. Baixa adoção de contraceptivos impulsionada pela resistência religiosa e social em vez da oferta. Esta é a barreira do lado da procura que 55% dos Estados-Membros reportam e que poucos responderam com algo além de mais pontos de serviço.

A intervenção. Um argumento teológico a favor do planeamento familiar desenvolvido e apresentado por

pregadoras muçulmanas, formalizado num memorando de entendimento com líderes religiosos e levado a um evento paralelo na Assembleia Geral das Nações Unidas.

Evidência de impacto. A prevalência de contraceptivos aumentou de 8,1% em 2019 para 21% em 2025, conforme reportado pelo Estado-Membro.

Força da evidência. *Grau D: Dados de inquéritos reportados pelos Estados-Membros [15]. Inquéritos de origem e denominadores solicitados.*

O Chade é o exemplo mais claro, em qualquer dos workshops, de uma barreira ser respondida na sua própria moeda. O obstáculo era a autoridade religiosa, por isso a intervenção era autoridade religiosa, liderada por mulheres dentro dessa autoridade, não dirigidas a ela de fora.

República Democrática do Congo: Política, comité e linha orçamental juntos *· Cotonou, julho de 2026*

A barreira. Uma oferta insuficiente de planeamento familiar no segundo Estado-Membro mais populoso do continente, com fertilidade entre as mais elevadas registadas e coordenação fragmentada entre setores.

A intervenção. Uma política nacional de contraceção com um plano estratégico com custos, um comité técnico multisetorial permanente e, o elemento que o distingue, uma linha orçamental dedicada. Separadamente, o Estado-Membro prolongou a implementação das disposições do Protocolo de Maputo sobre cuidados ao aborto através de normas nacionais, orientações, ferramentas de prestadores e formação ministradas a magistrados e advogados, bem como a clínicos.

Evidências de impacto. A prevalência dos contraceptivos reportada foi de 11,1% e a fertilidade total desceu de sete para seis filhos por mulher. As notificações registadas de cuidados de aborto aumentaram entre 2020 e 2025, à medida que o serviço passou de uma prestação clandestina para a documentada.

Força da evidência. Grau D: Dados nacionais reportados pelos Estados-Membros [15]. Inquéritos de fonte, anos de referência e referências solicitados.

O elemento transferível é a linha orçamental. A RDC apresentou uma política, um plano e um comité de coordenação, os mesmos três instrumentos que muitos Estados-Membros já possuem — e a adição que os fez funcionar foi uma linha no orçamento nacional.

Somália: Governar uma reviravolta num cenário frágil *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Um sistema de saúde reconstruído após o colapso, com fontes de financiamento paralelas e descoordenadas por parceiros, graves escassez de pessoal e uma das maiores mortalidades maternas do mundo.

A intervenção. Gestão governamental deliberada: uma estratégia nacional da RMNCAH com SRH totalmente integrada; o Primeiro-Ministro a presidir pessoalmente à força-tarefa de imunização; expansão da formação em parteiras para que seis dos sete estados operem agora escolas de obstetrícia; expansão dos cuidados obstétricos de emergência básicos e abrangentes com atenção explícita a áreas de difícil acesso; e, a partir de 2025, um plano nacional único ao qual todos os parceiros se alinhem.

Evidências do impacto. A mortalidade materna caiu de aproximadamente 1.044 por 100.000 nascimentos vivos em 2015 para cerca de 563, uma quase metade numa década, alcançada durante uma fragilidade prolongada.

Força da evidência. *Estimativas nacionais reportadas e validadas pelo Estado-Membro [15]; triangulação com estimativas interagências da ONU recomendadas [1].*

O facto de um Estado frágil ter conseguido isto através da arquitetura de governação, em vez de recursos adicionais, é o exemplo politicamente mais significativo deste relatório.

Madagáscar: Um pacto multisetorial permanente com fé e autoridades tradicionais *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. Resistência cultural e religiosa a limitar a adoção do planeamento familiar, com uma governação fragmentada da agenda do planeamento familiar entre setores.

A intervenção. Um comité nacional permanente multisetorial de planeamento familiar que liga autoridades político-administrativas, religiosas e tradicionais à sociedade civil, coordenando políticas e financiamento através de sucessivos planos de ação nacionais com custos, com metas nacionais a fornecer uma base de responsabilidade a longo prazo.

Evidência do impacto. A necessidade satisfeita de planeamento familiar subiu de 64,5% para 69,8%, a prevalência de contraceptivos modernos de 41% para 49,5% e os partos assistidos por pessoal qualificado de 85% para 86,6%, juntamente com o aumento das alocações orçamentais anuais para bens de planeamento familiar.

Força da evidência. *Dados nacionais de inquéritos e orçamento reportados e validados pelo Estado-Membro [15].*

Malawi: Encerramento da lei sobre o casamento infantil *· Nairobi, julho de 2026*

A barreira. O casamento infantil impulsiona a gravidez na adolescência e as suas consequências sobre a mortalidade, com a própria lei a ser uma barreira, já que as crianças podiam casar aos 15 anos com consentimento parental.

A intervenção. A Lei do Casamento, Divórcio e Relações Familiares de 2015 fixou a idade para casar em 18 anos; uma emenda constitucional de 2017 fechou a brecha do consentimento parental. A reforma foi impulsionada por jovens ativistas, organizações de mulheres e parceiros da ONU e foi decisivamente apoiada pelos chefes tradicionais, passando no Parlamento quase por unanimidade.

Evidência do impacto. Um quadro legal vinculativo protege agora tanto raparigas como rapazes do casamento antes dos 18 anos em todo o país, uma alteração prévia no percurso da gravidez adolescente que os serviços sozinhos não conseguem garantir.

Força das provas. *Reforma legal documentada publicamente [61] e validada pelo Estado-Membro [15]. O impacto demográfico a longo prazo deve ser acompanhado através de sucessivas rondas do DHS.*

8.9 Documentado, ainda não comprovado

As seguintes intervenções foram apresentadas pelos Estados-Membros nos dois workshops e estão bem desenhadas, mas não apresentaram evidências de efeito à data da redação. São registadas porque várias deverão tornar-se exemplos assim que os Estados-Membros relevantes fornecerem os dados que possuem, e porque um relatório aos Chefes de Estado deve ser explícito quanto à diferença.

Tabela 8.3 Intervenções apresentadas sem evidência de resultados e o que é necessário.

Bloqueio	Estado-Membro	Intervenção	O que é necessário
Prestação de serviços	Egipto	Iniciativa para reduzir cesariana: Requalificação obstetra em parto normal, agentes de maturação cervical, apoio anestésico, programa de parteiras e doulas direcionado a 9.000 parteiras, conselheiros formados nos primeiros 1.000 dias	Taxa de cesariana antes e depois. A taxa reportada em plenário (79%) torna esta uma prioridade para a base de evidência continental
Prestação de serviços	A Gâmbia	Kaabilo Bamaa e Kaabilo Famaa — voluntários de saúde comunitária selecionados pelo clã, formados ao longo do continuum dos cuidados reprodutivos, Região do Baixo Rio	Cobertura do parto pré-natal e institucional antes e depois
Informação de saúde	Nigéria	Introdução eletrónica de dados ao nível das instalações; centro nacional de dados soberano; validação mensal de dados a nível de governo local e estadual	Reportar completude e atualidade antes e depois
Informação de saúde	A Gâmbia	Tecnologia de Papel Inteligente; E-tracker nacional para VIH, TB e imunização	Perda para seguimento antes e depois
Produtos médicos	Nigéria	Aquisição descentralizada em três níveis de governo; distribuição integrada na última milha, substituindo a entrega de programas paralelos; fabrico local de produtos SRH	Taxa de esgotamento de stock antes e depois da descentralização
Financiamento	Nigéria	Financiamento agrupado institucionalizado através do Ministério das Finanças sob uma abordagem setorial	Atribuição doméstica de SRH e taxa de execução orçamental ao longo do tempo
Governação	Nigéria	Departamento de Saúde Familiar a nível estadual, replicando a estrutura federal de coordenação a nível subnacional	Perspetiva — a ser acompanhada

Bloqueio	Esta-do-Mem-bro	Intervenção	O que é necessário
Prestação de serviços	Benim	Cuidados de aborto seguros ao abrigo da lei nacional de saúde reprodutiva — instalações privadas acreditadas e formadas, todas as maternidades equipadas, e um mecanismo para a objeção de consciência; hemorragia pós-parto gerida com cortinas calibradas que acionam ação a 300 ml e kits de tamponamento intrauterino	Complicações de aborto inseguro antes e depois, e taxa de letalida-de por hemorragia pós-parto
Força de trabalho na saúde	Senegal	Bolsas de especialização em obstetrícia e gine-cologia, pediatria e anestesia para pessoal de instalações periféricas	Número de blocos funcionais e taxa de cesarianas antes e depois
Múltiplos	Somália	Colaboração de planeamento familiar no setor privado	Dados de resultados (retirados do workshop de Nairobi)

8.10 O que se transfere e o que não

A defesa continental deve ser honesta ao afirmar que estes exemplares não são igualmente portáteis. Três distinções importam.

Tabela 8.4 Transferibilidade dos exemplares documentados nesta secção.

Transferibili-dade	Exemplares	Condição
Direto — ad-otável agora	Pacote de mercadorias PPH da Guiné; Revi-são virtual de morte na Tanzânia; Pacto de financiamento da Etiópia; Quadro unificado de CHW da Essuatínia	Exigir uma decisão e uma linha orçamental, não novas infraestruturas ou novas provas
Necessita de adaptação	Reforma salarial do Uganda; Financiamento baseado no desempenho no Ruanda; Etió-pia Smart Start; Currículo da África do Sul; Reforma da formação na Nigéria; O seguro da Gâmbia	Depende do espaço fiscal, de um sistema de processamento salarial existente, de uma plataforma comunitária existente ou de uma arquitetura de formação já existente
Dependente do contexto	Entrega aérea no Ruanda; Reestruturação da governação da Somália; Emenda constitucio-nal do Malawi; Pacto de fé em Madagáscar	Depende da geografia, configuração política, de um momento constitucional ou de estrutu-ras religiosas e tradicionais específicas

Uma segunda advertência diz respeito à evidência, e este relatório afirma-a claramente. Vários exemplos baseiam-se numa avaliação independente e revista por pares: a entrega aérea do Ruanda, o seguro e o financiamento baseado no desempenho, a reforma salarial do Uganda, a revisão virtual de falecimentos da Tanzânia. Outros baseiam-se em estatísticas nacionais, e um número menor apenas nos dados de monitorização de programas. Quando não foi demonstrado um efeito na mortalidade, esta secção assim o indica. Cobertura não é mortalidade, e um relatório aos Chefes de Estado perde a sua autoridade no momento em que trata as duas como intercambiáveis.

8.11 A sequência comum

Lendo em ambos os workshops e em todos os seis blocos de construção, os Estados-Membros que alcançaram os ganhos documentados mais rápidos seguiram uma sequência reconhecível, e esta é a mesma sequência em todos os casos (Tabela 8.5).

Tabela 8.5 A sequência comum seguida pelos Estados-Membros com os ganhos documentados mais rápidos.

	Passo	Como aparece nos exemplares
1	As provas foram levadas ao mais alto nível político	O mapeamento das populações da Tanzânia para além de cinco quilómetros foi atribuído ao Chefe de Estado; A força-tarefa da Somália foi presidida pelo Primeiro-Ministro; A reforma salarial do Uganda seguiu uma campanha nacional da sociedade civil; A emenda do Malawi exigiu apoio parlamentar quase unânime
2	A liderança política converteu provas em orçamento	O aumento sustentado do orçamento da Tanzânia, o cofinanciamento interno faseado da Etiópia, a alocação de 49,5 mil milhões de UGX do Uganda e o aumento de cinco anos da quota de saúde da Gâmbia foram decisões de financiamento tomadas porque as evidências tinham sido vistas onde o envelope está controlado
3	Os serviços foram trazidos física e financeiramente ao alcance	Transporte de emergência, capacidade descentralizada de cesariana, casas de espera para maternidade, parto aéreo, cobertura de seguro e distribuição antecipada de misoprostol abordam o mesmo problema de diferentes ângulos
4	Os resultados foram auditados e a auditoria mudou de prática	Este é o passo que separa os exemplares da maioria — auditoria descentralizada 24 horas em Eswatini, denominadores verificados em Kano, financiamento com resultados verificados no Uganda e Ruanda, revisão virtual de óbitos na Tanzânia. É o passo que a Secção 6.6 considera ausente em 20 dos 34 Estados-Membros

Essa sequência é o conteúdo prático do mandato do Campeão. Requer liderança política ao nível dos Chefes de Estado para iniciar, ministérios das finanças para financiar, sistemas de saúde para implementar e sistemas de responsabilização para confirmar que a entrega ocorreu. Nenhum passo substitui outro, e o quarto é aquele que o continente omite mais consistentemente.

O que esta secção pede aos Chefes de Estado

1. Adotar os quatro exemplos diretamente transferíveis. Exigem uma decisão, não novas provas: o pacote de produtos para hemorragias pós-parto, revisão virtual da morte materna, um pacto de financiamento com uma quota nacional faseada e um quadro unificado de agentes comunitários de saúde.

2. Proteger o que já está a funcionar. O programa de hemorragias pós-parto da Guiné termina em julho de 2026 e a sua mercadoria central não consta da lista nacional de medicamentos essenciais. Cada Estado-Membro deve estabelecer quais dos seus próprios resultados documentados dependem do financiamento que termine dentro do mandato do Campeão.

3. Exigir o quarto passo. Exigir que todos os relatórios nacionais de revisão de óbitos regissem o progresso em relação às recomendações do ciclo anterior. Vinte dos trinta e quatro Estados-Membros não o fazem, e é a reforma mais barata deste relatório.

4. Reduzir a lacuna de evidência nos seus próprios programas. Dez intervenções na Tabela 8.3 são não documentadas e não têm sucesso. Os números exigidos são detidos pelos Estados-Membros em questão.

Referências

As referências são numeradas de forma ampla por ordem de primeira aparição nas Secções 1 a 6; um pequeno número é citado antes do que a sua numeração indica, onde a reestruturação deste rascunho moveu o texto que as cita. As referências 19–33 são a literatura revista por pares sobre vigilância e resposta à morte materna e perinatal, baseada na Secção 6.7. As fontes dos relatórios nacionais de mortes maternas e perinatais analisados na Secção 4.3 estão listadas individualmente no livro de trabalho de evidências complementares.

1. Grupo Interagências de Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, UNDESA/Divisão de População). Tendências na mortalidade materna 2000 a 2023. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2025. https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023
2. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para África. A mortalidade materna e neonatal na região africana está a diminuir, mas o progresso continua lento. Brazzaville: OMS AFRO; 7 de abril de 2025. https://www.afro.who.int/news/african-regions-maternal-and-newborn-mortality-declining-progress-still-slow
3. Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil. Níveis e Tendências na Mortalidade Infantil: Relatório 2025. Nova Iorque: UNICEF; 2025. https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2025/
4. Dados da UNICEF. Taxas de natimortos e natimortos: estimativas do IGME da ONU. Nova Iorque: UNICEF; 2025. https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/
5. Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e Comissão da União Africana. Do Compromisso com o Parto: Ministros Africanos Traçam um Caminho para Financiar a Saúde de Mulheres e Crianças. Abidjan; 24 de julho de 2026. https://pmnch.who.int/news-and-events/news/item/24-07-2026-from-commitment-to-delivery-african-ministers-chart-a-path-to-fund-the-health-of-women-and-children
6. Organização Mundial da Saúde. Causas globais e regionais de mortes maternas 2009–20: uma análise sistemática da OMS. Lancet Global Health; 7 de março de 2025. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/texto integral
7. Organização Mundial da Saúde. Folheto informativo sobre mortalidade materna. Genebra: OMS; 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
8. Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças. Financiamento da Saúde em África numa Nova Era. Adis Abeba: Africa CDC; abril de 2025. https://africacdc.org/news-item/africas-health-financing-in-a-new-era-april-2025/
9. Cortes na ajuda, vidas perdidas: estimando o impacto da retirada da USAID na mortalidade materna em seis países africanos. Política e Planeamento de Saúde; 2026. https://academic.oup.com/heapol/advance-article/doi/10.1093/heapol/czag034/8513131
10. União Africana. Plano de Ação de Maputo 2016–2030 para a operacionalização do quadro político continental sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Adis Abeba: Comissão da União Africana.
11. União Africana. Estratégia de Saúde para África 2016–2030; e Agenda 2063: A África que Queremos. Adis Abeba: Comissão da União Africana.
12. União Africana. Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA). Adis Abeba: Comissão da União Africana. https://au.int/en/sa/carmma
13. União Africana. Roteiro para a Campanha Reforçada para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA Plus) 2021–2030. https://carmma.au.int/en/documents/2022-11-22/re-strengthened-carmma-plus
14. União Africana. Nomeação de S.E. Samia Suluhu Hassan, Presidente da República Unida da Tanzânia, como Campeã da União Africana para a Saúde Materna e Infantil e para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos; endossado na 39.ª Sessão Ordinária da Assembleia dos Chefes de Estado e de Governo, na sequência do relatório de 2025 do Comité de Chefes de Estado e de Governo que supervisiona África CDC.
15. Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças, Divisão de Saúde Materna e Reprodutiva. Avaliação continental das políticas, estratégias, quadros de financiamento e prestação de serviços da SRMNCAH,

Estados-Membros da UA; e Workshops de Validação de Políticas Regionais, Nairobi (8–10 de julho de 2026) e Cotonou (29–31 de julho de 2026).

16. Organização Mundial da Saúde. Monitorização dos blocos de construção dos sistemas de saúde: um manual de indicadores e das suas estratégias de medição. Genebra: OMS; 2010.

17. Thaddeus S, Maine D. Demasiado longe para andar: mortalidade materna em contexto. Ciências Sociais e Medicina. 1994; 38(8):1091–1110.

18. Organização Mundial da Saúde. Estratégias para acabar com a mortalidade materna evitável (EPMM). Genebra: OMS; 2015.

19. Makuwani AM, Dominico SA, Ngweshemi SK, Masika GM, Mpembeni R, Ameh C, et al. Utilização de revisões nacionais virtuais sobre morte materna para melhorar a qualidade dos cuidados durante a gravidez, trabalho de parto e parto, e pós-parto na Tanzânia. PLoS One. 2026; 21(3):e0344858. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0344858

20. Rumo à melhoria da vigilância e resposta à morte materna e perinatal na região africana: uma análise de 25 países de 2015 a 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12959009/

21. Kinney MV, et al. "Pode parecer uma estatística para mim, mas cada morte importa.": uma avaliação dos sistemas de vigilância e resposta a mortes maternas e perinatais ao nível de instalações em quatro países da África Subsaariana. PLOS Um. 2020; 15:e0243722. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243722

22. Facilitadores e barreiras à implementação da vigilância e resposta à morte materna e perinatal na Etiópia: uma revisão sistemática. Saúde Reprodutiva. 2025. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02115-w

23. Vigilância e resposta à morte materna e perinatal em países de baixo e médio rendimento: uma revisão abrangente dos fatores de implementação. Política e Planeamento de Saúde. 2021; 36(6):955–973. https://academic.oup.com/heapol/article/36/6/955/6169403

24. Vigilância e resposta à morte materna e perinatal: uma revisão sistemática de estudos qualitativos. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9795385/

25. Fatores evitáveis identificados por auditoria em mortes maternas e perinatais em contextos com poucos recursos: uma revisão sistemática. BMC Gravidez e Parto. 2014;14:280. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-280

26. Contagem de todos os natimortos e mortes neonatais através de auditoria de mortalidade para melhorar a qualidade dos cuidados a cada mulher grávida e ao seu bebé. BMC Gravidez e Parto. 2015; 15 (Suppl 2): S9. https://doi.org/10.1186/1471-2393-15-S2-S9

27. A fiabilidade dos instrumentos de auditoria materna para atribuir causa de morte na revisão da morte materna: uma revisão sistemática e meta-análise. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8127245/

28. Identificação da "verdadeira causa da morte": as complexidades das revisões de morte materna na Tanzânia. Política e Planeamento de Saúde. 2026 (acesso antecipado). https://doi.org/10.1093/heapol/czag053

29. Perspetivas do pessoal das instalações sobre a implementação da vigilância e resposta à morte materna e perinatal em seis unidades de saúde em Kigoma, Tanzânia. Identificador PubMed 42224337. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42224337/

30. Revisões virtuais confidenciais internacionais de mortes maternas relacionadas com infeções e quase-acidentes em 11 países de baixo e médio rendimento — série de relatórios de casos e ações sugeridas. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9128080/

31. Reforço dos sistemas de vigilância da morte materna para a tomada de decisões baseadas em evidências na África Subsaariana: o caso da Região do Centro nos Camarões. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8647191/

32. Willcox ML, Price J, Scott S, Nicholson BD, Stuart B, Roberts NW, Allott H, Mubangizi V, Dumont A, Harnden A. Auditorias e revisões de óbitos para redução da mortalidade materna, perinatal e infantil. Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas. 25 de março de 2020; 3(3):CD012982. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012982.pub2 (PMID 32212268; PMCID PMC7093891)

33. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD, para o grupo de investigação

QUARITE. Qualidade dos cuidados, gestão de risco e tecnologia em obstetrícia para reduzir a mortalidade materna hospitalar no Senegal e Mali (QUARITE): um ensaio randomizado por clusters. The Lancet. 2013; 382(9887):146–157. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60593-0

34. União Africana e Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças. Roteiro Campeão da União Africana para a Saúde Materna, Recém-Nascida, Infantil e Adolescente: zero mortes maternas, zero mortes de recém-nascidos evitáveis, zero crianças não vacinadas. Adis Abeba; 2026. Ver também: Africa CDC, "Africa CDC e UA Campeão Reúnem Estados-Membros em Apoio à Agenda de Zero Mortes Maternas" e "Acelerar a Ação Continental para Acabar com as Mortes Maternas e Infantis Evitáveis", africacdc.org (2026).

35. União Africana. Sessão Extraordinária da Assembleia dos Chefes de Estado e de Governo, "Avançar na Justiça, Equidade e Cobertura Universal de Saúde: Acabar com a SIDA, a TB, Melhorar a Saúde Materna". Acra; 21–22 de julho de 2026.

36. Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças. Plano estratégico para transformar o financiamento da saúde e promover a autossuficiência; e o Financiamento da Saúde de África numa Nova Era. Adis Abeba: Africa CDC; 2025. https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-unveils-strategic-plan-to-transform-health-financing-and-advance-self-reliance/

37. Facilidade Global de Financiamento para Mulheres, Crianças e Adolescentes. Relatório Anual 2024–2025. Washington, DC: Banco Mundial; 2025. https://www.globalfinancingfacility.org/annual-reports

38. Centro para o Desenvolvimento Global. Avançando para uma despesa em saúde mais inteligente: o papel da Facilidade Global de Financiamento. Washington, DC: CGD. https://www.cgdev.org/blog/moving-toward-smarter-health-spending-role-global-financing-facility-world-bank

39. Avançando a Agenda de Lusaka: as oportunidades perdidas do Mecanismo Global de Financiamento para catalisar o investimento sustentável em saúde. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12422050/ Ver também: Desvendando o Mecanismo Global de Financiamento, uma análise política em camadas. Ação Global de Saúde. 2025. https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2476820

40. Banco Africano de Desenvolvimento e Fundação Gates. Instalação Africana de Medicamentos e Equipamentos e apoio governamental de liquidez para a compra de produtos de saúde; e Fundo Global, mecanismo de permuta de dívida Debt2Health. https://www.theglobalfund.org/en/how-we-raise-funds/innovative-finance/debt-swaps-debt2health/

41. Contagem decrescente para 2030. Visão geral das reformas atuais e planeadas no financiamento da saúde para a cobertura universal de saúde na Região Africana da OMS. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12333570/

42. O percurso do Quénia e da Nigéria no financiamento dos cuidados de saúde e na conquista da cobertura universal de saúde em África. Nigeria Health Watch; 2025. https://nigeriahealthwatch.com/articles/thought-leadership/kenya-and-nigerias-journey-in-healthcare-financing-and-achieving-universal-health-coverage-in-africa/

43. A Agenda de Lusaka: conclusões do processo Futuro das Iniciativas de Saúde Global. Lusaka e Genebra; 12 de dezembro de 2023. Endossado pela Assembleia da União Africana, fevereiro de 2024. https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/ Ver também Africa CDC, Quadro de Responsabilização para Impulsionar a Agenda de Lusaka e Secretaria Continental para a Implementação da Agenda de Lusaka, africacdc.org.

44. Ministério da Saúde, República Unida da Tanzânia. Inquérito Demográfico e de Saúde da Tanzânia e Inquérito de Indicadores de Malária (TDHS-MIS) 2022. Dar es Salaam e Rockville MD; 2023.

45. Avaliação do programa M-MAMA e análises piloto publicadas de transporte de emergência para emergências maternas e recém-nascidas, República Unida da Tanzânia.

46. Dados de monitorização do programa Adolescents 360 / RISE, Smart Start, Ministério Federal da Saúde, Etiópia.

47. Instituto Etíope de Saúde Pública. Inquérito Demográfico e de Saúde da Etiópia 2024/25, resultados preliminares (pré-publicação).

48. Organização Mundial da Saúde. Recomendação da OMS sobre ácido tranexâmico para o tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: OMS; 2017.

49. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS: uterotónicos para a prevenção da hemorragia pós-parto. Genebra: OMS; 2018.

50. Organização Mundial da Saúde. Recomendação da OMS sobre a distribuição avançada de misoprostol a grávidas para prevenção de hemorragias pós-parto. Genebra: OMS; 2020.

51. MULHERES Colaboradoras do Ensaio. Efeito da administração precoce de ácido tranexâmico na mortalidade, histerectomia e outras morbilidades em mulheres com hemorragia pós-parto (MULHER): um ensaio internacional, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. Lancet. 2017; 389(10084):2105–2116. doi:10.1016/S0140-6736(17)30638-4

52. Widmer M, Piaggio G, Nguyen TMH, et al. Carbetocina estável ao calor versus oxitocina para prevenir hemorragias após parto vaginal. N Engl J Med. 2018; 379(8):743–752. doi:10.1056/NEJMoa1805489

53. Gallos I, Devall A, Martin J, et al. Ensaio randomizado de deteção precoce e tratamento de hemorragia pós-parto. N Engl, J, Med. 2023; 389(1):11–21. doi:10.1056/NEJMoa2303966

54. UNFPA. Estado da Obstetrícia Mundial — relatório regional da África Ocidental e Central. Dakar: UNFPA; 2025.

55. Banco Mundial. Projeto de Melhoria dos Serviços de Saúde Reprodutiva, Materna e Infantil do Uganda (URMCHIP): relatório de conclusão da implementação e resultados. Washington DC: Banco Mundial.

56. Resultados do programa Geo ST4R, Conselho de Gestão de Cuidados de Saúde Primários do Estado de Kano, Nigéria.

57. Avaliação de séries temporais revisadas por pares da entrega autónoma de produtos sanguíneos por drones, Ruanda. The Lancet, Saúde Global.

58. UNFPA e Ministério Federal da Saúde, Etiópia. Pacto Multi-Doador de Planeamento Familiar: conceção, governação e financiamento, 2023.

59. Avaliação randomizada por pares do financiamento baseado no desempenho, Ruanda. The Lancet.

60. Avaliação por pares do seguro de saúde comunitário Mutuelles de Santé, Ruanda. PLOS ONE.

61. Governo do Malawi. Lei do Casamento, Divórcio e Relações Familiares de 2015; Lei de Alteração da Constituição de 2017.

62. Programme National de Santé de la Reproduction. Rapport de la surveillance des décès maternels, périnatals et de riposte (SDMPR) 2025. Kinshasa: Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo; 2026.

63. Ministério Federal da Saúde e Bem-Estar Social, Nigéria. Relatório da implementação 2019–2021 da vigilância e resposta a mortes maternas, perinatais e infantis (MPCDSR) na Nigéria. Abuja; 31 de julho de 2026.

64. Ministério Federal da Saúde e Bem-Estar Social, Nigéria. Relatório da implementação 2021–2025 da vigilância e resposta a mortes maternas, perinatais e infantis (MPCDSR) na Nigéria. Abuja; 31 de julho de 2026.

65. Ministério da Saúde, República de Moçambique. Diploma Ministerial: Comité Nacional de Auditoria de Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais. Maputo; 2026.

Anexo 1. Perfis de Países

Este anexo fornece um perfil para cada um dos 55 Estados-Membros da União Africana. Todos os 55 concluíram a avaliação continental de 2026, os dois últimos, Gabão e Moçambique, devolvendo as ferramentas dos países em agosto e setembro de 2026; O retorno de Moçambique abrange apenas as secções A a C da Parte A.

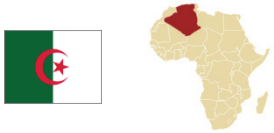
Cada perfil baseia-se em duas fontes independentes: o que o Estado-Membro reportou sobre as suas políticas, coordenação, financiamento e sistemas de dados na avaliação continental, e o que os seus próprios relatórios de revisão de mortes maternas e perinatais registam sobre as mortes de mulheres e recém-nascidos. Quando um Estado-Membro não tem relatório de revisão de óbitos na biblioteca, isto é indicado. Quando não participou na avaliação, isto é indicado. Cada perfil apresenta a bandeira do Estado-Membro e um mapa localizador no qual esse Estado-Membro está representado em bordô em contraste com o resto do continente em dourado pálido.

Os rascunhos anteriores fechavam cada perfil com um pedido dirigido a esse Estado-Membro. Esses pedidos dividem-se em cinco grupos e são aqui apresentados uma vez em vez de repetidos cinquenta e cinco vezes. Vinte e sete Estados-Membros são convidados a partilhar o seu relatório nacional mais recente de revisão de mortes maternas e perinatais, ou a confirmar que nenhum foi produzido desde 2015; para sete deles, a única evidência atualmente disponível provém de estudos ou relatórios a nível de instalação em vez de uma revisão nacional. Quatorze, cujos sistemas de revisão funcionam, são convidados a incluir no seu próximo relatório nacional uma secção explícita que registre o progresso em relação às recomendações do ciclo anterior. Seis são convidados a submeter ou completar o conjunto de dados de prestação de serviços de 2021 a 2025, priorizando os dados de causas de morte neonatais e maternas, que são os campos que mais rapidamente se esgotam. Três são convidados a preencher o questionário de avaliação continental. Quatro, cujo relatório já está atualizado e completo, são solicitados a mantê-lo e a partilhar o detalhe operacional dos seus sistemas de revisão com os Estados-Membros que pretendam reforçar os seus. Qual destes se aplica a cada Estado-Membro pode ser lido diretamente do seu perfil: um relatório ausente, uma linha de acompanhamento de recomendações ausentes ou uma percentagem de prestação de serviços inferior a 100.

As percentagens reportadas nas secções de revisão de óbitos são as publicadas por cada Estado-Membro e não são comparáveis entre países, pelas razões expostas na Secção 4.6.

Argélia

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Em desenvolvimento
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Em desenvolvimento
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 27% (moderado).

Angola

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; não foi identificado nenhum relatório de revisão nacional, as evidências provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: 2010–2014. Tipo de fonte: relatório institucional (instalação).

Principais causas registadas (2010–2014): hemorragia 15%; sépsis puerperal 13%; eclâmpsia 11%; útero rompido 10%.

Nota analítica: Apenas relatório institucional pré-2015 — a análise de lacunas não regista nenhum relatório nacional do MPDSR desde 2015.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 30% (moderado).

Benim

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2013	**Tabela de pontuação de políticas**	11 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal a pedido	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 2018 (reportado em 2019). Tipo de fonte: MPDSR (audit de décès).

Principais causas registadas (2018 (reportado 2019)): hemorragia 34,3%; doença hipertensiva 15%; anemia 13,1%; desconhecido 2%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: A hemorragia é a principal causa em 10 departamentos, bem como a nível nacional. ~20% das mortes atribuídas a causas "não clássicas". O relatório identifica explicitamente as suas próprias fraquezas do sistema: baixa taxa de conclusão de auditorias, tardio na transmissão dos relatórios de auditoria e BAIXA TAXA DE EXECUÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES resultantes das auditorias — um dos autodiagnósticos mais claros da lacuna entre recomendação e ação na biblioteca.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 11% (baixo).

Botswana

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 13 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2010	**Tabela de pontuação de políticas**	5 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Em desenvolvimento
Linha orçamental dedicada para SRH	Parcialmente	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

13 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2012–2014; 2020; 2021; 2022; 2023. Tipo de fonte: revisão nacional ao estilo CEMD, série de registo civil / MMR.

Principais causas registadas (2023): outras doenças maternas que complicam a gravidez 22,7%; hipertensão gestacional com proteinúria significativa 20,5%; aborto não especificado 13,6%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: As dez principais causas codificadas pela CID-10 representam 86,4% das mortes. A categoria líder é um residual ("outras doenças maternas classificadas noutro local") — um sinal de qualidade de classificação.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 60% (elevado).

Burkina Faso

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 3 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	13 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

3 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2014 e 2016. Tipo de fonte: SDMR.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: Os relatórios acompanham as mortes maternas notificadas entre 2014 e 2016. Detalhes limitados sobre causas de morte nos extratos disponíveis; solicita a série anual completa ao país.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 84% (elevado).

Burundi

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	11 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 3% (baixo).

Cabo Verde

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

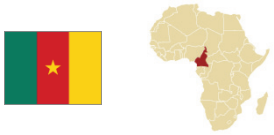
Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 25% (moderado).

Camarões

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 3 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2024	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	—
Linha orçamental dedicada para SRH	Parcialmente	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Projeto de lei

Revisão da morte materna e perinatal

2 documentos na biblioteca; nenhum relatório nacional de revisão identificado — as evidências provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: revisão crítica. Tipo de fonte: revisão.

Nota analítica: Não há relatório nacional do MPDSR na biblioteca; apenas revisão crítica revisada por pares.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 80% (elevado).

República Centro-Africana

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	9 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 57% (elevado).

Chad

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Não	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Comores

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2023	**Tabela de pontuação de políticas**	9 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

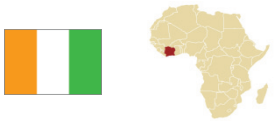
Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 6% (baixo).

Costa do Marfim

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2021	**Tabela de pontuação de políticas**	11 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não sei
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

0 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 2016–2017. Tipo de fonte: SDMR.

Principais causas registadas (2016–2017): hemorragia 35%; doença hipertensiva e complicações 9,6%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: Todos os distritos de saúde notificam mortes maternas identificadas; ~60% das mortes notificadas são reportadas no prazo de 24 horas. Os comités de revisão utilizam explicitamente o modelo dos três atrasos, com anonimato documentado e prática sem julgamentos — um modelo de qualidade do processo MPDSR.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

República Democrática do Congo

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 4 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Em desenvolvimento
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	6 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Em desenvolvimento
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

4 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2016; 2025. Tipo de fonte: SDMR; SDMPR.

Principais causas registadas (2025): de causas diretas, hemorragia obstétrica 61%; infeção 13%; perturbações hipertensivas 10%; aborto 7%; outras complicações obstétricas 7%; complicações de cuidados 2%. As causas diretas representam 65,8% de todas as mortes maternas e as causas indiretas 29,6%, pelo que a hemorragia representa cerca de 40% de todas as mortes. Das mortes indiretas, a anemia representa 70%.

Atrasos contributivos (2024, citados no relatório de 2025): D1 — decisão de procurar cuidados 38%; D2 — transporte para a unidade 32%. A revisão de 2016 registou D2 67%, D1 31%, D3 2%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: foram notificadas 4.291 mortes maternas em 2025, 2.951 em instalações e 1.340 na comunidade, em 5.198.949 nascimentos vivos, dando uma proporção de 83 por 100.000 contra 157 em 2024. O próprio relatório alerta que a queda pode refletir subnotificação, mais partos em casa e registo de nascimentos fraco, em vez de uma melhoria real. Comparando com a estimativa do DHS 2023–24 de 746 por 100.000, a notificação rotineira capta cerca de uma morte materna em cada nove. As proporções provinciais variam entre Tshuapa 208 e Kasai Oriental 27.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 43% (moderado).

Djibuti

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2022	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Egipto

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; nenhum relatório nacional de revisão identificado — as evidências provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: estudo hospitalar. Tipo de fonte: estudo de instalações.

Principais causas registadas (estudo hospitalar): complicações do parto de cesariana; hemorragia pós-parto; distúrbios hipertensivos.

Nota analítica: A MMR nacional reduziu-se para metade entre 1992–93 e 2000. Morte relacionada com cesariana proeminente — um sinal de segurança cirúrgica relevante para o aumento das taxas de CS a nível continental.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 10% (baixo).

Guiné Equatorial

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	4 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Não	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Projeto de lei

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 2% (baixo).

Eritreia

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Não	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Não sei
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 6% (baixo).

Eswatini

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 2 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2024	**Tabela de pontuação de políticas**	10 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

2 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2011–2013; CEMD trienal. Tipo de fonte: MDR, CEMD.

Principais causas registadas (CEMD trienal): hemorragia obstétrica 27%; aborto séptico 23%; hipertensão.

Causas diretas 54%; causas indiretas 39%; 7% não especificados.

Mortes consideradas evitáveis: 96%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: 96% das 51 mortes por causa direta foram consideradas evitáveis — uma das maiores frações de evitabilidade registadas em qualquer investigação africana. O aborto séptico foi a segunda causa direta, com 23%.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 52% (elevado).

Etiópia

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 15 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2026	**Tabela de pontuação de políticas**	13 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

15 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: EFY 2006 (2013/14); EFY 2008 (2015/16); EFY 2009 (2016/17); EFY 2010 (2017/18); EFY 2012 (2019/20); EFY 2013 (2020/21); EFY 2014 (2021/22); EFY 2016 (2023/24). Tipo de fonte: MDSR, MPDSR.

Principais causas registadas (EFY 2016 (2023/24)): hemorragia 61%; hipertensão 20%; infeção 7%.

Causas diretas 88%; causas indiretas 5%; 7% não especificado.

Atrasos contributivos: D2 45%; D3 36%; D1 19%.

Causas neonatais ou perinatais: prematuridade 28,1%; asfixia 26,9%; sépsis/pneumonia/meningite 19,8%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: A análise cobre 16% das mortes notificadas — o valor mais alto. A percentagem de hemorragias tem aumentado de forma constante desde 2013/14.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 61% (elevado).

Gabão

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2022	**Tabela de pontuação de políticas**	9 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é prova de que os resultados não são divulgados publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 24% (moderado).

Gâmbia

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	2017	**Tabela de pontuação de políticas**	3 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Em desenvolvimento
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Parcialmente
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Altamente restrito	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; nenhum relatório nacional de revisão identificado — as evidências provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: revisto por pares. Tipo de fonte: estudo.

Nota analítica: MMR em declínio desde 1990; as causas clássicas diretas persistem, enquadradas pelos autores como um reflexo do desenvolvimento socioeconómico.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Gana

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 4 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

4 documentos na biblioteca; nenhum relatório nacional de revisão identificado — as provas provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: 2008–2010 (Hospital Universitário Tamale) / análise situacional de 2016. Tipo de fonte: auditoria da instalação / análise situacional.

Principais causas registadas (2008–2010 (Tamale Teaching Hospital) / análise situacional de 2016): sépsis 19,8%; hipertensão 18%.

Nota analítica: As causas indiretas (14%) incluíram a anemia falciforme, anemia grave, malária, hepatite e VIH. O Gana não atingiu a meta do ODM 5 de 185 por 100.000 habitantes, mas alcançou uma redução de ~58%. Mortes anuais esperadas 2.000–3.000 dadas a taxa de natalidade e à MMR — um parâmetro de escala de subcaptura.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Guiné

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2020	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Serviços limitados
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 57% (elevado).

Guiné-Bissau

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não sei
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	4 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Não especificado	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Quénia

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 12 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	2022	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	—	**Aumento doméstico (3 anos)**	—
Financiamento externo SRH	—	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	—
Lei do aborto	—	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

12 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2014 (CEMD); AF2020/21; AF2021/22. Tipo de fonte: CEMD, MPDSR.

Principais causas registadas (AF2021/22): HPP 37%; eclâmpsia 22%; sépsis 12%; VIH/SIDA (indireta) 19%; aborto 5%; útero rompido 2%.

Atrasos contributivos: D2 fator líder (longa distância/estradas fracas) 25%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: A quota de mortes-maternas causada pelo VIH/SIDA AUMENTOU 16%→19% ao longo dos dois anos. 13% (2020/21) e 11% (2021/22) das mortes ocorreram antes das 28 semanas — complicações do aborto. O útero rompido teve a maior letalidade (6,3%→4,6%), embora a menor percentagem de mortes. O condutor de D2 passou da falta de transporte entre instalações (31%) para distância/estradas degradadas (25%). O relatório nota inconsistência no registo das causas indiretas.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 45% (moderado).

Lesoto

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 16 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

16 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 2010; 2011–2015; 2016–2020; 2021/22. Tipo de fonte: MDR.

Principais causas registadas (2021/22): perturbações hipertensivas 23,3%; sépsis relacionada com a gravidez 5,3%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: 20 de 86 mortes (23,3%) devido a distúrbios hipertensivos; A eclâmpsia representou 54% (n=7) das mortes por hipertensão em 2022. Fatores evitáveis relacionados com a doente incluíram ausência de frequência em ANC e aborto inseguro.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 77% (alto).

Libéria

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 2 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2024	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

2 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2016. Tipo de fonte: MNDSR.

Principais causas registadas (2016): hemorragia; Sépsis.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: Causas explicitamente apresentadas como agravadas pelo acesso limitado à prestação especializada (46%).

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Líbia

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	4 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	2	**Aumento doméstico (3 anos)**	2
Financiamento externo SRH	Não	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Madagáscar

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 3 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2021	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

3 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2020–2023. Tipo de fonte: SD-MPR.

Principais causas registadas (2020–2023): hemorragia pós-parto 23%; sépsis pós-parto 16%.

Atrasos contributivos: estrutura de três atrasos aplicada — família/comunidade, prestador e fatores administrativos.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: O relatório mapeia explicitamente os fatores contribuintes para os níveis familiar/comunitário, prestador e administrativo, reproduzindo os três atrasos. Nota que as taxas de notificação e revisão permanecem estáveis apesar de dois instrumentos legais que as exigem — uma lacuna de governação/conformidade.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 94% (elevado).

Malawi

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 7 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2024	**Tabela de pontuação de políticas**	10 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Parcialmente	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

7 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2008–2012; 2012–2014; 2013–2016. Tipo de fonte: CEMD, MDSR.

Principais causas registadas (2013–2016): eclâmpsia 18%; sépsis 11%; hemorragia anteparto 11%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: O próprio relatório sinaliza que a categoria de causa 'outra' precisa de ser investigada — lacuna de classificação.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 100% (alto).

Mali

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2026	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 53% (elevado).

Mauritânia

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2022	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 2017–2018. Tipo de fonte: SDMR.
Principais causas registadas (2017–2018): hemorragia obstétrica; complicações hipertensivas, principalmente eclâmpsia.
Causas diretas 69%.
Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.
Nota analítica: É reportada a letalidade por tipo de complicação — útil para análise da qualidade dos cuidados.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Maurícias

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	—	**Estratégia SRH autónoma**	—
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	Não devolvido
Mecanismo de coordenação	—	**Plano operacional com custos**	—
Linha orçamental dedicada para SRH	—	**Aumento doméstico (3 anos)**	—
Financiamento externo SRH	—	**SRH no HIS nacional**	—
Dados totalmente desagregados	—	**SRH no pacote UHC**	—
Lei do aborto	—	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Marrocos

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 5 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Marrocos foi adicionado à avaliação continental na ronda de inquéritos de julho de 2026. Concluiu o instrumento básico de política em vez do abrangente, pelo que não estão disponíveis coordenação, financiamento, monitorização e áreas jurídicas; as provas de revisão de óbitos abaixo têm o peso analítico para este Estado-Membro.

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2021	**Tabela de pontuação de políticas**	10 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Em desenvolvimento
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Não	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Criminalizada	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

4 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2008–2012; análise de sistemas de vigilância; estudo de completude de uma região. Tipo de fonte: CEMD, análise de vigilância, estudo de completude.

Principais causas registadas (estudo de completude numa região): hemorragia 39,1%; perturbações hipertensivas 23,2%; aborto 5,8%.

Causas diretas 84,1%; causas indiretas 10,1%; não especificadas 5,8%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: MÉTODOS CHAVE CITAÇÃO: quantifica a subnotificação num sistema MDSR africano. Todas as quatro mortes por aborto ocorreram em hospitais públicos.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 29% (moderado).

Não avaliado.

Moçambique

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 4 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	6 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	—	**Aumento doméstico (3 anos)**	—
Financiamento externo SRH	—	**SRH no HIS nacional**	—
Dados totalmente desagregados	—	**SRH no pacote UHC**	—
Lei do aborto	—	**Legislação sobre VG**	—

A ferramenta por país para este Estado-Membro foi recebida em setembro de 2026 e abrange apenas as secções A a C da Parte A. Os campos das secções de financiamento, monitorização e legislação ainda não foram reportados.

Revisão da morte materna e perinatal

4 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2017; 2026. Tipo de fonte: MDSR (auditórios); instrumento ministerial.

Principais causas registadas (2017): hemorragia obstétrica (de causas diretas) 50%; perturbações hipertensivas 22%.

Atrasos contributivos: D3 — atraso no recebimento de cuidados adequados na unidade.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: as perturbações hipertensivas subiram de 19% (2016) para 22% (2017) e o VIH/SIDA representou 49% das mortes indiretas em 2017. Um Diploma Ministerial de 2026 reestrutura o Comité Nacional para a Auditoria das Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais como um órgão independente, atuando sem interferência das estruturas executivas do Ministério, confidencial e explicitamente não punitivo: não atribui culpa individual, não conduz processos disciplinares nem emite julgamentos punitivos. Reporta diretamente ao Ministro da Saúde e emite relatórios trimestrais. Este é o único instrumento na base de provas que aborda a barreira da cultura da culpa de forma direta e legal.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum). Nenhum dado da Parte B acompanhou a ferramenta nacional de setembro de 2026.

Namíbia

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 10 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	10 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

10 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2010; 2016; 2018–2021; 2021–2024; Estudo MMR multirregional. Tipo de fonte: MDR, CEMD, estudo.

Principais causas registadas (estudo MMR multirregional): PPH 35%.

Atrasos contributivos: D3 40,4%; D1 38,6%; D2 7%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: Terceiro atraso (cuidados após a chegada à instituição) é o maior — um sinal de qualidade da instalação, não um sinal de acesso.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 62% (elevado).

Níger

África Ocidental · Incluídos na avaliação continental de 2026 · 8 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2011	**Tabela de pontuação de políticas**	11 de 13
Mecanismo de coordenação	Não sei	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

8 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: MDSR nacional. Tipo de fonte: MDSR.

Principais causas registadas (MDSR nacional): anemia 26%; hemorragia 25%; eclâmpsia 18%; infeções 12%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: IMPRESSIONANTE: a anemia — historicamente classificada como causa indireta — é agora registada como a PRINCIPAL causa de morte materna no Níger, à frente da hemorragia. Quatro causas representam >80% das mortes. O relatório nota efeito sazonal: estradas intransitáveis e decisões de transferência atrasadas por homens ocupados com trabalho de campo — um segundo atraso/resultado de género.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 6% (baixo).

Nigéria

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 12 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2024	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

12 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: junho de 2012 – maio de 2013 (Estado de Ondo); visão geral; 2019–2021; 2020–2025. Tipo de fonte: CEMD, análise de situação, MPCDSR.

Principais causas registadas (2019–2021): pré-eclâmpsia/eclâmpsia grave 20,7%; sépsis 11%; hemorragia pós-parto 10%; aborto inseguro 4%; outros 44,1%. Perinatais: complicações placentárias 14,2%; complicações maternas 14%; asfixia no parto 13,8%; complicações do parto 10,9%; não especificado 11,2%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

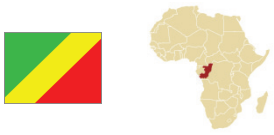
Nota analítica: foi o primeiro Estado-Membro na biblioteca a publicar as taxas de notificação e revisão separadamente. Em 2019–2021, 83,6% das mortes maternas foram notificadas, mas apenas 17,8% foram revistas; para mortes perinatais, 37,1% notificadas e 1,7% revistas. As mortes maternas que passaram pela revisão caíram depois de 2.618 em 2020 para 749 em 2025, enquanto as mortes registadas no sistema nacional de informação mantinham-se entre cerca de 4.000 e 5.500, pelo que a percentagem revista caiu de 41% em 2022 para 17% em 2025. Com 44,1% das causas registadas como "outras", a classificação das causas é um sinal de qualidade de classificação e não é utilizada neste relatório para qualificar a conclusão da hemorragia. O MPCDSR opera em 33 dos 37 estados, mas apenas em 172 das 774 áreas de governo local.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 78% (elevado).

República do Congo

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2022	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Serviços limitados
Lei do aborto	Altamente restrito	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 2013. Tipo de fonte: MDSR.

Principais causas registadas (2013): hemorragia 55,6%; eclâmpsia 17,5%; infeção pós-parto e pós-aborto 11,7%.

Atrasos contributivos: três atrasos analisados.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 46% (moderado).

Ruanda

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 4 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

O Ruanda foi adicionado à avaliação continental na ronda de inquéritos de julho de 2026. Concluiu o instrumento básico de política em vez do abrangente, pelo que não estão disponíveis coordenação, financiamento, monitorização e áreas jurídicas; as provas de revisão de óbitos abaixo têm o peso analítico para este Estado-Membro.

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	1 de 13
Mecanismo de coordenação	—	**Plano operacional com custos**	—
Linha orçamental dedicada para SRH	—	**Aumento doméstico (3 anos)**	—
Financiamento externo SRH	—	**SRH no HIS nacional**	—
Dados totalmente desagregados	—	**SRH no pacote UHC**	—
Lei do aborto	—	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

4 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: CEMD (nacional); 2009–2013 (análise nacional de auditoria). Tipo de fonte: CEMD, MDR (auditoria nacional).

Principais causas registadas (2009–2013 (análise nacional de auditoria)): PPH 22,7%; trabalho de parto obstruído 12,3%; infeção obstétrica 10,3%; eclâmpsia 9,4%.

Causas diretas 70%; causas indiretas 25,7%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: As mortes relacionadas com o aborto aumentaram significativamente, ~3% no início do período, para 5,7% (2012) e 7% (2013), p<0,001. Cuidados infraestruturais foram o principal fator contributivo em 61,1% das mortes — o dobro da taxa dos fatores doente/comunidade. Revisto por pares, portanto utilizável como âncora de evidência citável.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Não avaliado.

República Árabe Democrática Saharaui

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Em desenvolvimento
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	6 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Não sei	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Não especificado	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de morte materna ou perinatal para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

São Tomé e Príncipe

África Central · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2019	**Tabela de pontuação de políticas**	9 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não sei
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 32% (moderado).

Senegal

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2024	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; nenhum relatório nacional de revisão identificado — as evidências provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: 2015 (boletim jan–set). Tipo de fonte: boletim epidemiológico.

Nota analítica: Boletim de vigilância em vez de um relatório completo do MPDSR; nenhum relatório nacional identificado desde 2015.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 74% (elevado).

Seychelles

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	2012	**Tabela de pontuação de políticas**	4 de 13
Mecanismo de coordenação	Não	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Parcialmente	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Não incluído
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 77% (alto).

Serra Leoa

África Ocidental · Incluídos na avaliação continental de 2026 · 8 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	—	**Estratégia SRH autónoma**	—
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	Não devolvido
Mecanismo de coordenação	—	**Plano operacional com custos**	—
Linha orçamental dedicada para SRH	—	**Aumento doméstico (3 anos)**	—
Financiamento externo SRH	—	**SRH no HIS nacional**	—
Dados totalmente desagregados	—	**SRH no pacote UHC**	—
Lei do aborto	—	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

8 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2016; 2017; 2018; 2019. Tipo de fonte: MDSR.

Principais causas registadas (2019): hemorragia 45,8%; hipertensão 17%; sépsis 9,3%; rutura uterina 4,3%.

Atrasos contributivos: atraso na procura / encaminhamento / recebimento de cuidados (subconjunto documentado) 22%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: A direção do RCH teve de reclassificar as causas atribuídas pelo distrito devido à incompletude e classificação incorreta — uma declaração nacional explícita sobre os limites de qualidade dos dados do MDSR. A ruptura uterina diminuiu 7%→6%→4,3% (2017→2019). ANC 4+ entre as mulheres que morreram apenas 16%.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Somália

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 2 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	4 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	—	**Aumento doméstico (3 anos)**	—
Financiamento externo SRH	—	**SRH no HIS nacional**	—
Dados totalmente desagregados	—	**SRH no pacote UHC**	—
Lei do aborto	—	**Legislação sobre VG**	—

Revisão da morte materna e perinatal

2 documentos na biblioteca; nenhum relatório nacional de revisão identificado — as evidências provêm de estudos ou relatórios de instalações. Períodos abrangidos: síntese revisada por pares. Tipo de fonte: estudo.

Principais causas registadas (síntese revista por pares): hemorragia (leading); eclâmpsia; Sépsis; Obstruído o trabalho de parto.

Nota analítica: Emparelhar com o exemplo de governação da Somália (Um Plano/Um Orçamento/Um M&E; MMR ~1.044 (2015) para ~563 por 100.000; escolas de obstetrícia em 6 dos 7 estados).

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

África do Sul

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 16 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2018	**Tabela de pontuação de políticas**	6 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Não	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal a pedido	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

15 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional(es) disponíveis. Períodos abrangidos: 2011–2013; 2017–2019. Tipo de fonte: CEMD.

Principais causas registadas (2017–2019): infeções não relacionadas com a gravidez (NPRI); hemorragia obstétrica; distúrbios hipertensivos; condições médicas e cirúrgicas.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: LANDMARK: a MMR institucional caiu abaixo de 100 por 100.000 nascimentos vivos pela primeira vez desde o início da série em 1998. O relatório atribui isto explicitamente à avaliação das mortes individuais e à implementação das recomendações resultantes. A maior diminuição individual desde 2010 foi nas infeções não relacionadas com a gravidez, após a implementação da TAR. À medida que outras causas diminuíram, as condições médicas e cirúrgicas emergiram como uma das principais causas subjacentes. As mortes potencialmente evitáveis são analisadas por nível de cuidados — números absolutos mais altos em hospitais distritais e regionais.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 7% (baixo).

Sudão do Sul

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2019	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 12% (baixo).

Sudão

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Não
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	8 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 52% (elevado).

Tanzânia

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 15 documentos na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2021	**Tabela de pontuação de políticas**	13 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

15 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2018–2024; Avaliação de Kagera. Tipo de fonte: MPDSR, avaliação de implementação do MPDSR.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: Avaliação da qualidade da implementação em vez de um relatório de mortalidade — evidência útil sobre porque é que os sistemas MPDSR funcionam ou não.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 98% (elevado).

Togo

África Ocidental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 0 documentos na biblioteca de avaliações de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

Não foi identificado nenhum relatório nacional de revisão de mortes maternas ou perinatais para este Estado-Membro na biblioteca reunida para este relatório. Isto não é prova de que as mortes não sejam revistas; é evidência de que os resultados não estão disponíveis publicamente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 44% (moderado).

Tunísia

Norte de África · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	—	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não sei
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 1999–2004. Tipo de fonte: inquérito nacional.

Principais causas registadas (1999–2004): hemorragia 30,8%; eclâmpsia 11%.

Causas diretas 69,8%.

Mortes consideradas evitáveis: 75,3%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: 75,3% das mortes consideradas evitáveis (certas ou possíveis) — um dado norte-africano consistente com o intervalo de evitabilidade registado noutras partes do continente.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 16% (baixo).

Uganda

África Oriental · Incluído na avaliação continental de 2026 · 12 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2025	**Tabela de pontuação de políticas**	7 de 13
Mecanismo de coordenação	Em desenvolvimento	**Plano operacional com custos**	Em desenvolvimento
Linha orçamental dedicada para SRH	Não	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Parcialmente	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Disposições parciais

Revisão da morte materna e perinatal

12 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2009–2011; AF 2016/17; AF 2017/18; AF 2018/19; AF 2020/21; AF 2024/25. Tipo de fonte: MPDR, MPDSR.

Principais causas registadas (AF2024/25): hemorragia 46%; hipertensão 21%; sépsis 8%; indireta (malária/VIH/TB/anemia) 6%; anestesia 5%; aborto 4%.

Atrasos contributivos: alteração D1 -6%; Alteração D2 -8%; Alteração D3 11%.

Causas neonatais ou perinatais: asfixia ao nascer 53%; septicemia 14%; prematuridade 12%.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Sim.

Nota analítica: Tendência de cinco anos: hemorragia estável entre 40–46%; A PHD aumentou 15%→20–21%, ultrapassando as causas indiretas como segunda causa. A letalidade diminuiu ao longo de 3 anos: hemorragia −43%, HDP −50%, sépsis −9%, malária na gravidez −75%. Atraso 3 (cuidados recebidos na instituição) AUMENTOU 11% — o único atraso a agravar-se. HPP 80% / HPP 20% de hemorragia. Adolescentes <19: indireta 29%, sepse 16%; aborto atinge picos entre os 20–24 anos (33%). Cascata de VIH entre mortes pernatais: 74% testados, 5% positivos, apenas 73% dos que estão em TAR.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 100% (alto).

Zâmbia

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 1 documento na biblioteca de revisão de óbitos





Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2022	**Tabela de pontuação de políticas**	12 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Não
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Sim
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão parcial
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

1 documento na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponível. Períodos abrangidos: 2015–2017. Tipo de fonte: MDSR.

Principais causas registadas (2015–2017): hemorragia obstétrica; distúrbios hipertensivos; sépsis puerperal.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: O relatório aplica explicitamente o Modelo dos Três Atrasos como o seu quadro analítico. Hemorragia obstétrica é a principal causa. Estado do rascunho — a análise de lacunas regista a Zâmbia como "apenas rascunho".

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 37% (moderado).

Zimbabué

África Austral · Incluído na avaliação continental de 2026 · 7 documentos na biblioteca de revisão de óbitos



Política, coordenação e financiamento (avaliação continental 2026)

Política ou estratégia SRH	Sim	**Estratégia SRH autónoma**	Sim
Ano de adoção	2026	**Tabela de pontuação de políticas**	11 de 13
Mecanismo de coordenação	Sim	**Plano operacional com custos**	Sim
Linha orçamental dedicada para SRH	Sim	**Aumento doméstico (3 anos)**	Não
Financiamento externo SRH	Sim	**SRH no HIS nacional**	Sim
Dados totalmente desagregados	Sim	**SRH no pacote UHC**	Inclusão abrangente
Lei do aborto	Legal sob condições específicas	**Legislação sobre VG**	Direito abrangente

Revisão da morte materna e perinatal

7 documentos na biblioteca; relatório(s) de revisão nacional disponíveis. Períodos abrangidos: 2024. Tipo de fonte: MPDSR.

Principais causas registadas (2024): hemorragia 33%; hipertensão 21%.

Causas neonatais ou perinatais: asfixia ao nascer 51%; prematuridade 24%; outros 18%; sépsis neonatal.

Acompanha o progresso em relação às recomendações anteriores: Não é evidenciado nos relatórios revistos.

Nota analítica: MMR institucional de 37 por 100.000 nascimentos vivos em 2024. Atraso na transferência dos clientes para o próximo nível de cuidados atribuído à falta de ambulâncias e combustível — uma constatação explícita de segundo atraso/logística.

Dados de prestação de serviços, 2021–2025

Completude do conjunto de dados de prestação de serviços solicitado: 0% (nenhum).

Anexo 2. Exemplos de Países: O Que Já Funcionou em África

Este anexo apresenta intervenções baseadas em evidências dos Estados-Membros da União Africana, organizadas pelos blocos de construção do sistema de saúde da OMS. Foi preparado a partir da avaliação continental e dos dois Workshops de Validação de Políticas Regionais realizados em Nairobi, 8–10 de julho de 2026, e em Cotonou, 29–31 de julho de 2026, e é aqui reproduzido com a sua própria lista de referências. As citações neste anexo têm o prefixo "A2." e referem-se à lista de referências no final do anexo, e não à lista principal de referências.

Mensagens-chave

África está a gerar as suas próprias soluções, em larga escala, com resultados mensuráveis. Todos os exemplos desta secção são desenhados por africanos, liderados pelo governo e evidenciados — vários deles através de avaliações de impacto revisadas por pares.

Os ganhos documentados mais rápidos seguem a mesma sequência: a liderança política converte evidências em orçamentos; os serviços são colocados física e financeiramente ao alcance; e os resultados são auditados incansavelmente.

A redução de 80% da mortalidade materna na Tanzânia em sete anos mostra que a trajetória dos ODS pode ser recuperada num único ciclo político.

Estes exemplos são transferíveis — a adaptação já está em curso em todo o continente — e a sua escala é, acima de tudo, uma questão de financiamento e compromisso político, não de descoberta.

A2.1 Propósito e Abordagem

A avaliação continental das políticas, quadros legais, financiamento e prestação de serviços de saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente (SRMNCAH) — realizada por todos os 55 Estados-Membros da União Africana e validada pelos Estados-Membros nos Workshops de Validação de Políticas Regionais de Nairobi e Cotonou em julho de 2026 [A2.3] — identificou um conjunto consistente de barreiras por detrás do peso da mortalidade materna e neonatal em África: financiamento insuficiente e fragmentado, escassez de pessoal e má distribuição, atrasos na chegada aos cuidados obstétricos de emergência, esgotamento de mercadorias, sistemas de dados fracos e lacunas na governação, legislação e envolvimento comunitário.

Esta secção responde à questão que mais importa aos decisores: o que já funcionou, em África, contra cada uma destas barreiras? Apresenta exemplos nacionais organizados pelos seis blocos fundamentais do quadro dos sistemas de saúde da OMS — prestação de serviços; força de trabalho em saúde; sistemas de informação em saúde; acesso a medicamentos e tecnologias essenciais; financiamento; e liderança e governação [A2.1]. Os blocos de construção fornecem uma linguagem partilhada entre os ministérios da saúde e os ministérios das finanças e planeamento, e tornam visível uma conclusão central da avaliação: nenhuma intervenção única tem sucesso sozinha, e os resultados nacionais mais fortes combinam ação em vários blocos simultaneamente.

Limiar de inclusão. Apenas exemplos com evidência documentada de impacto são incluídos — avaliações de impacto revistas por pares, dados de inquéritos nacionais ou resultados verificados de programas validados pelo Estado-Membro em questão no workshop de Nairobi ou Cotonou. Cada exemplar apresenta uma nota de força de evidência. Intervenções promissoras sem evidência de resultados até à data (entre elas a contratação de planeamento familiar do setor privado da Somália, o piloto de transporte comunitário do Zimbabué, o recrutamento acelerado em massa na Namíbia e as ferramentas digitais da força de trabalho do Quénia) estão documentadas no registo do workshop e no investimento em avaliação de mérito, mas não são apresentadas aqui como comprovadas.

Os Estados-Membros da União Africana ainda representam aproximadamente 69% das mortes maternas globais e quase metade das mortes neonatais [A2.2]. Os exemplos que se seguem são a prova mais forte disponível de que este fardo não é fixo: onde os governos africanos lideraram com evidência, financiamento e responsabilização, a mortalidade caiu — num caso 80% em sete anos [A2.4, A2.5].

A2.2 Exemplares de relance

Bloco de construção	País	Intervenção	Resultado principal
Financiamento	Etiópia	Pacto Multi-Doador de Planeamento Familiar (2023)	Financiamento a FP doméstico aumentou ~19 vezes para 9,47 milhões de dólares americanos no segundo ano; sem grandes desocupações nacionais
Financiamento	Ruanda	Mutuelles de Santé CBHI e financiamento baseado no desempenho	~91% segurado; despesa catastrófica reduzida; entregas institucionais +23% sob PBF
Força de trabalho na saúde	Uganda	2012 Duplicação dos salários rurais mais financiamento baseado em resultados na HC IV	Normas de pessoal 56%→85%; O RBF escalou para 1.300+ instalações e foi incorporado à corrente principal
Força de trabalho na saúde	Eswatini	Integração de motivadores de programa único num único quadro de ACS	Melhoria do contacto com o ANC, contraceção na adolescência, PMTCT e reporte de VBG
Prestação de serviços	Tanzânia	Transporte de emergência m-mama dentro da expansão nacional do EmONC	MMR nacional 556→104 por 100.000 (2015/16–2022); 38% menos mortes maternas nas regiões avaliadas
Prestação de serviços	Eswatini	Terceiro pacote de adiamento: auditorias descentralizadas, espera de casas, envolvimento dos porteiros	SBA 84%→92%; mortes maternas em instalações reduzidas aproximadamente para metade
Prestação de serviços	Etiópia	Smart Start para adolescentes SRH, escalados pelo governo através da RISE	Gravidez rural na adolescência ~13%→~5%; 356.600+ raparigas casadas adotaram contraceção
Produtos médicos	Ruanda	Entrega de sangue e mercadorias na última milha por drone	Prazos de entrega reduzidos de horas para minutos; validade de sangue reduzida ~7 unidades por unidade por mês
Produtos médicos	Etiópia	Aquisição e fornecimento com segurança compacta	Disponibilidade em vários métodos; 100% stock central de armazém mantido
Informação de saúde	Nigéria (Kano)	Registo verificado de assentamentos Geo ST4R para planeamento RMNCAH	5.600+ assentamentos verificados; 500+ assentamentos invisíveis encontrados e ligados a instalações
Liderança e governação	Somália	Um Plano, Um Orçamento, Um M&E; Força-tarefa liderada pelo PM; expansão da obstetrícia	MMR ~1.044 (2015) para ~563 por 100.000; escolas de parteiras em seis dos sete estados
Liderança e governação	Madagáscar	Comissão permanente multisetorial de FP (estadual, religiosa, tradicional, CSO)	Satisfez a necessidade de FP 64,5%→69,8%; prevalência de contraceptivos 41%→49,5%
Liderança e governação	Malawi	Lei do Casamento de 2015 e alteração constitucional de 2017 (18 anos)	brecha legal para casamento infantil encerrada; adoção quase unânime

Tabela A2.1 Exemplos por país por bloco de construção do sistema de saúde.

A2.3 Financiamento

Conclusão da avaliação: o financiamento insuficiente foi a barreira mais importante para a maioria dos Estados-Membros, agravada por uma diminuição de ~70% na assistência externa à saúde desde 2021 e uma despesa direta de cerca de 35% da despesa em saúde — a maior barreira financeira entre uma mulher e os cuidados [A2.3].

Etiópia — Pacto Multi-Doador de Planeamento Familiar (2023)

A barreira. Forte dependência do financiamento dos doadores para bens de planeamento familiar, um fosso crescente entre o aumento da procura e a diminuição do financiamento dos doadores, e frequentes esgotamentos de stock que ameaçam a continuidade dos serviços.

A intervenção. Um pacto nacional de três anos, liderado a nível nacional, que une o Ministério da Saúde, o Ministério das Finanças, o Serviço de Fornecimento Farmacêutico da Etiópia e parceiros de desenvolvimento (incluindo UNFPA e fundações privadas), com cofinanciamento nacional faseado sob governação conjunta, monitorização transparente e aquisição coordenada [A2.11]. O pacto está ancorado no Plano de Implementação de Planeamento Familiar 2023-2030 da Etiópia, com custos [A2.12].

Evidência do impacto. O financiamento governamental para planeamento familiar aumentou aproximadamente dezanove vezes — de cerca de 0,5 milhões de dólares americanos por ano para 9,47 milhões de dólares americanos no segundo ano — num total de cerca de 30 milhões de dólares mobilizados em 2023--24 (governo 12,41 milhões de dólares americanos; parceiros 17,35 milhões de dólares americanos). O stock nacional de armazéns foi mantido a 100%, sem grandes esgotamentos de planeamento familiar, e a disponibilidade aumentou em vários métodos: injetáveis de 89,6% para 92,3%, contraceção de emergência de 71,9% para 83,8%, implantes de 88,1% para 89,2% e preservativos masculinos de 83,4% para 85,4% [A2,3]. A Etiópia está agora a expandir o compacto para produtos RMNCAH mais amplos, visando a propriedade nacional total até 2030.

Força da evidência: Resultados verificados do programa validados pelo Estado-Membro [A2.3]; desenho compacto e financiamento documentados pelo UNFPA e pelo Ministério Federal da Saúde [A2.11, A2.12].

Ruanda — Seguro de Saúde Comunitário e Financiamento Baseado no Desempenho

A barreira. Pagamento do próprio bolso, excluindo as mulheres mais pobres da gravidez, parto e cuidados de emergência; incentivos fracos aos prestadores para cobertura e qualidade.

A intervenção. O seguro de saúde comunitário Mutuelles de Santé — pequenos prémios familiares complementados pelo governo e doadores, cobrindo cuidados de gravidez, parto, planeamento familiar e transporte de emergência — testado em 1999 e obrigatório a nível nacional a partir de 2008, com isenção de prémios para os mais pobres. Complementado por financiamento nacional baseado no desempenho que paga aos prestadores com base em resultados e qualidade verificados.

Evidência do impacto. O Ruanda alcançou uma das maiores coberturas de seguro de saúde em África (~91% da população segurada); uma avaliação rigorosa dos primeiros oito anos do programa revelou um aumento substancial da utilização dos serviços e uma redução dos gastos catastróficos em saúde entre os inscritos [A2.9]. O esquema de financiamento baseado no desempenho, avaliado através de um desenho randomizado, aumentou as prestações institucionais em 23% e melhorou a qualidade dos cuidados pré-natais [A2.8]. O uso de contraceptivos subiu de 4% para 45% numa década após estas reformas combinadas [A2.3].

Força da evidência: Avaliações de impacto revisadas por pares (The Lancet; PLOS ONE) [A2.8, A2.9]; tendências de cobertura e contraceção a partir de dados nacionais validados no workshop [A2.3].

A2.4 Força de Trabalho em Saúde

Conclusão da avaliação: as limitações da força de trabalho ficaram em segundo lugar em praticamente todos os Estados-Membros — impulsionadas por baixos salários, má distribuição rural-urbana, atrito a empregadores melhor financiados e instalações mal equipadas que travam carreiras [A2.3].

Uganda — Reforma Salarial Rural mais Financiamento Baseado em Resultados no Centro de Saúde IV

A barreira. Os centros de saúde — os centros subdistritais obrigados a fornecer cirurgia de emergência e cuidados obstétricos de emergência abrangentes para áreas de recrutamento de ~100.000 — ficaram sem médicos: a funcionalidade do bloco operatório e das transfusões de sangue estava abaixo de 50%, impulsionada por salários pouco competitivos e ambientes de trabalho inutilizáveis.

A intervenção. Uma reforma em duas fases. Em setembro de 2012, após uma campanha nacional da sociedade

civil contra mortes maternas evitáveis, o Governo duplicou os salários dos oficiais médicos ao nível HC IV (de ~UGX 1,2 milhões para UGX 2,5 milhões por mês, apoiados por uma alocação de UGX 49,5 mil milhões). Quando o salário por si só se revelou insuficiente — os teatros ainda não tinham fornecimentos nem utilidades — o Uganda aplicou financiamento baseado em resultados: as instalações ganham com base em partos e imunizações verificadas, gastam de forma flexível em estrangulamentos locais e são auditadas de qualidade pelas Equipas Distritais de Melhoria da Qualidade, com fundos a fluir diretamente para as instalações [A2.3].

Evidência do impacto. As normas de pessoal nas instalações-alvo aumentaram de 56% para 85%, concentradas em áreas rurais [A2.3]. No âmbito do programa URMCHIP apoiado pelo Banco Mundial, o financiamento baseado em resultados foi escalado para mais de 1.300 instalações entre 2016 e 2022 e foi integrado no sistema fiscal nacional, com uma revisão independente que documenta a melhoria da disponibilidade e do acesso a serviços prioritários de saúde materna e infantil [A2.13].

Força da evidência: Resultados verificados do programa validados pelo Estado-Membro [A2.3]; escalonamento nacional e efeitos do serviço documentados na revisão de conclusão da implementação do Banco Mundial [A2.13].

Eswatini — Um Quadro de Trabalhadores Comunitários de Saúde

A barreira. Quadros comunitários fragmentados e de programa único (HIV, malária, RMNCAH, 'motivadores de saúde rural') a duplicar esforços enquanto deixam lacunas no serviço, sem um percurso profissional estruturado.

A intervenção. Integração de todos os motivadores de programa único num único quadro de trabalhadores comunitários de saúde, formado em todo o portefólio da RMNCAH, sob um esquema estruturado de serviço: competências definidas, critérios de recrutamento (idade de entrada reduzida de 40 para 20 anos) e uma idade de reforma imposta aos 60 anos.

Evidências de impacto. Melhorias reportadas pelos Estados-Membros em todos os serviços que o quadro unificado presta: primeiro contacto com cuidados pré-natais, adoção de contraceptivos adolescentes, gestão do VIH incluindo TAR comunitária, adoção da PrEP, PMTCT e denúncia de violência de género e violência contra crianças [A2.3].

Força da evidência: Dados do programa reportados e validados pelo Estado-Membro [A2.3]; a avaliação formal reforçaria o argumento para a replicação regional.

A2.5 Prestação de Serviços

Conclusão da avaliação: os atrasos na chegada aos cuidados obstétricos de emergência surgiram como uma barreira transversal em toda a região — longas distâncias até à capacidade CEmONC, sistemas fracos de transporte e encaminhamento e, no caso dos adolescentes, serviços que não são concebidos para eles [A2.3].

Tanzânia — m-mama Transporte de Emergência dentro de uma Expansão Nacional EmONC

A barreira. Atrasos críticos no acesso aos cuidados de referência: o mapeamento mostrou grandes populações a mais de cinco quilómetros de uma unidade — o limiar a partir do qual as mulheres procuram alternativas ao parto em instalações — com instalações insuficientes a oferecer cuidados obstétricos de emergência.

A intervenção. Uma sequência nacional deliberada: evidências apresentadas ao Chefe de Estado; um aumento orçamental sustentado; expansão dos cuidados primários para que os dispensários realizem partos e centros de saúde façam cesarianas; e o sistema de transporte de emergência m-mama — uma linha de despacho gratuita 24/7 com triagem guiada pelo Ministério da Saúde e uma frota híbrida que combina ambulâncias governamentais com 4.200+ condutores comunitários contratados em rotas digitalmente mapeadas. Testado em Shinyanga (2013) como uma parceria público-privada (Governo da Tanzânia com a Vodafone Foundation, USAID, Pathfinder International e Touch Health), o m-mama cobre agora todo o país com um custo anual governamental inferior a 2 milhões de dólares americanos, fornecendo cerca de 54.000 transportes de emergência por ano [A2.6, A2.7].

Evidências do impacto. A taxa de mortalidade materna na Tanzânia caiu de 556 para 104 por 100.000 nascimentos vivos entre 2015/16 e 2022 — uma redução de aproximadamente 80% em sete anos — com o parto institucional a aumentar à medida que 80% da população se aproximava a menos de cinco quilómetros de uma instalação [A2.4, A2.5]. As avaliações do programa m-mama documentam uma redução de 38% nas mortes

maternas e 40% nas mortes neonatais nas regiões avaliadas, com mais de 190.000 mães e recém-nascidos transportados e custos por viagem cerca de dois terços inferiores para condutores comunitários do que o despacho convencional de ambulâncias [A2.3, A2.6, A2.7]. A adaptação está em curso no Malawi e no Lesoto, com a Somália e o Quénia a manifestarem interesse [A2.3].

Força da evidência: dados de inquéritos nacionais (TDHS-MIS 2022) [A2.4]; avaliações de programas e análises piloto publicadas [A2.6, A2.7]; relatórios de programas validados em workshops [A2.3].

Eswatini — Um Pacote de 'Terceiro Adiamento' para Assistência Qualificada ao Parto

A barreira. Mortalidade materna populacional entre as taxas mais elevadas da região, com barreiras culturais (marido ou sogra a decidir quando uma mulher pode procurar cuidados), distâncias longas e lacunas de qualidade nas instalações.

A intervenção. Um pacote combinado: auditorias de óbitos maternos descentralizadas do nível nacional para o nível das instalações e da comunidade com aviso de 24 horas; diretrizes do EmONC e mentoria no local direcionada a unidades de alta mortalidade; casas de espera renovadas para maternidades de áreas de difícil acesso; envolvimento estruturado dos porteiros tradicionais; e descentralização dos diagnósticos (incluindo ecografia) para o nível clínico.

Evidência de impacto. A frequência qualificada ao parto subiu de cerca de 84% (2014) para cerca de 92%, com o parto em instalações acima de 90%; as mortes maternas registadas em instalações reduziram-se aproximadamente para metade (de ~190 para ~90) [A2.3].

Força da evidência: Dados nacionais e de instalações reportados e validados pelo Estado-Membro [A2.3].

Etiópia — Smart Start: Serviços de Contraceção Centrados no Adolescente em Escala

A barreira. Gravidez adolescente rural persistentemente elevada; raparigas adolescentes — especialmente raparigas rurais casadas — não alcançadas pelos serviços convencionais de planeamento familiar.

A intervenção. O Smart Start liga o aconselhamento de planeamento financeiro à escolha de contraceptivos para raparigas adolescentes casadas, implementado através do Programa Governamental de Extensão da Saúde ao nível dos postos de saúde. Desenvolvido ao abrigo da iniciativa Adolescents 360, foi adotado pelo Ministério Federal da Saúde e institucionalizado e escalado a nível nacional através do programa RISE (Roteiro para Integrar o Início Inteligente na Etiópia), com uma adaptação urbana agora lançada [A2.14]. É reforçado por um roteiro de redução da gravidez adolescente de quatro ministérios (Educação; Mulheres e Assuntos Sociais; Justiça; Planeamento) que atribui a cada setor responsabilidades explícitas e responsabilidade [A2.3].

Evidência do impacto. Mais de 356.600 raparigas adolescentes casadas adotaram voluntariamente um método contraceptivo à sua escolha [A2.14]. A gravidez rural na adolescência caiu de aproximadamente 13% para 5% nas áreas de intervenção, e os resultados preliminares do inquérito nacional 2024/25 indicam que a gravidez adolescente diminuiu para cerca de 10% a nível nacional, com as quedas mais acentuadas nas zonas rurais onde o programa foi mais forte [A2.3, A2.15].

Força da evidência: Monitorização de programas à escala nacional [A2.14]; inquérito nacional (EDHS 2024/25, pré-publicação) [A2.15]; validado pelo Estado-Membro no workshop [A2.3].

A2.6 Acesso a Medicamentos e Tecnologias Essenciais

Conclusão da avaliação: a queda de stock de matérias-primas está entre as cinco principais barreiras na maioria dos Estados-Membros, num continente que importa aproximadamente 80% dos seus produtos de saúde [A2.3].

Ruanda — Entrega Aérea na Última Milha de Sangue e Mercadorias Que Salvam Vidas

A barreira. A hemorragia pós-parto — a principal causa de morte materna — requer sangue em minutos; a entrega por estrada para instalações remotas demorava horas e levava tanto à falta de stock como ao desperdício de produtos de curta duração.

A intervenção. A partir de 2016, o Governo contratou a entrega autónoma por drone (Zipline) de produtos sanguíneos, vacinas, medicamentos e contraceptivos a instalações de difícil acesso em todo o país, integradas com armazéns centrais e sistemas nacionais de fornecimento no âmbito da agenda Smart Rwanda.

Evidências de impacto. Uma análise de série temporal revisada por pares concluiu que a entrega por drone reduziu significativamente os tempos de entrega de produtos sanguíneos (entregas de emergência dentro de uma hora, contra até quatro horas por estrada — em alguns casos documentados, de quatro horas para quinze minutos) e reduziu as expirações de unidades de sangue em aproximadamente sete unidades por instalação por mês [A2.10]. Cerca de três quartos do sangue entregue fora de Kigali são agora transportados por drone.

Força da evidência: Avaliação revista por pares (The Lancet Global Health) [A2.10].

Etiópia — Disponibilidade de Mercadorias Garantidas pelo Pacto

A barreira. Frequentes falhas de stock no planeamento familiar, impulsionadas por financiamentos imprevisíveis e aquisições fragmentadas.

A intervenção. O pacto de financiamento descrito na Secção 4, cuja maquinaria do lado da oferta — aquisição coordenada, monitorização transparente e governação conjunta com o Serviço Farmacêutico Etíope de Fornecimento Farmacêutico — funciona como um instrumento de segurança das mercadorias.

Evidência de impacto. Stock nacional de armazéns 100% mantido sem grandes esgotamentos de planeamento familiar, e ganhos de disponibilidade em todos os principais métodos (Secção 4) [A2.3, A2.11].

Força da evidência: Resultados verificados do programa validados pelo Estado-Membro [A2.3, A2.11].

A2.7 Sistemas de Informação em Saúde

Conclusão da avaliação: sistemas de dados limitados classificados entre as principais barreiras, e a própria avaliação continental considerou os dados de prestação de serviços a camada mais fraca do relatório por país — uma constatação por si só. Denominadores fiáveis e dados rotineiros sustentam todos os scorecards, estimativas de cobertura e instrumentos de responsabilização [A2.3].

Nigéria (Estado de Kano): Geo ST4R: Tornar Comunidades Invisíveis Visíveis

A barreira. Os sistemas de planeamento da RMNCAH assumiam que todos os assentamentos estavam no mapa. Na prática, centenas não estavam, não atribuídas a qualquer unidade, ausentes dos microplanos de divulgação, não contadas em denominadores e, portanto, não atingidas pelos cuidados pré-natais e imunização.

A intervenção. Geo ST4R, um sistema de apoio à decisão geoespacial construído com e propriedade do governo: um registo mestre de assentamentos verificado com geolocalização precisa; ligação formal de cada assentamento a uma instalação responsável; um painel de apoio à decisão para microplaneamento de imunização, agendamento ANC e segmentação nutricional; e um chatbot de linha da frente que permite aos profissionais de saúde consultar a sua própria área de captação [A2.17].

Evidências de impacto. No Estado de Kano, mais de 5.600 assentamentos foram verificados e mais de 500 assentamentos anteriormente não capturados identificados — comunidades existentes invisíveis ao sistema de saúde. As áreas de captação foram corrigidas, as instalações realocadas e os planos de vacinação e divulgação do ANC revistos; o sistema está a transitar para a propriedade e gestão do Estado [A2.17]. Dados verificados de assentamentos deste tipo reforçam diretamente o relatório do cartão de avaliação CARMMA Plus e a credibilidade dos casos de financiamento nacional.

Força da evidência: Resultados do programa verificados ao nível estadual [A2.17]; avaliação ao nível dos resultados (alteração da cobertura) recomendada à medida que o sistema escala.

A2.8 Liderança e Governação

Conclusão da avaliação: coordenação fraca, leis e políticas inadequadas, barreiras culturais e religiosas e compromisso político desigual atravessam todos os outros blocos de construção. A lição mais clara do workshop: a vontade política é o mecanismo de conversão que transforma a evidência em orçamentos [A2.3].

Somália — Governar uma Reviravolta num Cenário Frágil

A barreira. Um sistema de saúde reconstruído após o colapso, com fontes de financiamento paralelas e descoordenadas por parceiros, graves escassez de pessoal e uma das maiores mortalidades maternas do mundo.

A intervenção. Gestão governamental deliberada: uma estratégia nacional da RMNCAH com SRH totalmente integrada; o Primeiro-Ministro a presidir pessoalmente à força-tarefa de imunização; expansão da formação em parteiras para que seis dos sete estados operem agora escolas de obstetrícia; expansão dos cuidados obstétricos de emergência básicos e abrangentes com atenção explícita a áreas de difícil acesso; e, a partir de 2025, um plano nacional único, orçamento e quadro de monitorização (Um Plano, Um Orçamento, Um M&E) com mapeamento de parceiros e recursos conjuntos para acabar com duplicações [A2.3].

Evidências do impacto. A mortalidade materna caiu de aproximadamente 1.044 por 100.000 nascidos vivos (2015) para aproximadamente 563 — uma quase metade numa década, alcançada durante uma fragilidade prolongada [A2,3].

Força da evidência: Estimativas nacionais reportadas e validadas pelo Estado-Membro [A2.3]; triangulação com estimativas interagências da ONU recomendadas para o relatório final [A2.2].

Madagáscar — Um Pacto Multisetorial Permanente com Fé e Autoridades Tradicionais

A barreira. Resistência cultural e religiosa a limitar a adoção do planeamento familiar, e a governação fragmentada da agenda FP entre setores.

A intervenção. Um comité nacional permanente multissetorial de planeamento familiar que liga autoridades político-administrativas, religiosas e tradicionais à sociedade civil, coordenando políticas e financiamento através de sucessivos planos nacionais de FP com custos (2016--2020, 2021--2025, 2022--2026), com metas nacionais (60% prevalência de contraceptivos modernos, 8% de necessidade não satisfeita até 2030) fornecendo um quadro de responsabilização a longo prazo [A2.3].

Evidências de impacto. A necessidade satisfeita de planeamento familiar subiu de 64,5% para 69,8%, a prevalência de contraceptivos modernos de 41% para 49,5% e os partos assistidos por pessoal qualificado de 85% para 86,6% (dados do inquérito nacional), juntamente com o aumento das alocações orçamentais anuais para bens de FP [A2.3].

Força da evidência: Dados nacionais de inquéritos e orçamentos reportados e validados pelo Estado-Membro [A2.3].

Malawi — Encerrar a Lei: Acabar com o Casamento Infantil

A barreira. O casamento infantil a impulsionar a gravidez adolescente e as suas consequências na mortalidade, com a própria lei a ser a barreira: as crianças podiam casar aos 15 anos com consentimento parental.

A intervenção. A Lei do Casamento, Divórcio e Relações Familiares de 2015 fixou a idade para casar nos 18 anos; uma emenda constitucional de 2017 fechou a brecha do consentimento parental. A reforma foi impulsionada por jovens ativistas, organizações de mulheres e parceiros da ONU, e foi decisivamente apoiada pelos chefes tradicionais, passando no Parlamento quase por unanimidade [A2.3, A2.16].

Evidência do impacto. Um quadro legal vinculativo protege agora tanto raparigas como rapazes do casamento antes dos 18 anos em todo o país — um impacto pré-condicionado no percurso da gravidez na adolescência que os serviços sozinhos não conseguem proporcionar. O envolvimento sustentado dos líderes religiosos e comunitários, aliado ao acesso real aos serviços, é a lição documentada para a replicação [A2.3, A2.16].

Força da evidência: Reforma legal documentada publicamente [A2.16] e validada pelo Estado-Membro [A2.3]; o impacto demográfico a longo prazo deve ser acompanhado através de sucessivas rondas do DHS.

A2.9 O que estes exemplares dizem ao continente

Lidos em conjunto ao longo dos seis blocos de construção, os exemplos convergem para cinco lições transferíveis.

- A liderança política é o multiplicador. A presidência da Tanzânia, a resposta do Uganda a uma campanha da sociedade civil, o Primeiro-Ministro da Somália e o Parlamento do Malawi converteram provas em orçamentos e leis. Nenhum exemplo nesta secção foi escalado sem isso.
- Remover ambas as barreiras para alcançar distância e dinheiro. A maior mortalidade diminui o acesso físico combinado (expansão das instalações, transporte de emergência, casas à espera) com proteção financeira (seguro, proteção de taxas, acordos de financiamento).
- Pague pelos resultados, não apenas pelos insumos. O Ruanda e o Uganda mostram (com evidências por pares e de programas, respetivamente) que fundos ligados a resultados verificados e qualidade, gastos de forma flexível ao nível das instalações, desbloqueiam desempenhos que os salários sozinhos não conseguem.
- Contar tudo, auditar tudo. Auditorias descentralizadas de óbito de 24 horas (Eswatini), denominadores verificados (Kano) e financiamento de resultados verificados (Uganda, Ruanda) partilham uma disciplina: nenhum resultado sem um número, e nenhum número sem seguimento.
- Design com, não para. Líderes religiosos em Madagáscar e Ruanda, guardiões tradicionais em Eswatini, chefes no Malawi, motoristas comunitários na Tanzânia e raparigas adolescentes na Etiópia foram envolvidos como co-proprietários — a diferença consistente entre pilotos e programas nacionais.

A mensagem continental para a Assembleia Geral das Nações Unidas é direta: África não carece de soluções; produziu-as, testou-as e ampliou-as. O que a agenda dos Três Zeros exige agora é o financiamento e o compromisso político para levar estes modelos comprovados a todos os 55 Estados-Membros, e os sistemas de responsabilização para verificar, país a país, que são implementados.

A2. Referências para este anexo

A2.1 Organização Mundial da Saúde. O Negócio de Todos: Fortalecer os Sistemas de Saúde para Melhorar os Resultados de Saúde — Quadro de Ação da OMS. Genebra: OMS; 2007.

A2.2 OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e UNDESA/Divisão Populacional. Tendências na Mortalidade Materna 2000-2023: Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial e UNDESA/Divisão Populacional. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2025.

A2.3 Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças. Avaliação Continental das Políticas, Quadros Legais, Financiamento e Prestação de Serviços em relação à SRHR — Submissões dos Estados-Membros (todas as 55) e exemplos de países apresentados e validados no Workshop Regional de Validação de Políticas para as Regiões do Leste e Sul da África, Nairobi, 8-10 de julho de 2026.

A2.4 Ministério da Saúde (Tanzânia Continental), Ministério da Saúde (Zanzibar), Gabinete Nacional de Estatísticas, Gabinete do Estatístico-Chefe do Governo e ICF. Inquérito Demográfico e de Saúde da Tanzânia e Inquérito de Indicadores de Malária (TDHS-MIS) 2022: Relatório Final. Dodoma e Rockville, Maryland; 2023.

A2.5 África CDC. O sucesso da Tanzânia em reduzir a mortalidade materna inaugura um modelo para África. Adis Abeba: África CDC; 2024. Disponível em: africacdc.org.

A2.6 Fundação Vodafone. Relatório do Programa M-MAMA: 'M-MAMA reduz a taxa regional de mortalidade materna' e '150.000.º transporte de emergência M-MAMA ocorre na Tanzânia'. Disponível em: foundation.vodafone.com.

A2.7 Rumo a um sistema sustentável de transporte de emergência para maternos e recém-nascidos: lições do programa piloto inovador m-mama em Shinyanga, Tanzânia. PLOS Saúde Pública Global / PMC10284377; 2023.

A2.8 Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Efeito nos serviços de saúde materna e infantil no Ruanda do pagamento aos prestadores de cuidados de saúde primários pelo desempenho: uma avaliação de impacto. The Lancet. 2011; 377(9775):1421--1428.

A2.9 Lu C, Chin B, Lewandowski JL, Basinga P, Hirschhorn LR, Hill K, Murray M, Binagwaho A. Rumo à cobertura universal de saúde: uma avaliação das Mútuas do Ruanda nos seus primeiros oito anos. PLOS ONE. 2012; 7(6):e39282.

A2.10 Nisingizwe MP, Ndishimye P, Swaibu K, et al. Efeito da entrega de veículos aéreos não tripulados (drones) no tempo de entrega e desperdício de produtos sanguíneos no Ruanda: um estudo retrospetivo, transversal e análise de séries temporais. The Lancet Global Health. 2022; 10(4):e564--e569.

A2.11 UNFPA Etiópia. O UNFPA e o Governo da Etiópia lançam o Country Compact para o cofinanciamento da aquisição de produtos de saúde reprodutiva. Adis Abeba: UNFPA; 2023.

A2.12 Ministério Federal da Saúde, Etiópia. Plano de Implementação de Custos de Planeamento Familiar (FP-CIP) 2023--2030. Adis Abeba; 2023.

A2.13 Banco Mundial. Projeto de Melhoria dos Serviços de Saúde Reprodutiva, Materna e Infantil do Uganda (URMCHIP) — Relatório de Conclusão da Implementação e Resultados (ICR00006386). Washington, DC: Banco Mundial; 2024.

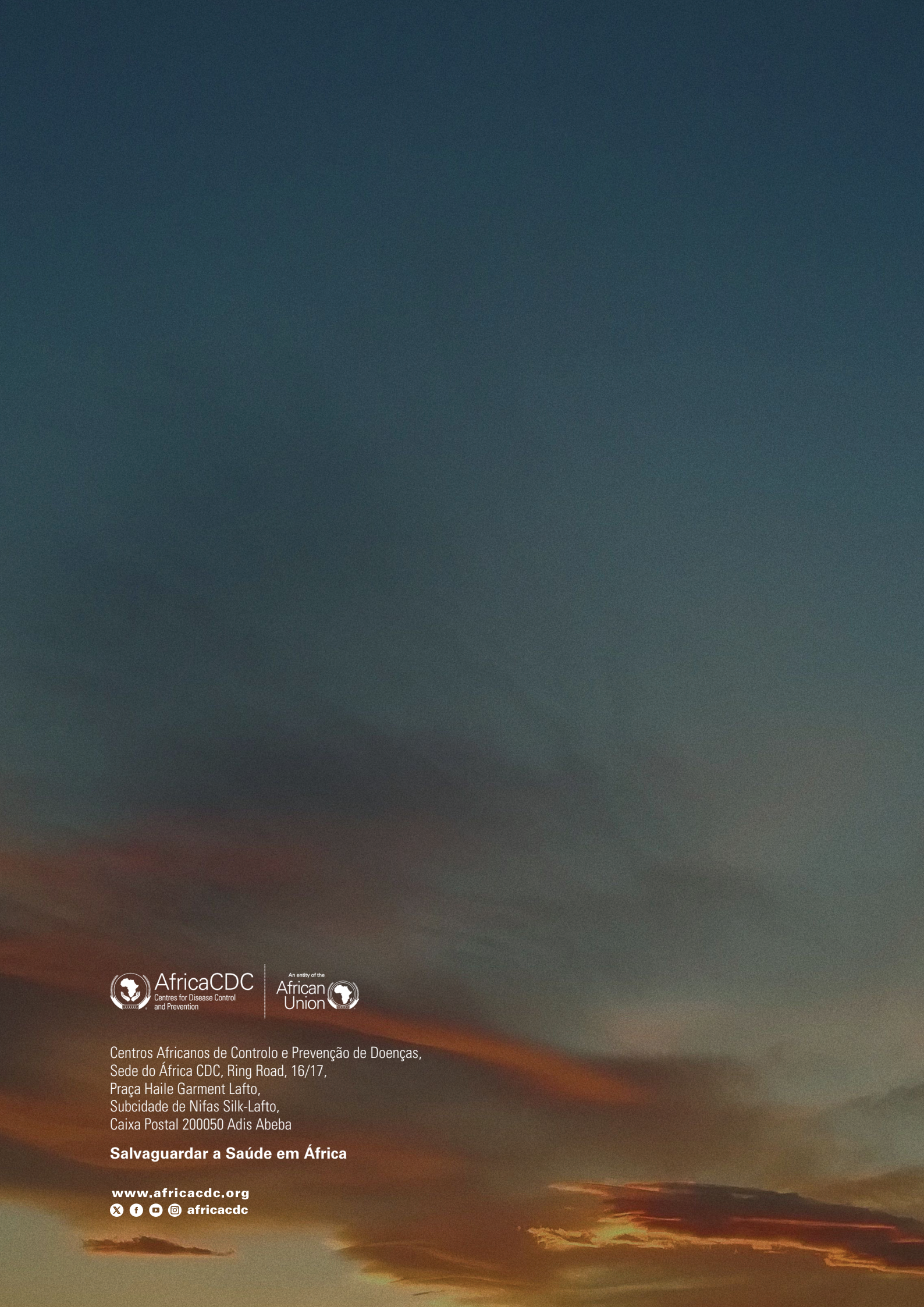
A2.14 Population Services International / Adolescentes 360. Smart Start Etiópia e a expansão RISE (Roteiro para Integrar o Smart Start na Etiópia): evidência do programa. Disponível em: psi.org; a360learninghub.org; 2024.

A2.15 Instituto de Saúde Pública da Etiópia e Ministério Federal da Saúde. Inquérito Demográfico e de Saúde da Etiópia 2024/25 — resultados preliminares (pré-publicação), apresentados no Workshop Regional de Validação de Políticas de Nairobi, julho de 2026.

A2.16 Governo do Malawi. Lei do Casamento, Divórcio e Relações Familiares (2015); Lei de Alteração da Constituição (2017). Ver também Girls Not Brides e Human Rights Watch reportagens sobre a emenda constitucional do Malawi que acabou com o casamento infantil, 2017.

A2.17 Pathfinder International. Sistema de apoio à decisão geoespacial Geo ST4R — Resultados da verificação de assentamentos do Estado de Kano (Nigéria), apresentados no Workshop Regional de Validação de Políticas de Nairobi, julho de 2026.

A2.18 UNFPA. Comece com ela: Relatório de impacto do Fundo de Saúde Materna e Neonatal do UNFPA, apresentado no Workshop Regional de Validação de Políticas de Nairobi, julho de 2026.



Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças,
Sede do África CDC, Ring Road, 16/17,
Praça Haile Garment Lafto,
Subcidade de Nifas Silk-Lafto,
Caixa Postal 200050 Adis Abeba

Salvaguardar a Saúde em África

www.africacdc.org
africacdc